

Su Manual para miembros

Iowa

Medicaid

Última actualización 04/2026

MolinaHealthcare.com/IA

Iowa Health Link
Iowa HHS

Hawki
Iowa HHS

MOLINA® HEALTHCARE

* Estas páginas se dejaron en blanco intencionalmente.

* Estas páginas se dejaron en blanco intencionalmente.

Índice

Consideraciones de no discriminación **6**

Le damos la bienvenida **10**

Información de contacto importante 11

Sus tarjetas de identificación 12

Accesibilidad **13**

Accesibilidad a la información 13

Accesibilidad a los servicios 14

Elegibilidad **14**

¿Qué sucede si me mudo? 14

Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki 14

Renovaciones 14

Cambios en su cobertura 15

IA Health Link **15**

Plan de Salud y de Bienestar de Iowa **16**

Hawki **17**

Beneficios y servicios cubiertos **18**

Beneficios médicos 18

Beneficios para la vista 28

Ir al médico **35**

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP) 35

Cómo acudir a su PCP 37

Especialistas 40

Farmacia **40**

Medicamentos recetados 40

Medicamentos de venta libre (OTC) 41

Atención de urgencia y emergencia **42**

Emergencias 42

Atención de urgencia 42

Servicios hospitalarios 42

Atención de rutina 42

Costos del miembro **43**
Copagos 43
Responsabilidad del Miembro/Participación del Cliente 44
Servicios de valor añadido **44**
Atención de bienestar **55**
Atención de bienestar para adultos 55
Atención de bienestar para niños 56
Atención para miembros embarazadas **56**
Administración de la atención **58**
Salud del comportamiento **59**
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) **60**
Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) 61
Opción de selecciones del consumidor (CCO) **67**
Cuidado de asistente dirigido por el consumidor **70**
Sus derechos y responsabilidades **71**
Otro seguro y facturas **74**
Si tiene Medicare 74
Ayuda con las primas de seguro proporcionadas por el empleador 75
Beneficios para veteranos 75
Quejas y apelaciones **75**
Defensoría 78
Recuperación de patrimonio **79**
Cómo hacer un testamento en vida **80**
Fraude, despilfarro y abuso **81**
Aviso sobre prácticas de privacidad **82**
Otros detalles del plan **86**
Glosario de términos **89**

Consideraciones de no discriminación

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo. La discriminación basada en el sexo incluye las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual y los estereotipos sexuales.

Como ayuda para comunicarse de manera efectiva con nosotros, Molina Healthcare brinda servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Molina Healthcare proporciona modificaciones razonables y ayudas y servicios adecuados a personas con discapacidades. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes calificados (incluidos intérpretes calificados de lengua de señas). (2) Información escrita en otros formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y Braille.
- Molina Healthcare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados de inglés. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes orales calificados. (2) Información traducida a su idioma. (3) Material que está escrito de manera simple y en un lenguaje fácil de entender.

Si necesita modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al 1-844-236-0894 o para los usuarios de TTY/TDD, al 711, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m., hora local.

Si usted considera que discriminamos por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja con el coordinador de derechos civiles. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea. Si necesita ayuda para redactar su queja, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas visitando nuestro sitio web:
https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx

Llame a nuestro coordinador de derechos civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:
Civil Rights Unit
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Correoelectrónico: **civil.rights@molinahealthcare.com**
Sitio web: **https://molinahealthcare.Alertline.com**

También puede presentar un reclamo de derechos civiles (queja) ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en línea a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles mediante el siguiente enlace: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o por correo o teléfono a:

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

Asistencia en otros idiomas

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 Molina of Iowa Member Services: (844) 236-0894 (TTY: 711). 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.
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 Molina of Iowa Member Services: (844) 236-0894 (TTY: 711). 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
Spanish Español	Tiene a su disposición, sin costo alguno para usted, servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, letra grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para obtenerlos, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina of Iowa: (844) 236-0894 (TTY: 711). Para obtener asistencia de accesibilidad telefónica si usted es sordo, tiene problemas de audición, padece sordoceguera o tiene dificultades para hablar, llame al 711 o al (800) 735-2942, Relay Iowa.
Spanish (Large Font) Español	Tiene a su disposición, sin costo alguno para usted, servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, letra grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para obtenerlos, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina of Iowa: (844) 236-0894 (TTY: 711). Para obtener asistencia de accesibilidad telefónica si usted es sordo, tiene problemas de audición, padece sordoceguera o tiene dificultades para hablar, llame al 711 o al (800) 735-2942, Relay Iowa.
Traditional Chinese 中文（台灣繁體）	可免費為您提供語言協助服務、輔助工具與服務、字體放大、口譯及其他替代形式。 如有需要，請聯絡 Iowa Member Services 的 Molina: (844) 236-0894 (TTY: 711)。
Vietnamese Tiếng Việt	Quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, phông chữ lớn hơn, bản dịch bằng lời và các định dạng thay thế khác. Để nhận dịch vụ, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên Molina of Iowa: (844) 236-0894 (TTY: 711).

Serbo-Croatian Srpski	Услуге језичке подршке, помоћна средства и услуге, већи фонт, усмени превод и други алтернативни формати су вам доступни бесплатно. Да их добијете, позовите Службу за чланове здравственог осигурања Molina у савезној држави Iowa: (844) 236-0894 (TTY: 711).
German Deutsch	Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und -dienste, größere Schriftarten, mündliche Übersetzung und andere alternative Formate stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Um diese zu erhalten, rufen Sie bitte den Mitgliederservice von Molina of Iowa an: (844) 236-0894 (TTY: 711).
Arabic العربية	تُتاح خدمات المساعدة اللغوية وأدوات وخدمات المساعدة الإضافية والطباعة بحروف كبيرة والترجمة الشفهية والتنسيقات البديلة الأخرى بدون أية تكلفة. للحصول على هذه الخدمات، يرجى الاتصال على خدمات الأعضاء في Molina of Iowa على الرقم 0894 236- (844)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، 711: يمكنهم الاتصال على الرقم.
Laotian ພາສາລາວ	ທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ, ແບບຕົວອັກສອນທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ, ການແປດ້ວຍປາກເປົ່າ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຫຍັງ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບບໍລິການນີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ Molina ຂອງລັດໄອໂອວາ: (844) 236-0894 (TTY: 711).
Korean 한국인	언어 지원 서비스, 보조 도구 및 서비스, 큰 글자, 구두 번역 및 기타 대체 형식이 귀하에게 무료로 제공됩니다. 이를 받으려면 오하이오 멤버 서비스 몰리나에게 전화하십시오: (844) 236-0894 (TTY: 711).
Hindi हिंदी	आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ, सहायक साधन और सेवाएँ, बड़े फ़ॉन्ट, मौखिक अनुवाद और अन्य वैकल्पिक प्रारूप निःशुल्क उपलब्ध हैं। इसे प्राप्त करने के लिए कृपया Molina of Iowa सदस्य सेवाओं को कॉल करें: (844) 236-0894 (TTY: 711).
French Français	Des services d'assistance linguistique, des aides et services auxiliaires, des polices de caractères plus grandes, des traductions orales et d'autres formats alternatifs sont mis gratuitement à votre disposition. Pour en bénéficier, veuillez appeler les Services aux membres de Molina of Iowa: (844) 236-0894 (ATS: 711).
Pennsylvanian Dutch Pennsylvanisch Deitsche	Schprooch Helfe Services, Auxiliary Aids un Services, greesere Font, mundlich Iwwersetzung, un annere alternative Formats sin meeglich zu dir mitaus Koscht. Um des zu griege, sei so gut un ruf Molina of Iowa Member Services: (844) 236-0894 (TTY: 711).
Thai ไทย	บริการช่วยเหลือด้านภาษา ความช่วยเหลือและบริการเสริม แบบอักษรขนาดใหญ่ การแปลแบบปากเปล่า และรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ พร้อมให้บริการแก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการใช้บริการนี้ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก Molina of Iowa ได้ที่หมายเลข: (844) 236-0894 (TTY: 711).
Tagalog	Available sa iyo nang walang bayad ang mga serbisyo ng tulong sa wika, karagdagang suporta at serbisyo, mas malaking font, pasalitang pagsasalin, at iba pang alternatibong format. Para makuha ito, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Molina ng Iowa: (844) 236-0894 (TTY: 711).

Karen ကညီ (ပ်ိၣ်)-	ကျိာ်တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ တၢ်မၤတဖၣ်, ပီးလီတိစၢၤမၤစၢၤတၢ်ကလုၢ်သီၣ်တဖၣ် (auxiliary aids) ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ်, လံာ်မံာ်ဖျၢၣ် ဖးဒိၣ်တဖၣ်, တၢ်ကျိးထံလၢထးခိၣ်, ဒီးကျိၤကျဲအဂၤလၢတၢ်ဃုထၢအီၤသ့တဖၣ် အိၣ်လၢနဂီၤလၢတလိၣ်နဟ့ၣ်အပ့ၤဘၣ်နၣ်လီၤ. လၢကမၤန့ၢ်တၢ်ဒံၤအဂီၤ, ဝံသးစူၤ ကိး မိၣ်လံနၣ် အဲၣ်အိဝ်ၤကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် (Molina of Iowa Member Services) ဖဲ (844) 236-0894 (TTY: 711).
Russian Русский	Вам бесплатно доступны следующие услуги: языковая помощь, вспомогательные средства, документы с крупным шрифтом, помощь устного переводчика, материалы в других форматах. Чтобы получить доступ к этим услугам, свяжитесь с Отделом обслуживания участников Molina of Iowa. (844) 236-0894 (телетайп: 711).

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. 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. para obtener cualquiera de estos servicios sin costo 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 responsabilidades 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, incluido braille o letra grande, 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.



