



Manual para miembros



1-833-404-1061

TTY: 711

© 2024 Iowa Total Care. Todos los derechos reservados.

[IowaTotalCare.com](https://www.IowaTotalCare.com)

OP-M-1853

Esta página se ha dejado en blanco a propósito.

Lenguaje de no discriminación

Iowa Total Care cumple con las leyes de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo. Iowa Total Care no excluye ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Iowa Total Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra en imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Iowa Total Care a nuestro número gratuito 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Si cree que Iowa Total Care no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una reclamación a la siguiente dirección:

Iowa Total Care Grievance Coordinator

1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400 South

West Des Moines, IA 50266

1-833-404-1061 (TTY: 711)

Correo electrónico: appealsgrievances@iowatotalcare.com

Fax: 1-833-809-3868

Puede presentar una queja en persona o por teléfono, o enviarla por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar la reclamación, Iowa Total Care está disponible para proporcionarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

Language Assistance

Medicaid Member Services: 1-833-404-1061 (TTY: 711)

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

Español (Spanish): Servicios de asistencia con el idioma, ayudas y servicios auxiliares, letra más grande, interpretación y otros formatos alternos están a su disposición sin costo alguno. Para obtener estos servicios, llame al número que se proporciona arriba.

中國人 (Chinese): 您可以免費獲得語言協助服務、輔助設備和服務、更大的字體、口譯和其他替代格式。如需獲得這些服務，請撥打上面的號碼。

Tiếng Việt (Vietnamese): Các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, dịch vụ và công cụ phụ trợ, phông chữ lớn hơn, thông dịch, và các định dạng thay thế khác được cung cấp miễn phí cho bạn. Để nhận dịch vụ này, vui lòng gọi số điện thoại ở trên.

Serbo-Croatian (Serbo-Croatian): Usluge jezične pomoći, pomoćni alati i usluge, veći font, usmeni prijevod i ostali alternativni oblici dostupni su vam besplatno. Za dobivanje istog, nazovite gore navedeni broj.

Deutsch (German): Sprachassistenzen, Hilfsmittel und -dienste, größere Schrift, mündliche Übersetzungen und andere alternative Formate stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Hierzu rufen Sie bitte die oben genannte Nummer an.

عربي (Arabic): تتوفر خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات الإضافية وتكبير حجم الخط والترجمة الشفوية والتنسيقات البديلة الأخرى لك مجاناً. للحصول على هذه الخدمات، يُرجى الاتصال بالرقم الوارد أعلاه.

ລາວ (Lao): ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ, ການຂຽນເປັນຕົວໜັງສືຂະໜາດໃຫຍ່, ການແປປາກເປົ່າ, ແລະ ຮູບແບບທີ່ເປັນທາງເລືອກອື່ນ ໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການນີ້, ກະລຸນາໂທຫາໝາຍເລກໂທລະສັບຂ້າງເທິງ.

Medicaid Plan: Toll-Free 1-833-404-1061 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 언어 지원 서비스, 보조 지원 및 서비스, 큰 글꼴, 통역, 기타 대체 형식이 무료로 이용 가능합니다. 이를 이용하시려면, 위의 번호로 전화하십시오.

हिन्दी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं, अतिरिक्त साधन और सेवाएं, बड़े अक्षर, मौखिक अनुवाद, और अन्य वैकल्पिक प्रारूप आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। इसे हासिल करने के लिए, कृपया ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

Français (French): Des services d'assistance linguistique, des services et des aides complémentaires, une police de caractères agrandie, une traduction orale et d'autres formats vous sont accessibles gratuitement. Pour en bénéficier, veuillez appeler le numéro indiqué ci-dessus.

Pennsylvanian Dutch (Pennsylvania Dutch): Hilf mitt di shproch, anri sadda hilf un deenshta, graysah print, laut shvetza translaydes, un anri veyya un formats kansht du greeya unni kosht. Fa dess greeya, please roof da nummah uf es do ovva droh is.

ไทย (Thai): เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษา ความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม บริการแบบอักษรขนาดใหญ่ การแปลด้วยวาจา และรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ ให้คุณใช้บริการได้ฟรี หากต้องการใช้บริการนี้ โปรดโทรติดต่อไปที่หมายเลขด้านบน

Tagalog (Tagalog): Mga serbisyong pantulong sa wika, karagdang pantulong at mga serbisyo, mas malaking font, binibigkas na pagsasalin, at iba pang alternatibong format na makukuha mo nang libre. Para makuha ito, pakitawagan ang numero sa itaas.

ကညီ (Karen): တၢ်မၤစၢၤကျိၢ် အတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ, တၢ်တိၣ်စၢၤမၤစၢၤတၢ်လၢ ပၤန့ၢ်တဟူတၢ်အဂီၢ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤ တၢ်မၤတဖၣ်, လံာ်မံၤဖျါန့ၢ် လၢအဒိၣ်ထီၣ်တဖၣ်, တၢ်တၢ်ကျိၢ်ထံတၢ်, ဒီးတၢ်ရဲၣ်လီၤ အက့ၢ်အဂီၢ်လၢ အဂၤတဖၣ်လၢ အိၣ်လၢန့ၢ်လၢတအိၣ်ဒီး တၢ်လၢကံၤဘျီၣ်လၢကံၤစ့ၤနီၣ်တမံၤဘျီၣ်န့ၢ်လီၤ. လၢနကမၤန့ၢ် တၢ်အံၤအဂီၢ်, ဝံသးစ့ၤ ကံးလီၤတံၤစံၣ်နီၣ်ဂံၢ်လၢထးတက့ၢ်.

Medicaid Plan: Toll-Free 1-833-404-1061 (TTY: 711)

русский (Russian): Услуги переводчика, вспомогательные средства и услуги, более крупный шрифт, услуги устного перевода и прочие альтернативные средства помощи предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться этими услугами, позвоните по номеру выше.

Para obtener asistencia de accesibilidad telefónica si usted es sordo, tiene problemas de audición, es ciego o tiene dificultades para hablar, llame al 711.

Llame al 1-800-735-2942, a Relay Iowa TTY (teléfono de texto para personas con problemas de audición, del habla y ceguera) si necesita asistencia telefónicamente.

Esta página se ha dejado en blanco a propósito.

MANUAL PARA MIEMBROS

Índice

BIENVENIDOS	1
Información de contacto importante	2
Sus tarjetas de identificación.....	4
ACCESIBILIDAD	7
ELEGIBILIDAD.....	8
Si se muda	8
Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki.....	8
Renovación y cambios en su cobertura.....	8
IOWA HEALTH LINK.....	10
PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE IOWA	11
HAWKI.....	13
BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS	14
Beneficios de transporte.....	22
Para programar el transporte.....	22
Beneficios dentales.....	23
Autorizaciones previas.....	24
CÓMO ACUDIR AL MÉDICO	26
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	26
Cómo acudir a su PCP	27
Especialistas	29
FARMACIA	30
Recetas.....	30
Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés).....	30
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA.....	33
Emergencias.....	33
Atención de urgencia	34
Servicios hospitalarios	35
Atención de rutina	35

COSTOS PARA LOS MIEMBROS.....	37
Copagos.....	37
Responsabilidad de los miembros/Participación del cliente	38
PROGRAMA DE RECOMPENSAS	40
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	41
MEDICINA PREVENTIVA	47
Medicina preventiva para adultos.....	47
Medicina preventiva para niños	47
ATENCIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS	48
GESTIÓN DE LA ATENCIÓN	51
SALUD CONDUCTUAL.....	53
SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO	55
Servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)	55
OPCIÓN DE ELECCIONES DEL CONSUMIDOR	62
PROGRAMAS DE HOGAR DE SALUD	67
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	69
OTROS SEGUROS Y FACTURAS	74
Si tiene Medicare u otro seguro	74
RECLAMACIONES Y APELACIONES	75
Defensor del cliente (ombudsman)	79
RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO	80
CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL	81
FRAUDE, DERROCHE Y ABUSO.....	82
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	83
ACCESO A SUS HISTORIAS DIGITALES	90
OTROS DETALLES DEL PLAN.....	91
GLOSARIO DE TÉRMINOS	96

BIENVENIDOS

¡Gracias por elegir Iowa Total Care como su plan de salud!

Iowa Total Care trabaja con el Departamento de Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de Iowa. Proporcionamos servicios de salud para el programa Medicaid de Iowa. Junto con su médico, ayudamos a gestionar su atención y su salud. Nuestro trabajo consiste en asegurarnos de que reciba los servicios que necesita para mantenerse saludable.

¿Qué es el programa Medicaid de Iowa?

El programa Medicaid de Iowa proporciona servicios de salud física, servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), servicios de la vista seleccionados, transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés) y beneficios comunitarios.

¿Qué es Iowa Total Care?

Iowa Total Care es una Organización de Atención Médica Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) de Medicaid. Un miembro es cualquier persona que recibe servicios de la MCO. El propósito de una MCO es brindar a los miembros acceso a todos los servicios de salud que necesitan a través de una compañía.

Como MCO, Iowa Total Care ayudará a coordinar sus necesidades individuales de atención médica. De este modo, nuestro objetivo es mejorar los resultados de salud de todos los residentes de Iowa a los que tenemos el privilegio de atender.

Póngase en contacto con nosotros para solicitar información como:

- Beneficios, elegibilidad, reclamaciones o proveedores participantes
- Cómo trabajamos con sus otros planes de salud (si tiene uno).
- Cómo pagamos a nuestros proveedores.
- Resultados de las encuestas a los miembros.

Si desea indicarnos de qué manera podemos mejorar o si desea recomendar cambios en nuestras políticas, procedimientos o servicios, llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care. 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Iowa Total Care en la comunidad

Iowa Total Care está comprometido con nuestra comunidad. Ofrecemos apoyo y programas en todo el estado a todos los ciudadanos de Iowa. Para obtener más información visite www.iowatotalcare.com.

Acerca de su Manual para miembros

ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO. NO SE DEBE TOMAR COMO PRUEBA DE LA COBERTURA DEL SEGURO ENTRE Iowa Total Care Y EL MIEMBRO.

El Manual para miembros es una guía detallada de Iowa Total Care y de sus beneficios de atención médica. Explica sus derechos, sus beneficios y sus responsabilidades como miembro de Iowa Total Care. Lea atentamente este folleto. Le brinda información sobre sus beneficios y servicios, tales como:

- Lo que cubre/no cubre Iowa Total Care.
- Cómo obtener la atención que necesita.
- Cómo surtir sus recetas.
- Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
- Requisitos de elegibilidad.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Qué hacer si no está satisfecho con su plan de salud o su cobertura.
- Cuándo utilizar la atención de urgencia en vez de la sala de emergencias.
- Materiales que recibirá de Iowa Total Care.

Los servicios mencionados están financiados en parte por el estado de Iowa.

Iowa Total Care no niega los servicios basándose en objeciones morales o religiosas.

Llame a Servicios para Miembros y solicite una copia impresa o una copia adicional del Manual para miembros sin costo alguno. Las copias impresas del manual se enviarán por correo en un plazo de cinco días hábiles. El número de teléfono gratuito es 1-833-404-1061 (TTY: 711). También puede visitar el sitio web www.iowatotalcare.com para ver el Manual para miembros.

Tómese el tiempo para revisar su manual. Téngalo a mano en caso de que lo necesite.

Información de contacto importante

Servicios para Miembros de Iowa Total Care

- Teléfono: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Llame a este número para todas las necesidades de Servicios para Miembros, tales como las siguientes:
 - Personal de enfermería (disponible 24 horas al día, 7 días a la semana).
 - Visión.
 - Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés).
 - Manejo de medicamentos.
 - ConnectionsPlus.
 - Administración de la atención.
 - Salud física y conductual.
 - Exención y servicios prestados en las instalaciones.
 - Defensor del cliente (ombudsman).
 - Para solicitar un intérprete.
- Horario de atención: de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6 p. m, hora del centro.
- Sitio web: www.iowatotalcare.com.
- Dirección:
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400 South
West Des Moines, IA 50266

Línea de asesoría de enfermería 24/7

- Teléfono: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- La línea de asesoría de enfermería 24/7 está disponible 24 horas al día, todos los días.
- Sitio web: www.iowatotalcare.com.

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés): Access2Care

- Teléfono: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Disponible para miembros de Iowa Health Link.
- Horario de atención: de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6 p. m, hora del centro.
- Sitio web: www.iowatotalcare.com.

Visión: Envolv Vision

- Teléfono: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Horario de atención: de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6 p. m, hora del centro.
- Sitio web: www.iowatotalcare.com.

Información de contacto del estado

Centro de Llamadas de Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa o agente de inscripción

- Teléfono 1-800-338-8366 (sin costo); 1-515-256-4606 (en el área de Des Moines).
- Llame a este número para obtener asesoramiento sobre la elección de MCO e inscripción para los miembros de Iowa Health Link. Los Servicios para Miembros de IM también puede ayudar con el pago de las primas y las solicitudes de dificultades económicas de los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa.
- Para obtener asistencia de accesibilidad telefónica si usted es sordo, tiene problemas de audición, es ciego o tiene dificultades para hablar, llame al TTY de retransmisión de Iowa al 1-800-735-2942.
- Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro.
- También puede enviar un correo electrónico al Servicio para Miembros de IM al: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us.
- Sitio web: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link.

Servicio al consumidor de Hawki

- Teléfono: 1-800-257-8563 (sin costo).
- Llame a este número para obtener asesoramiento sobre la elección de MCO e inscripción para los miembros de **Hawki**. El Servicio al Consumidor de **Hawki** también puede asistirlo con el pago y preguntas sobre la prima.
- Horario de atención: de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m., hora del centro.

Centro de contacto de Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa (HHS, por sus siglas en inglés)

- Teléfono: 1-855-889-7985.
- Horario de atención: de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m., hora del centro.
- Llame a este número si es nuevo en Medicaid y tiene preguntas sobre la solicitud.

Centro de Servicio al Cliente de Mantenimiento de Ingresos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa (HHS, por sus siglas en inglés) o agente de inscripción

- Teléfono: 1-877-347-5678
- Horario de atención: de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m., hora del centro.
- Llame a este número para informar de cambios para seguir teniendo derecho a Medicaid, como cuando empieza y termina un empleo.
- Encuentre su oficina de HHS local: hhs.iowa.gov/about/hhs-office-locations

Abuso de niños y adultos dependientes

- Si sospecha que un niño o un adulto dependiente está sufriendo abuso, llame a la línea directa contra el abuso al 1-800-362-2178, 24 horas al día, siete días a la semana.
- Si el niño o adulto dependiente está en peligro inmediato, llame al 911.

Sus tarjetas de identificación

Todos los miembros reciben una *tarjeta de elegibilidad para la asistencia médica* (formulario 470-1911).

- Conserve su tarjeta hasta que obtenga una nueva.
- Siempre lleve la tarjeta con usted y no permita que nadie más la use.
- Muestre su tarjeta al proveedor cada vez que reciba atención.
- Si pierde su tarjeta de Medicaid, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa: 1-800-338-8366.
- Si se salió de Medicaid de Iowa y vuelve al programa, no se emitirá una nueva tarjeta. Póngase en contacto con Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa para solicitar una nueva tarjeta de Medicaid.



Tarjeta de la Organización de Atención Médica Administrada

Cuando se inscriba, Iowa Total Care le enviará por correo una tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care. Lleve su tarjeta de identificación a todas las citas.

Su tarjeta de identificación de **Iowa Total Care/Hawki** tendrá el siguiente aspecto:

Parte frontal



Parte posterior



Su tarjeta de identificación de **Iowa Total Care/Iowa Health Link** tendrá el siguiente aspecto:

Parte frontal



Parte posterior



Le enviaremos por correo su tarjeta de identificación permanente después de que haya elegido a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Su tarjeta de identificación de miembro es prueba de que usted es un miembro de Iowa Total Care. Muestre esta tarjeta de identificación cada vez que necesite atención. Esto incluye:

- Citas médicas
- Atención de urgencia
- Citas para la vista
- Citas de salud conductual
- Visitas de emergencia
- Retiro de las recetas en la farmacia

También debe llevar con usted su tarjeta de identificación de Medicaid emitida por el estado para recibir los beneficios de Medicaid que Iowa Total Care no proporciona.

Cada vez que reciba de nuestra parte una nueva tarjeta de identificación de miembro, destruya la que tenía. Si pierde su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care, o no la recibió, podemos reemplazarla. También puede ver su tarjeta de identificación en la aplicación móvil de Iowa Total Care hasta que reciba su nueva tarjeta. Para reemplazar la tarjeta, visite el portal seguro para miembros (member.iowatotalcare.com) para solicitar una nueva o llame a Servicios para Miembros: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de siete días hábiles.

Puede imprimir una copia en papel de su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care desde nuestro portal seguro para miembros: www.member.iowatotalcare.com.

Lleve siempre sus tarjetas consigo y bien guardadas. Asegúrese de que no se las roben ni las utilice otra persona. La cobertura de Iowa Total Care es solo para usted. Depende de usted proteger su tarjeta de identificación de miembro. Nadie más puede usar su tarjeta de identificación de miembro. Es contra la ley proporcionar o vender su tarjeta de identificación de miembro a cualquier persona. Si otra persona usa su tarjeta, es posible que se cancele su inscripción en Iowa Total Care y el estado podría acusarlo de un delito.

ACCESIBILIDAD

Iowa Total Care se compromete a asegurarse de que usted entienda sus beneficios. Si tiene problemas para leer lo que le enviamos o para comunicarse con nosotros, podemos ayudarlo.

Para obtener una versión en letra grande, braille o CD de audio de este manual o cualquier otro material escrito, póngase en contacto con Servicios de asistencia de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Para los miembros que no hablan inglés, ofrecemos ayuda en muchos idiomas diferentes. Llame a Servicios para Miembros para obtener cualquiera de estos servicios sin costo alguno:

- Servicios de intérpretes por teléfono.
- Interpretación en sus visitas al médico.
- Este manual para miembros o cualquier otro material escrito en el idioma de su preferencia.
- Encontrará más información, incluido el formulario de solicitud de servicios lingüísticos, en nuestra página web de Servicios lingüísticos:
www.iowatotalcare.com/members/medicaid/language-services.html

Para miembros sordos o con problemas de audición:

- Para llamarnos utilizando un servicio de retransmisión TTY, marque al 711.
- Haremos los arreglos pertinentes y pagaremos para que una persona que conozca lengua de señas lo ayude durante sus visitas al médico.

Accesibilidad a los servicios

Iowa Total Care se compromete a garantizar que todos los proveedores y servicios sean accesibles (incluyendo el acceso físico y geográfico) tanto para las personas con discapacidades como para las personas sin discapacidades.

Si tiene dificultades para conseguir una cita con un proveedor o para acceder a los servicios debido a una discapacidad, póngase en contacto con Servicios de asistencia de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

ELEGIBILIDAD

Si se muda

Si se muda, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente de Mantenimiento de Ingresos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de Iowa a través del 1-877-347-5678 y con Iowa Total Care al 1-833-404-1061 (TTY: 711). Los miembros de Hawki deben ponerse en contacto con los Servicios para Miembros de Hawki a través del 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki

Iowa Total Care está aquí para ayudarlo con cualquier inquietud sobre la elegibilidad para Medicaid o Hawki. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Renovación y cambios en su cobertura

Renovación

La cobertura para la mayoría de los programas de Medicaid debe renovarse cada 12 meses. Cuando se acerque la fecha de renovación, el HHS le enviará una carta para informarle que debe renovar. Si no renueva antes de la fecha límite, puede perder su cobertura de Medicaid.

¡Mantenga su cobertura de salud! Renueve los beneficios cada año siguiendo estos sencillos pasos.

Paso 1: Esté atento a 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 1-877-347-5678 si su dirección ha cambiado.

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 la firma.

Paso 3: Devuelva el formulario de renovación.

Devuelva el formulario al HHS antes de la fecha límite.

- Utilice el sobre prepago 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 el formulario de renovación o devolverlo a cualquier oficina del HHS.

¿No está seguro de lo que debe hacer? Podemos ayudarlo. Llame a Servicios para los Miembros de Iowa Total Care al 1-833-404-1061 (TTY: 711) o llame al Centro de Contacto del HHS al 1-855-889-7985.

