



# Su Manual para miembros

**Iowa**

Medicaid

Última actualización 08/2024

[MolinaHealthcare.com/IA](https://MolinaHealthcare.com/IA)



\*Estas páginas se dejaron en blanco intencionalmente.

# Consideraciones de no discriminación

Molina Healthcare of Iowa (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles que se relacionan con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin importar su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos de sexo.

**Comunicarnos con usted es importante para nosotros.** Para ayudarlo a comunicarse con nosotros, Molina ofrece los siguientes servicios de forma gratuita:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades.
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
  - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille).
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés.
  - Intérpretes capacitados.
  - Material escrito traducido a su idioma.
  - Material escrito de manera simple y en un lenguaje fácil de entender.

**Si necesita estos servicios, comuníquese con Molina al número gratuito (844) 236-0894 (TTY: 711).**

Si considera que Molina no brindó estos servicios o que lo trató de forma diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Puede hacerlo personalmente o por correo postal o correo electrónico. Puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802  
Línea gratuita: **(866) 606-3889 TTY/TDD: 711**  
En línea: [MolinaHealthcare.AlertLine.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)  
Correo electrónico: [civil.rights@MolinaHealthcare.com](mailto:civil.rights@MolinaHealthcare.com)

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [Ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](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  
Teléfono: **(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)**  
Los formularios de reclamo están disponibles en [hhs.gov/ocr/index.html](https://hhs.gov/ocr/index.html)

# Asistencia de idiomas

**Servicios para Miembros de Molina Healthcare of Iowa: (844) 236-0894 (TTY: 711).**

English: Language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. To obtain this, please call the number above.

English (Large Font): Language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. To obtain this, please call the number above.

Español: Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, traducción oral y escrita en letra más grande y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número indicado anteriormente.

Español (letra grande): Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, traducción oral y escrita en letra más grande y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número indicado anteriormente.

中文 (Chinese): 可以免费为您提供语言协助服务、辅助用具和服务、较大的字体、口译以及其他格式。如有需要请拨打上述电话号码。

Tiếng Việt (Vietnamese): Các dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ, các trợ cụ và dịch vụ phụ thuộc, phông chữ khổ lớn, thông dịch bằng lời nói, và các dạng thức thay thế khác hiện có cho quý vị miễn phí. Để có được những dịch vụ này, xin gọi số điện thoại nêu trên.

Srpsko-Hrvatski (Serbo-Croatian): Nna raspolaganju su vam besplatne jezičke podrške, dodatna pomoć i usluge, krupniji font, usmeni prevod kao i drugi alternativni formati. Da biste sve ovo dobili, molimo vas da nas nazovete na gornji broj.

Deutsch (German): Sprachunterstützung, Hilfen und Dienste für Hörbehinderte und Gehörlose, eine größere Schriftart, eine mündliche Übersetzung sowie weitere alternative Formate werden Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Um eines dieser Serviceangebote zu nutzen, wählen Sie die o. a. Rufnummer.

(Arabic): تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والأدوات والخدمات المساعدة، والطباعة بأحرف كبيرة، والترجمة الفورية الشفهية، وغيرها من التنسيقات البديلة من أجلك دون أي تكلف. للحصول على هذه الخدمات، يُرجى الاتصال على الرقم المذكور أعلاه.

ລາວ (Lao): ບໍລິການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ບໍລິການ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ, ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ມີໃຫ້ເຈົ້າ ຟລີ. ຫາກ ຕ້ອງການຮັບຂໍ້ມູນ ກະລຸນາໂທໄປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງ.

한국어 (Korean): 언어 지원 서비스, 보조 지원 및 서비스, 대형 활자본, 통역, 기타 대체 형식을 무료로 이용하실 수 있습니다. 이를 위해 위의 전화번호로 연락해 십시오.

हिंदी (Hindi): आप या जसिकी आप मदद कर रहे हैं उनके के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषयि से बात करने के लिए

Français (French): Des services gratuits d'assistance linguistique, ainsi que des services d'assistance complémentaires, des polices de caractères plus grosses, de la traduction orale et d'autres formats sont à votre disposition. Pour y accéder, appelez le numéro ci-dessus.

Pennsylvanian Deitsh (Pennsylvanian Dutch): Du kansht hilf greeya mitt dee shprohch, adda annah hilf un services in diffahndi vayya un es kosht dich nix. Fa hilf greeya adda may ausfinna, kawl da phone number do ovvah droh.

ไทย (Thai): บริการความช่วยเหลือด้านภาษา อุปกรณ์และบริการเสริม แบบ อักษรขนาดใหญ่ขึ้น การแปลด้วยปากเปล่า รวมทั้งรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ มีให้ คุณใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการใช้บริการนี้ กรุณาโทรศัพท์ติดต่อ ที่หมายเลขข้างต้น

Tagalog (Tagalog): May available na libreng mga serbisyo sa tulong sa wika, auxiliary na tulong at serbisyo, mas malaking font, pasalitang pagsasalin, at iba pang alternatibong format para sa iyo. Para kunin ito, pakitawagan ang numero sa itaas.

ကဠီ (Karen): ကျိအတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤတၢ်မၤ (Language assistance services), တၢ်မၤတၢ်ဝဲဒၣ်တၢ်လၢအကဲထီၣ်တၢ်မၤတၢ်သ့တဖၣ်, လံၤမဲၤဖျါအိၣ်, တၢ်ကတိၤကျိးထံ, ဒီးတၢ်အကၢ်ဂီၤဒိလၢတၢ်ဃုထၢမၤအိၣ်သ့တဖၣ်အိၣ်ဝဲလၢန့ၢ်ဂီၤလၢတလၢအပူၤကလံၤလံၤန့ၢ်လီၤ. လၢကဒီးန့ၢ်တၢ်သ့တဖၣ်အံၤအဂီၢ်, ဝံသးတူၤကျိးဘၣ်လီၤဝဲထီၣ်ဂီၤဒိအဖျါလၢထးအသးတက့ၢ်.

Русский язык (Russian): Услуги по переводу, вспомогательные средства и услуги, материалы, напечатанные более крупным шрифтом, услуги устного перевода, а также материалы в других, альтернативных, форматах предоставляются Вам совершенно бесплатно. Чтобы получить их, позвоните по указанному выше номеру телефона

For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind or have difficulty speaking, call 711 or **(800) 735-2942**, Relay Iowa.

Llame al 711 o **(800) 735-2942**, a Relay Iowa TTY (teléfono de texto para personas con problemas de audición, del habla y ceguera) si necesita asistencia telefónicamente.

# Índice

<b>Consideraciones de no discriminación</b>	<b>3</b>
<b>Le damos la bienvenida</b>	<b>8</b>
Información de contacto importante	9
<b>Accesibilidad</b>	<b>11</b>
Accesibilidad a la información	11
Accesibilidad a los servicios	12
<b>Elegibilidad</b>	<b>12</b>
¿Qué sucede si me mudo?	12
Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki	12
Renovaciones	12
Cambios en su cobertura	13
<b>IA Health Link</b>	<b>13</b>
<b>Plan Médico y de Bienestar de Iowa</b>	<b>14</b>
<b>Hawki</b>	<b>15</b>
<b>Beneficios y servicios cubiertos</b>	<b>16</b>
Beneficios médicos	16
Beneficios de la vista	27
Beneficios de transporte	27
Beneficios dentales	28
<b>Ir al médico</b>	<b>29</b>
Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)	29
Cómo ir a su PCP	31
Especialistas	33
Farmacia	33
Recetas	33
Medicamentos de venta libre (OTC)	35
<b>Atención de urgencia y emergencia</b>	<b>35</b>
Emergencias	35
Atención de urgencia	36
Servicios hospitalarios	36
Atención de rutina	36
<b>Costos del miembro</b>	<b>37</b>
Copagos	37
Responsabilidad del miembro/participación del cliente	38
<b>Servicios de valor añadido</b>	<b>40</b>
<b>Atención de bienestar</b>	<b>49</b>
Atención de bienestar para adultos	49
Atención de bienestar para niños	49

**Atención para miembros embarazadas..... 50**

**Administración de la atención..... 51**

**Salud del comportamiento..... 52**

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)..... 53**

    Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS).....54

**Opción de selecciones del consumidor (CCO)..... 61**

**Atención con asistente dirigida al consumidor..... 64**

**Programa de Hogar de Salud ..... 65**

**Otro seguro y facturas.....72**

    Si tiene Medicare.....72

    Ayuda con las primas de seguros proporcionadas por el empleador.....72

    Beneficios para veteranos.....72

**Quejas y apelaciones.....73**

    Defensoría.....76

**Recuperación de patrimonio ..... 77**

**Cómo hacer un testamento en vida..... 78**

**Fraude, despilfarro y abuso ..... 78**

**Aviso sobre las prácticas de privacidad..... 80**

**Otros detalles del plan..... 82**

**Glosario de términos ..... 84**

# Le damos la bienvenida

**¡Gracias por elegir Molina Healthcare of Iowa!** Desde que nuestro fundador, el Dr. C. David Molina, abrió su primera clínica en 1980, nuestra misión ha sido ofrecer atención médica de calidad a todo el mundo. Estamos a su disposición. Y hoy, como siempre, tratamos a nuestros miembros como si fueran de la familia.

**Nuestro trabajo es asegurarnos de que obtenga la atención y los servicios que necesita.** Nos comunicaremos con los miembros por teléfono, correo postal, correo electrónico o mensaje de texto. Llámenos a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894** para obtener cualquiera de estos servicios sin costo alguno para usted. Este Manual para miembros lo ayuda a entender cómo recibir atención médica para usted o su familia cuando la necesite. También explica sus beneficios, sus derechos y obligaciones como miembro de Molina Healthcare of Iowa. Lea este folleto atentamente. Molina Healthcare no deniega servicios por motivos morales o religiosos.

Molina Healthcare trabaja con otras compañías para brindar servicios, por ejemplo, transporte. Cualquier servicio brindado por cualquier compañía que trabaje con Molina se ajustará a las normas de Molina y no presentarán problemas para usted. Si tiene algún problema, comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Le gustaría recibir un manual impreso? Llame a Servicios para Miembros. Se lo enviaremos sin costo. Si desea este manual en otro idioma o formato, incluidos braille o letra grande, llame a Servicios para Miembros.





## Información de contacto importante

### Servicios para Miembros de Molina Healthcare of Iowa

Teléfono: número gratuito: **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

Llame a este número para todas las necesidades de Servicios para Miembros, como las siguientes:

- Enfermeros (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Servicios de la vista
- Transporte médico de que no sea de emergencia (NEMT)
- Administración médica
- Educación sobre salud
- Administración de la atención
- Salud física y del comportamiento
- Exención y servicios prestados en el centro
- Defensores

Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del este.

Sitio web: [MolinaHealthcare.com/IA](https://MolinaHealthcare.com/IA)

Dirección: 500 SW 7th Street, Suite 304, Des Moines, Iowa 50309

### Enfermero de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana (Línea de asesoramiento de enfermería)

**(844) 236-2096**

### Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT): Access2Care

**(866) 849-2062**

### Beneficios de la vista: March Vision Care

Para servicios de la vista, llame al **(844) 496-2724**

Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Encuentre un proveedor de servicios de la vista aquí: [marchvisioncare.com/find.aspx](https://marchvisioncare.com/find.aspx)

## Información de contacto del estado:

### Servicios para Miembros o corredor de inscripciones de Medicaid de Iowa

**(800) 338-8366**

Llame a este número para obtener asesoramiento sobre la elección de la Organización de Atención Administrada (MCO) y la inscripción para los miembros de IA Health Link. Los Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa también pueden ayudar con el pago de las primas y las solicitudes de dificultades financieras de los miembros del Plan Médico y Bienestar de Iowa.

Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

También puede enviar un correo electrónico a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa a

[IMEMemberServices@hhs.state.ia.us](mailto:IMEMemberServices@hhs.state.ia.us).

## Servicio al cliente de Hawki

**(800) 257-8563**

Llame a este número para obtener asesoramiento sobre la elección de la MCO y la inscripción para los miembros de Hawki.

El Servicio al cliente de Hawki también puede ayudar con los pagos y preguntas sobre las primas.

Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

## Centro de Contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa

**(855) 889-7985**

Llame a este número si es nuevo en Medicaid y tiene preguntas sobre la solicitud.

Horario: de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m.

## Centro de Servicio de Atención al Cliente de Mantenimiento de Ingresos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa

**(877) 347-5678**

Llame a este número para informar cambios para seguir teniendo elegibilidad para Medicaid, por ejemplo, cuándo comienza y termina el empleo.

Encuentre su oficina local de HHS: [HHS.iowa.gov/hhs\\_office\\_locator](https://www.hhs.iowa.gov/hhs_office_locator)

Horario: de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m.

## Abuso de menores y adultos dependientes

Si sospecha que un niño es víctima de abuso, la ley de Iowa requiere que lo denuncie.

Llame a la línea directa de abuso al **(800) 362-2178**.

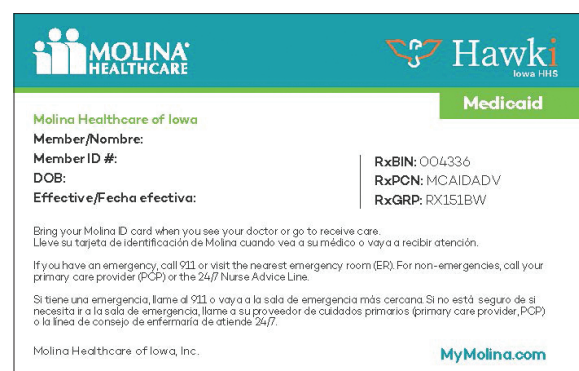
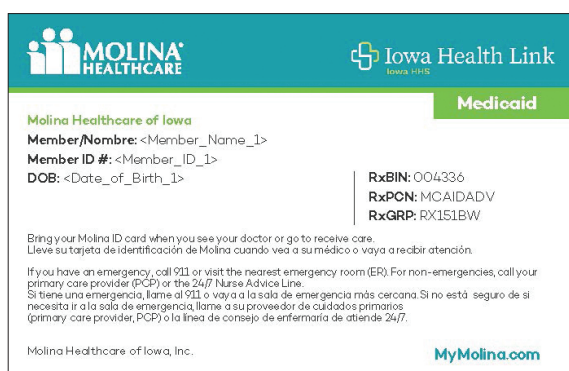
Si sospecha de abuso o abandono de un adulto en la comunidad, llame a la línea directa de abuso al **(800) 362-2178**. Las líneas telefónicas están atendidas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En casos de emergencia, llame a la policía local o llame al 911.

## Sus tarjetas de identificación

### Su tarjeta de identificación de miembro

Cuando se inscriba, Molina le enviará por correo una tarjeta de identificación del miembro.

También recibirá una tarjeta de Medicaid de Iowa. Es importante que siempre lleve ambas tarjetas de identificación con usted. Deberá mostrarlas cada vez que reciba atención médica o surta recetas en una farmacia.



**Muestre su tarjeta de identificación cada vez que necesite atención. Esto incluye lo siguiente:**



Citas médicas



Hospitalizaciones



Citas de la vista



Visitas a la sala de emergencias



Centros de atención de urgencia



Citas de salud del comportamiento



Pruebas médicas



Medicamentos recetados y suministros médicos

Lleve siempre ambas tarjetas y no permita que nadie más las utilice. Si pierde su tarjeta de Medicaid, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **(800) 338-8366**. Si pierde su tarjeta de identificación de miembro de Molina o no la recibió, podemos reemplazar la tarjeta. También puede ver su tarjeta de identificación en la aplicación móvil de Molina hasta que reciba su nueva tarjeta. Para reemplazar la tarjeta, visite nuestro portal seguro para miembros para solicitar una nueva o llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono gratuito es **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Cada vez que reciba una nueva tarjeta de identificación de miembro de nuestra parte, destruya la anterior.

## Accesibilidad

### Accesibilidad a la información

Molina quiere asegurarse de que comprende sus beneficios. Si tiene problemas para leer lo que le enviamos o para comunicarse con nosotros, podemos ayudarlo.

Para los miembros que no hablan inglés, ofrecemos ayuda en muchos idiomas diferentes. Llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894** para obtener cualquiera de estos servicios sin costo alguno para usted:

- Servicios de interpretación telefónica.
- Interpretación en sus visitas al médico, con un aviso anticipado de 24 horas.
- Este Manual para miembros o cualquier otro material escrito en su idioma preferido.

Si desea este manual en otro idioma o formato, incluidos braille o letra grande, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894**. Podemos enviárselo por correo postal sin costo.

### Para miembros que sean sordos o tengan problemas auditivos:

- Para llamarnos a través del servicio de retransmisión TTY, llame al 711.
- Organizaremos y pagaremos para que una persona que conozca el lenguaje de señas lo ayude durante sus visitas al médico, con un aviso anticipado de 24 horas.

## Accesibilidad a los servicios

Nos comprometemos a garantizar que todos los proveedores y servicios sean accesibles (incluidos el acceso físico y geográfico) para las personas con discapacidades como lo son para las personas sin discapacidades. Si tiene dificultades para conseguir una cita con un proveedor o para acceder a servicios debido a una discapacidad, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** para recibir asistencia.

## Elegibilidad

### ¿Qué sucede si me mudo?

Si se muda, comuníquese con el Centro de Llamadas para el Mantenimiento de Ingresos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa al **(877) 347-5678** y comuníquese con Molina. Los miembros de Hawki deben comunicarse con Servicios para Miembros de Hawki al **(800) 257-8563** y con Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

### Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki

Molina está disponible para ayudarlo con cualquier preocupación relacionada con la elegibilidad para Medicaid o Hawki. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

## Renovaciones

La cobertura de la mayoría de los programas de Medicaid debe renovarse cada 12 meses. Cuando su fecha de renovación se aproxime, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa le enviará una carta para informarle que debe renovar. Si no renueva la inscripción antes de la fecha límite, puede perder su cobertura de Medicaid.

**¡Mantenga su cobertura médica!** Renueve los beneficios de IA Health Link o Hawki de su familia cada año con los siguientes pasos sencillos.

### 1 Paso 1: revise su correspondencia

Recibirá un formulario de renovación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa.

- Busque su formulario hasta 45 días antes de que finalice su cobertura.
- ¿Se mudó? Asegúrese de que el HHS tenga su dirección actual. Llame al **(877) 347-5678** si su dirección ha cambiado.

### 2 Paso 2: complete el formulario de renovación

Complete el formulario de renovación cuando lo reciba:

- Complete toda la información en cada página.
- Asegúrese de firmar la página de firma.

### 3 Paso 3: devuelva el formulario de renovación

Devuelva el formulario al HHS antes de la fecha de vencimiento:

- Utilice el sobre prepagado con su dirección que recibió con el formulario.
- ¿No tiene el sobre? Puede enviar el formulario de renovación por correo postal al centro de imágenes que figura en el formulario de renovación o devolverlo a cualquier oficina del HHS.

- ¿No está seguro de lo que debe hacer? Podemos ayudar. Llame a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** o llame al Centro de Contacto del HHS al **(855) 889-7985**.

