

Manual del Miembro Medicaid

Lo que necesita saber sobre sus beneficios dentales



Premier Access Insurance Company

Formulario combinado de evidencia de cobertura y divulgación
Utah Medicaid

Actualizado el 8.23.2023

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 877-541-5415 (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 877-541-5415 (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 877-541-5415 (TTY 888-346-3162). La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). These services are free of charge.

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162) También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). Estos servicios son gratuitos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 بگیرد. (TTY: 888-346-3162) 877-541-5415</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>

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>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>
<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>ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԷ ՀԻՔԷ խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 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 877-541-5415 (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 Medicaid!

Gracias por unirse a Premier Access Insurance Company (Premier Access). Premier Access es un plan dental para personas que tienen Medicaid de Utah. Trabajamos con el Departamento de Salud 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 877-541-5415 (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 877-541-5415 (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 877-541-5415 (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 Medicaid! 5
- Aviso de no discriminación 10
- Servicios lingüísticos 11
 - ¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas? 11
- Derechos y responsabilidades 12
 - ¿Cuáles son mis derechos? 12
 - ¿Cuáles son mis responsabilidades?..... 13
- Cómo comunicarse con mi plan dental de Medicaid 13
 - ¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda?..... 13
- Directivas anticipadas 14
- Beneficios dentales de Medicaid 15
 - ¿Cómo utilizo mis beneficios dentales de Medicaid?..... 15
 - ¿Cómo es mi tarjeta de Medicaid? 15
 - ¿Cómo es mi tarjeta de identificación del plan dental Premier Access? 16
 - ¿Puedo ver mis beneficios de Medicaid en línea? 16
- Búsqueda de un proveedor 16
 - ¿Qué es un proveedor dental primario (PDP)? 16
 - ¿Cómo elijo un proveedor dental primario (PDP)? 16
- Copagos 17
 - ¿Debo pagar un copago por los servicios dentales? 17
 - ¿Qué debo hacer si recibo una factura dental que debería estar cubierta por Medicaid?..... 17

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

Tendrá que pagar una factura dental si:	17
Atención dental de emergencia.....	18
¿Qué es una emergencia dental?	18
¿Qué debo hacer si tengo una emergencia dental?	18
¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el peligro de envenenamiento?	18
¿Tendré que pagar la atención de emergencia dental?	18
¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia?	18
Especialistas dentales	18
¿Qué sucede si necesito ver a un especialista dental?.....	19
Programación de una cita dental.....	19
¿Cuánto tiempo lleva programar una cita dental?	19
Autorización previa.....	19
¿Qué es la autorización previa?	19
Restriction Program.....	20
¿Qué significa estar en el Restriction Program?.....	20
Otro seguro dental	20
¿Qué sucede si tengo otro seguro dental?.....	20
Determinaciones adversas de beneficios, apelaciones, quejas formales y audiencias imparciales estatales	20
¿Qué es una determinación adversa de beneficios?.....	20
¿Qué es una apelación?.....	21
¿Cómo solicito una apelación?	21
¿Cuánto dura una apelación?.....	22
¿Qué sucede si necesito que tomen la decisión rápidamente?	22
¿Qué es una apelación rápida?	22
¿Cómo solicito una apelación rápida?	22
¿Qué sucede con mi servicio relacionado con mi solicitud de apelación durante la apelación?	22
¿Qué es una audiencia imparcial estatal?	23

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 presenta una queja formal?	23
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	25
¿Cómo llego al hospital en caso de emergencia?.....	25
¿Cómo puedo ir al dentista cuando no es una emergencia y no puedo conducir?	25
¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?.....	25
¿Puedo obtener ayuda si tengo que conducir largas distancias?.....	26
Monto, duración y alcance de los beneficios cubiertos por su plan dental	27
¿Qué es un servicio médicamente necesario?	27
Servicios cubiertos por Medicaid, pero no por un plan dental	28
Aviso de prácticas de privacidad	29
¿Cómo protegemos su privacidad?	29
¿Cómo puedo obtener más información sobre las prácticas de privacidad?.....	29
Definiciones	30
Anexo A Pautas de práctica de limitaciones y exclusiones.....	33
Anexo B: Formulario de queja formal y apelación	36
Formulario de queja formal/apelación.....	36
Pautas para quejas formales y apelaciones:.....	37
Anexo C: Política de privacidad	39
Aviso de privacidad del cliente y nuestra promesa a usted	39
Anexo D: Aviso de prácticas de privacidad	41

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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) 541-5415

TTY:
(888) 346-3162

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). These services are free of charge.

