

CHIP

Programa de Seguro de Salud para Niños

1-877-543-7669
health.utah.gov/chip

Guía para el Afiliado

Números de teléfono importantes

Línea CHIP Premium: 1-866-435-7414 (seleccione la opción 5)

CHIP Hotline: 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) o 1-888-222-2542

Representante del Programa de Salud (HPR): 1-866-608-9422

Sitio web de CHIP: www.health.utah.gov/chip

Educación en la página de Internet de CHIP: www.health.utah.gov/umb

Mi Número de Caso de CHIP: _____

Mi Oficina de Servicios de Elegibilidad: _____

Mi Doctor: _____

Mi Farmacia Local: _____

Mi Dentista: _____

Planes de Salud

SelectHealth: 1-800-515-2220 or www.selecthealth.org

Molina: 1-888-483-0760 or www.molinahealthcare.com

Planes de Dental

Premier Access: 1-877-854-4242 or www.PremierLife.com

DentaQuest: 1-800-483-0031 or www.dentaquestgov.com

Información Adicional

Encuentre la Oficina de Servicios de Elegibilidad: 1-888-222-2542

Servicios de Elegibilidad (DWS): 1-866-435-7414

myCase (Información en el internet acerca de su caso):

<https://jobs.utah.gov/mycase>

Primary Care Network (Seguro de Salud para Adultos PCN):

1-888-222-2542 o www.health.utah.gov/pcn

UPP para Seguro Médico: 1-888-222-2542 o www.health.utah.gov/upp

Información de Medicaid: 1-800-662-9651 o www.health.utah.gov/medicaid

Información General: 2-1-1

CHIP

Programa de Seguro de Salud para Niños

1-877-543-7669

1-888-222-2542

health.utah.gov/chip

Guía para el Afiliado
Eficaz julio 2012 a diciembre 2013

Tabla de Contenidos

Introducción	5
Bienvenidos	6
Resumen de Beneficios Cubiertos por CHIP	6
Su Representante del Programa de Salud (HPR)	7
Su Oficina de Servicios de Elegibilidad	7
Renovación de Matrícula	8
Servicios de Interpretación	8
Prácticas de Confidencialidad y Privacidad (HIPAA)	9
Selección del Plan Médico y Dental	11
¿Cómo Escoger un Plan Médico y Dental?	12
Condados	13
Hospitales	14
¿Cómo Escoger un Plan de Dental?	16
Preguntas Frecuentes Sobre Planes de Salud	17
Preguntas Frecuentes Sobre Planes de Salud y Otros Tipos de Seguro	19
Cuotas y Co-pagos	21
Cuotas	22
Co-pagos	23
Co-pagos de Plan A/B/C	24
Máximo de su Bolsillo	27
Recursos	29
Servicios de Elegibilidad	30
Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo	31
Formulario de Selección del Plan de Salud	33
Derechos y Responsabilidades del Afiliado a CHIP	35
Aviso de Prácticas de Privacidad	36

INTRODUCCIÓN



Bienvenidos

Bienvenidos al programa de seguro de salud para niños (CHIP). Muchas familias trabajadoras de Utah que no tienen seguro médico para sus hijos pueden calificar para un seguro de bajo costo. CHIP ofrece muchos beneficios y provee estos servicios a través de dos planes médicos:

- SelectHealth
- Molina Healthcare of Utah

Dos planes dentales:

- Premier
- Dentaquest

Una vez aprobado por CHIP, usted deberá elegir un plan de salud para poder comenzar a utilizar sus beneficios y servicios. Los beneficios de CHIP son iguales sin importar el plan que usted elija. Su Representante del Programa de Salud (HPR) lo ayudará en ese proceso (página 7).

Para más información de procedimientos de CHIP, visite www.utahcares.utah.gov/infosourcehip.

Resumen de Beneficios Cubiertos por CHIP

CHIP cubre los siguientes beneficios para sus hijos:

- Exámenes médicos de rutina para niños (\$0 co-pagos)
- Vacunas (\$0 co-pagos)
- Visitas al doctor
- Servicios de emergencias médicas
- Recetas médicas
- Exámenes de audición y visión
- Servicios de salud mental
- Servicios dentales para la prevención y tratamiento de caries (\$0 co-pagos para exámenes y limpiezas)

Como el cuidado preventivo es muy importante para mantener a su hijo saludable, CHIP no requiere co-pagos para exámenes médicos de rutina ni vacunas. Para ver una lista más detallada sobre los beneficios y co-pagos, vaya a la página 24.

Su Representante del Programa de Salud (HPR)

Su HPR le ayudará a escoger su plan de salud médico y dental. Vea “Cómo escoger un Plan Médico y Dental” en la página 12 para obtener mayor información. Su HPR también:

- Le ofrecerá clases gratis sobre cómo funciona CHIP
- Responderá preguntas generales sobre su plan de salud
- Le dará herramientas de educación en el Internet sobre CHIP en www.health.utah.gov/umb

En “Selección de Plan Médico y Dental” (página 11) encontrará más información al respecto.

Su Oficina de Servicios de Elegibilidad

Un representante de la oficina de servicios de elegibilidad (DWS) procesa su solicitud, determina si es elegible y realiza la renovación anual de su matrícula.

Usted deberá llamar a la oficina de admisión en caso de:

- Cambios en el número de integrantes de su familia
- Cambios de dirección, número de teléfono, o si se muda o cambia fuera del estado
- Cambios de cobertura médica (Permite a los DWS conocer dentro del término de 10 días si sus hijos han sido inscritos con otro seguro de salud o si el seguro está disponible a través de su trabajo. Lea más acerca de otros seguros en la página 19.)

Usted no necesita llamar a su representante de la oficina de admisión cuando sus ingresos cambian. Sin embargo, si sus ingresos disminuyen considerablemente, deberá llamar a su oficina de admisión para saber si usted califica para co-pagos más bajos, cuotas, o para un programa de asistencia médica diferente.