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

Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

Sitio web: **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

Llame a este número cuando necesite asesoramiento médico y no tenga tiempo para ir al médico. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT): MTM

(866) 849-2062

Llame a este número para programar un viaje a una cita médica, recoger un medicamento recetado o solicitar asistencia pública. Es posible que califique para servicios de transporte gratuitos.

Beneficios de la vista: March Vision Care

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

Llame a este número para obtener servicios de la vista, como un examen de la vista o anteojos.
Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Encuentre un proveedor de servicios de la vista aquí: **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 de Salud y de Bienestar de Iowa.
Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
También puede enviar un correo electrónico a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa a **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 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Centro de Contacto del Iowa Department of Health and Human Services (HHS)

(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 Iowa Department of Health and Human Services (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/medicaid/member-services** (en contacto adicional) Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Abuso de menores y adultos dependientes

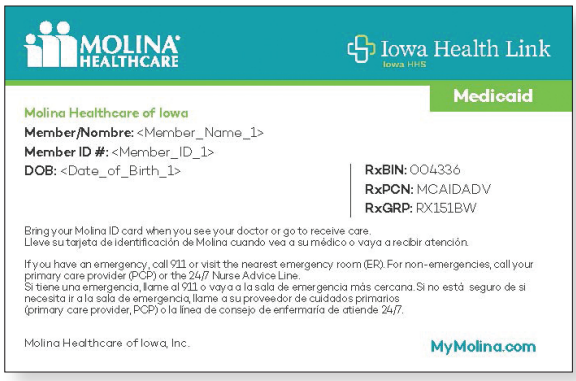
Si sospecha que un niño es víctima de abuso, la ley de Iowa requiere que lo denuncie. Llame a la línea directa de abuso al (**800) 362-2178**.

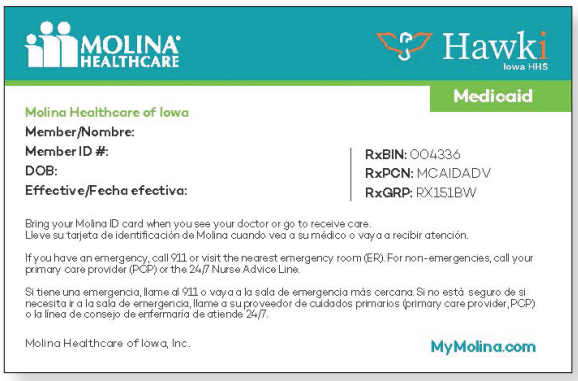
Si sospecha de abuso o negligencia de un adulto en la comunidad, llame a la línea directa de abuso al **(800) 362-2178**. Las líneas telefónicas están atendidas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En caso de emergencia, llame a la policía local o al 911.

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


Realizarse 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 consultar su tarjeta de identificación en el portal para miembros de MyMolina hasta que reciba su nueva tarjeta. Para reemplazar la tarjeta, visite nuestro portal seguro para miembros MyMolina para solicitar una nueva o llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono gratuito es **(844) 236-0894 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. 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 comprenda sus beneficios. Si tiene problemas para leer lo que le enviamos o para comunicarse con nosotros, podemos ayudarle.

Para los miembros que no hablan inglés, ofrecemos ayuda en muchos idiomas diferentes. 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., para recibir cualquiera de estos servicios sin costo alguno para usted:

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

Si desea este manual o cualquier otro material escrito en otro formato, incluido braille, letra grande o una grabación de CD de audio, 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. 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 le ayude durante sus visitas al médico, con un previo aviso 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 programar una cita con un proveedor o para acceder a los servicios debido a una discapacidad, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. para recibir asistencia.

Elegibilidad

¿Qué sucede si me mudo?

Si se muda, comuníquese con el Centro de Llamadas para el Mantenimiento de Ingresos del Iowa Department of Health and Human Services (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)** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

Renovaciones

La cobertura de la mayoría de los programas de Medicaid debe renovarse cada 12 meses. Cuando se acerque su fecha de renovación, el HHS 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 estos sencillos pasos.

1. **Paso 1: Controle su correo**
   Recibirá un formulario de renovación del 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 al centro de imágenes que figura en dicho formulario o enviarlo 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 cambio importante en su vida, llame al Centro de Llamadas del HHS al **(877) 347-5678** y a Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

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 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 para informarle sobre los cambios en los beneficios o 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 dentro de los 15 días posteriores al cambio. Podemos ayudarle 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. Molina Healthcare se ofrece en todo el estado y cuenta con una gran red de proveedores en todo el estado de Iowa a quienes puede acudir para recibir atención. También coordinaremos su atención para ayudarlo a mantenerse saludable. Los beneficios que reciba 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 de Salud y de Bienestar de Iowa

El Plan de Salud 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 de Salud y de Bienestar de Iowa

- Los miembros del Plan de Salud 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, todos los años, los miembros del Plan de Salud y de Bienestar de Iowa de deben:

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 de Salud 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 Iowa Department of Health and Human Services 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 de 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 Iowa Medicaid al **1-800-388-8366**, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.



* Hay muy pocos costos, o ninguno, durante el primer año y muy pocos costos después de eso. 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. Esta evaluación debe completarse dentro de los 90 días posteriores a la inscripción y todos los años de inscripción.

Para completar su HRA, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina: **(844) 236-0894 (TTY: 711)** o inicie sesión en su portal para miembros MyMolina.

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 serie de beneficios y servicios médicos. **Es posible que algunos servicios requieran una aprobación previa.** Hable con su proveedor de atención médica para determinar si el servicio específico que necesita está cubierto. Puede comunicarse con Molina para encontrar proveedores a los que pueda acudir para el cuidado médico que se describe a continuación llamando a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