Cambios en su cobertura

Los cambios importantes en la vida pueden afectar su elegibilidad con Iowa Total Care. Es importante que informe al HHS y a Iowa Total Care cuando se produzcan estos cambios en su vida. Si tiene un cambio importante en su vida, llame al Centro de Llamadas del HHS al 1-877-347-5678 y a Iowa Total Care al 1-833-404-1061 (TTY: 711). Algunos ejemplos de cambios importantes en la vida son:

- Cambio en su nombre.
- Un cambio en su seguro médico.
- Si agrega o pierde la cobertura de otro seguro.
- Si lo agregan o lo eliminan del seguro de otra persona.
- Cambio de trabajos.
- Cambios en su capacidad o discapacidad.
- Cambios en su familia 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.
- Quedó embarazada. Llame a Iowa Total Care si está embarazada. Tenemos ayuda especial para usted y su bebé. Llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care para obtener más información: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Cambios en los beneficios

A veces, es posible que Iowa Total Care tenga que cambiar la forma en que trabajamos, sus servicios cubiertos o los proveedores y hospitales de nuestra red. El HHS también puede cambiar los servicios cubiertos que organizamos para usted. Si esto sucede, le enviaremos una carta para informarle sobre los cambios en los beneficios de su plan.

Aviso de cambio significativo sobre su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

El consultorio de su PCP puede mudarse, cerrar o abandonar nuestro plan. Si esto sucede, le informaremos dentro de los 14 días posteriores al cambio. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo PCP y enviarle una nueva tarjeta de identificación dentro de los cinco días hábiles posteriores a la elección de un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

IOWA HEALTH LINK

La mayoría de los miembros que obtienen cobertura de salud de Medicaid de Iowa están inscritos en el programa de atención médica administrada de Iowa Health Link. Una Organización de Atención Médica Administrada, o MCO, por sus siglas en inglés, es un plan de salud que coordina su atención. Iowa Total Care es su MCO. Los beneficios que recibe de Iowa Total Care dependen del tipo de cobertura de Medicaid que tenga.

Iowa Total Care se ofrece en todo el estado. Tenemos una red de proveedores en todo el estado de Iowa a los que puede consultar para recibir atención. También coordinaremos su atención para ayudarlo a mantenerse saludable.

La lista de los miembros excluidos del programa Iowa Health Link puede consultarse en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/faq

Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PACE, por sus siglas en inglés)

Si usted es un miembro inscrito en PACE, necesitará que se determine su elegibilidad bajo un nuevo grupo de cobertura de Medicaid para poder hacer la transición a un programa de atención médica administrada de Iowa Health Link. Póngase en contacto con su proveedor del PACE para que le ayude a solicitar un nuevo grupo de cobertura antes de hacer cualquier cambio en su plan. Su proveedor del PACE lo ayudará a cancelar su inscripción en PACE y a inscribirse en el programa de atención médica administrada de Iowa Health Link si se determina que usted es elegible para otro grupo de cobertura de Medicaid.

Los miembros indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés) también pueden optar por inscribirse en el programa de atención médica administrada. Si es un miembro que se identifica como indio americano o nativo de Alaska, comuníquese con los Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 1-800-338-8366 para obtener información sobre cómo inscribirse en el programa de atención médica administrada de Iowa Health Link.

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE IOWA

El Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés) proporciona cobertura de salud a bajo costo o gratuita a los ciudadanos 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 recibir, consulte la sección **Beneficios y servicios cubiertos** de este documento.

Comportamientos Saludables para los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa

Los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa pueden recibir atención médica gratuita si completan lo que se conoce como Comportamientos Saludables (Healthy Behaviors). Para participar en el Programa Comportamientos Saludables y evitar pagar una contribución mensual después del primer año de cobertura, cada año los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa deben hacer lo siguiente:

1. **Hacerse un examen anual de bienestar o físico con su médico**
O
Realizarse un examen dental con su dentista
Y
2. **Completar una evaluación de riesgos para la salud (HRS, por sus siglas en inglés).** Esta evaluación consta de varias preguntas sobre su salud general. Los miembros de Iowa Health Link deben ponerse en contacto con Iowa Total Care para completar su HRS. **El número gratuito de Iowa Total Care es 1-833-404-1061 (TTY: 711).**

Contribuciones mensuales para los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa

- Todos los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa recibirán cobertura de salud gratuita* bajo ese plan en su primer año de elegibilidad.
- Los miembros **deben** completar sus Comportamientos Saludables en su primer año, y cada año después, para continuar recibiendo servicios de salud gratuitos durante el año siguiente.
- Los miembros que **no** completen sus Comportamientos Saludables cada año posiblemente deban pagar una pequeña contribución mensual que dependerá de los ingresos de su familia.
- Las contribuciones mensuales son de \$5 o \$10, dependiendo del ingreso familiar.
- Los miembros que **no** completen sus Comportamientos Saludables y no paguen su factura mensual después de 90 días, dependiendo de sus ingresos, pueden ser **dados de baja** del Plan de Salud y Bienestar de Iowa.

*Hay muy pocos costos, o ninguno, durante el primer año y muy pocos después. Puede exigirse un pequeño pago mensual en función de los ingresos. Hay un copago de \$8 por usar la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia.

Examen de bienestar

En un examen de bienestar, el médico le tomará la tensión y el pulso, le auscultará los pulmones con un estetoscopio, le recomendará pruebas preventivas o le tomará una muestra de sangre para medir el colesterol.

Examen dental

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

Evaluación de riesgos para la salud (HRS, por sus siglas en inglés)

Además de su examen de bienestar -O- examen dental, también debe completar una evaluación de riesgos para la salud. Esta evaluación debe completarse en los 90 días siguientes a la inscripción y anualmente cada año de inscripción. Dedique entre 15 y 40 minutos a completar una encuesta que hace preguntas sobre su salud y su experiencia al recibir los servicios de salud.

Para completar su HRS, visite nuestro portal seguro para miembros (member.iowatotalcare.com) o póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Iowa Total Care llamando al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Dificultad económica

Si no puede pagar su contribución, puede marcar la casilla de dificultades en su estado de cuenta mensual y devolver el cupón de pago O llamar a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 1-800-338-8366.

Importante: la reclamación por dificultades financieras se aplicará únicamente al monto adeudado de ese mes en curso. Seguirá siendo responsable de los montos adeudados de los meses anteriores. También será responsables de los montos adeudados en los meses futuros, a menos que aleguen dificultades en esos meses. Cualquier pago que tenga más de 90 días de atraso estará sujeto a recuperación o, dependiendo de los ingresos, se le podrá dar de baja.

*Aviso: Los miembros del Plan de Bienestar Dental (Dental Wellness Plan) también deben completar "Comportamientos Saludables" para la cobertura dental. Puede encontrar información al respecto en la sección "**Plan de Beneficios Dentales**" de este manual.*

HAWKI

El programa Niños Sanos y Saludables en Iowa (HAWKI, por sus siglas en inglés) ofrece seguro de salud a niños que no tienen acceso a otro seguro de salud. 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 recibir, consulte la sección **Beneficios y servicios cubiertos** de este manual.

BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS

Como miembro del programa Iowa Total Care, recibirá una serie de beneficios y servicios médicos. Algunos servicios pueden requerir aprobación previa. Consulte a su proveedor de atención médica para determinar si el servicio específico que necesita está cubierto. Para encontrar proveedores a los que pueda acudir para la atención médica que se describe a continuación, puede ponerse en contacto con Iowa Total Care llamando al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Servicios preventivos			
Servicios preventivos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Chequeos de rutina	Cubierto	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés)	Cubierto; hasta los 21 años.	Cubierto; hasta los 21 años.	
Vacunas	Cubierto	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Servicios profesionales en consultorios			
Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Visitas en el consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas de alergias	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Suero e inyecciones para alergias	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de enfermera partera certificada	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Quiropráctico	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Dispositivos anticonceptivos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Planificación familiar y servicios relacionados con la planificación familiar	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Examen ginecológico	Cubierto	Cubierto; limitado a una consulta por año.	Cubierto

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Inyecciones	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Pruebas de laboratorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de guardería médica	Cubierto; hasta los 21 años bajo EPSDT.		
Recién nacido: visitas en el consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Podología	Cubierto; los cuidados rutinarios de los pies no están cubiertos a menos que formen parte del tratamiento general del miembro relacionado con ciertos problemas de atención médica.	Cubierto; los cuidados rutinarios de los pies no están cubiertos a menos que formen parte del tratamiento general del miembro relacionado con ciertos problemas de atención médica.	Cubierto
Examen de rutina de la vista <i>Un examen rutinario de la vista por año calendario.</i>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Examen auditivo de rutina <i>Un examen auditivo de rutina por año calendario</i>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Visita al consultorio del especialista	Cubierto; Es posible que se requiera una remisión del PCP.	Cubierto; Es posible que se requiera una remisión del PCP.	Cubierto; Es posible que se requiera una remisión del PCP.
Servicios hospitalarios para pacientes internados			
Aprobación previa de admisiones de pacientes hospitalizados	Cubierto; se requiere para admisiones que no sean de emergencia.	Cubierto; se requiere para admisiones que no sean de emergencia.	Cubierto; se requiere para admisiones que no sean de emergencia.
Habitación y comida	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	Cubierto; incluye anestesia.	Cubierto; incluye anestesia.	Cubierto
Suministros para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cirugía para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cirugía bariátrica para la obesidad mórbida	Cubierto		Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Reconstrucción del seno, después de cáncer de seno y mastectomía	Cubierto	Cubierto	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Trasplantes de órganos y médula ósea	Cubierto; se aplican limitaciones.	Cubierto; se aplican limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Suministros para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios			
Abortos	Cubierto; ciertas condiciones deben aplicarse.	Cubierto; ciertas condiciones deben aplicarse.	Cubierto; ciertas condiciones deben aplicarse.
Centro quirúrgico ambulatorio	Cubierto; incluye anestesia.	Cubierto; incluye anestesia.	Cubierto; incluye anestesia.
Quimioterapia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Diálisis	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Laboratorio de diagnóstico ambulatorio, radiología	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia			
Ambulancia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Centro de atención de urgencia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Sala de emergencias del hospital	Cubierto	Cubierto; \$8 por visita para servicios médicos que no sean de emergencia.	Cubierto; los servicios de emergencia para afecciones que no son de emergencia están sujetos a un copago de \$25 si la familia paga una prima para el programa Hawki.
Servicios de salud conductual			
Tratamiento comunitario asertivo (ACT, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto; si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Servicios de intervención en salud conductual (BHIS, por sus siglas en inglés), incluido el análisis conductual aplicado	Cubierto	Cubierto; el tratamiento residencial está cubierto si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
(b)(3) servicios: rehabilitación psiquiátrica intensiva, servicios de apoyo comunitario, apoyo de pares y tratamiento residencial por consumo de sustancias	Cubierto; Solo miembros de MCO.	Cubierto; si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Visitas en el consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Instituciones médicas psiquiátricas para niños (PMIC, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto; para jóvenes de 19 a 20 años; se pueden aplicar limitaciones.	
Respuesta a crisis y servicios subagudos de salud mental	Cubierto	Cubierto; si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	Cubierto
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios			
Rehabilitación cardíaca	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Terapia ocupacional	Cubierto	Cubierto; limitado a 60 sesiones por año.	Cubierto
Fisioterapia	Cubierto	Cubierto; limitado a 60 sesiones por año.	Cubierto
Terapia pulmonar	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Terapia respiratoria	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Terapia del habla	Cubierto	Cubierto; limitado a 60 sesiones por año.	Cubierto
Servicios de radiología			
Mamografía	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de detección y diagnóstico de radiología de rutina	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas de estudio del sueño	Cubierto	Cubierto; solo servicios de diagnóstico de apnea del sueño.	Cubierto
Servicios de laboratorio			
Detección de cáncer colorrectal	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas genéticas de diagnóstico	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Papanicolaou	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas de patología	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de detección y diagnóstico de laboratorio de rutina	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)			
Equipos y suministros médicos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Equipos y suministros para la diabetes	Cubierto	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto
Anteojos	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; para las edades de 19 a 20 años, se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Audífonos	Cubierto	Cubierto; para las edades de 19 a 20 años, se pueden aplicar limitaciones.	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Ortesis	Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.		Cubierto; se pueden aplicar limitaciones.
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): basados en la comunidad			
Sección 1915(C) Servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)	Cubierto		
Sección 1915(I) Servicios de habilitación	Cubierto	Cubierto; si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Hogares de salud integrados	Cubierto	Cubierto; si se ha determinado que el miembro está médicamente exento.	
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus sigla en inglés): institucional			
ICF/ID Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales	Cubierto; se aplican limitaciones.		

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
ICF/MC Centro de atención intermedia para casos médicamente complejos	Cubierto; se aplican limitaciones.		
Centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés)	Cubierto		
Centro de enfermería para enfermos mentales (NF/MI, por sus siglas en inglés)	Cubierto		
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto; se aplican limitaciones, limitado a una estadía de 120 días.	
Centro de enfermería especializada: fuera del estado (preaprobación especializada)	Cubierto; se aplican limitaciones.		
Servicios de rehabilitación neuroconductual en la comunidad	Cubierto	Cubierto; solo médicamente exento.	
Hospicio			
Hospicio	Cubierto	Cubierto; se aplican limitaciones.	
Salud en el Hogar			
Enfermería privada/atención personal según la autoridad de EPSDT	Cubierto; hasta los 21 años bajo EPSDT.	Cubierto; hasta los 21 años bajo EPSDT.	
Asistente de salud en el hogar	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Enfermería especializada	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Fisioterapia (PT, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Patología del habla y lenguaje	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de la vista			
Exámenes	Cubierto Un examen de prevención completo de la vista cada 12 meses.	Cubierto Un examen de prevención completo de la vista cada 12 meses.	Cubierto Un examen de prevención completo de la vista cada 12 meses.

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Anteojos	<p>Cubierto</p> <p>Menores de 1 año: hasta tres pares de anteojos cada 12 meses, hasta 16 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses.</p> <p>De 1 a 3 años: hasta cuatro pares de anteojos cada 12 meses, hasta 16 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses.</p> <p>De 4 a 7 años: un par de anteojos cada 12 meses, hasta seis lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses.</p> <p>De 8 años en adelante: un par de anteojos cada 24 meses, dos lentes de contacto permeables al gas cada 24 meses.</p>	<p>Cubierto</p> <p>Solo 19 y 20 años: un par de anteojos (armazón y lentes) cada 24 meses.</p>	<p>Cubierto</p> <p>Asignación al precio minorista de \$100 para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses.</p>
Reparaciones	<p>Cubierto</p> <p>Menores de 20 años: el reemplazo de anteojos perdidos o dañados sin posibilidad de reparación no está limitado. Mayores de 21 años: el reemplazo de anteojos perdidos o dañados sin posibilidad de reparación se limita a una vez cada 12 meses.</p>	<p>Cubierto</p> <p>Solo 19 y 20 años: el reemplazo de anteojos perdidos o dañados sin posibilidad de reparación no está limitado.</p>	<p>Sin cobertura</p>

Servicios <i>*se puede requerir autorización previa</i>	Iowa Health Link	Plan de Salud y Bienestar de Iowa (IHAWP, por sus siglas en inglés)	Hawki
Servicios de transporte			
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés): Incluye taxi, paratransito y camioneta con camilla, así como pase de autobús y reembolso de millaje. Se permiten los servicios de recogida y entrega y el reembolso de millaje desde el domicilio, el trabajo o la escuela del miembro antes y después de un viaje a una cita con el médico o a la farmacia.	Cubierto	Cubierto; solo si un miembro de este plan está médicamente exento.	
Programa de Exención del Transporte: se aplica a los miembros de los programas de exención por discapacidad intelectual, ancianos, lesiones cerebrales o discapacidad física.	Cubierto; los gestores de casos pueden solicitar beneficios de transporte adicionales además del NEMT. Deben añadirse al plan de servicio del miembro y se necesita la aprobación según la necesidad.		

Beneficios de transporte

Iowa Total Care cubre el transporte médico que no es de emergencia (NEMT) para los miembros de Iowa Health Link. Esto incluye servicios cubiertos médicamente necesarios, como citas médicas, diálisis y citas de asesoramiento. Iowa Total Care trabaja con Access2Care (A2C) para brindar transporte.

Programa su viaje al menos dos días hábiles antes de su cita. Puede programar viajes hasta 30 días antes de su cita. Los viajes médicos urgentes se pueden solicitar con menos de dos días de anticipación. Access2Care puede consultar con su proveedor para asegurarse de que su cita sea urgente.

Para programar el transporte

Para programar un traslado, póngase en contacto con el Servicio de Atención para Miembros de Iowa Total Care para ponerse en contacto con Access2Care, nuestro socio de transporte:

- Llame al 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- <Después de seleccionar el idioma preferido, diga "Miembro" o pulse 1 para acceder a los servicios para miembros.
- A continuación, diga "Transporte" o pulse 4 para los servicios de transporte.>

Al programar un viaje, se le pedirá:

- Su nombre completo, dirección y número de teléfono.
- Su número de identificación de Medicaid.
- La fecha y el lugar de su cita médica.
- El tipo de cita.
- El motivo de su solicitud de transporte.
- El tipo de asistencia o ayuda para la movilidad, según sea necesario.

Lo dejarán en el lugar de su cita dentro de los 15 minutos previos a la hora programada para la cita.

Para *cancelar* los servicios de transporte, llame al 1-833-404-1061 (TTY: 711). Asegúrese de notificarles si se cambia la fecha o la hora de su cita.

Para programar el viaje de regreso después de la cita

Llame al 1-833-404-1061 (TTY: 711) para comunicarse con la línea de coordinación de la atención de Access2Care. A2C hará lo siguiente:

- Confirmará su lugar de recogida.
- Se pondrá en contacto con la empresa de transporte y le informará que usted está listo para ser recogido.

Lo recogerán en los 60 minutos siguientes a la finalización de la cita.

Nota: Las residencias para ancianos son responsables de los viajes de NEMT dentro de un radio de 30 millas de la residencia. Si usted es un residente de una residencia para ancianos y necesita ver a un médico a menos de 30 millas de su ubicación, dicha residencia debe proporcionar el transporte.

Beneficios dentales

Iowa Total Care solo cubre los procedimientos dentales realizados en un entorno hospitalario.

Beneficio dental de Medicaid: Los servicios dentales están disponibles para los miembros de Medicaid de Iowa menores de 18 años a través del programa de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) de Medicaid de Iowa. Estos servicios no forman parte de los proporcionados por Iowa Total Care. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 1-800-338-8366.

Beneficios dentales de Hawki: Los miembros de Hawki disponen de servicios dentales a través de una compañía de seguros dentales. Estos servicios no forman parte de los proporcionados por Iowa Total Care. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicio al Cliente de Hawki al 1-800-257-8563.

Plan de Bienestar Dental: El Plan de Bienestar Dental ofrece cobertura dental a los miembros adultos de Medicaid de Iowa mayores de 19 años. Estos servicios no forman parte de los proporcionados por Iowa Total Care. La cobertura dental corre a cargo de una compañía dental. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 1-800-338-8366 o visite hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/dental-wellness-plan.

Comportamientos Saludables para los miembros del Plan de Bienestar Dental

Todos los miembros del Plan de Bienestar Dental disfrutan de beneficios dentales completos durante el primer año. Debe completar los Comportamientos Saludables durante este año para conservar todos sus beneficios el año siguiente.

Los Comportamientos Saludables incluyen la realización de ambos:

1. Autoevaluación de la salud bucodental

Y

2. Servicios preventivos.

¿Qué ocurre si no cumplo mis Comportamientos Saludables?

Dependiendo de sus ingresos, es posible que tenga que pagar una prima mensual después del primer año si no completa los Comportamientos Saludables. Complete sus Comportamientos Saludables cada año para estar exento de las primas mensuales del año siguiente.

Si tiene una prima mensual después del primer año y no efectúa los pagos, solo tendrá beneficios dentales de urgencia.

¿Cuánto tendré que pagar?

Las primas mensuales del Plan de Bienestar Dental no superan los \$3 al mes. Si no puede pagar su contribución, puede marcar la casilla de dificultades en su estado

de cuenta mensual y devolver el cupón de pago O llamar a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 1-800-338-8366.

Aviso: los miembros del Plan de Bienestar Dental (Dental Wellness Plan) también deben completar Comportamientos Saludables para la cobertura dental. Encontrará información sobre estos Comportamientos Saludables en la sección "Plan de Salud y Bienestar de Iowa" de este manual.

Servicios excluidos (servicios no cubiertos)

Iowa Total Care no paga por los siguientes servicios:

- Servicios o artículos utilizados únicamente con fines cosméticos
- Acupuntura
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad.

Esta no es una lista completa de los servicios excluidos. Si desea saber si un servicio está cubierto, llame a Iowa Total Care al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Autorizaciones previas

Algunos servicios y beneficios requieren aprobación previa. Esto significa que su proveedor debe solicitar a Iowa Total Care que apruebe esos servicios o beneficios antes de que usted los reciba. Es posible que no cubramos el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación.

Si hay servicios que fueron aprobados antes de que comenzara su cobertura con Iowa Total Care, esos servicios seguirán siendo aprobados durante los primeros 30 días que usted esté inscrito en Iowa Total Care, ya sea que un proveedor dentro o fuera de la red haya solicitado la aprobación.