Puede hablar con un trabajador de elegibilidad DWS o averiguar el estado de su aplicación recertificación, verificaciones, etc., por:

- Teléfono - 1-866-435-7414
- Acceso en línea a myCase (24 horas): jobs.utah.gov/mycase
- Chatear con un trabajador de elegibilidad (horario comercial) jobs.utah.gov/my case

Preocupaciones con respecto a la elegibilidad. Si no está de acuerdo con la decisión sobre su caso o siente que le han tratado injustamente, tiene derecho a:

- Hablar con un representante o con su supervisor
- Llamar al Departamento de Workforce Services (DWS) Office of Constituent Services al 800-331-4341
- Si desea pedir una audiencia justa, debe hacerlo antes de que pasen 90 días después de recibir la noticia de acción del DWS sobre su caso.

Renovación de Matrícula

CHIP revisa su matrícula cada doce meses a partir del comienzo del programa.

- Llegado el momento de la renovación, CHIP le enviará una solicitud de renovación.
- Usted tendrá que seguir las instrucciones y completar la forma de renovación.
- Usted también podría completar la forma de renovación de CHIP en el internet yendo a donde dice *MyCase*.

Es importante completar la renovación dentro del plazo designado ó su caso se cerrará.

Servicios de Interpretación

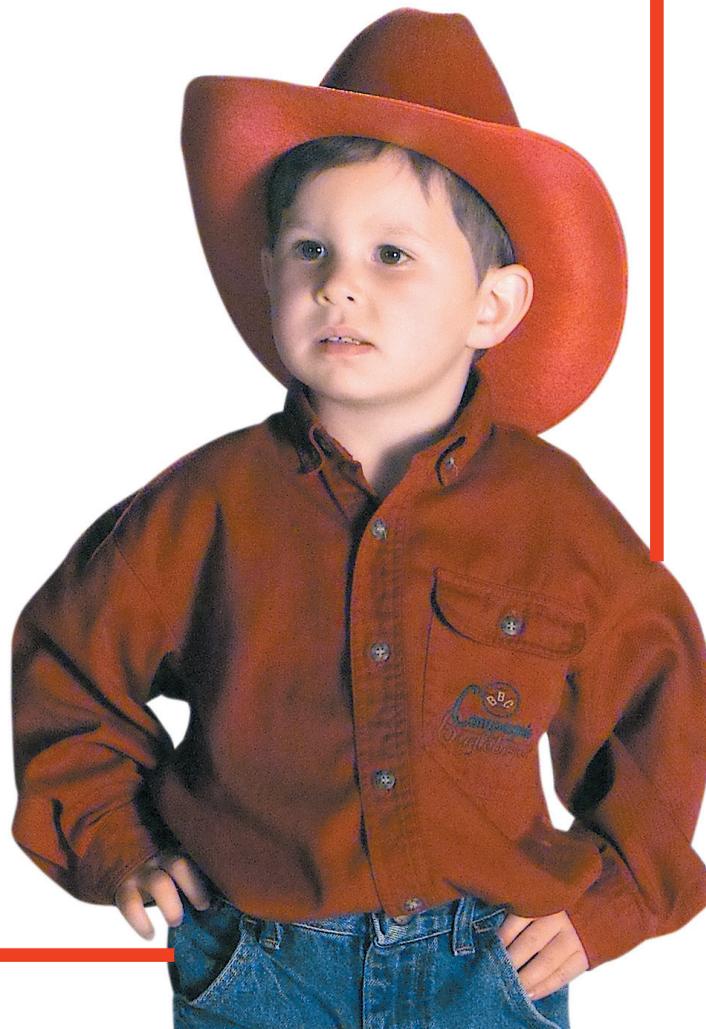
Si usted es sordo o sufre alguna discapacidad auditiva, o habla otro idioma, puede solicitar un intérprete. Cuando se comunique con CHIP Hotline o con CHIP Premium Office, se le ofrecerá un intérprete telefónico para que lo ayude. Si necesita servicios de interpretación en la oficina de su doctor o de su dentista, llame a su plan de seguro de salud (SelectHealth/Molina) o a su seguro dental (Premier Access/DentaQuest) para hacer los arreglos de interpretación, antes de hacer la cita con el doctor.

Prácticas de Confidencialidad y Privacidad (HIPAA)

El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad (HIPAA) describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y de qué manera puede usted acceder a esa información. El Departamento de Salud de Utah está comprometido a proteger su información médica, hacerle llegar este aviso y respetar las normas de dicho aviso. Vaya a la página 37.

Referencia: www.health.utah.gov/hipaa

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD



¿Cómo Escoger un Plan Médico?

CHIP tiene dos planes de salud: SelectHealth y Molina. Usted puede elegir el que quiera. Los beneficios y co-pagos de SelectHealth y Molina son los mismos, pero la lista de doctores y hospitales podría ser diferente. Por favor verifique con su doctor para saber que planes médicos acepta. También puede llamar al teléfono gratis de las oficinas de los dos planes médicos para que le informen si su doctor está inscrito con ellos.

1. Para elegir su plan Médico, siga los siguientes pasos:

- Si usted es elegible para CHIP, recibirá una carta donde se le pedirá que elija su plan de salud.
- Comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR) en cuanto reciba la carta.
- Las listas en cuadro de las páginas siguientes lo ayudarán a decidirse.

2. Póngase en contacto con su Representante del Programa Médico (HPR).

- Una vez elegido el plan médico, comuníquese con su Representante del Programa Médico (HPR):
 - Envíe un correo electrónico a chiphpr@utah.gov con la elección de su plan médico, número de caso, nombres de los padres/ guardián legal y niños, e información de contacto.
 - Envíe por correo el Formulario de Selección del Plan Médico (página 33):
BMHC CHIP HPR
PO Box 143108, SLC, UT 84114
 - Envíe por fax el Formulario de Selección del Plan de Salud (página 33): (801) 237-0743
 - Llame a su HPR usando los siguientes números telefónicos:
Si vive en el Condado de Salt Lake: (801) 526-9422
Número de llamada gratis 1-866-608-9422

Es esencial que usted elija su plan médico adentro de dos semanas de la aprobación o se asignará uno. Si su hijo fue atendido por un médico u hospital que no está cubierto bajo el plan médico se selecciona o se le asigna, usted puede ser responsable del pago. **Nótese: si usted no informa a su HPR sobre el plan que desea, se le designará un plan automáticamente.**

Condados

Esta es una lista de condados donde los servicios de CHIP se ofrecen. Comuníquese con los planes de salud si necesita más información.