Molina cuenta con una amplia red 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.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Servicios ambulatorios			
Servicios médicos de atención primaria por enfermedad o lesión	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Visitas a un médico especialista	Con cobertura.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Servicios de atención médica domiciliaria	Con cobertura.	Los servicios cubiertos de enfermería privada/ cuidado personal solo están disponibles para jóvenes de 19 y 20 años a través del programa EPSDT (Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Preventivos y Periódicos).	Con cobertura.
Cuidados quiroprácticos, terapéuticos, ajustables, manipulativos	Con cobertura, pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura, se aplican limitaciones.	Con cobertura, se aplican limitaciones.
Cirugía ambulatoria	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Segunda opinión quirúrgica	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Pruebas de alergia e inyecciones	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Quimioterapia para pacientes ambulatorios	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Servicios de infusión intravenosa	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, se aplican limitaciones.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Radioterapia para pacientes ambulatorios	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Diálisis	Con cobertura.	Cubierto como paciente internado o en un centro de diálisis aprobado por Medicare (paciente ambulatorio).	Con cobertura.
Anestesia	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Centros de atención sin cita previa	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Paridad en el tratamiento del VIH/SIDA	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Acceso a ensayos clínicos	La necesidad médica cubierta se determinará caso por caso a través del proceso de autorización previa.	La necesidad médica cubierta se determinará caso por caso a través del proceso de autorización previa.	La necesidad médica cubierta se determinará caso por caso a través del proceso de autorización previa.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Asesoramiento genético/pruebas de diagnóstico	Con cobertura, puede requerir una autorización previa y pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura, se requiere autorización previa. Debe ser un candidato idóneo y se espera que el resultado permita determinar un tratamiento cubierto y no sea solo informativo.	Con cobertura, puede requerir una autorización previa y pueden aplicarse limitaciones.
Síndrome de articulación temporomandibular (TMJ)	Con cobertura.	Con cobertura.	Sin cobertura.
Servicios de emergencia			
Servicios en sala de emergencia	Con cobertura.	Con cobertura; $8.00 por visita para servicios médicos que no sean de emergencia.	Con cobertura; los servicios de emergencia para afecciones que no sean de emergencia están sujetos a un copago de $25 si la familia paga una prima parar el programa Hawki.
Transporte de emergencia: ambulancia y ambulancia aérea	Con cobertura, pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura, pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura, pueden aplicarse limitaciones.
Centros de atención de urgencia/Clínicas de emergencia (no hospitalarias)	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Hospitalización			
Aprobación previa de admisiones como paciente internado	Obligatorio para admisiones que no son de emergencia.	Obligatorio para admisiones que no son de emergencia.	Obligatorio para admisiones que no son de emergencia.
Cuidado hospitalario general para pacientes internados	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Servicios médicos para pacientes internados	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Servicios quirúrgicos para pacientes internados	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Cirugía reconstructiva no estética	Con cobertura, puede requerir una PA y puede tener limitaciones.	Los servicios, suministros o medicamentos para tratamiento estético no están cubiertos a menos que se brinden principalmente para restaurar la función perdida o deteriorada como resultado de una enfermedad, lesión accidental o defecto de nacimiento, incluido el tratamiento para cualquier complicación que resulte de procedimientos estéticos no cubiertos.	Los servicios, suministros o medicamentos para tratamiento estético no están cubiertos a menos que se brinden principalmente para restaurar la función perdida o deteriorada como resultado de una enfermedad, lesión accidental o defecto de nacimiento, incluido el tratamiento para cualquier complicación que resulte de procedimientos estéticos no cubiertos.
Trasplante de órganos y tejidos	Con cobertura, puede requerir una PA y puede tener limitaciones.	Con cobertura: ciertos trasplantes de médula ósea o células madre de un donante vivo, corazón, corazón/pulmón, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas/riñón, intestino delgado. Sin cobertura: transporte del donante vivo, servicios o suministros relacionados con órganos mecánicos o no humanos, servicios y suministros de trasplantes no mencionados en esta sección, incluidas las complicaciones.	Con cobertura, pueden aplicarse limitaciones.
Corrección de anomalías congénitas	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Anestesia	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Cuidado para enfermos terminales: pacientes internados y ambulatorios	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Están cubiertos para pacientes con enfermedades terminales y tienen una esperanza de vida de seis meses o menos. De conformidad con la Sección 2302 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, las personas menores de 21 años (19 y 20 años para los fines de este plan de referencia) deben recibir cuidados paliativos simultáneamente con cuidados curativos.	Con cobertura.
Relevo para cuidados paliativos (pacientes internados)	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, límite de quince (15) días de por vida para atención de relevo como paciente internado. Quince (15) días de por vida para atención de relevo de pacientes en cuidados paliativos en régimen ambulatorio. La atención de relevo en cuidados paliativos debe utilizarse en períodos de no más de cinco (5) días consecutivos.	Con cobertura.
Quimioterapia (paciente internado)	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Radioterapia (paciente internado)	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir una PA.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Reconstrucción de mamas	Con cobertura si hay una necesidad médica.	Con cobertura si hay una necesidad médica.	Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Atención de maternidad y del recién nacido			
Servicios de maternidad/ embarazo, cuidado prenatal y posnatal, parto y maternidad como paciente internada, nutricional	Con cobertura.	La miembro inscrita debe informar su embarazo y su elegibilidad para la consideración de los beneficios en virtud del plan estatal de Medicaid. Si la duración de la estadía es menor a 48 o 96 horas, se cubre una visita domiciliaria de seguimiento posparto por parte de una enfermera registrada.	La miembro inscrita debe informar su embarazo y su elegibilidad para la consideración de los beneficios en virtud del plan estatal de Medicaid. Si la duración de la estadía es menor a 48 o 96 horas, se cubre una visita domiciliaria de seguimiento posparto por parte de una enfermera registrada.
Servicios para dejar de fumar destinado a mujeres embarazadas	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Servicios de partero	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Cobertura para hijos recién nacidos	No cubierto en virtud de la madre, tendría que solicitar la cobertura para recién nacido.	No cubierto en virtud de la madre, tendría que solicitar la cobertura para recién nacido.	No cubierto en virtud de la madre, tendría que solicitar la cobertura para recién nacido.
Salud mental, salud del comportamiento y abuso de sustancias			
Tratamiento asertivo comunitario (ACT)	Con cobertura.	Con cobertura.	Sin cobertura.
Servicios de intervención de salud del comportamiento (BHIS), incluido el análisis de comportamiento aplicado	Con cobertura.	Con cobertura; el tratamiento residencial** no está cubierto.	Sin cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
(b)(3) servicios (rehabilitación psiquiátrica intensiva, servicios de apoyo comunitario, apoyo entre pares y tratamiento residencial por uso de sustancias)	Con cobertura (solo miembros de MCO).	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Servicios en caso de crisis	Con cobertura.	Con cobertura; el tratamiento residencial** no está cubierto.	Con cobertura.
Terapia familiar funcional/terapia multisistémica	Con cobertura.	Cubierto para jóvenes de 19 a 21 años.	Con cobertura.
Tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes internados	Con cobertura.	Con cobertura; el tratamiento residencial** no está cubierto.	Con cobertura.
Visita al consultorio	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Tratamiento ambulatorio de salud mental y por abuso de sustancias	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Instituciones médicas psiquiátricas para niños (PMIC)	Con cobertura.	Con cobertura.	Sin cobertura.
Servicios de salud mental subaguda	Con cobertura.	Con cobertura.	Sin cobertura.
Medicamentos con receta			
Medicamentos con receta	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Servicios y dispositivos de rehabilitación y recuperación de las habilidades			
Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT), terapia del habla (ST)	Con cobertura.	Los servicios de terapia del habla de rehabilitación están cubiertos cuando están relacionados con una enfermedad, lesión o discapacidad específica e involucran la mecánica de la fonación, la articulación o la deglución. Los servicios deben ser prestados por un patólogo del habla certificado o con licencia. La terapia del habla requiere aprobación previa. Sin cobertura: Fisioterapia y terapia ocupacional proporcionadas como paciente internado en ausencia de una afección médica aparte que requiera internación. terapia del habla no proporcionada por un terapeuta del habla certificado o con licencia. PT, OT y ST se consideran servicios de rehabilitación/ habilitación. El límite de 60 visitas se combina entre rehabilitación y recuperación de las habilidades; sin embargo, se puede exceder el límite según la necesidad médica.	Con cobertura.
Terapia de inhalación	Con cobertura.	Límite de sesenta (60) visitas en un período de doce (12) meses.	Con cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Suministros médicos y quirúrgicos	Con cobertura, pueden tener limitaciones y pueden requerir una autorización previa.	Sin cobertura: medias elásticas o vendajes, incluidos suspensorios, fajas lumbares, ligas y artículos similares que pueden adquirirse sin receta.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Órtesis	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, pueden tener limitaciones y pueden requerir una autorización previa.
Prótesis	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Rehabilitación cardíaca	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede requerir autorización previa.
Rehabilitación pulmonar	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Servicios de enfermería especializada	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.	Con cobertura en centros de enfermería, centros de enfermería especializada y hospitales con camas de transición.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Servicios de laboratorio			
Análisis de laboratorio	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.
Radiografías	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Diagnóstico por imágenes: RMN, TAC, PET	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.	Con cobertura, pueden requerir autorización previa y pueden tener limitaciones.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Estudios del sueño	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura. El tratamiento para ronquidos no está cubierto. Las reclamaciones deben ser para un diagnóstico de apnea del sueño.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Dispositivos para la apnea del sueño	Con cobertura para adultos.	Con cobertura.	Sin cobertura.
Patología	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Bienestar preventivo, manejo de enfermedades crónicas			
Cuidado preventivo	Con cobertura.	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura.
Asesoramiento nutricional	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Se permite un máximo de cuarenta (40) unidades durante un período de doce (12) meses.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Servicios de consejería y educación	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura limitada. No incluye: consejería de duelo, familiar o matrimonial. Educación que no sea de diabetes.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Servicios o suministros de planificación familiar, sin importar la edad	Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Exámenes de cuidado de la vista (adultos)	Con cobertura, un examen por año.	Solo se permite una vez al año. Sin cobertura: cirugía para corregir un error de refracción, anteojos o lentes de contacto, incluidos los cargos relacionados con la adaptación, la receta de lentes correctivos, los exámenes de la vista para la adaptación de anteojos. Esto no limita los exámenes médicos para los miembros inscritos. Los exámenes médicos deben codificarse bien para que la adjudicación de reclamaciones sea precisa.	Con cobertura, un examen por año.
Anteojos	Con cobertura.	Con cobertura para personas de 19 a 20 años, pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura.
Vacunas	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Cubierto, con excepción de las vacunas para viajes.	Con cobertura.
Cribado de cáncer colorrectal	Con cobertura, un examen por año.	Con cobertura, un examen por año.	No corresponde.
Mamografía de cribado	Con cobertura, un examen por año.	Con cobertura, un examen por año.	Con cobertura.
Examen de audición (adulto)	Con cobertura, un examen por año.	Con cobertura, un examen por año. Audífonos no cubiertos.	Con cobertura, un examen por año.
Audífonos	Con cobertura.	Con cobertura para personas de 19 a 20 años, pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.
Diabetes: medicamento, equipo necesario y suministros	Con cobertura, puede tener limitaciones y puede requerir una PA.	Con cobertura, puede tener limitaciones y puede requerir una PA.	Con cobertura, puede tener limitaciones y puede requerir una PA.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Educación sobre la diabetes	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Con cobertura, puede tener limitaciones.
Pruebas de Papanicolaou	Con cobertura.	Con cobertura.	Con cobertura.
Examen ginecológico	Con cobertura.	Uno (1) por año.	Con cobertura.
Cribado de cáncer de próstata	Con cobertura.	Uno (1) por año para hombres de cincuenta (50) a sesenta y cuatro (64) años.	Con cobertura.
Cuidado de los pies	Con cobertura, debe ser médicamente necesario. Es posible que se apliquen limitaciones.	Debe estar relacionado con una afección médica, los servicios de rutina no están cubiertos.	Con cobertura, debe ser médicamente necesario. Es posible que se apliquen limitaciones.
Servicios para dejar de fumar	Con cobertura.	Tratamiento y valoración médica de la dependencia a la nicotina.	Con cobertura.
Servicios pediátricos que incluyen la salud oral y de la visión			
EPSDT	Con cobertura para personas de hasta 21 años.	Con cobertura para personas de 19 a 20 años.	Sin cobertura.
Acupuntura	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Diagnóstico de infertilidad	Con cobertura, puede requerir una PA y puede tener limitaciones.	Sin cobertura: tratamiento de la infertilidad derivado de la esterilización voluntaria, relacionado con la obtención/compra de semen u óvulos de donante, congelación de estos, servicios de gestación subrogada, diagnóstico y tratamiento de infertilidad, reversión de ligadura de trompas o vasectomía y medicamentos para la fertilidad.	Sin cobertura.
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Cirugía bariátrica	Con cobertura, puede requerir una PA y puede tener limitaciones.	Sin cobertura.	**Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.**
Servicios de transporte que no son de emergencia	Con cobertura, puede tener limitaciones.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Reducción mamaria	Con cobertura si hay una necesidad médica.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): basados en la comunidad			
Administración de casos (CM)/ Administración de casos específicos (TCM)	La CM está cubierta solo para las poblaciones beneficiarias de la habilitación y exención de Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS). La TCM está cubierta para adultos con un diagnóstico primario de discapacidad intelectual, enfermedad mental crónica o discapacidad del desarrollo; y los niños que son elegibles para recibir los servicios de exención por discapacidad intelectual de HCBS o los servicios de exención por salud mental en menores de HCBS.	Sin cobertura.	La Administración de casos está cubierta.
Servicios médicos para el cuidado de niños	Con cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Servicios de rehabilitación neuroconductual basados en la comunidad (CNRS)	Con cobertura, se requiere autorización previa.	Tratamiento residencial** cubierto solo para miembros que se definan como médicamente exentos, con cobertura intermitente; se requiere autorización previa.	Sin cobertura.
Enfermería privada/ cuidado personal según la autoridad de la Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	Con cobertura hasta los 21 años en virtud del EPSDT.	Con cobertura hasta los 21 años en virtud del EPSDT.	Sin cobertura.
Sección 1915(C) Servicios de exención de los Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)	Con cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Sección 1915(I) Servicios de habilitación de los HCBS del plan estatal	Con cobertura.	Cubierto solo para miembros que se definan como médicamente exentos.	Sin cobertura.
Servicios de atención médica domiciliaria: • **Asistencia de atención médica domiciliaria** • **Enfermería especializada** • **Terapias (fisioterapia (PT)/terapia ocupacional (OT)/ terapia del habla)**	Con cobertura.	Con cobertura; pueden aplicarse limitaciones.	Con cobertura.
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): institucional			
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): institucional			
Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID)	Con cobertura; se aplican limitaciones.	Sin cobertura; este tipo de centros tampoco está cubierto para los miembros que se definan como médicamente exentos.	Sin cobertura.