Después de los primeros 30 días de estar inscrito en Iowa Total Care, 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 recibirlos.

Estos servicios no requieren aprobación previa:

- Servicios de emergencia.
- Pruebas de diagnóstico (radiografía y laboratorio).
- Servicios hospitalarios ambulatorios programados.
- Ingreso hospitalario planificado.
- Atención posterior a la estabilización (después de salir del hospital).
- Atención de urgencia.
- Los proveedores fuera de la red necesitan la aprobación de Iowa Total Care (con la excepción de los servicios de planificación familiar).
- Visitas de rutina a proveedores con proveedores dentro de la red (algunas pruebas o procedimientos pueden requerir aprobación previa).
- Ciertos servicios de salud conductual y de trastorno por consumo de sustancias. Pregunte a su proveedor si necesita autorización previa.

Si tiene preguntas sobre una solicitud de aprobación, llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés)

La verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés) es una forma de comprobar dónde y cuándo se prestan servicios de atención directa a un miembro. Los servicios médicos a domicilio, incluidas las visitas de enfermería especializada y los asistentes médicos a domicilio, deben registrarse mediante un sistema EVV. Los proveedores de servicios de cuidados personales de la exención también deben utilizar el EVV para documentar la hora y el lugar de los servicios que prestan. Los servicios de exención que están obligados a utilizar la EVV incluyen las agencias CDAC, los proveedores individuales de CDAC, las agencias de ayuda a domicilio y los empleados de la CCO que proporcionan CDAC o ayuda a domicilio.

La EVV es una exigencia federal de conformidad con la Ley de Curas del Siglo XXI. La Ley de Curas del Siglo XXI exige que los sistemas de EVV recopilen y verifiquen lo siguiente:

1. Tipo de servicio prestado.
2. Beneficiario que recibe el servicio.
3. Cuidador que proporciona el servicio.
4. Fecha del servicio.
5. Lugar del servicio.
6. Hora de inicio del servicio.
7. Hora de finalización del servicio.

Actualmente, los proveedores de servicios de atención personal utilizan la EVV tanto si son proveedores tradicionales de Medicaid como si son empleados de la Opción de Elección del Consumidor (CCO, por sus siglas en inglés). Los centros de vida asistida y los centros de atención residencial pueden optar por no utilizar la EVV si completan un certificado. Los servicios de Salud en el Hogar deberán utilizar la EVV para el 1 de enero de 2023.

CareBridge es la empresa que facilita la EVV en Iowa. La EVV de CareBridge registra los servicios que los miembros reciben y luego envía el reclamo de facturación a Iowa Total Care. Iowa Total Care paga directamente a los proveedores en función de la reclamación que presenta CareBridge. No hay ningún cargo para los miembros o cuidadores por usar la plataforma de EVV de CareBridge. Los proveedores y sus empleados pueden utilizar la aplicación móvil CareBridge en su teléfono móvil o tableta para registrar la entrada y salida de sus visitas en el domicilio de un miembro. Si el proveedor no dispone de un dispositivo electrónico, puede llamar a CareBridge por teléfono utilizando el sistema de respuesta de voz interactiva.

Portal para miembros y respuesta de voz interactiva (IVR, por sus siglas en inglés)

Usted tendrá acceso a usar el portal para miembros o llamar al número de IVR para miembros, al 515-800-2537, para asegurarse de que los detalles de su visita estén correctos en el sistema. CareBridge dispone de información de capacitación para ayudarlo a comenzar.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la EVV, comuníquese con su gestor de casos comunitario asignado o con el gestor de la atención, si tiene uno. Si no tiene asignado un gestor de casos comunitario o un gestor de la atención, póngase en contacto con Servicios para Miembros a través del 1-833-404-1061 (TTY: 711).

CÓMO ACUDIR AL MÉDICO

Cuando necesite ver a un médico, asegúrese de ver a uno que forme parte de la red Iowa Total Care. No necesita la aprobación de Iowa Total Care ni una remisión de su médico de la red para estos servicios:

- Visitas a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), pediatra o médico de familia.
- Visitas a médicos especialistas. Algunos especialistas necesitan una remisión de su PCP. Visite www.iowatotalcare.com para obtener todos los detalles.
- Atención de urgencia.
- Atención de obstetricia y ginecología (OB/GYN, por sus siglas en inglés).
 - Pida una cita en cuanto crea que está embarazada.
 - Los miembros tendrán acceso directo a un obstetra/ginecólogo de la red o a otro especialista en salud femenina para recibir servicios rutinarios de obstetricia/ginecología, independientemente de que su PCP (médico general, médico de familia o internista) proporcione esos servicios de salud femenina, incluidos los exámenes ginecológicos rutinarios.
- Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y consumo de sustancias)
- Servicios de la vista de rutina.

Podemos ayudarlo a encontrar o a elegir un proveedor. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711). O puede encontrar un proveedor con nuestra herramienta en línea: providersearch.iowatotalcare.com.

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Cuando se convierte en miembro de Iowa Total Care, debe elegir a un médico de familia. Este médico se denomina proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Debe elegir un PCP dentro de los 10 días calendario a partir de su inscripción inicial. Si no elige uno, le asignaremos uno.

Si no eligió un PCP, le informaremos sobre su PCP asignado cuando reciba su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care. Este correo incluirá el nombre, la ubicación y el número de teléfono del consultorio de su PCP asignado, además de ofrecerle la oportunidad de seleccionar un PCP diferente, si no está satisfecho con el PCP asignado por el Plan.

Su PCP será su médico principal. Estos proveedores pueden ayudar a coordinar todas sus necesidades de salud. Puede elegir a cualquier PCP de nuestra red. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Su PCP puede ser un(a):

- Médico general o de familia.
- Medicina interna.
- Pediatra.
- Enfermera practicante registrada especializada (ARNP, por sus siglas en inglés).

- Obstetra o ginecólogo (OB/GYN).
- Asistente médico (bajo la supervisión de un médico).
- Especialista tratante (para miembros que requieren atención especializada para sus afecciones agudas o crónicas, o afección relacionada con una discapacidad)
- Centros de salud calificado federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés) y clínicas de salud rural.
- Tribu de indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés), organización tribal u organización indígena urbana AI/AN.

Si necesita más información sobre un PCP, puede llamar al Servicios para Miembros de Iowa Total Care. 1-833-404-1061 (TTY: 711). Pueden decirle qué idioma hablan los proveedores, si están en la red, dónde están ubicados y sus adaptaciones de accesibilidad de ubicación.

Si desea cambiar de PCP, lo ayudaremos. Hay dos formas de cambiar de PCP.

1. Usar nuestro portal seguro para miembros: member.iowatotalcare.com.
2. Llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care al: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Después de informarnos quién es su nuevo PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Cómo acudir a su PCP

Después de elegir a su PCP, programe una cita para que lo atienda. Esto les dará a ambos la oportunidad de conocerse. Su PCP puede brindarle atención médica, consejos e información sobre su salud.

Llame al consultorio de su PCP para programar una cita. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care y su tarjeta de identificación de Medicaid de Iowa. Los miembros de Hawki deben llevar su tarjeta de identificación de Hawki. Si necesita ayuda para obtener una cita con su PCP, llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care a nuestro número gratuito 1-833-404-1061 (TTY: 711) y lo asistiremos.

Importante: Cuenta con visitas ilimitadas con su PCP. No tienen ningún costo. Pida una cita cuando se sienta enfermo. También debe hacerse un chequeo de bienestar cada año.

Cómo pedir una cita

Concertar citas con su PCP

- Para citas de rutina, llame al número de su PCP que figura en el anverso de su tarjeta de identificación de Iowa Total Care, durante el horario de atención normal.
- Para las urgencias, siga el proceso documentado en la sección de **Atención de urgencias y emergencias** de este documento.
- Comunique al representante de programación de citas que desea concertar una cita con su PCP (por ejemplo, una revisión o una visita de seguimiento).
- Puede disponer de transporte hasta su cita. Para más detalles, consulte la sección **Beneficios del transporte** de este documento.
 - Para programar un traslado, póngase en contacto con el Servicio de Atención para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
 - <Después de seleccionar el idioma preferido, diga "Miembro" o pulse 1 para acceder a los servicios para miembros.
 - A continuación, diga "Transporte" o pulse 4 para los servicios de transporte.>

Concertar citas con especialistas

- Si necesita servicios que su PCP no puede proporcionarle, su PCP puede ayudarle a concertar una cita con un especialista o usted puede ponerse en contacto directamente con el especialista. No es necesario remitir al paciente a un especialista.
- La mayoría de los especialistas son proveedores de Iowa Total Care. Asegúrese de hablar con su proveedor para saber cómo funcionan las remisiones.

Cancelar una cita con cualquier proveedor

- En caso de que no pueda acudir a una cita, llame al consultorio del proveedor al menos 24 horas antes de la cita programada. Utilice el mismo número que utilizó para concertar la cita.
- Informe al representante de programación de citas de que necesita cancelar o cambiar la cita con el nombre del proveedor, en la fecha y a la hora en que estaba programada inicialmente.
- Para cancelar los servicios de transporte, llame al Servicio de Atención para Miembros para ponerse en contacto con Access2Care (A2C): 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- No cancelar sus citas o no presentarse a las citas programadas puede hacer que su proveedor le pida que sea reasignado a otro proveedor.

Segunda opinión

Los miembros tienen derecho a pedir una segunda opinión, sin costo alguno, sobre el diagnóstico o las opciones de cirugía u otro tratamiento de una afección médica. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red si no hay un proveedor de la red disponible. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Especialistas

Iowa Total Care no necesita una remisión de su PCP para cubrir el servicio con un especialista, pero es posible que el especialista quiera una remisión de su PCP. Esto los ayuda a darle el tratamiento adecuado. Ellos le dirán si necesitan una remisión. Los miembros también pueden recibir una segunda opinión sin costo alguno. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Procedimientos para obtener servicios fuera de la red y disposiciones de beneficios especiales (por ejemplo, copagos, límites o rechazos de reclamaciones):

Si hay servicios que fueron aprobados antes de que comenzara su cobertura con Iowa Total Care, esos servicios seguirán siendo aprobados durante los primeros 30 días que usted esté inscrito en Iowa Total Care, ya sea que un proveedor dentro o fuera de la red haya solicitado la aprobación.

Después de los primeros 30 días de estar inscrito en Iowa Total Care, 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 recibirlos.

Disposiciones de beneficio

- Servicios de emergencia: no importa si está dentro o fuera de la red.
- Si no se trata de una emergencia real, se aplica un copago de \$8.
- Si ve a un especialista fuera de la red y NO obtiene una autorización previa, se deniega la reclamación.
- Si ve a un especialista fuera de la red con una autorización previa, la reclamación se paga con un beneficio reducido (80 %).

Es posible que deba pagar los servicios fuera de la red si no obtiene una autorización previa. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Aviso de cambio significativo sobre su PCP

El consultorio de su PCP puede mudarse, cerrar o dejar la red de Iowa Total Care. Si esto sucede, se lo notificaremos en un plazo de 15 días. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo PCP y enviarle una nueva tarjeta de identificación dentro de los cinco días hábiles posteriores a la elección de un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

FARMACIA

Recetas

Cuando necesite una receta, su médico la enviará a su farmacia de manera electrónica. La farmacia puede surtir su receta, pero si la receta no figura en la Lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) de Iowa, es posible que no esté cubierta.

Todos los miembros de Iowa Total Care deben usar una farmacia de nuestra red. **Para encontrar una farmacia, llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711) o puede buscar una farmacia en nuestro sitio web www.iowatotalcare.com.** Muestre su tarjeta de identificación de Iowa Total Care en la farmacia cuando recoja los medicamentos. No espere hasta que se le acabe el medicamento para solicitar un resurtido. Llame a su médico o farmacia unos días antes de que se le acabe.

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)

Los miembros de Iowa Total Care tienen acceso a algunos medicamentos de venta libre con una receta presentada electrónicamente de un prescriptor autorizado.

La lista de medicamentos de venta libre cubiertos se encuentra en la PDL de Medicaid de Iowa: www.iowamedicaidpdl.com/preferred_drug_lists, en la sección Medicamentos sin receta.

O puede ponerse en contacto con los Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Algunos medicamentos de venta libre pueden requerir una autorización previa.

Lista de medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés)

Su beneficio de farmacia tiene una Lista de medicamentos preferidos.

La PDL muestra los medicamentos cubiertos por Medicaid y está compuesta por medicamentos recomendados por el Comité Farmacéutico y Terapéutico de Medicaid de Iowa. **Puede encontrar el enlace a la PDL de Medicaid de Iowa en www.iowatotalcare.com bajo la sección Farmacia.**

Para solicitar una copia impresa de la PDL, llame a Servicios para Miembros: 1-833-404-1061 (TTY: 711). **Algunas recetas requerirán autorización previa.** Es posible que su proveedor deba enviarnos una solicitud de aprobación para ciertos medicamentos en la PDL. También es posible que su proveedor deba enviar información sobre la razón por la cual un determinado medicamento es medicamento necesario. En caso de que el medicamento requiera una autorización previa, para algunos medicamentos puede recibir un suministro de emergencia de 72 horas mientras se revisa la autorización previa.

Algunas recetas también tienen un límite de cantidad. Si su proveedor ha determinado que necesita tomar más cantidad de un medicamento de la permitida en el límite de cantidad, eso también requerirá una autorización previa.

Si su medicamento no está cubierto, puede pedirle a su médico que le recete uno similar que esté cubierto. Si su médico considera que necesita el medicamento que no está cubierto, puede pedirnos que hagamos una excepción.

La mayoría de los medicamentos están cubiertos hasta por un suministro de 31 días, a excepción de algunos anticonceptivos. Algunos anticonceptivos están cubiertos hasta por un suministro de 90 días.

Si tiene alguna pregunta, consulta la PDL de Medicaid de Iowa o llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Los medicamentos funcionan mejor cuando los toma de la forma en que su médico se los recetó. Parte de eso es que debe asegurarse de resurtirlos a tiempo.

Para surtir sus recetas:

- Pídale a su proveedor que envíe las recetas a la farmacia de su elección.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care en la farmacia.
- Si usa una farmacia nueva, infórmele al farmacéutico sobre todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés).

Es bueno usar la misma farmacia siempre. De esta forma, su farmacéutico:

- Sabrá todos los medicamentos que está tomando.
- Puede observar los problemas que puedan ocurrir.

Iowa Total Care no cobra a los miembros ningún copago por productos farmacéuticos; sin embargo, es posible que usted deba pagar un copago por otros servicios. Consulte su tarjeta de identificación de Iowa Total Care para conocer sus copagos actuales.

Iowa Total Care cubre estos tipos de medicamentos:

- Medicamentos recetados y algunos artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.
- Medicamentos autoinyectables (incluida la insulina).
- Medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Iowa Total Care no cubre:

- Medicamentos que no cuentan con la aprobación de la FDA o indicaciones de compendios.
- Medicamentos experimentales o de investigación.
- Medicamentos para ayudarla a quedar embarazada.
- Medicamentos utilizados para adelgazar, cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para tratar los problemas de erección.
- Medicamentos de Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI, por sus siglas en inglés). La FDA tiene muy pocas pruebas de que estos medicamentos ayuden. Además, no se ha probado la razón de su necesidad médica.

- Medicamentos para el alivio de la tos y el resfriado, excepto los medicamentos sin receta enumerados.

Iowa Total Care ofrece a nuestros miembros la posibilidad de pedir recetas por correo. Para solicitar una receta de pedido por correo, póngase en contacto con Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA

Emergencias

La atención de emergencia está cubierta por Iowa Total Care en los Estados Unidos y no requiere autorización previa. Puede utilizar cualquier hospital u otro centro para la atención de emergencia. Se considera que hay una emergencia cuando la falta de atención médica puede poner en riesgo su salud o, durante el embarazo, la salud de un niño por nacer. Una emergencia puede incluir un accidente, lesión o enfermedad repentina.

Acuda a la sala de emergencias en los casos siguientes:

- Fracturas.
- Heridas por arma de fuego o cuchillo.
- Sangrado que no se detiene.
- Está embarazada, en labor de parto o sangrando.
- Dolor torácico severo o ataque cardíaco.
- Sobredosis de Drogas.
- Siente que es un peligro para usted mismo o para los demás.
- Envenenamiento.
- Quemaduras graves.
- Shock (puede sudar, sentirse sediento o mareado o tener la piel pálida).
- Convulsiones o crisis epilépticas.
- Dificultad para respirar.
- Incapacidad para ver, moverse o hablar repentinamente.

NO acuda a la sala de emergencias en los casos siguientes:

- Gripe, resfriado, dolor de garganta o de oído.
- Un esguince o torcedura.
- Una cortadura o raspadura que no necesita puntos.
- Para obtener más medicamentos o resurtir una receta.
- Sarpullido producido por el pañal.

Las salas de emergencia son para emergencias. Si puede, llame primero a su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Si su afección es grave, llame al 911 o vaya al hospital más cercano. No necesita una aprobación.

Si no está seguro de si se trata de una emergencia, llame a su médico. Su médico le dirá qué hacer. Si el consultorio de su médico está cerrado, debe haber un mensaje que le indique cómo obtener ayuda. También puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Puede acudir a un hospital que no esté en la red de Iowa Total Care. Puede usar cualquier sala de emergencias de un hospital en los Estados Unidos. Muestre al proveedor su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care.

Llame a su PCP y a Iowa Total Care después de acudir a la sala de emergencias. Llame dentro de las 48 horas de su emergencia. Esto nos ayuda a asegurarnos de que reciba la atención de seguimiento que necesita. La línea gratuita es 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Atención que no es de emergencia en la sala de emergencias

No debe acudir a la sala de emergencias por una enfermedad médica en la que no se necesita atención inmediata. Esto se llama atención que no es de emergencia. El personal de la sala de emergencias decidirá si su enfermedad es una emergencia mediante la realización de exámenes médicos apropiados. Si el personal de la sala de emergencias decide que su enfermedad médica no es una emergencia, ellos deben informarle. Antes de que el personal de la sala de emergencias proporcione atención por la enfermedad médica, que no es una emergencia, deben decirle a dónde puede acudir para recibir atención.

*** Hay un copago de \$8 para los miembros de IHAWP y de \$25 para los miembros premium de Hawki por usar la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia.**

Servicios de emergencia fuera de la red

Los servicios de emergencia fuera de la red no necesitan la aprobación de Iowa Total Care. Todos los demás servicios de un proveedor fuera de la red necesitan autorización previa. Verificaremos si hay un proveedor dentro de la red que pueda ayudarlo. Si no es así, lo ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red.

IMPORTANTE: Es posible que deba pagar los servicios fuera de la red si no obtiene una autorización previa. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Transporte para casos de emergencia

Iowa Total Care cubre el transporte en ambulancia en caso de emergencia. Lo llevarán al hospital más cercano. El transporte en ambulancia de un centro de atención médica a otro solo está cubierto cuando:

- Es médicamente necesario.
- Está coordinado y aprobado por un proveedor dentro de la red.

Si tiene una emergencia y necesita ayuda para llegar a la sala de emergencias, llame al 911.

Atención de urgencia

La atención de urgencia NO es atención de emergencia. Debe utilizar la atención de urgencia cuando tenga una lesión o enfermedad que no ponga en peligro la vida, pero que necesite ser tratada dentro de las 48 horas. Utilice la atención de urgencia cuando no pueda esperar una cita con su médico. Solamente acuda a la sala de emergencias si su proveedor se lo indica o si tiene una emergencia que pone en peligro su vida.

Cuando necesite atención de urgencia, siga estos pasos:

- **Llame a su PCP.** El nombre y el número de teléfono se encuentran en su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care. Incluye un número al que puede llamar fuera del horario regular. Su médico puede ayudarlo y darle instrucciones por teléfono.
- **Si no puede ponerse en contacto con su PCP, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería 24 horas al día, 7 días a la semana.** La línea gratuita es 1-833-404-1061 (TTY: 711). Hablará con una enfermera. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care. Le pedirán su número. La enfermera lo ayudará por teléfono. Si necesita ver a un médico, lo ayudarán a encontrar la atención necesaria.
- **Si tiene una enfermedad mental o una crisis de adicción, no espere para buscar ayuda.** Llame a nuestra Línea de crisis de salud conductual al número gratuito: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Luego presione *. Pueden ayudar con la depresión, el consumo de sustancias y otras necesidades de salud conductual. También puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988, la Línea Nacional de Ayuda en Casos de Suicidio y Crisis. Ofrece acceso gratuito y confidencial a asesores capacitados 24 horas al día, 7 días a la semana.