## Cambios en su cobertura

Los cambios grandes en la vida pueden afectar su elegibilidad con Molina. Es importante que informe al HHS y a Molina cuando se produzcan estos cambios en su vida. Si tiene un gran cambio en su vida, llame al Centro de Llamadas del HHS al **(877) 347-5678** y a Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

Estos son algunos ejemplos de grandes cambios en la vida:

- Cambia su nombre.
- Un cambio en su seguro médico.
- Si agrega o pierde la cobertura de otro seguro
- Si lo añaden o retiran del seguro de otra persona.
- Cambia de puesto de trabajo.
- Su capacidad o discapacidad cambia.
- Su familia cambia. Esto podría significar que su familia creció debido a un nacimiento o a un matrimonio, o que su familia se hizo más pequeña, esto puede deberse a que un miembro de la familia falleció o se mudó.
- Cambios en sus ingresos o activos.
- Si queda embarazada. Llame a Molina si está embarazada. Tenemos ayuda especial para usted y su bebé. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

## Cambios en los beneficios

A veces, es posible que Molina tenga que cambiar los servicios cubiertos o los proveedores y hospitales de nuestra red. El HHS de Iowa también puede cambiar los servicios cubiertos que arreglamos para usted. Si se produce alguno de estos cambios, le enviaremos una carta en la que le informaremos sobre los cambios en los beneficios o los proveedores de su plan.

### **Aviso de cambio significativo en su proveedor de atención médica primaria (PCP)**

El consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP) puede mudarse, cerrar o abandonar nuestro plan. Si esto sucede, le avisaremos en el transcurso de los 15 días después del cambio. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo PCP y enviarle una nueva tarjeta de identificación. Llame a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

## IA Health Link

La mayoría de los miembros que obtienen cobertura de salud de Iowa Medicaid están inscritos en el programa de atención administrada IA Health Link. Una Organización de Atención Administrada, o MCO, es un plan de salud que coordina su atención. Molina Healthcare of Iowa es su MCO. Los beneficios que recibe de Molina dependen del tipo de cobertura de Medicaid que tenga.

Para obtener más información sobre los beneficios y servicios que puede obtener, consulte la sección “Beneficios y servicios cubiertos” de este manual.

# Plan Médico y de Bienestar de Iowa

El Plan Médico y de Bienestar de Iowa proporciona cobertura médica a bajo costo o sin costo alguno para los residentes de Iowa. Los miembros tienen entre 19 y 64 años. La elegibilidad se basa en los ingresos del hogar.

Para obtener más información sobre los beneficios y servicios que puede obtener, consulte la sección “Beneficios y servicios cubiertos” de este manual.

## Comportamientos saludables para los miembros del Plan Médico y de Bienestar de Iowa

Los miembros del Plan Médico y de Bienestar de Iowa pueden recibir atención médica gratuita\* si completan lo que se conoce como Comportamientos Saludables. Para participar en el programa de Comportamientos Saludables y evitar los pagos mensuales después del primer año, los miembros del Plan Médico y de Bienestar de Iowa deben hacer lo siguiente todos los años:

### 1. Hacerse un examen de bienestar O hacerse un examen dental

Y

### 2. Completar una Evaluación de riesgos para la salud

#### Contribuciones mensuales

- Los miembros recibirán cobertura médica gratuita\* en virtud del Plan Médico y de Bienestar de Iowa durante su primer año de elegibilidad.
- Los miembros deben completar sus Comportamientos Saludables durante su primer año, y todos los años posteriores, para continuar recibiendo servicios de salud gratuitos durante el año siguiente.
- Es posible que los miembros que no completen sus Comportamientos Saludables todos los años deban pagar una pequeña contribución mensual que depende de los ingresos de su familia. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa establece las contribuciones mensuales, que son de \$5 o \$10 en función de los ingresos de la familia del miembro.
- Es posible que se cancele la inscripción de los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa que no completen sus Comportamientos Saludables ni paguen su factura mensual después de 90 días, en función de sus ingresos.
- Puede hacer preguntas sobre las contribuciones a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al **(800) 388-8366**, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

\* Los gastos son mínimos o nulos para el primer año y muy reducidos a partir de entonces. Es posible que se requiera un pequeño pago mensual en función de los ingresos. Puede haber un copago de \$8 por usar la sala de emergencias para servicios no urgentes.

#### Examen de bienestar

En un examen de bienestar, el proveedor de atención médica le medirá la presión arterial y el pulso, le escuchará los pulmones con un estetoscopio, le recomendará exámenes de detección preventivos o tomará una muestra de sangre para controlar el colesterol.

#### Examen dental

En un examen dental, su dentista revisará su salud dental. Es posible que le hagan una limpieza o radiografías básicas.

### **Evaluación de riesgos para la salud (HRA)**

Además de su examen de bienestar O examen dental, también debe completar una Evaluación de riesgos para la salud. Dedique entre 15 y 40 minutos para completar una encuesta que le hace preguntas sobre su salud y su experiencia a la hora de obtener servicios de salud.

Para completar su HRA, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina: **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

### **Dificultades financieras**

Si no puede pagar su contribución, puede marcar la casilla de dificultad en su estado de cuenta mensual y devolver el cupón de pago O llamar a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al **(800) 338-8366**. Importante: El reclamo por dificultades financieras se aplicará únicamente al monto adeudado de ese mes en curso. Usted seguirá siendo responsable de los montos adeudados de los meses anteriores. También será responsable de los montos adeudados en los próximos meses, a menos que alegue dificultades en esos meses. Todo pago que supere los 90 días de atraso estará sujeto a recuperación y, según sus ingresos, se puede cancelar su inscripción.

## **Hawki**

El programa Niños Sanos y Saludables en Iowa (Hawki) ofrece seguro de salud a niños que no tienen otro seguro médico. Los miembros son menores de 19 años. La elegibilidad se basa en los ingresos del hogar. Ninguna familia paga más de \$40 por mes. Algunas familias no pagan nada en absoluto.

Para obtener más información sobre los beneficios y servicios que puede obtener, consulte la sección “Beneficios y servicios cubiertos” de este manual.



# Beneficios y servicios cubiertos

## Beneficios médicos

Como miembro de Molina, recibirá una variedad de beneficios y servicios médicos. Es posible que algunos servicios requieran una aprobación previa. Trabaje con su proveedor de atención médica para determinar si el servicio específico que necesita está cubierto. Para comunicarse con Molina para encontrar proveedores a los que pueda acudir para su atención médica que se describe a continuación, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

Tenemos una creciente familia de médicos y hospitales. **Están listos para brindarle servicios.** A continuación, se muestra un resumen de los servicios y beneficios de atención médica a los que tiene acceso.

Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios preventivos</b>			
Servicios preventivos de la Ley de Atención Asequible (ACA)	✓	✓	✓
Controles de rutina	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓
Examen de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)	✓	✓ hasta los 21 años	
Vacunación	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓ se pueden aplicar limitaciones
<b>Servicios profesionales de consultorio</b>			
Proveedor de atención primaria	✓	✓	✓
Visita al consultorio	✓	✓	✓
Pruebas de alergias	✓	✓	✓
Suero e inyecciones para alergias	✓	✓	✓



Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
Servicios de partera enfermera certificada	✓	✓	✓
Médico quiropráctico	se pueden aplicar limitaciones	se pueden aplicar limitaciones	se pueden aplicar limitaciones
Dispositivos anticonceptivos	✓	✓	✓
Capacitación para la autogestión de la diabetes	✓ Una vez por miembro, máximo de por vida	✓	✓ 10 horas de capacitación en autogestión para pacientes ambulatorios en un período de 12 meses más capacitación de seguimiento de hasta 2 horas por año.
Planificación familiar y servicios relacionados con la planificación familiar	✓	✓	✓



Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
Atención ginecológica	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓
Inyecciones	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓ se pueden aplicar limitaciones
Análisis de laboratorio	✓	✓	✓
Servicios médicos para el cuidado de niños	✓ hasta los 21 años		
Recién nacido: visitas al consultorio	✓	✓	✓
Podología	✓ La atención de rutina de los pies no está cubierta, a menos que sea parte del tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones médicas.	✓ La atención de rutina de los pies no está cubierta, a menos que sea parte del tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones médicas.	✓ La atención de rutina de los pies no está cubierta, a menos que sea parte del tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones médicas.
Examen de la vista de rutina Un examen de rutina de la vista por año calendario.	✓	✓	✓
Examen auditivo de rutina Un examen de rutina de la vista por año calendario.	✓	✓	✓
Visita al consultorio de un especialista	✓ Es posible que se requiera una remisión del PCP	✓ Es posible que se requiera una remisión del PCP	✓ Es posible que se requiera una remisión del PCP

Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>			
Aprobación previa de admisiones como paciente internado	✓ Obligatorio para admisiones que no sean de emergencia	✓ Obligatorio para admisiones que no sean de emergencia	✓ Obligatorio para admisiones que no sean de emergencia
Habitación y comida	✓	✓	✓
Servicios médicos para pacientes internados	✓ incluye anestesia	✓ incluye anestesia	✓
Suministros de hospitalización	✓	✓	✓
Cirugía hospitalaria	✓	✓	✓
Cirugía bariátrica para obesidad mórbida	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	✓ se pueden aplicar limitaciones
Reconstrucción mamaria, después del cáncer de mama y mastectomía	✓	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones
Trasplantes de órganos/ médula ósea	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓ se pueden aplicar limitaciones
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>			
Abortos	✓ Deben darse ciertas circunstancias	✓ Deben darse ciertas circunstancias	✓ Deben darse ciertas circunstancias
Centro quirúrgico ambulatorio	✓ incluye anestesia	✓ incluye anestesia	✓ incluye anestesia
Quimioterapia	✓	✓	✓
Diálisis	✓	✓	✓
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio, radiología	✓	✓	✓

Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
<b>Atención de emergencia</b>			
Ambulancia	✓	✓	✓
Centro de atención de urgencia	✓	✓	✓
Sala de emergencia del hospital	✓	✓ \$8.00 por visita para servicios médicos que no sean de emergencia.	✓ Los servicios de emergencia para afecciones que no sean de emergencia están sujetos a un copago de \$25 si la familia paga una prima para el programa Hawki.
<b>Servicios de transporte</b>			
Transporte médico de emergencia	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión para determinar si existe una necesidad médica.	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión para determinar si existe una necesidad médica.	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión para determinar si existe una necesidad médica.
Transporte médico de que no sea de emergencia	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
<b>Servicios de salud del comportamiento</b>			
Tratamiento asertivo comunitario (ACT)	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	

Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
Servicios de intervención en salud del comportamiento (BHIS), incluido el análisis del comportamiento aplicado	✓	✓ El tratamiento residencial está cubierto si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
(b)(3) servicios (rehabilitación psiquiátrica intensiva, servicios de apoyo comunitario, apoyo entre pares y tratamiento residencial por uso de sustancias)	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Tratamiento de salud mental y uso de sustancias	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓
Visita al consultorio	✓	✓	✓
Salud mental y uso de sustancias para pacientes ambulatorios	✓	✓	✓
Instituciones médicas psiquiátricas para niños (PMIC)	✓	✓ Para personas de 19 a 20 años. Se pueden aplicar limitaciones	
Servicios de respuesta ante una crisis y de salud mental subaguda	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	✓
<b>Servicios de tratamientos ambulatorios</b>			
Rehabilitación cardíaca	✓	✓	✓
Terapia ocupacional	✓	✓ Se limita a 60 visitas por año	✓

Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
Terapia de oxigenación	✓	✓ Se limita a 60 visitas en un período de 12 meses	✓
Fisioterapia	✓	✓ Se limita a 60 visitas por año	✓
Terapia pulmonar	✓	✓ Se limita a 60 visitas por año	✓
Terapia respiratoria	✓	✓ Se limita a 60 visitas por año	✓
Terapia del habla	✓	✓ Se limita a 60 visitas por año	✓
<b>Servicios de radiología</b>			
Mamografía	✓	✓	✓
Servicios de radiología para detección y diagnóstico de rutina	✓	✓	✓
Pruebas de estudio del sueño	✓	✓ Solo para servicios de diagnóstico de la apnea del sueño	✓
<b>Servicios de laboratorio</b>			
Prueba de detección de cáncer colorrectal	✓	✓	✓
Pruebas genéticas de diagnóstico	✓	✓	✓
Papanicolau	✓	✓	✓
Pruebas de patología	✓	✓	✓
Servicios de laboratorio para diagnóstico y exámenes de rutina	✓	✓	✓

<b>Servicios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)</b>	<b>Hawki</b>
Pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y enfermedades de transmisión sexual (ETS)	✓	✓	✓
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>			
Equipos y suministros médicos	✓	✓	✓
Equipos y suministros para diabéticos	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓
Máquinas para la apnea del sueño	✓	✓ solo para adultos	
Audífonos	✓	✓ para personas de 19 a 20 años, se pueden aplicar limitaciones	✓
Órtesis	✓ se pueden aplicar limitaciones		✓ se pueden aplicar limitaciones
Sacaleches	✓ se pueden aplicar limitaciones	✓ se pueden aplicar limitaciones	
<b>Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): basados en la comunidad</b>			
Administración de casos		✓ solo para personas con una discapacidad del desarrollo y poblaciones exentas de HCBS	
Sección 1915(C), servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)	✓		

Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
Sección 1915(l), servicios de recuperación de las habilidades	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Enfermería privada/ cuidado personal según la autoridad del Examen de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)	✓ Con cobertura hasta los 21 años en virtud del EPSDT	✓ Con cobertura hasta los 21 años en virtud del EPSDT	
Hogares de salud para afecciones crónicas	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Hogares de salud integrada	✓	✓ Con cobertura si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
<b>Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): institucional</b>			
ICF/ID (centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales)	✓ se pueden aplicar limitaciones		
ICF/MC Centro de atención intermedia para casos médicamente complejos	✓ se pueden aplicar limitaciones		
Centro de atención de enfermería (NF)	✓		



Servicios	Medicaid	Plan Médico y de Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki
Centro de atención de enfermería para enfermos mentales (NF/MI).	✓		
Centro de enfermería especializada (SNF)	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones se limita a una estadía de 120 días	
Centro de enfermería especializada fuera del estado (aprobación previa para enfermería especializada)	✓ se pueden aplicar limitaciones		
Servicios de rehabilitación neuroconductual en la comunidad	✓	✓ solo médicamente exento	
<b>Cuidados terminales</b>			
Cuidados terminales	✓	✓ se pueden aplicar limitaciones	
<b>Atención médica en el hogar</b>			
Enfermería privada/ cuidado personal según la autoridad del EPSDT	✓ hasta los 21 años EPSDT	✓ hasta los 21 años EPSDT	
Asistente de atención médica en el hogar	✓	✓	✓
Enfermería especializada	✓	✓	✓
Terapia ocupacional (OT)	✓	✓	✓
Fisioterapia (PT)	✓	✓	✓
Patología del habla y del lenguaje	✓	✓	✓

La lista anterior no muestra todos sus beneficios cubiertos. Para obtener más información sobre sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Si usted es miembro del Plan Médico y de Bienestar de Iowa y Medicaid de Iowa determina que está médicamente exento, calificará para los beneficios de IA Health Link.

### **Autorizaciones previas**

Algunos servicios y beneficios requieren aprobación previa. Esto significa que su proveedor debe pedir a Molina que apruebe esos servicios o beneficios antes de que usted los reciba. Es posible que no cubramos el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación. Molina quiere asegurarse de que reciba el tipo correcto y la cantidad de servicios que lo ayuden con cualquier afección que pueda tener.

Si hay servicios que se aprobaron antes de que comience su cobertura con Molina, esos se mantendrán aprobados durante los primeros 90 días que esté inscrito en Molina, ya sea que un proveedor dentro o fuera de la red haya solicitado la aprobación.

Después de los primeros 90 días de inscripción en Molina, si desea seguir recibiendo servicios de un proveedor fuera de la red o si los servicios requieren aprobación previa, el proveedor debe pedirnos que los aprobemos antes de que usted pueda recibir estos servicios.

Estos servicios no requieren una aprobación previa ni una remisión de su proveedor de atención primaria:

- Servicios de emergencia.
- Atención posterior a la estabilización (atención brindada después del tratamiento de emergencia).
- Atención de urgencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Los proveedores fuera de la red necesitan la aprobación de Molina (excepto para los servicios de planificación familiar).
- Visitas de rutina a los proveedores dentro de la red (es posible que algunos exámenes o procedimientos requieran autorización previa).
- Determinados servicios de salud del comportamiento y de trastornos por uso de sustancias (consulte a su proveedor si necesita aprobación previa).

Si tiene alguna pregunta sobre una solicitud de aprobación, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

Si Molina deniega una solicitud para que usted reciba un servicio, estas decisiones se denominan “determinaciones adversas sobre beneficios”. Tiene derecho a pedirnos que apelemos nuestra decisión. Una apelación es una solicitud para que Molina revise una decisión que tomamos sobre un servicio que fue denegado, reducido o limitado.

Ejemplos de esto serían los siguientes:

- Denegación de atención o servicios solicitados.
- Aprobación de un servicio por un monto inferior al solicitado.
- Finalización de un servicio o atención aprobados con anterioridad.

Recibirá una carta por correo en la que se le explicará por qué se tomó esa decisión. Si no está de acuerdo con una decisión, tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que recibió para solicitar una apelación. Puede solicitar la apelación por teléfono o por escrito.

## Beneficios de la vista

Servicios de la vista			
Exámenes:	✓ 1 examen de la vista preventivo completo cada 12 meses	✓ 1 examen de la vista preventivo completo cada 12 meses	✓ 1 examen de la vista preventivo completo cada 12 meses
Anteojos:	✓ <b>Menores de 1 año:</b> hasta 3 pares de anteojos cada 12 meses, hasta 16 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses <b>De 1 a 3 años:</b> hasta 4 pares de anteojos cada 12 meses, hasta 8 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses <b>De 4 a 7 años:</b> 1 par de anteojos cada 12 meses, hasta 6 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses <b>Mayores de 8 años:</b> 1 par de anteojos cada 24 meses, 2 lentes de contacto permeables al gas cada 24 meses	✓ <b>Solo para personas de 19 y 20 años:</b> 1 par de anteojos (monturas y lentes) cada 24 meses	✓ \$100 de asignación minorista para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses
Reparaciones:	✓ \$100 de asignación minorista para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses	✓ <b>Solo para personas de 19 y 20 años:</b> el reemplazo de anteojos perdidos o dañados sin posibilidad de reparación no está limitado	Sin cobertura

## Beneficios de transporte

Puede obtener traslados gratuitos para ir y volver de visitas médicas. Simplemente llame a Access2Care al **(866)-849-2062**. Llame al menos 48 horas antes de su cita para programar un viaje.

- Las citas pueden ser dentro o fuera de la comunidad donde usted vive.
- Las personas que llaman deben ser mayores de 16 años.
- Los miembros menores de 11 años deben ir acompañados de uno de los padres o el tutor.
- Los miembros de entre 12 y 16 años deben ir acompañados de uno de los padres o el tutor, a menos que Access2Care tenga un formulario de consentimiento para menores firmado en los registros. Llame a Access2Care para obtener una copia del formulario de consentimiento para menores.
- Las miembros embarazadas de cualquier edad y menores emancipados pueden trasladarse sin formulario de consentimiento para menores.
- Los traslados deben programarse con al menos 48 horas de antelación a la cita.

**Nota:** Los hogares de ancianos son responsables de los viajes del transporte médico que no es de emergencia (NEMT) dentro de un radio de 30 millas del hogar de ancianos. Si usted reside en un hogar de ancianos y necesita consultar a un médico a menos de 30 millas de su ubicación, su hogar de ancianos debe proporcionar el transporte.

### Beneficios dentales

Molina solo cubre procedimientos dentales realizados en un entorno hospitalario.

