

CHIP

**El Programa de Seguro de
Salud para los Niños de Utah**

1-877-KIDS-NOW health.utah.gov/CHIP

Guía para el Afiliado

Números de teléfono importantes

Línea CHIP Premium: 1-866-772-1261 or 801-538-9004

CHIP Hotline: 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669)

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

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

Mi Número de Caso de CHIP: _____

Mi Oficina de Servicios de Elegibilidad: _____

Mi Representante del Programa de Salud: _____

Mi Doctor: _____

Mi Farmacia Local: _____

Mi Dentista: _____

Planes de Salud

PEHP: 1-800-765-7347 or www.pehp.org

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

CHIP Dental Plan (PEHP): 1-800-765-7347 or www.pehp.org

Información Adicional

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

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

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

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

Información General: 2-1-1

CHIP

**El Programa de Seguro de
Salud para los Niños de Utah**

1-877-KIDS-NOW health.utah.gov/chip

Guía para el Afiliado

Julio 2007

Tabla de Contenidos

Introducción	5
Bienvenidos	6
Resumen de Beneficios Cubiertos por CHIP	6
Su Representante del Programa de Salud	7
Su Oficina de Servicios de Elegibilidad	7
Renovación de Matrícula	8
Servicios de Interpretación	8
Prácticas de Confidencialidad y Privacidad (HIPPA)	8
Selección del Plan de Salud	9
¿Cómo elegir un Plan de Salud?	10
Condados	11
Hospitales	12
Preguntas Frecuentes Sobre Planes de Salud	14
Cuotas y Co-pagos	17
Cuotas	18
Co-pagos	18
Co-pagos de Plan A/B/C	19
Máximo de su Bolsillo	22
Recursos	23
Encuentre Su Representante del Programa de Salud	24
Encuentre Su Oficina de Servicios de Elegibilidad	26
Formulario de Reclamo del 5% Máximo	27
Formulario de Selección del Plan de Salud	29

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:

- PEHP (Public Employee's Health Program)
- Molina Healthcare of Utah

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 local del programa de salud lo ayudará en ese proceso (página 10).

Para más información de procedimientos de CHIP, visite <http://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 18. Una vez que elija un plan de salud, PEHP o Molina le enviarán un catálogo con información sobre estos servicios.

Su Representante del Programa de Salud

Su Representante del Programa de Salud (HPR) lo ayudará a elegir un plan de salud y:

- 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 health.utah.gov/umb

En “Selección de Plan de Salud” (página 10) encontrará más información al respecto. Para localizar a su representante local del programa de salud, vaya a la página 24.

Su Oficina de Servicios de Elegibilidad

Un representante de la oficina de servicios de elegibilidad local 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 (informe dentro de los 10 días si su hijo está afiliado en otro seguro médico o si tiene seguro por medio de su trabajo.)

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.

Para localizar una oficina de servicios de elegibilidad en su zona, comuníquese al 1-888-222-2542.

Preocupaciones con respecto a la elegibilidad. Cuando usted aplica para CHIP, le pueden decir que usted no es elegible. Si usted siente que es una decisión injusta, 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
- Solicite una reconsideración del 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 deberá completar y seguir las instrucciones de la solicitud de renovación.
- Si todavía es elegible para CHIP, usted seguirá abonando sus cuotas (vea página 18).

Es importante completar la renovación dentro del plazo designado o su caso se cerrará. Si su caso está cerrado por más de un mes, deberá comunicarse con su oficina de admisión local y aplicar nuevamente durante el período de inscripción de CHIP.

