

Manual del Miembro CHIP

Lo que necesita saber sobre sus beneficios dentales



Premier Access Insurance Company
Formulario combinado de evidencia de cobertura y divulgación
Utah Medicaid

Actualizado en septiembre de 2023

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener este Manual del miembro y otros materiales del plan de forma gratuita en otros idiomas. Llame al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). La llamada es gratuita.

Otros formatos

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como Braille, letra grande y audio en un plazo de 5 días hábiles sin cargo. Llame al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). La llamada es gratuita.

Servicios de intérprete

Para servicios gratuitos de intérpretes, lingüísticos y culturales y ayuda disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o para obtener este manual en otro idioma, llame al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). These services are free of charge.

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162) También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). Estos servicios son gratuitos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

<p>English</p> <p>ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>	<p>Spanish</p> <p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>
<p>Chinese</p> <p>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877-541-5415 (TTY : 888-346-3162)。</p>	<p>Vietnamese</p> <p>CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>
<p>Korean</p> <p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162)번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog</p> <p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>
<p>Farsi</p> <p>877-541-5415 توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیریید. (TTY: 888-346-3162)</p>	<p>Arabic</p> <p>ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-854-4242 (رقم هاتف الصم والبكم: 888-346-3162).</p>
<p>Haitian-Creole</p> <p>ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>	<p>Polish</p> <p>UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 877-854-4242 (TTY: 800-735-2929).</p>
<p>French</p> <p>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 877-541-5415 (ATS : 888-346-3162)</p>	<p>Italian</p> <p>ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

<p>Russian</p> <p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 877-541-5415 (телетайп: 888-346-3162).</p>	<p>Armenian</p> <p>ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 877-541-5415 (TTY (հեռատիպ)՝ 888-346-3162):</p>
<p>German</p> <p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>	<p>Portuguese</p> <p>ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 877-541-5415 (TTY: 888-346-3162).</p>

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.



¡Bienvenido a Premier Access Utah Dental CHIP!

Gracias por unirse a Premier Access Insurance Company (Premier Access). Premier Access es un plan dental para personas que tienen Utah CHIP. Trabajamos con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah para ayudarle a obtener la atención dental que necesita.

Manual del miembro

Este Manual del miembro le informa sobre su cobertura en virtud de Premier Access. Léalo detenidamente. Le ayudará a comprender y utilizar sus beneficios y servicios. También se explican sus derechos y responsabilidades como miembro de Premier Access.

Este Manual del miembro también se denomina Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Es solo un resumen de las reglas y políticas de Premier Access. Si desea conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura, puede solicitar una copia del contrato a Servicios al Cliente.

Llame al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162) para solicitar una copia del Manual del miembro sin costo alguno para usted o visite nuestro sitio web en <https://portal.premierlife.com> para ver el Manual para miembros.

Contáctenos

Estamos aquí para ayudarle. Si tiene preguntas, llame al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar de la montaña. La llamada es gratuita.

Gracias,

Premier Access Insurance Company
10400 N. 25th Ave
Suite 200
Phoenix, AZ 85021

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Premier Access Insurance Company

PO BOX 38300
Phoenix, AZ 85069-8300

<https://portal.premierlife.com>

Servicio al Cliente:
(877) 854-4242

TTY:
(888) 346-3162

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). These services are free of charge.

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162) También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). Estos servicios son gratuitos

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Índice

- Otros idiomas y formatos 2
 - Otros idiomas 2
 - Otros formatos 2
 - Servicios de intérprete 2
- ¡Bienvenido a Premier Access Utah Dental CHIP! 5
 - Manual del miembro 5
 - Contáctenos..... 5
- Aviso de no discriminación 10
- Servicios lingüísticos 11
 - ¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas? 11
- Derechos y responsabilidades 11
 - ¿Cuáles son mis derechos? 11
 - ¿Cuáles son mis responsabilidades?..... 12
- Directivas anticipadas 13
- Cómo comunicarse con mi plan dental de CHIP 13
 - ¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda?..... 13
- Beneficios de CHIP 14
 - ¿Cómo utilizo mis beneficios dentales de CHIP? 14
 - ¿Cómo es mi tarjeta dental Utah CHIP? 14
 - ¿Puedo ver mis beneficios de CHIP en línea?..... 14
- Búsqueda de un proveedor 15
 - ¿Qué es un proveedor dental primario (PDP)? 15
 - ¿Cómo elijo un proveedor dental primario (PDP)? 15
 - ¿Cómo cambio mi proveedor dental primario (PDP)? 15
- Costos compartidos 15
 - ¿Qué es el costo compartido? 15
 - ¿Qué es un copago? 15
 - ¿Qué es el coseguro?..... 15
 - ¿Qué es un deducible? 16
 - ¿Qué es una prima?..... 16

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

¿Qué es un máximo de gastos de bolsillo?.....	16
¿Qué sucede cuando llego a mi máximo de gastos de bolsillo?.....	16
¿Quién no tiene que pagar el costo compartido?	16
¿Cuándo debo pagar un copago?	17
¿Qué servicios no tienen copago?.....	17
Tabla de copagos dentales de CHIP	18
Tabla de copagos de CHIP	18
¿Qué debo hacer si recibo una factura dental que debería estar cubierta por CHIP?	18
Tendrá que pagar una factura dental si:	19
Atención dental de emergencia.....	19
¿Qué es una emergencia dental?	19
¿Qué debo hacer si tengo una emergencia dental?.....	19
¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el peligro de envenenamiento?	19
¿Tendré que pagar la atención de emergencia dental?	19
¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia?	20
Especialistas dentales.....	20
¿Qué sucede si necesito ver a un especialista dental?.....	20
Programación de una cita dental.....	20
¿Cuánto tiempo lleva programar una cita dental?.....	20
Autorización previa.....	20
¿Qué es la autorización previa?	20
Otro seguro dental	21
¿Qué sucede si tengo otro seguro dental?.....	21
Determinaciones adversas de beneficios, apelaciones, quejas formales y audiencias imparciales estatales	21
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?.....	21
¿Qué es una apelación?.....	22
¿Cómo solicito una apelación?	22
¿Cuánto dura una apelación?.....	22
¿Qué es una apelación rápida?	23
¿Cómo solicito una apelación rápida?.....	23
¿Qué sucede con el servicio dental relacionado con mi solicitud de apelación durante la apelación?.....	23
¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	23

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?	23
¿Qué es una queja formal?.....	23
¿Cómo presento una queja formal?.....	24
Fraude, desperdicio y abuso.....	24
¿Qué es el fraude, el desperdicio y el abuso en la atención médica?	24
¿Cómo puedo denunciar fraude, desperdicio y abuso?	24
Servicios de transporte de emergencia	25
¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia?.....	25
Monto, duración y alcance de los beneficios cubiertos por su plan dental	25
Servicios dentales cubiertos por Premier Access:	25
¿Qué es un servicio médicamente necesario?	26
¿Puedo obtener un servicio que no está en esta lista?	26
Servicios dentales no cubiertos por Premier Access CHIP:	26
Límites de beneficios	27
Servicios opcionales.....	27
Aviso de prácticas de privacidad	28
¿Cómo protegemos su privacidad?	28
¿Cómo puedo obtener más información sobre las prácticas de privacidad?.....	28
Definiciones	29
Anexo A: Limitaciones y exclusiones	34
Pautas de práctica	34
Limitaciones.....	34
Limitaciones importantes del servicio	35
Anexo B: Formulario de queja formal y apelación	39
Formulario de queja formal/apelación.....	39
Pautas para quejas formales y apelaciones:.....	40
Anexo C: Política de privacidad	42
Aviso de privacidad del cliente y nuestra promesa a usted	42
Anexo D: Aviso de prácticas de privacidad	44
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	44

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Aviso de no discriminación

Premier Access Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premier Access Insurance Company no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premier Access Insurance Company brinda lo siguiente:

Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-854-4242.

Si cree que Premier Access Insurance Company no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el coordinador de quejas formales.

Grievance and Appeals Department
P.O. Box 38300, Phoenix, AZ 85069
Línea gratuita: 1-888-346-3162 (TTY 1-888-346-3162)
ag@avesis.com

Puede presentar una queja formal en persona o por teléfono, correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de quejas formales está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una Queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Servicios lingüísticos

¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas?

Llame a Servicios para Miembros al (877) 854-4242 si habla un idioma que no sea inglés, es sordo, ciego o tiene dificultades para oír o hablar. Encontraremos a alguien que hable su idioma, sin cargo. También podemos proporcionar materiales en otros formatos, como letra grande, Braille o audio.

Si tiene dificultades auditivas, llame a Servicios de Retransmisión de Utah al 711 o (877) 854-4242. Los Servicios de Retransmisión de Utah son un servicio gratuito de retransmisión telefónica pública o TTY/TTD. Si necesita servicios de retransmisión en español, llame al (888) 346-3162 para obtener información sobre los servicios de retransmisión en español.

Si prefiere hablar un idioma diferente, informe al consultorio de su dentista o llame a Servicios para Miembros. Podemos pedirle a un intérprete que lo acompañe a su visita dental. También tenemos muchos dentistas en nuestra red que hablan otros idiomas o lenguaje de señas.

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

Derechos y responsabilidades

¿Cuáles son mis derechos?

Tiene derecho a:

- Obtener información de una manera que sea fácil de entender, incluida la ayuda con las necesidades lingüísticas, visuales y auditivas.
- Ser tratado de manera justa y con respeto.
- Que se mantenga la privacidad de su información médica.
- Obtener información sobre todas las opciones y alternativas de tratamiento.
- Tomar decisiones sobre su atención dental, incluido el acuerdo de tratamiento.
- Participar en las decisiones sobre su atención dental, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Solicitar y obtener una copia de su registro dental.
- Solicitar que se corrija o cambie su registro dental, si es necesario.
- Obtener atención dental independientemente de su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad o discapacidad.
- Obtener información sobre quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales del estado.
- Presentar una queja formal o solicitud y apelación.
- Obtener atención de emergencia en cualquier hospital u otro entorno.
- Obtener atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- No sentirse controlado ni forzado a tomar decisiones dentales.
- Preguntar cómo pagamos a sus proveedores.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que no puede ser retenido en contra de su voluntad. No se le puede forzar a hacer algo que no desee hacer.
- Usar sus derechos en cualquier momento y no ser mal tratado si lo hace. Esto incluye el tratamiento por parte de Premier Access, sus proveedores dentales y la agencia estatal de Medicaid y CHIP.
- Recibir servicios de atención dental que sean el tipo adecuado de servicios según sus necesidades.
- Obtener servicios dentales cubiertos por CHIP, de fácil acceso y accesibles para todos los miembros. Todos los miembros incluyen a aquellos que pueden no hablar muy bien inglés o que tienen discapacidades físicas o mentales.
- Obtener servicios dentales cubiertos en el plazo de los 30 días para atención de rutina que no sea de urgencia y en el plazo de los 2 días para atención de urgencia que no sea potencialmente mortal.
- Obtener un servicio dental cubierto de un proveedor fuera de la red si no podemos proporcionar el servicio.
- Una segunda opinión sin cargo.
- Los miembros indígenas pueden obtener servicios dentales cubiertos directamente de un proveedor de atención médica indígena.
- Recibir servicios dentales de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Seguir las reglas de su plan dental.
- Leer su Manual del miembro de CHIP.
- Mostrar su tarjeta CHIP cada vez que reciba atención dental.
- Si debe cancelar una cita, llamar a su dentista 24 horas antes de la cita.
- Respetar al personal y la propiedad en el consultorio de su proveedor.
- Proporcionar la información correcta a sus dentistas y a sus planes de CHIP.
- Comprender la atención dental que necesita.
- Usar dentistas y centros de la red Premier Access CHIP.
- Informarnos si recibe una factura dental.
- Pagar sus copagos, deducibles y primas trimestrales.
- Llamar al Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral (Department of Work Force Services, DWS) si cambia su dirección, estado familiar u otra cobertura de atención médica.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Directivas anticipadas

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención dental. Una directiva anticipada es un formulario que puede completar para proteger sus derechos. Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento. También tiene derecho a planificar y dirigir los tipos de atención médica que pueda recibir en el futuro.