**Plan de Bienestar Dental para Niños:** a partir del 1 de julio de 2021, los servicios dentales están disponibles para los miembros de Medicaid de Iowa menores de 18 años a través de una prestadora de servicios dentales como parte del programa Plan de Bienestar Dental (DWP) para Niños. Estos servicios no forman parte de los brindados por Molina. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al **(800) 338-8366** o visite:

[hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/dental-wellness-plan](https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/dental-wellness-plan)

**Beneficios dentales de Hawki:** los servicios dentales están disponibles para los miembros de Hawki a través de una prestadora de servicios dentales. Los servicios no forman parte de los brindados por Molina. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al Servicio al cliente de Hawki al **(800) 257-8563**.

**Plan de Bienestar Dental:** el Plan de Bienestar Dental brinda cobertura dental para miembros adultos de Medicaid de Iowa mayores de 19 años. Los servicios no forman parte de los brindados por Molina. La cobertura dental es brindada por una prestadora de servicios dentales. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al **(800) 338-8366** o visite [hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/dental-wellness-plan](https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/dental-wellness-plan) **Smile Program:** I-Smile es un programa estatal que conecta a los niños y a sus familias con proveedores dentales y médicos locales dentro de la red de proveedores de Medicaid. Los coordinadores de I-Smile son higienistas dentales locales disponibles para responder las preguntas sobre los servicios dentales de los miembros y ayudar a las familias a encontrar recursos comunitarios cuando es difícil acceder a la atención dental o médica. Para obtener más información sobre I-Smile y para encontrar a su coordinador local de I-Smile, visite: [hhs.iowa.gov/programs/programs-and-services/dental-and-oral-health/i-smile/fnd-i-smilecoordinator](https://hhs.iowa.gov/programs/programs-and-services/dental-and-oral-health/i-smile/fnd-i-smilecoordinator)



# Ir al médico

## Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria (PCP) se ocupa de todas sus necesidades médicas. Todos los miembros de Molina deben tener un PCP. El consultorio de su PCP es su hogar de salud. Es importante que tenga un PCP que lo haga sentir cómodo. Es fácil elegir uno con nuestro Directorio de proveedores (una lista de proveedores). Puede elegir uno para usted y otro para otros miembros de su familia, o uno que los atienda a todos. También puede llamar a Molina Healthcare al **(844) 236-0894** si necesita ayuda para programar una cita, encontrar un proveedor o encontrar información sobre su PCP.

**Debe consultar a un médico que forme parte de la red de proveedores de Molina.** Si no elige un PCP, Molina lo hará por usted. Molina elegirá un PCP según su dirección, idioma preferido y proveedores que haya visto su familia anteriormente.

Utilice nuestro Directorio de proveedores en línea para buscar el mejor PCP para usted.

Si desea cambiar de PCP, puede hacerlo en su aplicación móvil Mi Molina o desde su computadora. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6 p.m., hora estándar del centro. Si cambia de PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación.

**Importante:** Usted tiene una cantidad ilimitada de visitas a su PCP. No tiene ningún costo para usted. Programe citas cuando se sienta mal. También debe hacerse un control de bienestar todos los años.

## Encuentre un proveedor de cualquiera de estas maneras:

- Vaya a: [MolinaProviderDirectory.com/IA](https://MolinaProviderDirectory.com/IA).
- Inicie sesión en [MiMolina.com](https://MiMolina.com).
- Use la aplicación móvil Mi Molina.

## Su PCP puede ser uno de los siguientes:

- Médico general o de familia
- Medicina interna
- Pediatra
- Enfermero practicante registrado avanzado (ARNP)
- Obstetra o ginecólogo (OB/GYN)
- Médico asistente
- Especialista tratante (para miembros que requieren atención especializada para sus afecciones agudas o crónicas o afección relacionada con una discapacidad)

- Centros de salud con calificación federal (FQHC) y clínicas de salud rurales (RHC)
- Tribu indígena, organizaciones tribales u organización indígena urbana

## Servicios de acceso directo

Es posible que reciba algunos servicios sin consultar a su PCP. Estos se denominan servicios de acceso directo. No necesita una remisión para estos servicios. Algunos de estos incluyen los siguientes:

- Visitas a un obstetra (OB), ginecólogo o partera certificada.
- Servicios de planificación familiar.
- Atención preventiva y de rutina, como atención prenatal, exámenes de las mamas, mamografías y pruebas de Papanicolaou.

## Un obstetra o ginecólogo como PCP

Las miembros pueden consultar con un obstetra o ginecólogo (OB/GYN) en nuestro plan para sus necesidades de salud ginecológica/obstétrica. Tampoco necesita una remisión de su PCP para ver a un obstetra/ginecólogo del plan. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Visitas de bienestar para la mujer.
- Atención prenatal.
- Parto.
- Atención posparto.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Planificación familiar (también puede consultar con un proveedor que no pertenece a nuestro plan [fuera de la red] para recibir este servicio).
- Remisión a un proveedor especial de nuestro plan.

Si no desea ir a un obstetra/ginecólogo, es posible que su PCP pueda atender sus necesidades de salud ginecológica/obstétrica. Pregúntele si puede brindarle atención ginecológica/obstétrica. De lo contrario, deberá ver a un obstetra/ginecólogo.

Durante el embarazo, su obstetra/ginecólogo puede ser su PCP si este está de acuerdo. Nuestros enfermeros pueden ayudarla a decidir si debe ver a su PCP o a un obstetra/ginecólogo. Para hablar con un enfermero, llame a nuestra Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas al **(844)-236-2096**.

Si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo, visite nuestro Directorio de proveedores en línea en [MolinaProviderDirectory.com/IA](https://MolinaProviderDirectory.com/IA) o llame a Servicios para Miembros.

## Cómo elegir un PCP para su recién nacido

Las futuras mamás pueden elegir un PCP para sus hijos recién nacidos llamando a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Si no elige un PCP para su recién nacido, le asignaremos uno. Siempre puede elegir un nuevo PCP en línea en [MolinaProviderDirectory.com/IA](https://MolinaProviderDirectory.com/IA).

## Si usted es indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska

Puede usar un proveedor de los Servicios de Salud para Indígenas o Tribal 638 siempre que lo desee. También puede elegir un PCP de la red de Molina que no sea un proveedor de los Servicios de Salud para Indígenas o Tribal 638, y Molina pagará por su atención.

## Programe su primera visita

Después de elegir a su PCP, programe una cita para una visita de bienestar (un seguimiento general). Esto le dará la oportunidad de conocerse. También le permite a su PCP conocerlo cuando está bien, para que pueda atenderlo mejor cuando no lo esté. Llame a su PCP de inmediato si necesita cancelar o reprogramar su cita.

Su PCP hará lo siguiente:

- Tratar la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- Revisar las pruebas y los resultados.
- Recetar medicamentos.
- Remitirlo a otros médicos (especialistas).
- Ingresarlo en el hospital, de ser necesario.

## Qué debe llevar cuando visite a su PCP

Cuando vaya al consultorio de su PCP para su visita, asegúrese de llevar lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de miembro de Molina.
- Cualquier medicamento que esté tomando actualmente.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su PCP.

Si la cita es para su hijo, asegúrese de llevar lo siguiente:

- Tarjeta de identificación de miembro de Molina.
- Registros de vacunación.
- Cualquier medicamento que esté tomando actualmente.

## Servicios de interpretación

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos conseguir un traductor para que hable con usted. También pueden ayudarlo a hablar con su médico o proveedor.

Un traductor lo puede ayudar con lo siguiente:

- Programar una cita.
- Hablar con su médico o enfermero.
- Obtener atención de emergencia.
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- Obtener información sobre la toma de medicamentos.
- Dar seguimiento sobre la aprobación previa que necesita para un servicio.
- Con lenguaje de señas.

Este es un servicio gratuito. Si necesita un traductor, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

# Cómo programar una cita

## Pautas para las citas

Cuando necesite consultar a su médico, se le debe dar una cita en los plazos que se indican a continuación.

### Cuándo debe obtener la cita:

#### Cita médica

Tipos de citas	Estándar
PCP, de rutina o asintomático	En un plazo de 30 días calendario
PCP, síntomas persistentes	En un plazo de 48 horas
PCP, atención de urgencia	En un plazo de 24 horas
PCP, atención preventiva	En un plazo de 30 días calendario
Atención fuera del horario normal (servicios de emergencia)	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Atención especializada (de rutina)	En un plazo de 30 días calendario
Atención especializada de urgencia	En un plazo de 24 horas
Atención de optometría que no sea de urgencia	En un plazo de 3 semanas
Atención de optometría de urgencia	En un plazo de 48 horas
Análisis de laboratorio y radiografías que no sean de urgencia	En un plazo de 3 semanas
Análisis de laboratorio y radiografías de urgencia	En un plazo de 48 horas

#### Cita de salud del comportamiento

Tipos de citas	Estándar
Emergencia que pone en peligro la vida	Inmediatamente
Emergencia que no pone en peligro la vida	En un plazo de 6 horas
Servicios móviles para crisis	En un plazo de 1 hora
Atención de urgencia	En un plazo de 1 hora de la presentación en el sitio de prestación del servicio o en el transcurso de las 24 horas posteriores a la solicitud de contacto telefónico



Síntomas persistentes

Ha sido atendido o remitido a un proveedor apropiado en el transcurso de las 48 horas de haber informado los síntomas

Visita de atención inicial o de rutina

En un plazo de 10 días hábiles después de la solicitud y seguimiento en el transcurso de los 30 días calendario

Trastorno por uso de sustancias (SUD) y embarazo (embarazada y con necesidad de servicios de SUD)

Admisión en un plazo de 48 horas de haber buscado tratamiento

Consumo de drogas por vía intravenosa

Admisión a más tardar 14 días después de la solicitud de admisión, o 120 días después de la solicitud si ningún programa tiene capacidad, y los servicios provisionales están disponibles en el transcurso de las 48 horas

## Segunda opinión

Si no está de acuerdo con el plan de atención de su proveedor, tiene derecho a una segunda opinión. Puede hablar con otro proveedor de la red. En algunos casos, nos encargaremos de que hable con un proveedor fuera de nuestra red sin costo alguno para usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m.

## Especialistas

Puede haber ocasiones en las que necesite ver a un especialista. Usted tiene derecho a elegir especialistas dentro de la red de Molina. Su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudará a elegir un especialista y le hará una remisión.

## Análisis de laboratorio en el consultorio

Molina limita la cantidad de análisis de laboratorio que se pueden realizar en el consultorio del proveedor. La razón es por motivos de calidad. Todos los demás análisis de laboratorio deben remitirse a uno de los proveedores de laboratorio dentro de la red de Molina. Visite [MolinaHealthcare.com/IA](http://MolinaHealthcare.com/IA) para obtener una lista de los servicios de laboratorio permitidos en el consultorio de un proveedor.

La obtención de muestras está permitida en el consultorio de cualquier proveedor. Tenga en cuenta que Molina no pagará reclamaciones por servicios de laboratorio que no figuren en el sitio web.

## Farmacia

### Recetas

Usted recibe medicamentos recetados con un costo mínimo o sin costo. Cubrimos sus medicamentos recetados que son necesarios por motivos médicos. También cubrimos algunos medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de su proveedor (consulte la sección “Medicamentos de venta libre” para obtener más información).

Los medicamentos genéricos son medicamentos que tienen la misma dosificación, seguridad, concentración y uso intencional que un medicamento de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca. Cubrimos todos los medicamentos cubiertos por Medicaid de Iowa. Medicaid de Iowa utiliza una lista de medicamentos preferidos (PDL). Nuestra PDL incluye

medicamentos genéricos y de marca. También le da información sobre un medicamento y le indica cualquier restricción que tenga. Para obtener sus medicamentos recetados, debe utilizar una farmacia de la red. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de miembro. Asegúrese de obtener sus medicamentos recetados antes de viajar fuera del estado.

La mayoría de los medicamentos tienen cobertura hasta un suministro de un mes, con la excepción de algunos anticonceptivos. Algunos anticonceptivos tienen cobertura hasta un suministro de 3 meses. Si el medicamento requiere autorización previa, para algunos medicamentos, es posible que reciba un suministro de emergencia del medicamento mientras se revisa la autorización previa. Consulte la PDL de Medicaid de Iowa o llame a Servicios para Miembros de Molina a nuestro número gratuito **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

Para encontrar una farmacia de la red, consulte nuestro Directorio de proveedores en [MolinaProviderDirectory.com/IA](https://MolinaProviderDirectory.com/IA).

También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

**Puede encontrar el enlace a la PDL de Medicaid de Iowa en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/IA](https://MolinaHealthcare.com/IA) en la sección Farmacia en Beneficios y servicios.**

Algunos medicamentos tienen límites o reglas sobre su uso debido al costo, la seguridad y otros motivos. Estos pueden incluir lo siguiente:

- Límites de cantidad: limita la cantidad del medicamento que puede surtir o volver a surtir en un momento o intervalo determinado.
- Tratamiento escalonado: requiere que pruebe cierto medicamento, como un genérico, antes de que su proveedor pueda recetar otro medicamento.
- Autorización previa: significa que su proveedor debe obtener la aprobación de Molina antes de recetar un medicamento.



Algunas razones para una autorización previa (PA) incluyen las siguientes:

- Necesita un medicamento no preferido en nuestra PDL.
- El medicamento se utiliza para una afección médica que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no aprobó.
- Se hace el resurtido del medicamento demasiado pronto (límites de cantidad).
- Hay otros medicamentos que debe probar primero (tratamiento escalonado).
- Hay un medicamento genérico o alternativo disponible.
- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso.
- Para obtener la aprobación, su proveedor debe indicarnos el motivo médico por el cual necesita el medicamento y la cantidad. Trabajaremos con su médico para ayudarlo a obtener los medicamentos más adecuados para usted.
- Si no aprobamos una solicitud de PA, le enviaremos una carta, en la que se le explicará cómo presentar una apelación. También se le informará sobre su derecho a una audiencia estatal. Obtenga más información sobre las apelaciones en la sección titulada “Quejas y apelaciones”.

Nuestra PDL puede cambiar. Revise la PDL cuando necesite surtir o volver a surtir un medicamento.

## Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos algunos medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de su proveedor. Revise nuestra Lista de medicamentos preferidos (PDL) en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/IA](https://MolinaHealthcare.com/IA) en la sección Farmacia o llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** para ver qué medicamentos OTC están cubiertos. También tenemos la opción de solicitar hasta \$30 por trimestre por familia de medicamentos y suministros médicos de venta libre a través de Nations OTC. Puede llamar para recibir servicios al **(877) 391-6245** o acceder a sus servicios en [molinaia.nationsbenefits.com](https://molinaia.nationsbenefits.com).

## Copagos

Molina no cobra a los miembros ningún copago por los productos farmacéuticos; sin embargo, usted puede ser responsable de un copago por otros servicios. Consulte su tarjeta de identificación de Molina para conocer sus copagos actuales.

## Atención de urgencia y emergencia

### Emergencias

La sala de emergencias (ER) se utiliza cuando usted cree que un problema médico pone en peligro su vida o su salud si no recibe tratamiento de inmediato. El personal de la sala de emergencias decidirá qué tan rápido lo atenderán. Se basará en sus necesidades médicas. No necesita una autorización previa para acudir a la sala de emergencias. Puede utilizar cualquier hospital para recibir atención de emergencia.

### Algunos ejemplos de cuándo usar la sala de emergencias:

- Cortaduras o quemaduras graves

- Dolor en el pecho
- Lesiones en la cabeza o en los ojos
- Peligro de pérdida de la vida o de extremidades, como una pierna o un brazo
- Desmayo
- Atragantamiento
- Sangrado abundante
- Pérdida del habla
- Posibles fracturas de huesos
- Sobredosis

### Atención de urgencia

Los centros de atención urgente son una excelente opción si necesita atención fuera del horario regular.

#### Algunos ejemplos de cuándo usar el centro de atención de urgencia:

- Síntomas graves de resfriado o gripe
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Gripe o virus estomacal
- Herida que necesita puntos
- Esguinces, torceduras o moretones profundos

### Servicios hospitalarios

Si tiene que visitar el hospital por una situación que no sea de emergencia, primero debe obtener una remisión de su PCP o especialista. Si tiene preguntas sobre su visita al hospital, hable con el proveedor que lo remitió.

### Atención de rutina

Como miembro de Molina, su PCP conocerá sus antecedentes médicos, se ocupará de sus necesidades médicas básicas y hará remisiones cuando las necesite. La atención de rutina es un tipo de atención que no es urgente o de emergencia, y que puede esperar a una cita programada regularmente con el médico. Debe llamar a su PCP para programar una atención de rutina. Si acude a la sala de emergencias para recibir este tipo de servicios, es posible que deba pagar un copago por los servicios que reciba allí.

#### Atención posterior a la estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización son servicios que necesita después de una emergencia. Estos servicios ayudan a que su salud vuelva a la normalidad. Estos servicios son importantes y lo ayudan a evitar otra emergencia. Los servicios posteriores a la estabilización están cubiertos y sujetos a requisitos de autorización previa.

# Costos del miembro

## Copagos

Un copago es un monto fijo en dólares que paga cuando recibe ciertos servicios o tratamientos. Es la parte que le corresponde del costo de un servicio de atención médica cubierto.

Es posible que se requiera un copago por el uso **no urgente** de la sala de emergencias (ER) de un hospital.

- Es posible que a los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa se les cobre un copago de \$8 por cada visita a la sala de emergencias que no se considere una emergencia.
- A los miembros de Hawki se les puede cobrar un copago de \$25 por cada visita a la sala de emergencias que no se considere una emergencia.

### **No hay otros copagos en virtud de su plan de salud de Molina.**

Antes de prestar servicios que no son de emergencia e imponer copagos, el hospital que brinda el cuidado debe hacer lo siguiente:

1. Realizar un examen médico de detección adecuado para determinar que el miembro no necesita servicios de emergencia.
2. Informarle al miembro el monto de su obligación de copago por los servicios que no son de emergencia prestados en la sala de emergencia del hospital.
3. Proporcionar al miembro el nombre y la ubicación de un proveedor de servicios alternativos que no son de emergencia que esté disponible y sea accesible.
4. Determinar que el proveedor alternativo puede prestar servicios al miembro de manera oportuna sin copago.
5. Proporcionar una remisión para coordinar la programación del tratamiento por parte del proveedor alternativo.

Si le informan al miembro sobre el proveedor alternativo disponible y el monto del copago, y decide recibir tratamiento para una afección que no sea de emergencia en la sala de emergencias del hospital, el hospital evaluará el copago.

No se le cobrará ningún copago por los servicios de emergencia para afecciones de emergencia.

### **Los copagos no se aplican a los siguientes grupos de miembros:**

- Personas menores de 18 años
- Miembros embarazadas (durante todo el embarazo y el período posparto, 60 días posteriores al final del embarazo)
- Personas que reciben cuidados terminales
- Niños en hogares de acogida temporal
- Niños con discapacidades en virtud de la Ley de Oportunidades para la Familia
- Programa de Atención del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino
- Indígena de los EE. UU./nativos de Alaska reconocidos por el Gobierno federal

## Responsabilidad del miembro/participación del cliente

Es posible que deba pagar por servicios que no están cubiertos. También es posible que deba pagar por los servicios de proveedores que no están en nuestra red. Si los servicios son de emergencia, usted no debe pagar. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros.

Molina ofrece beneficios adicionales a los miembros elegibles. Estos beneficios adicionales se denominan servicios de valor añadido. Inicie sesión en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** para obtener más información sobre estos beneficios.