Si su proveedor le dice que acuda a la sala de emergencias más cercana, hágalo de inmediato. Lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care y su tarjeta de identificación de Medicaid de Iowa.

Servicios hospitalarios

Los servicios hospitalarios son aquellos que se prestan en el ámbito hospitalario. Pueden considerarse servicios de observación, hospitalización o ambulatorios. Hable con su proveedor acerca de estos servicios, ya que están sujetos a los requisitos de autorización. Los servicios de emergencia nunca requieren autorización. Si está experimentando una verdadera emergencia médica, acuda al hospital más cercano.

Atención de rutina

La atención médica, que no es de naturaleza urgente o de emergencia y puede esperar una cita médica programada regularmente, se considera un evento de atención de rutina. Debe llamar a su PCP para programar la atención de rutina. Si acude a la sala de emergencias para este tipo de servicios, es posible que deba pagar un copago por los servicios que reciba allí.

Servicios posteriores 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. Son importantes y ayudan a garantizar que no tenga otra emergencia. Los servicios posteriores a la estabilización están cubiertos y sujetos a requisitos de autorización previa.

Planificación familiar

Iowa Total Care cubre los servicios de planificación familiar para hombres y mujeres en edad fértil. No necesita una remisión o autorización para ver al médico de su elección dentro o fuera de la red. No hay costo de bolsillo (copago) por estos servicios o suministros.

COSTOS PARA LOS MIEMBROS

Copagos

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

Los únicos servicios en los que se puede aplicar un copago son para el uso de la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) de un hospital para tratar afecciones que no sean de emergencia.

- A los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa se les cobrará 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 cobrará un copago de \$25 por cada visita a la sala de emergencias que no se considere una emergencia. No se cobrará un copago a los miembros de Hawki que no estén obligados a pagar una prima.

Antes de proporcionar servicios que no sean de emergencia e imponer copagos, el hospital que brinda la atención debe:

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

Si el miembro es informado sobre el proveedor alternativo disponible y el monto del copago y elige recibir tratamiento para una afección que no sea de emergencia en la ER del hospital, el hospital evaluará el copago.

Los servicios de emergencia para afecciones de emergencia están exentos de cualquier copago.

Pago de copagos

- Usted debe realizar los copagos directamente al proveedor en el momento del servicio.
- Usted siempre es responsable de pagar los cargos completos de un proveedor por los servicios no cubiertos.

En cualquier momento, puede preguntarnos cuánto han pagado usted y su hogar en copagos. Hay varias formas de solicitar los totales de su copago:

- Ponerse en contacto con los Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Realizar la solicitud a través de su cuenta en línea en el portal seguro para miembros.
- Solicite esta información a su coordinador de atención.

Si no está de acuerdo con los totales de copago que le indicamos, tiene derecho a apelar.

Si pagó un copago que no se debió cobrar, tiene derecho a que el proveedor que cobró el copago le devuelva el dinero.

Exenciones

Estos tipos de miembros siempre están exentos de pagar copagos:

- Niños menores de 21 años
- Mujeres embarazadas
- Personas que reciben cuidado de hospicio
- Indios americanos/nativos de Alaska reconocidos federalmente.
- Niños en el sistema de acogida temporal.
- Programa de Atención del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (BCCCP, por sus siglas en inglés)
- Niños discapacitados de conformidad con la Ley de Oportunidad Familiar

Nota: Se le cobrará un copago si decide recibir atención en la sala de emergencias y su afección médica no es una emergencia.

Responsabilidad de los miembros/Participación del cliente

El otro tipo de costo compartido se produce cuando un miembro debe pagar una parte de su gasto mensual. Esto se denomina **participación del cliente**. Si se le ha asignado una participación de cliente, su proveedor le facturará hasta ese importe por los servicios que reciba.

Participación del cliente

La participación del cliente es la cantidad de ingresos que el miembro debe pagar antes de que esté disponible el reembolso de Medicaid por los servicios. Los miembros pueden estar sujetos a la participación del cliente en un entorno institucional o de conformidad con la sección 1915(C) Servicios a domicilio y en la comunidad. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de Iowa debe determinar el monto de responsabilidad del miembro.

Un centro de enfermería o centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID, por sus siglas en inglés) puede dar de alta a los miembros debido a la falta de pago de la participación del cliente. En este caso, Iowa Total Care trabajará para encontrar un centro alternativo dispuesto a atender al miembro. Sin embargo, la participación del cliente se aplicará en el nuevo centro porque es una condición para que el miembro pueda optar por los servicios de Medicaid.

Explicación de beneficios

Si recibe un servicio de un proveedor y no pagamos por ese servicio, es posible que reciba un aviso de parte de nosotros llamado Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). **No es una factura.** La EOB le dirá lo siguiente:

- La fecha en que recibió el servicio.
- El tipo de servicio.
- La razón por la que no podemos pagar el servicio.

Si recibe una EOB:

- **No necesita llamar ni hacer nada en ese momento.**
- Usted no es responsable del pago.
- Le informa cómo puede apelar esta decisión.

PROGRAMA DE RECOMPENSAS

Iowa Total Care tiene un programa que otorga a nuestros miembros recompensas por completar comportamientos saludables. Una vez que complete una actividad saludable, recibirá su tarjeta prepagada Visa* de My Health Pays®. Cada vez que complete una actividad saludable elegible, recibiremos una notificación y sus dólares de recompensa se agregarán a su tarjeta asignada.

Las recompensas pueden variar desde \$10 hasta \$50. Visite el programa Recompensas (Rewards) en www.iowatotalcare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711) para más detalles y una lista actualizada de actividades saludables.

¿Cómo obtengo mi tarjeta de recompensas?

La primera vez que haga algo de la lista, se le enviará una tarjeta por correo. La tarjeta suele enviarse en un plazo de 90 días. En ella tendrá su primera recompensa. Cuando complete otros comportamientos saludables de la lista, se añadirán más dólares de recompensas. Conserve su tarjeta después de utilizarla. Sus recompensas se añadirán a la misma tarjeta.

Si tiene preguntas sobre cómo las recompensas afectan su elegibilidad para Medicaid o la participación del cliente, póngase en contacto con su trabajador de mantenimiento de Medicaid.

¿Qué califica como una actividad saludable?

Visite www.iowatotalcare.com o llame a Servicios para Miembros para obtener una lista de actividades saludables que califican para recompensas, como las siguientes:

- Completar una evaluación de riesgo de salud dentro de los 90 días posteriores a la inscripción inicial y, después, una vez por año de inscripción.
- Completar un formulario de Notificación de embarazo dentro del primer trimestre del embarazo.
- Detección anual de cáncer de seno (se aplican restricciones de edad).
- Tener una visita para el control de la salud (se aplican restricciones de edad).
- Vacunarse contra la gripe (se aplican restricciones de edad).
- Asistir a una reunión del Consejo Asesor de Partes Interesadas.

*Esta tarjeta prepagada Visa de My Health Pays® es emitida por The Bancorp Bank conforme a una licencia de The Bancorp Bank de Visa U.S.A. Inc.; miembro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (FDIC, por sus siglas en inglés). La tarjeta no se puede utilizar en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

Ofrecemos a nuestros miembros estos servicios de valor agregado. Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Servicio	Descripción	Cómo funciona	¿Recompensa de My Health Pays?
<p>Start Smart for Your Baby® (Start Smart)</p> <p>¿Quién es elegible? Miembros de Iowa Total Care que están embarazadas o acaban de tener un bebé.</p>	<p>Start Smart promueve la educación y la comunicación entre las miembros embarazadas y nuestros gestores de casos para garantizar un embarazo y un primer año de vida saludables para sus bebés. El programa proporciona materiales educativos, así como incentivos para acudir a las visitas prenatales, de posparto y de bienestar infantil.</p>	<p>Para inscribirse en este programa, solo complete y devuelva el formulario de Notificación de embarazo, que se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su kit de bienvenida • En línea en iowatotalcare.com, en la sección Recursos para miembros <p>Su médico también puede completar y enviar el formulario por usted.</p>	<p>Las recompensas pueden oscilar entre \$15 y \$40, según la etapa en la que complete y envíe el formulario de Notificación de embarazo o asista a su consulta médica prenatal.</p>
<p>Programa Baby Shower de Start Smart for Your Baby®</p> <p>¿Quién es elegible? Miembros de Iowa Total Care que están embarazadas</p>	<p>Las fiestas de bienvenida para el recién nacido (baby showers) se llevan a cabo en un entorno de aula con el propósito de educar a las miembros embarazadas sobre los cuidados prenatales y posparto para ellas y sus bebés. Las clases cubren los aspectos básicos de los cuidados prenatales, incluyendo la nutrición, el riesgo de fumar y los beneficios de dejar de hacerlo, la evolución del feto a lo largo del embarazo, la importancia de un seguimiento regular con los proveedores médicos, los problemas de salud más comunes que se producen durante el embarazo y un repaso de los programas Start Smart® y MemberConnections.</p>	<p>Las miembros elegibles están invitadas a asistir a una fiesta de bebés que se lleva a cabo en su área.</p>	<p>No se otorgan recompensas por asistir al baby shower; sin embargo, Iowa Total Care puede asociarse con proveedores para proporcionar artículos que usted y su bebé puedan necesitar.</p>

Servicio	Descripción	Cómo funciona	¿Recompensa de My Health Pays?
<p>El programa contra la gripe</p>	<p>El programa proporciona información sobre la prevención de la transmisión del virus de la gripe animándole a vacunarse contra la gripe estacional, a tomar precauciones cotidianas para prevenir la enfermedad y a saber qué hacer si un miembro (o un familiar) se enferma.</p>	<p>El programa contra la gripe es nuestra campaña anual de prevención de la gripe que le ofrece a usted, como miembro, una ayuda específica. Además, puede obtener la vacuna contra la gripe en las farmacias participantes, siempre que la edad u otras condiciones de la farmacia lo permitan. Para encontrar una farmacia o un médico cerca de usted, revise “Vacunas contra la gripe” en la sección Beneficios y servicios en iowatotalcare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711).</p>	<p>Reciba \$10* en recompensas de My Health Pays® cuando se vacune contra la gripe durante la temporada de gripe.** *Se aplica para mayores de 18 años. ** La temporada de gripe es de septiembre a abril.</p>
<p>Kit de prueba de control de la diabetes para uso doméstico</p> <p>¿Quién es elegible? Miembros entre 18 y 75 años de edad a los que se les haya diagnosticado diabetes</p>	<p>Nos hemos asociado con <Visiting Physicians Association> (VPA) para proporcionar kits de prueba de control de la diabetes para uso doméstico, como el kit HgbA1C, sin costo para usted. Los resultados del kit de pruebas de control lo ayudarán a controlar mejor su salud.</p>	<p>Los miembros que reúnan los requisitos pueden llamar al Servicio de Atención para Miembros para solicitar un kit. Iowa Total Care le enviará por correo un kit de prueba doméstica a su hogar. El kit tendrá las instrucciones sobre cómo realizar la prueba y a dónde debe enviarla por correo. Los resultados se enviarán por correo a usted y a su médico de atención primaria.</p>	<p>Reciba \$15 en recompensas de My Health Pays® por realizar la prueba doméstica. Puede ganar este monto dos veces por año calendario.</p>

Servicio	Descripción	Cómo funciona	¿Recompensa de My Health Pays?
<p>Programa Alcance Comunitario de Member Connections®</p> <p>¿Quién es elegible? Miembros de alto riesgo de Iowa Total Care con afecciones crónicas múltiples</p>	<p>Este programa nos permite proporcionar un nivel de interacción personal y de alto nivel con nuestros miembros, a fin de crear relaciones sólidas y de confianza.</p> <p>Los representantes de conexiones de miembros (MCR, por sus siglas en inglés) son contratados dentro de las comunidades a las que prestamos servicio para ayudar a garantizar que nuestro alcance sea culturalmente competente y esté a cargo de personas que conocen las necesidades de la gente de la comunidad. Los MCR reciben una amplia capacitación, que incluye la certificación de trabajador de extensión de salud comunitaria (Community Health Outreach Worker), y se convierten en una parte importante de nuestro personal de conexiones con los miembros y de coordinación de la atención.</p>	<p>Los MCR realizan visitas a domicilio a los miembros de alto riesgo a los que no podemos llegar por teléfono, y ayudarán a la divulgación entre los miembros, coordinarán los servicios sociales y asistirán a los eventos de la comunidad para ofrecer educación de salud y divulgación.</p>	<p>Los MCR pueden ayudar a garantizar que los miembros de alto riesgo reciban la atención que necesitan para controlar sus afecciones médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes y chequeos anuales por \$15 a \$30

Servicio	Descripción	Cómo funciona	¿Recompensa de My Health Pays?
<p>Connections Plus[®]</p> <p>¿Quién es elegible? Miembros de alto riesgo de Iowa Total Care con afecciones crónicas múltiples que están inscritos en gestión de la atención.</p>	<p>Iowa Total Care ofrece el programa ConnectionsPlus, que presta teléfonos móviles preprogramados gratuitos a nuestros miembros elegibles de alto riesgo que no tienen un acceso telefónico confiable, a través de SafeLink o a través del plan si no cumple los requisitos para obtener un teléfono SafeLink.</p> <p>Los teléfonos móviles también se utilizan para que los gestores de casos puedan enviar al miembro un mensaje de texto con información de salud dirigida a su estado de salud. En las zonas rurales, este programa ayuda a los miembros a conectar más fácilmente con su proveedor.</p>	<p>Los miembros de alto riesgo reciben un teléfono móvil (sin costo alguno para el miembro) que tiene preprogramada la marcación directa a números de teléfono importantes. Se educa a los miembros para que controlen su salud y llamen rápidamente para pedir consejos en lugar de esperar hasta la siguiente cita.</p>	<p>N/A</p>
<p>Aplicación móvil</p> <p>¿Quién es elegible? Todos los miembros de Iowa Total Care o el padre/madre o tutor del miembro de Iowa Total Care</p>	<p>Para que pueda acceder fácilmente a la información, Iowa Total Care ofrece una aplicación móvil que incluye herramientas y funciones interactivas, como la detección de riesgos para la salud, las alertas en caso de deficiencias en la atención, la biblioteca de salud, las llamadas rápidas, la búsqueda móvil de un proveedor (Find-a-Provider), la tarjeta de identificación móvil y los rastreadores personales de salud. Está diseñado para ser una “ventanilla única” móvil completa e integrada.</p>	<p>Busque “Iowa Total Care” en la App Store o en Google Play y descargue la aplicación.</p>	<p>N/A</p>

Servicio	Descripción	Cómo funciona	¿Recompensa de My Health Pays?
<p>Conferencia por video con un médico</p> <p>¿Quién es elegible? Todos los miembros de Iowa Total Care o el padre/madre o tutor en nombre del miembro de Iowa Total Care</p>	<p>Nos hemos asociado con Teladoc para brindar acceso a atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana*. Es una manera fácil de obtener servicios por parte de un médico, hacer una visita presencial y hablar con un médico sobre cuestiones que no son de emergencia. Además, reciba consejos médicos y remisiones.</p> <p><i>*Los servicios de salud conductual están disponibles todos los días, de 7 a. m. a 9 p. m., hora del centro.</i></p>	<p>Busque Teladoc en la App Store o en Google Play.</p>	<p>N/A</p>
<p>Días de celebración saludables</p> <p>¿Quién es elegible? Todos los miembros de Iowa Total Care</p>	<p>Este beneficio ayuda a garantizar que reciba los chequeos médicos preventivos necesarios. En estos eventos, Iowa Total Care se asociará con los consultorios de los proveedores de todo el estado para identificar a los miembros que no hayan acudido a determinadas visitas de atención preventiva.</p>	<p>El personal de Iowa Total Care se pondrá en contacto con usted para animarlo a concertar una cita para el servicio necesario en un día determinado reservado por el consultorio y lo ayudará a organizar el transporte, los servicios de interpretación u otras adaptaciones según sea necesario.</p>	<p>Exámenes y chequeos anuales (\$15 a \$20 en recompensas de My Health Pays®).</p>
<p>Findhelp.org</p> <p>¿Quién es elegible? Cualquier persona interesada en investigar los recursos de la comunidad local</p>	<p>La herramienta de recursos comunitarios en línea de Iowa Total Care que pone valiosos recursos comunitarios al alcance de su mano.</p> <p>Puede encontrar programas y servicios para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comida • Asistencia financiera • Refugio • ¡Y mucho más! 	<p>Es accesible al público y tiene recursos disponibles en español.</p> <p>Puede encontrar un enlace a Findhelp.org en <u>iowatotalcare.com</u>, en la sección de enlaces útiles.</p>	<p>N/A</p>

Servicio	Descripción	Cómo funciona	¿Recompensa de My Health Pays?
<p>Fondo de Coordinación para la Transición de Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)</p> <p>¿Quién es elegible? Miembros que vuelven a casa desde determinados entornos; ver Cómo funciona.</p> <p>El miembro no debe poder optar por otros fondos (por ejemplo, el programa de subvenciones Money Follows the Person, recursos comunitarios, fondos del condado).</p>	<p>Los miembros son elegibles para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$750 si tienen una casa a la que vuelven o • Hasta \$1500 si van a necesitar un hogar. <p>Los fondos pueden utilizarse para pagar los servicios públicos, el alojamiento (alquiler y/o fianza), artículos para el hogar (sábanas, toallas), alimentos, artículos de limpieza y otros.</p>	<p>Este fondo está disponible para los afiliados que se trasladan a su domicilio desde los siguientes centros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID, por sus siglas en inglés), • Centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) • Instituciones médicas psiquiátricas para niños (PMIC, por sus siglas en inglés), • Servicios comunitarios de rehabilitación neuroconductual (por sus siglas en inglés), • Centro residencial de salud (RCF, por sus siglas en inglés) • Instituto de salud mental (MHI, por sus siglas en inglés) o un • Lugar Fuera del Estado (OOS, por sus siglas en inglés). <p>Todas las solicitudes deben ser llevar la inicial de la Gestión de Casos y aprobadas por los directores de Iowa Total Care antes del alta.</p>	<p>N/A</p>

MEDICINA PREVENTIVA

Su salud es importante para nosotros. La buena salud comienza con suficientes horas de sueño, una alimentación saludable y comportamientos saludables. Uno de estos comportamientos es acudir al médico anualmente (los niños con más frecuencia) y seguir los consejos que brinde.

Medicina preventiva para adultos

Debe programar chequeos anuales con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para proteger su salud. Estos chequeos pueden incluir un examen físico, análisis de sangre y las vacunas correspondientes. Si hay un problema de salud, se puede descubrir y tratar a tiempo. La frecuencia con la que se realiza un examen de detección dependerá de la edad y de los factores de riesgo. Hable con su médico sobre lo que es adecuado para usted.

Medicina preventiva para niños

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) es la atención preventiva para los jóvenes de Iowa Health Link menores de 21 años. También se denomina chequeos del niño sano. Las visitas al médico cuando su hijo se encuentra bien ayudan a asegurarse de que esté creciendo, sano y seguro. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted. La frecuencia con la que se realiza un examen de detección dependerá de la edad y de los factores de riesgo de su niño. Hable con su médico sobre lo que es adecuado para su niño. Muchas escuelas, actividades y otras organizaciones piden un “examen físico deportivo”. Este es un examen limitado. Dígale a su proveedor si necesita este examen. Ellos pueden completar los formularios que necesita durante el chequeo del niño sano de su hijo.

Tenemos muchos programas y herramientas para ayudarlos a usted y a su familia a mantenerse saludables, que incluyen:

- Asesoría sobre la salud.
- Servicios de gestión de la atención.
- Clases sobre el cuidado durante el embarazo y crianza de los hijos.
- Recordatorios de bienestar.

Su proveedor puede sugerirle uno de estos programas. Si desea obtener más información sobre los programas, llame a Servicios para Miembros: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

ATENCIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS

Start Smart for Your Baby® es el programa de Iowa Total Care para todas las miembros embarazadas. Las mujeres pueden consultar a cualquier obstetra o ginecólogo (OB/GYN) para recibir atención durante el embarazo sin que las remita su proveedor de atención primaria (PCP). Este cuidado se llama atención prenatal, que puede ayudarla a tener un bebé saludable. Incluso si ya tuvo un bebé (posparto), la atención posnatal es importante. El período posparto (o posnatal) comienza inmediatamente después del parto. Con nuestro programa Start Smart for Your Baby®, las miembros cuentan con información sobre salud y recompensas por recibir atención prenatal y de posparto.