Servicios de Interpretación

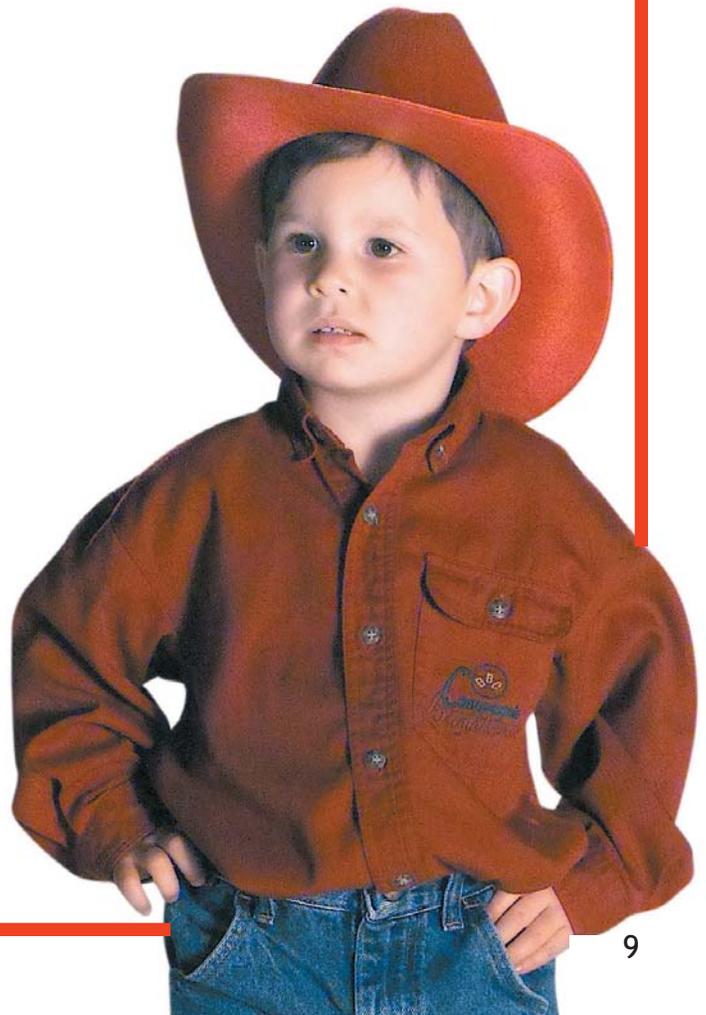
Si usted es sordo o sufre alguna discapacidad auditiva, o habla otro idioma, puede solicitar un intérprete. Cuando se comunique con CHIP Hotline o con CHIP Premium Office, se le ofrecerá un intérprete telefónico para que lo ayude. Si usted necesita un intérprete en el consultorio médico, comuníquese con PEHP o Molina antes de su cita.

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. Durante el proceso de inscripción al CHIP, usted recibirá este aviso.

Referencia: health.utah.gov/hipaa

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD



¿Cómo Elegir un Plan de Salud?

CHIP tiene dos planes de salud: PEHP y Molina. Usted puede elegir el que quiera. Ambos planes ofrecen los mismos beneficios de CHIP. Para elegir su plan de salud, siga los siguientes pasos.

1. Póngase en contacto con su Representante del Programa de Salud (HPR).

- Si usted es elegible para CHIP, recibirá una carta donde se le pedirá que elija su plan de salud.
- Es esencial que elija entre PEHP o Molina en cuanto esté aprobado, de esta manera usted podrá disfrutar completamente de los beneficios y servicios que CHIP ofrece.
- Comuníquese con su Representante del Programa de Salud (HPR) en cuanto reciba la carta. Para localizar un representante local del programa de salud, vaya a la página 24.

2. Decidir entre PEHP y Molina.

- Su Representante del Programa de Salud (HPR) lo ayudará a elegir un plan de salud.
- Las listas en cuadro de las páginas siguientes lo ayudarán a decidirse.
- Los beneficios odontológicos están cubiertos por el Plan Dental de PEHP, sin importar el plan que usted elija.
- Aunque existen cuatro nombres diferentes para los planes de salud detallados en los cuadros (Exclusivo, Preferido, Niños Saludables, o Niños Saludables+), todos ofrecen los mismos beneficios. Los nombres de estos planes están denominados de acuerdo a condado donde usted vive (zona rural o urbana). PEHP o Molina le asignarán uno de los cuatro.
- Solamente tiene que elegir entre PEHP o Molina.

3. Informe a su HPR qué plan de salud desea.

- Una vez elegido el plan de salud, 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.
- O, envíe por correo o fax el Formulario de Selección del Plan de Salud a su HPR, (página 29).

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

Condados

Como usted podrá notar, tanto PEHP como Molina están disponibles en todos los condados. Solamente tendrá que elegir entre PEHP o Molina. Luego, PEHP o Molina le designarán un plan de acuerdo al lugar donde viva (Exclusivo, Preferido, Niños Saludables, o Niños Saludables+).