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162) También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). Estos servicios son gratuitos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

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>.

Servicios lingüísticos

¿Cómo puedo obtener ayuda en otros idiomas?

Llame a Servicios para Miembros al (877) 541-5415 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.

Si tiene dificultades auditivas, llame a Servicios de Retransmisión de Utah al 711 o (877) 541-5415. 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.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

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.
- 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 de Premier Access, su dentista y Medicaid estatal.
- Recibir servicios de atención dental que sean el tipo adecuado de servicios según sus necesidades.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

- Obtener servicios dentales cubiertos por Premier Access. Los servicios deben ser bastante fáciles de acceder 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.
- Obtener los mismos servicios ofrecidos en virtud del programa dental de pago por servicio de Medicaid.
- 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.
- Lea este Manual del miembro.
- Muestre su tarjeta de miembro de Medicaid cada vez que reciba atención dental.
- Si debe cancelar una cita dental, llame a su dentista 24 horas antes de la cita.
- Respetar al personal y la propiedad en el consultorio de su proveedor.
- Proporcione la información correcta a sus dentistas y a su plan dental.
- Use dentistas y centros de la red Premier Access.
- Informarnos si recibe una factura dental.
- Llame al Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS) si cambia su dirección, estado familiar u otra cobertura de atención médica.

Cómo comunicarse con mi plan dental de Medicaid

¿A quién puedo llamar cuando necesito ayuda?

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

Nuestro equipo de Servicios para Miembros está aquí para ayudarle. Podemos responder sus preguntas. Puede llamarnos al (877) 541-5415 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 dentales
- Con una queja o apelación
- Con cualquier otra pregunta

También puede encontrarnos en Internet 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 prehospitalaria (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.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

Directiva de atención médica prehospitalaria: una Directiva de atención médica prehospitalaria 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.

Beneficios dentales de Medicaid

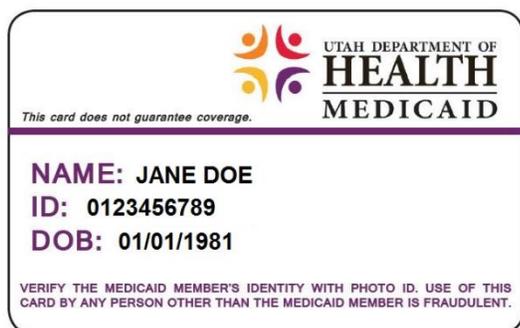
¿Cómo utilizo mis beneficios dentales de Medicaid?

Cada miembro de Medicaid recibirá una tarjeta de miembro de Medicaid.

Usará esta tarjeta cada vez que sea elegible para Medicaid. Debe mostrar su tarjeta de Medicaid antes de recibir servicios o surtir una receta. Asegúrese siempre de que el proveedor acepte su plan dental de Medicaid 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 de Medicaid?

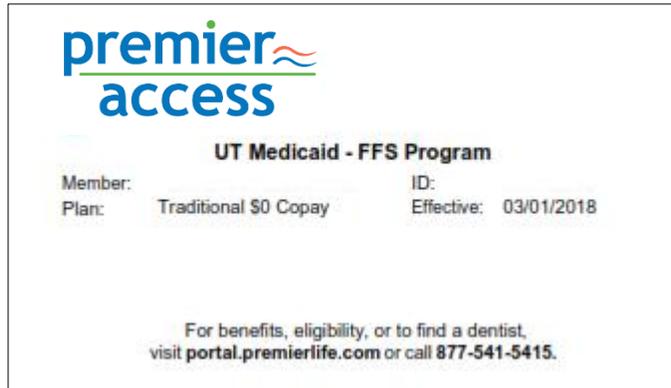


La tarjeta de Medicaid tiene el tamaño de una billetera y mostrará el nombre del miembro, el número de identificación de Medicaid y la fecha de nacimiento. Su tarjeta de Medicaid tendrá el siguiente aspecto:

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 al Departamento de Servicios Laborales (DWS) al 1-866-435-7414 para obtener una nueva tarjeta.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 es mi tarjeta de identificación del plan dental Premier Access?



