



Programa de Seguro Médico para Niños



Aviso de trato justo.

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano.

Proporcionamos gratuitamente:

- Ayuda auxiliar para las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos, otros).
- Ayuda de idioma para aquellos cuyo primer idioma no es el inglés, como intérpretes y materiales para miembros escritos en otros idiomas.

Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros de Select Health al **1-800-538-5038** o a Servicios para Miembros de Select Health Advantage al **1-855-442-9900** (usuarios de TTY: 711).

Si cree que le han tratado injustamente, llame al Coordinador de Derechos Civiles/504 de Select Health al **1-844-208-9012** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711) o a la Línea gratuita de cumplimiento al **1-800-442-4845** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711).

También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al: **1-800-537-7697**).



Servicios de acceso a idiomas.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Select Health.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Select Health。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Select Health.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Select Health. 번으로 전화해 주십시오.

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'de'ę', t'áá jiik'eh, éí ná hólo', koji' hódíílnih Select Health.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Select Health.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Select Health.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните Select Health.

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez Select Health.

Índice

- Aviso de trato justo..... 2**
- Servicios de acceso a idiomas..... 3**
- Números de teléfono e información de contacto... 6**
- Glosario de Abreviaturas. 6**
- Bienvenido a Select Health®. 8**
- Servicios de idioma. 8**
 - ¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas?.. 8
- Derechos y responsabilidades. 9**
 - ¿Cuáles son mis derechos?..... 9
 - ¿Cuáles son mis responsabilidades?..... 9
- Plan médico. 10**
 - ¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda?... 10
- Beneficios médicos CHIP. 10**
 - ¿Puedo ver mis beneficios de CHIP en línea?.... 10
- Cómo encontrar un proveedor. 10**
 - ¿Qué es un proveedor de atención médica primaria? 10
 - ¿Cómo elijo a mi proveedor de atención médica primaria? 10
 - ¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención médica primaria? 10
 - ¿Cómo se ve mi tarjeta médica de CHIP? 10
- Costos compartidos.....11**
 - ¿Qué es un copago?.....11
 - ¿Qué es un coseguro?.....11
 - ¿Qué es un deducible?11
 - ¿Qué es una prima?11
 - ¿Qué son los gastos de bolsillo máximos?.....11
 - ¿Qué sucede cuando alcanzo mis gastos de bolsillo máximos?.....11
 - ¿Quién no tiene que pagar costos compartidos? ...11

- ¿Cuándo tengo que pagar un copago? 11
- ¿Qué servicios no tienen un copago?.....11
- Cuadro de copagos de CHIP. 12**
 - ¿Qué debo hacer si recibo una factura médica que debería ser cubierta por CHIP?..... 14
- Atención de emergencia y cuidados de urgencia.... 14**
 - ¿Qué es una emergencia? 14
 - ¿Cuál es un ejemplo de emergencia? 14
 - ¿Qué debo hacer si tengo una emergencia?..... 14
 - ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el peligro de intoxicación? 14
 - ¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?..... 14
 - ¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia? 14
 - ¿Qué son los cuidados de urgencia? 14
 - ¿Cuándo debo ir a una clínica de cuidados de urgencia? 15
- Atención posestabilización. 15**
 - ¿Qué es la atención posestabilización?..... 15
 - ¿Cuándo se cubre la atención posestabilización?...15
- Planificación familiar. 15**
 - ¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?..... 15
 - Servicios de planificación del aborto. 15
- Especialistas..... 15**
 - ¿Qué sucede si necesito ver a un especialista?.... 15
 - Programar una cita 16
- Indian Health Service (IHS). 16**
 - ¿Qué es Indian Health Service?..... 16
- Autorización previa..... 16**
 - ¿Qué es la autorización previa? 16

- Otro seguro/TPL..... 16**
 - ¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?..... 16
- Directiva anticipada. 16**
 - ¿Qué es una directiva anticipada? 16
- Determinación adversa del beneficio, apelaciones, quejas y audiencias estatales justas..... 17**
 - ¿Qué es una determinación adversa de beneficios?17
 - ¿Qué es una apelación?17
 - ¿Cómo solicito una apelación?.....17
 - ¿Cuánto tiempo lleva una apelación?17
 - ¿Y si necesito que tome la decisión rápidamente?..... 18
 - ¿Qué es una apelación rápida? 18
 - ¿Cómo solicito una apelación rápida?..... 18
 - ¿Qué ocurre con el servicio relacionado con mi solicitud de apelación durante la misma? 18
 - ¿Qué es una audiencia estatal justa?..... 18
 - ¿Cómo solicito una audiencia estatal justa?..... 18
 - ¿Qué es una queja? 19
 - ¿Cómo presento una queja? 19
- Servicios de transporte 19**
 - ¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia? 19
- Fraude, despilfarro y abuso..... 19**
 - ¿Qué es un fraude, despilfarro y abuso de atención médica?..... 19
 - ¿Cómo puedo denunciar un caso de fraude, despilfarro y abuso?..... 19
- Lista de Servicios Cubiertos.20**
- Lista de Servicios No Cubiertos.20**
- Aviso de prácticas de privacidad..... 21**
 - ¿Cómo protegemos su privacidad? 21
 - ¿Cómo puedo obtener más información acerca de las prácticas de privacidad?..... 21

El manual para miembros de Select Health CHIP y la lista de proveedores están disponibles en nuestro sitio web, selecthealth.org/chip.

Select Health
P.O. Box 30192, Salt Lake City, Utah
84130-0192

selecthealth.org | 855-442-3234

Glosario de Abreviaturas.

CHIP (Children's Health Insurance Program) Programa de Seguro Médico para Niños

DWS (Department of Workforce Services) Departamento de Servicios para la Fuerza Laboral

EOB (Explanation of Benefits) Explicación de Beneficios

HPR (Medicaid Health Program Representative) Representante del Programa Médico de Medicaid

PCP Proveedor de atención médica primaria/Médico

PHI Información de salud protegida

OTC De venta sin receta

Números de teléfono e información de contacto.