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- Testamento vital (cuidados paliativos terminales)
- Poder notarial médico
- Poder notarial para atención médica mental
- Directiva de atención médica prehospitolaria (no reanimar)

Testamento vital: un testamento vital es un documento que les indica a los médicos qué tipos de servicios desea o no desea si se enferma gravemente y está cerca de la muerte, y no puede tomar decisiones por usted mismo.

Poder notarial médico: un poder notarial médico 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 notarial para atención médica mental: un poder notarial para atención médica mental nombra a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica mental en caso de que no pueda tomar decisiones por su cuenta.

Directiva de atención médica prehospitolaria: una Directiva de atención médica prehospitolaria les informa a los proveedores si usted no desea recibir cierta atención de emergencia que salva vidas fuera de un hospital o en una sala de emergencias de un hospital. También podría incluir servicios proporcionados por otros proveedores de respuesta a emergencias, como bomberos u oficiales de policía. Debe completar un formulario naranja especial. Debe conservar el formulario naranja completado donde pueda verse.

Cómo comunicarse con mi plan dental de CHIP

¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda?

Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para ayudarle. Podemos responder sus preguntas. Puede llamarnos al (877) 854-4242 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar de la montaña.

Podemos ayudarle con lo siguiente:

- Buscar un dentista
- Buscar un especialista dental
- Cambiar de dentista
- Preguntas sobre las facturas
- Comprenda sus beneficios
- Buscar un especialista dental
- Con una queja o apelación

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- Con cualquier otra pregunta

También puede encontrarnos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Beneficios de CHIP

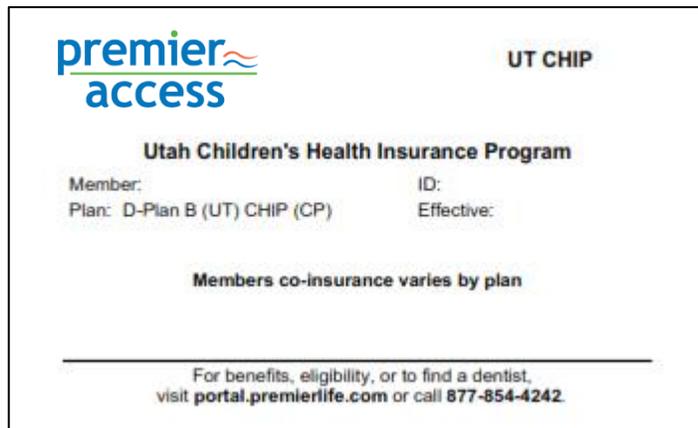
¿Cómo utilizo mis beneficios dentales de CHIP?

Cada miembro de CHIP recibirá una tarjeta dental de Utah CHIP.

Debe recibir su tarjeta dental de CHIP por correo postal en el plazo de los 21 días posteriores a la inscripción. Siempre muestre su tarjeta dental CHIP antes de recibir servicios o surtir una receta. Asegúrese siempre de que el proveedor acepte su plan dental de CHIP antes de recibir los servicios o es posible que usted tenga que pagar por el servicio. Encontrará una lista de los servicios cubiertos en la página 25.

¿Cómo es mi tarjeta dental Utah CHIP?

La tarjeta dental Utah CHIP es del tamaño de una billetera y mostrará el nombre del miembro, el número de identificación de CHIP y el plan de beneficios. Su tarjeta dental Premier Access Utah CHIP tendrá el siguiente aspecto:



NO pierda ni dañe su tarjeta ni se la entregue a ninguna otra persona para que la use. Si pierde o daña su tarjeta, llame a Servicios para Miembros al (877) 854-4242 para obtener una nueva tarjeta.

¿Puedo ver mis beneficios de CHIP en línea?

Sí, puede ver los beneficios de su plan dental de CHIP y otra información del plan en línea en <https://portal.premierlife.com>. Para obtener más información sobre los beneficios, llame a Servicios para Miembros (877) al 854-4242. También puede ver su cobertura CHIP y la información del plan en línea en mybenefits.utah.gov.

Para obtener información adicional sobre cómo acceder o ver la información de beneficios, visite mybenefits.utah.gov o llame al 1-844-238-3091.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Búsqueda de un proveedor

¿Qué es un proveedor dental primario (PDP)?

Un proveedor dental primario (Primary Dental Provider, PDP) es el dentista que le brinda a usted o a su hijo servicios que previenen o tratan problemas dentales. Un PDP puede ser un dentista general o un dentista que trata a niños. Su PDP conoce los antecedentes dentales de su hijo. Su PDP puede enviarlo a un especialista para problemas dentales más complejos. Con un PDP, sus necesidades dentales se manejarán desde un solo lugar.

¿Cómo elijo un proveedor dental primario (PDP)?

Es importante que encuentre un dentista. Tener un dentista de atención primaria le ayudará a recibir atención de manera regular. Se recomienda elegir un proveedor dental primario. Los niños deben tener una visita dental a más tardar con el primer diente o en el primer cumpleaños.

Puede elegir cualquier dentista que pertenezca a nuestra red. Los proveedores dentro de la red se enumeran en nuestro directorio de proveedores. El directorio de proveedores se puede encontrar en línea en portal.premierlife.com. Haga clic en "Search for Providers" (Buscar proveedores). Ingrese su tipo de plan (CHIP). Puede buscar dentistas por código postal o por nombre. Haga clic en "Additional details" (Detalles adicionales) para más opciones de búsqueda. Si necesita ayuda para elegir un dentista, puede llamar a Servicios para Miembros al (877) 854-4242 y alguien le ayudará. Díganos si tiene una necesidad especial relacionada con su atención dental.

¿Cómo cambio mi proveedor dental primario (PDP)?

No está obligado a notificar a Premier Access cuando elija un nuevo dentista o PDP. Sin embargo, deberá elegir cualquier dentista que pertenezca a la red Premier Access CHIP. Los proveedores dentro de la red se enumeran en nuestro directorio de proveedores. El directorio de proveedores se puede encontrar en línea en portal.premierlife.com. Haga clic en "Search for Providers" (Buscar proveedores). Ingrese su tipo de plan (CHIP). Puede buscar dentistas por código postal o por nombre. Haga clic en "Additional details" (Detalles adicionales) para más opciones de búsqueda. Si necesita ayuda para encontrar un nuevo dentista, puede llamar a Servicios para Miembros al (877) 854-4242 y alguien le ayudará. Díganos si tiene una necesidad especial relacionada con su atención dental.

Costos compartidos

¿Qué es el costo compartido?

El costo compartido es su parte de los costos del servicio que debe pagar de su propio bolsillo. Esto incluye copagos, coseguro, deducibles y primas

¿Qué es un copago?

Un copago es una cantidad fija que debe pagar por algunos servicios. Esto generalmente se realiza en el momento del servicio.

Para obtener información adicional sobre copagos, consulte la **Tabla de copagos de CHIP** en la página 18. 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 el coseguro?

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Algunos servicios tienen un coseguro. Un coseguro es un porcentaje del 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 un monto fijo durante un año del plan que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar el costo restante de la factura. Una vez que se haya pagado el deducible, ya no tendrá un deducible durante el resto del año del plan. El año del plan de deducible comienza cada 1 de julio y finaliza el 30 de junio de cada año.

¿Qué es una prima?

Además de otros costos compartidos, incluidos copagos, coseguro y deducibles, la mayoría de los miembros deben pagar una prima. Una prima es el monto que usted paga para obtener beneficios de CHIP. Para obtener información sobre su prima de CHIP, llame al DWS al 1-866-435-7414.

¿Qué es un máximo de gastos de bolsillo?

Un máximo de gastos de bolsillo es lo máximo que usted paga por los costos compartidos durante su período de beneficios. El máximo se basa en los ingresos de su hogar. El período de beneficios es el período de 12 meses que comienza con su primer mes de elegibilidad para CHIP. Las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.

El DWS le informará cuál es su monto máximo de gastos de bolsillo para cada período de beneficios. Si no está seguro de cuál es su monto máximo de gastos de bolsillo, llame al DWS al 1-866-435-7414.

¿Qué sucede cuando llego a mi máximo de gastos de bolsillo?

Una vez que alcance su máximo de gastos de bolsillo, le enviaremos a los miembros de su hogar nuevas tarjetas dentales CHIP y una carta para notificarle que los miembros de su hogar ya no tendrán que pagar el costo compartido para 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 un copago.

Si tiene preguntas sobre si ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de los miembros de su hogar, llame al 323-801-1094 y un representante lo ayudará.

¿Qué sucede cuando he utilizado el beneficio máximo anual de \$1000 o el beneficio máximo de ortodoncia de por vida de \$1000?

- Una vez que haya utilizado el beneficio máximo anual de \$1000, el plan dental no pagará más servicios hasta el próximo año de beneficios. El máximo anual de \$1000 se renueva cada año de beneficios y puede utilizarse para todos los servicios dentales, excepto ortodoncia.
- Una vez que haya agotado el máximo de ortodoncia de por vida de \$1000, el beneficio se agotará y no se renovará. Dado que el tratamiento de ortodoncia generalmente cuesta más de \$1000, una vez que se utiliza el beneficio de \$1000, el miembro es responsable del saldo restante hasta el cargo CHIP permitido. Sin embargo, debe aceptar por escrito que pagará el servicio antes de recibirlo.

¿Quién no tiene que pagar el costo compartido?

- Nativos de Alaska

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- Indígenas americanos
- Aquellos que han alcanzado su máximo de gastos de bolsillo para su período dental

¿Cuándo debo pagar un copago?

Usted pagará un copago por:

- Servicios básicos
- Servicios importantes
- Ortodoncia
- Especialistas

¿Qué servicios no tienen copago?