Condados disponibles	SelectHealth 1-800-515-2220 www.selecthealth.org	Molina 1-888-483-0760 www.molinahealthcare.com
Beaver	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Box Elder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cache	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Carbon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Daggett		<input checked="" type="checkbox"/>
Davis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Duchesne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Emery		<input checked="" type="checkbox"/>
Garfield	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Grand	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Iron	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juab	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kane	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Millard	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Morgan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Piute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Salt Lake	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
San Juan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sanpete	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sevier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Summit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tooele	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uintah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Utah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wasatch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Washington	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wayne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Weber	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hospitales

Esta es una lista de hospitales donde se ofrecen los servicios de CHIP.

Hospitales	SelectHealth	Molina
Alta View Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
American Fork Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ashley Regional Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bear River Valley Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bear Lake Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
Beaver Valley Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Blue Mountain Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brigham City Community Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cache Valley Specialty Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cassia Regional Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Castle View Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Central Valley Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Davis Hospital & Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Delta Community Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dixie Regional Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fillmore Community Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Franklin County Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	
Garfield Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gunnison Valley Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Heber Valley Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Huntsman Cancer Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
Intermountain Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	
Jordan Valley Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
Kane County Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lakeview Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
LDS Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *
Logan Regional Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
McKay Dee Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	
Milford Valley Memorial Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Moab Regional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mountain View Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
Mountain West Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ogden Regional Medical Center		<input checked="" type="checkbox"/>

Continuación de Hospitales

Hospitales	SelectHealth	Molina
Oneida County Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
Orem Community Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
The Orthopedic Specialty Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
Park City Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pioneer Valley Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
Primary Children's Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Riverton Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	
Salt Lake Regional Medical Center		<input checked="" type="checkbox"/>
San Juan Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sanpete Valley Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sevier Valley Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
St. Marks Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
Timpanogos Regional Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
Uintah Basin Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
University of Utah Hospital		<input checked="" type="checkbox"/>
Utah Valley Regional Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *
Valley View Medical Center	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

* Requiere aprobación previa del plan de salud

¿Cómo Escoger un Plan Dental?

CHIP tiene dos planes de seguro dental: Premier Access y DentaQuest

Wasatch Front. Si usted vive dentro de los límites del “Wasatch Front” (incluyendo los condados de Salt Lake, Condado de Utah, Weber y Davis) usted puede escoger entre DentaQuest y Premier Access.

No Wasatch Front. Si usted vive en cualquier condado diferente a los condados de Salt Lake, Condado de Utah, Weber y Davis, su plan de seguro dental será Premier Access. Antes de recibir tratamiento dental, verifique que su dentista acepta el seguro dental Premier Access.

Los beneficios y co-pagos de Premier Access y DentaQuest son los mismos, pero la lista de dentistas podría ser diferente. Por favor verifique con su dentista actual para saber qué planes de seguro acepta. También puede llamar al teléfono gratis de las oficinas de los dos planes de seguro para que le informen si su dentista está inscrito con ellos.

Una vez elegido un plan dental, comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR):

- Envíe un correo electrónico a chiphpr@utah.gov con la elección de su plan de salud, número de caso, nombres de los padres/ guardián legal y niños, e información de contacto.
- Envíe por correo el Formulario de Selección del Plan de Salud (página 33):
BMHC CHIP HPR
PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
- Envíe por fax el Formulario de Selección del Plan de Salud (página 33): (801) 237-0743
- Llame a su HPR usando los siguientes números telefónicos:

Si vive en el Condado de Salt Lake: (801) 526-9422
Número de llamada gratis 1-866-608-9422

Nótese: Si usted no informa a su HPR sobre el plan que desea, se le designará un plan automáticamente.

Preguntas Frecuentes

¿Cómo me ayudan los servicios de seguro médico y seguro dental?

Su plan de salud:

- Procesará sus reclamos
- Le enviará su tarjeta médica y dental
- Le enviará un panfleto que incluye una lista de profesionales los cuales brindan servicios de atención médica para que usted elija
- Pre autorizará procedimientos cuando sea necesario
- Contestará sus preguntas sobre los beneficios

¿Cuándo recibiré mi tarjeta médica y dental?

Usted recibirá sus tarjetas de identificación de servicio de seguro para cada niño inscrito en el servicio de seguro CHIP, dentro de las próximas 2-3 semanas después de que ha seleccionado el plan de salud que quiere usar. Si usted no recibe su tarjeta o si la pierde, comuníquese con su Plan.

¿Qué debo hacer si mis hijos necesitan atención médica antes de recibir la tarjeta médica?

En algunos casos puede que tenga que pagar por los servicios. Usted puede haber un reembolso por los servicios cubiertos de CHIP. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su plan médico, plan dental o un HPR.

¿Recibiré una nueva tarjeta médica si agrego un miembro de la familia a CHIP?

Si usted necesita cobertura médica para un miembro de la familia que no está actualmente cubierto por Medicaid o CHIP, comuníquese con su trabajador de elegibilidad DWS para ver si el niño es elegible. Recibirá una nueva tarjeta médica para cualquier niño en CHIP.

¿Cómo sé qué servicios están cubiertos por CHIP?

Su plan médico y dental le enviará un paquete que incluye información sobre los beneficios, pre autorizaciones y una lista de profesionales de servicios médicos que usted puede utilizar. Llame a su plan de salud si no recibe el paquete de 4 a 6 semanas.

¿Tengo que usar uno de los proveedores participantes ?

Sí. Tanto el plan de seguro médico como el plan de seguro dental requieren que usted use uno de los proveedores que participan en la red.

¿Necesito una recomendación antes de ver a un especialista?

Verifique con su plan de seguro médico o su plan de seguro dental antes de hacer la cita con el médico o dentista para asegurarse que los doctores que va a utilizar participan en la red de proveedores.

¿Qué farmacias puedo usar?

Usted puede usar cualquier farmacia que acepte SelectHealth o Molina. Su plan de salud le enviará información más detallada.

¿Me pueden ayudar a coordinar mis servicios médicos?

Sí. SelectHealth y Molina ofrecen servicios de organización de casos que lo ayudarán a coordinar sus servicios médicos. Comuníquese con su plan de salud para más información.

¿Puedo cambiar mis planes médico y dental?