- Si cree que puede estar embarazada, consulte a su PCP o a un obstetra/ginecólogo de inmediato. No necesita una remisión de su PCP para ver a un médico obstetra/ginecólogo. Es importante comenzar la atención prenatal tan pronto como quede embarazada. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un obstetra/ginecólogo en la red de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Cuando se entere de que está embarazada, debe completar el formulario de Notificación de embarazo disponible en nuestro portal seguro para miembros: member.iowatotalcare.com. También, puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Mantenimiento de Ingresos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de Iowa al 1-877-347-5678 para informar este cambio a Medicaid. Cuando llame, informe la fecha de parto confirmada.
- Consulte a su PCP u obstetra/ginecólogo durante su embarazo.
- Asegúrese de asistir a todas sus visitas cuando su PCP u obstetra/ginecólogo se lo indiquen.
- Asegúrese de visitar a su proveedor después de tener a su bebé para recibir atención de seguimiento (entre siete y 84 días después del nacimiento de su bebé).

Puede hacer algunas cosas que la ayudarán a tener un embarazo seguro. Hable con su médico sobre los problemas médicos que tenga, como la diabetes y la hipertensión. No fume, no consuma alcohol ni drogas, ni ahora ni mientras esté embarazada.

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

- Tres o más abortos espontáneos
- Parto prematuro, también conocido como nacimiento prematuro, es el nacimiento del bebé con menos de 37 semanas de edad gestacional.
- Nacimiento de niño muerto

Cuando esté embarazada, tenga en cuenta lo siguiente:

- Acuda al médico (obstetra/ginecólogo) tan pronto como crea que está embarazada. Es importante para su salud y la de su bebé consultar a un médico lo antes posible.

- Si ha tenido problemas o un embarazo de alto riesgo en el pasado, es posible que necesite atención adicional. Elija un médico al que pueda ver durante todo el embarazo. Es aún mejor si ve a su médico antes de quedar embarazada. El médico puede ayudarla a preparar su cuerpo para el embarazo.
- Debe elegir un pediatra para su bebé antes de que este nazca. Si no elige un pediatra, Iowa Total Care elegirá uno por usted.

Es importante tener hábitos de vida saludables durante el embarazo. Esto incluye hacer ejercicio, comer alimentos balanceados, dormir de 8 a 10 horas por noche y no fumar. Estas sugerencias pueden ayudar a que usted y su bebé se mantengan saludables.

Una observación sobre el ácido fólico

El ácido fólico es muy importante para la salud de su bebé. Obtener suficiente ácido fólico puede ayudar a prevenir defectos congénitos graves. El ácido fólico es una vitamina B. Se encuentra principalmente en vegetales de hojas verdes, como la col y la espinaca. También se encuentra en granos enriquecidos. Algunos alimentos con ácido fólico son los siguientes:

- Jugo de naranja.
- Verduras verdes.
- Frijoles.
- Guisantes.
- Cereales fortificados para el desayuno.
- Arroz enriquecido.
- Pan integral.

Es difícil obtener suficiente ácido fólico solo de los alimentos. Pregúntele a su médico acerca de tomar vitaminas prenatales. Estas tendrán el ácido fólico adicional que su bebé necesita. Su bebé lo necesita de inmediato. Esta es una razón para ver a su médico tan pronto como crea que podría estar embarazada.

Cuando queda embarazada

Cuando se entere de que está embarazada, debe completar el formulario de Notificación de embarazo disponible en nuestro portal seguro para miembros: member.iowatotalcare.com. Una vez completado y presentado, le enviaremos un paquete Start Smart for Your Baby®. Esto incluirá:

- Una carta de bienvenida al programa Start Smart for Your Baby®.
- Un libro titulado *Guía para la madre sobre el embarazo* (A Mother's Guide to Pregnancy) con información sobre qué esperar durante el embarazo y después del parto.
- Una lista de verificación de suministros para asegurarse de que está lista para cuando llegue su bebé.
- Un folleto Start Smart for Your Baby® que explicará el programa.

Después de tener a su bebé

Iowa Total Care le enviará un correo de bienvenida al recién nacido. Esto incluirá:

- Una carta de bienvenida a su nuevo pequeño y la presentación de las formas de cuidar a su bebé.
- Un libro titulado *Guía de la madre para la vida después del parto* (A Mother's Guide to Life After Delivery), con información sobre los cambios que puede experimentar su cuerpo.
- Lista de vacunas y visitas de bienestar infantil, información sobre cada una de ellas y un calendario.

La unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés)

Si su bebé ingresa en la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés), ofrecemos el programa de NICU de Start Smart for Your Baby®. Los padres reciben educación y apoyo, incluyendo consejos sobre cómo superar los momentos difíciles y lo que pueden hacer para ayudar a su bebé mientras está en la NICU.

Llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care para obtener más información: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Dejar de fumar

Si está embarazada y fuma, podemos ayudarla a dejar de fumar. Disponemos de un programa gratuito para dejar de fumar dirigido a mujeres embarazadas. El programa cuenta con trabajadores de atención médica capacitados que están listos para ayudarla personalmente.

Le proporcionarán la educación, el asesoramiento y el apoyo que necesita para ayudarla a dejar de fumar. A través de llamadas telefónicas regulares, usted y su asesor de salud desarrollarán un plan para hacer los cambios que la ayudarán a dejar de fumar.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

Ofrecemos ayuda personalizada para miembros con un problema de salud específico. La gestión de la atención brinda apoyo a los miembros que necesitan ayuda adicional para estar lo más saludables posible. Estos servicios pueden ser:

- Educación sobre cambios en el estilo de vida
- Atención en el hogar
- Recursos comunitarios

Nuestro personal se comunicará con usted dentro de los 30 días calendario posteriores a su inscripción. El miembro del personal le hará algunas preguntas sobre su salud y sus necesidades de atención médica. Es importante que hablemos para asegurarnos de que reciba o continúe recibiendo los servicios que necesita. Esto nos ayudará a determinar si tiene necesidades con las que podamos ayudarlo. Si necesita ayuda, lo visitaremos y hablaremos sobre sus necesidades y de cómo podemos ayudarlo. Trabajaremos juntos en un plan de atención específicamente para usted. Es posible que incluso podamos ayudarlo con cosas como comida, vivienda y recursos comunitarios que tal vez no conozca.

¿Debería participar en la gestión de la atención?

La gestión de la atención podría ser útil para usted si:

- Tiene una enfermedad de por vida como asma o diabetes.
- Tiene o está en riesgo de tener una afección grave.
- Tiene una necesidad de salud conductual.
- Tiene una discapacidad física o del desarrollo.
- Tiene alguna otra necesidad especial que requiera atención médica.
- Tiene un nivel de necesidades de atención para centro de enfermería.
- Necesita servicios a domicilio y en la comunidad.
- Utiliza los servicios de beneficio comunitario dirigidos por usted mismo.

¿Qué es un gestor de la atención?

Un gestor de la atención es un asesor de bienestar personal. Trabaja en estrecha colaboración con usted para planificar sus objetivos de salud. Lo ayudan a determinar los pasos para lograr sus objetivos.

Nuestros equipos de coordinación de la atención/gestión de la atención incluyen los siguientes:

- Enfermeras registradas (RN, por sus siglas en inglés).
- Trabajadores sociales licenciados (LSW, por sus siglas en inglés).
- Clínicos de salud conductual (consejero o trabajador social).
- Representantes de servicios de salud comunitarios.

Su gestor de la atención trabajará con usted y sus proveedores para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Juntos desarrollarán su plan de atención individualizado. A veces, ellos pueden organizar tratamientos que no son habituales para la mayoría de las personas. Pueden trabajar con nuestro director médico para autorizar una atención adicional en los siguientes casos:

- Hay una afección grave y el tratamiento probablemente llevará mucho tiempo.
- Hay servicios alternativos que se pueden usar en lugar de los servicios cubiertos que son más costosos.
- Son necesarios más servicios de los habituales.

Trabajaremos con usted de forma individual para establecer un plan de servicios centrado en la persona y le permitiremos participar en la organización y gestión de su propia atención si así lo desea. Suspendemos o ajustaremos el plan si ya no es apropiado o no funciona. Recibirá una carta en la que se le notificará el cambio al menos 10 días calendario antes de que se suspenda un plan. Para obtener más información sobre la gestión de atención o para realizar cambios en el programa de gestión de la atención actualmente asignado, puede llamar a Servicios para Miembros y pedir hablar con el personal de gestión de la atención. Lo ayudaremos a encontrar los recursos adecuados para sus necesidades.

Gestión de la atención crónica

Ofrecemos servicios de gestión de la atención crónica. Nuestros gestores de la atención ayudan a los médicos, especialistas y miembros a trabajar juntos para lograr la mejor atención. Estos gestores de la atención le enseñan al miembro sobre su afección. Ayudan al miembro a elaborar un plan para mejorar su salud.

Los miembros con estas afecciones pueden beneficiarse de la gestión de la atención crónica:

- Asma.
- Arteriopatía coronaria.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés).
- Insuficiencia cardíaca.
- Consumo de tabaco.

Nuestros gestores de la atención escucharán las inquietudes de los miembros. Ayudarán al miembro a obtener lo que necesita. Hablarán con el miembro sobre:

- Cómo entender su afección.
- Preparar un plan de atención.
- Cómo tomar su medicamento.
- Qué pruebas de detección hacerse.
- Cuándo llamar a su médico u otro proveedor.

El objetivo de la gestión de la atención crónica es ayudar al miembro a comprender y tomar el control de su salud. Mejor control significa mejor salud. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. 1-833-404-1061 (TTY: 711).

SALUD CONDUCTUAL

La salud conductual se refiere a la salud mental y al tratamiento por el consumo de sustancias (alcohol y drogas). A veces, hablar con un amigo o familiar puede ayudarlo a resolver un problema. Cuando eso no sea suficiente, llame a su médico o a Iowa Total Care. Podemos brindarle apoyo. Podemos hablar con sus proveedores/médicos y ayudarlo a encontrar proveedores de salud mental y del consumo de sustancias que lo asistan.

No necesita una remisión de su médico. Puede acudir a cualquier proveedor de nuestra red para obtener los servicios. Los proveedores lo ayudarán a determinar qué servicios podrían satisfacer mejor sus necesidades.

Para obtener más información sobre los beneficios específicos cubiertos, comuníquese con Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

¿Cómo sé si mi hijo o yo necesitamos ayuda?

- No puede hacer frente a la vida cotidiana.
- Se siente muy triste, estresado o preocupado.
- No dormir ni comer bien.
- Piensa en hacerse daño a sí mismo o a otros.
- Le preocupan pensamientos extraños, como oír o ver cosas que otras personas no oyen ni ven.
- Beber alcohol o consumir otras sustancias.
- Tiene problemas en la escuela.
- En la escuela o la guardería piensan que su hijo debe acudir a un médico debido a problemas de salud mental o consumo de sustancias, incluyendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés).
- No puede concentrarse.
- Se siente desesperado.

Si tiene un problema de salud conductual, podemos ayudarlo a encontrar un proveedor. Queremos que tenga un proveedor que sea adecuado para usted. Es importante que tenga a alguien con quien hablar para que pueda trabajar en la solución de problemas.

¿Qué debo hacer en una emergencia de salud conductual?

En caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, llame al 911 o puede acudir a la sala de emergencias más cercana. No tiene que esperar a que ocurra una emergencia para obtener ayuda. Iowa Total Care tiene una línea de apoyo para crisis: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Ellos lo ayudarán en cualquier momento de forma gratuita. Pueden ayudar con la depresión, la enfermedad mental, el consumo de sustancias y otras necesidades de salud conductual.

Si desea hablar con un gestor de cuidados de Iowa Total Care, llame al Servicio de Atención para Miembros para que lo ayuden a encontrar un proveedor en su área: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

¿Hay servicios de salud conductual en línea?

Iowa Total Care ofrece recursos de salud conductual dirigida al consumidor en línea mediante www.mystrength.com, un sitio web que ofrece una variedad de programas personalizados de aprendizaje electrónico para ayudar a superar la depresión, la ansiedad o el consumo excesivo de drogas o alcohol con el apoyo de herramientas, ejercicios semanales e inspiración diaria en un ambiente seguro y confidencial. El sitio web ofrece a los miembros que lo necesitan la capacidad de asumir la responsabilidad de su atención médica, aprender más sobre sus diagnósticos y realizar un seguimiento de sus síntomas, y ofrece ideas e información motivacionales. También alentamos a los cuidadores a inscribirse y utilizar MyStrength como apoyo para ellos mismos o para comprender mejor el diagnóstico de salud conductual del niño. También se puede acceder a MyStrength a través del teléfono inteligente de un miembro.

SERVICIOS Y APOYOS A LARGO PLAZO

La cobertura de Iowa Total Care incluye servicios para los miembros que requieren servicios y apoyos a un nivel que se proporciona en instalaciones tales como una residencia de ancianos o un centro de atención intermedia (ICF, por sus siglas en inglés). Esto se conoce como atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Cuando el mismo tipo de atención se le proporciona en su hogar o comunidad (servicios a domicilio y en la comunidad), en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID, por sus siglas en inglés) o en un centro de enfermería o centro de enfermería especializada, se denomina servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

Servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)

Los programas de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) están diseñados para personas con discapacidades, enfermedades mentales crónicas y personas mayores de Iowa que necesitan ayuda con las actividades normales de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse o ir al baño. Los HCBS pueden ayudar a las personas a mantener su calidad de vida mientras permanecen en su hogar en lugar de mudarse a un ambiente institucional, como una residencia de ancianos.

Si actualmente no recibe HCBS, Iowa Total Care lo ayudará con el proceso para acceder a esos servicios. Es necesario realizar una evaluación para determinar su nivel de necesidad de servicios. Si la evaluación muestra que necesita esos servicios y es elegible para Medicaid, es posible que pueda recibir los servicios en una residencia de ancianos o elegir recibirlos en su hogar.

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

Exención de responsabilidad por SIDA/VIH

Los servicios de exención por SIDA/VIH pueden estar disponibles para las personas que:

- Son diagnosticadas por un médico como pacientes con SIDA o infección por VIH.
- Se determina que necesitan el nivel de atención de un centro de atención intermedia (ICF, por sus siglas en inglés) o de hospital.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención por SIDA/VIH

- Atención diurna para adultos.
- Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
- Servicios de asesoramiento.
- Comidas a domicilio.
- Asistente de salud en el hogar.
- Servicios domésticos.
- Atención de enfermería.
- Relevo.
- Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés).

Exención por lesión cerebral

Los servicios de exención por lesión cerebral (BI, por sus siglas en inglés) pueden estar disponibles para las personas que:

- Se determina que tienen un diagnóstico de lesión cerebral, según la definición del Código Administrativo de Iowa.
- Se ha determinado que necesita cuidados de nivel ICF, SNF o ICF/ID.
- Tienen al menos un mes de edad.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención por lesión cerebral

- Atención diurna para adultos.
- Programación conductual.
- Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
- Asesoramiento y capacitación familiar.
- Modificaciones de viviendas y vehículos.
- Seguimiento y tratamiento médico provisional.
- Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés).
- Servicios preprofesionales.
- Relevo.
- Equipo médico especializado.
- Vida asistida en la comunidad (SCL, por sus siglas en inglés).
- Empleo con apoyo.
- Transporte.
- Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés).

Exención de responsabilidad de salud mental infantil

Los servicios de exención de salud mental infantil (CMH, por sus siglas en inglés) pueden estar disponibles para las personas que:

- Tienen una edad comprendida entre el nacimiento y los 18 años.
- Tienen un diagnóstico de trastorno emocional grave (SED, por sus siglas en inglés) verificado en los últimos 12 meses por un profesional de salud mental con licencia.
- Se determina que necesitan el nivel de atención de hospital.
- Estos servicios son gestionados por el equipo de Hogar de Salud Integrado.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención de salud mental infantil

- Modificaciones ambientales, dispositivos adaptativos y recursos terapéuticos.
- Terapia familiar en el hogar.
- Apoyos familiares y comunitarios.
- Relevos.

Exención de responsabilidad por edad avanzada

Los servicios de exención para personas de la tercera edad pueden estar disponibles para aquellas que:

- Tienen 65 años o más.
- Se ha determinado que necesita cuidados de nivel ICF o especializados.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención para personas de la tercera edad

- Atención diurna para adultos.
- Dispositivos de ayuda.
- Servicio de vida asistida.
- Servicios de tareas domésticas.
- Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
- Sistema de respuesta en caso de emergencia.
- Modificaciones de viviendas y vehículos.
- Comidas a domicilio.
- Asistente de salud en el hogar.
- Servicios domésticos.
- Alcance de salud mental.
- Atención de enfermería.
- Asesoramiento nutricional.
- Relevos.
- Acompañantes mayores.
- Transporte.
- Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés).

Habilitación

Los servicios de habilitación pueden estar disponibles para las personas que:

- Tienen 16 años o más, padecen una enfermedad mental grave o un trastorno emocional grave, con un impedimento funcional.
- Son elegibles para Medicaid y tienen unos ingresos familiares que no superan el 150 % del nivel federal de pobreza.
- Cumplen con una evaluación basada en las necesidades, tienen uno o dos factores de riesgo y cumplen al menos dos de los cinco criterios que demuestran la necesidad de asistencia.

Este servicio puede ser gestionado por un CBCM o por un equipo de Hogar de Salud Integrado.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de habilitación

- Habilitación en el hogar (servicios por hora y por día).
- Habilitación diurna.
- Servicios preprofesionales.
- Empleo con apoyo.

Exención por salud y discapacidad

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

- Tienen menos de 65 años y son ciegas o se determina que tienen discapacidades porque reciben los beneficios de discapacidad del Seguro Social o a través del proceso de decisión de discapacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa.
- No son elegibles para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) si tienen más de 21 años; los miembros que reciben servicios de exención por HD cuando cumplen los 21 años pueden seguir siendo elegibles hasta que cumplan los 25, independientemente de la elegibilidad para SSI.
- Cumplen todos los requisitos no financieros de Medicaid.
- Se ha determinado que necesita cuidados de nivel ICF, SNF o ICF/ID.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención por salud y discapacidad

- Atención diurna para adultos.
- Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
- Servicios de asesoramiento.
- Modificaciones de viviendas y vehículos.
- Comidas a domicilio.
- Asistente de salud en el hogar.
- Servicios domésticos.
- Seguimiento y tratamiento médico provisional.
- Servicios de enfermería.

- Asesoramiento nutricional.
- Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés).
- Relevos.
- Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés).

Exención por discapacidad intelectual

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

- Tienen un diagnóstico de discapacidad intelectual determinado por un psicólogo o psiquiatra.
- Se ha determinado que necesita cuidados de nivel ICF, SNF o ICF/ID.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención por discapacidad intelectual

- Atención diurna para adultos.
- Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
- Rehabilitación diurna.
- Modificaciones de viviendas y vehículos.
- Asistente de salud en el hogar.
- Seguimiento y tratamiento médico provisional.
- Enfermería.
- Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés).
- Servicios preprofesionales.
- Relevos.
- Vida asistida en la comunidad (SCL, por sus siglas en inglés).
- Vida asistida en la comunidad con base residencial (RBSCL, por sus siglas en inglés).
- Empleo con apoyo.
- Transporte: si recibe vida asistida en la comunidad diariamente bajo la exención por discapacidad intelectual, se le proporcionará transporte, a menos que se especifique lo contrario en su plan centrado en la persona.
- Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés).

Exención por discapacidad física

Los servicios de exención por discapacidad física pueden estar disponibles para las siguientes personas:

- Tienen una discapacidad física.
- Tienen entre 18 y 64 años.
- Se determina que son ciegos o que tienen discapacidades porque reciben los beneficios de discapacidad del Seguro Social o a través del proceso de determinación de discapacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa.

Con base en sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir:

Servicios de exención por discapacidad física

- Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
- Modificaciones de viviendas y vehículos.
- Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés).
- Equipo médico especializado.
- Transporte.
- Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés).

Para obtener más información sobre cada uno de los programas de HCBS, visite:

hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/hcbs

Administración de casos

Los servicios de gestión de casos se prestan a los miembros elegibles que acceden a los servicios HCBS. Los servicios de gestión de casos pueden ser prestados por un gestor de casos comunitario (CBCM, por sus siglas en inglés) o el programa salud integral en el hogar (IHH, por sus siglas en inglés) de Iowa Total Care. Los servicios de gestión de casos ayudarán con lo siguiente:

- Coordinar y supervisar sus necesidades de atención sanitaria.
- Coordinar y supervisar los servicios que le prestan los proveedores de servicios físicos, conductuales y de apoyo.
- Vincular, coordinar y supervisar los servicios de Medicaid y los que no lo son.
- Vincular, coordinar y supervisar los servicios y recursos disponibles en su comunidad.
- Facilitar la comunicación con los miembros y sus apoyos informales durante el proceso de remisión, coordinación y supervisión de los servicios y apoyos necesarios.
- Coordinar su beneficio de transporte, a través de los servicios HCBS disponibles o Access2Care.
- También disponemos de gestión de cuidados complejos para los miembros elegibles que tienen necesidades sanitarias y de bienestar únicas. Es posible que nos pongamos en contacto con usted para hablar del programa.