La tarjeta de identificación de Premier Access Medicaid mostrará el nombre del miembro, el número de identificación de Medicaid y el plan de beneficios. Su tarjeta de identificación dental de Premier Access 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 Servicio al Cliente al 1-877-541-5415 para obtener una nueva tarjeta.

¿Puedo ver mis beneficios de Medicaid en línea?

Sí, puede consultar su cobertura de Medicaid y la información del plan en línea en mybenefits.utah.gov. Las personas principales pueden ver la información de cobertura y del plan para todas las personas en su caso. Los adultos y los niños mayores de 18 años pueden ver su propia cobertura e información del plan. También se puede otorgar acceso a su representante médico.

Para obtener más información sobre los beneficios, visite mybenefits.utah.gov o llame al 1-844-238-3091. También puede ver los beneficios de su plan dental en línea en <https://portal.premierlife.com>.

Búsqueda de un proveedor

¿Qué es un proveedor dental primario (PDP)?

El 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 conoce sus antecedentes dentales y los 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)?

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

Es importante que encuentre un dentista. Tener un dentista de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD) le ayudará a recibir atención dental de forma regular. Su dentista de atención primaria (PCD) se considera su hogar dental. La American Dental Association recomienda elegir un hogar dental. Debe elegir un PCD o un hogar dental antes de su primer cumpleaños. Es posible que deba cambiar su PCD cuando reciba una nueva cobertura dental o cuando se mude a un área nueva. Debe recibir atención dental a más tardar en el primer diente o en el primer cumpleaños.

Puede elegir cualquier dentista que pertenezca a nuestra red. Nos referimos a esto como una red abierta.

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 (Medicaid). Puede buscar dentistas por código postal o por nombre. Haga clic en “Additional details” (Detalles adicionales) para más opciones de búsqueda.

Los miembros indígenas pueden obtener servicios dentales cubiertos directamente de un proveedor de atención médica indígena.

Si necesita ayuda para elegir un dentista, puede llamar a Servicios para Miembros al (877) 541-5415 y alguien le ayudará. Díganos si tiene una necesidad especial relacionada con su atención dental. No es necesario que notifique al plan su elección de dentista.

Copagos

¿Debo pagar un copago por los servicios dentales?

No hay copagos para los servicios dentales cubiertos por Medicaid.

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

Si recibe una factura por servicios que cree que deberían estar cubiertos por el plan dental Premier Access, llame a Servicios para Miembros al 877-541-5415. No pague una factura hasta que hable con Servicios para Miembros. Es posible que no reciba un reembolso si paga la factura. 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 Medicaid el día del servicio.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

- Usted recibe un servicio que no está cubierto por Medicaid. Debe aceptar (por escrito) que pagará el servicio antes de recibirlo.
- Usted solicita y recibe servicios durante una apelación o audiencia imparcial estatal y el resultado no es a su favor.
- Usted recibe atención de un dentista que no tiene su plan dental o que no tiene Medicaid de Utah. (Excepto para servicios de emergencia).

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, comuníquese con su dentista. La mayoría de los consultorios tienen un número de teléfono de emergencia fuera del horario de atención. Si no recibe noticias de su dentista o no tiene uno, llame a Premier Access para obtener ayuda. Si está fuera del horario de atención y aún necesita ayuda, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. No tiene que obtener autorización previa para recibir atención de emergencia.

¿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?

No hay copago para la atención de emergencia dental cubierta.

¿Qué debo hacer después de recibir atención de emergencia?

Llámenos 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

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 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 (Medicaid). 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, llámenos al (877) 541-5415 para obtener ayuda.

Programación de una cita dental

¿Cuánto tiempo lleva programar una cita dental?