### Ofrecemos lo siguiente:

#### **MiMolina.com: gestione su plan de salud en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, sin importar dónde se encuentre. Cambie su médico, actualice su información de contacto, solicite una nueva tarjeta de identificación, reclame sus Recompensas Saludables y mucho más. Para registrarse, visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com).

#### **Educación sobre salud para afecciones crónicas y estilos de vida saludables**

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas gratuitos pueden ayudarlo a controlar su peso, dejar de consumir tabaco u obtener ayuda con las afecciones crónicas. Recibirá materiales útiles, consejos para el cuidado y mucho más. Si tiene asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, problemas cardíacos, depresión o desea perder peso o dejar de fumar, es posible que uno de nuestros enfermeros o administradores de atención se comunique con usted. También puede llamar a nuestro Departamento de Administración de la Salud al **(866) 472-9483 (TTY: 711)** para inscribirse en uno de nuestros programas.

#### **Programa de Recompensas por Embarazo**

¿Va a tener un bebé? Estamos a su disposición para ayudarla a tener un embarazo y un bebé saludables. Nuestro Programa de Recompensas por Embarazo le permite ganar tarjetas de regalo por realizar actividades saludables, como hacerse seguimientos prenatales. ¡Es fácil! Regístrese en nuestro portal seguro, [MiMolina.com](https://www.mimolina.com). También puede solicitar cualquier información sobre embarazos de Healthy Beginnings llamando a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

#### **Transporte**

Apóyese en Molina para obtener mejores beneficios de transporte. Los miembros deben solicitar estos servicios a su coordinador de atención o llamando a Access2Care al **(866) 849-2062 (TTY: 711)** al menos 2 días hábiles antes de que necesite el traslado.

#### **Acceso a servicios comunitarios**

Ofrecemos cuatro traslados de ida o de vuelta a bancos de alimentos, tiendas de comestibles, mercados de productores agrícolas, citas para el programa nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), capacitación laboral y entrevistas. También ofrecemos transporte a su Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA) local.

Para usar este beneficio, llame a Access2Care al **(866) 849-2062** al menos dos días antes de que necesite el traslado.

## Citas médicas

Los miembros del Plan Médico y de Bienestar de Iowa “no exentos por motivos médicos” y los miembros de Hawki de al menos 16 años califican para cuatro viajes de ida o de vuelta a las citas médicas sin costo alguno a través del Beneficio de valor añadido de Molina. Molina Healthcare también cubrirá el transporte de emergencia al hospital. Debe llamar al **911** cuando tenga una emergencia y necesite transporte inmediato.

## Transporte de cuidadores

Molina sabe que es importante que permanezca en contacto con su familia y sus cuidadores cuando se encuentra en un centro. Le daremos a su cuidador (padres, hijos o cuidador directo) cuatro traslados de ida o de vuelta por mes para que lo visiten mientras se encuentra en el centro. Llame a Access2Care al **(800) 849-2062** al menos dos días antes de que necesite el traslado.

## Aplicación móvil de Molina

Gestione su atención médica en cualquier momento y en cualquier lugar. Los miembros pueden iniciar sesión en la aplicación con su nombre de usuario y contraseña de Mi Molina para acceder a funciones seguras, como las siguientes:

- Ver su tarjeta de identificación de miembro.
- Encontrar un proveedor o centro cerca de usted con el “Provider Finder” (Buscador de proveedores).
- Enviar un mensaje con sus preguntas sobre el plan médico.
- Recibir recordatorios de salud importantes.
- Utilizar la Línea de asesoramiento de enfermería para recibir la atención que necesita.
- Acceder a su historia clínica.
- Puede descargar la aplicación de forma gratuita en su teléfono inteligente utilizando la App Store para Apple y Google Play para Android.

## Servicio de telefonía móvil sin costo

Como miembro de Molina, obtiene un servicio inalámbrico gratuito. Llamadas, mensajes de texto y llamadas internacionales gratis, y hasta 4.5 GB de datos. Obtenga más información en [truconnect.com/molina](https://truconnect.com/molina).

## Recursos comunitarios

Somos parte de su comunidad. Y nos esforzamos para que esta sea más saludable. Tiene a su disposición recursos locales, eventos de salud y organizaciones comunitarias. Brindan excelentes programas y servicios convenientes.

Lo mejor de todo es que la mayoría son gratuitos o de bajo costo para usted.

- [MolinaHelpFinder.com](https://MolinaHelpFinder.com) desarrollado por Aunt Bertha. Se trata de un servicio gratuito y confidencial que lo ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Molina ofrece beneficios adicionales para apoyar su salud y bienestar. Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY:711)**.

# Servicios de valor añadido

Tabla de servicios de valor añadido de Molina

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
<b>Baby showers</b>	Asistir a un <i>baby shower</i> de Molina (virtual o en persona).	Miembros embarazadas y sus invitados, hasta dos familiares adicionales	Tarjeta de regalo/ incentivo de Recompensas Saludables de \$100 para miembros embarazadas que asistan a un <i>baby shower</i> de Molina
<b>Recompensas Saludables</b>	Realizar hasta ocho visitas de bienestar infantil a tiempo en un período de 30 meses (6 visitas entre los 0 y 15 meses; 2 visitas entre los 15 y 30 meses).	Miembros recién nacidos hasta los 30 meses	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$10 para visita de bienestar infantil: <30 meses (\$80 como máximo)
	Visita anual completa de bienestar infantil para niños y adolescentes de entre 3 y 21 años.	Miembros de entre 3 y 21 años	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 para visitas de bienestar infantil: >3 años (una vez por año calendario)
	Completar una visita de seguimiento (incluye telesalud) con un <b>proveedor de salud del comportamiento</b> en el transcurso de los siete (7) días posteriores al alta de una hospitalización de salud del comportamiento.	Todos los miembros	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$50 para completar una visita de seguimiento de <b>salud del comportamiento en el transcurso de los siete (7) días</b> posteriores al alta por <b>cada</b> hospitalización de salud del comportamiento.



Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	<p>Completar una visita de seguimiento (incluye telesalud) con <b>su proveedor de atención primaria/clínica</b> en el transcurso de los siete (7) días después del alta de una hospitalización relacionada con afecciones médicas crónicas.</p>	<p>Todos los miembros</p>	<p>Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$50 para completar una visita de seguimiento de <b>atención primaria en el transcurso de los siete (7) días</b> después del alta por <b>cada</b> hospitalización de afección médica crónica.</p>
	<p>Completar una visita de bienestar (física) anual para adultos</p>	<p>Miembros mayores de 18 años</p>	<p>Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 para una visita de bienestar para adultos (examen físico anual) (una vez por año calendario)</p>
	<p>Completar los exámenes de detección de riesgos para la salud iniciales o anuales, limitadas a una por año.</p>	<p>Todos los miembros</p>	<p>Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 para completar su examen de detección de riesgos para la salud (una vez por año calendario)</p>
	<p>Asistir a la visita posparto entre 7 y 84 días después del nacimiento del bebé.</p>	<p>Miembros mayores de 12 años que hayan dado a luz recientemente</p>	<p>Tarjeta de regalo de Recompensas por Embarazo Saludable de \$75 para la visita posparto (una vez por embarazo)</p>

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	Completar una visita prenatal durante el primer trimestre (primeros 3 meses de embarazo) o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción.	Miembros mayores de 12 años que estén recientemente embarazadas	Tarjeta de regalo de Recompensas por Embarazo Saludable de \$75 (una por bebé si tiene un embarazo múltiple)
	Completar un cribado de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) según las pautas de detección	Miembros mujeres de entre 21 y 64 años	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 para cribado de cáncer de cuello uterino (una vez por año calendario)
	Completar una prueba anual de detección de clamidia	Miembros mujeres de entre 16 y 24 años	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 por prueba de detección de clamidia (una vez por año calendario)
	Completar una mamografía de detección todos los años	Miembros mujeres de entre 40 y 74 años	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 para mamografía (una vez por año calendario)

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	<p>Este beneficio proporciona productos de venta libre para dejar de fumar para los miembros calificados. Los proveedores pueden hacer remisiones para participar en el programa. Una vez aprobado, este programa se facilitará a través de nuestro Departamento de Servicios para Miembros.</p>	<p>Miembros elegibles mayores de 18 años, o mujeres embarazadas de cualquier edad</p>	<p>Para productos para dejar de fumar (valor de \$185 sin costo para el miembro)</p> <p>Gane hasta \$60 en Recompensas Saludables para completar el programa para dejar de fumar de Quitline.</p>
	<p>Los miembros que reciban la aprobación del plan médico pueden recibir hasta 13 semanas de servicios de WW; pueden ser remitidos por proveedores, departamentos internos (administradores de atención, etc.) o una autorremisión.</p>	<p>Todos los miembros</p>	<p>Obesity/WW® (anteriormente conocido como Weight Watchers) (valor de \$45 sin costo para el miembro)</p>
	<p>Completar un examen de la vista anual de retina diabética y un análisis completo de HbA1c.</p>	<p>Miembros de entre 18 y 75 años diagnosticados con diabetes</p>	<p>Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 para examen de la vista o prueba de A1C para diabéticos (\$50 en total si se completan ambos) (una vez por año calendario para ambos)</p>

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
<b>Servicios de doula: a través de proveedores de doulas inscritos, como Iowa Black Doula Collective</b>	Las miembros (de alto riesgo y de un grupo que experimenta disparidades de salud, en particular las mujeres de color) pueden solicitar la asistencia de una doula durante el parto para prestar apoyo emocional y físico a la madre que dará a luz y su familia.	Miembros embarazadas que cumplen con los criterios de alto riesgo	8 visitas de una doula por miembro
<b>Medicamentos de venta libre, incluidas las pruebas de embarazo, a través de proveedores de farmacia</b>	Los miembros pueden recibir hasta \$30 por hogar y por trimestre para artículos de venta libre de uso común que no estén cubiertos a través del beneficio de farmacia de Medicaid.	Todos los miembros	Medicamentos de venta libre
<b>Diabetes</b>	Molina proporciona a cada miembro un glucómetro sin costo alguno para ayudarlos con el control diario de sus niveles de insulina, ayudarlos a reducir los episodios de hipoglucemia grave y promover el cuidado personal.	Miembros con diabetes tipo 2	Glucómetro y tiras reactivas para el Programa de Insulina y Glucosa en Sangre
<b>Membresía en YMCA</b>	Molina proporciona a los miembros que han completado su visita para el examen físico anual o de bienestar infantil con una membresía en su YMCA local.	Debe completar una visita para examen físico anual o de bienestar infantil	Membresía de tres meses

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
<b>Membresía en Can Play</b>	Ayudar a nuestros miembros jóvenes con necesidades complejas a desarrollar habilidades sociales y de liderazgo.	Miembros calificados menores de 19 años	Tarifas de membresía patrocinadas
<b>Transporte adicional</b>	Transporte adicional, incluidos los familiares: los miembros pueden recibir transporte a ciertos recursos médicos y de determinantes sociales de la salud (SDOH) y pueden hacer que sus hijos/familiares asistan a las visitas con el proveedor. Los miembros deben solicitar estos servicios a su coordinador de atención o llamando a la Línea de Ayuda de Servicios para Miembros.	Todos los miembros	Proporciona transporte a visitas médicas, de la vista y de salud del comportamiento, bancos de alimentos, tiendas de comestibles, mercados de productores agrícolas, Mujeres, Bebés y Niños (WIC), agencias de violencia doméstica, citas de asistencia pública, autoridad de vivienda y capacitaciones y entrevistas de trabajo y más
<b>Comidas entregadas a domicilio para mujeres embarazadas de alto riesgo a través de Mom's Meals</b>	Molina entregará comidas a domicilio, incluidas comidas adaptadas médicamente, a las miembros que experimenten inseguridad alimentaria y embarazos de alto riesgo.	Para miembros embarazadas de alto riesgo	Entrega de comidas a domicilio: 2 comidas al día durante 14 días. Se necesita la remisión de un administrador de casos.
<b>Pruebas para la obtención del diploma de educación general (GED)/examen de equivalencia secundaria (HiSET)</b>	Cupones para realizar la prueba GED/HiSET de forma gratuita en los centros de pruebas autorizados (valor de \$134).	Miembros mayores de 18 años	Valor de \$134 sin costo alguno para el miembro  (Una vez en la vida)

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
<b>Aprobación del examen GED/HiSET</b>	Tarjeta regalo por aprobar el examen. El examen debe completarse mientras el miembro está inscrito en Molina.	Miembro mayor de 18 años	Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables de \$25 (Una vez en la vida)
<b>TruConnect</b>	Los miembros que califiquen para el programa federal Lifeline recibirán planes de servicio inalámbrico gratuitos. El plan de servicio gratuito respaldado por TruConnect incluye llamadas/mensajes de texto ilimitados y llamadas internacionales gratuitas a México, Canadá, China, Vietnam y Corea del Sur. Además, hasta 4.5 GB de datos gratuitos.	Miembros calificados para el programa federal Lifeline	Gratuito, sin costo para el miembro
<b>Plataforma de apoyo a la remisión para recursos comunitarios</b>	Ofrece a los miembros acceso bajo demanda, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, desde nuestro sitio web y aplicación móvil a miles de recursos comunitarios en todo el estado en las áreas de salud, apoyo financiero, educación, recursos de emergencia, apoyo legal, vivienda, oportunidades de empleo, transporte y seguridad alimentaria.	Todos los miembros	Gratuito, sin costo para el miembro

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
<b>Aplicación Mi Molina</b>	<p>La aplicación Mi Molina brinda a los miembros una variedad de recursos, que incluyen información sobre sus beneficios, la tarjeta de identificación de miembro, la lista de medicamentos y el plan de servicio individualizado. La aplicación móvil Mi Molina ofrece mensajes automáticos con información sobre cómo eliminar una brecha identificada en la atención, por ejemplo, recordatorios de que es momento de realizar una visita preventiva. Con solo tocar la pantalla, los miembros pueden conectarse con su equipo de atención.</p>	<p>Miembros activamente inscritos y que participan en programas de Molina que tienen barreras de acceso a la comunicación</p>	<p>Gratuito, sin costo para el miembro</p>
<b>Entrega de comidas a domicilio para transiciones de atención de alto riesgo</b>	<p>Comidas entregadas a domicilio para miembros dados de alta del hospital, que corren un alto riesgo de readmisión y que se beneficiarían de comidas nutricionalmente adecuadas y constantes.</p>	<p>Miembros mayores de 18 años con afecciones de alto riesgo y con alto riesgo de readmisión</p>	<p>Dos comidas al día durante un máximo de dos semanas; se entregan una vez por semana.</p>
<b>Canasta de bienvenida para la transición comunitaria</b>	<p>Los miembros que hacen la transición a un entorno comunitario pueden seleccionar artículos por un valor de hasta \$50.</p>	<p>Miembros que reciben LTSS y son mayores de 21 años (un beneficio de por vida)</p>	<p>Artículos por un valor de \$50</p>

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
<b>Transporte de cuidadores (solo para cuidados a largo plazo)</b>	Viajes mensuales (para cuidadores) para visitar a un miembro que reside en un centro.	Miembros mayores de 18 años que viven en un centro de cuidado a largo plazo	4 viajes de ida y vuelta para cuidadores
<b>Beneficio de apoyo para cuidadores</b>	Beneficio de apoyo para cuidadores para ayudar a un miembro de LTSS a completar una visita preventiva	Miembros de LTSS	Recompensa Saludable de \$50
<b>Vida saludable</b>	Incluye una amplia variedad de dispositivos de asistencia y ayudas de adaptación para ayudar a que los miembros mantengan su independencia en el hogar. Los miembros pueden seleccionar dos de los siguientes artículos para lograr una mejor salud: balanza digital, tensiómetro domiciliario, medidor de flujo máximo, alcanzadores/agarradores, almohada lumbar, ventilador personal, lámpara con clip, bolsa para andador, un par de mascarillas.	Miembros mayores de 21 años	\$60 por miembro/ de por vida
<b>Guardería canina para el cuidado de mascotas</b>	Los miembros que están hospitalizados pueden calificar para el reembolso de los gastos de la guardería canina.	Miembros mayores de 18 años	Hasta \$500 por miembro



## Atención de bienestar

Su salud es importante para nosotros. La buena salud empieza por dormir lo suficiente, alimentarse de forma saludable y adoptar comportamientos saludables. Uno de estos comportamientos es ver a su médico anualmente (los niños con más frecuencia) y seguir los consejos de su médico.

### Atención de bienestar para adultos

Su PCP le informará cuándo usted y su familia deben realizarse el seguimiento. También le recordará cuándo usted y su familia necesitan ciertas pruebas de detección y vacunas.

Para ayudarlo a cumplir con su seguimiento, es posible que lo llamemos o le enviemos una carta. Hacemos esto como un recordatorio para usted. Téngalo en cuenta si recibe una llamada o una carta sobre la vacuna anual contra la gripe o si a su hijo le falta un seguimiento médico. Esta es una de las maneras en que los ayudamos a usted y a su familia a mantenerse saludables.

### Atención de bienestar para niños

El examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) son cuidados preventivos para los niños menores de 21 años de IA Health Link. Los seguimientos de bienestar infantil con su proveedor de atención primaria (su médico de cabecera) o pediatra son importantes para ayudar a asegurarse de que su hijo esté sano. En las visitas al médico de su hijo se pueden detectar problemas a tiempo y tratarlos antes de que empeoren. No necesita una remisión para estas visitas. Estos servicios se brindan sin costo alguno para usted. Hable con su médico sobre qué es lo mejor para su hijo. Muchas escuelas, actividades y otras organizaciones requieren un "examen físico deportivo". Este es un examen limitado. Infórmele a su proveedor si necesita este examen. Este puede completar los formularios que necesita durante el seguimiento de bienestar infantil de su hijo.

### **Molina tiene muchos programas y herramientas para ayudar a que usted y su familia se mantengan saludables, incluidos los siguientes:**

- Asesoramiento de salud
- Servicios de administración de la atención
- Atención durante el embarazo y clases para padres
- Recordatorios de cuidado de la salud

Su proveedor puede sugerirle uno de estos programas. Si desea obtener más información sobre estos programas, llame a Servicios para Miembros al **(844)-236-0894**.

Además de los servicios cubiertos por Molina, es posible que haya otros servicios disponibles a través de los siguientes programas: Care for Kids, I-Smile@School, Servicios de Salud del Comportamiento en Entornos Escolares, Servicios de Salud Materna e Infantil del Título V y Servicios de Planificación Familiar. Comuníquese con Servicios para Miembros de Medicaid del HHS de Iowa para obtener más información al **(800) 338-8366**.

## Atención para miembros embarazadas

Queremos asegurarnos de que recibe atención médica en cuanto crea que está embarazada. Si cree que está embarazada, consulte con su PCP. Una vez que esté embarazada, su PCP le pedirá que consulte con un obstetra/ginecólogo. No necesita una remisión para consultar a un obstetra/ginecólogo. Es importante que consulte con su obstetra/ginecólogo. Si necesita ayuda para encontrar a un obstetra/ginecólogo, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Podemos ayudarla a coordinar su atención prenatal.

Cuando sepa que está embarazada, también debe comunicarse con Servicios para Miembros de Molina. También debe informar su embarazo al Centro de Contacto del HHS al **(855) 889-7985**.