Usted deberá quedarse con el plan de salud que eligió hasta el 30 de Junio de cada año. Sin embargo, usted puede cambiar su plan durante el período de cambio de plan anual, desde mayo hasta mediados de junio. Cualquier cambio realizado en ese período tendrá efecto el 1 de julio de ese año. Usted recibirá una carta cada año donde se le recordará el período de cambio del plan anual.

Si usted se muda o cambia de condado dentro del estado de Utah, deberá llamar a su representante del programa de salud porque posiblemente su plan médico no estará disponible en el nuevo condado. Para más información, comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR) (página 12).

¿Existe algún otro beneficio que deba conocer?

Llame a SelectHealth o Molina para más información sobre incentivos u otros programas que le puedan ofrecer.

¿Qué pasa si yo no estoy de acuerdo con las acciones o decisiones de mi plan médico?

Si usted no está de acuerdo con las acciones de su plan de salud médico o dental, puede apelar la decisión. Si lo hace, debe apelar dentro de los siguientes 30 días a la fecha en que le comunicaron la acción o decisión.

Si usted no está de acuerdo con el resultado del proceso de apelación de su plan de salud, puede solicitar una audiencia con la Unidad de Audiencias de la División de Medicaid y Financiación de Salud (Hearing Unit at the Division of Medicaid and Health Financing). La audiencia se debe solicitar dentro de los siguientes 30 días de la fecha en que recibió la decisión de su apelación sobre el plan de salud.

Usted debe hacer primero una apelación sobre su plan de salud, antes de que pueda obtener una audiencia con la Unidad de Audiencias del Estado. Si usted no apela primero, no puede tener una audiencia con el estado.

¿Qué pasa si mi hijo recibe cobertura de otra compañía de seguro de salud después de que es aprobado por CHIP?

Su niño no puede tener otro seguro estar cubierto por CHIP a menos que el seguro es un plan de cobertura limitada (como un plan dental o plan de visión único, etc).

Debe indicarle al DWS dentro de 10 días si cualquiera de lo siguiente ocurre mientras su hijo está cubierto por CHIP:

- Usted obtiene un seguro para su hijo o si uno de los padres que no tiene la custodia del niño le ofrece un seguro para su hijo.
- Usted o su cónyuge obtiene acceso seguro a través de su empleador.

¿ Qué pasa cuando yo reporto la información sobre el seguro de salud a DWS?

DWS revisará la información para determinar si el caso CHIP de su hijo puede permanecer abierto. Si el seguro de salud no incluye las excepciones mencionadas anteriormente, su caso será cerrado. En ese momento usted debe informar a los proveedores de salud de su hijo para que envíen las cuentas por servicios de salud a su hijo a la nueva compañía de seguros y no a CHIP.

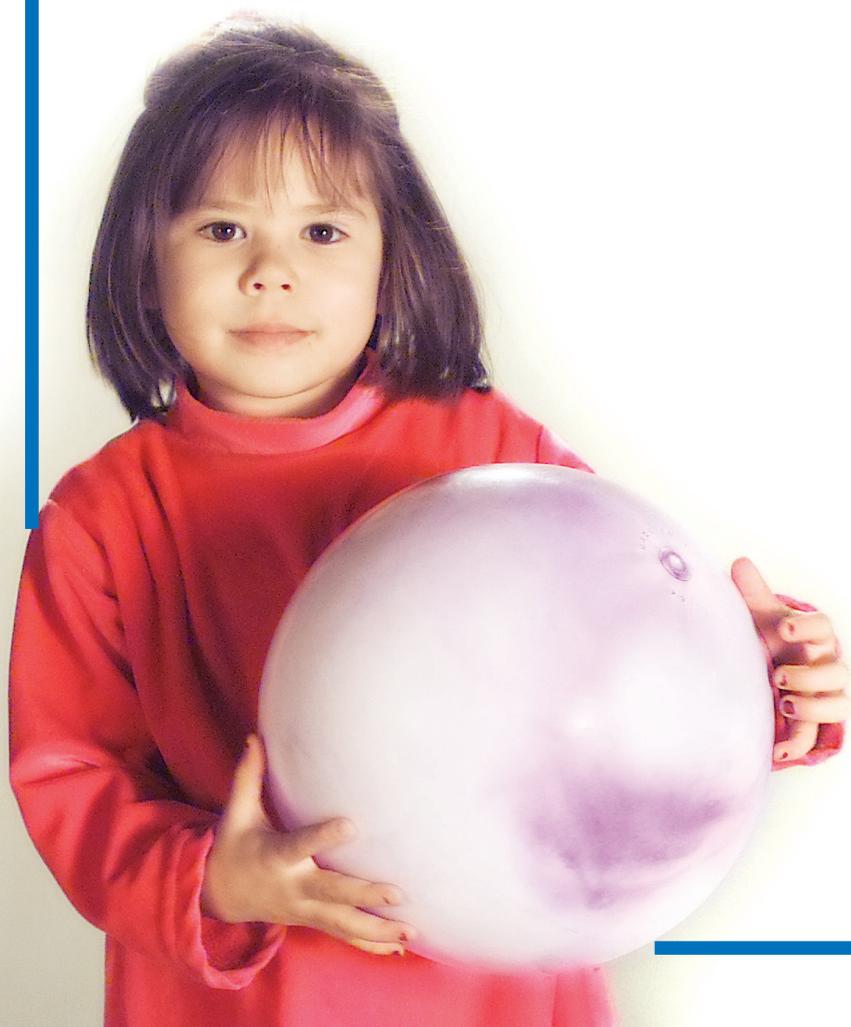
¿ Qué pasa cuando mi hijo ha estado cubierto por otro seguro médico por un tiempo y yo no lo reporté o no sabía acerca del otro cubrimiento?

Su niño no puede tener CHIP además a otra cobertura médica, a menos que el seguro es un plan de cobertura limitada. Si su hijo está cubierto por otro seguro médico mientras recibe cobertura de CHIP tendrá un sobrepago.

Esto significa que usted puede ser responsable de pagar al estado el importe de la prima médica que el estado había pagado por el plan médico y dental de CHIP de su hijo cada mes que su hijo fue elegible para CHIP.

Comuníquese con su trabajador de elegibilidad DWS para reportar todos los cambios en la cobertura de seguro dentro de los 10 días del cambio.