- Servicios preventivos

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Tabla de copagos dentales de CHIP

Tabla de copagos de CHIP

Beneficios (por año del plan)	Copago Plan B*	Copago Plan C*
Máximo De Gasto De Bolsillo	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 por familia por trimestre	\$75 por familia por trimestre
Afección Preexistente	Sin período de espera	Sin período de espera
Deducible *	\$0	\$50 por hijo; \$150 por familia
Beneficio Máximo	\$1,000 por año del plan, por hijo***	\$1,000 por año del plan, por hijo***
<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos, básicos e importantes por niño, por año 		
Servicios Preventivos	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de rutina Limpiezas (2 por año) Flúor tópico Radiografías 		
Servicios Básicos	5 % del monto aprobado	20 % del monto aprobado después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Rellenos Extracciones Cirugía bucal Endodoncia Periodoncia 		
Servicios Importantes	5 % del monto aprobado	50 % del monto aprobado después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> Coronas Puentes Dentaduras postizas 		
Ortodoncia	Mínimo del 5 % del monto aprobado (el plan paga un beneficio máximo de por vida de \$1,000**). Requiere autorización previa	Mínimo del 50 % del monto aprobado (el plan paga un beneficio máximo de por vida de \$1,000**). Requiere autorización previa
<ul style="list-style-type: none"> Requiere autorización previa cubierta solo si es médicamente necesario 		
Especialistas	5 % del monto aprobado	Hable con su plan dental para obtener una estimación de los cargos adicionales.
<ul style="list-style-type: none"> Endodoncistas Cirujanos orales Periodoncistas Especialistas pediátricos Prostodoncistas 		

* Los planes de copago se basan en sus ingresos. Los indígenas americanos/nativos de Alaska no tendrán que pagar copagos, primas ni deducibles. El miembro paga la parte restante del cargo permitido después de que el plan haya pagado el beneficio máximo anual.

** Los servicios de ortodoncia que superen el beneficio dental máximo no cuentan para el beneficio máximo de bolsillo anual. El miembro paga la parte restante del cargo permitido después de que el plan haya pagado el beneficio máximo de ortodoncia.

*** El beneficio dental máximo y el máximo de por vida de ortodoncia se aplican a todos los miembros, incluidos los indígenas americanos/nativos de Alaska. El miembro paga la parte restante del cargo permitido después de que el plan haya pagado el beneficio máximo de ortodoncia.

¿Qué debo hacer si recibo una factura dental que debería estar cubierta por CHIP?

Si recibe una factura por servicios que cree que deberían estar cubiertos por CHIP, llame a Servicios para Miembros al 877-854-4242. No pague la factura hasta que hable con Servicios para Miembros. Es posible que no reciba un

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

reembolso si paga la factura por su cuenta. Nunca debe tener que pagar el EPP (equipo de protección personal). Esto está incluido en el costo de sus servicios dentales cubiertos y los dentistas no pueden cobrarle por ello.

Tendrá que pagar una factura dental si:

- Usted no es elegible para CHIP el día del servicio.
- Obtiene un servicio que no está cubierto por CHIP o que excede el límite de beneficios de CHIP.
- Usted solicita y recibe servicios durante una apelación o audiencia imparcial estatal y la decisión no es a su favor.
- Usted no muestra su tarjeta de identificación de CHIP antes de recibir atención dental.
- Usted no es elegible para CHIP.
- Usted recibe atención de un dentista que no está en su plan dental o que no está inscrito en Utah CHIP (excepto por los servicios de emergencia).
- Ha alcanzado su beneficio máximo anual o beneficio de ortodoncia de por vida y ha acordado, por escrito, pagar los servicios antes de recibir el tratamiento.

Atención dental de emergencia

¿Qué es una emergencia dental?

Una emergencia dental es una afección que debe tratarse de inmediato. Una emergencia es cuando cree que su vida está en peligro, una parte del cuerpo está muy lesionada o tiene un gran dolor.

¿Qué debo hacer si tengo una emergencia dental?

Si tiene una emergencia dental, primero comuníquese con su dentista. La mayoría de los consultorios tienen un número de teléfono de emergencia. Si no tiene un dentista o no recibe una respuesta suya, llame a Premier Access para obtener ayuda durante el horario de atención habitual. Si se encuentra fuera del horario de atención y no puede esperar hasta el horario de atención habitual, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

De acuerdo con el estado de Utah, los servicios de emergencia prestados en el consultorio dental están cubiertos por el programa CHIP. Premier Access no es responsable de los servicios de emergencia prestados en un hospital o centro de atención de urgencia.

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

Si tiene preguntas o emergencias relacionadas con envenenamiento, medicamentos, sobredosis, llame al Poison Control Center al 1-800-222-1222.

¿Tendré que pagar la atención de emergencia dental?

Posiblemente. Háganos saber si tiene que pagar parte de la factura por encima de su copago. Envíenos una copia de la factura para que podamos pagar los servicios cubiertos. Si recibe o paga una factura, envíenos una copia.

Premier Access insurance Company
Attn: Claims

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069-8300

Si lo atienden en el Departamento de Emergencias o en Atención de Urgencia por dolor e infección en la boca, se aplica su coseguro. Si lo atienden en un consultorio dental, el copago/coseguro regular se aplica a los servicios dentales.

¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia?

Ilámenos lo antes posible después de recibir atención de emergencia. Además, notifique a su proveedor dental primario (PDP) para informarle sobre su visita de atención de emergencia.

Especialistas dentales

¿Qué sucede si necesito ver a un especialista dental?

Si necesita un servicio que no es proporcionado por su proveedor dental primario (PDP), puede consultar a un especialista dental de la red. Los servicios deben ser médicamente necesarios y un beneficio cubierto.

Puede ir directamente al especialista dentro de la red si tiene uno. Se deben cumplir todos los criterios de beneficios, incluida la autorización previa.

Puede buscar dentistas o especialistas dentro de la red en nuestro directorio de proveedores. El directorio de proveedores se puede encontrar en línea en portal.premierlife.com. Haga clic en "Search for Providers" (Buscar proveedores). Ingrese su tipo de plan (CHIP). Puede buscar dentistas por código postal o por nombre. Haga clic en "Additional details" (Detalles adicionales) para ver las especialidades y más opciones de búsqueda.

Si necesita ayuda para encontrar un especialista o tiene problemas para acudir a ver a un especialista dental cuando lo necesite, llámenos al (877) 854-4242 para obtener ayuda.

Programación de una cita dental

¿Cuánto tiempo lleva programar una cita dental?

Debe poder ir a ver a un dentista:

- En el plazo de los 30 días para citas de rutina que no sean urgentes.
- En un plazo de dos días para la atención de urgencia que puede tratarse en el consultorio de un dentista.

Autorización previa

¿Qué es la autorización previa?

Algunos servicios deben ser aprobados previamente por Premier Access antes de que se paguen. La aprobación que se pagará por ese servicio se denomina autorización previa.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Si necesita un servicio que requiere autorización previa, su dentista le pedirá a Premier Access que apruebe el servicio. Si no aprobamos el pago de un servicio, puede apelar la decisión. Llame a Servicios para Miembros al (877) 854-4242 si tiene alguna pregunta.

Es posible que tenga que pagar si aceptó el tratamiento, por escrito, antes de que comience el tratamiento. Si consulta a un dentista fuera de la red, los servicios deben ser aprobados por Premier Access antes del tratamiento.

La autorización previa no es una garantía de pago por el servicio. El tratamiento que no sea de emergencia iniciado antes de la determinación de la cobertura se realizará bajo el riesgo financiero del consultorio dental. Si se rechaza la cobertura, el dentista tratante será financieramente responsable y es posible que no facture el saldo al miembro o a Premier Access. Se requieren autorizaciones previas para los siguientes servicios:

- Coronas y restauraciones con incrustaciones/recubrimientos
- Construcciones principales y procedimientos principales y posteriores
- Algunos procedimientos de endodoncia
- Extracciones quirúrgicas y otros servicios quirúrgicos
- Raspado de sarro periodontal
- Dentaduras postizas/parciales
- Ortodoncia

Si se aprueba, la autorización previa es válida por 180 días. Si el servicio no se completa en 180 días, deberá obtener una nueva autorización previa.

Los plazos para procesar autorizaciones previas son los siguientes:

- Estándar: 14 días calendario
- Acelerado: 72 horas

Otro seguro dental

¿Qué sucede si tengo otro seguro dental?

Si está cubierto por CHIP, no puede tener otro seguro y estar cubierto por CHIP a menos que el seguro sea un plan de cobertura limitada (como un plan dental o de la vista únicamente). Debe notificar al Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS) que tiene otro seguro en el plazo de los diez (10) días posteriores a la inscripción en otro plan de seguro. Puede llamar al DWS al 1-866-435-7414.

El DWS revisará su seguro para determinar si usted continuará reuniendo los requisitos para CHIP. Si su caso de CHIP se cierra, notifíquelo a sus proveedores dentales para que facturen a su otro seguro en lugar de a CHIP.

Determinaciones adversas de beneficios, apelaciones, quejas formales y audiencias imparciales estatales

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Una determinación adversa de beneficios es cuando tomamos una decisión que no es a su favor. Los tipos de determinaciones adversas son cuando:

- Denegamos o limitamos la aprobación de un servicio solicitado.
- Rechazamos el pago o pagamos menos servicios de los que recibió.
- Reducimos la cantidad de servicios que habíamos aprobado o finalizamos un servicio que habíamos aprobado.
- No tomamos una decisión sobre una apelación o queja formal de manera oportuna.
- No le proporcionamos una cita dental de manera oportuna.
- Dijimos que tiene que pagar un pasivo financiero. Los pasivos financieros incluyen copagos, coseguro, deducibles y primas.

Le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios si ocurre una de las situaciones anteriores. Si no recibe uno, comuníquese con Servicios para Miembros y le enviaremos uno.

¿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 Premier Access hace de la determinación adversa de beneficios.

¿Cómo solicito una apelación?

Usted, su proveedor (con su consentimiento por escrito) o su representante autorizado pueden solicitar una apelación. La persona que solicita la apelación puede hacerlo llamándonos o enviando la solicitud de apelación por escrito. El número de teléfono es (877) 854-4242. La dirección postal es

Premier Access
Attn: Grievances/Appeals
P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069

El número de fax del Departamento de Apelaciones es (855)-691-3243

Puede encontrar un formulario de solicitud de apelación en nuestro sitio web en <https://portal.premierlife.com> y al dorso de este manual.

También se aceptará una solicitud de apelación por correo electrónico: ag@avesis.com

Debe solicitar la apelación en el plazo de los 60 días posteriores a la notificación de la determinación adversa de beneficios. Si necesita ayuda para solicitar una apelación, llámenos al (877) 854-4242. Si es sordo o tiene dificultades auditivas, puede llamar a Servicios de Retransmisión de Utah al 711 o al 1-800-346-4128.

¿Cuánto dura una apelación?

Se le notificará por escrito nuestra decisión en el plazo de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación. Se le notificará por escrito si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su solicitud de apelación. Si a usted o a su proveedor le preocupa que esperar 30 días podría ser perjudicial para su salud, llámenos al (877) 854-4242 y solicite una apelación rápida.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

¿Qué es una apelación rápida?

Una apelación rápida significa que tomaremos una decisión sobre su apelación en el plazo de las 72 horas posteriores a su recepción. Si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida, le enviaremos una carta y le explicaremos por qué.