Select Health

NOMBRE	AYUDA OFRECIDA	INFORMACIÓN DE CONTACTO
Servicios para miembros de Select Health	Ayuda para comprender: <ul style="list-style-type: none"> Su plan de seguro Medicamentos recetados y farmacias Beneficios y cobertura Pagos de reclamaciones 	855-442-3234 Horarios: De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 711
Select Health Member Advocates®	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda para encontrar al médico adecuado Ayuda para programar una cita Datos acerca de un médico 	800-515-2220 Horarios: De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.
Servicios de administración de la salud	Ayuda para condiciones médicas crónicas como asma, diabetes y otras	800-442-5305 Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Select Health Healthy Beginnings®	Ayuda para un embarazo seguro y saludable	866-442-5052 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Servicios de medicamentos con receta	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos recetados y farmacias Beneficios y cobertura 	855-442-9900 Horarios: De lunes a viernes de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
Departamento de Apelaciones	Ayuda para revisar una Determinación adversa de beneficios a fin de conocer si se tomó la decisión correcta de denegar su solicitud de servicio	844-208-9012 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Intermountain Health Answers	El personal de enfermería registrado estará dispuesto a: <ul style="list-style-type: none"> Escuchar sus inquietudes Responder preguntas Ayudarle a decidir qué medida tomar 	844-501-6600 Horarios: 24 horas al día, 7 días a la semana
Sitio web de Select Health	<ul style="list-style-type: none"> Manual para miembros Recursos comunitarios Bienestar 	selecthealth.org/chip

Estado (CHIP)

DWS (Departamento de Servicios Laborales)	<ul style="list-style-type: none"> Elegibilidad para Medicaid o CHIP Tarjetas perdidas o robadas Cupones de alimentos Otros programas 	801-526-0950 866-435-7414 jobs.utah.gov/assistance
HPR (Health Program Rep.)	<ul style="list-style-type: none"> Número de CHIP Planes de salud Derechos y responsabilidades Proveedores 	866-608-9422 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Línea de información de CHIP	Preguntas e inquietudes acerca de Medicaid y CHIP	877-KIDS-NOW o 877-543-7669 Horarios: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Línea de emergencia para riesgos de embarazo	Información para las mujeres embarazadas, que desean quedar embarazadas o en período de lactancia	800-822-2229 Todas las llamadas telefónicas son gratuitas y confidenciales
Sitio web de CHIP	<ul style="list-style-type: none"> Reclamaciones Preguntas sobre facturación 	health.utah.gov/chip

Otros números telefónicos

Utah Poison Control	Recurso para información y ayuda en caso de intoxicación	800-222-1222 Horario: 24 horas al día, 7 días a la semana
Línea de crisis de salud del comportamiento (UNI)	Para obtener ayuda en caso de crisis de la salud mental	801-587-3000 9-8-8 Horario: 24 horas al día, 7 días a la semana



Bienvenido a Select Health®.

Gracias por elegirnos como su plan de salud del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Este manual para miembros explica sus beneficios y le dirá dónde y cómo obtener servicios cubiertos. Indica a quién llamar cuando necesita ayuda. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad o las primas, llame al Departamento de Servicios Laborales de Utah (DWS, por sus siglas en inglés) al **866-435-7414** de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si quiere obtener una copia impresa de este manual, llame a Servicios para miembros al **855-442-3234**.

Tenga en cuenta lo siguiente: los beneficios incluidos en esta guía pueden cambiar. De ser así, le informaremos con al menos 30 días de anticipación cuando se realice cualquier cambio de importancia en sus beneficios.



Servicios de idioma.

¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas?

Llame a Servicios para miembros al **855-442-3234** si habla un idioma diferente al inglés, sufre de sordera, ceguera o tiene dificultades para oír o hablar. Encontraremos a alguien que hable su idioma, sin costo. También podemos proporcionarle materiales en otros formatos, como Braille, letras grandes o audio.

Si tiene problemas de audición, llame a Utah Relay Services al 711 o al **866-435-7414**. Utah Relay Services es un servicio gratuito de retransmisión telefónica pública o TTY/TTD. Si necesita servicios de retransmisión en español, llame al **888-346-3162**.

Si prefiere hablar en otro idioma, por favor, comuníquese al consultorio de su médico o llame a nuestros Servicios para miembros. Podemos hacer que un intérprete lo acompañe a su visita al médico. También tenemos muchos médicos en nuestra red que hablan otros idiomas o que pueden hablar por señas.

También puede solicitar nuestros documentos en otro idioma escrito llamando a nuestro equipo de Servicios para miembros.

Se proveerá material en formato papel, de ser requerido. Usted recibirá tales materiales dentro de los 5 días hábiles posteriores a su requerimiento.

Derechos y responsabilidades.

¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a:

- Obtener información presentada de manera fácil de entender, incluida la ayuda con sus necesidades de idioma, visuales y auditiva.
- Ser tratado con justicia y respeto.
- Que se mantenga la privacidad de su información.
- Recibir información sobre todas las opciones de tratamiento y alternativas.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, incluyendo aceptar un tratamiento.
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar un tratamiento.
- Solicitar y recibir una copia de su historial médico
- Pedir que se corrija o modifique su historial médico, si es necesario.
- Recibir atención médica sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad o discapacidad.
- Obtener información acerca de las quejas, apelaciones y solicitudes de audiencias estatales justas.
- Presentar una queja o solicitar una apelación.
- Recibir atención de emergencia en cualquier hospital u otro entorno.
- Atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- No sentirse controlado ni forzado a tomar decisiones de atención médica.
- Preguntar cómo le pagamos a sus proveedores.
- Crear una directiva anticipada que le diga a sus médicos qué tipo de tratamiento quiere o no quiere en caso de que llegue a estar demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.
- Estar libre de cualquier tipo de restricción o reclusión que se utilice como medida de fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que no lo pueden detener en contra de su voluntad.
- No lo pueden forzar a hacer algo que usted no quiere.