CUOTAS & CO-PAGOS



Cuotas/Primas

Según sus ingresos usted tendrá que pagar una cuota (un máximo de \$75) cada tres meses. La cuota es una cantidad fija y no se toma en cuenta el número de hijos que usted tenga.

La oficina de negocios del departamento de Workforce Services (DWS) le mandará una factura de cobro en el momento en que debe pagar la prima del seguro. Usted recibirá esas facturas cada tres (3) meses, empezando con el primer mes en que su niño fue inscrito en el programa CHIP.

DWS también tiene disponible opciones de pago mensual. Solamente tiene que llamar a la oficina de negocios de DWS y preguntar al respecto.

Usted puede escoger una de las siguientes opciones para pagar sus primas:

- **Online:** <https://jobs.utah.gov/mycase>
- **Teléfono:** DWS Business Office (Oficina de Negocios)
1-866-435-7414 (seleccione la opción 5)
(lunes - viernes, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.)
- **Correo:** Department of Workforce Services
Business Office
P.O.Box 143250
Salt Lake City, UT 84114-3250

Cargos por atraso de pago. Es muy importante que haga el pago de la cuota en la fecha establecida para evitar el recargo de \$15 adicionales a su cuenta. De ser así, usted deberá hacer el pago de ambos, tanto de la cuota como del recargo de atraso para mantener al niño en el programa CHIP. Si no hace el pago de la cuota, la inscripción de su niño quedará automáticamente cerrada.

Puede haber un retraso en obtener beneficios hasta que sus planes médicos y dentales son notificados de que su hijo es elegible nuevamente. Si su niño tiene una necesidad inmediata, póngase en contacto con su HPR.

Co-pagos

La mayoría de las familias necesitarán abonar un co-pago por los servicios médicos y dentales. Un representante de la oficina de admisión local le asignará un Plan A, B, o C de co-pago de acuerdo a sus ingresos. El co-pago que usted tiene designado estará impreso en su tarjeta de identificación de CHIP. Las próximas páginas describen los beneficios y co-pagos para cada plan. Los servicios de cuidados preventivos como vacunas y exámenes de rutina, no requieren co-pago.

Deducible. El Plan A no tiene un deducible. Sin embargo, los Planes B y C requieren el pago de un deducible. El deducible es un porcentaje que no está cubierto por CHIP. Usted debe pagar el deducible antes de que CHIP abone el porcentaje restante de su factura. Esto es para pacientes internados, pacientes de consulta y servicios de diagnóstico importantes.

¿Quién no paga co-pagos o primas del seguro de salud?

Los niños indios-americanos nativos y los niños nativos de Alaska no pagan co-pagos o primas trimestrales por el seguro de salud CHIP. Estos niños inscritos en CHIP deben proveer su verificación de identidad de que pertenecen a una tribu. La tribu debe estar reconocida por el gobierno federal.

Verificación aceptable para niños indio-americanos nativos y / o nativos de Alaska:

- Certificado de identificación de la tribu/Tarjeta o número de la tarjeta
- Certificado del grado de consanguineidad nativo Indio-Americano o de Alaska (CDIB) firmado Por la Oficina de Asuntos Indios (BIA)
- Hoja del Indian Health Services (IHS) (El IHS es un registro médico certificado por IHS como un registro original)

Ingreso Contable Zero. Las familias que reciben el beneficio de CHIP y no han tenido ingresos durante el periodo no tienen que pagar co-pagos ni deducibles por los servicios de CHIP.

Co-pagos de Plan A	
Máximo de su bolsillo	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales*
Cuota/tarifa	\$0.00
Condición previamente existente	No período de espera
BENEFICIOS DE MÉDICOS	
Deducible	\$0.00
Exámenes para niños sanos	\$0.00
Vacunas	\$0.00
Visitas al doctor	\$3.00
Visitas al especialistas	\$3.00
Visitas a la sala de emergencia	\$3.00
Ambulancia	5% del monto total
Centro de cuidado urgente	\$3.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	\$3.00
Servicios de Internal Pacientes de Hospital	\$50.00
Servicios de Rayos-x y laboratorio	\$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; \$3.00 para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	\$0.00
Anestesiista	\$0.00
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	- \$1.00 - \$1.00 - 5% del monto total
Salud mental - Pacientes internados - Pacientes no internados	- \$50.00 - \$3.00
Tratamiento residencial	5% del monto total (límite por año de 25 días)
Terapia física	\$3.00 (límite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio	\$3.00
Equipo médico y provisiones	\$3.00
Educación de diabetes	\$0.00
Examen visual	\$3.00 (límite por año de 1 visita)
Examen auditivo	\$3.00 (límite por año de 1 visita)
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	\$0.00
BENEFICIOS PRINCIPALES - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	\$1,000.00 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año), rayos-x	\$0.00
SERVICIOS BASICOS - Amalgama, extracciones, cirugía oral, endodoncias, periodoncias	\$0.00
SERVICIOS PRINCIPALES - Coronas, puentes, dentaduras	5% del monto total
ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA**	5% del monto total (\$1,000 por vida máxima)
ESPECIALISTAS - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, odontopediátricos	5% del monto total

* CHIP le enviará una carta de aprobación, diciéndole la cantidad aproximada máxima que usted tendrá que pagar de su bolsillo por su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.

Co-pagos de Plan B

Máximo de su bolsillo	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales*
Cuota/tarifa	\$30.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera

BENEFICIOS DE MÉDICOS

Deducible	\$40.00 por familia
Exámenes para niños sanos	\$0.00
Vacunas	\$0.00
Visitas al doctor	\$5.00
Visitas al especialistas	\$5.00
Visitas a la sala de emergencia	\$5.00; \$10.00 no-emergencia
Ambulancia	5% del monto total después de deducible
Centro de cuidado urgente	\$5.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	5% del monto total después de deducible
Servicios de Internal Pacientes de Hospital	\$150.00 después de deducible
Servicios de Rayos-x y laboratorio	\$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 5% del total después del deducible para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	5% del monto total
Anestesista	5% del monto total
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	- \$5.00 - 5% del monto total - 5% del monto total
Salud mental - Pacientes internados - Pacientes no internados	- \$150.00 después de deducible - \$5.00
Tratamiento residencial	5% del monto total después de deducible (límite por año de 25 días)
Terapia física	\$5.00 (límite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio	5% del monto total después de deducible
Equipo médico y provisiones	5% del monto total después de deducible
Educación de diabetes	\$0.00
Examen visual	\$5.00 (límite por año de 1 visita)
Examen auditivo	\$5.00 (límite por año de 1 visita)

BENEFICIOS DENTALES

Deducible	\$0.00
BENEFICIOS PRINCIPALES - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	\$1,000.00 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año), rayos-x	\$0.00
SERVICIOS BASICOS - Amalgama, extracciones, cirugía oral, endodoncias, periodoncias	5% del monto total
SERVICIOS PRINCIPALES - Coronas, puentes, dentaduras	5% del monto total
ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA**	5% del monto total (\$1,000 por vida máxima)
ESPECIALISTAS - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, odontopediátricos	5% del monto total

* CHIP le enviará una carta de aprobación, diciéndole la cantidad aproximada máxima que usted tendrá que pagar de su bolsillo por su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.