Categoría de servicio	Medicaid	Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP)	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Centro de atención de enfermería (NF) y centro de enfermería para enfermos mentales (NF/MI)	Con cobertura; se aplican limitaciones.	Sin cobertura; los servicios de NF están cubiertos solo para los miembros que se definan como médicamente exentos.	Sin cobertura.
Centros de enfermería especializada (SNF)	Con cobertura; se aplican limitaciones.	Con cobertura; con un límite de 120 días por año calendario móvil; los SNF están cubiertos sin límites para los miembros que se definan como médicamente exentos.	Con cobertura; se aplican limitaciones.
Centro de enfermería especializada para la población con necesidades especiales fuera del estado (aprobación previa para enfermería especializada)	Con cobertura; se aplican limitaciones.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

La cobertura del servicio no garantiza la aprobación automática y puede estar sujeta a los requisitos de autorización previa de cada plan médico.

**Un miembro de IHAWP que haya sido determinado por el Departamento como médicamente exento será inscrito en el beneficio del Plan Estatal de Medicaid con la opción de elegir no participar. Los miembros de IHAWP con un estado de exención médica recibirán los beneficios del plan estatal, según se indica en la columna "Medicaid" de esta tabla, a menos que se indique lo contrario. Para ser considerado para el estado de exención médica, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-338-8366 (línea gratuita) o al 515-256-4606 (área de Des Moines).*

*** El tratamiento residencial se considera tratamiento proporcionado en un entorno que proporciona alojamiento y comida, asistencia personal y otras actividades esenciales de la vida diaria a tres o más personas que, debido a una enfermedad, afección o dolencia física o mental, no puedan cuidarse lo suficiente o de manera adecuada, pero que no requieren los servicios de un enfermero certificado o un enfermero práctico con licencia, excepto en casos de emergencia.*

La lista anterior no muestra todos sus beneficios "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 de Salud 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 servicios se aprobarán durante los primeros 30 días de inscripción en Molina, independientemente de que un proveedor dentro de la red o fuera de la red solicite la aprobación.

Después de los primeros 30 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.
- 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 trastorno por abuso de sustancias (es posible que se requiera aprobación previa).

Si tiene preguntas sobre una solicitud de aprobación, 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.

Si Molina deniega una solicitud para que usted reciba un servicio, estas decisiones se denominan “Determinaciones Adversas de 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 importe 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 presentación de la apelación por teléfono o por escrito.

Beneficios de la vista

Servicios de la vista			
Exámenes:	1 examen preventivo de la vista completo cada 12 meses.	1 examen preventivo de la vista completo cada 12 meses.	1 examen preventivo de la vista completo cada 12 meses.
Anteojos:	**Menores de 1 año:** hasta 3 pares de anteojos cada 12 meses, hasta 16 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses. **De 1 a 3 años:** hasta 4 pares de anteojos cada 12 meses, hasta 8 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses. **De 4 a 7 años:** 1 par de anteojos cada 12 meses, hasta 6 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses. **Mayores de 8 años:** 1 par de anteojos cada 24 meses, 2 lentes de contacto permeables al gas cada 24 meses.	**Solo para mayores de 19 y 20 años:** 1 par de anteojos (marcos y lentes) cada 24 meses.	Asignación minorista de $100 para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses.
Reparaciones:	Asignación minorista de $100 para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses.	**Solo para mayores de 19 y 20 años:** no se limita el reemplazo de anteojos perdidos o dañados más allá de la reparación.	Sin cobertura.

Beneficios de transporte

Puede obtener traslados gratuitos para ir y volver de visitas médicas. Solo llame a MTM 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 a 16 años.
- Los miembros menores de 11 años deben ir acompañados de uno de los padres o el tutor.
- Los miembros de 12 a 16 años deben viajar con uno de los padres o el tutor, a menos que MTM tenga un formulario de consentimiento para menores firmado en los registros. Llame a MTM 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.

Ir al médico

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 aquellos 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

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 aquellos 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 aquellos 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

Programa I-Smile: 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 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:

I-Smile | Health & Human Services

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 centro 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 los miembros de tu familia, o uno para todos. También puede llamar a Molina Healthcare al **(844) 236-0894 (TTY:711)** de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. si necesita ayuda para programar una cita, encontrar un proveedor o buscar información sobre su PCP.

Debe elegir 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 desde su aplicación móvil Mi Molina o desde su escritorio en MiMolina.com. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

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

Encuentre un proveedor de cualquiera de estas maneras:

- Diríjase al sitio: **MolinaProviderDirectory.com/IA**
- Inicie sesión en **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 afecciones relacionadas 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 enfermero obstetra certificado
- Servicios de planificación familiar
- Cuidado preventivo y de rutina, como cuidado prenatal, exámenes de las mamas, mamografías y pruebas de Papanicolaou

Un obstetra o ginecólogo como PCP

Las miembros mujeres 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
- Cuidado prenatal
- Parto
- Cuidados posparto
- Atención para cualquier afección médica femenina

- Planificación familiar (también puede consultar con un proveedor que no pertenezca 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 él o ella 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 ginecólogo obstetra, visite nuestro directorio de proveedores en línea en **MolinaProviderDirectory.com/IA** o 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.

Cómo elegir un PCP para su recién nacido

Las mujeres embarazadas pueden elegir un PCP para sus hijos recién nacidos llamando a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. Si no elige un PCP para su recién nacido, le asignaremos uno. Siempre puede elegir un nuevo PCP en línea en **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.

Cómo acudir a su PCP

Programe su primera visita

Después de elegir a su PCP, programe una cita para una visita de bienestar (un seguimiento general). Esto les 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)
- Ingresarle 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:

- 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 coordinar que un traductor hable con usted. También pueden ayudarlo a hablar con su médico o proveedor.

Un traductor le 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.
- Usar 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 dentro de 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 3 semanas.
PCP, síntomas persistentes	En un plazo de 48 horas.
PCP, atención de urgencia	En un plazo de 24 horas.

PCP, cuidado preventivo	En un plazo de 3 semanas.
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 3 semanas.
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 dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de contacto telefónico
Síntomas persistentes	Ha sido atendido o remitido a un proveedor apropiado dentro de las 48 horas de haber informado los síntomas
Visita de atención inicial o de rutina	En un plazo de 3 semanas.
Trastorno por uso de sustancias ilícitas (SUD) y embarazo (embarazada y con necesidad de servicios de SUD)	Admisión dentro de las 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 dentro 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 Molina. Su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudará a elegir un especialista y le hará una remisión.

Pruebas de laboratorio en el consultorio

Molina limita la cantidad de pruebas de laboratorio que se pueden realizar en el consultorio del proveedor. La razón es por motivos de calidad. Todas los demás análisis de laboratorio deben remitirse a uno de los proveedores de laboratorio dentro de la red de Molina. Visite **MolinaHealthcare.com/IA** para buscar una lista de servicios de laboratorio permitidos en el consultorio de un proveedor.

Se permite la recolección de muestras en el consultorio de cualquier proveedor. Consulte la tabla de servicios cubiertos en la sección “Beneficios y servicios cubiertos” de este manual.

Farmacia

Recetas

Usted recibe medicamentos recetados con un costo mínimo o sin costo. Cubrimos sus medicamentos y recetas que son necesarias 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 la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) de Medicaid de Iowa. La PDL incluye medicamentos genéricos y de marca. También le da información sobre un medicamento y le indica cualquier restricción que tenga. Para surtir sus recetas, debe utilizar una farmacia de la red. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de miembro. Asegúrese de surtir sus medicamentos recetados antes de viajar fuera del estado.

La mayoría de los medicamentos tienen cobertura para un suministro de hasta un mes, hay algunos medicamentos en los que el primer suministro será de menos de 30 días y hay algunos medicamentos que están tienen cobertura para un suministro de hasta 3 meses. Los medicamentos a los que se les permite un suministro para 90 días (aproximadamente 3 meses) se pueden encontrar en **www.iowamedicaidpdl.com**.