Condados disponibles	PEHP		Molina	
	Exclusivo	Preferido	Niños Saludables	Niños Saludables+
Beaver	✓			✓
Box Elder		✓		✓
Cache	✓			✓
Carbon		✓		✓
Daggett		✓		✓
Davis	✓		✓	
Duchesne		✓		✓
Emery		✓		✓
Garfield	✓			✓
Grand		✓		✓
Iron	✓			✓
Juab	✓			✓
Kane		✓		✓
Millard	✓			✓
Morgan	✓			✓
Piute		✓		✓
Rich		✓		✓
Salt Lake	✓		✓	
San Juan		✓		✓
Sanpete	✓			✓
Sevier	✓			✓
Summit	✓			✓
Tooele		✓		✓
Uintah		✓		✓
Utah	✓		✓	
Wasatch	✓			✓
Washington	✓			✓
Wayne		✓		✓
Weber	✓		✓	

Hospitales

PEHP o Molina le designarán un plan de acuerdo al lugar donde viva (Exclusivo, Preferido, Niños Saludables, o Niños Saludables+). Esta es una lista de hospitales donde se ofrecen los servicios de CHIP.

Hospitales	PEHP		Molina	
	Exclusivo	Preferido	Niños Saludables	Niños Saludables+
Allen Memorial		✓	✓	✓
Alta View Hospital	✓	✓		
American Fork	✓	✓		
Ashley River Valley		✓	✓	✓
Bear River Valley	✓	✓	✓	✓
Beaver Valley	✓	✓	✓	✓
Brigham City		✓	✓	✓
Cache Valley Specialty		✓	✓	✓
Cassia Memorial	✓	✓	✓	✓
Castle View Memorial		✓	✓	✓
Central Valley Med.	✓	✓	✓	✓
Cottonwood Hospital	✓	✓		
Davis Hospital	✓	✓	✓	✓
Delta Community	✓	✓	✓	✓
Dixie Regional	✓	✓	✓	✓
Fillmore Community	✓	✓	✓	✓
Garfield Memorial	✓	✓	✓	✓
Gunnison Valley	✓	✓		
Heber Valley Medical	✓	✓	✓	✓
IHC Orthopedic Specialty	✓	✓	✓	✓
Jordan Valley		✓	✓	✓
Kane County		✓	✓	✓
Lakeview Hospital		✓	✓	
LDS Hospital	✓	✓	✓*	✓
Logan Regional	✓	✓		
McKay Dee Hospital	✓	✓	✓	✓
Milford Valley	✓	✓	✓	✓
Mountain View		✓	✓	✓

* Requiere aprobación previa del plan de salud

Hospitales	PEHP		Molina	
	Exclusivo	Preferido	Niños Sa- ludables	Niños Sa- ludables+
Mountain West	✓	✓	✓	✓
Ogden Regional Med.		✓	✓	✓
Orem Community	✓	✓		
Pioneer Valley		✓	✓	✓
Primary Children's	✓	✓	✓	✓
Salt Lake Regional		✓	✓	✓
San Juan Hospital		✓		
Sanpete Valley	✓	✓	✓	✓
Sevier Valley Hospital	✓	✓	✓	✓
St. Mark's Hospital		✓	✓	✓
Timpanogas Regional		✓	✓	✓
Uintah Basin Medical		✓	✓	✓
University of Utah		✓	✓	✓
Utah Valley Regional	✓	✓	✓*	✓
Valley View Medical	✓	✓	✓	✓

* Requiere aprobación previa del plan de salud

Preguntas Frecuentes Sobre Planes de Salud

¿Qué hará PEHP o Molina por mí?

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?

Dentro de 4 a 6 semanas, su plan de salud le enviará una tarjeta médica y dental por cada niño afiliado a CHIP. Si usted no recibe su tarjeta o si la pierde, comuníquese con su Plan de Salud.

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

Llame a su representante o a su plan de salud. En algunos casos, usted deberá abonar por los servicios y después recibirá un reembolso.

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

Sí. Cuando usted agrega un miembro a CHIP, recibirá una tarjeta para ese niño.

¿Quién provee los beneficios dentales de CHIP?

El Plan Dental de PEHP ofrece beneficios para todos los afiliados a CHIP, sin importar el plan de salud que usted elija. PEHP le enviará una tarjeta dental para cada niño.

¿Cómo sé qué servicios están cubiertos por CHIP?

Su plan de salud 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.

¿Es obligación utilizar profesionales que brindan servicios médicos que están listados en los planes médicos?

Sí. Tanto PEHP como Molina requieren que usted utilice integrantes de sus planes médicos.