- Usar sus derechos en cualquier momento y que no lo traten mal si lo hace. Esto incluye el tratamiento por parte de Select Health CHIP, sus proveedores médicos o la agencia estatal de Medicaid y CHIP.
- Recibir servicios de atención médica que sean los adecuados según sus necesidades.
- Recibir servicios de atención médica que estén cubiertos por Select Health CHIP, que sean bastante fáciles de obtener y que sean accesibles para todos los miembros. Todos los miembros incluye a aquellos que pueden no hablar muy bien inglés o que tienen discapacidades físicas o mentales.
- Obtener una segunda opinión sin costo alguno
- Recibir la atención médica cubierta en un plazo de 30 días para la atención rutinaria y no urgente, y en un plazo de 2 días para los cuidados de urgencia que no pongan en peligro la vida.
- Recibir atención médica cubierta por un proveedor fuera de la red si no podemos prestar el servicio.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son:

- Cumplir con las normas de su plan.
- Leer su manual para miembros.
- Mostrar su tarjeta médica de CHIP cada vez que recibe atención médica.
- Si debe cancelar una cita, llame al proveedor 24 horas antes de la cita.
- Respetar al personal y a las instalaciones del consultorio de su proveedor.
- Proporcionar información correcta a sus proveedores y a sus planes de CHIP.
- Comprender la atención médica que necesita.
- Utilizar proveedores y centros de la red de Select Health CHIP.
- Decirnos si recibe una factura médica que no cree que deba pagar.
- Pagar los copagos, deducibles y primas trimestrales.
- Llamar al Departamento de Servicios Laborales (DWS) si cambia de domicilio, de situación familiar o de otra cobertura de atención médica.

Plan médico.

¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda?

Nuestro equipo de Servicios para miembros esta aquí para ayudarlo. Podemos responder sus preguntas. Llámenos al **855-442-3234** de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 711.

Podemos ayudarle a:

- Encontrar un proveedor
- Encontrar un especialista
- Cambiar proveedores
- Si tiene preguntas sobre las facturas
- Entender sus beneficios
- Si tiene una queja o una apelación
- Si tiene cualquier otra pregunta

También nos puede encontrar en Internet, en selecthealth.org/chip.

Beneficios médicos CHIP.

Cada miembro de CHIP recibirá una tarjeta médica.

Debería recibir su tarjeta médica de CHIP por correo en los 21 días siguientes a su inscripción. Siempre debe mostrar su tarjeta médica de CHIP antes de recibir servicios o surtir una receta. Siempre asegúrese de que el proveedor acepte su plan de CHIP antes de obtener el servicio o puede que tenga que pagar por el servicio.

Puede encontrar una lista de servicios cubiertos en la página 10.

¿Puedo ver mis beneficios de CHIP en línea?

Sí, puede ver sus beneficios médicos de CHIP y otra información del plan médico en línea en selecthealth.org/chip.

Para más información sobre los beneficios, llame al **855-442-3234**.

Cómo encontrar un proveedor.

¿Qué es un proveedor de atención médica primaria?

Un proveedor de atención médica primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico al que usted visita para la mayoría de sus necesidades de atención médica y que le brinda su atención médica diaria. Su PCP lo conoce a usted y a su historial médico. Con un PCP, sus necesidades médicas se manejarán desde un solo lugar. Es una buena idea tener un PCP porque este proveedor trabajará con usted y su plan de salud para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

¿Cómo elijo a mi proveedor de atención médica primaria?

Deberá elegir un PCP de nuestro directorio de proveedores, selecthealth.org/find-a-doctor. Seleccione la red "CHIP". Una vez que elija un PCP, llame a Servicios para Miembros y comuníquelo. Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame a Servicios para miembros y alguien le ayudará.

Si tiene una necesidad especial de atención médica, uno de nuestros administradores de atención trabajará con usted y su proveedor para asegurarse que selecciona el proveedor adecuado para usted. Para hablar con un administrador de atención sobre seleccionar un PCP, llame al **855-442-3234**.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención médica primaria?

Llame a Servicios para miembros para cambiar su PCP. Le ayudaremos gustosamente.

Costos compartidos.

Los costos compartidos son la cantidad que usted debe pagar por algunos servicios. Esto incluye deducibles, copagos y coseguro.

¿Qué es un copago?

Un copago es la cantidad que usted debe pagar por algunos servicios. La mayoría de las familias inscritas en CHIP deberán pagar un copago por los servicios médicos.

Para obtener información adicional sobre los copagos, consulte la tabla de copagos de CHIP en la página 11. El plan de copago que se le asigne aparecerá en su tarjeta médica de CHIP y en su cuenta MyCase a través del Departamento de Servicios Laborales.

¿Qué es un coseguro?

Algunos servicios tienen un coseguro. Un coseguro es un porcentaje del costo total de la factura que usted es responsable de pagar. El porcentaje de coseguro puede ser diferente según el servicio.

¿Qué es un deducible?

Algunos servicios tienen un deducible. Un deducible es una cantidad fija durante un año del plan que usted debe pagar antes de que su plan comience a abonar el resto del costo de la factura. Una vez abonado el deducible, deja de tenerlo durante el resto del año del plan. El año del plan deducible comienza el 1 de julio y termina el 30 de junio del año siguiente.

¿Qué es una prima?

Además de otros costos compartidos, como copagos, coseguros y deducibles, la mayoría de los miembros deben pagar una prima. La prima es el monto que debe pagar para obtener los beneficios de CHIP. Para obtener información sobre su prima de CHIP, llame al DWS al **866-435-7414**.

¿Qué son los gastos de bolsillo máximos?

El gasto de bolsillo máximo es el importe máximo que usted paga en concepto de costos compartidos durante el período de beneficios. Este máximo se basa en los ingresos de su familia. El período de beneficios es el período de 12 meses que comienza con su primer mes de elegibilidad de CHIP. Las primas, deducibles, coseguros y copagos se tienen en cuenta para calcular los gastos de bolsillo máximos.