### Cuando esté embarazada, tenga en cuenta lo siguiente:

- Asegúrese de consultar a su PCP u obstetra/ginecólogo durante todo el embarazo.
- Asegúrese de asistir a todas sus visitas cuando su PCP o su obstetra/ginecólogo le indiquen.
- Su MCO proporciona cobertura para el parto y la hospitalización.
- Asegúrese de asistir a su proveedor después de que tenga al bebé para un seguimiento (entre 7 y 84 días después del nacimiento).
- Debe elegir un pediatra para su bebé antes de que nazca. Si no elige un pediatra, Molina elegirá uno para usted.
- Molina no limita los beneficios de hospitalización posparto a menos de 48 horas luego de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea, a menos que el proveedor tratante, en consulta con el miembro, tome la decisión de dar de alta al miembro o al recién nacido antes de ese momento.
- Molina no requiere que un proveedor obtenga una autorización previa para estadías de hasta 48 o 96 horas.

Hay cosas que puede hacer para ayudar a tener un embarazo seguro. Hable con su médico sobre los problemas médicos que tiene, como diabetes y presión arterial alta. No consuma tabaco, alcohol ni drogas en este momento o durante el embarazo. Es importante que tenga hábitos de estilo de vida saludables durante el embarazo. Esto incluye hacer ejercicio, comer comidas equilibradas, no fumar y dormir de 8 a 10 horas por noche. Estas cosas pueden ayudarlos a usted y a su bebé a mantenerse sanos.

Debe consultar con su médico antes de quedar embarazada si ha tenido los siguientes problemas:

- Tres o más abortos espontáneos
- Parto prematuro, también conocido como nacimiento prematuro, que es el nacimiento del bebé con menos de 37 semanas de edad gestacional
- Muerte fetal

También puede hablar con su PCP u obstetra/ginecólogo sobre las opciones de control de natalidad.

Gane recompensas por recibir atención prenatal y posparto llamando a Servicios para Miembros al **(844)-236-0894** o visitando nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/IA](https://MolinaHealthcare.com/IA).

### Servicios de doula\*

Una doula es una profesional capacitada que está a disposición para ayudarla a usted y a su familia emocional y físicamente en la preparación para el parto, durante el parto y después del

nacimiento de su bebé. Las doulas trabajan en asociación con su obstetra/ginecólogo, partera o proveedor de atención primaria para brindarle apoyo, defender su caso y mantenerla en el centro de su embarazo.

Las doulas pueden ayudarle con lo siguiente:

- Elaborar un plan de parto.
- Brindar apoyo emocional.
- Dar educación sobre el embarazo.
- Prepararse para la atención posparto.
- ¡Y mucho más!

\* Se aplican requisitos de elegibilidad

## Administración de la atención

### Care Connections

Care Connections está formado por un equipo de profesionales en enfermería y trabajadores sociales que pueden ayudarle a administrar su salud. Lo visitaremos para aprender sobre usted y sus necesidades de salud. Le haremos un Examen integral anual (ACE) para lo siguiente:

- Tomar sus signos vitales.
- Controlar su hemoglobina A1c y hacer un examen de retina para diabéticos (si tiene diabetes).
- Hablarle sobre sus afecciones médicas actuales y sus medicamentos, y ayudarle a decidir lo que necesita de forma continua.
- Lo visitaremos en su hogar, centro de vivienda asistida, comunidad para adultos mayores u hogar de ancianos.

### ¿Debería dedicarse a la administración de la atención?

#### La administración de la atención podría serle útil en los siguientes casos:

- Tiene una necesidad de atención crónica, es decir, asma, diabetes, COPD.
- Tiene o está en riesgo de tener una afección grave.
- Tiene una necesidad de salud del comportamiento.
- Tiene una discapacidad física o del desarrollo.
- Tiene alguna otra necesidad médica especial.
- Tiene necesidades de nivel de atención en un centro de enfermería.
- Necesita servicios en el hogar y en la comunidad.
- Está utilizando los servicios de beneficios comunitarios autodirigidos.

Si vive con afecciones crónicas, podemos ayudarle a recibir los servicios que necesita. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Tiene la opción de no participar en este programa en cualquier momento. Solo llame a Servicios para Miembros.

Trabajaremos con usted individualmente para establecer una planificación de los servicios centrados en la persona y permitirle participar en la organización y dirección de su propia atención si así lo desea. Interrumpiremos o ajustaremos el plan si ya no es adecuado o si no funciona. Para

obtener más información sobre la administración de la atención o sobre cómo realizar cambios en su programa de administración de la atención asignado actualmente, puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** y pedir hablar con el personal de administración de la atención. Lo ayudaremos a encontrar los recursos adecuados para sus necesidades.

### Administración de casos complejos

A veces, puede sufrir una enfermedad grave o afecciones médicas grandes. Si esto ocurre, sepa que podemos ayudarlo a navegar por el sistema de atención médica para obtener la atención, los servicios y el apoyo que necesita. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Tiene la opción de no participar en este programa en cualquier momento. Solo llame a Servicios para Miembros.

### Transición de la atención

Cuando le dan el alta de un hospital o un hogar de ancianos, contamos con asesores que lo ayudan en la transición. Lo ayudarán a recibir la atención que necesita en su hogar. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Tiene la opción de no participar en este programa en cualquier momento.

### ¿No se siente cómodo con una visita a domicilio?

También podemos hacer una visita por video si tiene un teléfono inteligente o una computadora. Nuestra evaluación por video le permite ver y hablar con un enfermero practicante en tiempo real. Su llamada será privada. Cuando acepta una visita, podemos brindarle un mejor apoyo y responder cualquier pregunta que tenga sobre su salud.

**¡No tiene NINGÚN COSTO para usted!**

## Salud del comportamiento

Cubrimos su atención médica del comportamiento. Su salud del comportamiento es una parte importante de su salud y bienestar general.

### Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- Lidar con sentimientos de tristeza o preocupación, problemas con las drogas y el alcohol o el estrés.
- Cuando necesita a alguien con quien hablar y quiere sentirse mejor.
- Programar una cita con un médico.
- Obtener la información que necesita sobre los servicios de salud del comportamiento.
- Hablar con sus médicos sobre cómo se está sintiendo.

### Usted tiene servicios de salud del comportamiento a su disposición.

Incluyen lo siguiente:

- Tratamiento de trastorno por uso de sustancias
- Servicios ambulatorios, como consejería
- Ayuda con medicamentos
- Tratamiento de día
- Administración de casos
- Tratamiento para pacientes hospitalizados (si usted y su médico consideran que no se lo puede tratar de manera segura en un entorno ambulatorio)

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para obtener servicios de salud del comportamiento. No obstante, le recomendamos que hable con su PCP sobre su salud del comportamiento. Su PCP puede ayudarlo a asegurarse de que esté recibiendo lo que necesita.

### ¿Está atravesando una crisis?

Si está atravesando una crisis, podemos ayudarlo. Molina se ha asociado con Your Life Iowa, la línea de crisis estatal que brinda apoyo para la salud del comportamiento (BH), el trastorno por uso de sustancias (SUD), las apuestas y otras necesidades de salud mental. Los miembros pueden acceder a esta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año si llaman al 988. También puede llamar a Your Life Iowa las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **(855) 581-8111**. Cuando llame, una persona en vivo responderá el teléfono y ¡estará lista para ayudarlo! También puede enviar un mensaje de texto al **(855) 895-8398**.

## Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen, entre otros, atención en un centro de enfermería, programas de cuidado diurno para adultos, servicios de asistencia de salud a domicilio, servicios de cuidado personal, transporte y empleo asistido, así como asistencia brindada por un cuidador familiar. La cobertura de Molina brinda servicios y apoyos para satisfacer las necesidades del comportamiento, sociales, del entorno y funcionales de nuestros miembros que se encuentran en alguna de estas situaciones:

- Parte de un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).
- Residentes de un centro de enfermería.
- Residentes de un centro de enfermería especializada (SNF).
- Residentes de un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID).
- Residentes en un centro de enfermería para enfermos mentales (NF/MI).



## Administración de casos

### La función de los administradores de casos comunitarios

La función principal del administrador de casos comunitarios (CBCM) es apoyar a los miembros y ayudarlos a acceder a LTSS y demás servicios. El CBCM es responsable de liderar el enfoque centrado en la persona para coordinar sus servicios a fin de garantizar que se satisfagan sus necesidades. La coordinación del servicio incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Identificar sus necesidades.
- Realizar una evaluación de salud.
- Decidir un curso de acción.
- Coordinar los servicios necesarios.

### ¿Qué puede esperar de su administrador de casos comunitario (CBCM) de LTSS?

#### Su administrador de casos comunitario (CBCM) de LTSS hará lo siguiente:

- Realizar reuniones presenciales en su domicilio para evaluar sus necesidades físicas, del comportamiento, funcionales, sociales y de servicios y apoyos a largo plazo.
- Incluir a sus familiares, cuidadores y apoyos naturales para ayudar a evaluar sus necesidades, si usted lo aprueba.
- Trabajar con usted, sus familiares y los apoyos naturales para desarrollar un plan de servicio que aborde sus necesidades individuales identificadas durante las reuniones.
- Recibirá una evaluación integral una vez al año, o si experimenta un cambio significativo en sus necesidades de salud.
- Ayudar a coordinar el acceso oportuno a los servicios.
- Coordinar los servicios que satisfagan sus necesidades médicas y funcionales.

**Molina puede ayudarlo si tiene preguntas sobre sus beneficios y servicios.** Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6 p.m., hora del centro. Llame al **(844) 236-0894 (TTY 711)**.

## Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) son programas de Medicaid que le brindan más opciones sobre cómo y dónde recibir los servicios. Los HCBS son para personas con discapacidades y para personas mayores de Iowa que necesitan apoyo para vivir en su hogar y comunidad.

### Para ser elegible para los HCBS, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser elegible para Medicaid.
- Necesitar un cierto nivel de atención.
- Cumplir con los requisitos específicos de la exención de HCBS que solicita.

Para recibir los HCBS, usted debe cumplir con los requisitos específicos de uno de los ocho programas de HCBS de Iowa:

- Exención por SIDA/HIV
- Exención por lesión cerebral
- Exención por salud mental en menores

- Exención para personas de edad avanzada
- Recuperación de las habilidades
- Exención por salud y discapacidad
- Exención por discapacidad intelectual
- Exención por discapacidad física

### **Exención por SIDA/HIV**

La exención de HCBS por SIDA/HIV paga los servicios para personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

Para ser elegible, debe cumplir con lo siguiente:

- Un médico le diagnosticó SIDA o infección por HIV.
- Se determinó que necesita un nivel de atención de un centro de atención de enfermería (NF) o atención de nivel hospitalario.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

### **Servicios de exención por SIDA/HIV**

- Atención diurna para adultos
- Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC)
- Servicios de asesoramiento
- Entrega de comidas a domicilio
- Asistente de atención médica en el hogar
- Servicios de ama de casa
- Cuidados de enfermería
- Cuidados paliativos
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

### **Exención por lesión cerebral**

La exención por lesión cerebral (BI) paga los servicios para personas con un diagnóstico de lesión cerebral. La exención les permite regresar a la comunidad desde una institución médica.

Para ser elegible, debe cumplir con lo siguiente:

- Se determinó que tiene un diagnóstico de lesión cerebral, según se define en el Código Administrativo de Iowa.
- Se determinó que necesita un nivel de atención de un centro de atención de enfermería (NF), un centro de enfermería especializada (SNF) o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID).
- Tiene al menos 1 mes de edad.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

### Servicios de exención por lesión cerebral

- Atención diurna para adultos
- Programación del comportamiento
- Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC)
- Asesoramiento y capacitación familiar
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Seguimiento y tratamiento médico provisional
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Servicios prevocacionales
- Cuidados paliativos
- Equipo médico especializado
- Vida asistida en la comunidad (SCL)
- Empleo asistido
- Transporte
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)
- Atención médica diurna para niños
- Tecnología instrumental para asistencia remota

### Exención por salud mental en menores

Esta exención ofrece servicios para niños de hasta 18 años que hayan sido diagnosticados con trastorno emocional grave.

Para calificar, debe cumplir con lo siguiente:

- Tener una edad comprendida desde el nacimiento hasta los 18 años.
- Tener un diagnóstico de trastorno emocional grave, verificado por un profesional de salud mental autorizado dentro de los últimos doce meses.
- Se determinó que necesita un nivel de atención de una institución médica psiquiátrica para niños (PMIC).

Estos servicios están administrados por el equipo de Hogar de salud integrada.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

### Servicios de exención por salud mental en menores

- Modificaciones en el entorno y dispositivos de adaptación
- Servicios de apoyo a la familia y a la comunidad
- Terapia familiar en el hogar
- Cuidados paliativos
- Atención médica diurna para niños



## Exención para personas de edad avanzada

El programa de Exención para personas de edad avanzada brinda asistencia a personas calificadas que tienen 65 años o más y prefieren quedarse en su propio hogar u otro entorno comunitario.

Para calificar, debe cumplir con lo siguiente:

- Tener 65 años o más.
- Se determinó que necesita un nivel de atención de un centro de enfermería o un nivel de atención especializado.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

## Servicios de exención para personas de edad avanzada

- Atención diurna para adultos
- Dispositivos de asistencia
- Vida asistida
- Servicios de tareas domésticas
- Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC)
- Sistema de respuesta ante emergencias
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Entrega de comidas a domicilio
- Asistente de atención médica en el hogar
- Servicios de ama de casa
- Alcance de salud mental
- Cuidados de enfermería
- Asesoramiento nutricional
- Cuidados paliativos
- Acompañantes mayores
- Transporte
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

## Recuperación de las habilidades

Los servicios de recuperación de las habilidades son servicios para miembros que, debido a su discapacidad, necesitan apoyo y servicios que los ayudarán a aprender, mejorar y retener las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación que son necesarias para vivir o trabajar con éxito en un entorno comunitario.

Para calificar, debe cumplir con lo siguiente:

- Tener 16 años o más, tener una enfermedad mental grave o un trastorno emocional grave, con una deficiencia funcional.
- Ser elegible para Medicaid y tener un ingreso familiar que no exceda el 150% del nivel federal de pobreza.

- Cumplir con los criterios de elegibilidad basados en las necesidades, según lo determinado por una evaluación basada en las necesidades.
- Cumplir con uno de los dos factores de riesgo y cumplir con al menos dos de los cinco criterios que demuestran una necesidad de asistencia durante al menos dos años.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

### **Servicios de recuperación de las habilidades**

- Administración de casos.
- Recuperación de las habilidades en el hogar: apoyo personalizado que ayuda a desarrollar o mejorar las habilidades que puede necesitar para vivir o trabajar en la comunidad.
- Recuperación de las habilidades diurna: un servicio que le ayuda a desarrollar habilidades para la participación en la recreación, el voluntariado y el empleo comunitario integrado, la socialización, la participación comunitaria y las habilidades de la vida diaria.
- Servicios prevocacionales, exploración profesional: servicios que le ayudan a desarrollar habilidades de empleabilidad y enseñan habilidades generales de empleabilidad relevantes para la participación en el empleo individual.
- Empleo asistido: apoyos continuos diseñados para ayudarlo a obtener y mantener un trabajo individual que sea competitivo, personalizado o de trabajo autónomo en un entorno de trabajo integrado (que le ofrecerá un empleo remunerado sostenido) cuando necesite apoyo debido a su discapacidad.
- Tecnología instrumental para asistencia remota.

Si está interesado en los servicios de recuperación de las habilidades, debe solicitarlos. Su administrador de casos de Molina puede ayudarlo con este proceso para determinar si es elegible y, si lo es, esto conducirá al desarrollo o modificación de su planificación de los servicios centrados en la persona para abordar sus metas de recuperación de las habilidades. Este servicio también puede ser administrado por un equipo de Hogar de salud integrada. Para obtener más información sobre la coordinación de la atención a través de Hogar de salud integrada, consulte la sección “Hogar de Salud”.

### **Exención por salud y discapacidad**

Los servicios de exención por salud y discapacidad (HD) pueden estar disponibles para las siguientes personas:

- Menores de 65 años y ciegas, o se determinó que están discapacitadas al recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social o a través del proceso de decisión de discapacidad del Departamento de Servicios Humanos de Iowa.
- No son elegibles para la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) si son mayores de 21 años; los miembros que reciben servicios de exención por salud y discapacidad (HD) al cumplir los 21 años pueden seguir siendo elegibles, independientemente de su elegibilidad para SSI, hasta que cumplan los 25 años.
- Cumplen con todos los requisitos no financieros de Medicaid.
- Se determinó que necesitan un nivel de atención de un centro de atención de enfermería (NF), un centro de enfermería especializada (SNF) o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID).

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

### **Servicios de exención por salud y discapacidad**

- Atención diurna para adultos
- Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC)
- Servicios de asesoramiento
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Entrega de comidas a domicilio
- Asistente de atención médica en el hogar
- Servicios de ama de casa
- Seguimiento y tratamiento médico provisional
- Servicios de enfermería
- Asesoramiento nutricional
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)
- Atención médica diurna para niños

### **Exención por discapacidad intelectual**

Los servicios de exención por discapacidad intelectual (ID) pueden estar disponibles para las siguientes personas:

- Tienen un diagnóstico de discapacidad intelectual según lo determinado por un psicólogo o psiquiatra.
- Se determinó que necesita un nivel de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID).

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

### **Servicios de exención por discapacidad intelectual**

- Atención diurna para adultos
- Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC)
- Recuperación de las habilidades diurna
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Asistente de atención médica en el hogar
- Seguimiento y tratamiento médico provisional
- Enfermería
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Servicios prevocacionales
- Cuidados paliativos
- Vida asistida en la comunidad (SCL)
- Vida asistida en la comunidad basada en residencias (RBSCL)

- Empleo asistido
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)
- Tecnología instrumental para asistencia remota
- Atención médica diurna para niños

Transporte: si recibe vida asistida en la comunidad (SCL) diariamente bajo la exención por discapacidad intelectual, se le proporcionará transporte, a menos que se especifique lo contrario en la Opción de selecciones del consumidor (CCO) de su planificación centrada en la persona.

### **Exención por discapacidad física**

Los servicios de la exención por discapacidad física (PD) pueden estar disponibles para las siguientes personas:

- Tienen una discapacidad física.
- Tienen entre 18 y 64 años. Se determinó que son ciegas o están discapacitadas al recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social o a través del proceso de determinación de discapacidad del Departamento de Servicios Humanos de Iowa.
- Cumplen con el nivel de atención de un centro de enfermería o con el nivel de atención de un centro de enfermería especializada.

### **Servicios de exención por discapacidad física**

- Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC)
- Modificación en el hogar y el vehículo
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Equipo médico especializado
- Transporte
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Para obtener más información sobre cada uno de los programas de HCBS, visite: [hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/hcbs](https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/hcbs).

### **Transporte para servicios de exención**

Si usted está en una exención que incluye el beneficio de transporte, su administrador de casos hará lo siguiente:

- Trabajar con usted y su equipo de atención para determinar la cantidad de viajes o millas que se autorizarán.
- Enviar la autorización a las partes correspondientes para permitir que se programen los viajes.
- Coordinar con usted y su equipo de atención para organizar el transporte de exención con hasta 180 días de anticipación para viajes recurrentes. Infórmese usted y su equipo de atención sobre las formas en que puede cancelar los viajes de exención programados.