¿Necesito una recomendación antes de ver a un especialista?

No. Usted no necesitará una recomendación.

¿Qué farmacias puedo usar?

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

¿Me pueden ayudar a coordinar mis servicios médicos?

Sí. PEHP 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 mi plan de salud?

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 de salud no estará disponible en el nuevo condado.

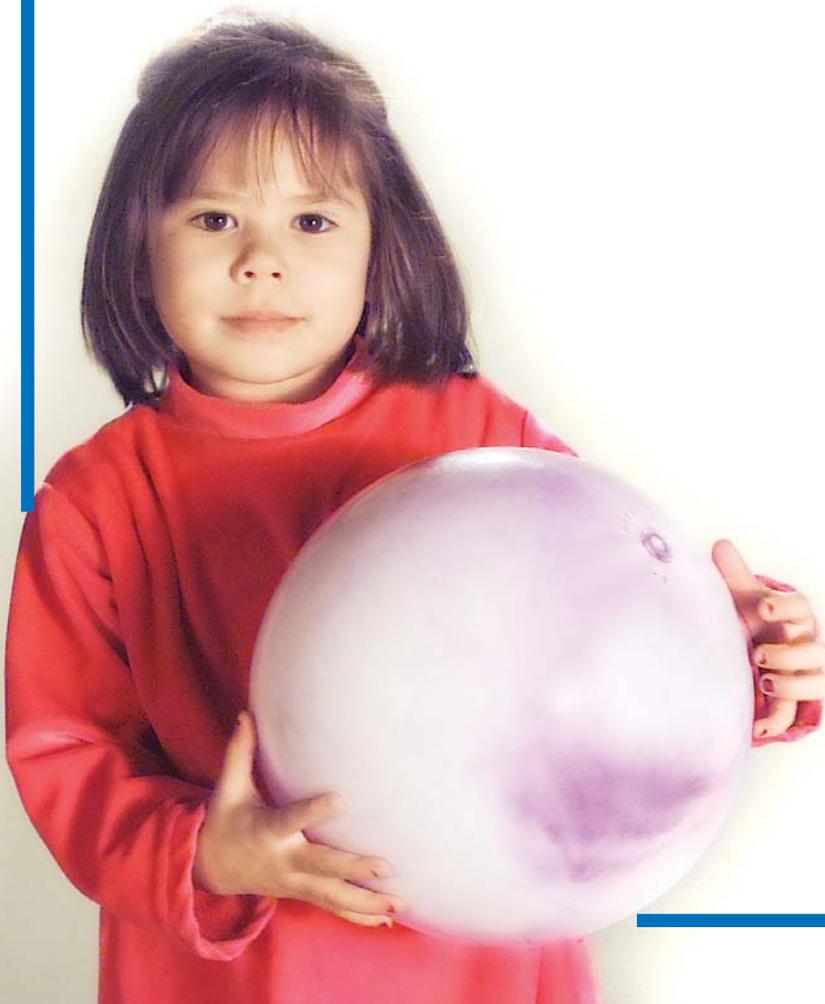
Para más información, comuníquese con su representante (página 24).

¿Existe algún otro beneficio que deba conocer?

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

Notas

CUOTAS & CO-PAGOS



Cuotas*

Según sus ingresos usted tendrá que pagar una cuota (de hasta \$60) cada tres meses. CHIP le enviará la factura para abonar sus cuotas. La cuota es una cantidad fija y no se toma en cuenta la cantidad de hijos que usted tenga. Si lo desea, CHIP tiene opciones mensuales disponibles para usted también. Sólo llame a la Línea CHIP Premium y haga sus consultas.

Las cuotas se envían la primera semana de febrero, mayo, agosto y noviembre. Usted puede elegir cualquiera de estas opciones para pagar sus cuotas:

- Por Internet: www.health.utah.gov/chip/premiumpay
- Telefónicamente: Línea CHIP Premium 1-866-772-1261
- Por correo: CHIP Premium Office, PO Box 144102, SLC, UT 84114-4102 (incluya su número de caso)

Es muy importante que usted pague sus cuotas en fecha. Si usted se atrasa con el pago, su caso se cerrará.

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. Los Planes A y B no tienen deducible. Sin embargo, el Plan C requiere 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.

* Cuotas y co-pagos son basados en el ingreso anual de la familia. Indígenas Americanos y Nativos de Alaska no abonan primas y co-pagos.