El DWS le indicará cuál es su máximo de gastos de bolsillo para cada período de beneficios. Si no está seguro de cuál es el importe de los gastos de bolsillo máximos, llame al DWS al **1-866-435-7414**.

Los costos compartidos de gastos de bolsillo incluyen deducibles, primas, coseguro y copagos.

¿Qué sucede cuando alcanzo mis gastos de bolsillo máximos?

Una vez que alcance los gastos de bolsillo máximos, le enviaremos a su familia nuevas tarjetas médicas de CHIP y una carta notificándole que su familia ya no tendrá que pagar costos compartidos por su período de beneficios. Hasta que reciba sus tarjetas de identificación, puede mostrar una copia de la carta a su proveedor como prueba de que no debe ningún copago.

Asegúrese de guardar sus recibos cada vez que pague su copago. Cuando crea que ha alcanzado sus gastos de bolsillo máximos, póngase en contacto con CHIP llamando al **888-222-2542**.

¿Quién no tiene que pagar costos compartidos?

- Indígenas de Alaska
- Indios estadounidenses
- Los que han alcanzado sus gastos de bolsillo máximos para su período de beneficios.

¿Cuándo tengo que pagar un copago?

Es posible que tenga que pagar un copago si:

- Consulta a un médico
- Va a un hospital para recibir atención ambulatoria
- Tiene una estadía programada en un hospital
- Usa la sala de emergencias
- Obtiene un medicamento con receta

¿Qué servicios no tienen un copago?

Algunos de los servicios que no tienen copagos son:

- Exámenes de niño sano
- Inmunizaciones (vacunas)
- Análisis para pruebas diagnósticas menores y radiografías (consulte la tabla de copagos de CHIP para obtener información adicional)
- Salud mental para pacientes ambulatorios y visitas al consultorio
- Tratamiento residencial para trastornos de salud mental y consumo de sustancias

¿Cómo se ve mi tarjeta médica de CHIP?

La tarjeta médica de CHIP es del tamaño de una billetera y tendrá el nombre del miembro, el número de identificación de CHIP y la fecha de nacimiento. Su tarjeta médica de CHIP se verá así:

NO pierda ni dañe su tarjeta ni se la dé a alguien más para que la use. Si pierde o daña su tarjeta, llame a Servicios para miembros de Select Health CHIP al **855-442-3234** para obtener una tarjeta nueva.



Cuadro de copagos de CHIP.

BENEFICIOS (POR AÑO DEL PLAN)	CO-PAGO PLAN B*	CO-PAGO PLAN C*
Gastos de bolsillo máximos	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluidos los gastos dentales**	5% del ingreso bruto anual de la familia, incluidos los gastos dentales**
Prima	\$30/familia/trimestre	\$75/familia/trimestre
Condición médica preexistente	Sin período de espera	Sin período de espera
Deducible	\$70 por familia	\$575/niño; \$1,600/familia
Exámenes de niño sano	\$0	\$0
Vacunas	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5	\$25
Visitas a especialistas	\$5	\$40
Sala de emergencias	\$10	20% después del deducible; mínimo \$150 por visita
Ambulancia	5% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Centro de cuidados de urgencia	\$5	\$45
Hospital para pacientes ambulatorios y quirúrgicos	5% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Servicios de pacientes internados	\$150 después del deducible	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Laboratorio y radiografías	\$0 por radiografías y pruebas de diagnóstico menores; 5% del monto aprobado después de alcanzar el deducible para pruebas de diagnóstico complejas y radiografías	\$0 por radiografías y pruebas de diagnóstico menores; 20% del monto aprobado después de alcanzar el deducible para pruebas de diagnóstico complejas y radiografías
Cirujano	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Anestesiólogo	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Recetas médicas		
Medicamentos genéricos preferidos	\$5	\$15
Medicamentos de marca preferidos	5% de la cantidad aprobada	25% de la cantidad aprobada
Medicamentos no preferidos	5% de la cantidad aprobada	50% de la cantidad aprobada
Trastorno de consumo de sustancias y salud mental		
Paciente internado	\$150 después del deducible	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Visita ambulatoria, al consultorio y cuidados de urgencia	\$0	\$0
Tratamiento residencial	5% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Fisioterapia	\$5 (límite de 20 visitas por año)	\$40 después del deducible (límite de 20 visitas por año)

*Los montos de copago se basan en sus ingresos. A los indios estadounidenses e indígenas de Alaska no se les cobrarán copagos, coseguro, primas ni deducibles.

BENEFICIOS (POR AÑO DEL PLAN)	CO-PAGO PLAN B*	CO-PAGO PLAN C*
Análisis de comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento del trastorno del espectro autista	\$0	\$0
Visitas al quiropráctico	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
Salud en el hogar y centro de atención para pacientes terminales	5% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Suministros y equipos médicos	10% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible	25% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Educación sobre la diabetes	\$0	\$0
Exámenes de la visión	\$5 (límite de 1 visita por año)	\$25 (límite de 1 visita por año)
Examen de audición	\$5 (límite de 1 visita por año)	\$25 (límite de 1 visita por año)
Deducible	\$0	\$50/niño; \$150/familia
Beneficio máximo <i>Servicios preventivos, básicos y complejos por niño, por año</i>	\$1000 por año del plan	\$1000 por año del plan
Servicios preventivos <i>Exámenes de rutina Limpiezas (2 por año) Flúor tópico Radiografías</i>	\$0	\$0
Servicios básicos <i>Empastes Extracciones Cirugía oral Periodoncia</i>	5% de la cantidad aprobada	20% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Servicios mayores <i>Coronas Puentes Dentaduras postizas</i>	5% de la cantidad aprobada	50% de la cantidad aprobada después de alcanzar el deducible
Ortodoncia <i>Requiere autorización previa Cubierta solo si es necesaria desde el punto de vista médico</i>	5% de la cantidad aprobada (máximo de \$1000 de por vida)	5% de la cantidad aprobada (máximo de \$1000 de por vida)
Especialistas <i>Endodoncistas Cirujanos orales Periodoncistas Especialistas en pediatría Prostodoncistas</i>	5% de la cantidad aprobada	Hable con su plan dental para obtener una estimación de los cargos adicionales

¿Qué debo hacer si recibo una factura médica que debería ser cubierta por CHIP?