¿Cómo solicito una apelación rápida?

Llámenos al (877) 854-4242 o escríbanos a:

Premier Access
Attn: Grievances/Appeals
P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069

¿Qué sucede con el servicio dental relacionado con mi solicitud de apelación durante la apelación?

Puede solicitar continuar con sus servicios durante una apelación. Si la decisión apelada no es a su favor, es posible que deba pagar el servicio.

¿Qué es una audiencia imparcial estatal?

Una audiencia imparcial estatal es un proceso con la Agencia Estatal de Medicaid que le permite explicar por qué cree que la decisión de apelación de Premier Access CHIP debe cambiarse. Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una audiencia imparcial estatal después de recibir el aviso de nuestra decisión de apelación.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Cuando le informemos sobre nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, le informaremos cómo solicitar una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión. También le entregaremos el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal para que lo envíe a Medicaid. El formulario debe enviarse a Medicaid a más tardar 120 días calendario a partir de la fecha de nuestro aviso de decisión de apelación.

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal es una queja sobre cualquier cosa que no sea una determinación adversa de beneficios. Tiene derecho a presentar una queja formal y a informarnos sus inquietudes. Puede presentar una queja formal sobre inquietudes relacionadas con su atención dental, como las siguientes:

- Cuando no esté de acuerdo con el tiempo que le tomó a Premier Access tomar una decisión de autorización de servicio.
- Si la atención o el tratamiento son adecuados.
- Acceso a la atención.
- Calidad de la atención.
- Descortesía por parte de un proveedor o personal.
- Cualquier otro tipo de problema que pueda tener con nosotros, su proveedor dental o los servicios de atención médica.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

¿Cómo presento una queja formal?

Puede presentar una queja formal en cualquier momento. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llámenos al (877) 854-4242. Si es sordo o tiene dificultades auditivas, puede llamar a Servicios de Retransmisión de Utah al 711 o al 1-800-346-4128.

Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito. Para la presentación por teléfono, llame a Servicios para Miembros al (877) 854-4242. Para presentar una queja formal por escrito, envíe su carta a:

Premier Access
Attn: Grievances/Appeals
P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069

Le informaremos nuestra decisión sobre su queja formal en un plazo de 90 días a partir del día en que recibamos su queja formal. A veces, es posible que necesitemos más tiempo para tomar nuestra decisión. Podemos tomarnos hasta otros 14 días calendario para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión, se lo informaremos por teléfono o por escrito en un plazo de dos días.

Fraude, desperdicio y abuso

¿Qué es el fraude, el desperdicio y el abuso en la atención médica?

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

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

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso son:

Por parte de un miembro

- Permitir que otra persona use su tarjeta CHIP
- Cambiar la cantidad o el número de resurtidos de una receta
- Mentir para obtener servicios médicos, dentales, de salud mental o de farmacia

Por parte de un proveedor

- Facturación de servicios o suministros que no se han proporcionado
- Cobrar de más a un miembro de CHIP por servicios cubiertos
- No informar el uso indebido de una tarjeta de CHIP por parte de un paciente

¿Cómo puedo denunciar fraude, desperdicio y abuso?

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

- Internal compliance

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- Premier Access Insurance Company
Fraud, Waste and Abuse
P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069
Línea directa de fraude: 1-855-704-0435
- Fraude por parte de proveedores
- Correo electrónico de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG): mpi@utah.gov
Línea directa gratuita: 1-855-403-7283
- Fraude por parte de miembros
- Línea directa de fraude del Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services)
Correo electrónico: wsinv@utah.gov
Teléfono: 1-800-955-2210

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

Servicios de transporte de emergencia

¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia?

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

Monto, duración y alcance de los beneficios cubiertos por su plan dental

Servicios dentales cubiertos por Premier Access:

- Servicios preventivos: Controles, radiografías y limpiezas cada seis meses
- Selladores dentales y tratamientos con flúor
- Empastes para dientes afectados
- Tratamiento del conducto radicular para ciertos dientes
- Extracción de la parte interna blanda del diente (pulpa) para los dientes de leche infectados
- Extracción de dientes
- Dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales
- Separadores para niños con dientes faltantes
- Atención de ortodoncia
- Algunos centros quirúrgicos o de atención especializada para atención bajo anestesia general
- Sedación intravenosa y sedación oral
- Cirugía bucal
- Servicios de emergencia

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- Visitas al consultorio fuera del horario de atención

CHIP cubre los servicios médicamente necesarios.

¿Qué es un servicio médicamente necesario?

Para determinar si la atención dental es un servicio médicamente necesario, Premier Access considera:

- La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad, afección o trastorno que provoca deterioros de la salud o discapacidad.
- La capacidad de un miembro de lograr un crecimiento y desarrollo adecuados para su edad.
- La capacidad de un miembro para alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.
- La oportunidad para que un miembro que recibe servicios y apoyo a largo plazo tenga acceso a los beneficios de la vida comunitaria, para lograr objetivos centrados en la persona, y vivir y trabajar en el entorno de su elección.

Premier Access sigue las pautas y los requisitos de Medicaid del estado de Utah y no es más restrictivo que el programa estatal de Medicaid en cuanto a servicios dentales cubiertos, cantidad de servicios o con qué frecuencia puede recibir servicios.

¿Puedo obtener un servicio que no está en esta lista?

No, CHIP no paga los servicios no cubiertos.

Servicios dentales no cubiertos por Premier Access CHIP:

Un servicio no cubierto es aquel que no está cubierto por CHIP. Es posible que tenga que pagar por servicios que NO están cubiertos, como:

- Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes de compensación de los trabajadores o responsabilidad de los empleadores
- Cirugía y servicios dentales por razones estéticas
- Servicios para problemas congénitos (hereditarios) o del desarrollo (después del nacimiento)
- Tratamiento para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión
- Servicios que se iniciaron antes de que el miembro estuviera cubierto por CHIP
- Farmacia
- Procedimientos experimentales
- Cargos del hospital y del centro quirúrgico
- Algunos tipos de anestesia
- Injertos bucales adicionales
- Tratamiento realizado por alguien que no sea un dentista o una persona que trabaja bajo la supervisión de un dentista.
- Educación sobre higiene bucal
- Radiografías adicionales

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- Examen de detección de cáncer
- Cargos por citas perdidas
- Servicios cubiertos por otro plan dental
- Terapias limitadas de ortodoncia y aparatos extraíbles
- Electrodomésticos de control de hábitos (protectores bucales)
- Servicios para problemas con las articulaciones temporomandibulares (temporomandibular joints, TMJ)
- Servicios que no son de emergencia recibidos en la sala de emergencias
- Servicios que no sean de emergencia o urgencia de un dentista que no pertenece a la red (sin aprobación previa)
- Servicios que superen su beneficio dental máximo anual
- Servicios que no son médicamente necesarios

Si elige un servicio no cubierto, debe pagarlo. Su dentista debe informarle antes de que finalice el tratamiento. Si acepta el servicio, debe hacerlo por escrito antes de recibirlo. El monto que usted acepta pagar y los servicios que se prestan deben estar por escrito. El dentista le facturará los servicios no cubiertos.

Límites de beneficios

Tiene un beneficio dental máximo anual de \$1,000 por año del plan. Este es el total que pagaremos por su atención dental por año del plan.

Debe estar aprobado para recibir tratamiento de ortodoncia. El máximo de por vida para ortodoncia es de \$1,000. Este es el total que pagaremos por usted en virtud de CHIP. Debe pagar el costo del tratamiento por encima de este monto.

El máximo de por vida para ortodoncia no forma parte del beneficio dental máximo anual. Consulte el Anexo A para obtener detalles sobre el código de ortodoncia

Servicios opcionales

Los servicios opcionales son aquellos que cuestan más que la forma estándar de tratamiento cubierta por CHIP. Su dentista debe informarle si un servicio es opcional. Si elige recibir estos servicios, debe pagar el costo del servicio por encima del costo cubierto estándar.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Aviso de prácticas de privacidad

¿Cómo protegemos su privacidad?

Nos esforzamos por proteger la privacidad de su información médica personal (Personal Health Information, PHI) de las siguientes maneras:

- Tenemos políticas y reglas estrictas para proteger la PHI.
- Solo usamos o divulgamos su PHI con su consentimiento.
- Solo divulgamos PHI sin su aprobación cuando lo permita la ley.
- Protegemos la PHI limitando el acceso a esta información a aquellos que la necesitan para realizar tareas dadas y a través de salvaguardas físicas.

Tiene derecho a ver su PHI.

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

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la privacidad de sus registros dentales. Pueden ayudarle con las inquietudes de privacidad que pueda tener sobre su información dental. También pueden ayudarlo a completar los formularios que necesita para usar sus derechos de privacidad.

El aviso completo de prácticas de privacidad está disponible en <https://www.guardianlife.com/privacy-policy>. También puede solicitar una copia impresa de esta información comunicándose con Servicios para Miembros al (877) 854-4242.

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). These services are free of charge.

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162) También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-854-4242 (TTY: 1-888-346-3162). Estos servicios son gratuitos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Definiciones

Palabras que hay que conocer

El **abuso** es cuando una persona hace algo que le cuesta dinero adicional al programa CHIP. Un ejemplo de abuso de proveedores es cuando un proveedor dental brinda más servicios de los que el paciente necesita. Un ejemplo de abuso del cliente es cuando una persona va a la sala de emergencias cuando no es realmente una emergencia.

Las **directivas anticipadas** son instrucciones legales por escrito de su parte para informar a otras personas la atención médica que desea recibir si se enferma gravemente y no puede decidir por sí mismo.

Determinación de beneficios adversa: Puede ser cualquiera de las siguientes:

1. la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, los requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno o efectividad del servicio cubierto;
2. la reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado;
3. la denegación, total o parcial, del pago de un servicio;
4. el incumplimiento de la prestación de servicios de manera oportuna, según se define como el incumplimiento de los estándares de desempeño para los tiempos de espera de las citas;
5. el incumplimiento del contratista de actuar dentro de los plazos establecidos para la resolución y notificación de Quejas formales y Apelaciones; o
6. la denegación de la solicitud de un afiliado para disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguro y otras responsabilidades financieras del afiliado.

Apelación: una revisión de una determinación adversa de beneficios tomada por Premier Access.

Aplicable: se aplica o se refiere a tener un efecto en alguien o algo.

Autorización: consulte Autorización previa.

Facturación del saldo: facturarle a un paciente la diferencia entre el cargo real del dentista y el monto pagado por Premier Access.

Beneficios: servicios dentales médicamente necesarios proporcionados por un dentista del plan que están disponibles a través del programa CHIP.

El **período de beneficios** es el período de 12 meses que comienza con su primer mes de elegibilidad.

Caries: otro término para cavidades o deterioro dental.

Los **servicios excluidos** son servicios cubiertos por CHIP que no pagamos nosotros. Debe obtener todos los servicios dentales cubiertos a través de nosotros. Los servicios médicos y de salud mental son delineados y pagados por su plan de salud.