Co-pagos de Plan C	
Máximo de su bolsillo	5% del salario bruto anual, incluyendo servicios dentales*
Cuota/tarifa	\$75.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera
BENEFICIOS DE MÉDICOS	
Deducible	\$500.00 por niño/\$1,500.00 por familia
Exámenes para niños sanos	\$0.00
Vacunas	\$0.00
Visitas al doctor	\$20.00
Visitas al especialistas	\$40.00
Visitas a la sala de emergencia	\$250.00
Ambulancia	20% del monto total después de deducible
Centro de cuidado urgente	\$40.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	20% del monto total después de deducible
Servicios de Internal Pacientes de Hospital	20% del monto total después de deducible
Servicios de Rayos-x y laboratorio	\$0.00 por las pruebas menores de diagnóstico y rayos-x; 20% del total después del deducible para las pruebas principales de diagnóstico y rayos-x
Cirujano	20% del monto total
Anestesiata	20% del monto total
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	- \$15.00 - 25% del monto total - 50% del monto total
Salud mental - Pacientes internados - Pacientes no internados	- 20% del monto total después de deducible - \$35.00
Tratamiento residencial	50% del monto total (limite por año de 25 días)
Terapia física	\$35.00 (limite por año de 20 visitas)
Servicios de quiropráctica	No están cubiertos
Cuidado a domicilio y hospicio	20% del monto total después de deducible
Equipo medico y provisiones	20% del monto total después de deducible
Educación de diabetes	\$0.00
Examen visual	\$35.00 (limite por año de 1 visita)
Examen auditivo	\$35.00 (limite por año de 1 visita)
BENEFICIOS DENTALES	
Deducible	\$50.00 por niño/\$150.00 por familia
BENEFICIOS PRINCIPALES - Preventivos, Servicios Básicos y Principales al año, por niño	\$1,000.00 anual, por cada año
SERVICIOS PREVENTIVOS - Exámenes de rutina y limpieza (2 por año), rayos-x	\$0.00
SERVICIOS BASICOS - Amalgama, extracciones, cirugía oral, endodoncias, periodoncias	20% del monto total después de deducible
SERVICIOS PRINCIPALES - Coronas, puentes, dentaduras	50% del monto total después de deducible
ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA**	50% del monto total (\$1,000 por vida máxima)
ESPECIALISTAS - Endodontistas, cirujanos ortodontistas, periodontistas, odontopediátricos	Hable con su plan dental para una estimación de gastos adicionales.

* CHIP le enviará una carta de aprobación, diciéndole la cantidad aproximada máxima que usted tendrá que pagar de su bolsillo por su familia.

** Los servicios de ortodoncia no están incluidos en el beneficio máximo anual.

Máximo de su Bolsillo

¿Cuál es la cantidad máxima que deberé pagar?

No pagará más del 5% de los ingresos de su familia por el costo de los deducibles en cada plaza de beneficios. Los gastos incluyen deducibles, las primas y copagos, debidas por los servicios cubiertos por CHIP. DWS le enviará una carta de aprobación, diciéndole aproximadamente el costo máximo que tendrá que pagar por su familia.

¿Qué sucede cuando he pagado el máximo de mis gastos de bolsillo?

Una vez que alcanzó el 5% máximo, su familia ya no tendrá co-pagos por ese plazo de beneficios.

¿Cuándo debo empezar a hacer un seguimiento de mis gastos de bolsillo?

Empiece un registro el mismo día que hijo es elegible para CHIP. Nosotros hemos incluido una forma para ayudarle a hacer un seguimiento de los gastos cada año. Vea la Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo en la página 31.

¿Cuáles son las fechas para empezar a contar el plazo de beneficios?

- Su hijo ya no califica para CHIP
- Usted solicita una revisión temprana de su elegibilidad
- Su hijo es elegible para Medicaid
- Su hijo califica para un mejor plan CHIP o reducción de primas trimestres de CHIP

¿Cómo demuestro que he pagado el máximo de mis gastos de bolsillo?

- Cada vez que abona un co-pago, escriba la información en el Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo en la página 31.
- Una vez que los co-pagos suman su 5% máximo o más, envíe por correo o fax el formulario de reclamo completo a: BMHC-CHIP, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-538-6099

- Usted puede conseguir más formularios de reclamo llamando al 1-866-772-1261 o en health.utah.gov/chip.

¿Qué sucede después?

- CHIP se asegurará que haya alcanzado el 5% máximo en costos de bolsillo.
- Si usted ya ha recibido el máximo beneficio por el plazo de beneficios CHIP le enviará una carta verificando el pago máximo de su bolsillo por ese plazo de beneficios y que usted no debe copagos hasta el fin del año en que ha recibido beneficios.
- Se puede usar esta carta para mostrar a su doctor que no debe un copago hasta que recibe una nueva tarjeta.
- Su plan de salud le enviará una nueva tarjeta médica que demuestre que ningún copago es debido, si cumple con su máximo de su bolsillo antes de finalizar su actual plazo de beneficios.

¿Qué pasa si cambia mi ingreso?