Si recibe una factura por servicios que usted cree que deberían estar cubiertos por CHIP, llame a Servicios para miembros al **855-442-3234** para obtener ayuda. No pague una factura hasta que hable con Servicios para Miembros. Es posible que no se le reembolse el pago si paga la factura.

Tendrá que pagar una factura médica si:

- Usted no es elegible para CHIP en el día del servicio.
- Recibe un servicio que no está cubierto por CHIP o que supera el límite de beneficios de CHIP. Debe aceptarlo por escrito antes de recibir el servicio.
- Solicita y obtiene servicios durante una apelación o una audiencia estatal justa y la decisión no es a su favor.
- Recibe atención de un proveedor que no está en su plan de CHIP o no está inscrito en CHIP de Utah (excepto por los servicios de emergencia)

Atención de emergencia y cuidados de urgencia.

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una condición médica que necesita tratamiento inmediato. Una emergencia es cuando usted piensa que su vida está en peligro, si tiene una lesión grave en alguna parte de su cuerpo o si está sufriendo mucho dolor.

¿Cuál es un ejemplo de emergencia?

Las emergencias pueden incluir:

- Intoxicación
- Sobredosis
- Quemaduras graves
- Dolor fuerte en el pecho
- Embarazada con sangrado o dolor
- Corte profundo en el que el sangrado no se detiene
- Pérdida del conocimiento
- De repente no poder moverse ni hablar
- Fractura de huesos

¿Qué debo hacer si tengo una emergencia?

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana (ER, por sus siglas en inglés), si tiene una emergencia.

Recuerde:

- Acuda a la sala de emergencias solo cuando tiene una emergencia real
- Si usted está enfermo, pero no es una emergencia real, llame a su médico o acuda a una clínica de cuidados de urgencia (vea a continuación)
- Si no está seguro de si su problema es una verdadera emergencia, llame a su médico.
- No se necesita autorización previa para recibir atención de emergencia

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el peligro de intoxicación?

Para consultas o emergencias por intoxicación, medicamentos o sobredosis, llame al Centro de Control Toxicológico al **800-222-1222**.

¿Tendré que pagar por la atención de emergencia?

Hay un copago por el uso de la sala de emergencia. Refiérase a la Tabla de Copagos Médicos de CHIP para información adicional sobre sus copagos de atención de emergencia.

Un hospital que no está en su plan puede pedirle que pague al momento del servicio. Si es así, envíe su reclamación de servicio de emergencia a Select Health CHIP para su reembolso.

¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia?

Llámenos lo antes posible después de recibir atención de emergencia. Notifique a su proveedor de atención médica primaria para informarle sobre su visita de emergencia.

¿Qué son los cuidados de urgencia?

Puede recurrir a cuidados de urgencia si no puede acudir a su médico de atención primaria. Los problemas urgentes habitualmente necesitan atención dentro de las 24 horas. Si usted no está seguro si un problema es urgente, llame a su médico o a una clínica de cuidados de urgencias. También puede llamar a nuestra línea telefónica de enfermería al **844-501-6600**. Para encontrar una clínica de cuidados de urgencia, llame a Servicios para Miembros al **855-442-3234** o visite nuestro sitio web o directorio de proveedores.



¿Cuándo debo ir a una clínica de cuidados de urgencia?

Las enfermedades leves, como el resfriado común, la gripe o las infecciones de oído, pueden tratarse en un centro de cuidados de urgencia. Debe usar una clínica de cuidados de urgencia si tiene uno de estos problemas menores:

- Resfriado común, síntomas de gripe
- Dolor de garganta intenso
- Tos intensa
- Vómitos o diarrea
- Dolor de oídos.
- Dolor de cabeza o migrañas
- Dolor estomacal
- Dolor sinusal

Las lesiones leves que no ponen en peligro la vida pueden tratarse en cuidados de urgencia en lugar de en una sala de emergencias. Algunas lesiones leves que pueden tratarse en cuidados de urgencia son:

- Huesos rotos o fracturas en dedos de manos y pies
- Cortes menores que puedan requerir puntos de sutura;
- Quemaduras menores
- Dolor de espalda
- Esguinces, torceduras y tirones musculares

Atención posestabilización.

¿Qué es la atención posestabilización?

La atención posestabilización ocurre cuando usted ingresa al hospital desde una ER. Esta atención está cubierta. Si lo ingresan desde la sala de emergencias, no hay copago. Esta atención incluye pruebas y tratamiento hasta que esté estable.

¿Cuándo se cubre la atención posestabilización?

Select Health CHIP cubre este tipo de atención independientemente del hospital al que acuda. El hospital no tiene que estar en nuestra red. Una vez que su condición médica esté estable, se le puede solicitar que se transfiera a un hospital que esté en nuestra red.

Planificación familiar.

¿Qué servicios de planificación familiar están cubiertos?

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Información sobre métodos anticonceptivos
- Orientación para ayudarle a planificar cuándo tener un bebé
- Servicios de control de natalidad y tratamientos
- La capacidad de consultar a cualquier proveedor que acepte CHIP (dentro o fuera de la red)
- La capacidad de consultar a un proveedor sin necesidad de una referencia
- Algunos tipos de esterilización (los formularios de consentimiento para esterilización deben firmarse 30 días antes de la cirugía)

Servicios de planificación familiar no cubiertos:

- Medicamentos para la infertilidad
- Fertilización in vitro
- Orientación genética
- Norplant

Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar, llame a servicios para miembros al **855-442-3234**.

Servicios de planificación del aborto.