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

Puede encontrar el enlace de la PDL de Medicaid de Iowa en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/IA en la sección "Pharmacy" (Farmacia) de "Benefits and Services" (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 en la cantidad: limita la cantidad del medicamento que puede surtir o resurtir en un momento o intervalo determinados.
- 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.
- La receta se resurte demasiado pronto (límites en la cantidad).
- Hay otros medicamentos que debe probar primero (terapia escalonada).
- 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 carta se 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. Consulte la PDL cuando necesite surtir o resurtir un medicamento.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos algunos medicamentos OTC con una receta de su proveedor. Consulte nuestra PDL en nuestro sitio web **MolinaHealthcare.com/IA** en "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 para 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**.

Copagos

Molina no cobra a los miembros ningún copago por los productos farmacéuticos; sin embargo, es posible que usted sea responsable de un copago por otros servicios.

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 emergencia decidirá qué tan rápido lo atenderán. Se basará en sus necesidades médicas. No necesita una autorización previa ni una remisión de un proveedor para visitar la ER. Puede utilizar cualquier hospital para recibir atención de emergencia.

Algunos ejemplos de cuándo usar la sala de emergencias:

- Cortes 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
- Pérdida momentánea de la consciencia
- Sangrado abundante
- Pérdida del habla
- Posibles fracturas de huesos
- Sobredosis

Atención de urgencia

Los centros de atención de urgencia son una excelente opción si necesita atención.

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

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

Servicios hospitalarios

Si necesita visitar el hospital por un caso que no es 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 le 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 ER de un hospital.

- Es posible que a los miembros del Plan de Salud y de 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 no urgentes 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 no urgentes prestados en la sala de emergencia del hospital.
3. Proporcionar al miembro el nombre y la ubicación de un proveedor de servicios alternativos no urgentes 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 al Miembro se le informa sobre el proveedor alternativo disponible y sobre el monto del copago, y decide recibir tratamiento para una afección que no es de emergencia en la ER 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 21 años
- Miembros embarazadas (durante todo el embarazo y el período de posparto [12 meses posteriores al final del embarazo])
- Personas que reciben cuidados paliativos
- Niños en hogares de acogida temporal
- Niños discapacitados en virtud de la Ley de Oportunidades para la Familia
- Programa de Atención del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino
- Indígenas de los EE. UU./nativos de Alaska reconocidos por el gobierno federal

Servicios de valor añadido

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** o llame a Servicios para Miembros al **(844) 236-0894 (TTY: 711)** para obtener más información sobre estos beneficios.

Tabla de servicios de valor añadido de Molina

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Recompensas saludables	Complete una prueba de detección de riesgos para la salud.	Todos los miembros.	Recompensa de $25 una vez al año.
	Configure una cuenta en el Portal para Miembros para usted o su hijo.	Todos los miembros que configuren una nueva cuenta.	Recompensa de $25 una vez por miembro.
	Complete un examen físico anual para adultos.	Miembros de 18 años o más.	Recompensa de $25 una vez al año.
	Complete una visita de bienestar para niños.	Recién nacidos hasta los 30 meses de edad.	Recompensa de $10 por visita (máximo de 8 visitas).
		Miembros de entre 3 y 21 años.	Recompensa de $25 una vez al año.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	Completar todas las vacunas necesarias antes de que su hijo cumpla 2 años.	Miembros que cumplen 2 años de edad durante el año calendario.	Recompensa de $100 una vez por miembro.
	Completar el cronograma de VPH antes de cumplir 13 años.	Miembros de 9 a 12 años.	Recompensa de $25 después de completar cada dosis del VPH.
	Vacúnese contra la gripe.	Todos los miembros.	Recompensa de $10 una vez por temporada.
	Notifique a Molina sobre su embarazo.	Todos los miembros.	Recompensa de $50 por notificar a Molina sobre su embarazo durante el 1.º trimestre; O BIEN; recompensa de $25 por notificar a Molina durante el 2.º o 3.º trimestre, según el trimestre actual al momento de la notificación. La recompensa solo se puede obtener UNA VEZ por embarazo.
	Asista a un baby shower de Molina.	Miembros que estén embarazadas o hasta 6 meses después del parto.	Recompensa de $100 una vez por embarazo.
	Complete una visita prenatal durante el primer trimestre (primeros 3 meses de embarazo) o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción.	Miembros que estén embarazadas	Recompensa de $150 una vez por embarazo.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	Complete una visita posparto de 7 a 84 días después del nacimiento del bebé.	Miembros que han dado a luz recientemente.	Recompensa de $75 una vez por embarazo.
	Complete una prueba de detección de cáncer de cuello uterino.	Miembros mujeres de entre 21 y 64 años.	Recompensa de $50 una vez al año.
	Complete una prueba de detección de clamidia.	Miembros mujeres de entre 16 y 24 años.	Recompensa de $25 una vez al año.
	Complete un cribado de cáncer de colon.	Miembros de 45 a 75 años.	Recompensa de $50 una vez al año. * Los métodos de detección incluyen: colonoscopia, prueba inmunoquímica fecal (FIT), prueba de sangre oculta en heces (FOBT), prueba de ADN en heces (Cologuard), colonografía por TAC, sigmoidoscopia flexible.
	Complete una prueba de detección de cáncer de mama (mamografía).	Miembros mujeres de entre 40 y 74 años.	Recompensa de $25 por prueba de A1c (máximo de 4 pruebas por año).
	Complete una prueba de hemoglobina A1c para la diabetes.	Miembros mayores de 18 años diagnosticados con diabetes.	Recompensa de $150 una vez por embarazo.
	Complete un examen de la vista de diabetes.	Miembros mayores de 18 años diagnosticados con diabetes.	Recompensa de $50 una vez al año.
	Complete una prueba de detección renal diabética.	Miembros mayores de 18 años diagnosticados con diabetes.	Recompensa de $25 una vez al año.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	Complete la asistencia a los ciclos de atención de la diabetes.	Miembros mayores de 18 años de edad.	Recompensa de $25 por asistencia a cada sesión.
	Complete una visita de seguimiento dentro de los 7 días posteriores al alta de una hospitalización.	Todos los miembros.	Recompensa de $50 una vez por cada hospitalización.
	Beneficio para cuidadores de miembros de LTSS: ayude a los miembros con servicios y apoyo a largo plazo a completar una visita o prueba de detección preventiva.	Cuidador principal de cualquier miembro que reciba servicios y apoyo a largo plazo.	Recompensa de $50 una vez por miembro al año. Se necesita una remisión a un administrador de casos. Solicítele a su administrador de casos que acceda a este beneficio.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	Complete una prueba de detección metabólica para niños que toman ciertos medicamentos para la salud del comportamiento.	Miembros de entre 0 y 17 años a los que se les hayan recetado medicamentos antipsicóticos de venta bajo receta. Medicamentos elegibles: amitriptilina, aripiprazol, brexpiprazol, cariprazina, clorpromazina, clozapina, flufenazina, haloperidol, loxapina, lurasidona, olanzapina, risperidona, paliperidona, perfenazina, proclorperacina, quetiapina, tioridazina, tiotixeno, trifluoperazina, ziprasidona.	Recompensa de $25 por completar la prueba de detección de glucosa o $25 por completar la prueba de detección de colesterol.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
	Participación en el Programa de Campeones de la Presión Arterial.	Miembros de mayores de 18 años que tengan antecedentes de presión arterial alta y estén inscritos en el Programa de Campeones de la Presión Arterial de Molina. Los miembros deben visitar a su proveedor de atención primaria o proveedor que trate la presión arterial alta durante o después de participar en el programa de Campeones.	Recompensa de $25 por consultar a su médico de atención primaria o de la presión arterial para un control de la presión arterial después de inscribirse en el Programa de Campeones de la Presión Arterial de Molina.
	Participación en apoyo nutricional.	Miembro identificado con obesidad pediátrica de 2 a 17 años de edad; miembros mayores de 18 años con una afección de salud comórbida como diabetes, hipertensión, enfermedad arterial coronaria.	Recompensa de $25 por completar el Programa de Apoyo Nutricional.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Beneficios de transición comunitaria de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	Miembros que hacen la transición de un centro a un entorno comunitario.	Miembros que se mudan de un centro a un entorno comunitario. El miembro no debe ser elegible para recibir otros fondos (p. ej., el programa de subvenciones Money Follows the Person, recursos comunitarios, fondos del condado).	Los miembros son elegibles para: Hasta $2500 para artículos para el hogar, como instalación de servicios públicos, vivienda (alquiler o depósito), artículos para el hogar (sábanas, ropa de cama, toallas), artículos de limpieza y más. Recompensa de $50 una vez por Miembro para comprar alimentos. Se necesita una remisión a un administrador de casos. Solicítele a su administrador de casos que acceda a este beneficio.
Artículos de venta libre (OTC Nations)	Los miembros pueden recibir artículos de venta libre de uso común que no estén cubiertos a través del beneficio de farmacia de Medicaid.	Todos los miembros.	Cupón de $30 por cada hogar miembro por trimestre. Los miembros pueden realizar sus pedidos a través de molinaia.nationsbenefits.com O llamar al 877-391-6245.
Acondicionamiento físico	Molina ofrece una membresía de acondicionamiento físico en su YMCA local.	Todos los miembros que realicen una visita anual de bienestar pediátrico con Molina como seguro primario.	Membresía individual anual gratuita (12 meses) de YMCA.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Transporte adicional a recursos comunitarios	Proporciona 4 viajes de ida por mes a recursos comunitarios como bancos de alimentos, tiendas de comestibles, mercados de agricultores, mujeres, niños pequeños, niños (WIC), agencias de violencia doméstica, citas de asistencia pública, autoridades de vivienda y capacitación laboral, entrevistas y más.	Todos los miembros. Los miembros menores de 16 años deben estar acompañados de un adulto mayor de 18 años.	Llame a MTM para programar un viaje al 1-866-849-2062.
Entrega de comidas a domicilio para miembros embarazadas de alto riesgo y en etapa de posparto	Molina proporcionará Entrega de comidas a domicilio para asistir a las miembros embarazadas y en posparto.	Para miembros embarazadas de alto riesgo y hasta un año después del parto.	Entrega de comidas a domicilio. 2 comidas al día durante 14 días (total de 28 comidas). Hasta 56 comidas por año calendario. Se necesita una remisión a un administrador de casos. Solicítele a su administrador de casos que acceda a este beneficio.
Entrega de comidas a domicilio para hospitalizaciones de alto riesgo	Molina proporcionará comidas con envío a domicilio, incluidas comidas adaptadas médicamente, para asistir a los miembros en la recuperación.	Para miembros de 18 años o más que hayan recibido el alta del hospital con una afección de alto riesgo, en riesgo de readmisión y se identifique que tengan inseguridad alimentaria.	El administrador de casos debe determinar la elegibilidad del miembro para este beneficio.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Pruebas para la obtención del diploma de educación general (GED)/examen de equivalencia secundaria (HiSET)	Cupones para realizar el examen GED/HiSET de forma gratuita en centros de pruebas autorizados. (Valor de $134).	Miembros mayores de 18 años.	Beneficio (una vez en la vida). Llame a Servicios para Miembros para obtener un cupón al (844) 236-0894 (TTY: 711).
Examen GED/HiSET	Tarjeta regalo por aprobar el examen. El examen debe completarse mientras el miembro está inscrito en Molina.	Miembros mayores de 18 años.	Recompensa de $25 una vez por miembro.
TruConnect	Los miembros que califiquen para el programa Federal Lifeline recibirán planes de servicio gratuito de telefonía celular e inalámbrico.	Miembros que califiquen para el programa Federal Lifeline.	Sin costo para el miembro. Teléfono celular, llamadas/ mensajes de texto ilimitados, llamadas internacionales gratuitas a ciertos países y hasta 4.5 GB de datos gratis. Visite **truconnect.com/molina/ia** para inscribirse.
Plataforma de apoyo a la derivación de recursos comunitarios	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.	Sin costo para el miembro. Visite **molinahelpfinder.com/**