Co-pagos de Plan A

Beneficios	Co-pagos de Plan A
Máximo de su bolsillo	5% del sueldo anual por familia
Cuota/tarifa	\$0.00
Condición previamente existente	No período de espera
Deducible	No
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	\$3.00
Centro de cuidado urgente	\$3.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	\$3.00
Servicios de Internal Pacientes de Hospital*	\$25 .00
Servicios de Rayos-x y laboratorio	\$0.00 por servicios (menos de \$350.00); \$3.00 por servicios (más de \$350.00)
Cirujano	\$0.00
Anestesista	\$0.00
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	GENÉRICOS - \$1.00 (menos de \$50.00); \$3.00 (más de \$50.00) DE MARCA - \$1.00 (menos de \$50.00); \$3.00 (más de \$50.00) NO-PDL - 5% del monto total
Servicios dentales - Exámenes, fluoruro, etc. - Empastes, Coronas, etc.	- \$0.00 - \$3.00
Salud mental* - Pacientes internados - Pacientes no internados	- \$25.00 (20 días limite) - \$3.00 (20 visitas limite)
Terapia física	\$3.00 (20 visitas limite)
Servicios de quiropráctica	\$3.00 (8 visitas limite)
Cuidado a domicilio y hospicio*	\$3.00
Equipo medico y provisiones*	\$3.00
Educación de diabetes	\$0.00
Examen visual	\$3.00 (1 visita limite)
Examen auditivo	\$3.00 (1 visita limite)

* Requiere autorización o notificación previa

Co-pagos de Plan B

Beneficios	Co-pagos de Plan B
Máximo de su bolsillo	5% del sueldo anual por familia
Cuota/tarifa	\$30.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera
Deducible	No
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
Ambulancia	5% del monto total
Centro de cuidado urgente	\$5.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	5% del monto total
Servicios de Internal Pacientes de Hospital*	\$100.00
Servicios de Rayos-x y laboratorio	\$0.00 por servicios (menos de \$350.00); 5% del monto total por cada examen (más de \$350.00)
Cirujano	\$0.00
Anestesista	\$0.00
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	GENÉRICOS - \$5.00 DE MARCA - \$5.00 NO-PDL - 5% del monto total
Servicios dentales - Exámenes, fluoruro, etc. - Empastes, Coronas, etc.	- \$0.00 - \$5.00
Salud mental* - Pacientes internados - Pacientes no internados	- \$100.00 (20 días limite) - 5% del monto total (20 visitas limite)
Terapia física	\$5.00 (20 visitas limite)
Servicios de quiropráctica	\$5.00 (8 visitas limite)
Cuidado a domicilio y hospicio*	5% del monto total
Equipo medico y provisiones*	5% del monto total
Educación de diabetes	\$0.00
Examen visual	\$5.00 (1 visita limite)
Examen auditivo	\$5.00 (1 visita limite)

* Requiere autorización o notificación previa

Co-pagos de Plan C

Beneficios	Co-pagos de Plan C
Máximo de su bolsillo	5% del sueldo anual por familia
Cuota/tarifa	\$60.00 por familia/cada tres meses
Condición previamente existente	No período de espera
Deducible	\$250.00 por persona/\$500.00 por familia por hospitalización, por servicios que no requiere hospitalización y diagnósticos
Exámenes para niños sanos	\$0.00
Vacunas	\$0.00
Visitas al doctor	\$20.00
Visitas al especialistas	\$25.00
Visitas a la sala de emergencia	\$75.00
Ambulancia	20% del monto total
Centro de cuidado urgente	\$25.00
Servicio de cirugía ambulatorio y servicios a pacientes no internados	10% después de deducible
Servicios de Internal Pacientes de Hospital*	10% después de deducible
Servicios de Rayos-x y laboratorio	\$0.00 por servicios (menos de \$350.00); 20% del monto total por cada examen (más de \$350.00, después de deducible)
Cirujano	\$0.00
Anestesista	\$0.00
Recetas médicas - Genéricos - De marca - No-PDL	GENÉRICOS - \$10.00 DE MARCA - 25% ode descuento hasta 30 días de provisiones, \$5.00 pago mínimo NO-PDL - 50% ode descuento hasta 30 días de provisiones, \$5.00 pago mínimo
Servicios dentales - Exámenes, fluoruro, etc. - Empastes, Coronas, etc.	- \$0.00 - 20% del monto total
Salud mental** - Pacientes internados - Pacientes no internados	- 30% después de deducible (20 días limite) - 30% del monto total (20 visitas limite)
Terapia física	\$25.00 (20 visitas limite)
Servicios de quiropráctica	\$25.00 (8 visitas limite)
Cuidado a domicilio y hospicio*	10% del monto total
Equipo medico y provisiones*	20% del monto total
Educación de diabetes	\$0.00
Examen visual	\$20.00 (1 visita limite)
Examen auditivo	\$20.00 (1 visita limite)