Hay límites en la cobertura del aborto. Select Health CHIP cubrirá el costo de un aborto solo en casos de violación, incesto o si la vida de la madre está en peligro. Se requiere documentación específica para los abortos.

Especialistas.

¿Qué sucede si necesito ver a un especialista?

Si necesita un servicio que no lo proporciona su proveedor de atención médica primaria (PCP), puede ver a un especialista en la red. Por lo general, utilizará un proveedor de atención secundaria (SCP, por sus

siglas en inglés) si su PCP considera que no puede manejar una condición médica específica o si desea hablar con un médico que se especialice en un área específica. Usted no necesita una referencia de un PCP para hacer una cita con un SCP.

Programar una cita

¿Cuánto tiempo lleva concertar una cita?

Deberá poder visitar a un especialista:

- Dentro de 30 días para atención no urgente
- Dentro de dos días para atención urgente, pero que no pone en peligro la vida (por ejemplo, atención provista en un consultorio médico)

Si le resulta difícil conseguir una cita para ver a un especialista cuando lo necesita, llámenos al **855-442-3234** para obtener ayuda.

Indian Health Service (IHS).

¿Qué es Indian Health Service?

Indian Health Service es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos, responsable de proporcionar servicios de salud federales a los indios estadounidenses y a los indígenas de Alaska.

Si usted es indio americano o indígena de Alaska, asegúrese de que su condición sea confirmada por el DWS. Para contactar con el DWS, llame al **1-866-435-7414**. Los indios estadounidenses/indígenas de Alaska no tienen copagos.

Los indios americanos y los indígenas de Alaska que tienen un plan de atención administrada también pueden recibir servicios directamente de un programa de atención médica para indios. Se trata de un programa dirigido por el Indian Health Service, por una tribu india, una organización tribal o una organización india urbana.

Autorización previa.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos servicios deben ser aprobados por Select Health CHIP antes de que se paguen. El permiso para que el proveedor reciba el pago se llama Autorización previa.

Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su proveedor le solicitará a Select Health CHIP que apruebe el servicio. Si no aprobamos el pago de un servicio, puede apelar la decisión. Llame a Servicios para miembros al **855-442-3234** si tiene preguntas



Otro seguro/TPL.

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?

Si está cubierto por CHIP, no puede tener otro seguro a menos que el seguro sea un plan de cobertura limitada (como solo un plan dental o de la visión). Debe notificar al Departamento de Servicios Laborales (DWS, por sus siglas en inglés) que tiene otro seguro, dentro de los diez (10) días posteriores a la inscripción en otro seguro médico.

DWS revisará su información para determinar si continuará calificando para CHIP. Si se cierra su caso de CHIP, notifique a sus proveedores que le facturen a su otro seguro en lugar de a CHIP.

Directiva anticipada.

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite tomar decisiones sobre su atención médica con anticipación. Puede haber un momento en que esté demasiado enfermo para tomar decisiones por sí mismo. Una directiva anticipada dará a conocer sus deseos si no puede hacerlo usted mismo.

Hay cuatro tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital (atención al final de la vida)
- Poder legal para cuidados médicos
- Poder legal para atención de salud mental
- Directiva para atención médica prehospitalaria (no resucitar)

Testamento vital: Un testamento vital es un documento que le informa a los médicos qué tipos de servicios quiere o no quiere recibir si está muy enfermo y cerca de la muerte, y no puede tomar decisiones por sí mismo.

Poder legal para cuidados médicos: Un poder legal para cuidados médicos es un documento que le permite elegir a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica cuando no puede hacerlo usted mismo.

Poder legal para atención de salud mental: Un poder legal para atención de salud mental nombra a una persona para que tome decisiones sobre su atención de salud mental en caso de que no pueda tomarlas usted mismo.

Directiva para atención médica prehospitalaria: Una directiva para atención médica prehospitalaria le informa a los proveedores si no desea cierta atención de emergencia para salvar vidas que recibiría fuera de un hospital o en una sala de emergencias de un hospital. También puede incluir la prestación de servicios por parte de otros proveedores de servicios de emergencia, como bomberos o policías. Debes completar un formulario especial color naranja. Debe mantener el formulario naranja completado donde se pueda ver.

Para obtener más información sobre cómo crear una directiva anticipada, visite intermountainhealthcare.org/health-information/advance-directive o llámenos al **855-442-3234** para obtener ayuda.

Determinación adversa del beneficio, apelaciones, quejas y audiencias estatales justas.

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Una determinación de beneficios adversa es cuando tomamos una decisión que no es a su favor.

Los tipos de determinaciones de beneficios adversos son cuando nosotros hacemos lo siguiente:

- Denegamos o limitamos la aprobación de un servicio solicitado.
- Reducimos la cantidad de servicios que habíamos aprobado o dejamos de pagar por un servicio que habíamos aprobado.
- Negamos el pago o pagamos menos por los servicios que usted recibe.
- No tomamos una decisión sobre una apelación o queja de manera oportuna

- No le proporcionamos una cita con el médico de manera oportuna.
- Dijimos que tiene que pagar una responsabilidad financiera y no estuvo de acuerdo. Los pasivos financieros incluyen copagos, coseguros, deducibles y primas.

Le enviaremos una notificación de determinación adversa de beneficios si ocurre un caso de los mencionados. Si no recibe una notificación, comuníquese con Servicios para miembros y le enviaremos una.

¿Qué es una apelación?

Si no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios, usted, su proveedor o su representante autorizado pueden solicitar una apelación. Una apelación es la revisión que hace Select Health CHIP de la determinación adversa de beneficios que hicimos.

¿Cómo solicito una apelación?