# Opción de selecciones del consumidor (CCO)

## Autodirección

La autodirección, también llamada opción de selecciones del consumidor (CCO), significa que usted elige a su(s) cuidador(es) personal(es). La CCO está disponible bajo las exenciones de servicios en el hogar y la comunidad (HCBS), con la excepción de la exención por salud mental en menores (CMH). La CCO le da control sobre una cantidad específica de dólares de Medicaid para que pueda desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades mediante la contratación directa de empleados o la compra de otros bienes y servicios. La CCO ofrece más opciones, control y flexibilidad sobre sus servicios y también incluye más responsabilidad. Esto le permitirá una mayor dirección y flexibilidad con sus servicios en el hogar y la comunidad para que pueda permanecer en su hogar y comunidad.

El programa de CCO le permite tener control sobre cuándo se brindan sus servicios, cómo se brindan y quién será contratado para brindarle sus servicios. Esto le da la capacidad de tomar decisiones, seleccionar y emplear personal y controlar la calidad de sus servicios. Si desea asistencia para ayudar a administrar a sus empleados o presupuesto, puede optar por delegar las tareas a otra persona en la que confíe para que administre esto por usted. Su administrador de casos comunitario (CBCM) puede trabajar con usted para delegar su autoridad de presupuesto.

### La CCO puede ser adecuada para usted si responde afirmativamente a estas preguntas:

- ¿Quiere tener más control sobre cómo se gastan los dólares de la exención de Medicaid en sus necesidades?
- ¿Quiere ser el empleador de las personas que le brindan apoyo?
- ¿Quiere ser responsable de reclutar, contratar y despedir a sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Quiere ser responsable de la capacitación, administración y supervisión de sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Quiere tener la flexibilidad de poder comprar bienes o servicios para satisfacer sus necesidades?

Si desea elegir esta opción, simplemente comuníquese a su CBCM que está interesado. Usted trabajará con su administrador de casos comunitario para determinar los servicios disponibles para la autodirección y desarrollar una planificación de los servicios centrados en la persona (PCSP). Elegirá un agente de apoyo independiente (ISB) que lo ayudará a desarrollar su presupuesto individual, organizar sus servicios y contratar empleados.

También trabajará con un Servicio de Administración Financiera que lo ayudará a administrar sus tareas como empleador. Ellos completarán la verificación de antecedentes de sus empleados y utilizarán su presupuesto para pagar a los trabajadores en su nombre.

Usted será responsable de contratar y capacitar a sus empleados. Sus cuidadores deben poder pasar una verificación de antecedentes y ser mayores de 18 años. Usted indica cómo se le brinda la atención.

Su cuidador trabaja para usted. Usted firmará las planillas horarias y supervisará cómo se prestan los servicios. El cuidador puede hacer cosas como ayudarlo a vestirse, limpiar, preparar las comidas u otras necesidades de atención identificadas en su evaluación.

Su CBCM completará una herramienta de autoevaluación con usted para determinar si es elegible para autodirigir sus servicios. Consulte a su administrador de casos comunitario (CBCM) para obtener más detalles.

### **Se pueden elegir los siguientes servicios para la autodirección:**

#### **1. Exención por SIDA/HIV**

- a. Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
- b. Entrega de comidas a domicilio
- c. Servicios de ama de casa
- d. Cuidado paliativo individual básico
- e. Atención diurna para adultos

#### **2. Exención por lesión cerebral**

- a. Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
- b. Modificación en el hogar y el vehículo
- c. Servicios prevocacionales
- d. Cuidado paliativo individual básico
- e. Equipo médico especializado
- f. Vida asistida en la comunidad
- g. Empleo asistido
- h. Transporte
- i. Atención médica diurna para niños
- j. Atención diurna para adultos

#### **3. Exención para personas de edad avanzada**

- a. Dispositivos de asistencia
- b. Servicios de tareas domésticas
- c. Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
- d. Modificación en el hogar y el vehículo
- e. Entrega de comidas a domicilio
- f. Servicios de ama de casa
- g. Cuidado paliativo individual básico
- h. Acompañante mayor
- i. Transporte
- j. Atención diurna para adultos

**4. Exención por salud y discapacidad**

- a. Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
- b. Modificación en el hogar y el vehículo
- c. Entrega de comidas a domicilio
- d. Cuidado paliativo individual básico
- e. Ama de casa
- f. Atención médica diurna para niños
- g. Atención diurna para adultos

**5. Exención por discapacidad intelectual**

- a. Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
- b. Recuperación de las habilidades diurna
- c. Modificación en el hogar y el vehículo
- d. Servicios prevocacionales
- e. Cuidado paliativo individual básico
- f. Vida asistida en la comunidad
- g. Empleo asistido
- h. Transporte
- i. Atención médica diurna para niños
- j. Atención diurna para adultos

**6. Exención por discapacidad física**

- a. Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
- b. Modificación en el hogar y el vehículo
- c. Equipo médico especializado
- d. Transporte

Tenga en cuenta que algunos servicios pueden estar sujetos a la verificación electrónica de visitas (EVV), un sistema de seguimiento que verifica cuándo una persona recibe un servicio de cuidado personal financiado por Medicaid. Actualmente, esto se aplica a los servicios de atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC) y de servicios de tareas domésticas. Si tiene preguntas sobre los servicios de EVV o su función como miembro en ellos, comuníquese con su administrador de casos comunitario (CBCM) asignado.

Si cree que la CCO es adecuada para usted, hable con su CBCM para obtener más información. Usted puede optar por dejar de dirigir su propia atención en cualquier momento. Simplemente hable con su CBCM para obtener ayuda con el proceso para dejar de autodirigir sus servicios. Para obtener más información sobre la CCO, visite el siguiente documento en:

[hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs](https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs).

## Atención con asistente dirigida al consumidor

Los programas de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS) de Medicaid le ofrecen la oportunidad de recibir ayuda en su propio hogar o en su comunidad. Una opción es la atención con asistente dirigida al consumidor, o CDAC, que puede brindarle la ayuda que necesita para permanecer en su propio hogar. Los servicios de la CDAC deben ser servicios directos y prácticos. No se pueden proporcionar para su supervisión personal o para que alguien permanezca con usted durante la noche.

Hay dos tipos de servicios de CDAC, no especializados y especializados.

**Los servicios no especializados** incluyen ayuda con las actividades diarias normales, como vestirse, bañarse, comer, acostarse, tomar medicamentos, programar citas, manejar dinero, comunicarse con los demás, visitas médicas, hacer mandados y tareas domésticas.

**Los servicios especializados** son servicios médicos que requieren que un enfermero o terapeuta autorizado supervise a la persona que realiza estas actividades por usted. Estos incluyen el control de los medicamentos, la atención de enfermería posquirúrgica, las inyecciones, el registro de los signos vitales, la alimentación por sonda, el cuidado del catéter, el cuidado de la colostomía, las dietas terapéuticas y la terapia intravenosa.

**Usted es el empleador de su CDAC.** Deberá celebrar un acuerdo de trabajo en el que se detallan las funciones que desempeñará su proveedor de CDAC. Su proveedor de CDAC puede ser una persona que conozca o alguien de una agencia. Recuerde que esta persona estará en su hogar ayudándolo a hacer las cosas necesarias para que usted permanezca en el hogar. Es importante que se sienta cómodo con él o ella. Su administrador de casos comunitario (CBCM) puede ayudarlo a determinar el monto de fondos disponibles para usted bajo su exención de HCBS para los servicios de CDAC. Esto lo ayudará a planificar los horarios de trabajo y los salarios de los proveedores.

**Verificación electrónica de visitas (EVV).** Los servicios de CDAC deben confirmarse a través de la EVV, a menos que viva en un centro de vida asistida o de atención residencial. Para todas las demás agencias o proveedores individuales de CDAC, esto es un requisito. Esta verificación debe ser realizada por su proveedor en la fecha del servicio para ayudar a garantizar el pago oportuno. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o su función en la EVV, comuníquese con su administrador de casos comunitario (CBCM).

### Cómo obtener los servicios de CDAC

Para recibir CDAC, usted ya debe estar recibiendo servicios de exención de HCBS. Si solicita CDAC como un servicio, tendrá una reunión con su CBCM y las personas que desee incluir. Su CBCM debe aceptar que los servicios de CDAC son adecuados para usted, de modo que esté saludable y seguro.

Para obtener más información sobre cómo encontrar el proveedor adecuado, acuerdos de trabajo, salarios, mantenimiento de registros, planes de respaldo, problemas del personal, denuncia de abusos y mucho más, visite

[hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/cdac](https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/cdac).



## Programa de Hogar de Salud

Un Hogar de Salud es un enfoque para la coordinación de la atención para personas con múltiples afecciones crónicas, incluidos los trastornos de salud mental y de uso de sustancias. Brinda un enfoque clínico en equipo que incluye al miembro, sus proveedores médicos y los familiares (cuando corresponda). El modelo de Hogar de Salud se basa en el apoyo y los recursos de la comunidad y mejora la coordinación y la integración de la atención médica primaria y del comportamiento para satisfacer mejor las necesidades de los miembros con múltiples enfermedades crónicas.

Molina ofrece un programa de Hogar de Salud para apoyarlo a usted y a su salud mediante la integración y coordinación de la atención y los servicios que recibe. Su hogar de salud supervisará todas sus necesidades de atención médica y se asegurará de que reciba la mejor atención disponible para usted.

### Estos servicios incluyen los siguientes:

- Alguien que lo ayude a desarrollar un plan de acción de salud que le sirva de guía a usted y a sus médicos y otros proveedores.
- Alguien que se reúna con usted para ayudarlo a obtener los servicios adecuados en el momento adecuado.
- Ayuda para conocer sus afecciones y cómo puede ayudarse a sí mismo a estar más saludable.
- Ayuda al salir del hospital para asegurarse de que pueda recibir un seguimiento importante.
- Visitas a médicos y otros proveedores.
- Ayuda para entender cómo su familia u otras personas lo ayudan a alcanzar sus metas de salud.
- Ayuda para obtener otros servicios y apoyo que necesite para permanecer en su hogar.

### Hogar de salud integrada

Un Hogar de salud integrada (IHH) es un equipo de profesionales, que incluye servicios de apoyo familiar y de pares, que trabajan juntos para brindar a los miembros una atención integral, coordinada y centrada en el paciente para adultos con una enfermedad mental grave (SMI) y niños con un trastorno emocional grave (SED). Esto incluye a personas que actualmente reciben Administración de casos específicos (TCM) y Administración de casos a través de la recuperación de las habilidades financiada por Medicaid o un programa de exención de HCBS. La coordinación de la atención se proporciona para todos los aspectos de la vida de la persona y para las transiciones de la atención que la persona pueda experimentar. El IHH ayudará a los miembros con su documentación y los guiará a través del proceso de solicitud de beneficios para los que califican. El IHH coordinará todos los servicios para una persona, incluidos los servicios médicos, del comportamiento y comunitarios, independientemente de las fuentes de financiación para esos servicios.

El **IHH** es un programa opcional a elección del miembro. Los miembros son elegibles para los servicios de Hogares de salud integrada (IHH) si se les ha diagnosticado una enfermedad mental

grave (SMI) o un trastorno emocional grave (SED) y tienen una evaluación de deficiencia funcional completada por un profesional de salud mental autorizado.

La **SMI** se define como un adulto que tiene un trastorno mental, del comportamiento o emocional persistente o crónico especificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de los trastornos mentales más reciente publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría o su deficiencia e interfiere o limita sustancialmente una o más actividades de la vida, incluido el funcionamiento en una familia, escuela, empleo o comunidad.

El **SED** se define como un niño con un trastorno mental, del comportamiento o emocional diagnosticable especificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de los trastornos mentales más reciente publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría o su Clasificación internacional de enfermedades más reciente equivalente que resulta en una deficiencia funcional que interfiere sustancialmente o limita el rol de funcionamiento del niño en las actividades familiares, escolares o comunitarias.

Para ser elegible para los servicios de Hogar de salud integrada (IHH), debe tener una de las siguientes afecciones clínicas:

- Un adulto con una enfermedad mental grave (SMI): trastorno psiquiátrico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión mayor, trastorno delirante, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno bipolar; o
- Un niño o joven con un trastorno emocional grave (SED): un trastorno mental del comportamiento o emocional diagnosticable que afecta el funcionamiento.

Los miembros que están inscritos en la Exención por recuperación de las habilidades y por salud mental en menores también están inscritos en un IHH.

La SMI y el SED pueden coexistir con trastornos por uso de sustancias, discapacidades intelectuales, del desarrollo neurológico o del desarrollo, pero esos diagnósticos pueden no ser el foco clínico de los servicios de hogar de salud.

Estar en el programa Hogar de Salud es su elección. Puede elegir estar en un programa de Hogar de Salud, cambiar su Hogar de Salud o abandonar el programa en cualquier momento.

### **Si desea cambiar de Hogar de Salud, puede hacer lo siguiente:**

- Solicite este cambio a través de su Hogar de Salud actual o a través del Hogar de Salud al que desea trasladarse o llame a Molina para obtener ayuda al **(844)-236-0894 (TTY 711)**.

Cambiar su Hogar de Salud no cambiará sus beneficios, siempre que sea elegible para el programa.

### **Los servicios del programa de Hogar de Salud son un apoyo adicional para ayudarlo a alcanzar sus metas de salud.**

Si tiene preguntas sobre el programa de Hogar de Salud o para saber si es elegible para un Hogar de Salud, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY 711)**.

Para obtener información adicional sobre la elegibilidad, la participación o la realización de cambios en un programa de Hogar de salud Integrada actualmente asignado, hable con su administrador de casos comunitario (CBCM), coordinador de atención u Hogar de salud integrada local para obtener más información.

# Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de Molina, usted tiene ciertos derechos. También tiene responsabilidades. Se enumeran a continuación.

## Sus derechos:

- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre Molina Healthcare, nuestros servicios y proveedores de una manera que pueda entender.
- Participar plenamente en la comunidad y trabajar, vivir y aprender en la mayor medida posible.
- Estar seguro de que la información de su historia clínica se mantiene de manera privada.
- Rechazar un tratamiento o una terapia Si los rechaza, el proveedor o Molina Healthcare deben hablar con usted sobre qué podría suceder y deben hacer una nota en su historia clínica sobre ello.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también podría estar disponible para alguien a quien usted haya aprobado legalmente para recibir esta información, o a quien usted haya designado como contacto de emergencia, cuando no es lo mejor para su salud que usted la reciba.
- Conversar sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario para sus afecciones, independientemente de la cobertura del beneficio o del costo.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.
- Poder participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Recibir información sobre cualquier tratamiento de atención médica de una manera que usted pueda comprender.
- Estar seguro de que ninguna otra persona pueda escucharlo o verlo mientras usted recibe atención médica.
- Ser libre de cualquier forma de limitación o aislamiento utilizada como medio de fuerza, disciplina, facilidad o venganza, como se especifica en las regulaciones federales.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica, y poder pedir que sea modificada o corregida de ser necesario.
- Presentar una apelación, queja (reclamo) o audiencia del estado. Consulte la sección Quejas y apelaciones de este manual para obtener más información.
- Poder elegir profesionales de atención primaria, incluidos especialistas como su PCP si tiene una afección crónica, dentro de los límites de la red del plan, incluido el derecho a rechazar la atención de profesionales específicos.

- Cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) por otro PCP de la red de Molina Healthcare. Molina Healthcare debe enviarle algo por escrito que indique quién es el nuevo PCP antes de la fecha del cambio.
- Saber si el proveedor de atención médica es un estudiante y poder rechazar su atención.
- Saber si la atención es experimental y poder rechazar la recepción de la atención.
- Tener la libertad de ejercer sus derechos y saber que los proveedores de Molina Healthcare o el HHS de Iowa no lo usarán en su contra.
- Recibir una segunda opinión de un proveedor calificado de la red de Molina Healthcare. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, Molina Healthcare debe organizar una visita con un proveedor que no pertenezca a nuestra red.
- Hacer directivas anticipadas (un testamento en vida). Consulte la sección “Cómo hacer un testamento en vida” para obtener más información sobre las directivas anticipadas.
- Saber que Molina Healthcare debe cumplir con todas las leyes federales y estatales y otras leyes sobre privacidad que correspondan.
- Obtener ayuda con la coordinación de atención del consultorio del PCP.
- Elegir a su profesional de atención médica y proveedores de LTSS en la medida de lo posible y de forma apropiada.
- Tener acceso a los servicios médicos de manera oportuna, incluidos los servicios disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana cuando sean médicamente necesarios.



- Obtener servicios de atención médica similares en cantidad y alcance a los que se brindan bajo el pago por servicio (FFS) de Medicaid. Esto incluye el derecho a obtener servicios de atención médica que logren el propósito para el que se brindan.
- Obtener servicios adecuados y que no se denieguen ni reduzcan debido al diagnóstico, tipo de enfermedad o afección médica.
- Recibir ayuda sin cargo de Molina Healthcare y sus proveedores si no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Obtener toda la información del miembro por escrito de Molina Healthcare:
  - Sin costo para usted.
  - En los idiomas predominantes distintos del inglés de los miembros en el área de servicio de Molina Healthcare.
  - En otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los miembros que pudieran tener problemas para leer la información por cualquier motivo.
- Recibir ayuda con lengua de señas si tiene problemas auditivos.
- Obtener información adecuada y oportuna sobre el Plan de Incentivos de Médicos de Molina cuando los miembros lo soliciten.
- Presentar una solicitud de excepción para su consideración por el HHS de Iowa para artículos o servicios no cubiertos.
- Obtener información sobre Molina Healthcare de nuestra parte.
- También tiene derecho a lo siguiente:
  - Expresar reclamaciones sobre Molina Healthcare.
  - Expresar reclamaciones sobre la atención que le brindaron.
  - Solicitar apelaciones para solicitudes de aprobación previa denegadas.
  - Obtener información sobre Molina Healthcare.
  - Obtener información sobre los beneficios cubiertos.
  - Obtener información sobre los proveedores de la red.
  - Hablar abiertamente sobre sus opciones de tratamiento de una manera que sea fácil de entender. Usted tiene este derecho sin importar el costo o el beneficio de cobertura.
  - Obtener información sobre sus derechos y responsabilidades.
  - Hacer sugerencias sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de Molina Healthcare.

### **Sus responsabilidades:**

- Mostrar su tarjeta de Medicaid cada vez que visite a su proveedor de atención médica y asegurarse de que en su consultorio conste que usted forma parte de Medicaid.
- Confirmar que su proveedor está inscrito en Medicaid. Si el proveedor que emite su receta o le brinda la atención no es un proveedor de Medicaid, Medicaid no lo pagará. Medicaid no pagará los servicios de un proveedor que no esté inscrito en Medicaid.