CHIP significa Children's Health Insurance Program

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Persona elegible para CHIP se refiere a cualquier persona que haya sido certificada por el Departamento de Servicios Laborales de Utah como elegible para los beneficios de CHIP.

El **copago** es un monto que es posible que deba pagar por parte de los costos de algunos servicios.

Servicios cubiertos: el conjunto de procedimientos dentales que son beneficios de Premier Access. Premier Access solo pagará los servicios médicamente necesarios proporcionados por un dentista de Premier Access que sean beneficios del programa CHIP.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) se refiere al equipo y los suministros que se utilizan todos los días y durante mucho tiempo. El DME es indicado por un médico. Algunos ejemplos de DME son tanques de oxígeno, sillas de ruedas, muletas y suministros para análisis de sangre. El DME a veces se denomina suministro médico.

Especialista dental: un dentista que brinda atención especializada como endodoncia, cirugía oral, odontología pediátrica, periodoncia y ortodoncia (frenos).

Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program (EPSDT): programa federal que brinda atención médica para niños a través de exámenes periódicos, diagnósticos y servicios de tratamiento. La atención dental está incluida en el programa EPSDT.

Atención de emergencia: un examen dental o evaluación por parte de un dentista o especialista dental de Premier Access para determinar si existe una afección dental de emergencia, y para proporcionar atención para tratar cualquier síntoma de emergencia dentro de la capacidad del centro y dentro de los estándares de atención reconocidos profesionalmente.

Afección dental de emergencia: una afección dental en la que podría esperarse razonablemente que la ausencia de atención inmediata pondría en peligro la salud de la persona, causaría dolor intenso o deterioraría la función.

Una **afección médica de emergencia** es una enfermedad, lesión, síntoma o afección que aparece repentinamente. A menudo hay dolor u otros síntomas. Podría causar daño permanente o la muerte si no recibe atención de inmediato.

El **transporte médico de emergencia** es el transporte en ambulancia si tiene una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias se refiere a los servicios prestados en una sala de emergencias cuando tiene una afección médica de emergencia.

Los **servicios de emergencia** son servicios necesarios para tratar una afección médica de emergencia.

Endodoncista: un especialista dental que limita su consulta al tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa y las raíces los dientes.

Afiliado se refiere a cualquier persona elegible para CHIP que esté inscrita en un plan de salud o dental de CHIP.

Exclusión: se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental no disponible bajo el programa CHIP.

El fraude es cuando una persona sabe que hizo algo malo para obtener algo que no debería obtener. Un ejemplo de fraude de proveedores es cuando un dentista factura servicios que no se le proporcionaron o que usted no necesitaba. Un ejemplo de fraude del cliente es cuando una persona intenta obtener atención dental utilizando la tarjeta CHIP de otra persona.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Queja formal: una queja formal es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios.

Los **servicios de habilitación** son servicios de atención médica que le ayudan a aprender, mantener o mejorar las habilidades de la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades.

Los **dispositivos de habilitación** son herramientas y equipos médicos que le ayudan a aprender, mantener y mejorar sus habilidades para la vida diaria.

El **seguro médico** es un tipo de seguro que proporciona cobertura para atención médica u odontológica. Algunos ejemplos de atención médica que el seguro de salud podría cubrir son visitas al médico o a la sala de emergencias, hospitalizaciones, atención de salud mental, servicios dentales, servicios de la vista, etc.

La **atención médica domiciliaria** es la atención de enfermería y los servicios de atención médica domiciliaria para personas que no pueden ir al consultorio de un médico. Algunos ejemplos de atención médica domiciliaria son fisioterapia y otras terapias, enfermería y atención de un asistente de atención médica domiciliaria.

Los **servicios en centros de cuidados paliativos** son cuidados especiales para personas que están cerca del final de su vida. Esto incluye ayudar al paciente a sentirse cómodo y sin dolor. Los servicios en centros de cuidados paliativos también son atención emocional y espiritual para los pacientes y sus familias.

La **atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (hospitalización)** es cuando una persona es ingresada en un hospital para recibir tratamiento.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios se refiere a los servicios que puede recibir en un hospital o una clínica hospitalaria, pero cuando no pasa la noche en el hospital. Algunos ejemplos son cirugías o procedimientos menores, análisis de laboratorio o radiografías.

Limitaciones: se refiere a la cantidad de servicios permitidos, el tipo de servicio permitido o el servicio dental más asequible y apropiado.

Medicamento necesario: servicios cubiertos que son necesarios y adecuados para el tratamiento de los dientes, las encías y las estructuras de soporte y que (a) se proporcionan de acuerdo con estándares de práctica reconocidos profesionalmente; (b) el dentista responsable del tratamiento determina que son coherentes con la afección dental; y (c) el tipo y nivel de servicio más adecuado teniendo en cuenta los posibles riesgos, beneficios y servicios cubiertos que son alternativas.

Servicios médicamente necesarios: los servicios o suministros que son adecuados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección odontológica o médica, que se proporcionan para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de su afección dental o médica, que cumplen con los estándares de buena práctica odontológica o médica en el área local, que son más efectivos, más conservadores o menos costosos que otros tratamientos disponibles y que no son principalmente para su comodidad, la de su dentista o médico.

Red: el dentista, higienista y especialistas dentales disponibles dentro del área de servicio del Plan que tienen acuerdos con el Plan para proporcionar servicios dentales a sus miembros.

Proveedor de la red es un médico, dentista u otro proveedor de atención médica que forma parte de nuestra red.

Servicio no cubierto: un procedimiento o servicio dental que no es un beneficio cubierto.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

El **transporte médico que no es de emergencia** es el transporte para las personas que necesitan una forma de llegar a su cita médica, pero que no se encuentran en una situación de emergencia.

Dentista no participante: un dentista que no está autorizado a prestar servicios a miembros elegibles para CHIP.

La **inscripción abierta** es el momento en que los miembros de CHIP pueden cambiar de su plan actual a otro plan diferente. La inscripción abierta se realiza una vez al año.

Cirujano oral: un odontólogo que limita su consulta al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de enfermedades, lesiones, deformidades, defectos y aspecto de la boca, las mandíbulas y la cara.

Ortodoncista: un odontólogo que limita su consulta a la prevención y el tratamiento de problemas en la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan al morder o masticar.

Proveedor fuera de la red: un proveedor que no forma parte de la red de Premier Access.

El **desembolso máximo** es el monto máximo que tiene que pagar cada año en copagos.

Proveedor dental participante: un proveedor inscrito en el programa CHIP que proporciona servicios dentales a los miembros de Premier Access.

Dentista pediátrico: un especialista dental que limita su consulta al tratamiento de niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, proporcionando tratamiento primario y una gama completa de atención preventiva.

Los **servicios médicos** son servicios prestados por alguien que tiene licencia en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina.

El **plan** es un grupo administrado de médicos, dentistas, proveedores de salud mental, farmacias, hospitales, proveedores médicos y otros profesionales médicos que le brindarán sus servicios. CHIP tiene los siguientes tipos de planes para proporcionar servicios cubiertos: planes de salud y planes dentales.

Año del plan es el período entre el 1 de julio y el 30 de junio de cada año.

La **autorización previa** es cuando un servicio tiene que ser aprobado por nosotros antes de que usted reciba el servicio.

La **prima** es el monto trimestral que es posible que deba pagar para ser elegible para el programa CHIP.

La **Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL)** es una lista de medicamentos recetados frecuentemente que están cubiertos por su Plan CHIP.

Cobertura de medicamentos recetados significa ciertos medicamentos genéricos y de marca que están cubiertos por CHIP.

Los **medicamentos recetados** son medicamentos genéricos y de marca recetados por un médico o dentista.

El **médico de atención primaria** es un médico que trabaja con usted y su plan para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Un médico de atención primaria también le ayuda a obtener atención de especialistas y otros tipos de proveedores y hospitales. Algunos ejemplos de médicos de atención primaria son médicos de familia, internistas, pediatras, obstetras/ginecólogos (OB/GYN), etc.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

El **proveedor de atención primaria** es el mismo que un médico de atención primaria, excepto que incluye otros tipos de proveedores. Algunos ejemplos de otros proveedores de atención primaria son enfermeros practicantes, asistentes médicos, osteópatas, etc.

El **proveedor dental primario** es un dentista que trabaja con usted y su Plan para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Un dentista de atención primaria también le ayuda a obtener atención de especialistas y otros tipos de proveedores y hospitales.

Periodoncista: un odontólogo que limita su consulta al tratamiento de enfermedades de las encías y el tejido alrededor de los dientes.

Autorización previa: una solicitud de un dentista de Premier Access para aprobar los servicios antes de que se realicen. El dentista recibe una autorización de Premier Access para los servicios aprobados.

Prostodoncista: un odontólogo que limita su consulta al reemplazo de los dientes faltantes por dentaduras postizas, puentes u otros sustitutos.

Proveedor es cualquier organización, institución o persona que proporciona servicios de salud o dentales y forma parte de la red de su Plan.

Directorio de proveedores: una lista de todos los proveedores de la red Premier Access.

Los **servicios de rehabilitación** son servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades para la vida diaria que se han perdido o dañado porque estaba enfermo o lesionado.

Los **dispositivos de rehabilitación** son equipos y suministros médicos que lo ayudan a recuperarse después de estar enfermo o lesionado.

Requisitos: hace referencia a algo que debe hacer o a reglas que debe seguir.

Responsabilidad: se refiere a algo que debe hacer, o se espera que haga.

Atención de enfermería especializada se refiere a los servicios de enfermería que solo pueden ser realizados de manera segura y correcta por un enfermero registrado o un enfermero practicante con licencia.

Los **especialistas** son dentistas que brindan atención para problemas más complejos. Algunos ejemplos de especialistas incluyen ortodoncistas, cirujanos bucales, endodoncistas (dentistas que realizan tratamientos de conducto), periodoncistas (dentistas que tratan las encías), etc.

La **atención de urgencia** es la atención que necesita para problemas dentales graves, generalmente en el plazo de las 24 horas. Es para problemas que no necesitan ser tratados en la sala de emergencias porque no causarán daño permanente ni la muerte.

El **desperdicio** es cuando el dinero gastado en atención dental no es necesario para proporcionar el tipo correcto de atención. El desperdicio también es cuando se hace más de lo necesario. Un ejemplo de desperdicio del proveedor es cuando un dentista solicita más pruebas de las necesarias para determinar qué está mal con un paciente. Un ejemplo de desperdicio del miembro es cuando un miembro acude a más proveedores dentales de los necesarios.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Anexo A: Limitaciones y exclusiones

Pautas de práctica

Nota: Esta sección tiene muchos términos clínicos. Su dentista puede explicarle los términos con más detalle. Su dentista también puede responder las preguntas que usted pueda tener sobre esta sección. Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios. Los copagos varían según el servicio y el tipo de plan.