Si su ingreso o el número de miembros de su familia cambia, usted podría calificar para bajar el costo de su plan CHIP. Usted también podría calificar para un programa diferente de asistencia médica. Para saber, usted puede pedir una revisión temprana. Si usted todavía califica para CHIP, los siguientes cambios ocurren:

- Empieza un nuevo beneficio por doce meses
- Tendrá un pago máximo del 5% por copagos y deducibles
- La cantidad máxima del 5% empieza de nuevo
- Los copagos, deducibles y primas pagados en el previo año de beneficios y la cantidad máxima de pago de su propio bolsillo no se cuentan para el nuevo plazo de beneficios

RECURSOS



Servicios de Elegibilidad

Hable con un trabajador del departamento de elegibilidad llamando al Centro de Servicios de Elegibilidad al 1-866-435-7414. Usted también podría tener acceso a la información de su caso a través del internet, incluyendo su estatus de beneficios y verificaciones recibidos por DWS. Usted también podría conversar en línea con un trabajador de elegibilidad en: <https://jobs.utah.gov/mycase>

Un trabajador de elegibilidad de DWS puede también ayudarle si usted tienen miembros de su familia en Medicaid, Primary Care Networ (PCN), o Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP).

Encuentre Su Oficina Local de Servicios de Salud de los Indígenas Americanos

Nombre	Contacto	Número de teléfono
Confederated Tribes of Goshute Indian Reservation	Christine Steele	(435) 234-1194
Fort Duchesne Indian Health Services Clinic	Kaye Black	(435) 722-5122
Indian Walk-In Center, Urban Program	Lori Pacheco	(801) 486-4877
Navajo Health Systems, Inc. Blanding Family Practice	Alsieta Lameman	(435) 678-3601
Montezuma Creek Community Health Center	Darlene Eddie	(435) 651-3778
Monument Valley Health Center	Lola Cly	(435) 651-3778
Navajo Mountain Health Center	Wilbur Smallcanyon	(928) 672-2494
Northwestern Band of Shoshone	Gayla Pena	(435) 734-2286
Paiute Indian Tribe of Utah	Medical Clinics (general information)	(435) 586-1112 or 1-800-658-5340
	Shivwits Clinic	(435) 688-8198
	Cedar City Clinic	(435) 867-1520
	Koosharem Clinic	(435) 893-0977
	Kanosh Clinic	(435) 759-2610
Ute Mountain Ute Health Center	Joanna Smith	(970) 565-4441 x. 247



Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Reclamo de Máximo de su Bolsillo

El máximo de mis gastos de bolsillo es: \$ _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Planes de Salud y Dental: _____

Le ofrecemos este formulario para ayudarlo a mantener un registro de los servicios médicos y dentales de sus hijos (vea página 24). Una vez que llega al máximo de sus gastos de bolsillo, devuelva este formulario a CHIP (vea a continuación). Complete una línea para cada co-pago o seguro compartido que tenga. No necesitará presentar comprobantes de pago, pero guárdelos para su beneficio.

Usted podría someter las formas de reclamos hasta un año después de que se termine el año de beneficios en el cual ocurrieron los gastos.

-Usted puede cortar y conservar esta página.

Nombre del niño/niña	Fecha de visita o reclamo	¿Pagó usted esta factura? Si/No	Proveedor de atención médica/ Nombre y Dirección	Cantidad de Co-pagos o seguros compartidos
			Subtotal en esta página	

Total (de todas las páginas) \$ _____

Envíe el formulario a:

BMHC CHIP, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108

Fax: 801-538-6099

E-mail: chip@utah.gov



Asegurando a los Niños de Utah

Formulario de Selección del Plan de Salud

Una vez elegido el plan de salud, envíe este formulario por correo o por fax a su Representante del Programa de Salud (HPR); o vía e-mail a chippr@utah.gov con su elección sobre el plan y la siguiente información.

(Por favor escriba con letra clara.)

-Usted puede cortar y conservar esta página.

Número de caso		
Nombre del padre, madre o guardián legal	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
Nombre/s del niño/s	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
Información de contacto	(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)	
	(Número de teléfono durante el día)	(Celular)
	(Dirección de e-mail o de correo electrónico)	
Plan de Salud elegido	<input type="checkbox"/> SelectHealth	<input type="checkbox"/> Molina
Plan de Dental elegido	(Solamente para residentes de los Condados de Salt Lake, Utah, Weber y Davis)	
	<input type="checkbox"/> Premier Access	<input type="checkbox"/> DentaQuest

Nótese: Usted debe quedarse con el Plan de Salud que eligió hasta el 30 de junio de cada año.

Envíe el formulario a:
BMHC CHIP HPR, PO Box 143108, SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-237-0743
E-mail: chippr@utah.gov

Nombre/s del niño/s	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento
	(Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento

Envíe el formulario a:
 BMHC CHIP HPR, PO Box 143108
 SLC, UT 84114-3108
Fax: 801-237-0743
E-mail: chiphpr@utah.gov

-Usted puede cortar y conservar esta página.

Derechos y Responsabilidades del Afiliado a CHIP

Las Personas que son elegibles para CHIP tienen el derecho a:

- Recibir los beneficios correctos y a tiempo
- Recibir las notificaciones apropiadas si hay un cambio en los beneficios para los cuales califican
- Ser tratados con dignidad, cortesía y respeto
- Recibir información sobre los programas médicos incluyendo Medicaid y el programa de seguro de salud para los niños (Children Health Insurance Program). Cualquier persona puede ver una copia del manual que contiene las políticas para cada programa.

Sus responsabilidades como miembro inscrito en CHIP:

Usted debe reportar los siguientes cambios al Departamento de Work Force Services dentro de los diez días calendario siguientes al día en que se enteró de uno de los siguientes cambios:

- Su niño empieza a recibir cubrimiento bajo un plan de un grupo de salud u otro cubrimiento de seguro de salud.
- Usted obtiene acceso a cubrimiento de seguro de salud bajo un plan ofrecido por un empleador donde el costo de cubrimiento de su hijo es menor al 5% del ingreso familiar total de la cabeza de familia.
- Usted empieza a recibir cubrimiento u obtiene acceso a cubrimiento bajo un plan de seguro de salud para empleados del estado debido a que uno de los padres o el guardián legal obtiene empleo con el estado.
- El hijo que está inscrito se va de la casa o muere.
- El hijo inscrito o la persona que es cabeza de familia se va a vivir a otro estado.
- El hijo inscrito o la cabeza de familia cambia de dirección.
- El hijo inscrito entra a una institución pública o a una institución para enfermedades mentales.