- Usted, su proveedor o cualquier representante autorizado pueden presentar una apelación.
- Puede encontrar un formulario de apelación en nuestro sitio web, en selecthealth.org/member-care/forms

- Se aceptará una solicitud de apelación por:

Correo:

**Select Health Appeals Department P.O. Box 30192
Salt Lake City, Utah 84130-0192**

Fax: **801-442-0762**

Teléfono: **844-208-9012**

Correo electrónico: appeals@selecthealth.org

- Debe enviar la solicitud de apelación dentro de los
- 60 días calendario a partir de la fecha de la notificación de determinación adversa de beneficios.
- Si necesita ayuda para presentar una apelación, llámenos al **844-208-9012**
- Si es sordo o tiene problemas de audición, llame a Utah Relay Services al 711 o al **800-346-4128**

¿Cuánto tiempo lleva una apelación?

Se le entregará una notificación de nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su solicitud de apelación. Se le notificará por escrito si necesitamos más tiempo más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación.

¿Y si necesito que tome la decisión rápidamente?

Si a usted o a su proveedor les preocupa que esperar 30 días por nuestra decisión pueda ser perjudicial para su salud, llámenos al **844-208-9012** y solicite una apelación rápida.

¿Qué es una apelación rápida?

Una apelación rápida significa que tomaremos una decisión sobre su solicitud de apelación dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Si no estamos de acuerdo con que necesite una apelación rápida, le enviaremos una carta y le explicaremos por qué.

¿Cómo solicito una apelación rápida?

Llame al: **844-208-9012**

Escriba por correo a:

Select Health Appeals Department
P.O. Box 30192
Salt Lake City, Utah 84130-0192

Correo electrónico: appeals@selecthealth.org

¿Qué ocurre con el servicio relacionado con mi solicitud de apelación durante la misma?

Sus beneficios no se suspenderán porque usted presentó una apelación. Si su solicitud de apelación es porque reducimos, suspendimos o dimos por finalizado un servicio que ha estado recibiendo, infórmenos si desea seguir recibiendo ese servicio. Para que no se suspendan sus beneficios, los servicios que ha estado recibiendo deben ser ordenados por su proveedor y el intervalo de fechas de la autorización original no debe haber caducado. Debe llamarnos en un plazo de 10 días a partir de la carta de determinación adversa de los beneficios o de la fecha en que se suspendan los beneficios, lo que ocurra más tarde. También debe solicitar su apelación dentro de los 60 días siguientes a la determinación adversa del beneficio. Su proveedor no puede solicitar que sus beneficios continúen. Sólo usted o su representante autorizado pueden solicitar que continúen sus beneficios.

Si nuestra decisión sobre su apelación no es a su favor y usted solicita una Audiencia Estatal Imparcial, puede pedir que sus beneficios continúen durante el proceso de Audiencia Estatal Imparcial. Debe llamarnos en un plazo de 10 días a partir de la decisión sobre la apelación para evitar que se suspendan sus beneficios. Los beneficios continuarán hasta que se produzca una de las siguientes situaciones:



- Usted retira su apelación
- No solicita que continúen sus beneficios dentro de los 10 días siguientes a la decisión de la apelación, a menos que haya solicitado la Audiencia Estatal Imparcial dentro del plazo de 10 días.
- La oficina de audiencias estatales imparciales emite una resolución definitiva desfavorable.

Es posible que tenga que pagar el servicio si la decisión sobre la apelación no es en su favor.

¿Qué es una audiencia estatal justa?

Una Audiencia Estatal Justa es un proceso con la agencia estatal de Medicaid que le permite explicar por qué cree que la decisión de la apelación de Select Health CHIP debe cambiar. Usted, su proveedor o su representante autorizado pueden solicitar una audiencia estatal justa después de recibir la notificación de nuestra decisión de apelación.

¿Cómo solicito una audiencia estatal justa?

Cuando le notifiemos nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, le informaremos cómo solicitar la audiencia estatal justa si no está de acuerdo con nuestra decisión. También le daremos el formulario de solicitud de audiencia justa estatal para que lo envíe a Medicaid. El formulario debe enviarse a Medicaid en un plazo máximo de 120 días calendario a partir de la fecha de nuestra notificación de decisión sobre la apelación.

Si usted o su proveedor no están conformes con nuestra decisión sobre la apelación, puede enviar a Medicaid el formulario de solicitud de audiencia estatal justa.

¿Qué es una queja?

Una queja es un reclamo sobre cualquier otra cosa que no sea una determinación adversa de beneficios. Tiene derecho a presentar una queja y comunicarnos sus preocupaciones.

Puede presentar una queja sobre preocupaciones relacionadas con su atención médica, tales como:

- Cuando no está de acuerdo con la cantidad de tiempo que le tomó al plan tomar una decisión sobre autorización de un servicio.
- Si la atención o el tratamiento es adecuado
- Acceso a la atención.
- Calidad de la atención
- La mala actitud de un proveedor o del personal
- Cualquier otro tipo de problema que pueda haber tenido con nosotros, su proveedor o los servicios de atención médica.

¿Cómo presento una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Puede presentar una queja por teléfono o por escrito. Para presentarla por teléfono, llame a Servicios para miembros al **855-442-3234**. Para presentar una queja por escrito, envíenos su carta a:

Select Health Appeals Department
P.O. Box 30192
Salt Lake City, Utah 84130-0192

O envíela por correo electrónico a:
appeals@selecthealth.org

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 90 días calendario a partir del día en que recibamos su queja.

Servicios de transporte

¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia?

Si tiene un problema médico grave y no es seguro conducir a la sala de emergencias, llame al 911. CHIP cubre determinados servicios de ambulancia

Fraude, despilfarro y abuso

¿Qué es un fraude, despilfarro y abuso de atención médica?

Hacer algo mal relacionado con CHIP podría ser fraude, despilfarro o abuso. Queremos asegurarnos de que los dólares de atención médica se utilicen de la manera correcta. El fraude, el despilfarro y el abuso pueden hacer que la atención médica sea más costosa para todos.

Háganos saber si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe CHIP está haciendo algo mal.