Limitaciones

Limitaciones del servicio preventivo:

- Los exámenes bucales se limitan a dos por año del plan.
- Las limpiezas se limitan a dos por año del plan. Mantenimiento periodontal (cubierto en Servicios básicos) también se aplica a la limitación de frecuencia.
- Las radiografías de aleta de mordida se limitan a una serie de cuatro radiografías 2 veces por año del plan. (Se permiten radiografías aisladas de aleta de mordida o periapicales en caso de emergencia).
- Radiografías de toda la boca y radiografías panorámicas limitadas a una vez cada 5 años.
- Separadores limitados solo al aparato inicial y a los afiliados menores de 14 años.

Limitaciones del servicio básico:

Restauraciones

- El reemplazo de un empaste en menos de 24 meses a partir de la fecha de la primera colocación no está cubierto, a menos que se deba a motivos de salud específicos.

Cirugía bucal

- La extracción quirúrgica de dientes impactados es un beneficio cubierto solo cuando hay evidencia de patología.
- En una cirugía bucal, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo para la extracción de dientes impactados y algunas otras cirugías bucales. Anestesia general y sedación intravenosa y no se cubren con extracciones simples.

Endodoncia

La terapia del conducto radicular, incluido el conducto de cultivo, se limita de la siguiente manera:

- El retratamiento de los conductos radiculares es un beneficio cubierto solo si hay signos clínicos o radiográficos de formación de abscesos o el paciente experimenta síntomas.
- La eliminación o repetición del tratamiento con amalgama, sobrellenos, rellenos insuficientes, rellenos incompletos o instrumentos rotos alojados en un conducto, en ausencia de patología, no es un beneficio cubierto.
- En endodoncia, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo para ciertos procedimientos de apicectomía/cirugía perirradicular.

Periodoncia

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- El mantenimiento periodontal se limita a 2 por año del plan, después de la terapia periodontal activa. Las limpiezas (cubiertas por servicios preventivos) también se aplican a la limitación de frecuencia.
- El raspado periodontal y el alisado radicular, y el legrado subgingival se limitan a un tratamiento por cuadrante en cualquier periodo de 24 meses consecutivos.
- Para periodoncia, la anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas solo cuando se proporcionan junto con ciertos procedimientos de cirugía ósea.

Otros servicios básicos

- Los selladores se limitan a molares permanentes, sin caries, sin restauraciones, limitados a 1 vez por período de 24 meses. Limitado a afiliados hasta los 15 años.
- Los beneficios del sellador no incluyen la reparación o el reemplazo de un sellador en ningún diente en el plazo de los dos (2) años de su aplicación.
- Las coronas de acero inoxidable se limitan a los dientes primarios. Solo las coronas acrílicas y las coronas de acero inoxidable son un beneficio para niños menores de 12 años. Si se eligen otros tipos de coronas como beneficio opcional para niños menores de 12 años, el nivel de beneficio dental cubierto será el de una corona acrílica.
- Los servicios para el manejo del comportamiento, que no sean sedación oral, proporcionados en el consultorio dental no están cubiertos.
- Los cargos de laboratorio para reparaciones de dentaduras postizas no están cubiertos.

Limitaciones importantes del servicio

Coronas

- El reemplazo de cada corona se limita a una vez cada 24 meses.
- Las coronas estarán cubiertas solo si no queda suficiente calidad de retención en el diente para sostener un empaste.
- Los cargos de laboratorio por metales más altos (nobles, nobles altos) o porcelana no están cubiertos. Se hará una asignación para una corona completamente fundida. El afiliado será responsable de la diferencia.
- Los implantes, su extracción u otros procedimientos asociados no están cubiertos.

Puentes fijos

- Un puente fijo está cubierto cuando es necesario reemplazar un diente anterior permanente faltante en una persona de 16 años o más y la salud bucal y el estado dental general del paciente lo permiten. Para niños menores de 16 años, se considera tratamiento dental opcional y no estará cubierto. Si se realiza en un afiliado menor de 16 años, el afiliado debe pagar la diferencia del costo entre el puente fijo y un separador.
- Los puentes fijos utilizados para reemplazar los dientes posteriores faltantes se consideran opcionales cuando los dientes de soporte son dentalmente sanos y se colocaría una corona solo con el fin de sostener un pónico y no están cubiertos.
- Los puentes fijos son opcionales cuando se proporcionan en relación con una dentadura postiza parcial en el mismo arco y no están cubiertos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- El reemplazo de un puente fijo existente está cubierto solo cuando no se puede arreglar satisfactoriamente.

Prótesis extraíbles (dentaduras postizas)

- Las dentaduras postizas parciales no se reemplazarán en el plazo de los cinco años a menos que:
 1. Sea necesario debido a la pérdida natural de dientes cuando la adición o el reemplazo de dientes a la pieza parcial existente no es factible.
 2. La dentadura postiza sea insatisfactoria y no se puede hacer que sea satisfactoria.
- Una dentadura postiza parcial extraíble se considera una restauración adecuada de un caso cuando faltan dientes en ambos lados del arco dental. Otros tratamientos de dichos casos se consideran opcionales y se limitarán al costo de una dentadura parcial.
- Las dentaduras postizas superiores o inferiores completas no deben reemplazarse en un plazo de cinco años, a menos que la dentadura postiza existente no sea satisfactoria y no pueda volverse satisfactoria mediante recubrimiento o reparación.
- El beneficio dental cubierto para dentaduras postizas completas se limitará al nivel de beneficio para un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista eligen un tratamiento más personalizado o especializado, el paciente será responsable de todos los cargos adicionales.
- Los revestimientos o rebasados en consultorio o laboratorio se limitan a uno por arco dentario en seis meses consecutivos.
- El acondicionamiento de tejidos se limita a dos por dentadura postiza.
- Los cargos de laboratorio reales por dentaduras postizas maxilares o mandibulares completas serán responsabilidad del afiliado. El afiliado será responsable del copago de las dentaduras postizas maxilares o mandibulares completas más cualquier cargo de laboratorio aplicable.
- Los cargos de laboratorio reales por dentaduras postizas parciales superiores o inferiores, rebasados o revestimientos de laboratorio serán responsabilidad del afiliado. El afiliado será responsable del copago más cualquier cargo de laboratorio aplicable.
- Los implantes, su extracción u otros procedimientos asociados no están cubiertos.

Limitaciones de ortodoncia

Premier Access pagará una parte de los costos iniciales de bandas y los costos de mantenimiento continuo, hasta el máximo de por vida de \$1000.

- Para los miembros de CHIP indígenas americanos/nativos de Alaska, Premier Access pagará el 100 % de los costos iniciales (bandas iniciales) y el 100 % de los costos del tratamiento continuo (mensual, trimestral, etc.) hasta que se alcance el máximo de por vida de \$1000. El miembro paga la parte restante del cargo permitido por CHIP después de que el plan haya pagado el beneficio anual máximo.
- Para los miembros de CHIP B, Premier Access pagará el 95 % de los costos iniciales (bandas iniciales) y el 95 % de los costos del tratamiento continuo (mensual, trimestral, etc.) hasta que se alcance el máximo de por vida de \$1000. El miembro paga la parte restante del cargo permitido por CHIP después de que el plan haya pagado el beneficio anual máximo.
- Para los miembros de CHIP C, Premier Access pagará el 50 % de los costos iniciales (bandas iniciales) y el 50 % de los costos del tratamiento continuo (mensual, trimestral, etc.) hasta que se alcance el máximo

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

de por vida de \$1000. El miembro paga la parte restante del cargo permitido por CHIP después de que el plan haya pagado el beneficio anual máximo.

- Beneficios limitados a servicios de ortodoncia médicamente necesarios. Un servicio médicamente necesario es aquel que se necesita para tratar ciertas afecciones médicas. El afiliado debe obtener un puntaje mínimo de 30 en el índice Salzmann.
- Radiografía cefalométrica limitada a una vez en cualquier período de 2 años.
- Los moldes de diagnóstico para el tratamiento de ortodoncia (modelos del estudio) se limitan a una vez de por vida.
- Los beneficios para el tratamiento continuo se pagan durante el período de tratamiento o los 24 meses, lo que sea más corto.
- No se pagan beneficios para reparar o reemplazar ningún aparato de ortodoncia proporcionado por CHIP.
- Los beneficios finalizan de inmediato si se interrumpe el tratamiento o si se termina la cobertura de CHIP del afiliado.
- Si el tratamiento de ortodoncia del afiliado se interrumpe y las bandas de ortodoncia se retiran prematuramente, entonces el afiliado ya no califica para el tratamiento de ortodoncia continuo.
- Si la cobertura del afiliado finaliza después del inicio del tratamiento, el afiliado será responsable de cualquier cargo adicional por el tratamiento restante después de que finalice la cobertura. El proveedor no le cobrará al afiliado más que la tarifa contratada por el tratamiento restante después de la pérdida de la cobertura.

Exclusiones dentales

- Servicios y suministros no enumerados en el alcance de la cobertura, no reconocidos como esenciales para el tratamiento de la afección de acuerdo con los estándares de práctica aceptados o considerados experimentales.
- Cargos por procedimientos estéticos y procedimientos realizados principalmente por motivos estéticos.
- Cargos por servicios relacionados con un servicio no cubierto, prestados en conjunto con este o que resulten de este.
- Cargos por servicios que se aplican para alcanzar el deducible, si los hubiera.
- Cargos por implantes, terapia miofuncional, protectores bucales deportivos, accesorios de precisión o semiprecisión, tratamiento de fracturas, quistes, tumores o lesiones; prótesis maxilofacial, cirugía ortognática o disfunción de la TMJ.
- Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), incluidas, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte, fluorosis y anodoncia.
- Cargos de laboratorio por coronas, puentes, incrustaciones o recubrimientos de metal o porcelana más altos.
- Cargos por tratamiento para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión; tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes fuera de alineación u oclusión; o tratamiento para estabilizar los dientes. Los ejemplos incluyen, entre otros, equilibrio, ferulización periodontal o ajuste oclusal.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

- Cargos por injertos extraorales.
- Cargos por el tratamiento realizado por alguien que no sea un dentista o una persona que, por ley, puede trabajar bajo la supervisión directa de un dentista.
- Cargos por servicios o suministros cubiertos por cualquier otro plan de salud, gasto médico, plan de automóvil o sin culpa.
- Cargos por el tratamiento realizado por una persona que normalmente reside en el hogar del afiliado o que está relacionada con el afiliado por sangre, matrimonio o adopción legal.
- Cargos por anestesia, que no sea anestesia general y sedación intravenosa en relación con cirugía bucal cubierta o procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.
- Cargos por anestesia local. Estos cargos están incluidos dentro del costo de los procedimientos realizados y no pueden cobrarse por separado.
- Cargos por sedación oral y óxido nitroso.