Cualquier individuo que intencionalmente provea información falsa y la persona que completó la aplicación en beneficio del inscrito o afiliado en el programa, es responsable por repagar cualquier beneficio incorrecto que haya recibido el afiliado.

Departamento de Salud de Utah
División de Medicaid y Financiación de Salud
Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como puede ser utilizada y divulgada su información médica y como puede usted acceder a dicha información. Por favor, revise con atención. Efectivo: 04/ 14/ 2003

El Departamento de Salud de Utah, División de Medicaid y Financiación de Salud (DMHF) está comprometido a proteger su información médica. DMHF tiene la obligación, por ley, de mantener la privacidad de su información médica, de hacerle llegar este aviso, y de respetar los términos de este aviso.

Prácticas y Usos de Confidencialidad/ Privacidad

DMHF puede utilizar su información médica para el manejo de nuestro negocio. Ejemplos:

Tratamiento – para determinar apropiadamente la aprobación o denegación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los profesionales de la salud de DMHF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica por necesidades médicas si usted es receptor de Medicaid, o por servicios enumerados en el programa si usted es receptor de Primary Care Network (PCN) o receptor del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o receptor de UPP.

Pago – para determinar su elegibilidad en los programas Medicaid, PCN, CHIP o UPP y realizar pagos a su proveedor de atención médica. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos de pago al DMHF por servicios médicos prestados a usted, en caso de ser correspondientes.

Operaciones de Atención Médica – para evaluar el desempeño de un plan de salud o de un proveedor de atención médica. Por ejemplo, los contratos de DMHF con consultores que revisan los registros de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad de servicio que usted ha recibido.

Finalidad Informativa – para darle a usted información útil tal como opciones de planes de salud, actualización de los beneficios del programa, exámenes médicos gratis e información de protección al consumidor.

Sus Derechos Individuales

Usted tiene derecho a:

Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica. Consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricción, pero no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.

Solicitar que utilicemos un número de teléfono o domicilio específico para comunicarnos con usted.

Inspeccionar y copiar su información médica, incluyendo registros médicos y de cuentas. Pueden existir costos. Bajo circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de su información médica y usted puede solicitar una revisión de la negación*

Solicitar un detalle de ciertas divulgaciones de su información médica hechas por nosotros. El detalle no incluye divulgaciones hechas para tratamientos, pagos, y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por la ley. Su solicitud debe detallar el período de tiempo deseado para el detalle que debe ser dentro de los seis años previos a su solicitud y excluir fechas previas al 14 de Abril de 2003. El primer detalle es gratis pero se recargará un costo si se realiza más de una solicitud en un período de 12 meses*

Solicitar una copia en papel de este aviso, aun si usted aceptó recibirlo en forma electrónica.

* Las solicitudes marcadas con un asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Contacte al Oficial de Privacidad de DMHF para recibir el formulario correcto para su solicitud.

Compartiendo Su Información Médica

Existen situaciones limitadas en las cuales tenemos permitido o estamos obligados a divulgar información médica sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para la administración de los programas Medicaid, PCN, CHIP y UPP y lo siguiente:

Para propósitos de salud pública tales como el reporte de enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades o lesiones permitidas por ley; informar nacimientos y muertes; e informar reacciones a drogas y problemas con aparatos médicos.

Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica.

Para actividades médicas de supervisión tales como investigaciones, auditorías, e inspecciones.

Para juicios y procedimientos similares.

Cuando es requerido por la ley.

Cuando es solicitado por los agentes de la ley por requerimiento de la ley o por orden de la corte.

Para médicos forenses, examinadores médicos, y directores funerarios.

Para donaciones de órganos y tejidos.

Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas normas federales.

Para reducir o prevenir una seria amenaza a la salud y la seguridad pública.

Para compensaciones a trabajadores u otros programas similares si se lesiona en el trabajo.

Para funciones especiales del gobierno tales como de inteligencia y seguridad nacional.

Todos los demás usos y divulgaciones no mencionados en este aviso, requieren su autorización firmada.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento con una declaración por escrito.

Nuestras Responsabilidades de Privacidad

Por ley, DMHF debe:

Mantener la privacidad de su información médica.

Proveer este aviso que describe las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica.

Respetar los términos del aviso actualmente en efecto.

Nos reservamos el derecho a efectuar cambios a este aviso en cualquier momento y validar las nuevas prácticas de privacidad para toda la información que guardamos. Los avisos actuales serán publicados en las oficinas de DMHF y en el portal de Internet, <http://health.utah.gov/hipaa>. Además, usted puede solicitar una copia de cualquier aviso al Oficial de Privacidad de DMHF que se detalla a continuación.

Contáctenos

Si desea recibir más información acerca de sus derechos de privacidad, le preocupa que sus derechos de privacidad han sido violados, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, los receptores de Medicaid, PCN, CHIP y UPP deben contactar al Oficial de Privacidad de DMHF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd Floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah 84114-3102; cdevashrayee@utah.gov.

Investigaremos todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja. También puede presentar una queja por escrito en la Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.

Si usted considera que le ha sido negado un servicio o beneficio inapropiadamente debido a alguna incapacidad, edad, sexo, religión, raza, color o nacionalidad, debe ponerse en contacto con el Departamento de Estado y registrar su reclamo. Si decide no registrar su reclamo con el Departamento de Estado, Usted puede notificar por escrito a la Oficina de Derechos Civiles; Federal Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, Federal Office Building, 1961 Stout Street, Room 1426, Denver, CO 80294-3538. O comuníquese por teléfono a la Oficina Federal; Federal Office for Civil Rights al (303) 844-2024 o visite la página web www.hhs.gov/ocr.



UTAH DEPARTMENT OF
HEALTH

La información en esta Guía para el Afiliado puede cambiar sin aviso. Esta guía contiene una breve descripción de cobertura y no es un contrato de póliza, cobertura o servicio. Una descripción detallada de la cobertura está disponible en guía para el afiliado de SelectHealth, Molina, Premier Access, y DentaQuest.

CHIP
PO Box 143108
SLC, UT 84114-3108

PRST STD
U.S. Postage
PAID
Salt Lake City, UT
Permit No. 4621

CHIP

Asegurando a los Niños de Utah