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Aplicación Mi Molina	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.	Miembros que completen la configuración de una cuenta en el portal para miembros.	Sin costo para el miembro y reciba una recompensa de $25 una vez por cuenta del portal para miembros.
Transporte de cuidadores	Viajes mensuales para cuidadores para visitar a un miembro que resida en un centro.	Miembros mayores de 18 años que vivan en un centro de cuidado a largo plazo.	4 viajes de ida para cuidadores. Llame a MTM para programar un viaje al 1-866-849-2062.
Guardería canina para el cuidado de mascotas	Proporciona cobertura para los gastos de cuidado de mascotas durante la hospitalización de un miembro inscrito o la admisión residencial por tratamiento de SUD.	Los miembros mayores de 18 años que estén hospitalizados pueden calificar para el reembolso de los gastos de cuidado de mascotas.	El beneficio máximo para los servicios de cuidado (que se pueden utilizar durante varias hospitalizaciones) es de $500. Se necesita una remisión a un administrador de casos. Solicítele a su administrador de casos que acceda a este beneficio.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Dejar de fumar	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.	Miembros elegibles mayores de 18 años, o mujeres embarazadas de cualquier edad.	Productos para dejar de fumar (valor de $185 sin costo para el miembro). 8 semanas de terapia de reemplazo de nicotina para miembros calificados*. 5 sesiones de asesoramiento telefónico con un asesor para dejar de fumar. Miembros embarazadas: 9 sesiones de asesoramiento telefónico con un asesor para dejar de fumar (5 durante el embarazo; 4 después del parto). Gane $60 en recompensas saludables por completar el programa para dejar de fumar Quitline.
Control del peso		Miembros mayores de 18 años que no estén embarazadas.	Acceso a la membresía Core de Weight Watchers. La membresía Core proporciona una experiencia digital para que los miembros accedan a herramientas para perder peso.

Programa	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/límites de servicio
Tutela legal	Miembro que necesita tutela.	Todos los miembros.	Hasta $500.00 para honorarios de tutela. Se necesita una remisión a un administrador de casos. Solicítele a su administrador de casos que acceda a este beneficio.
Programa de Asistencia en el Campamento LTSS	Aumentar la atención de relevo para jóvenes y adultos con discapacidades.	Miembros de LTSS de cualquier edad que necesiten atención de relevo.	El beneficio máximo es de $400 por afiliado por año, además del límite de relevo normal de la exención. Se necesita una remisión a un administrador de casos. Solicítele a su administrador de casos que acceda a este beneficio.

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).

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. Tenga esto en cuenta si recibe una llamada o una carta sobre su vacuna anual contra la gripe o si su hijo no se realiza un chequeo de salud. Esta es una de las maneras en que le 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 niño sano 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 niño sano 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 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

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 a su PCP. Una vez que esté embarazada, su PCP querrá que vea a un OB/GYN (ginecoobstetra). No necesita una remisión para consultar a un OB/GYN. Es importante que consulte con su OB/GYN.

Si necesita ayuda para encontrar un OB/GYN, llame a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. Podemos ayudarla a coordinar su atención prenatal. Cuando se entere de que está embarazada, también debe comunicarse con Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. 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 balanceadas, 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 OB/GYN sobre las opciones de control de natalidad.

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 el cuidado posparto y,
- ¡Y mucho más!

* Se aplican requisitos de elegibilidad

Administración de la atención

¿Debería participar en 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. Le 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 ayudarle 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 le ayudan en la transición. Ayudan a obtener la atención que necesita en casa. 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!**

Care Connections

Care Connections está formado por un equipo de profesionales en enfermería y trabajadores sociales que pueden ayudarle a administrar su salud. Lo visitarán para aprender sobre usted y sus necesidades de salud. Le otorgarán un ACE (examen integral anual) 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 vida asistida, comunidad para adultos mayores u hogar de ancianos.

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:

- Lidiar 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 ayudarle a asegurarse de que esté recibiendo lo que necesita.

¿Está atravesando una crisis?

Si está atravesando una crisis, podemos ayudarle. Molina se ha asociado con Your Life Iowa, la línea de crisis estatal que apoya la salud del comportamiento (BH), el trastorno por uso de sustancias ilícitas (SUD), las apuestas y otras necesidades de salud mental, a la que los miembros pueden acceder las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año, comunicándose con el 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 ayudarla! 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 atención diurna 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.

- Trabaje con usted, los miembros de su familia y los apoyos naturales para desarrollar un plan de servicio que aborde sus necesidades individuales identificadas durante sus reuniones.
- Recibirá una evaluación completa una vez al año o si experimenta un cambio significativo en sus necesidades de salud.
- Ayude a coordinar el acceso oportuno a los servicios.
- Coordine los servicios que satisfagan sus necesidades médicas y funcionales.

Molina puede ayudarle si tiene preguntas sobre sus beneficios y servicios. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6:00 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 hacer 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/VIH
- 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/VIH

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

Para ser elegible, debe cumplir con lo siguiente:

- Un médico le diagnosticó SIDA o infección por VIH.
- 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/VIH

- Atención diurna para adultos
- Servicios de orientación
- Entrega de comidas a domicilio
- Asistente de atención médica en el hogar
- Servicios de ama de casa
- Cuidados de enfermería
- Cuidados de relevo
- 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/ID).
- 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
- Asesoramiento y capacitación familiar
- Modificaciones en el hogar y en el vehículo
- Seguimiento y tratamiento médico provisional
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Servicios prevocacionales
- Cuidados de relevo
- 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).

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 de relevo
- 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
- Sistema de respuesta ante emergencias
- Modificaciones en el hogar y en 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 de relevo
- 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 ayudarle 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 ayudarle 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.

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 HD al cumplir los 21 años pueden seguir siendo elegibles, independientemente de su elegibilidad para SSI, hasta que cumplan los 25 años.
- Quienes 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/ID).

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

Servicios de exención por salud y discapacidad

- Atención diurna para adultos
- Servicios de orientación
- Modificaciones en el hogar y en 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/ID).

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

Servicios de exención por discapacidad intelectual

- Atención diurna para adultos
- Recuperación de las habilidades diurna

- Modificaciones en el hogar y en 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 de relevo
- 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 (ID), 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

- Modificaciones en el hogar y en 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 **Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) | Salud y Servicios Humanos**.

Los miembros de Molina Medicaid con alto riesgo de hospitalización o institucionalización que actualmente están en lista de espera para las exenciones de los servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) de Iowa pueden calificar para servicios y apoyos adicionales. Comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al **(844) 236-0894 (TTY: 711).**

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.

Programa de Servicios Coordinados

Los miembros que accedan a los servicios de HCBS tendrán un programa de servicios coordinados, también llamado planificación de los servicios centrados en la persona (PCSP) Esto lo completa el CBCM con el miembro. El PCSP es un plan que consta de servicios y apoyos que satisfarán las necesidades del miembro de vivir de la manera más independiente posible en la comunidad.

- El PCSP se desarrolla y finaliza en una reunión de equipo interdisciplinario con participantes elegidos por el miembro.
- El PCSP es individualizado para el miembro y se basa en la evaluación actual del miembro.
- El PCSP incluye las metas del miembro, los servicios, las necesidades, los resultados deseados, el plan de emergencia, los factores de riesgo y las restricciones de derechos.

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 comuníquele 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 le ayudará a desarrollar su presupuesto individual, organizar sus servicios y contratar empleados.