- Si puede, averigüe antes de solicitar un tipo de tratamiento nuevo o especial si requiere aprobación previa de Medicaid de Iowa. Si es así y no se recibe la aprobación, usted podría ser responsable del pago.
- Mantener todas las citas programadas o llamar para cancelarlas o reprogramarlas. Algunos proveedores pueden dejar de atenderlo si falta a una o más citas programadas.
- Compartir información de salud (en la medida de lo posible) con Molina Healthcare y sus proveedores. Esto es con la finalidad de que reciba la atención adecuada.
- Comprender sus afecciones médicas (en la medida de lo posible). Participar activamente en las decisiones sobre su atención médica.
- Reunirse con su proveedor para desarrollar las metas del tratamiento. Seguir el plan de atención que usted y su proveedor han desarrollado.
- Asegurarse de tomar los medicamentos que le recetó su médico.
- Durante las citas en el consultorio, revise sus medicamentos para mantener la lista actualizada.
- Hacer preguntas si no comprende sus beneficios.
- Informar a Molina Healthcare si desea cambiar su proveedor de atención primaria (PCP). Molina Healthcare se asegurará de que el PCP que elija esté en nuestra red y esté aceptando pacientes nuevos.
- Infórmele a Molina Healthcare si cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
- Buscar servicios médicos que son médicamente necesarios. El HHS puede limitar sus servicios si usa Medicaid para servicios que no son necesarios.
- Informar a Molina Healthcare si tiene algún cambio que pueda afectar su elegibilidad para Medicaid.
- Informar a Molina Healthcare y a sus proveedores de atención médica si usted o cualquiera de los miembros de su familia tienen otra cobertura de seguro de salud.
- Informar a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa sobre cualquier cambio en la otra cobertura de seguro médico. Infórmeles si la cobertura finaliza, si pierde o si obtiene una nueva cobertura o si cambia de compañía de seguros. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al **(800) 338-8366**.
- Informar a sus proveedores médicos sobre cualquier otra persona que pueda ser legalmente responsable de pagar sus facturas médicas.
- Tratar su número de Medicaid de la misma manera que trata su número de Seguro Social: no lo preste ni lo venda a nadie.
- Mantener su tarjeta de Medicaid en un lugar seguro, de la misma manera que cuida su dinero o su chequera, fuera de la vista de todos.
- Si sospecha que alguien está haciendo un mal uso de sus beneficios de Medicaid o alguien que no es su proveedor solicita su información de Medicaid, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al **(800) 447-8477** o llame a Servicios para Miembros al (800) 338-8366 o localmente (área de Des Moines) al **(515) 256-4606**.

## Otro seguro y facturas

### Si tiene Medicare

Si tiene cobertura de Medicare y Medicaid, su cobertura de Medicare o Medicare HMO se considera su seguro primario. Su cobertura de Medicaid a través de Molina es secundaria. Medicare cubrirá los servicios de los médicos, hospitales y otros proveedores participantes de la red.

Los servicios médicos se basan en las pautas de su programa de Medicare. Su médico facturará primero a Medicare por los servicios cubiertos por ambos programas y en segundo lugar se facturará a Medicaid por cualquier costo compartido.

Sus beneficios de Medicaid no afectarán sus beneficios del seguro primario.

Asegúrese de mostrar su número de identificación de Medicaid y Medicare cada vez que acuda a la visita a un médico. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, llame a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

### Ayuda con las primas de seguros proporcionadas por el empleador

El Programa de pago de la prima del seguro de salud (HIPP) es un servicio disponible para las personas que reciben Medicaid. El programa HIPP ayuda a las personas a obtener o mantener un seguro médico a través de su empleador mediante el reembolso del costo de la prima del seguro médico.

Para completar una solicitud por teléfono o si tiene preguntas, llame al **(888) 346-9562**. Para obtener una solicitud en papel, visite [hhsstate.ia.us/hipp](https://hhsstate.ia.us/hipp). Las solicitudes pueden enviarse por fax al **(515) 725-0725** o por correo electrónico al [hipp@hhs.state.ia.us](mailto:hipp@hhs.state.ia.us).

### Beneficios para veteranos

El personal del Departamento de Asuntos de Veteranos de Iowa (IDVA) incluye especialistas en beneficios, acreditados por el Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU., que se especializan en beneficios federales para veteranos, así como en beneficios estatales. Asesoran a los veteranos y a los familiares de estos sobre los beneficios federales para veteranos que pueden tener derecho a recibir. Estos incluyen pensión, compensación por discapacidad y otros beneficios auxiliares. Los especialistas en beneficios también pueden representar a reclamantes con reclamaciones federales y revisar toda la correspondencia conforme a esas reclamaciones para determinar si una acción de adjudicación o denegación fue correcta. Para obtener información adicional, llame a la oficina del IDVA al **(515) 252-4698** o al **(800) 838-4692** y pida hablar con un especialista en beneficios.



# Quejas y apelaciones

## Quejas

Esperamos que esté conforme con la atención y los servicios que recibe. Si no lo está, queremos que sepa que tiene opciones. Usted, o alguien que elija para ayudarlo, puede presentar una apelación o queja por teléfono o por escrito. Molina puede ayudarlo a completar formularios para presentar una queja o apelación sin cargo. Si necesita ayuda, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**. Tenemos personal para ayudarlo de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del centro. Si fuera necesario, también disponemos de servicios de traducción. Molina no lo tratará de manera diferente por presentar una apelación o una queja.

- Una queja es un cumplimiento, distinta a una “Determinación adversa de beneficios”, sobre la forma en que su proveedor o Molina manejaron sus servicios de atención médica. Estos son algunos ejemplos:
- Descortesía de un proveedor o empleado.
- La calidad de la atención o el trato que recibió.
- No respetaron sus derechos como miembro.
- No está conforme con el tiempo que tardan en tomar decisiones de autorización.
- No está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de la apelación.
- Desea solicitar la cancelación de la inscripción en Molina Healthcare of Iowa.
- Cualquier otro problema que pueda tener para recibir atención médica.

## Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja ante Molina en cualquier momento. Puede elegir a alguien para que le ayude a presentar una queja; esta persona se denomina representante autorizado. Debe dar su consentimiento por escrito para que otra persona pueda presentar una queja en su nombre.

- Puede llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY 711)**.
- Puede enviarla por correo a la siguiente dirección:  
Molina Healthcare de Iowa  
P.O. Box 93010  
Des Moines, IA 50393
- Por fax: **(888) 832-1922**
- O bien, por correo electrónico a: [lowamemberappealsgrievances@molinahealthcare.com](mailto:lowamemberappealsgrievances@molinahealthcare.com)

## Qué esperar cuando presenta una queja

No recibirá un trato diferente por presentar una queja. Cuando recibamos su queja, le enviaremos una carta dentro de los 3 días hábiles para informarle que la recibimos. Le informaremos por escrito nuestra decisión sobre su queja en el plazo de 30 días calendario a partir del día en que recibamos su queja. Si necesitamos tiempo adicional para tomar nuestra decisión, es posible que se solicite una extensión de 14 días calendario. Si se necesita más tiempo, le informaremos

por teléfono o por escrito y, en un plazo de 2 días, le explicaremos por escrito por qué es lo más conveniente para usted. También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para respaldar su queja.

Si su queja se debe a un problema urgente o de emergencia, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que la recibamos. Molina puede solicitar una extensión de 14 días calendario si consideramos que es lo mejor para usted. Si se necesita más tiempo, le informaremos por teléfono o por escrito y, en un plazo de 2 días, le explicaremos por escrito por qué es lo más conveniente para usted. También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para reunir información adicional.

### Apelaciones

Puede solicitar una apelación para que Molina revise una decisión que hayamos tomado sobre un servicio denegado, reducido o limitado. Algunos ejemplos de apelaciones serían los siguientes:

- Denegación total o parcial de un servicio solicitado.
- Interrupción de un servicio que se había aprobado previamente.

Una denegación se produce cuando no aprobamos o pagamos un servicio que usted o su médico han solicitado. Cuando denegamos un servicio, le enviaremos una carta para informarle los motivos por los que denegamos el servicio solicitado. Esta carta es el aviso oficial de nuestra decisión y se denomina “Determinación adversa de beneficios”. Le informará sobre sus derechos y sobre cómo solicitar una apelación.

### Cómo presentar una apelación

Debe enviar su apelación dentro de un plazo de **60** días calendario a partir de la fecha de la carta de denegación de Molina.

Usted, su representante aprobado o un proveedor en su nombre y con su consentimiento por escrito pueden apelar la decisión. Si necesita ayuda para presentar su apelación, puede llamar a Servicios para Miembros de Molina y nosotros lo ayudaremos a completar los pasos para presentar una apelación.

Puede apelar nuestra decisión por escrito o por teléfono llamando a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY 711)**.

- Por correo postal a la siguiente dirección:  
Molina Healthcare de Iowa  
P.O. Box 93010  
Des Moines, IA 50393
- Por fax: 1-888-832-1922
- O bien, por correo electrónico: [lowamemberappealsgrievances@molinahealthcare.com](mailto:lowamemberappealsgrievances@molinahealthcare.com)

Encontrará un formulario de apelación y un formulario de representante autorizado en su carta de denegación y en línea en [MolinaHealthcare.com](https://MolinaHealthcare.com). Molina ofrece solo un (1) nivel de apelación para los miembros.

## Qué esperar cuando presenta una apelación

No recibirá un trato diferente por presentar una apelación. Recibirá una carta en un plazo de 3 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Se le notificará sobre nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario para una apelación estándar. Podemos solicitar una extensión de 14 días calendario si consideramos que es lo mejor para usted. Le enviaremos una carta en el transcurso de los dos (2) días después de que nos notifique sobre la necesidad de la extensión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender su apelación, tiene derecho a presentar una queja.

Si una espera de 30 días perjudicará su salud o su vida, puede solicitar una apelación rápida (acelerada). Tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas o antes. Si no es necesario completar la solicitud en un plazo de 72 horas, se lo notificaremos por escrito y completaremos su apelación en el plazo de 30 días estándar.

Si Molina no resuelve su apelación ni le proporciona un aviso dentro del plazo requerido mencionado anteriormente, se considera que su apelación ante Molina se ha agotado y usted puede solicitar una audiencia justa estatal.

## Audiencias justas estatales

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su apelación, puede solicitar una audiencia justa estatal. Primero debe completar la apelación ante Molina antes de solicitar una audiencia justa estatal. Usted, su representante autorizado o el médico en su nombre y con su consentimiento por escrito pueden solicitar la audiencia justa estatal. Debe enviar su solicitud en un plazo de 120 días calendario desde la fecha de la carta de Molina en la que le notificamos nuestra decisión.

Puede presentar una solicitud al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa para una audiencia justa estatal por escrito, en persona o por teléfono. Si necesita ayuda con su apelación o desea presentarla por teléfono, puede llamar a la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa comunicándose con la sección de Apelaciones del HHS al **(515) 281-3094**.

Para presentar la solicitud por escrito, envíe las solicitudes a la siguiente dirección:

Department of Health and Human Services Appeals Section  
1305 E. Walnut, 5th Floor  
Des Moines, IA 50319-0014

## Continuación de los servicios durante una apelación o audiencia justa estatal

Molina continuará sus beneficios cuando una apelación o audiencia justa estatal esté pendiente si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario de recibir el aviso de Molina en el que se denegó su solicitud de servicio.
- La apelación o la solicitud de audiencia justa estatal está relacionada con la finalización, suspensión o reducción de los servicios que anteriormente estaban autorizados para usted.
- Los servicios fueron solicitados por un médico autorizado de Molina.
- El período cubierto por la autorización original no ha finalizado.
- La solicitud de continuación de los beneficios se presenta de la siguiente manera:
  - o En el transcurso de los 10 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos la Determinación adversa de beneficios.
  - o Antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso.

Si se cumplen las condiciones anteriores, sus beneficios deben continuar hasta que ocurra una de las siguientes:

- Usted solicita interrumpir la apelación o la audiencia justa estatal.
- Usted no solicita una audiencia justa estatal en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta de Molina en la que se le notifica nuestra decisión.
- La autorización para los servicios expira o se cumplen los límites.
- Una decisión de la audiencia justa estatal sea denegar su solicitud.

**Nota:** Si sigue recibiendo un servicio durante el proceso de apelación o la audiencia justa estatal y pierde la apelación, **es posible que deba pagar por los servicios que recibió.**

## Defensoría

### Programa de defensoría de atención administrada de Iowa

Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar ayuda; sin embargo, si aún necesita ayuda y recibe atención a largo plazo en un centro o exenciones de servicios en el hogar y la comunidad, hay servicios de defensoría independientes disponibles para ayudarlo con lo siguiente:

- Educación e información.
- Problemas que no puede resolver llamando a Servicios para Miembros de Molina.
- Presentación de una queja, una apelación o una solicitud de audiencia justa estatal.
- Si considera que no se respetan sus derechos.
- Si considera que no recibe la atención que necesita.

Puede comunicarse con el defensor de atención administrada por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a:

Office of the State Long-Term Care Ombudsman  
 Attn: Managed Care Ombudsman  
 Jessie M. Parker Building  
 510 E 12th Street, Suite 2  
 Des Moines, IA 50313-9025  
 Teléfono: **(515) 725-3333** o la línea gratuita al **(866) 236-1430**  
 Fax: 515-725-3313  
 Correo electrónico: [managedcareombudsman@iowa.gov](mailto:managedcareombudsman@iowa.gov)

Si usted es un miembro que no recibe los servicios de atención a largo plazo que cubre el defensor de atención administrada, puede comunicarse con la Oficina de Defensoría del estado de Iowa para obtener ayuda por correo, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

State of Iowa, Ombudsman Office  
 Ola Babcock Miller Building  
 1112 E Grand Avenue  
 Des Moines, IA 50319  
 Teléfono: **(515) 281-3592** o la línea gratuita al **(888) 426-6283**  
 Fax: **(515) 242-6007**  
 Correo electrónico: [ombudsman@legis.iowa.gov](mailto:ombudsman@legis.iowa.gov)

## Recuperación de patrimonio

El costo de la asistencia médica está sujeto a recuperación. El estado de Iowa tiene derecho a solicitar la devolución de dinero de su patrimonio después de su muerte. La recuperación de patrimonio puede incluir el monto total de los pagos de capitación realizados a un plan de atención administrada, incluidos los servicios médicos y dentales, incluso si el plan no pagó ningún servicio. Los miembros afectados por la política de recuperación de patrimonio son aquellos con las siguientes características:

- Tienen 55 años o más, independientemente de dónde vivan.
- Tienen menos de 55 años.
  - o Residen en un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o un instituto de salud mental.
  - o No se puede esperar razonablemente que sean dados de alta y vuelvan a su hogar.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al **(800) 338-8366** o **(515) 256-4606** (si llama dentro del área de Des Moines) **(TTY: 1-800-735-2942)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o visite el sitio web de Medicaid de Iowa en [hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/member-services/estate-recovery](https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/member-services/estate-recovery) o visite [hhs.iowa.gov](https://hhs.iowa.gov) y escriba "Recuperación de patrimonio" en la barra de búsqueda.

Para obtener más información sobre las reglas de recuperación de patrimonio de Iowa, consulte el Código Administrativo de Iowa (IAC): 441 IAC 75.28(7).

# Cómo hacer un testamento en vida

Todos los miembros adultos de Molina tienen derecho a realizar directivas anticipadas. Las directivas anticipadas protegen sus derechos de atención médica. Lo ayuda a planificar con anticipación decisiones sobre el tratamiento en el futuro. Le informa a los demás lo que quiere si no pudiera tomar sus propias decisiones. Su médico puede ayudarlo a analizar estas opciones antes de que tenga una emergencia. Luego, si tiene una emergencia médica y no puede comunicar lo que necesita, sus médicos ya sabrán qué hacer.

## Algunos ejemplos de tipos comunes de directivas anticipadas son los siguientes:

**Un testamento en vida o una declaración.** El testamento en vida le indica a sus proveedores de atención médica y a su familia sobre el tipo de acciones de soporte vital que desea y no desea si sufre una enfermedad terminal o una afección irreversible. No se aplica a menos que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo; hasta entonces, podrá decir qué tratamientos desea o no. El testamento en vida solo se usa cuando está en situaciones próximas al fin de la vida y no hay esperanza de recuperarse.

### Los tratamientos podrían incluir lo siguiente:

- Sondas de alimentación.
- Máquinas de respiración.
- Trasplantes de órganos.
- Tratamientos para que se sienta cómodo.

### Si desea firmar un testamento en vida, puede hacer lo siguiente:

- Pedir a su proveedor de atención primaria (PCP) un formulario de testamento en vida.
- Completar el formulario usted mismo o llamar a Molina para pedir ayuda.
- Llevar o enviar por correo postal el formulario completo a su PCP o especialista. Su PCP o especialista entonces sabrá qué tipo de atención desea recibir.

**Un poder legal duradero para atención médica.** Este nombra a una persona que puede tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre cuando usted no puede hacerlo.

**Una orden de “no reanimación” (DNR).** Esto les indica a los proveedores de atención médica que no le practiquen una reanimación cardiopulmonar (CPR) si su corazón o su respiración se detienen. Una orden DNR solo se relaciona con una CPR. No proporciona instrucciones sobre otros tratamientos.

## Fraude, despilfarro y abuso

Molina se compromete a prevenir, identificar e informar todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso. Fraude, despilfarro y abuso significa que cualquier miembro, cualquier proveedor u otra persona está malversando los recursos del programa de Medicaid de Iowa o de Molina.

**Fraude:**

Engaño intencionado o tergiversación hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para ella o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituye fraude de conformidad con las leyes federales o estatales aplicables. (Título 42, Sección 455.2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]).

**Despilfarro:**

Gasto de atención médica que podemos eliminar sin reducir la calidad de la atención.

**Abuso:**

Prácticas que no son coherentes con prácticas sólidas fiscales, comerciales o médicas. Estas conllevan un costo innecesario para el programa Medicaid, o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluye las prácticas de los beneficiarios que producen costos innecesarios para el programa Medicaid. (Título 42, Sección 455.2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]).

Nuestro plan de fraude, despilfarro y abuso ayuda a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores. El plan ayuda a aumentar la eficiencia, reducir el despilfarro y mejorar la calidad de los servicios.

- Nos tomamos muy en serio la prevención, detección e investigación de fraude, despilfarro y abuso.
- Cumplimos con las leyes estatales y federales.
- Investigamos todos los casos sospechosos de fraude, despilfarro y abuso. Los denunciaremos rápidamente a las agencias del gobierno cuando es necesario.
- Tomamos las medidas disciplinarias correspondientes. Esto puede incluir la finalización del empleo, el estado del proveedor o la membresía.

Puede denunciar posibles fraudes, despilfarros y abusos sin darnos su nombre.

Para denunciar una sospecha de fraude o abuso de Medicaid, llame a la línea de alerta de Molina Healthcare al **(866) 606-3889 (TTY: 711)** o complete un formulario de denuncia en línea en [MolinaHealthcare.alertline.com](https://MolinaHealthcare.alertline.com).

**A continuación, le ofrecemos algunas maneras en las que puede ayudar a detener el fraude:**

No entregue su tarjeta de identificación de miembro de Molina, su tarjeta de identificación médica ni su número de identificación a ninguna otra persona. Solo debe dárselos a un proveedor de atención médica, una clínica o un hospital cuando reciba atención.

- Nunca preste a nadie su tarjeta de identificación de miembro de Molina.
- Nunca firme un formulario de seguro en blanco.
- Tenga cuidado al dar su número de Seguro Social.

## Aviso sobre las prácticas de privacidad

Su privacidad nos importa. Respetamos y protegemos su privacidad.

**Lea este aviso detenidamente. En él, se indica quién puede consultar su información de salud protegida (PHI). Le informa cuándo tenemos que pedir su aprobación antes de compartirla. Le avisa cuándo podemos compartirla sin su aprobación. También se le indica qué derechos tiene para ver y cambiar su información.**

La información sobre su salud e ingresos es confidencial. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, segura para nuestros miembros. Eso significa que si usted es miembro en este momento o si solía serlo, su información está segura.

Recibimos información sobre usted de las agencias estatales para IA Health Link y Hawki después de que sea elegible y se inscriba en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

La información de salud protegida (PHI) es información de salud que podemos usar o compartir. Esto puede incluir lo siguiente:

- Nombre
- Número de identificación del miembro
- Grupo étnico
- Etnia
- Necesidades sociales
- Idioma
- Sexo
- Identidad de género
- Orientación sexual

Usamos y compartimos su información para brindarle beneficios de salud. Queremos informarle cómo se usa o comparte su información.