* Requiere autorización o notificación previa

Máximo de su Bolsillo

¿Cuál es la cantidad máxima que deberé pagar?

Usted no pagará más del 5% de los ingresos de su familia por cuotas y co-pagos por cada año (1 de Julio al 30 de Junio). CHIP le enviará una carta de aprobación donde se le informará sobre el máximo de los gastos de bolsillo.

¿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 año.

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

Empiece el día que su hijo fue elegido para CHIP. Hemos incluido un formulario que lo ayudará a realizar un seguimiento de estos gastos a lo largo del plan anual (1 de julio - 30 de junio). Vea el “Formulario de Reclamo del 5% Máximo” en la página 27.

¿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 del 5% Máximo” en la página 27.
- Una vez que los co-pagos suman su 5% máximo o más, envíe por correo o fax el formulario de reclamo completo a: CHIP, PO Box 144102, Salt Lake City, UT 84114-4102 Fax: 801-538-6860
- 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 reunió el 5% máximo, CHIP le enviará una carta que verificará que usted haya llegado al 5% y que no tenga co-pagos adeudados hasta el 30 de junio (al término del plan anual).
- Su plan de salud le enviará una nueva tarjeta médica que demuestre que no debe co-pagos.

RECURSOS



Encuentre Su Representante del Programa de Salud

County	HPR DWS Office	Phone	E-mail
Beaver	7292 S. State St. Midvale	801-567-3835 1-866-772-1261 x.3835	midvalehpr@utah.gov
Box Elder	480 27th Street Ogden	801-626-0424 1-866-772-1261 x.0424	ogdenhpr@utah.gov
Cache	480 27th Street Ogden	801-626-0424 1-866-772-1261 x.0424	ogdenhpr@utah.gov
Carbon	5735 S. Redwood Rd., Taylorsville	801-269-4890 1-866-772-1261 x.4890	schpr@utah.gov
Daggett	7292 S. State St. Midvale	801-567-3835 1-866-772-1261 x.3835	midvalehpr@utah.gov
Davis	1915 W. 5400 S. Roy	801-776-7232 1-866-772-1261 x.7232	royhpr@utah.gov
	1350 E. 1400 S. Clearfield	801-776-7377 1-866-772-1261 x.7377	clearfhpr@utah.gov
	763 W. 700 S. Woods Cross	801-298-6612 1-866-772-1261 x.6612	wchpr@utah.gov
Duchesne	7292 S. State St. Midvale	801-567-3835 1-866-772-1261 x.3835	midvalehpr@utah.gov
Emery	751 E. Quality Dr. American Fork	801-342-2629 1-866-772-1261 x.2629	afhpr@utah.gov
Garfield	158 S. 200 W. Salt Lake City	801-524-9071 1-866-772-1261 x.9071	expohpr@utah.gov
Grand	5735 S. Redwood Rd., Taylorsville	801-269-4890 1-866-772-1261 x.4890	schpr@utah.gov
Iron	720 S. 200 E. Salt Lake City	801-536-7112 1-866-772-1261 x.7112	metrohpr@utah.gov
Juab	1915 W. 5400 S. Roy	801-776-7232 1-866-772-1261 x.7232	royhpr@utah.gov
Kane	158 S. 200 W. Salt Lake City	801-524-9071 1-866-772-1261 x.9071	expohpr@utah.gov
Millard	1350 E. 1400 S. Clearfield	801-776-7363 1-866-772-1261 x.7363	clearfhpr@utah.gov
Morgan	480 27th Street Ogden	801-626-0424 1-866-772-1261 x.0424	ogdenhpr@utah.gov