También trabajará con un Servicio de Administración Financiera que le 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/VIH**
    a. Entrega de comidas a domicilio
    b. Servicios de ama de casa
    c. Cuidado de relevo individual básico
    d. Atención diurna para adultos
2. **Exención por lesión cerebral**
    a. Modificaciones en el hogar y en el vehículo
    b. Servicios prevocacionales
    c. Cuidado de relevo individual básico

d. Equipo médico especializado
e. Vida asistida en la comunidad
f. Empleo asistido
g. Transporte
h. Atención médica diurna para niños
i. Atención diurna para adultos

3. Exención para personas de edad avanzada

a. Dispositivos de asistencia
b. Servicios de tareas domésticas
c. Modificaciones en el hogar y en el vehículo
d. Entrega de comidas a domicilio
e. Servicios de ama de casa
f. Cuidado de relevo individual básico
g. Acompañante mayor
h. Transporte
i. Atención diurna para adultos

4. Exención por salud y discapacidad

a. Modificaciones en el hogar y en el vehículo
b. Entrega de comidas a domicilio
c. Cuidado de relevo individual básico
d. Apoyo de mantenimiento del hogar
e. Atención médica diurna para niños
f. Atención diurna para adultos

5. Exención por discapacidad intelectual

a. Recuperación de las habilidades diurna
b. Modificaciones en el hogar y en el vehículo
c. Servicios prevocacionales
d. Cuidado de relevo individual básico
e. Vida asistida en la comunidad
f. Empleo asistido
g. Transporte
h. Atención médica diurna para niños
i. Atención diurna para adultos

6. Exención por discapacidad física

a. Cuidado de asistente
b. Cuidado de asistente especializado
c. Modificaciones en el hogar y en el vehículo
d. Equipo médico especializado
e. 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 utiliza para el cuidado de asistente, el cuidado de asistente especializado y el apoyo de mantenimiento del hogar. 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 enlace: **Opción de selecciones del consumidor (CCO) | Salud y Servicios Humanos**.

Cuidado de asistente (especializado y no especializado)

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 el cuidado de asistente (especializado y no especializado), que puede brindarle la ayuda que necesita para permanecer en su propia casa. Los servicios de cuidado de asistente (especializado y no especializado) deben ser servicios directos y prácticos. Los servicios de cuidado de asistente (especializado y no especializado) no pueden proporcionar su supervisión personal o que alguien se quede con usted durante la noche.

Hay dos tipos de servicios de cuidado de asistente: 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 otros, visitas al médico, mandados y tareas domésticas.

Los servicios especializados son servicios médicos que requieren que un enfermero o terapeuta con licencia supervise a la persona que hace estas cosas por usted. Estos incluyen el monitoreo de medicamentos, atención de enfermería posquirúrgica, inyecciones, registro de signos vitales, alimentación por sonda, atención de catéteres, atención de colostomía, dietas terapéuticas y terapia intravenosa.

Usted es el empleador de su asistente de cuidado (especializado y no especializado). Deberá celebrar un contrato con el empleado en el que se detallen las tareas que realizará su proveedor de asistente de cuidado (especializado y no especializado). Su proveedor puede ser una persona que conozca o alguien de una agencia. Recuerde que esta persona estará en su hogar ayudándole a hacer las cosas necesarias para mantenerlo en su hogar. Es importante que se sienta cómodo con él o ella. Su administrador de casos comunitario (CBCM) puede ayudarle a determinar cuántos fondos están disponibles para usted en virtud de su exención de HCBS

Sus derechos y responsabilidades

para los servicios de cuidado de asistente (especializado y no especializado). Esto le ayudará a planificar los horarios de trabajo y los salarios de los proveedores.

Verificación electrónica de visitas (EVV). Los servicios de cuidado de asistente (especializado y no especializado) se deben confirmar a través de la EVV a menos que usted viva en un centro de vida asistida o de atención residencial. Para el resto de los proveedores de cuidado de asistente (especializados y no especializados) o de agencias o proveedores individuales, esto es un requisito. Su proveedor debe realizar esta verificación en la fecha del servicio para ayudar a garantizar el pago oportuno. Si tiene preguntas sobre este proceso o su función en la EVV, comuníquese con su administrador de casos basado en la comunidad (CBCM) asignado.

Cómo obtener servicios de cuidado de asistente (especializado y no especializado). Para recibir cuidado de asistente (especializado y no especializado), usted ya debe estar recibiendo servicios de la exención de HCBS. Si solicita el cuidado de asistente (especializado y no especializado) como un servicio, tendrá una reunión con su CBCM y otras personas que desee incluir. Su CBCM debe confirmar que los servicios de cuidado de asistente (especializado y no especializado) sean adecuados para usted, de modo que esté sano y seguro.

Para obtener más información sobre cómo encontrar el proveedor adecuado, contratos de trabajo, salarios, mantenimiento de registros, planes de respaldo, problemas de personal, denuncias de abuso y más, visite
Cuidado de asistente dirigido por el consumidor (CDAC) | Salud y Servicios Humanos.

Sus derechos y responsabilidades

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

Sus derechos:

Los miembros tienen derecho a recibir servicios de atención médica oportunos de acuerdo con la pauta federal de acceso.

- 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, reposo 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 independientemente del costo o del 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. Siga 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.
- Haga 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 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) 2360894 (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
Pago de la prima del seguro de salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos.

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 al consultorio de IDVA al **(515) 252-4698** o al **(800) 8384692** y solicite 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 ayudarle de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. También hay servicios de traducción disponibles si son necesarios. Molina no lo tratará de manera diferente por presentar una apelación o una queja.

- 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: **Iowamemberappealsgrievances@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 tres 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 en un plazo de dos días, por qué es lo más conveniente para usted. También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para reunir información adicional.

Si su queja estaba relacionada con una solicitud de cancelación de la inscripción de Molina, el HHS es responsable de la decisión final. Debe comunicarse directamente con el HHS si desea continuar solicitando la cancelación de la inscripción una vez que se haya completado el proceso de quejas de Molina.

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 proporcionará información 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 comunicarse con Servicios para Miembros de Molina y le 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: **Iowamemberappealsgrievances@molinahealthcare.com**

Puede encontrar el formulario de apelación y el formulario de representante autorizado en su carta de denegación y en línea en **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 dentro de los tres 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 dentro de los dos (2) días posteriores a que nos notifique 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 72 horas, se lo notificaremos por escrito y completaremos su apelación en los 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 Iowa Department of Health and Human Services 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 Iowa Department of Health and Human Services (HHS) de Iowa comunicándose con la Oficina de Apelaciones del HHS al **(888) 723-9637.**

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

Iowa Department of Health and Human Services
Appeals Bureau
321 E 12th Street 4th Floor
Des Moines, IA 50319

Correo electrónico: **appeals@hhs.iowa.gov**
Sitio web: **https://hhs.iowa.gov/programs/appeals**

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 posteriores a 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 continuidad de los beneficios se presenta:
  - Dentro 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 cumple lo anterior, sus beneficios deben continuar hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- 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
321 E. 12th St., 4th Fl
Des Moines, IA 50313-9025
Teléfono: **515-725-3333** o al número gratuito **1-866-236-1430**
Fax: **515-725-3313**
Correoelectrónico: **sltco@hhs.iowa.gov**

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

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**

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 del patrimonio puede incluir el monto total de los pagos de capitación realizados a un plan de atención administrada, incluidos los médicos y dentales, incluso si el plan no pagó ningún servicio. Los miembros afectados por la política de recuperación de patrimonio son aquellos que:

- Tienen 55 años o más, independientemente de dónde vivan; o
- Tienen menos de 55 años.
    - Residen en un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o un instituto de salud mental.
    - 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 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o acceda al sitio web de Medicaid de Iowa en **Estate Recovery | Health & Human Services** o visite **https://hhs.iowa.gov** e ingrese a "estate recovery" (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: 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. Nombra a alguien que está autorizado a tomar decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede tomarlas por sí mismo.

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 de 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 intencional o declaración falsa 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 constituya 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 del fraude, despilfarro y abuso.
- Cumplimos con las leyes estatales y federales.
- Investigamos todos los casos sospechosos de fraude, despilfarro y abuso. Los denunciamos 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 casos de fraude, despilfarro y abuso 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 informe en línea en **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 prácticas de privacidad de Molina Healthcare of Iowa, Inc.

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

Molina Healthcare of Iowa, Inc. ("**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") utiliza y comparte su información médica protegida para brindarle beneficios de salud. Utilizamos y compartimos su información para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También utilizamos y compartimos su información por otros motivos según lo permita y exija la ley. Tenemos el deber de mantener la privacidad de su información médica y seguir los términos de este aviso. La fecha de entrada en vigencia de este aviso es el 1 de enero de 2026.

PHI significa "información de salud protegida". PHI se refiere a la información de salud que incluye su nombre, número de Miembro u otros identificadores, y que es utilizada o compartida por Molina. La PHI incluye información sobre los trastornos por abuso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle atención médica o coordinarla. El tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección de salud con un especialista. Esto ayuda al especialista a hablar sobre su tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede usar o compartir PHI para tomar decisiones sobre el pago. Esto puede incluir reclamaciones, aprobaciones de tratamiento y decisiones sobre necesidad médica. Su nombre, su afección, su tratamiento y los suministros proporcionados pueden estar detallados en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted tiene nuestros beneficios. También le informaríamos al médico el importe de la factura que pagaríamos.

Para operaciones de atención médica

Molina podría usar o compartir PHI sobre usted para ejecutar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar la información de su reclamación para informarle sobre un programa de salud que podría ser de utilidad para su caso. También podemos usar o compartir su PHI para resolver preocupaciones del miembro. Su PHI también se puede usar para ver que las reclamaciones se pagan correctamente.

Las operaciones de atención médica implican muchas necesidades comerciales diarias. Incluye, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Mejoras en la calidad.
- Acciones en los programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realización u organización de revisiones médicas.