Programa de coordinación de servicios

Los miembros que accedan a los servicios HCBS tendrán un programa de coordinación de servicios, también denominado plan de servicios centrado en la persona (PCSP, por sus siglas en inglés). Esto lo completa el CBCM con los miembros. El PCSP es un plan que consiste en servicios y apoyos que satisfarán las necesidades del miembro para vivir de la forma más independiente posible en la comunidad.

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

Transporte para los servicios de exención

Si está en un programa de exención que incluye el beneficio de transporte, su gestor de casos:

- Trabaja con usted y su equipo de atención para determinar el número de viajes o el millaje que se debe autorizar.
- Presentará la autorización a Access2Care para permitir que se programen los viajes.
- Coordinar con usted y su equipo de atención la organización del transporte de la exención con el proveedor de su elección a través de Access2Care para viajes recurrentes y puntuales y proporcionar información sobre cómo cancelar los viajes programados de la exención.

OPCIÓN DE ELECCIONES DEL CONSUMIDOR

Autodirección

Autodirección, también llamada Opción de elecciones del consumidor (CCO, por sus siglas en inglés), significa que usted elige a sus cuidadores personales. La CCO está disponible bajo las exenciones de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), con la excepción de la exención de Salud mental infantil (CMH, por sus siglas en inglés). La CCO le brinda control sobre sus 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 una mayor elección, control y flexibilidad con sus servicios a domicilio y en la comunidad para que usted pueda permanecer en su hogar y comunidad.

El programa CCO le permite tener el control sobre cuándo se proporcionan los servicios, cómo se proporcionan y quién será contratado para prestarle los servicios. Esto le da la posibilidad de tomar decisiones, seleccionar y emplear al personal y controlar la calidad de sus servicios. Si desea ayuda para gestionar a sus empleados o su presupuesto, puede optar por delegar las tareas en otra persona de su confianza para que las gestione por usted. Su gestor de casos comunitario (CBCM, por sus siglas en inglés) puede trabajar con usted si desea delegar su autoridad presupuestaria.

CCO puede ser un programa adecuado 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 proporcionan apoyo?
- ¿Quiere ser responsable de reclutar, contratar y despedir a sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Quiere ser responsable de capacitar, gestionar y supervisar a 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 hágale saber a su CBCM que usted está interesado. Trabjará con su CBCM para determinar los servicios disponibles para la autodirección y desarrollar un plan de servicios centrado en la persona (PCSP, por sus siglas en inglés). Elegirá un agente de apoyo independiente (ISB, por sus siglas en inglés) que lo ayudará a desarrollar su presupuesto individual, organizar sus servicios y contratar empleados.

También trabajará con un servicio de gestión financiera que lo ayudará a gestionar sus tareas como empleador. Ellos completarán la verificación de antecedentes de sus empleados y utilizarán su presupuesto para pagar a sus trabajadores en su nombre.

Usted será responsable de contratar y capacitar a sus empleados. Sus cuidadores deben pasar una verificación de antecedentes y tener 18 años o más. Su cuidador trabaja para usted y usted lo supervisará. Además, usted firmará las hojas de horas laboradas y supervisará cómo se proporcionan los servicios. El cuidador puede ayudarlo a vestirse, limpiar, preparar las comidas o en 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 CBCM para obtener más detalles.

Se pueden elegir los siguientes servicios para la autodirección:

1. Exención de responsabilidad por SIDA/VIH
 - a. Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés): Servicios no calificados.
 - b. Modificaciones de viviendas y vehículos.
 - c. Comidas a domicilio.
 - d. Servicios domésticos.
 - e. Relevo individual básico.
2. Exención por lesión cerebral
 - a. Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés): Servicios no calificados.
 - b. Modificaciones de viviendas y vehículos.
 - c. Servicios preprofesionales.
 - d. Relevo individual básico.
 - e. Equipo médico especializado.
 - f. Vida asistida en la comunidad.
 - g. Empleo con apoyo.
 - h. Transporte.
3. Exención de responsabilidad por edad avanzada
 - a. Dispositivos de ayuda.
 - b. Servicios de tareas domésticas.
 - c. Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés): Servicios no calificados.
 - d. Modificaciones de viviendas y vehículos.
 - e. Comidas a domicilio.
 - f. Servicios domésticos.
 - g. Relevo individual básico.
 - h. Acompañantes mayores.
 - i. Transporte.
4. Exención por salud y discapacidad
 - a. Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés): Servicios no calificados.
 - b. Modificaciones de viviendas y vehículos.
 - c. Comidas a domicilio.
 - d. Relevo individual básico.

5. Exención por discapacidad intelectual

- a. Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés):
Servicios no calificados.
- b. Habilitación diurna.
- c. Modificaciones de viviendas y vehículos.
- d. Servicios preprofesionales
- e. Relevo individual básico.
- f. Vida asistida en la comunidad.
- g. Empleo con apoyo
- h. Transporte.

6. Exención por discapacidad física

- a. Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés).
Servicios no calificados.
- b. Modificaciones de viviendas y vehículos.
- c. Equipo médico especializado.
- d. Transporte.

Tenga en cuenta que algunos servicios pueden estar sujetos a la verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés), un sistema de seguimiento que verifica cuándo una persona recibe un servicio de atención personal financiado por Medicaid.

Actualmente, esto se aplica a los servicios de atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés) y de servicios domésticos. Se le pedirá que firme la hoja de servicios EVV del empleado antes de que éste cobre por los servicios que le preste. Si tiene preguntas sobre los servicios de EVV y su función, póngase en contacto con su CBCM asignado.

Si cree que el programa CCO es adecuado 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. Puede encontrar más información sobre el programa CCO en línea:

hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/member-services/cco

ATENCIÓN DE ASISTENTE DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR (CDAC, por sus siglas en inglés)

Los programas de exención de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS) de Medicaid le ofrecen la oportunidad de recibir ayuda en su propio hogar o en su comunidad. Una opción es la atención de asistente dirigido por el consumidor, o CDAC, que puede brindarle la ayuda que necesita para permanecer en su propio hogar. Los servicios del CDAC deben ser servicios directos y prácticos que usted no pueda realizar por sí mismo. No se pueden proporcionar para su supervisión personal o para que alguien permanezca con usted durante la noche.

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

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

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

Usted es el empleador de su CDAC. Deberá rellenar un formulario de Acuerdo CDAC con su CBCM y la persona que contrate para prestar los servicios CDAC. El Acuerdo CDAC describe las tareas que realizará el proveedor CDAC, la frecuencia con la que las llevará a cabo y su tarifa. Su proveedor de CDAC puede ser una persona que usted conozca o alguien de una agencia. Recuerde que esta persona estará en su hogar ayudándolo a hacer las cosas necesarias para que usted permanezca en el hogar. Es importante que se sienta cómodo con él o ella. Su CBCM puede ayudarlo a determinar el monto de fondos disponibles para usted bajo su exención de HCBS para los servicios de CDAC. Esto le ayudará a planificar los horarios de trabajo y los salarios de los proveedores.

Verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés). Los servicios de CDAC deben verificarse a través de EVV para las agencias o proveedores individuales de CDAC, a menos que viva en un centro de vida asistida o de atención residencial. 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 EVV, comuníquese con su CBCM asignado.

Cómo obtener los servicios de CDAC

Para recibir CDAC, ya debe estar aprobado para uno de los programas de exención HCBS que tiene CDAC como servicio disponible. Si solicita CDAC como un servicio, tendrá una reunión con su CBCM y el proveedor de su elección. Su CBCM debe aceptar que los servicios de CDAC son adecuados para usted de manera que esté saludable y seguro.

Para obtener más información sobre cómo encontrar el proveedor adecuado, acuerdos CDAC, tarifas, mantenimiento de registros, planes de respaldo, cuestiones de personal, denuncia de abusos y mucho más, visite: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-medicaid-programs/cdac.

PROGRAMAS DE HOGAR DE SALUD

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

Los hogares de salud se enfocan en proporcionar los siguientes seis servicios básicos para los miembros:

1. Gestión integral de la atención.
2. Coordinación de la atención.
3. Promoción de la salud.
4. Atención integral de transición.
5. Apoyo individual y familiar.
6. Remisión a servicios de apoyo en la comunidad y sociales.

Los miembros de Iowa Health Link pueden inscribirse en un Hogar de Salud Integrado.

Hogar de Salud Integrado

Los miembros son elegibles para los servicios de Hogares de Salud Integrados (IHH, por sus siglas en inglés) si se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) o un trastorno emocional grave (SED, por sus siglas en inglés) y tienen una evaluación de impedimento funcional llevada a cabo por un profesional de la salud mental con licencia.

Una **SMI** se define como un adulto que padece un trastorno mental, conductual o emocional persistente o crónico especificado en el *Manual diagnóstico y estadístico (DSM, por sus siglas en inglés) de trastornos mentales* más reciente, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, o su equivalente más reciente en la Clasificación Internacional de Enfermedades que provoque un deterioro funcional que interfiere o limita sustancialmente en una o más actividades de la vida, incluyendo el desempeño en la familia, la escuela, el empleo o la comunidad.

Un **SED** se define como un niño con un trastorno mental, conductual o emocional diagnosticable especificado en el *Manual diagnóstico y estadístico (DSM, por sus siglas en inglés) de trastornos mentales* más reciente, publicado

por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría o su equivalente en la Clasificación Internacional de Enfermedades más reciente, que da lugar a un impedimento funcional que limita o interfiere sustancialmente en el desempeño del niño en las actividades de la familia, la escuela o la comunidad.

- En el caso de los niños de tres años o menos, se puede utilizar como herramienta de diagnóstico la *Clasificación Diagnóstica de los Trastornos de la Salud Mental y del Desarrollo de la Infancia y la Primera Infancia Revisada* (DC:03R, por sus siglas en inglés).
- En el caso de los niños de cuatro años o más, se puede utilizar el *Programa de Entrevistas de Diagnóstico para Niños* (DISC, por sus siglas en inglés) como alternativa al DSM más reciente.

La SMI y el SED pueden coexistir con el trastorno por consumo de sustancias, la discapacidad del desarrollo, del neurodesarrollo o intelectual, pero esos diagnósticos puede que no sean un enfoque clínico para los servicios de hogar de salud.

Impedimento funcional (FI, por sus siglas en inglés) significa la pérdida de la capacidad funcional de manera episódica, recurrente o continua y que limita o interfiere sustancialmente en el logro o el mantenimiento de una o más habilidades sociales, conductuales, cognitivas, comunicativas o adaptativas apropiadas para el desarrollo y que limita o interfiere sustancialmente en la capacidad funcional de la persona con la familia, el empleo, la escuela o la comunidad. El FI debe identificarse mediante una evaluación realizada por un profesional de salud mental con licencia. Esto no incluye las dificultades derivadas de respuestas temporales y esperadas a eventos estresantes en el entorno de la persona.

Para obtener información adicional sobre la elegibilidad, la participación o la realización de cambios en los programas de Hogar de Salud Integrado actualmente asignados, hable con su CBCM, el coordinador de atención o el Hogar de Salud Integrado local.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Derechos de los miembros

Como miembro tiene ciertos derechos. Iowa Total Care siempre desea respetarlos. Esperamos que nuestros proveedores respeten sus derechos.

- Ser tratados con respeto, dignidad y privacidad.
- Participar en la comunidad y trabajar, vivir y aprender en la mayor medida posible.
- Recibir servicios de atención médica según lo establecido en las reglamentaciones federales.
- Saber que sus historias clínicas y las conversaciones con sus proveedores serán privadas y confidenciales.
- Recibir información sobre todas las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, incluyendo el tratamiento en el entorno menos restrictivo, presentada de manera apropiada para la afección y la capacidad de comprensión de los miembros.
- Tener acceso a crear y usar una directiva anticipada.
- Recibir los servicios cubiertos de manera justa.
- Tomar decisiones con respecto a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libres de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, como se establece en las reglamentaciones federales.
- Tener acceso a su historial médico y poder solicitar correcciones.
- Elegir a un representante para que los ayude a tomar decisiones sobre la atención.
- Dar su consentimiento informado.
- Expresar una inquietud o presentar una apelación sobre Iowa Total Care o la atención que proporciona.
- Recibir una respuesta en un plazo razonable.
- Elegir entre los proveedores contratados disponibles que cumplen con los requisitos de autorización previa de Iowa Total Care.
- Recibir información sobre Iowa Total Care, incluidos los servicios cubiertos, los proveedores contratados y cómo acceder a ellos.
- Recibir información sobre Iowa Total Care, sus servicios, proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Solicitar los copagos totales abonados. Si hay un desacuerdo sobre los totales, los miembros pueden apelar esta información.
- Estar libres de acoso por parte de Iowa Total Care o sus proveedores contratados.
- Tener una conversación abierta con su proveedor sobre sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Obtener información sobre las opciones de atención de una manera que puedan entender, independientemente del costo o la cobertura.
- Participar activamente en la comprensión de los problemas de salud física y conductual y establecer objetivos de tratamiento con su proveedor.

- Hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de Iowa Total Care.
- Ejercer sus derechos, y hacerlo no afectará la forma en que Iowa Total Care, los proveedores de Iowa Total Care o Medicaid de Iowa tratan a los miembros.
- Solicitar un cambio de gestor de casos comunitario (CBCM, por sus siglas en inglés).
- Buscar segundas opiniones.
- Obtener ayuda con la coordinación de la atención del consultorio del PCP.
- Elegir, en la medida de lo posible y de manera apropiada, a su profesional de la salud y a los proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, según el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), sección 438.6(m).
- Obtener servicios de atención médica similares en cantidad y alcance a los que se brindan bajo el pago por servicio de Medicaid. Esto incluye el derecho a obtener servicios de atención médica que logren el propósito para el cual se brindan.
- Recibir servicios que sean apropiados y que no se nieguen o reduzcan debido a:
 - Diagnóstico.
 - Tipo de enfermedad.
 - Afección médica.
- Recibir información de una manera y en un formato que puedan entender, según se define en el acuerdo del proveedor y el Manual para miembros. Esto incluye:
 - Avisos de inscripción.
 - Materiales informativos.
 - Materiales de instrucción.
- Obtener servicios gratuitos de interpretación oral para todos los idiomas que no sean inglés.
- Ser notificados de que hay servicios de interpretación disponibles y cómo acceder a ellos.
- Solicitar las directrices prácticas adoptadas por Iowa Total Care.
- Obtener información adecuada y oportuna sobre el Plan de Incentivos para Médicos de Iowa Total Care cuando los miembros lo soliciten.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro, usted tiene ciertas responsabilidades. El tratamiento puede funcionar mejor si se cumplen estas pautas. Las responsabilidades de los miembros son:

- Notificar a Medicaid de Iowa si:
 - El tamaño de su familia cambia.
 - Su número de teléfono cambia.
 - Se mudan fuera del estado o cambian de dirección.
 - Tienen cobertura de salud con otra póliza, o con un tercero, o hay cambios en esa cobertura.
- Trabajar para mejorar su propia salud.
- Informar a Iowa Total Care cuando acudan a la sala de emergencias.

- Tratar a los proveedores y al personal con dignidad y respeto.
- Hablar con su proveedor sobre la autorización previa de los servicios que recomiendan.
- Ser conscientes de las responsabilidades relacionadas con los costos compartidos. Realizar los pagos de los que los miembros son responsables.
- Informar a Iowa Total Care si pierden o les roban su tarjeta de identificación de miembro.
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Iowa Total Care cuando reciban servicios de atención médica.
- Elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
- Acudir a las citas regulares y a las citas de seguimiento.
- Acceder a los servicios de atención preventiva.
- Llevar un estilo de vida saludable y evitar las conductas que se sabe que son perjudiciales.
- Conocer lo mejor posible los procedimientos, las normas de cobertura y las restricciones de Iowa Total Care.
- Comunicarse con Iowa Total Care cuando los miembros necesiten información o tengan preguntas.
- Proporcionar a los proveedores y a Iowa Total Care información médica precisa y completa para que puedan recibir la atención adecuada.
- Seguir la atención prescrita por el proveedor o informar, tan pronto como sea posible, la razón por la que no pueden seguir el tratamiento.
- Hacer preguntas a sus proveedores para que les ayuden a comprender el tratamiento. Conocer los posibles riesgos, beneficios y costos de las alternativas de tratamiento. Tomar decisiones de atención después de haber pensado en todas estas cosas.
- Informar a su PCP sobre todos los demás proveedores que los están tratando. Así se garantiza la comunicación y la coordinación en la atención. Esto también incluye proveedores de salud conductual.
- Participar activamente en su tratamiento. Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.
- Seguir el proceso de quejas si tienen inquietudes sobre la atención.

Opción de gestión de casos en la comunidad

En Iowa Total Care, hacemos todo lo posible por asignar un gestor de casos comunitario (CBCM, por sus siglas en inglés) que viva en la misma comunidad que usted. Esto significa que su CBCM tendrá conocimiento de los servicios y apoyos locales que están disponibles para usted. Entendemos que a veces puede haber conflictos entre los miembros y los CBCM y que es posible que desee solicitar un CBCM diferente. Su CBCM debe ser una persona con la que se sienta cómodo. Si cree que necesita un cambio de CBCM, llame a nuestro Servicios para Miembros. Ellos lo pondrán en contacto con un gestor CBCM en su área. El gestor hablará con usted del motivo por el que desea cambiar de CBCM. Si es necesario un cambio, Iowa Total Care hará todo lo posible para hacer la transición a otro CBCM en su área.

Satisfacción del miembro

Usted puede ayudar a Iowa Total Care a mejorar la forma en que funciona nuestro plan de salud. A través de nuestro Consejo Asesor de Partes Interesadas, brindamos a los miembros como usted la oportunidad de compartir sus pensamientos e ideas con nosotros. El Consejo comparte la educación sobre la salud con nuestros miembros. Discute las maneras de enfocarse en la salud preventiva. En estas reuniones, usted puede hablar de los servicios que recibe. Puede decirnos cómo lo estamos haciendo. Puede compartir sus ideas sobre los cambios en las políticas. Puede hacer preguntas o compartir cualquier inquietud.

¿Le gustaría formar parte de nuestra Junta Asesora de Partes Interesadas? Solo tiene que llamar a Servicios para Miembros. El número de teléfono gratuito es 1-833-404-1061 (TTY: 711). Allí podrán informarle sobre cómo unirse a la Junta Asesora de Partes Interesadas.

Competencia cultural

Es importante para Iowa Total Care que proporcionemos servicios que tengan en cuenta la cultura de cada miembro. Esto significa que usted recibe servicios que respetan sus necesidades sociales y culturales. Es importante para nosotros que nuestros proveedores también conozcan y respeten estas necesidades.

Brindamos a los proveedores capacitación y herramientas para ayudarlos. Apoyamos a los proveedores mediante lo siguiente:

- Acceso a los servicios de idiomas para nuestros miembros que no pueden comunicarse debido a la barrera del idioma. Esto incluye servicios de interpretación en idiomas distintos del inglés, lenguaje de señas y servicios de TTY. No hay costo por estos servicios.
- La raza y el origen étnico influyen en las decisiones de salud y tratamiento. Los proveedores deben entender estos temas.
- Los proveedores que ayudan a los miembros reciben capacitación sobre competencia cultural y acceso a servicios lingüísticos.

Programa de mejora de la calidad

Iowa Total Care se compromete a proporcionar una atención médica de calidad para usted y su familia. Nuestro objetivo es mejorar su salud. Queremos ayudarlo con cualquier enfermedad o discapacidad. Con nuestros programas queremos ayudarlo a obtener una atención médica segura, confiable y de calidad.

Los programas que ofrecemos siguen las normas del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) e incluyen:

- Revisión de los médicos y proveedores cuando pasan a formar parte de nuestra red.
- Asegurarse de que los miembros tengan acceso a todo tipo de servicios de atención médica.
- Brindar a los miembros apoyo y educación sobre la atención médica en general y sobre enfermedades específicas.
- Enviar a los miembros recordatorios para que se hagan pruebas una vez al año, como exámenes físicos para adultos o pruebas de detección de cáncer de seno.
- Examinar cualquier inquietud del miembro con respecto a la atención recibida.

Iowa Total Care considera que sus sugerencias pueden ayudar a mejorar los servicios. Cada año enviamos una encuesta a los miembros. Allí se hacen preguntas sobre la experiencia con la atención médica y los servicios. Esperamos que se tome el tiempo de enviarnos sus respuestas.

¿Tiene alguna pregunta sobre nuestro programa de mejora de la calidad o nuestros planes de incentivos para médicos? Llame a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711) o visite www.iowatotalcare.com.