Exclusiones generales

- Cargos que superen el programa de pago por servicio contratado o la tarifa razonable y habitual, lo que corresponda.
- Cargos por cualquier programa de tratamiento que comenzó antes de la fecha en que el asegurado está cubierto por CHIP y Premier Access.
- Tratamiento de una afección, lesión o enfermedad cubierta por cualquier
- Ley de Compensación o ley similar.
- Cargos resultantes de cambiar de un proveedor a otro mientras recibe tratamiento, o de recibir tratamiento de más de un proveedor para un procedimiento dental en la medida en que los cargos totales facturados excedan el monto incurrido si un proveedor hubiera prestado todos los servicios.
- Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional cobrado por el tratamiento en dicho centro.
- Cargos por medicamentos o entrega de medicamentos.
- Cargos por instrucción de higiene bucal, control de placas, grabado ácido, fluoruro recetado o para llevar a casa, instrucción alimentaria, duplicaciones de radiografías, detección de cáncer, citas omitidas, llenado de un formulario de reclamación, cargos de la Agencia de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety & Health Agency, OSHA)//esterilización o fotografías de diagnóstico (excepto para fines de ortodoncia).
- Servicios incurridos durante viajes o actividades fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios de emergencia cubiertos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-854-4242 (TTY 888-346-3162). Estamos aquí de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Retransmisión de Utah al 711. Visítenos en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Anexo B: Formulario de queja formal y apelación

Formulario de queja formal/apelación

Consulte la página dos de este formulario para obtener información sobre quejas formales y apelaciones. Si necesita ayuda con este formulario, llámenos.

Envíe por correo el formulario completado a:

Premier Access
Attn: Grievances/Appeals Dept., P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069

Servicio al Cliente:

De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.,
Utah Medicaid: 877-541-5415
Utah CHIP: 877-854-4242

El formulario también puede enviarse por correo electrónico a AG@avesis.com o por fax al 1-855-691-3243.

¿Para qué programa es esta solicitud de queja formal/apelación?

Utah Medicaid

Utah CHIP

¿Quién completa este formulario?

Miembro

Proveedor

Los proveedores pueden presentar una queja formal/apelación en nombre de un miembro, con el consentimiento por escrito del miembro, que debe adjuntarse.

¿Es necesaria una decisión rápida?

Sí

No

Se necesita una decisión rápida cuando existe un posible daño a la vida, la salud o la capacidad de funcionamiento de un miembro. Estas son apelaciones aceleradas. Las apelaciones aceleradas se pueden presentar llamando al Servicio al Cliente. No se necesita un formulario.

¿Esto ya se ha presentado por teléfono?

Sí

No

Cuando presenta una apelación por teléfono, no se requiere un formulario por escrito. Si presentó su solicitud por teléfono y necesita presentar documentos adicionales, envíe un formulario completo con sus documentos.

¿Desea continuar recibiendo servicios mientras procesamos su queja formal/apelación?

Sí

No

No se aplica

Si el miembro continúa con los servicios mientras procesamos la queja formal/apelación y el resultado no es a favor del miembro, el miembro será responsable del costo de los servicios en disputa recibidos.

Número de identificación de miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Teléfono: _____

Apellido del miembro: _____ Nombre del miembro: _____ MI: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del consultorio: _____ Dirección del consultorio: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono del consultorio: _____

Contacto/persona que presenta la solicitud en nombre del miembro (si corresponde): _____

Número de teléfono de contacto: _____

Describa los detalles de su queja formal/apelación. Proporcione información específica como la(s) fecha(s) del servicio, los servicios involucrados, etc. Utilice hojas adicionales si es necesario:

Firma: _____ Fecha: _____

Pautas para quejas formales y apelaciones:

	Quejas formales	Apelaciones
¿Qué es?	Una queja formal es una queja sobre la forma en que su dentista o Premier Access manejaron sus servicios de cuidado dental.	Una apelación es una solicitud para que Premier Access revise uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Se rechaza la solicitud de servicios o los servicios aprobados son inferiores a lo solicitado.• El servicio previamente autorizado finaliza, se reduce o se suspende.• El pago de un servicio se rechaza en su totalidad o en parte, y la denegación podría hacer que el miembro sea responsable del pago.• Un proveedor de la red de Premier Access no presta servicios de manera oportuna (p. ej., no se cumple con el requisito de tiempo de espera de la cita).• Premier Access no cumplió con los plazos para el proceso de Quejas Formales y Apelaciones.
¿Qué es una solicitud acelerada?	No se aplica a las quejas formales.	Una apelación acelerada es una solicitud de decisión rápida. Esto se hace para evitar posibles daños a la vida, la salud o la capacidad funcional de un miembro.
¿Quién puede presentarla?	El miembro o el proveedor.	El miembro, el representante legalmente autorizado del miembro o un proveedor (en nombre del miembro con el consentimiento por escrito del miembro).

¿Cómo la presento?	Una queja formal puede presentarse verbalmente o por escrito.	Una apelación puede presentarse verbalmente o por escrito. Las apelaciones por escrito pueden presentarse por correo postal, correo electrónico o fax. Si presenta documentos de respaldo, se recomienda una apelación por escrito. Llame al servicio al cliente para presentar una apelación oral.
¿Cuándo puedo presentarla?	Se puede presentar una queja formal en cualquier momento.	Una apelación se debe presentar en el plazo de los 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de acción. Para servicios aprobados previamente: Si la aprobación original no ha vencido y el miembro desea continuar con los servicios mientras se procesa la apelación, se debe presentar una apelación en la última de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Para la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción • En el plazo de los 10 días del Aviso de acción
¿Puedo recibir servicios mientras se revisa mi solicitud?	No se aplica a quejas formales	Los servicios en disputa pueden continuar mientras la apelación está en proceso si se aplican todas las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • El miembro solicita continuar con los servicios • La apelación por la finalización, suspensión o reducción de un servicio previamente aprobado • La aprobación original no ha vencido • La apelación se solicitó a tiempo
¿Cuánto tiempo lleva el procesamiento?	El proceso de quejas formales toma hasta 90 días calendario. Se envía un aviso con la decisión.*	El proceso de apelación toma hasta 30 días calendario. Se envía un aviso con la decisión. Las apelaciones rápidas o aceleradas toman hasta tres días hábiles en procesarse. Recibirá un aviso de la decisión.*

*Premier puede tardar 14 días adicionales para el procesamiento si el miembro solicita una extensión, o si existe la necesidad de más información y es lo mejor para el miembro. Recibirá un aviso del motivo de la demora.

Fax: 855-691-3243
Correo electrónico: AG@avesis.com

Attn: Grievances/Appeals Dept.
Premier Access
P. O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069-8300
portal.premierlife.com

Anexo C: Política de privacidad



Aviso de privacidad del cliente y nuestra promesa a usted

En Guardian, valoramos cada aspecto de nuestra relación con usted, y nada es más importante para esa relación que mantener su confianza. Nos tomamos muy en serio nuestra responsabilidad de proteger su información personal. El propósito de este aviso es informarle sobre nuestras políticas y procedimientos para recopilar, divulgar y salvaguardar la información que nuestros clientes actuales y anteriores nos proporcionan.

Las familias corporativas de Guardian incluyen las siguientes:

- The Guardian Life Insurance Company of America
- Berkshire Life Insurance Company of America
- The Guardian Insurance & Annuity Company, Inc.
- Sentinel American Life Insurance Company
- Family Service Life Insurance Company
- Managed DentalGuard, Inc.
- Avësis Insurance Incorporated
- Managed Dental Care, Inc.
- Park Avenue Life Insurance Company
- IA PA, LLC (que opera comercialmente como IA PA Insurance Services en California)
- First Commonwealth, Inc. Innovative Underwriters, Inc.
- Premier Access Insurance Company
- Access Dental Plan
- DTC GLIC, LLC (que opera comercialmente como DTC GLIC Insurance Sales, LLC en California)

Recopilación de información personal

Recopilamos la información personal de nuestros clientes de todas las siguientes fuentes:

- Solicitudes u otros formularios (como pólizas) en los que solicitamos ítems como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, etc.
- Sus transacciones con nosotros y nuestras afiliadas (como pagos de primas)
- Agencias de informes del consumidor y otras fuentes similares relacionadas con la solvencia crediticia
- Nuestros sitios web, donde capturamos información cuando usted completa formularios

Divulgación de cierta información

La ley establece la divulgación de cierta información que recopilamos de la siguiente manera:

- Con nuestras afiliadas: para administrar su póliza o cuenta, o para brindarle información sobre otros productos y servicios que puedan interesarle. También podemos compartir información no relacionada con el crédito con afiliadas para desarrollar programas de marketing. Se nos permite hacer esto sin obtener autorización previa, y la ley no permite que los clientes restrinjan estas divulgaciones.
- También podemos compartir con nuestras afiliadas su información sobre transacciones y experiencias con nosotros (como el historial de pagos).
- Con su agente, asegurador o representante, para administrar su póliza o cuenta.
- Con empresas no afiliadas: para administrar su póliza o cuenta o para administrar nuestro negocio.

- Con empresas no afiliadas con las que tenemos un acuerdo de comercialización conjunto (como otras compañías financieras) para enviarle información sobre productos y servicios.
- Exigimos que todas las empresas no afiliadas mantengan la confidencialidad de su información. No compartimos su información con empresas no afiliadas por ningún motivo que no sean los mencionados anteriormente.
- Con su autorización, la información relacionada con su elegibilidad para el seguro, incluida su capacidad crediticia, puede compartirse con nuestras afiliadas. Puede limitar este intercambio visitando guardianlife.com/privacy-policy y haciendo clic en Limit sharing of my information (Limitar el intercambio de mi información).

Nota: También podemos compartir su información si la ley lo permite o exige (por ejemplo, durante las investigaciones de las autoridades públicas).

IMPORTANTE: ¿Por qué recibe este aviso?

La ley federal nos exige que proporcionemos este aviso cuando comenzamos nuestra relación con usted. También lo recibirá anualmente siempre que tenga una póliza, contrato u otro tipo de cuenta con una o más de las entidades enumeradas en la familia corporativa de Guardian. Este requisito se aplica independientemente de si compartimos su información.

Confidencialidad y seguridad

En virtud de la ley federal, ciertas divulgaciones pueden exigirnos que le permitamos “excluirse” (es decir, darle la opción de no permitir ciertos tipos de intercambio de información). Si estamos considerando una divulgación que desencadenaría su derecho a excluirse, le permitiremos hacerlo antes de que se comparta su información. Toda información médica que recopilamos requiere que usted complete una autorización por separado. No divulgaremos su información médica a nadie sin su autorización, a menos que la ley nos lo permita o nos lo exija. El acceso a su información personal está restringido solo a aquellos empleados de Guardian que la necesiten para prestar servicios a su póliza o cuenta. Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales que cumplen con las reglamentaciones federales y estatales aplicables para mantener su información personal segura. Si decide finalizar su relación con un miembro de la familia corporativa de Guardian, o si su póliza o cuenta se vuelve inactiva por algún otro motivo, continuaremos tratando y resguardando su información como se describe en este aviso. La precisión de su información es importante para nosotros. Tiene derecho a acceder y solicitar la corrección de su información. También tiene derecho a solicitar un registro de cualquier divulgación posterior de su información. Comuníquese con nosotros a la dirección que aparece a continuación para recibir más información sobre estos derechos o para recibir una explicación más detallada de nuestras políticas de privacidad.

Visítenos en guardianlife.com/privacy-policy para acceder a la Política de privacidad de la HIPAA de Guardian (las copias impresas están disponibles a pedido). Si es titular de un plan grupal, comparta esta información con los participantes de su plan.