- Servicios legales, incluidos programas de detección y enjuiciamiento de fraude y abuso.
- Acciones para ayudarnos a obedecer las leyes.
- Abordar necesidades de los miembros, incluida la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("socios comerciales") que hagan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos utilizar su PHI para recordarle sus citas. Podemos utilizar su PHI para brindarle información sobre otros tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿En qué casos puede Molina usar o compartir su PHI sin obtener una autorización por escrito (aprobación) de su parte?

La ley permite o requiere que Molina use y comparta su PHI para varios otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por ley

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo exige la ley. Compartiremos su PHI cuando lo solicite la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede ser para un caso judicial, otra revisión legal o cuando sea necesario para fines de cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI puede utilizarse o compartirse para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede utilizarse o compartirse con agencias gubernamentales. Es posible que necesiten su PHI para auditorías.

Investigación

Su PHI puede utilizarse o compartirse para investigaciones en ciertos casos.

Trámites legales o administrativos

Su PHI puede utilizarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI puede ser utilizada o compartida con la policía para ayudar a encontrar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida.

Salud y seguridad

Su PHI puede compartirse para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo sería proteger al presidente.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Su PHI puede compartirse con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Compensación para trabajadores
Su PHI se puede usar o compartir para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.

Otras divulgaciones
Su PHI puede compartirse con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarlos a realizar su trabajo.

Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación
Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y uso de sustancias ilícitas, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

Información sobre el trastorno por uso de sustancias ilícitas (SUD)
Si bien no somos un programa de tratamiento de trastornos por uso de sustancias ilícitas conforme a la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información suya de un Programa SUD. No podemos divulgar información sobre el SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito; o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitido después de que usted y nosotros recibiéramos un aviso y la oportunidad de ser escuchados.

¿En qué casos necesita Molina su autorización por escrito (aprobación) para usar o compartir su PHI?
Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para un propósito distinto de los que se mencionan en este aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de mercadeo; y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de PHI. Puede cancelar una aprobación por escrito que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya hayamos realizado debido a la aprobación que usted ya nos dio.

¿Cuáles son los derechos que tiene en relación con la información de salud?
Tiene derecho a lo siguiente:

- **Restricciones en los usos de la PHI o divulgaciones (compartir su PHI)**
  Usted puede pedirnos que no compartamos su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede solicitarnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre y que estén involucradas en su atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**
  Usted puede solicitarle a Molina que le dé su PHI de cierta manera o en un lugar determinado para mantenerla privada. Cumpliremos con solicitudes razonables si usted nos dice que compartir todo o una parte de esa PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**
  Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que tenemos en nuestro poder. Esto puede incluir los registros que se utilizan sobre cobertura, reclamaciones y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por copiar y enviar los registros por correo postal. En determinados casos, podemos denegar la solicitud. Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea revisar, obtener una copia o cambiar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.

- **Modificación de su PHI**
  Usted puede solicitar que modifiquemos (cambiemos) su PHI. Esto involucra únicamente aquellos registros que mantenemos sobre usted como miembro. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Puede presentar una carta en desacuerdo con nosotros si denegamos la solicitud.

- **Recibir un estado de cuenta de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**
  Puede solicitar que le demos una lista de ciertas partes con las que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida:
  - para tratamiento, pago u operaciones de atención médica;
  - a las personas acerca de su propia PHI;
  - si se compartió con su autorización;
  - debido a un incidente de uso o divulgación permitido o requerido de alguna manera por la ley correspondiente;
  - PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o con fines de inteligencia; o
  - como parte de una serie de datos limitados de acuerdo con la ley correspondiente.

- **Obtener una copia separada de este aviso**
  Cobraremos una tarifa razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.
  Puede hacer cualquiera de las solicitudes indicadas anteriormente o puede obtener una copia impresa de este aviso. Llame a Servicios para Miembros de Molina al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Molina.

¿Qué puede hacer si sus derechos no se protegieron?

Puede presentar un reclamo ante Molina y ante el Department of Health and Human Services si considera que se han violado sus derechos de privacidad. No haremos nada en su contra por presentar una queja. Su cuidado y beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentar un reclamo ante nosotros de los siguientes modos:

Llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Escriba a Servicios para Miembros, PO Box 93653, Des Moines, Iowa 50393, los 5 días de la semana, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 711.

Puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: (800) 368-1019, TTY: (800) 537-7697, Fax: (202) 619-3818

¿Cuáles son los deberes de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

- Mantener su PHI privada.
- Darle información escrita, como esta, sobre nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Enviarle un aviso en caso de que se vulnere su PHI.
- No utilizar ni revelar su información genética para fines de suscripción.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Molina se reserva el derecho de modificar en cualquier momento sus prácticas de información y los términos de este aviso. De ser así, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que mantengamos. Si hacemos cambios sustanciales, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o información sobre el cambio de material y cómo obtener el aviso revisado, en nuestra próxima correspondencia anual a nuestros miembros que tengan cobertura de Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Escriba a Servicios para Miembros, PO Box 93653, Des Moines, Iowa 50393, los 5 días de la semana, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 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 benefician su salud.
- Trabajar junto a los proveedores para que reciba 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 PCP.
- Su plan médico.
- Los especialistas que ha consultado.
- Los 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. Prestamos atención a lo siguiente:

- Exámenes anuales
- Cuidado de la diabetes
- Mamografías (radiografías de las mamas)
- Gestión de medicamentos
- Pruebas de Papanicolaou
- Cuidado prenatal
- Cuidados 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 y de su familia. Para lograrlo, haremos lo siguiente:

- Recordarle que debe hacerse exámenes de control de bienestar y colocarse vacunas.
- Enseñarle sobre los problemas de salud crónicos que puede tener.
- Garantizar el cuidado prenatal y posparto en caso de embarazo.
- Recordarle que debe hacerse las pruebas de Papanicolaou y las mamografías, de ser necesario.
- Abordar cualquier reclamo que tenga.

- Ayudarle 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 de 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, reprográmela 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** 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/IA**.

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 a partir de la inscripción inicial
- Una vez cada 12 meses durante su período de elección anual a partir de entonces

Los miembros que no se encuentren dentro de su inscripción inicial o período de elección anual solo pueden cambiar de MCO por razones de causa justificada. 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; o
- 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.

Debe presentar una queja (consulte la sección de "Queja" 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

Atención diurna para adultos: Los servicios de atención diurna para adultos proporcionan un programa organizado de cuidado de apoyo en un entorno grupal o individual a personas que necesitan cierto grado de supervisión y asistencia de manera regular o intermitente en un centro de cuidado diurno o en el hogar debido a la ausencia del cuidador principal. Los apoyos que se brindan durante el cuidado diurno serían la supervisión de protección, el monitoreo, las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Se incluyen los cuidados personales (p. ej.: deambular, ir al baño, alimentarse, medicamentos), apoyo del comportamiento o cuidados intermitentes relacionados con la salud, que no se hayan pagado de otra forma conforme a otros programas de exención o del plan estatal.

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.

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 un solo MCO, la denegación de 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.

Administración de casos: Proporciona coordinación y monitoreo del servicio. Disponible como servicio de habilitación 1915 (i) cuando la persona no califica para la administración de casos específicos.

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

Clínica Comunitaria Certificada de Salud del Comportamiento (CCBHC): Una clínica especialmente designada que brinda una amplia gama de servicios de salud mental y abuso de sustancias. Los CCBHC están diseñados para garantizar el acceso a atención coordinada para cualquier persona que la solicite, independientemente de su capacidad de pago, lugar de residencia o edad.

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.

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

Administración de casos comunitarios (CBCM): La administración de casos comunitarios ayuda a los miembros de los servicios y apoyo 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.

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.

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.

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

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

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia por una afección médica de emergencia.

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

Servicios de emergencia: Se brindan servicios de emergencia cuando tiene una afección médica de emergencia.

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

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 servicios y apoyo 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.

Queja: Usted 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:

- 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.
- Se le recomiendan cambios en las políticas y servicios.
- Cualquier otro problema con el acceso a la atención.

Servicios de recuperación de las habilidades: Servicios de recuperación de 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 enfermedades mentales crónicas en sus propios hogares y comunidades.

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

Seguro de salud: Cobertura financiera para cubrir una parte del costo de las facturas médicas del titular de la póliza. Puede ser un programa de cobertura pública como Medicare, Medicaid, MCO; Servicios de Salud Indígena del CHIP. Puede ser atención médica privada, como la brindada por un empleador o comprada en el mercado.

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

Programa de Comportamientos Saludables: Los miembros del Plan de Salud 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, todos los años, los miembros del Plan de Salud y de Bienestar de Iowa de deben:

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 no urgentes.

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

Atención médica en el hogar: La 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.

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

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

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

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.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los Servicios y apoyo 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 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 médicamente necesarios: Servicios o suministros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una afección médica. Deben cumplir con los estándares de buenas prácticas médicas.

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 proporciona dentro de la red.

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

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.

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

Plan de servicio centrado en la persona: Un Plan de servicio centrado 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).

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

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

Prima: La prima del seguro médico es el monto que los asegurados pagan por la cobertura médica.

Cobertura de medicamentos con receta: Seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos y los medicamentos con receta.

Medicamentos con receta: Los medicamentos con receta son medicamentos que, por ley, requieren una receta.

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

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.

Proveedor de atención primaria: El proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, médico asistente o enfermero practicante que brinda 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.

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.

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

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Los servicios y dispositivos de rehabilitación son médicamente necesarios y razonables para que usted mejore su estado de salud, lo ayude a conservar, 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.

Trastorno emocional grave (SED): El 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)

Plan de servicio: Un 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.

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

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.

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

Empleo asistido: 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.

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.

* Estas páginas se dejaron en blanco intencionalmente.



MOLINA®
HEALTHCARE