Podemos utilizar o compartir su PHI para lo siguiente:

- Brindarle tratamiento.
- Pagar por su atención médica.
- Revisar la calidad de la atención que recibe.
- Informarle sobre sus opciones de atención.
- Ejecutar nuestro plan de salud.
- Compartir la PHI según lo requerido o permitido por la ley.



## ¿Cuándo Molina necesita su autorización por escrito (aprobación) para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para fines que no se mencionan en la parte anterior.

## ¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Modificar su PHI.
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de determinadas personas o lugares a los que le dimos su PHI.

## ¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina utiliza muchas maneras para proteger la PHI en todo nuestro plan de salud. Esto incluye la información médica protegida (PHI) por escrito, verbal o en una computadora.

A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina protege la PHI:

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina limita la cantidad de personas que pueden consultar la PHI. Solo el personal de Molina que tenga una PHI necesaria para hacer su trabajo puede usarla.
- El personal de Molina está capacitado sobre cómo proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe estar de acuerdo por escrito en seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- En Molina, aseguramos la PHI en nuestras computadoras. Mantenemos la privacidad de la PHI en nuestras computadoras mediante el uso de *firewalls* y contraseñas.

## ¿Qué debe hacer Molina por ley?

- Mantener su PHI privada.
- Darle información escrita como esta sobre nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Seguir los términos de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad.

## ¿Qué puede hacer si considera que no se han protegido sus derechos de privacidad?

- Llame o escriba a Molina para presentar un reclamo.
- Presente un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- No vamos a hacer nada en su contra. Su acción no modificará de ninguna manera su atención.

Con gusto, responderemos sus preguntas como miembro de Molina. Puede llamar a la línea gratuita de nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**.

## Otros detalles del plan

### Nuestro Plan y Programa de Mejora de la Calidad de Molina

**Nos comprometemos a asegurarnos de que usted obtenga la mejor atención posible. Por eso todos los años ponemos en marcha un plan para seguir mejorando lo siguiente:**

- Nuestros servicios.
- La calidad de la atención que recibe.
- La forma en que nos comunicamos con usted.

Nuestras metas son las siguientes:

- Brindarle servicios que beneficien su salud.
- Trabajar con proveedores para brindarle la atención que necesita.
- Abordar sus necesidades de idioma y culturales.
- Reducir los obstáculos para obtener atención.

También queremos saber cómo lo estamos haciendo. Revisamos el último año de servicio para verificar nuestro progreso. Es posible que le enviemos una encuesta a los miembros para recibir sus comentarios.

También podemos enviar encuestas para determinar cuántos miembros reciben los servicios necesarios. Estas encuestas nos indican qué atención necesita. Una de estas encuestas es la encuesta de Evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de atención médica (CAHPS).

#### **Esta encuesta hace preguntas sobre cómo valora lo siguiente:**

- Su atención médica.
- Su médico de atención primaria (PCP).
- Su plan de salud.
- Especialistas que usted ha visto.
- Exámenes de control de bienestar.
- Lo fácil que le resulta recibir atención.
- Lo fácil que le resulta recibir atención rápidamente.

#### **HEDIS (Conjunto de Datos e Información de Eficacia de la Atención Médica)**

También evaluamos cuántos de nuestros miembros se realizan exámenes y pruebas clave. Observamos lo siguiente:

- Exámenes anuales
- Atención de la diabetes
- Mamografías (radiografías de las mamas)
- Gestión de medicamentos

- Pruebas de Papanicolaou
- Atención prenatal
- Atención posparto
- Vacunas (vacunas contra la gripe, vacunas para niños y adolescentes)

**Nos preocupamos por su salud. Queremos que nos ayude a cuidar mejor de usted mismo y de su familia. Para hacer esto, nosotros haremos lo siguiente:**

- Recordarle que debe hacerse exámenes de control de bienestar y vacunas.
- Enseñarle sobre los problemas de salud crónicos que puede tener.
- Garantizar la atención prenatal y posparto en caso de embarazo.
- Recordarle que debe hacerse las pruebas de Papanicolau y las mamografías, de ser necesario.
- Abordar cualquier reclamo que tenga.
- Ayudarlo a encontrar y utilizar la información de nuestro sitio web.
- Informarle sobre los servicios especiales que ofrecemos.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTI: 711)** de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. Puede solicitar una copia impresa de nuestro plan de Mejora de la Calidad y los resultados.

### **Pautas para mantenerse saludable**

Le brindamos información sobre servicios preventivos y cuándo obtenerlos. La información no reemplaza el consejo de su médico.

**Para aprovechar al máximo las siguientes pautas, haga lo siguiente:**

- Tómese el tiempo para leerlas.
- Anote sus preguntas y llévelas a su próximo seguimiento.
- Informe a su proveedor sobre cualquier problema de salud que usted o sus hijos tengan.
- Asista a sus citas.
- Si no acude a una cita, reprogramela inmediatamente.
- Le informamos sobre pruebas y exámenes clave para problemas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y depresión.

Compartimos pautas para ayudarlo a conocer las formas de mantenerse saludable y las afecciones médicas, como diabetes, COPD y depresión. Consulte [MolinaHealthcare.com/IA](https://MolinaHealthcare.com/IA) para obtener más información. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTI: 711)** de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m. [MolinaHealthcare.com](https://MolinaHealthcare.com).

### **Cómo cancelar la inscripción de Molina Healthcare of Iowa**

Usted tiene derecho a solicitar la cancelación de la inscripción de Molina Healthcare of Iowa.

Cada solicitud es sin causa o por causa válida. Puede solicitar la cancelación de la inscripción sin causa en los siguientes momentos:

- 90 días después de su inscripción inicial en Molina Healthcare of Iowa o 90 días después de la fecha en que recibe el aviso de inscripción enviado por el estado de Iowa, lo que ocurra después.
- Una vez cada 12 meses a partir de entonces.
- Se lo inscribe automáticamente si tuvo una pérdida temporal de la inscripción en Medicaid que le hizo perder la oportunidad anual de cancelar la inscripción.
- Si el estado de Iowa notifica a Molina Healthcare of Iowa sobre una infracción que resulta en la suspensión de una nueva inscripción.

Se puede realizar una solicitud de cancelación de la inscripción por causa válida en cualquier momento. Para que una solicitud de cancelación de inscripción se considere por causa válida, debe cumplirse uno o más de los siguientes motivos:

- Se muda fuera del área de servicio de la MCO.
- Molina Healthcare of Iowa no cubre un servicio que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Necesita servicios donde no hay un proveedor en la red de proveedores de Molina Healthcare of Iowa, o está sujeto a riesgos innecesarios al usar otro proveedor.
- Para los miembros que utilizan servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS), debe cambiar su proveedor de apoyo residencial, institucional o de empleo en función de ese proveedor que no está incluido en la red de proveedores de Molina Healthcare of Iowa y que le causaría una interrupción en su residencia o empleo.
- Recibe atención de mala calidad, falta de acceso a servicios cubiertos que son necesarios o falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de sus necesidades de atención.

Usted debe presentar una queja (consulte la sección de Quejas de este manual para obtener más instrucciones sobre cómo presentar una queja) ante Molina Healthcare of Iowa antes de que el estado de Iowa le permita solicitar la cancelación de la inscripción por causa válida. Una vez que Molina Healthcare of Iowa toma una decisión, Molina le notifica al HHS sobre nuestra decisión. El HHS tomará la determinación final tras su solicitud al HHS después de que se haya tomado la decisión de Molina.

*Molina puede solicitar la cancelación de la inscripción de un miembro en el raro caso de que la inscripción continua de un miembro afecte gravemente la capacidad de Molina para prestar servicios al miembro o a otros miembros.*

## Glosario de términos

**Administración de casos basada en la comunidad (CBCM):** ayuda a los miembros de los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) a manejar necesidades complejas de atención médica. Incluye planificar, facilitar y abogar para satisfacer las necesidades del miembro. Promueve una atención

de alta calidad y resultados rentables. Los administradores de casos comunitarios (CBCM) se aseguran de que se lleve a cabo el plan de atención del miembro. Realizan actualizaciones en el plan de atención según sea necesario.

**Administración de la atención:** la administración de la atención lo ayuda a administrar sus necesidades de atención médica complejas. También puede incluir ayudarlo a obtener otros servicios sociales.

**Afección crónica:** una afección crónica es una afección médica persistente o con efectos duraderos. El término “crónica” se suele aplicar cuando la enfermedad dura más de tres meses.

**Afección médica de emergencia:** es cualquier afección médica de emergencia que crea que pone en peligro su vida o que le causaría una discapacidad permanente si no se la trata de inmediato.

Si tiene una emergencia grave o incapacitante, no necesita llamar a su proveedor o a Molina. Diríjase directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame a una ambulancia.

Los siguientes son ejemplos de emergencias:

- Un accidente grave
- Accidente cerebrovascular
- Dificultad grave para respirar
- Intoxicación
- Sangrado intenso
- Ataque cardíaco
- Quemaduras graves

**Apelación:** una apelación es una solicitud para la revisión de una acción. Un miembro o su representante autorizado puede solicitar una apelación tras una decisión tomada por Molina.

Acciones de Molina que un miembro puede elegir para apelar:

- Denegación o límites de un servicio
- Reducción o finalización de un servicio que había sido autorizado
- Denegación total o parcial del pago de un servicio.
- No proporcionar los servicios de manera oportuna.
- Incumplimiento de Molina para actuar dentro de los plazos requeridos.
- Para un residente de un área rural con una sola MCO, la denegación de los servicios fuera de la red.
- Los miembros pueden presentar una apelación directamente ante Molina. Si el miembro no está satisfecho con el resultado de la apelación, puede presentar una apelación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). O bien, puede solicitar una audiencia justa estatal.

**Atención con asistente dirigida al consumidor (CDAC):** ayuda a las personas a hacer cosas que normalmente harían por sí mismas si pudieran.

Los servicios de CDAC incluyen los siguientes:

- Baño
- Compra de comestibles
- Administración de medicamentos
- Tareas del hogar

**Atención de enfermería especializada:** servicios de enfermeros autorizados en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

**Atención de urgencia:** atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable considere que se necesita atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

**Atención médica en el hogar:** es una gran variedad de servicios de atención médica que pueden prestarse en el hogar del miembro por una enfermedad o lesión.

**Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:** atención en un hospital que, generalmente, no requiere una estadía por la noche.

**Autorización previa (o preautorización):** algunos servicios o recetas requieren la aprobación de Molina para que estén cubiertos. Esto debe hacerse antes de que reciba ese servicio o surta esa receta.

**Atención en la sala de emergencias:** servicios de emergencia que un miembro recibe en una sala de emergencia.

**Causa válida:** puede solicitar cambiar su MCO durante los 12 meses de inscripción cerrada. La solicitud de este cambio, denominada cancelación de la inscripción, requerirá una causa válida.

Algunos ejemplos de causa válida para la cancelación de la inscripción incluyen los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio de la MCO.
- Su proveedor no está dentro de la red de la MCO.
- Necesita que los servicios relacionados se presten al mismo tiempo. No todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de su MCO. Su proveedor de atención primaria u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado lo sometería a un riesgo innecesario.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia para tratar sus necesidades de atención médica.
- Su proveedor ha sido despedido o ya no participa en su MCO.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos conforme al contrato.

- Calidad deficiente de la atención brindada por su MCO.
- El plan de MCO no cubre los servicios que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Usted utiliza los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y experimentaría una interrupción en el lugar donde vive o en su empleo debido a que tiene que cambiar de proveedor en caso de que un proveedor quede fuera de la red de la MCO.

**Cobertura de medicamentos recetados:** seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos y los medicamentos recetados.

**Coordinador de atención médica:** es una persona que ayuda a administrar la salud de los miembros con afecciones médicas crónicas.

**Copago:** algunos servicios médicos tienen un copago, que es su parte del costo. Si hay un copago, se lo pagará al proveedor. El proveedor le dirá cuánto es.

**Cuidados terminales:** servicios para brindar comodidad y apoyo a los miembros en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

**Determinación adversa de beneficios:** 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, la idoneidad, el entorno o la eficacia de un beneficio cubierto.

**Empleo asistido:** significa apoyo laboral continuo para personas con discapacidades. La meta es ayudar a la persona a mantener un trabajo con un salario igual o superior al mínimo.

**Equipo médico duradero:** equipo médico duradero. El equipo médico duradero (DME) es un equipo que puede ser reutilizable, se utiliza principal y habitualmente para un propósito médico, generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión y es apropiado para su uso en el hogar.

**Especialista:** un especialista médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de la atención médica.

**Evaluación de riesgos para la salud:** una Evaluación de riesgos para la salud (HRA) es una encuesta corta con preguntas sobre su salud.

**Hogar de salud integrada:** es un equipo que trabaja en conjunto para brindar atención integral, centrada en el paciente y coordinada. Un Hogar de salud integrada es para adultos con una enfermedad mental grave (SMI) y niños con un trastorno emocional grave (SED).

**Hogar de salud para afecciones crónicas:** se refiere a un equipo de personas que brindan atención coordinada para adultos y niños con dos afecciones crónicas. Un Hogar de salud para afecciones

crónicas puede brindar atención a los miembros con una afección crónica si están en riesgo de padecer una segunda.

**Hospitalización:** atención para pacientes internados basada en grupos relacionados con el diagnóstico.

**Medicamento necesario:** servicios o suministros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una afección médica. Deben cumplir con los estándares de buenas prácticas médicas.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Molina cubre muchos medicamentos de venta libre (OTC) que están en la lista aprobada del estado. Un proveedor debe recetarle el medicamento OTC que necesita.

**Medicamentos recetados:** son medicamentos que, por ley, requieren una receta.

**Médico de atención primaria:** un médico de atención primaria presta o coordina directamente sus servicios de atención médica. Es el proveedor principal que consultará para seguimientos, preocupaciones relacionadas con la salud, exámenes médicos de detección y remisiones a especialistas.

**Nivel de atención:** los miembros que soliciten exenciones de HCBS o para atención en un centro deben cumplir con los criterios de nivel de atención. Estos deben ser coherentes con las personas que viven en un centro de atención, como un centro de enfermería. El nivel de atención se determina mediante una evaluación aprobada por el HHS.

**Nivel de atención en el centro de enfermería especializada:** describe el tipo y la cantidad de atención de enfermería especializada que necesita un residente de un centro de enfermería.

**Planificación centrada en la persona:** es un plan individual escrito que se basa en sus necesidades, metas y preferencias. Esto también se conoce como plan de atención, plan de servicio individual (ISP) o plan de educación individualizado (IEP).

**Participación del cliente:** la participación del cliente es lo que un miembro de Medicaid paga por servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), como hogares de ancianos o apoyos en el hogar.

**Plan:** un plan individual o grupal que brinda o paga el costo de la atención médica.

**Plan de servicio:** es un plan de servicios para miembros de HCBS. Su plan de servicio se basa en sus necesidades y metas. Usted y su equipo interdisciplinario lo crean para cumplir con los criterios de exención de HCBS.

**Prima:** es el monto que los asegurados pagan por la cobertura médica.

**Programa de Comportamientos Saludables:** los miembros del Plan Médico y de Bienestar de Iowa pueden recibir atención médica gratuita\* si completan lo que se conoce como Comportamientos Saludables. Para participar en el programa de Comportamientos Saludables y evitar los pagos



mensuales después del primer año, los miembros del Plan Médico y de Bienestar de Iowa de Iowa de todos los años deben hacer lo siguiente:

1. Hacerse un examen de bienestar
- Y
2. Hacerse una Evaluación de riesgos para la salud

\* Los gastos son mínimos o nulos para el primer año y muy reducidos a partir de entonces. Es posible que se requiera un pequeño pago mensual en función de los ingresos. Hay un copago de \$8 por usar la sala de emergencias para servicios que no son una emergencia.

**Proveedor:** es un profesional de atención médica que ofrece servicios médicos y apoyo.

**Proveedor de atención primaria:** es un médico, auxiliar médico o enfermero practicante que brinda o coordina directamente sus servicios de atención médica. Un PCP es el proveedor principal que consultará para seguimientos, preocupaciones relacionadas con la salud, exámenes médicos de detección y remisiones a especialistas.

**Proveedor no participante:** un proveedor que está inscrito en Medicaid de Iowa, está acreditado, pero no contratado, con un plan de atención administrada.

**Proveedor participante:** un proveedor que está inscrito en Medicaid de Iowa, está acreditado y contratado, con un plan de atención administrada.

**Queja:** tiene derecho a presentar una queja ante Molina. Una queja es una expresión de disconformidad sobre cualquier tema que no sea una decisión. Usted, su representante o proveedor que actúe en su nombre y tenga su consentimiento por escrito pueden presentar una queja. La queja debe presentarse dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que ocurrió el asunto.

Los ejemplos incluyen, entre otros, lo siguiente:

- No está satisfecho con la calidad de su atención.
- El médico que usted quiere consultar no es un médico de Molina.
- No puede recibir atención competente culturalmente.
- Recibió una factura de un proveedor por un servicio que debería estar cubierto por Molina Healthcare of Iowa.
- Derechos y dignidad.
- Le informan sobre cambios en las políticas y los servicios.
- Cualquier otro problema con el acceso a la atención.

**Red:** Molina cuenta con una red de proveedores en todo Iowa a los que puede consultar para recibir atención. No es necesario que nos llame antes de visitar a uno de estos proveedores. Antes de recibir servicios de sus proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Molina para asegurarse de que estén en nuestra red. Puede haber ocasiones en las que necesite recibir

servicios fuera de nuestra red. Si un servicio necesario y cubierto no está disponible dentro de la red, puede estar cubierto fuera de la red sin un costo mayor para usted que si se prestara dentro de la red.

**Seguro de salud:** un tipo de cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos incurridos por el asegurado.

**Servicios de atención a largo plazo:**

- Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales
- Centros de enfermería y centros de enfermería especializada

**Servicios de emergencia:** se brindan cuando tiene una afección médica de emergencia.

**Servicios de recuperación de las habilidades:** se refiere a los servicios en el hogar y la comunidad del plan estatal 1915(i). Los servicios de recuperación de las habilidades se proporcionan para mantener a las personas con déficits funcionales típicamente asociados con afecciones mentales crónicas en sus hogares y comunidades.

**Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos en el plan identificado por los miembros.

**Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS):** brindan apoyos para mantener a los miembros de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) en sus hogares y comunidades.

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS):** ayudan a los miembros de Medicaid a mantener la calidad de vida y su independencia. Los LTSS se proporcionan en el hogar o en un centro, si es necesario.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación:** lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades para la vida diaria después de haber estado enfermo, herido o discapacitado. Esto puede incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y rehabilitación psiquiátrica.

**Servicios médicos:** servicios de atención médica que un médico autorizado brinda o coordina.

**Servicios prevocacionales:** son servicios en los que el miembro puede adquirir habilidades que lo conducirán a un empleo remunerado.

**Trastorno emocional grave (SED):** es un trastorno mental, del comportamiento o emocional. Un SED afecta a los niños. Un SED puede durar mucho tiempo e interfiere con las actividades familiares, escolares o comunitarias.

El SED no incluye lo siguiente:

- Trastornos del neurodesarrollo
- Trastornos relacionados con sustancias
- Otras afecciones que pueden ser foco de atención clínica, a menos que coexistan con otras (SED)

**Transporte médico de emergencia:** servicios de ambulancia por una afección médica de emergencia.