Debería poder visitar a un dentista de Premier Access:

- En el plazo de los 30 días para citas de rutina que no sean de urgencia
- En un plazo de 2 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 para que se pague al proveedor por ese servicio se denomina autorización previa.

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. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al (877) 541-5415.

Estos servicios dentales necesitan autorización previa, incluso si los recibe de un proveedor dental en la red de Premier Access:

- Coronas

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

- Dentaduras postizas completas y parciales
- Algunos servicios periodontales, incluida la limpieza profunda (raspado y alisado radicular)
- Ortodoncia

Llame a Servicio al Cliente o consulte a su dentista para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa. 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

Restriction Program

¿Qué significa estar en el Restriction Program?

Si está en el Restriction Program, todos los servicios médicos y las recetas deben ser aprobados o coordinados por su médico asignado. Si está inscrito en el Restriction Program y su dentista le emite una receta, debe hablar con el personal del State Medicaid Restriction Program sobre qué farmacia usar. Puede comunicarse con ellos llamando al 801-538-9045 o al número gratuito 1-800-662-9651 (presione #900).

Otro seguro dental

¿Qué sucede si tengo otro seguro dental?

Algunos miembros tienen otro seguro dental además de Medicaid. Su otro seguro es su seguro principal. Si tiene otro seguro, su seguro principal pagará primero. Lleve todas sus tarjetas de seguro dental a su visita dental.

Informe a su plan dental y a su dentista si tiene otro seguro dental. También debe comunicarse con el DWS e informar que tiene otro seguro en un plazo de 10 días desde la inscripción en otro seguro médico. Esto ayuda a Medicaid y a sus proveedores a saber quién debe pagar sus facturas. Esta información no cambiará los servicios que recibe.

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

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 de beneficios son cuando:

- Denegamos o limitamos la aprobación de un servicio solicitado.
- Reducimos la cantidad de servicios que habíamos aprobado o finalizamos un servicio que habíamos aprobado.
- Rechazamos el pago o pagamos menos por un servicio que recibió.
- No tomamos una decisión sobre una apelación o queja formal de manera oportuna.
- No le proporcionamos una cita dental de manera oportuna.
- Le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios si ocurre una de las situaciones anteriores. Si no recibe un aviso, 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 que tomamos.

¿Cómo solicito una apelación?

Usted, su proveedor (con su consentimiento por escrito) o su representante autorizado pueden presentar 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) 541-5415. 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 1-855-691-3243.
- Puede encontrar un formulario de solicitud de apelación en nuestro sitio web en <https://portal.premierlife.com> y al dorso de este manual.
- 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) 541-5415.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 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.

¿Qué sucede si necesito que tomen la decisión rápidamente?

Si a usted o a su proveedor le preocupa que esperar 30 días podría ser perjudicial para su salud, llámenos al (877) 541-5415 y solicite una apelación rápida.

¿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) 541-5415 o escríbanos a:

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

¿Qué sucede con mi servicio 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.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 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 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 apelación, también le informaremos cómo solicitar la audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con nuestra decisión. También le entregaremos el Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal para que lo envíe a Medicaid.

La solicitud de audiencia debe realizarse 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, como las siguientes:

- Cuando no esté de acuerdo con el tiempo que nos tomamos para 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 haber tenido con nosotros, su proveedor o los servicios de atención médica.

¿Cómo presenta una queja formal?

Puede presentar una queja formal en cualquier momento. Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito. Para la presentación por teléfono, llame a Servicios para Miembros al (877) 541-5415. Si es sordo o tiene dificultades auditivas, puede llamar a Servicios de Retransmisión de Utah al 711 o al 1-800-346-4128.

Para presentar una queja formal por escrito, envíe su carta a:

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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
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 Medicaid podría ser fraude, malgasto o abuso. Queremos asegurarnos de que los 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 Medicaid está haciendo algo mal.

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio y abuso son:

Por parte de un miembro

- Permitir que alguien use su tarjeta de identificación de Medicaid
- 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 Medicaid por servicios cubiertos
- No informar el uso indebido de una tarjeta de Medicaid por parte de un paciente

¿Cómo puedo denunciar fraude, desperdicio y abuso?