Como parte de nuestras iniciativas de calidad, Iowa Total Care cuenta con un equipo que ayuda a los afiliados necesitados de alimentos, vivienda y mucho más. Servicios para Miembros: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Pida hablar con un especialista en vivienda y recursos.

OTROS SEGUROS Y FACTURAS

Si tiene Medicare u otro seguro

Si tiene cobertura de Medicare u otro seguro médico, además de Medicaid, esta cobertura se considera su seguro primario. Su cobertura de Medicaid a través de Iowa Total Care es secundaria. Las otras coberturas cubrirán los servicios de los médicos, hospitales y otros proveedores de la red participantes. Los servicios médicos se basan en las pautas de ese programa. Su médico facturará primero a Medicare u otro seguro por los servicios cubiertos por ambos programas y en segundo lugar se facturará a Medicaid por cualquier costo compartido. Sus beneficios de Medicaid no cambiarán los beneficios de su seguro primario. Asegúrese de mostrar sus tarjetas de identificación de Medicare/otro seguro de cobertura y Medicaid cada vez que acuda a una consulta médica.

Si tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura, llame a Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Usted o alguien que elija para ayudarlo, puede presentar una apelación o una queja por teléfono o por escrito. Iowa Total Care puede ayudarlo a rellenar los formularios para presentar una queja o una apelación. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a nuestro número gratuito: 1-833-404-1061 (TTY: 711). Disponemos de personal para ayudarlo de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar del centro. También contamos con servicios de traducción disponibles si los necesita. Iowa Total Care no lo tratará de manera diferente por presentar una apelación o una queja.

Quejas

Una queja puede ser acerca de cualquier cosa con la que usted no esté satisfecho mientras recibe servicios como miembro de Iowa Total Care. Algunos ejemplos son:

- Información poco clara o incorrecta por parte del personal.
- Atención de mala calidad.
- Falta de cortesía por parte de un proveedor o empleado.
- No se respetan los derechos de los miembros.
- Usted no está de acuerdo con la decisión de extender un plazo de apelación.
- Facturas médicas pendientes de pago.
- Cualquier otro asunto relacionado con el acceso a la atención médica.

Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja en cualquier momento. Para ello, tiene las siguientes opciones:

- Teléfono: Servicios para Miembros de Iowa Total Care al 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Fax: 1-833-809-3868, Attn: Quejas.
- Correo:
Iowa Total Care
A la atención de: Quejas
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400 South
West Des Moines, IA 50266
- Correo electrónico: appealsgrievances@iowatotalcare.com.

Si presenta su queja por escrito, asegúrese de incluir lo siguiente:

- Su nombre y apellido.
- Su número de identificación de Medicaid.
- Su dirección y número de teléfono.
- El motivo de su descontento.
- Lo que le gustaría que se hiciera.

Puede usar el formulario de queja disponible en www.iowatotalcare.com.

Si desea que alguien presente la queja por usted, necesitamos su permiso por escrito. Tenemos un formulario que puede utilizar para dar este permiso a otra persona. El formulario se titula "Divulgación de Información" (ROI, por sus siglas en inglés). Puede encontrarlo en www.iowatotalcare.com. También puede llamar a Servicios para Miembros y pedir el formulario, Los padres o tutores de los miembros menores de edad no tienen que rellenar este formulario.

Qué esperar después de presentar una queja

Le enviaremos una carta en el plazo de tres días hábiles después de que presente una queja para informarle que la hemos recibido.

Si tiene información que nos ayude con su queja, envíenosla por fax o por correo.

Puede solicitar gratuitamente copias de los documentos que hemos utilizado para resolver su queja. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días calendario. Si se necesita información adicional para resolver su queja, Iowa Total Care puede solicitar una prórroga de 14 días calendario. Solo solicitaremos una prórroga si es en su beneficio. Si se necesita más tiempo, se lo haremos saber por teléfono y por escrito al menos dos días antes de que se agoten los 30 días calendario. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con la prórroga. Los miembros también pueden solicitar una prórroga si necesitan más tiempo para fundamentar su queja. Si desea una prórroga, póngase en contacto con Servicios para Miembros de Iowa Total Care.

Apelaciones

Una apelación es una solicitud para que Iowa Total Care revise una decisión que hemos tomado sobre un servicio que fue denegado, reducido o limitado. Ejemplos de esto serían:

- Negación de la atención o los servicios solicitados.
- Aprobación de un monto menor de un servicio que usted solicitó.
- Cancelación de un servicio o atención que se había aprobado anteriormente.

Estas decisiones se denominan "determinaciones adversas de beneficios".

Recibirá una carta por correo en la que se le explicará el motivo de esa decisión. Si no está de acuerdo con la 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.

Cómo presentar una apelación

Puede presentar una apelación hasta 60 días calendario después de la fecha de la carta que indica la decisión tomada. Llame a Servicios para Miembros de Iowa Total Care si necesita ayuda para presentar una apelación. Iowa Total Care le ayudará a completar los pasos para presentar una apelación.

La apelación se puede presentar mediante las siguientes opciones:

- Teléfono: Servicios para Miembros de Iowa Total Care: 1-833-404-1061 (TTY: 711).
- Fax: 1-833-809-3868, Attn: Apelaciones.
- Correo:

Iowa Total Care Attn: Apelaciones
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400 South
West Des Moines, IA 50266

- Correo electrónico: appealsgrievances@iowatotalcare.com.

Si presenta su queja por escrito, asegúrese de incluir lo siguiente:

- Su nombre y apellido.
- Su número de identificación de Medicaid.
- Su dirección y número de teléfono.
- El motivo de la apelación.

También puede usar el formulario de apelación disponible en www.iowatotalcare.com.

Puede presentar la apelación usted mismo o alguien a quien elija para que lo ayude. Si desea que otra persona presente la apelación, necesitamos su permiso por escrito. Tenemos un formulario que puede utilizar para que otra persona tenga permiso para presentar la apelación. El formulario se titula "Designación de Representante Autorizado". Puede obtener este formulario en Servicios para Miembros de Iowa Total Care o en www.iowatotalcare.com. También se incluirá en la carta que recibirá. Los padres o tutores de los miembros menores de edad no tienen que rellenar este formulario.

Tiene derecho a presentar información adicional en respaldo de su apelación antes de que esta sea examinada. El plazo para presentar esta información a Iowa Total Care es limitado. Recibirá una notificación acerca de la fecha límite para presentar la información. Si no la recibimos, la apelación continuará sin ella.

Qué esperar después de solicitar una apelación

Le enviaremos una carta en un plazo de tres días hábiles para informarle que hemos recibido su apelación.

Si tiene información que nos ayude a resolver su apelación, envíenosla. Puede enviar esa información por fax, correo electrónico o correo.

Puede solicitar gratuitamente copias de los documentos utilizados para resolver la apelación.

Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si se necesita información adicional para resolver su apelación, Iowa Total Care puede solicitar una prórroga de 14 días calendario. Solo solicitaremos una prórroga si es en su beneficio. Si se necesita más tiempo, se lo haremos saber por teléfono y por escrito al menos dos días antes de que se agoten los 30 días calendario. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con la prórroga. Los miembros también pueden solicitar una prórroga si necesitan más tiempo para preparar su apelación. Si desea una prórroga, póngase en contacto con Servicios para Miembros de Iowa Total Care.

Puede solicitar una apelación acelerada que se lleve a cabo en 72 horas si se trata de una situación que puede causarle daños físicos o mentales. Si la solicitud no necesita llevarse a cabo en 72 horas, la tramitaremos en el plazo estándar de 30 días.

No recibirá un trato diferente por presentar una apelación.

Audiencias estatales imparciales

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Los miembros deben llevar a cabo una apelación con Iowa Total Care antes de que puedan solicitar una audiencia estatal imparcial. Recibirá una carta con la decisión de la apelación. A partir de la fecha de la carta, tiene 120 días calendario para solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede solicitar que los servicios continúen durante una Audiencia estatal imparcial.

Se pueden hacer solicitudes al Departamento de Salud y Servicios Humanos para una Audiencia estatal imparcial. Las solicitudes se pueden presentar en persona, por teléfono o por escrito. Para presentarlas por escrito, presente las solicitudes en:

Iowa Department of Health and Human Services
Appeals Section, 5th Floor
1305 East Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

Si necesita ayuda o desea presentar las solicitudes por teléfono, puede comunicarse con la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de Iowa. Se puede poner en contacto con la Sección de Apelaciones del HHS a través del 1-515-281-3094.

Continuación de los servicios

Usted puede pedir que los servicios continúen mientras revisamos la apelación y durante el proceso de audiencia estatal imparcial. Debe solicitar la continuación de los servicios en un plazo de diez días calendario a partir de la fecha de la carta que recibió sobre la denegación, reducción o limitación del servicio.

IMPORTANTE: Si la apelación o la audiencia estatal imparcial determinan que nuestra decisión fue correcta, es posible que usted tenga que pagar por el servicio que se continuó recibiendo durante la apelación y la audiencia.

Defensor del cliente (ombudsman)

Si recibe atención a largo plazo en un centro o bajo una de las siete (7) exenciones de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), el defensor del cliente de atención médica administrada puede ayudarlo:

- Con educación e información.
- Con un problema que no puede resolver hablando con Servicios para Miembros de Iowa Total Care.
- Si considera que no está recibiendo la atención que necesita.
- Si considera que no se respetan sus derechos.
- Con la resolución de un reclamo o la presentación de una queja.
- A presentar una apelación o una solicitud de Audiencia estatal imparcial.

Puede comunicarse con el defensor del cliente de atención médica administrada por teléfono, fax, correo electrónico o correo postal a la siguiente dirección:

Office of the State Long-Term Care Ombudsman
A la atención de: Managed Care Ombudsman
Jessie M. Parker Building
510 East 12th Street, Suite 2
Des Moines, IA 50313-9025
Teléfono: 1-866-236-1430 (sin costo); 1-515-725-3333 (en el área de Des Moines)
Fax: 1-515-725-3313
Correo electrónico: managedcareombudsman@iowa.gov

Si usted es un miembro que no está recibiendo los servicios de atención a largo plazo que cubre el defensor del cliente de atención médica administrada, puede comunicarse con la oficina del defensor del cliente del estado de Iowa para solicitar ayuda por teléfono, fax, correo electrónico o correo postal a la siguiente dirección:

State of Iowa, Ombudsman Office
Ola Babcock Miller Building
1112 East Grand Avenue
Des Moines, IA 50319
Teléfono: 1-888-426-6283 (sin costo); 1-515-281-3592 (en el área de Des Moines)
Fax: 1-515-242-6007
Correo electrónico: ombudsman@legis.iowa.gov

RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO

Referencia legal de recuperación del patrimonio: 441 IAC 75.28(7)

El costo de la asistencia médica está sujeto a recuperación. La recuperación abarca el monto total de los pagos de capitación efectuados a un plan de atención médica administrada, incluidos los gastos médicos y dentales, aunque el plan no haya pagado ningún servicio. Los miembros afectados por la política de recuperación del patrimonio son aquellos que:

- tienen 55 años o más, independientemente de su lugar de residencia; o
- Son menores de 55 años y:
 - Residen en un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o un instituto de salud mental, y
 - 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 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942) o al 1-515-256-4606 si llama dentro del área de Des Moines. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

También puede obtener más información en Medicaid de Iowa:

hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/member-services/estate-recovery.

CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL

Todos los miembros adultos de Iowa Total Care tienen derecho a realizar directivas anticipadas. Una directiva anticipada protege sus derechos en materia de atención médica. Ayuda a planificar con antelación las decisiones sobre tratamientos futuros. Les informa a las personas lo que desea en caso de que no pudiera tomar sus propias decisiones. Su médico le puede ayudar a discutir estas opciones antes de que usted tenga una emergencia. Así que cuando tenga una emergencia médica y no pueda comunicar lo que necesita, sus médicos ya sabrán qué hacer.

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

- **Un testamento vital.** Indica al médico qué tipo de atención médica quiere recibir (o no recibir). Esto le permite a usted decidir con antelación qué tratamientos quiere o no quiere para prolongar su vida. El testamento vital solo se utiliza cuando se está en la fase final de la vida y no hay esperanza de recuperación. Los tratamientos pueden incluir:
 - Sondas de alimentación.
 - Respiradores.
 - Trasplantes de órganos.
 - Tratamientos para que esté cómodo.
- **Un poder notarial para la atención médica.** Nombra a una persona que puede tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre. Solo se utiliza si, a juicio de su médico, usted es incapaz de tomar decisiones sanitarias.
- **Una orden de “no reanimación” (DNR, por sus siglas en inglés).** Indica a los profesionales médicos que no deben practicarle la reanimación cardiopulmonar (RCP) si su corazón o su respiración se detienen. Una orden de no reanimación solo se refiere a la RCP. No proporciona instrucciones sobre otros tratamientos.

FRAUDE, DERROCHE Y ABUSO

Iowa Total Care se compromete a prevenir, identificar y denunciar todos los casos de sospecha de fraude, derroche y abuso. El fraude, el derroche y el abuso significan que cualquier miembro, cualquier proveedor u otra persona está haciendo un mal uso del programa Medicaid de Iowa o de los recursos de Iowa Total Care.

Es contra la ley que un médico, dentista, farmacéutico, otro proveedor de atención médica o un beneficiario individual de Medicaid reciba beneficios de Medicaid con base en información falsa.

Algunos ejemplos de fraude, derroche y abuso son:

- Facturar o cobrarle por servicios que no se han proporcionado.
- Ofrecerle servicios, equipos médicos o suministros gratuitos a cambio de su número de Medicaid.
- Proporcionarle tratamientos o servicios que no necesita.
- Que alguien utilice la tarjeta de identificación de Medicaid o Iowa Total Care de otra persona.

Si sospecha que alguien está cometiendo fraude, derroche y abuso, incluidos los proveedores de atención médica, comuníquese con la línea directa de Iowa Total Care al 1-866-685-8664.

Puede permanecer en el anonimato.

También puede denunciar sospechas de fraude a Medicaid ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa llamando al 1-877-347-5678.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de prácticas de privacidad de Iowa Total Care

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Vigente desde 05/05/2023

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-833-404-1061 (TTY: 711). Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono. 1-833-404-1061 (TTY: 711).

Obligaciones de las entidades cubiertas:

Iowa Total Care es una Entidad Cubierta según lo define y regula la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Iowa Total Care está obligada por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, a cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigor y a notificarle en caso de que se produzca una infracción de su PHI no protegida.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceso, enmienda y gestión de su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se harán únicamente con su autorización por escrito.

Iowa Total Care se reserva el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigor para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Iowa Total Care revisará y distribuirá rápidamente este aviso cada vez que haya un cambio material en lo siguiente:

- Los usos o divulgaciones.
- Sus derechos.
- Nuestras obligaciones legales.
- Otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso.

Las notificaciones revisadas se publicarán en nuestro sitio web o se enviarán por correo postal.

Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica:

Iowa Total Care protege su PHI. Tenemos procesos de privacidad y seguridad destinados a ayudar.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.

- Mantenemos nuestras oficinas bajo seguridad.
- Hablamos de su PHI solo por motivos comerciales con las personas que necesitan saberlo.
- Mantenemos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o la almacenamos electrónicamente.
- Utilizamos la tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento a fin de coordinar su tratamiento entre los proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para realizar pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionaron. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las reglas de privacidad federales para fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir la tramitación de reclamaciones, la determinación de la elegibilidad o cobertura de las reclamaciones y la revisión de los servicios para comprobar su necesidad médica.
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir la prestación de servicios de atención al cliente, la respuesta a reclamaciones y apelaciones y la gestión y coordinación de la atención sanitaria.

En nuestras operaciones de asistencia sanitaria, podemos divulgar la PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de asistencia sanitaria. Esto incluye lo siguiente:

- Actividades de evaluación y mejora de la calidad.
 - Revisar la competencia o las cualificaciones de los profesionales sanitarios.
 - Gestión de casos y coordinación de la atención.
 - Detectar o prevenir el fraude y el abuso en la asistencia sanitaria.
- **Divulgaciones del plan de salud grupal/patrocinador del plan:** podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre la forma en que usará o divulgará la información de salud protegida (como el acuerdo de no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o requeridas de su PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como la recaudación de dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de optar por no participar o dejar de recibir esas comunicaciones en el futuro.
- **Fines de suscripción:** podemos usar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como por ejemplo, tomar una determinación sobre una solicitud o petición de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI con fines de suscripción, tenemos prohibido usar o divulgar en el proceso de suscripción su PHI que contenga información genética.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos usar y divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo exija la ley:** si la ley federal, estatal o local exige el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar la información de su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y se limiten a los requisitos de esa ley. Si dos o más leyes o reglamentos que rigen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o reglamentos más restrictivos.
- **Actividades de salud pública:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos vernos obligados a divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI relevante a las fuerzas del orden cuando se nos exija hacerlo para responder a un delito.
- **Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. También podemos

divulgar su PHI a los directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.

- **Donación de órganos, ojos y tejidos:** podemos divulgar su PHI a organizaciones especializadas en la obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la adquisición, el banco o el trasplante de órganos de cadáveres, ojos y tejidos.
- **Amenazas a la salud y la seguridad:** podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados por motivos de seguridad nacional, actividades de inteligencia, el Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica, la protección del Presidente y otras personas autorizadas según lo exija la ley.
- **Indemnización por accidente laboral:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidente laboral u otros programas similares, establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo independientemente de quién sea el culpable.
- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un miembro de la familia, a un amigo personal cercano, a una agencia autorizada de ayuda en caso de desastre o a cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos el criterio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es para su beneficio, solo divulgaremos la PHI que sea directamente necesaria para la participación de la persona en su atención.
- **Reclusos:** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, cuando esa información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación:** en determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando existan ciertas salvaguardas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con limitadas excepciones, por las siguientes razones:

- **Venta de la PHI:** solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que vamos a recibir una compensación por divulgar la PHI de esta forma.
- **Mercadeo:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de mercadeo, con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de mercadeo en persona con usted o cuando proporcionamos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como por ejemplo, para determinadas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI basándonos en dicha autorización inicial.

Derechos de las personas

Los siguientes son sus derechos en relación con su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a las personas involucradas en su atención o en el pago de ella, como miembros de la familia o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se aplica la restricción. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o el artículo por completo de su bolsillo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho solo se aplica si la información puede ponerle en peligro si no se comunica por los medios alternativos o en el lugar alternativo que usted desea. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se cambia el medio de comunicación o el lugar. Debemos atender su solicitud si es razonable y establece el medio o lugar alternativo en el que debe entregarse su PHI.

- **Derecho a acceder y recibir copia de su PHI:** tiene derecho, con limitadas excepciones, a ver u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto de registros designados. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si los motivos de la denegación pueden ser revisados. También le informaremos cómo solicitar esa revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- **Derecho a enmendar su PHI:** tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud tiene que hacerse por escrito y explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que usted desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración en la que manifieste su desacuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos todo lo posible para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la enmienda y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones:** tiene derecho a recibir una lista de los casos dentro del período de los últimos seis años en los que nosotros o nuestros socios comerciales hemos divulgado su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y de ciertas actividades. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos, por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a presentar un reclamo:** si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

También puede presentar un reclamo ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través de estas opciones: enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamar al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**) o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

NO TOMAREMOS NINGUNA MEDIDA CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento utilizando la lista de información de contacto al final del documento. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso.

Información sobre raza, origen étnico e idioma

Iowa Total Care mantiene la privacidad de los datos relativos a su raza, origen étnico e idioma (REL, por sus siglas en inglés). Formas en que protegemos sus datos:

- Mantenemos los documentos en zonas bajo llave.
- Mantenemos los datos electrónicos tras puertas cerradas con llave.
- Mantenemos los datos electrónicos protegidos con contraseña.

Es posible que utilicemos sus datos de REL para nuestro trabajo. Nuestro trabajo puede incluir:

- Verificar la falta de equidad en la atención médica.
- Planificar acciones para mejorar la falta de equidad.
- Crear materiales para miembros.
- Actualizar a los proveedores sobre las necesidades en cuanto a idiomas.

Nunca utilizaremos sus datos de REL:

- Para obtener negocios.
- Para tomar decisiones sobre su cobertura de atención médica.
- Ni le entregaremos sus datos de REL a nadie sin su aprobación.

Información de contacto

Preguntas sobre este aviso: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se detalla a continuación.

Iowa Total Care
A la atención de: Privacy Official
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400 South
West Des Moines, IA 50266
1-833-404-1061 (TTY: 711)

ACCESO A SUS HISTORIAS DIGITALES

Nuevas opciones para gestionar su historia médica digital

El 1 de julio de 2021, una nueva norma federal denominada Norma de interoperabilidad y acceso de los pacientes (CMS 915 F) facilitó a los miembros la obtención de sus historiales médicos cuando más lo necesitan. Ahora tiene acceso completo a sus historias médicas en su dispositivo móvil, lo que le permite gestionar mejor su salud y saber qué recursos están disponibles para usted.