The Guardian Life Insurance Company of America
 Attn: Privacy Office, 10 Hudson Yards, New York, NY 10001
guardianlife.com

015258 (04-2021)

Anexo D: Aviso de prácticas de privacidad



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Vigente a partir del: 05/01/2016

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo Guardian y sus subsidiarias pueden usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley.

Guardian está obligado por ley a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso siempre y cuando permanezca en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso de privacidad según sea necesario y de hacer que el Aviso nuevo entre en vigencia para toda la PHI que mantenemos. Si realizamos cambios sustanciales en nuestras prácticas de privacidad, las copias de los avisos revisados se pondrán a disposición previa solicitud y se divulgarán según lo exija la ley. Puede obtener copias de nuestro Aviso actual comunicándose con Guardian (utilizando la información suministrada a continuación) o en nuestro sitio web en www.guardianlife.com/privacy-policy.

Qué es la información médica protegida (PHI):

La PHI es información de identificación individual (incluida la información de las características demográficas) relacionada con su salud, con la atención médica que se le proporciona o con el pago de la atención médica. La PHI se refiere particularmente a la información adquirida o mantenida por nosotros como resultado de su cobertura médica (incluida la cobertura médica, dental, de la vista y de atención a largo plazo).

Maneras en que Guardian puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI):

Guardian tiene derecho a usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para ayudar en su tratamiento, facilitar el pago y para fines de operaciones de atención médica. Existen ciertas circunstancias en las que la ley nos exige usar o divulgar su PHI. Y existen otros propósitos, que se enumeran a continuación, en los que se nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización adicional. Tenga en cuenta que los ejemplos se proporcionan solo con fines ilustrativos y no pretenden indicar cada uso o divulgación que se pueda hacer para un propósito particular.

Guardian tiene derecho a usar o divulgar su PHI para los siguientes fines:

Tratamiento. Guardian puede usar y divulgar su PHI para ayudar a sus proveedores de atención médica en su diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a proveedores para proporcionar información sobre tratamientos alternativos.

Pago. Guardian puede usar y divulgar su PHI para pagar los servicios y recursos que usted pueda recibir. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para fines de pago a un proveedor de atención médica o a un plan de salud. Dichos propósitos pueden incluir determinar su rango de beneficios, certificar que recibió tratamiento, solicitar detalles sobre su tratamiento para determinar si sus beneficios cubrirán o pagarán su tratamiento.

Operaciones de atención médica. Guardian puede usar y divulgar su PHI para realizar operaciones de atención médica, como funciones administrativas o comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para fines de suscripción y calificación de primas. Sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética con fines de suscripción y la ley prohíbe hacerlo.

Recordatorios de citas. Guardian puede usar y divulgar su PHI para comunicarse con usted y recordarle las citas.

Beneficios y servicios relacionados con la salud. Guardian puede usar y divulgar la PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Patrocinadores del plan. Guardian puede usar o divulgar la PHI al patrocinador del plan de su plan de salud grupal para permitir que el patrocinador del plan realice funciones de administración del plan. Por ejemplo, un plan puede comunicarse con nosotros en relación con los beneficios, el servicio o los problemas de cobertura. También podemos divulgar información de salud resumida sobre los afiliados de su plan de salud grupal al patrocinador del plan para que el patrocinador pueda obtener ofertas de primas para la cobertura del seguro de salud, o para decidir si modificar, enmendar o finalizar su plan de salud grupal.

Guardian debe usar o divulgar su PHI:

- A usted o a su representante personal (alguien con derecho legal a tomar decisiones de atención médica por usted).
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, cuando realice una investigación de cumplimiento, revisión o acción de cumplimiento relacionada con la privacidad o seguridad de la información médica.
- Cuando la ley lo exija.

Guardian debe notificarle sobre cualquier violación de su PHI no segura.

Si bien Guardian toma medidas razonables y estándares de la industria para proteger su PHI, en caso de que ocurra una violación, la ley exige que Guardian notifique a las personas afectadas. En virtud de la ley federal de privacidad médica, una violación significa la adquisición, el acceso, el uso o la divulgación de PHI no segura de una manera no permitida por la ley que comprometa la seguridad o privacidad de la PHI.

Otros usos y divulgaciones.

Guardian también puede usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin su autorización:

- Podemos divulgar su PHI a personas involucradas en su atención o en el pago de la atención, como un familiar o amigo personal cercano, cuando usted esté presente y no se oponga, cuando esté incapacitado, en determinadas circunstancias durante una emergencia o cuando la ley lo permita de otro modo.
- Podemos usar o divulgar su PHI para actividades de salud pública, como informar enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, y para investigaciones de salud pública.
- Podemos usar o divulgar su PHI en caso de emergencia, directamente a una entidad de ayuda en caso de desastre o a través de ella, para encontrar e informar a las personas cercanas a usted sobre su ubicación o condición.
- Podemos divulgar su PHI a las autoridades correspondientes si sospechamos de abuso o negligencia infantil; también podemos divulgar su PHI si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión gubernamental autorizada por ley para realizar auditorías, investigaciones o procedimientos civiles o penales.

- Podemos usar o divulgar su PHI en el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo (p. ej., para responder a una citación o solicitud de presentación de pruebas).
- Podemos divulgar su PHI a las autoridades correspondientes para fines de cumplimiento de la ley.
- Podemos divulgar su PHI a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias de conformidad con la ley.
- Podemos usar o divulgar su PHI para la donación de órganos o tejidos.
- Podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, pero solo según lo permita la ley.
- Podemos usar o divulgar PHI para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.
- Podemos usar o divulgar su PHI si usted es miembro del ejército, según lo requieran los servicios de las fuerzas armadas.
- Podemos usar o divulgar su PHI para cumplir con la compensación de los trabajadores y otros programas similares.
- Podemos divulgar su PHI a socios comerciales externos que prestan servicios para nosotros o en nuestro nombre (p. ej., proveedores).
- Podemos usar y divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para proteger al presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones autorizadas por la ley.
- Podemos divulgar su PHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados del cumplimiento de la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley (p. ej., para que la institución le proporcione servicios de atención médica, para la seguridad de la institución o para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas).
- Podemos usar o divulgar su PHI a su empleador en circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica.

Por lo general, no venderemos su PHI ni usaremos ni divulgaremos su PHI con fines de comercialización sin su autorización, a menos que la ley permita lo contrario.

Sus derechos con respecto a su información médica protegida (PHI):

Su autorización para otros usos y divulgaciones. Además de los fines descritos anteriormente, o según lo permita la ley, Guardian debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI. Usted tiene derecho a revocar esa autorización por escrito, excepto en la medida en que: (i) hayamos tomado medidas en función de la autorización antes de su revocación por escrito, o (ii) se le haya requerido que nos otorgue su autorización como condición para obtener cobertura, y tengamos el derecho, en virtud de otra ley, de impugnar una reclamación en virtud de la cobertura o la cobertura en sí.

En virtud de la ley federal y estatal, ciertos tipos de PHI pueden requerir protecciones de privacidad mejoradas. Estas formas de PHI incluyen información relacionada con lo siguiente:

- Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA
- Enfermedad(es) venérea(s) o contagiosa(s)
- Pruebas genéticas
- Prevención, tratamiento y derivación por abuso de alcohol y drogas
- Notas de psicoterapia

Solo divulgaremos este tipo de información delineada cuando lo permita o exija la ley o con su autorización previa por escrito.

Su derecho a un informe de divulgaciones. Un “informe de divulgaciones” es una lista de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si las hiciéramos, de su PHI. Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su PHI que hayamos realizado. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos de los realizados para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según se describe en este aviso. Excluye las divulgaciones que se le realicen a usted o aquellas realizadas con fines de notificación.

Le pedimos que envíe su solicitud por escrito completando nuestro formulario. Su solicitud puede indicar un período de tiempo solicitado no más de seis años antes de la fecha en que usted realiza su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (p. ej., en papel, electrónicamente). Nuestro formulario para las solicitudes de informe de divulgaciones está disponible en www.guardianlife.com/privacy-policy.

Su derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso incluso si ha aceptado previamente aceptar este aviso electrónicamente. Puede obtener una copia impresa de este aviso enviando una solicitud a la información de contacto que figura al final de este aviso.

Su derecho a presentar una queja. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Guardian o el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si desea presentar una queja ante Guardian, puede hacerlo utilizando la información de contacto que aparece a continuación. No será sancionado por presentar una queja.

Envíe cualquier ejercicio de los derechos designados a continuación a Guardian por escrito utilizando la información de contacto que se indica a continuación. Para algunas solicitudes, Guardian puede cobrar costos razonables asociados con el cumplimiento de sus solicitudes; en tal caso, le notificaremos el costo de esto y le daremos la oportunidad de modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier costo.

Su derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción en la PHI que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica según se describe en este aviso. También tiene derecho a solicitar una restricción en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención.

Guardian no está obligado a aceptar su solicitud; sin embargo, si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud hasta que recibamos un aviso de su parte de que ya no desea que se aplique la restricción (excepto según lo exija la ley o en situaciones de emergencia). Su solicitud debe describir de manera clara y concisa: (a) la información que desea restringir; (b) si solicita limitar el uso, la divulgación o ambos de Guardian; y (c) a quién desea que se apliquen los límites.

Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que Guardian se comunique con usted sobre su PHI de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en el trabajo en lugar de en su hogar. Estamos obligados a satisfacer todas las solicitudes razonables realizadas por escrito, cuando dichas solicitudes indiquen claramente que su vida podría estar en peligro por la divulgación de toda o parte de su PHI.

Su derecho a modificar su PHI. Si considera que alguna PHI sobre usted, que mantiene Guardian, es inexacta o incompleta, tiene derecho a solicitar que dicha PHI se modifique o corrija. En su solicitud por escrito, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Guardian se reserva el derecho de rechazar su solicitud en los siguientes casos: (i) la PHI no fue creada por Guardian, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para enmendarla; (ii) si no mantenemos la PHI en cuestión; (iii) si no se le permitiría inspeccionar y copiar la PHI en cuestión; o (iv) si la PHI que mantenemos sobre usted es precisa y completa. Si rechazamos su solicitud, puede enviarnos una declaración escrita de su desacuerdo y la registraremos con su información médica.

Su derecho a acceder a su PHI. Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI que mantenemos en conjuntos de registros designados. En determinadas circunstancias, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI. En caso de que se le niegue el acceso y tenga derecho a que se revise esa determinación, un profesional

de atención médica autorizado elegido por Guardian revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Guardian promete cumplir con el resultado de la revisión.

Cómo comunicarse con nosotros:

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o necesita más información sobre los asuntos cubiertos en este Aviso, llame al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Guardian. Si usted es un asegurador, llame al 800-627-4200. Todos los demás deben comunicarse con nosotros al 800-541-7846. También puede escribirnos con sus preguntas o para ejercer cualquiera de sus derechos a la siguiente dirección:

Attention: Guardian Corporate Privacy Officer

Dirección: The Guardian Life Insurance Company of America
Group Quality Assurance – Northeast
P.O. Box 981573
El Paso, TX 79998-1573