County	HPR DWS Office	HPR Phone	HPR E-mail
Piute	763 W. 700 S. Woods Cross	801-298-6612 1-866-772-1261 x.6612	wchpr@utah.gov
Rich	480 27th Street Ogden	801-626-0424 1-866-772-1261 x.0424	ogdenhpr@utah.gov
Salt Lake	158 S. 200 W Salt Lake City	801-524-9071 1-866-772-1261 x.9071	expohpr@utah.gov
	720 S. 200 E. Salt Lake City	801-536-7112 1-866-772-1261 x.7112	metrohpr@utah.gov
	2750 S. 5600 W. West Valley	801-840-4456 1-866-772-1261 x.4456	wvhpr@utah.gov
	5735 S. Redwood Rd., Taylorsville	801-269-4890 1-866-772-1261 x.4890	schpr@utah.gov
	7292 S. State St. Midvale	801-567-3835 1-866-772-1261 x.3835	midvalehpr@utah.gov
San Juan	5735 S. Redwood Rd., Taylorsville	801-269-4890 1-866-772-1261 x.4890	schpr@utah.gov
Sanpete	763 W. 700 S. Woods Cross	801-298-6612 1-866-772-1261 x.6612	wchpr@utah.gov
Sevier	1350 E. 1400 S. Clearfield	801-776-7363 1-866-772-1261 x.7363	clearfhpr@utah.gov
Summit	158 S. 200 W Salt Lake City	801-524-9071 1-866-772-1261 x.9071	expohpr@utah.gov
	1550 N. 200 W. Provo	801-342-2622 1-866-772-1261 x.2622	provohpr@utah.gov
	763 W. 700 S. Woods Cross	801-298-6612 1-866-772-1261 x.6612	wchpr@utah.gov
Tooele	720 S. 200 E. Salt Lake City	801-536-7112 1-866-772-1261 x.7112	metrohpr@utah.gov
Uintah	7292 S. State St. Midvale	801-567-3835 1-866-772-1261 x.3835	midvalehpr@utah.gov
Utah	1550 N. 200 W. Provo	801-342-2622 1-866-772-1261 x.2622	provohpr@utah.gov
	751 E. Quality Dr. American Fork	801-342-2629 1-866-772-1261 x.2629	afhpr@utah.gov
	1185 N. Chappel Dr., Spanish Fork	801-342-2622 1-866-772-1261 x.2622	sfhpr@utah.gov

County	HPR DWS Office	HPR Phone	HPR E-mail
Wasatch	1185 N. Chappel Dr., Spanish Fork	801-342-2629 1-866-772-1261 x.2629	sfhpr@utah.gov
Washington	7292 S. State St. Midvale	801-567-3835 1-866-772-1261 x.3835	midvalehpr@utah.gov
	2750 S. 5600 W. West Valley	801-840-4456 1-866-772-1261 x.4456	wvhpr@utah.gov
Wayne	763 W. 700 S. Woods Cross	801-298-6612 1-866-772-1261 x.6612	wchpr@utah.gov
Weber	1915 W. 5400 S. Roy	801-776-7232 1-866-772-1261 x.7232	royhpr@utah.gov
	480 27th St. Ogden	801-626-0424 1-866-772-1261 x.0424	ogdenhpr@utah.gov

Encuentre Su Oficina de Servicios de Elegibilidad

Para localizar una oficina de servicios de elegibilidad en su zona, llame al 1-888-222-2542 durante horas de trabajo.

Su oficina local de servicios de elegibilidad también lo puede ayudar si tiene miembros de la familia afiliados a Medicaid, Primary Care Network (PCN) o Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP).



Formulario de Reclamo del 5% Máximo

El máximo de mis gastos de bolsillo es: \$ _____
 Nombre del padre, madre o tutor: _____
 Plan de Salud: _____

Le ofrecemos este formulario para ayudarlo a mantener un registro de los servicios médicos y dentales de sus hijos. 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 podrá presentar formularios de reclamo hasta un año después de que haya finalizado el plan anual en el cual se realizó el gasto. El plan anual abarca del 1 de julio al 30 de junio.

-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:
 CHIP, PO Box 144102, SLC, UT 84114-4102
 Fax: 801-538-6860
 E-mail: chip@utah.gov



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 local del programa de salud; o vía e-mail a chiphpr@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
	(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"/> PEHP <input type="checkbox"/> Molina	

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: 801-538-6099
 E-mail: chiphpr@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

-----Usted puede cortar y conservar esta página.

Notas

Notas



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 PEHP y Molina.

CHIP
PO Box 144102
SLC, UT 84114-4102