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

- Cumplimiento interno de la ACO

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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

¿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. Medicaid de Utah cubre el transporte médico de emergencia.

¿Cómo puedo ir al dentista cuando no es una emergencia y no puedo conducir?

Medicaid puede ayudarle a ir al dentista cuando no sea una emergencia. Para obtener este tipo de ayuda, usted debe:

- Tener Medicaid tradicional en la fecha en que se necesita el transporte.
- Tener un motivo médico u odontológico para el transporte.
- Llame al Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral (Department of Work Force Services, DWS) al 1-800-662-9651 para averiguar si puede obtener ayuda con el transporte.

¿Qué tipo de transporte está cubierto por mi Medicaid?

- **Pase de autobús de la UTA, incluido Trax** (las rutas de Front Runner y Express Bus no están incluidas): si puede viajar en autobús, llame al DWS para preguntar si su programa de Medicaid cubre un pase de autobús. El pase llegará por correo. Muestre su tarjeta de Medicaid y el pase de autobús al conductor.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

- **UTA Flex Trans:** servicios especiales de autobús para clientes de Medicaid que viven en los condados de Davis, Salt Lake, Utah y Weber. Puede usar Flex Trans si:
 - No es física o mentalmente capaz de usar un autobús regular.
 - Ha completado un formulario de solicitud de la UTA para informarles que tiene una discapacidad que hace que no pueda viajar en un autobús regular. Puede obtener el formulario llamando al:
 - Condados de Salt Lake y Davis: (801) 287-7433
 - Condados de Davis, Weber y Box Elder: 1-877-882-7272
 - Ha sido aprobado para usar servicios especiales de autobús y tiene una tarjeta de transporte médico especial.
- **Dial-A-Ride:** servicio de autobús especial disponible para miembros que viven en el condado de Iron
 - Llame al 435-865-4510
- **ModivCare:** servicio puerta a puerta que no sea de emergencia para atención médica, incluidos servicios dentales, citas y atención de urgencia. Puede ser elegible para ModivCare si:
 - Tiene Medicaid tradicional
 - No hay un vehículo que funcione en su hogar
 - Sus discapacidades físicas o mentales hacen que no pueda viajar en un autobús de la UTA o Flex Trans
 - Su médico ha completado un formulario de ModivCare

Cuando se apruebe, puede coordinar este servicio llamando a ModivCare al 1-855-563-4403. Debe hacer reservaciones con ModivCare tres días hábiles antes de su cita. La atención de urgencia no requiere una reservación de tres días. ModivCare llamará a su dentista para asegurarse de que el problema sea urgente). Los miembros elegibles podrán recibir servicios de ModivCare en todo el estado.

¿Puedo obtener ayuda si tengo que conducir largas distancias?

- **Reembolso de millas:** hable con un trabajador de DWS si tiene preguntas sobre un reembolso de millas. Solo recibirá un reembolso si NO hay una manera más económica de llegar a su dentista.

Las familias con un niño deben consultar con un trabajador de DWS para obtener información sobre el reembolso de millas para las visitas médicas y odontológicas de control de EPSDT.

- **Costos de pasar la noche:** en algunos casos, cuando se necesitan estadias nocturnas para recibir tratamiento médico, Medicaid puede pagar los costos de pasar la noche. El costo incluye alojamiento y comida. Los costos de pasar la noche rara vez se pagan por adelantado. Comuníquese con un trabajador de DWS para averiguar qué costos nocturnos pueden estar cubiertos por su programa Medicaid.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

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

Servicios dentales cubiertos por Premier Access:

- 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 dental bajo anestesia general
- Sedación intravenosa y sedación oral
- Cirugía bucal
- Coronas
- Servicios de emergencia
- Visitas al consultorio fuera del horario de atención

¿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

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 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.

Servicios cubiertos por Medicaid, pero no por un plan dental

Los servicios que se enumeran a continuación pueden estar cubiertos por otro tipo de plan de atención administrada o por el pago por servicio de Medicaid. Los otros tipos de planes de atención administrada son los planes de salud mental y los planes de salud física.