Algunos ejemplos de fraude, despilfarro o abuso son:

Por parte de un miembro

- Permitir que alguien use su tarjeta de identificación de CHIP
- Cambiar la cantidad o el número de resurtidos en una receta
- Mentir para obtener servicios médicos, dentales, de salud mental y de consumo de sustancias, o de farmacia

Por un proveedor

- Facturar por servicios o suministros que no se hayan proporcionado.
- Cobrarle más a un miembro de CHIP por los servicios cubiertos
- No informar el mal uso de una tarjeta de identificación de CHIP

¿Cómo puedo denunciar un caso de fraude, despilfarro y abuso?

Si sospecha de fraude, despilfarro o abuso, puede comunicarse con:

Cumplimiento de la normativa Select Health CHIP

- Teléfono: **800-442-4845**

Fraude del proveedor

- La Oficina del Inspector General (OIG)
- Correo electrónico: mpi@utah.gov
- Línea gratuita: **855-403-7283**

Fraude del miembro

- Línea gratuita del Departamento de Servicios Laborales
- Correo electrónico: wsinv@utah.gov
- Teléfono: **800-955-2210**

No tendrá que dar su nombre para presentar un informe. Sus beneficios no se verán afectados si presenta un informe.

Lista de Servicios Cubiertos.

Estos son algunos de los servicios cubiertos por su plan médico CHIP:

- Abortos y esterilizaciones (si se cumplen los criterios, con los formularios requeridos)
- Ambulancia (terrestre y aérea) para emergencias médicas
- Anestesia para servicios odontológicos en un centro quirúrgico u hospital (si se cumplen los criterios, con la autorización necesaria)
- Ensayos clínicos aprobados
- Diabetes y educación sobre diabetes
- Diálisis para la enfermedad renal en etapa terminal
- Visitas al médico, incluidos especialistas
- Medicamentos recetados por su médico
- Exámenes oculares
- Atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Planificación familiar
- Tener un bebé, incluidos los servicios de alto riesgo
- Exámenes de la audición
- Salud en el hogar
- Centro de atención para pacientes terminales (atención al final de la vida)
- Servicios hospitalarios, para pacientes internados y pacientes ambulatorios
- Vacunas
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Tratamiento para el aborto espontáneo (pérdida de su bebé por causas naturales)
- Equipo médico y suministros
- Servicios de salud mental
- Terapia ocupacional
- Trasplantes de órganos (médula ósea, corazón y pulmón, páncreas y riñón, córnea, corazón, riñón, hígado, pulmón)
- Fisioterapia

Lista de Servicios No Cubiertos.

Estos son algunos de los servicios que no cubre su plan:

- Abortos electivos
- Acupuntura y acupresión
- Cargos administrativos, servicios y evaluaciones administrativas, para propósitos no médicos
- Pruebas, tratamientos y servicios para alergias
- Cargos por faltas a citas
- Biorretroalimentación
- Centros de maternidad y partos a domicilio
- Tratamiento oncológico, cuando es experimental o de investigación
- Servicios quiroprácticos
- Medicina complementaria y alternativa (CAM, por sus siglas en inglés)
- Procedimientos cosméticos
- Atención de custodia, atención crónica
- Retraso del desarrollo
- Productos dietéticos, excepto cuando se cumplen los criterios
- Fármacos, medicamentos e inyecciones
- Equipo médico duradero (DME)
- Capacitación nutricional y educativa
- Visitas de evaluación para diagnósticos no cubiertos
- Tratamientos y servicios experimentales o de investigación
- Cirugía de ojos, refractaria
- Delito, disturbio, insurrección
- Entrenamiento físico
- Bypass gástrico
- Terapia genética
- Pruebas genéticas, salvo cuando se cumple con los criterios
- Servicios de terapia de rehabilitación

- Aparatos de corrección auditiva, excepto implantes cocleares
- Servicios y asistencias médicas a domicilio
- Lesiones ocurridas mientras se realizan actividades ilegales
- Servicios para tratamiento de la infertilidad
- Asientos de automóvil infantiles
- Inyecciones y vacunas
- Materiales médicos varios (MMS)
- Cargos por consultas a médicos no participantes (excepto emergencias y condiciones médicas de urgencia fuera del área)
- Determinados servicios relacionados con la obesidad
- Trasplantes de órganos / implantes
- Ortótica
- Exámenes de detección de osteoporosis
- Servicios médicos a domicilio
- Psiquiatría, salud mental o abuso de drogas o alcohol, más allá de las limitaciones de la cobertura indicadas en el Resumen de copagos
- Servicios de terapia de rehabilitación:
- Atención de relevo
- Beneficios para las disfunción sexual
- Envíos y manejo
- Procedimientos de esterilización de médicos no participantes
- Asesoría telefónica
- Actos de terrorismo o emisiones nucleares
- Servicios de transporte, médicamente no necesarios
- Intervenciones y tratamientos no aprobados
- Ayudas para la visión
- Servicios relacionados con la guerra

Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-888-222-2542** para obtener información sobre los servicios que no están cubiertos por su plan Select Health Community Care y que pueden estar cubiertos por el estado.

Aviso de prácticas de privacidad.

¿Cómo protegemos su privacidad?

Nos esforzamos por proteger la privacidad de su información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés).

- Tenemos políticas y reglas estrictas para proteger su PHI.
- Solo usamos o divulgamos su PHI con su consentimiento.
- Solo entregamos su PHI sin su aprobación cuando está permitido por la ley.
- Protegemos la PHI limitando el acceso a esta información a aquellos que la necesitan para realizar determinadas tareas y mediante medidas de protección físicas.

Usted tiene el derecho de ver su PHI.

¿Cómo puedo obtener más información acerca de las prácticas de privacidad?

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la privacidad de su historial médico. Los representantes pueden ayudarle con las inquietudes que pueda tener sobre la privacidad de su información médica. También pueden ayudarlo a llenar los formularios que necesita para hacer uso de sus derechos a la privacidad.

La Notificación de prácticas de privacidad completa está disponible en selecthealth.org/resources/data-sharing. También puede solicitar una copia impresa de esta información comunicándose con Servicios para Miembros al **855-442-3234**.