- Visitas al médico
- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados
- Atención de salud mental
- Farmacia
- Planificación familiar
- Transporte (de emergencia y que no sea de emergencia)
- Atención de la vista
- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Suministros médicos
- Podología
- Habla y audición
- Atención quiropráctica
- Servicios de laboratorio y radiografías no relacionados con la atención dental
- Salud en el hogar
- Hogar de ancianos
- Centro de cuidados paliativos

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

Por lo general, Medicaid no paga los servicios no cubiertos. Sin embargo, hay algunas excepciones que se enumeran a continuación:

- Los miembros que califican para EPSDT pueden obtener servicios que son médicamente necesarios, pero que generalmente no están cubiertos
- Procedimientos reconstructivos después de la desfiguración causada por un traumatismo o una cirugía médicamente necesaria
- Procedimientos reconstructivos para corregir deficiencias funcionales graves (por ejemplo, incapacidad para tragar)
- Cuando realizar el procedimiento es más rentable para el programa Medicaid que otras alternativas

Si desea solicitar una excepción para un servicio no cubierto, puede realizar esa solicitud presentando una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono o por escrito. Para la presentación por teléfono, llame a Servicios para Miembros al (877) 541-5415. Para presentar una queja formal por escrito, envíe su carta a:

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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
Attn: Grievances/Appeals
P.O. Box 38300
Phoenix, AZ 85069

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) 541-5415.

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). These services are free of charge.

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letra grande. Llame al 1-877-541-5415 (TTY: 1-888-346-3162). Estos servicios son gratuitos.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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

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 de Medicaid.

Caries: otro término para cavidades o deterioro dental.

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 de Medicaid.

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

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

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.

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

Exclusión: Se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental no disponible bajo el programa de Medicaid.

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

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

Médicamente 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.

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

Dentista no participante: Un dentista que no está autorizado a prestar servicios a miembros elegibles para Medicaid.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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>.

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.

Proveedor dental participante: Un proveedor inscrito en el programa de Medicaid 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.

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.

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

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.

Llame a Servicio al Cliente al 877-541-5415 (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 Pautas de práctica de limitaciones y exclusiones

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.

Limitaciones

Diagnóstico y prevención

- Los exámenes bucales se limitan a 4 por año calendario para miembros de 20 años o menos. Limitado a 2 por año calendario para miembros mayores de 21 años.
- Los servicios de profilaxis (limpiezas) se limitan a 4 por año calendario para miembros de 15 años o menos. Limitado a 2 por año calendario para miembros mayores de 16 años.
- Las topicaciones con flúor se limitan a 4 por año calendario para menores de 18 años.
- Las radiografías panorámicas se limitan a una vez cada 2 años.
- Selladores en los molares permanentes y premolares (bicúspides) libres de caries o restauraciones cubiertas para miembros menores de 20 años, una vez cada 2 años.

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.

Endodoncia

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

- Se excluyen los terceros molares
- Dientes primarios excluidos
- La pulpotomía terapéutica está cubierta solo para dientes primarios
- Las radiografías como parte de un procedimiento de conducto radicular se considerarán parte de la tarifa para el conducto radicular.
- La repetición del tratamiento excluye la periodoncia
- Gingivectomía para miembros que usan medicamentos anticonvulsivos
- Desbridamiento bucal completo disponible una vez al año si hay presencia de sarro subgingival y se puede facturar junto con una profilaxis en la misma fecha de servicio

Prostodoncia

- Las dentaduras postizas completas y parciales no se reemplazarán en el plazo de los cinco años a menos que sea necesario debido a la pérdida natural de dientes cuando la adición o el reemplazo de dientes a la dentadura postiza parcial existente no sea factible

- Los revestimientos duros realizados por un laboratorio están cubiertos, dos revestimientos por año calendario, por arco
- Medicaid NO paga por dentaduras postizas temporales o parciales con placa de retención temporal.

Cirugía bucal

- La extracción quirúrgica de dientes impactados es un beneficio cubierto solo cuando existe evidencia de patología.
- En cirugía bucal, la anestesia general y la sedación no intravenosa están cubiertas solo cuando se proporcionan junto con la extracción de dientes impactados, y no están permitidas junto con extracciones simples.

Limitaciones del servicio de ortodoncia:

Servicios de ortodoncia

- Solo el tratamiento integral está cubierto para el tratamiento de ortodoncia. DEBE obtener una puntuación de treinta (30) o más utilizando el Índice de Salzmann, el Registro de evaluación de maloclusión discapacitante.
- Los beneficios de ortodoncia se proporcionan solo para niños que tienen una maloclusión discapacitante debido a defectos congénitos, accidentes, patrones de crecimiento anormales de tal gravedad que los hace incapaces de: Masticar, digerir o beneficiarse de su dieta
- Los beneficios de ortodoncia se proporcionan a mujeres embarazadas que tienen una maloclusión discapacitante como resultado de un accidente o enfermedad reciente, de tal gravedad que no pueden: Masticar, digerir o beneficiarse de su dieta
- El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un proveedor de la red (contratado). Se considera que el tratamiento comienza el día en que se inserta la banda de aparatos o el día en que se realiza un procedimiento de ortodoncia de un solo paso.

Beneficios de ortodoncia NO cubiertos:

- Terapias limitadas de ortodoncia y aparatos extraíbles
- Aparatos extraíbles junto con tratamiento de banda fija
- Aparatos de control de hábitos
- Servicios de ortodoncia por motivos estéticos. Casos combinados de tratamiento quirúrgico/ortodoncia
- Medicaid requiere que se utilice un especialista en ortodoncia colegiado y un especialista oral maxilofacial colegiado para tratar casos combinados de ortodoncia/cirugía.
- Los servicios no estarán cubiertos si el tratamiento de casos de ortodoncia quirúrgica es realizado por un dentista general.

Servicios de sedación

- La sedación para la ansiedad no está cubierta ni califica como afección médica

- El manejo del comportamiento no está cubierto
- La analgesia con óxido nitroso no está cubierta
- La sedación oral con receta solo está cubierta por el programa de farmacia de Medicaid
- Anestesia general para pacientes que cumplen con la edad y/u otros criterios
- Para la extracción de dientes erupcionados, cuando sea médicamente necesario
- Realizado por un dentista o cirujano bucal que posea el permiso de Clase IV adecuado en virtud de la Licencia estatal

Servicios no cubiertos

1. Medicaid NO cubre los siguientes servicios dentales:
2. Coronas fundidas (porcelana fundida con metal) en los dientes primarios
3. Pulpotomías o pulpectomías en dientes permanentes, excepto en el caso de un vértice abierto
4. Puentes fijos o pónicos
5. Implantes dentales, incluidos, entre otros, implantes endosteales, implantes eposteales, implantes transosteales, implantes subperiósticos
6. Trasplante dental
7. Aumento de arco
8. Osteotomías
9. Vestibuloplastia
10. Alveoloplastia
11. Aparatos oclusales, aparatos para el control de hábitos o tratamiento de ortodoncia interceptivo
12. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular o su prevención, secuela, subluxación, terapia, artostomía, meniscectomía o condilectomía
13. Llamadas domésticas
14. Procesamiento de formularios de reclamación
15. Cargos por pruebas de laboratorio o informes de patología (el laboratorio o patólogo debe facturar los cargos directamente a Medicaid)
16. Anestesia general para la extracción de un diente erupcionado, a menos que sea médicamente necesario
17. Servicios que requieren autorización previa y se proporcionan antes de que se otorgue la autorización previa. Sin embargo, esta exclusión no se aplica a un servicio de emergencia.
18. Honorarios de manejo del comportamiento.
19. Dentaduras postizas temporales o dentaduras postizas parciales temporales con placa de retención
20. Tratamiento de ortodoncia limitado, incluidas terapias con aparatos extraíbles
21. Aparatos extraíbles junto con tratamiento de banda fija
22. Conducto radicular incompleto
23. EPP: equipo de protección personal, no se puede cobrar el EPP a los miembros de Medicaid

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
- Managed DentalGuard, Inc.
- Avēsis Insurance Incorporated
- Managed Dental Care, Inc.
- Park Avenue Life Insurance Company
- IA PA, LLC (que opera comercialmente como
- 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 política 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 hicieramos, 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 comunice 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