Imagine lo siguiente:

- Usted acude a un nuevo médico porque no se siente bien y ese médico puede consultar su historial médico de los últimos cinco años.
- Usted utiliza un directorio de proveedores actualizado para encontrar un proveedor o especialista.
- Ese proveedor o especialista puede usar su historial médico para diagnosticarlo y asegurarse de que reciba la mejor atención.
- Usted accede a su computadora para ver si una reclamación está pagada, denegada o aún en proceso.
- Si lo desea, puede llevar consigo su historial médico cuando cambie de plan de salud.*

**En 2022, los miembros pueden comenzar a solicitar que sus historias médicas los tengan a la mano cuando cambien de plan de salud.*

LA NUEVA REGLA FACILITA ENCONTRAR INFORMACIÓN** SOBRE:

- Reclamaciones (pagadas y denegadas).
- Cobertura de medicamentos de farmacia.
- Apartados específicos de su información clínica.
- Proveedores de servicios de atención médica.

***Puede obtener información para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.*

Para obtener más detalles, revise la información sobre la interoperabilidad y acceso de los pacientes en la sección Recursos para miembros en www.iowatotalcare.com o inicie sesión para visitar su cuenta de miembro en línea: member.iowatotalcare.com.

OTROS DETALLES DEL PLAN

Encuesta para los miembros

En Iowa Total Care estamos interesados en conocer la opinión de nuestros miembros sobre nuestro plan. Basándonos en los resultados de nuestra encuesta, trataremos de mejorar y construir Iowa Total Care en torno a las necesidades de nuestros miembros.

Una vez al año, usted recibirá una encuesta de nuestro proveedor certificado para preguntarle qué piensa de nosotros y de nuestros servicios. Recomendamos encarecidamente a nuestros miembros que aprovechen esta ocasión. Es su oportunidad de informarnos sobre lo que hemos hecho bien y lo que podríamos mejorar. ¡Estamos deseando escuchar su opinión!

Política de no discriminación

Iowa Total Care no discrimina ni discriminará por motivos de raza, color, religión, género, expresión de género, edad, nacionalidad de origen (ascendencia), discapacidad, estado civil, orientación sexual o estado militar. Como miembro, usted tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante Iowa Total Care si cree que ha sido víctima de discriminación.

Cómo darse de baja de Iowa Total Care

Usted puede cambiar su plan de salud si tiene una causa justificada, como, por ejemplo:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Su proveedor no está en la red de la Organización de Atención Médica Administrada (MCO, por sus siglas en inglés).
- Necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo.
No todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de su MCO. Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado lo expondría a un riesgo innecesario.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de sus necesidades de atención médica
- Su proveedor ha sido despedido o ya no participa con su MCO.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato
- Mala calidad de la atención proporcionada por su MCO
- El plan de la MCO no cubre los servicios que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- En los casos en los cuales se utilicen servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), el miembro tendría que cambiar su proveedor de apoyo residencial, institucional o de empleo basándose en el cambio de estado de ese proveedor desde un proveedor dentro de la red a un proveedor fuera de la red con Iowa Total Care y, como resultado, experimentaría una interrupción en su residencia o empleo.

Si cree que tiene una causa justificada para cambiarse a un nuevo plan de salud, puede llamar a Servicios para Miembros de Iowa Total Care al 1-833-404-1061 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar del centro.

Se puede dar de baja por iniciativa del estado en función de cambios en las condiciones, como por ejemplo:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Se muda a otro estado.
- La agencia decide que participar en el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP, por sus siglas en inglés) es más rentable que la inscripción en el contrato.
- Fallecimiento

¿Qué es la gestión de utilización?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios adecuados. Nuestro proceso de gestión de utilización está diseñado para garantizar que reciba el tratamiento que necesita.

Aprobaremos todos los beneficios cubiertos que sean médicamente necesarios. Nuestro Departamento de Gestión de Utilización (UM, por sus siglas en inglés) verifica si el servicio que necesita es un beneficio cubierto. Si es un beneficio cubierto, las enfermeras de UM lo revisarán para ver si el servicio solicitado cumple con los criterios de necesidad médica. Lo hacen revisando las notas médicas y hablando con su médico. Iowa Total Care no recompensa a los médicos, proveedores o empleados que realizan revisiones de utilización, incluidos los de las entidades delegadas. La toma de decisiones de UM se basa únicamente en la idoneidad de la atención, el servicio y la existencia de cobertura. Iowa Total Care no recompensa específicamente a los médicos u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos financieros para quienes toman decisiones de UM no alientan decisiones que den como resultado una subutilización.

¿Qué es la revisión de utilización?

Iowa Total Care revisa los servicios para garantizar que la atención que usted recibe sea la mejor manera de ayudarlo a mejorar su estado de salud. La revisión de la utilización incluye:

Revisión previa al servicio o de autorización previa

Es posible que Iowa Total Care necesite aprobar los servicios médicos antes de que los reciba. Este proceso se conoce como autorización previa. Autorización previa significa que hemos aprobado previamente un servicio médico.

Para ver si un servicio requiere autorización previa, consulte con su PCP, el proveedor que lo solicitó o Servicios para Miembros de Iowa Total Care. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestras enfermeras y médicos la revisarán. Si no se recibe la autorización previa en un servicio médico cuando se requiere, usted puede ser responsable de todos los cargos.

Revisión concurrente

La revisión de utilización concurrente evalúa sus servicios o planes de tratamiento (como una estadía de hospitalización o un ingreso hospitalario) en el momento en que se producen. Este proceso determina cuándo el tratamiento ya no es médicamente necesario. Incluye la planificación del alta para garantizar que reciba los servicios que necesita después de su alta del hospital.

Revisión retrospectiva

La revisión retrospectiva tiene lugar después de que ya se ha proporcionado un servicio. Iowa Total Care puede realizar una revisión retrospectiva para asegurarse de que la información proporcionada en el momento de la autorización era correcta y completa. También podemos evaluar los servicios que recibió debido a circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos una solicitud de autorización o aviso debido a una emergencia).

Determinaciones adversas y apelaciones

Una determinación adversa ocurre cuando un servicio no se considera médicamente necesario, apropiado o porque es experimental o de investigación. Usted recibirá una notificación por escrito para informarle si hemos tomado una determinación adversa. En ese aviso, recibirá información detallada sobre el motivo por el que se tomó la decisión, así como el plazo y el proceso que debe seguir para presentar las apelaciones.

Nuevas tecnologías

La tecnología en cuestiones de salud siempre está cambiando y nosotros queremos evolucionar con ella. Si creemos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros miembros, lo evaluamos para considerarlo dentro de su cobertura. Estos avances incluyen:

- Nuevas tecnologías.
- Nuevos procedimientos médicos.
- Nuevos medicamentos.
- Nuevos dispositivos.
- Nuevas aplicaciones de la tecnología actual.

A veces, nuestro director médico o el personal de gestión médica identifican avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros miembros. Presentaremos estas nuevas oportunidades de beneficios a nuestros socios estatales para que estudien si debemos cambiar alguno de nuestros beneficios para incluir la nueva tecnología.

Si se solicita una nueva tecnología que no es un beneficio cubierto, nuestro Director Médico revisará la solicitud y tomará una determinación única para hacer una solicitud de Excepción a la Política al Director del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa.

La organización envía una declaración a todos los miembros y a todos los médicos, proveedores y empleados que toman decisiones de UM, en la que se afirma lo siguiente:

1. La toma de decisiones de UM se basa únicamente en la idoneidad de la atención y el servicio y en la existencia de cobertura.
2. La organización no recompensa específicamente a los médicos o a otras personas por emitir denegaciones de cobertura.
3. Los incentivos financieros para quienes toman decisiones de UM no alientan decisiones que den como resultado una subutilización.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Apelación: una apelación es una solicitud de revisión de una acción. Un miembro o el representante autorizado del miembro puede solicitar una apelación tras una decisión tomada por Iowa Total Care.

Acciones de Iowa Total Care que un miembro puede elegir apelar:

- Denegación o límites de un servicio
- Disminución o terminación de un servicio que había sido autorizado
- Denegación total o parcial del pago de un servicio
- Falta de prestación de servicios de manera oportuna
- Falta de actuación de Iowa Total Care dentro de los plazos requeridos
- Para un residente de un área rural con solo una MCO, la denegación de servicios fuera de la red

Los miembros pueden presentar una apelación directamente a Iowa Total Care. 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, por sus siglas en inglés). O puede solicitar una Audiencia estatal imparcial.

Gestión de la atención: la gestión de la atención lo ayuda a gestionar sus complejas necesidades de atención médica. También puede incluir la ayuda para obtener otros servicios sociales.

Afección crónica: la afección crónica es una condición de salud persistente o con efectos a largo plazo. El término crónico suele aplicarse cuando la enfermedad dura más de tres meses.

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

Gestión de casos en la comunidad (CBCM, por sus siglas en inglés): la gestión de casos en la comunidad (CBCM, por sus siglas en inglés) ayuda a los miembros de los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) a gestionar necesidades complejas de atención médica. Incluye la planificación, la facilitación y la defensa para satisfacer las necesidades del miembro. Promueve una atención de alta calidad y resultados rentables. Los gestores de casos comunitarios (CBCM, por sus siglas en inglés) se aseguran de que el plan de atención del miembro se lleve a cabo. Actualizan el plan de atención cuando sea necesario.

Atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés): la atención de asistente dirigido por el consumidor (CDAC, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas a hacer las cosas que normalmente harían por sí mismas si pudieran hacerlo.

Los servicios de CDAC incluyen:

- Baño.
- Compra de alimentos.
- Manejo de medicamentos.
- Tareas domésticas.

Copago: algunos servicios médicos tienen un copago, que es la parte del costo que le corresponde a usted. Si hay un copago, usted lo pagará al proveedor. El proveedor le dirá cuál es el monto.

- A los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa se les cobrará 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 cobrará un copago de \$25 por cada visita a la sala de emergencias que no se considere una emergencia.
- Todos los demás miembros* de Medicaid de Iowa deberán abonar un copago de \$3 por cada visita a la sala de emergencias.

**Los menores de 21 años y las mujeres embarazadas no deberán abonar copago alguno por ningún servicio.*

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): el equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) es un equipo médico reutilizable para uso en el hogar. Es alquilado o propiedad del miembro y solicitado por un proveedor.

Verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés): La verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés) es una forma de comprobar dónde y cuándo se prestan servicios de atención directa a un miembro. Los servicios médicos a domicilio, incluidas las visitas de enfermería especializada y los asistentes médicos a domicilio, deben registrarse mediante un sistema EVV. Los proveedores de servicios de cuidados personales de la exención también deben utilizar el EVV para documentar la hora y el lugar de los servicios que prestan. Los servicios de exención que están obligados a utilizar la EVV incluyen las agencias CDAC, los proveedores individuales de CDAC, las agencias de servicio doméstico.

Afección médica de emergencia: una afección médica de emergencia es una afección que pone en peligro su vida o que podría causar una discapacidad permanente si no se trata de inmediato.

Si tiene una emergencia grave o que lo incapacite, no es necesario que llame a su proveedor o a Iowa Total Care.

Vaya 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.
- Envenenamiento.
- Sangrado intenso.
- Ataque al corazón.
- Quemaduras graves.

Transporte médico de emergencia: el transporte médico de emergencia proporciona atención de estabilización y transporte al centro de emergencia más cercano.

Atención en la sala de emergencias: la atención en la sala de emergencias se proporciona para afecciones médicas de emergencia.

Servicios de emergencia: los servicios de emergencia se proporcionan cuando usted tiene una afección médica.

Servicios excluidos: Los servicios excluidos son servicios que Medicaid no cubre. Es posible que el miembro tenga que pagar por estos servicios.

Causa justificada: Usted puede solicitar cambiar su MCO durante los 12 meses de inscripción cerrada. Una solicitud de este cambio, llamada darse de baja, requerirá una causa justificada.

Algunos ejemplos de causa justificada para darse de baja de la inscripción incluyen los siguientes:

- Su proveedor no está en la red de la Organización de Atención Médica Administrada (MCO, por sus siglas en inglés).
- Necesita que los servicios relacionados se realicen al mismo tiempo. No todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de su MCO. Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado lo expondría a un riesgo innecesario.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en el manejo de sus necesidades de atención médica
- Su proveedor ha sido despedido o ya no participa con su MCO.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato.
- Mala calidad de la atención proporcionada por su MCO.
- El plan de la MCO no cubre los servicios que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- En los casos en los cuales se utilicen servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), el miembro tendría que cambiar su proveedor de apoyo residencial, institucional o de empleo basándose en el cambio de estado de ese proveedor desde un proveedor dentro de la red a un proveedor fuera de la red con Iowa Total Care y, como resultado, experimentaría una interrupción en su residencia o empleo.

Queja: usted tiene derecho a presentar una queja ante Iowa Total Care. Una queja es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una decisión. Usted, su representante o el 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 a partir de la fecha en que ocurrió el problema. Los ejemplos incluyen, entre otros:

- Usted no está satisfecho con la calidad de su atención.
- El médico que quiere consultar no es un médico de Iowa Total Care.
- Usted no puede recibir atención culturalmente competente.
- Usted recibió una factura de un proveedor por un servicio que debería estar cubierto por Iowa Total Care.
- Derechos y dignidad.
- Cualquier otro asunto relacionado con el acceso a la atención médica.

Servicios de habilitación: los servicios de habilitación son servicios de HCBS para miembros con enfermedades mentales crónicas.

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

Seguro médico: un tipo de cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos generados por el asegurado.

Evaluación de riesgos para la salud: una evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) es una breve encuesta con preguntas sobre su salud.

Programa de comportamientos saludables: Los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa pueden recibir atención médica gratuita* si completan lo que se conoce como Comportamientos Saludables (Healthy Behaviors). Para participar en el programa de Comportamientos Saludables y evitar pagar una contribución mensual después del primer año de cobertura, cada año los miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa deben hacer lo siguiente:

1. Hacerse un examen de bienestar -O- hacerse un examen dental
Y
2. Evaluación de riesgos para la salud.

*Hay muy pocos costos, o ninguno, durante el primer año y muy pocos después. Puede exigirse un pequeño pago mensual en función de los ingresos. Hay un copago de \$8 por usar la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia.

Servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés): Los Servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) proporcionan apoyo para mantener a los miembros de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) en sus hogares y comunidades.

Atención médica a domicilio: Salud en el Hogar es un programa que proporciona servicios en el hogar. Estos servicios incluyen visitas de enfermeras, asistentes de salud en el hogar y terapeutas.

Servicios para pacientes terminales: atención diseñada para proporcionar atención de apoyo a las personas en la fase final de una enfermedad terminal y se centra en la comodidad y la calidad de vida, en lugar de curar.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados: la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, u hospitalización, es la atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado. Esto generalmente requiere una estadía nocturna. Se pueden incluir enfermedades graves, cirugía o tener un bebé. (Una estadía de una noche para observación podría ser atención ambulatoria).

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: la atención hospitalaria para pacientes ambulatorios ocurre cuando un miembro recibe servicios hospitalarios sin ser admitido como paciente hospitalizado. Esto puede incluir:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de observación.
- Cirugía ambulatorial.
- Pruebas de laboratorio.
- Radiografías.

Hogar de Salud Integrado: un Hogar de Salud Integrado es un equipo que trabaja en conjunto para proporcionar atención integral, coordinada y centrada en el paciente. Está destinado a los adultos con una enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) y niños con un trastorno emocional grave (SED, por sus siglas en inglés).

Nivel de atención: Los miembros que soliciten exenciones de HCBS o atención en centros deben cumplir los criterios de nivel de atención. Deben ser coherentes con las personas que viven en un centro asistencial, como una residencia de ancianos. El nivel de atención se determina mediante una evaluación aprobada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa.

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

Servicios de atención a largo plazo:

- Servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés):
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales.
- Centros de enfermería y centros de enfermería especializada.

Médicamente necesario: servicios o suministros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una afección médica. Deben cumplir las normas de la buena práctica médica.

Red: Iowa Total Care tiene una red de proveedores en todo el estado de Iowa a la que usted puede acudir para recibir atención médica. No es necesario que nos llame antes de ver a uno de estos proveedores. Antes de recibir servicios de sus proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Iowa Total Care para asegurarse de que están en nuestra red. Puede haber ocasiones en las que necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Si un servicio necesario y cubierto no está disponible dentro de la red, puede ser cubierto fuera de la red sin mayor costo para usted del que tendría si fuera proporcionado dentro de la red.

Proveedor no participante: un proveedor no participante es un proveedor que no tiene un contrato con Iowa Total Care para proporcionarle servicios. Antes de recibir servicios de sus proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Iowa Total Care.

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés): Iowa Total Care cubre muchos medicamentos de venta libre que están en la lista aprobada por el estado. Un proveedor debe escribirle una receta para el medicamento de venta libre que necesita.

Proveedor participante: un proveedor participante tiene un contrato con Iowa Total Care para proporcionarle servicios.

Servicios médicos: los servicios médicos son servicios médicos necesarios realizados por médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes. Ellos deben tener licencia para ejercer.

Plan: Iowa Total Care es su plan de salud, o Plan, que paga y coordina sus servicios de atención médica.

Prima: una prima es el monto que usted paga por su seguro médico cada mes. La mayoría de los miembros de IA Health Link no están obligados a pagar una prima. Algunos miembros del Plan de Salud y Bienestar de Iowa y algunos miembros de Hawki deben pagar primas mensuales en función de sus ingresos.

Cobertura de medicamentos recetados: Iowa Total Care proporciona el pago de la totalidad o parte del costo de los medicamentos identificados como cubiertos en la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid de Iowa, para los miembros elegibles de Medicaid de Iowa. Esto se conoce como cobertura de medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: es un medicamento que está disponible solamente con instrucciones escritas de un prescriptor autorizado y dispensado por el prescriptor o por un farmacéutico autorizado.

Medicamento preferido: los medicamentos preferidos son aquellos que Medicaid de Iowa ha determinado que son los mejores para tratar a la mayoría de las personas con una determinada afección. Los medicamentos preferidos con condiciones también son una buena relación calidad-precio, pero es posible que su médico/proveedor tenga que proporcionar alguna información adicional antes de que se le dé cobertura. Los medicamentos no preferidos son aquellos que requieren pasos adicionales antes de que se pueda considerar la cobertura. Su médico/proveedor puede pedirle que pruebe uno o más medicamentos preferidos antes de solicitar la cobertura de un medicamento no preferido.

Servicios preprofesionales: Los servicios preprofesionales son servicios en los que el miembro puede adquirir competencias que lo conduzcan a un empleo remunerado.

Médico de atención primaria: un médico de atención primaria proporciona o coordina directamente sus servicios de atención médica. Es el principal proveedor al que usted acudirá para sus chequeos, problemas de salud, exámenes de salud y remisiones a especialistas.

Proveedor de atención primaria: un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico, un asistente médico o una enfermera practicante, que proporciona o coordina directamente sus servicios de atención médica. Es el principal proveedor al que usted acudirá para sus chequeos, problemas de salud, exámenes de salud y remisiones a especialistas.

Autorización previa: algunos servicios o recetas requieren la aprobación de Iowa Total Care para que estén cubiertos. Esto debe hacerse antes de que usted reciba ese servicio o surta esa receta.

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

Remisión: una remisión significa que su proveedor de atención primaria debe darle su aprobación para ver a alguien que no sea su proveedor de atención primaria. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Hay ciertos especialistas para los que no necesita una remisión, como los especialistas en la salud de la mujer.

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

Trastorno emocional grave (SED, por sus siglas en inglés): Un Trastorno emocional grave (SED, por sus siglas en inglés) es un trastorno mental, conductual o emocional. Los SED afectan a los niños. Pueden durar un largo tiempo e interfiere en las actividades familiares, escolares o comunitarias.

Los SED no incluyen los siguientes:

- Trastornos del neurodesarrollo.
- Trastornos por consumo de sustancias.
- Otras afecciones que pueden ser objeto de atención clínica a menos que coexistan con otra (SED).

Plan de servicio: un plan de servicio es un plan de atención para los miembros que acceden a los servicios de exención y habilitación de HCBS. Su plan de servicio se basa en sus necesidades y objetivos. Es creado por usted y su equipo interdisciplinario para cumplir con los criterios de exención de HCBS.

Atención de enfermería especializada: los centros de enfermería proporcionan atención las 24 horas del día a los miembros que necesitan atención de enfermería o de enfermería especializada. Medicaid ayuda con el costo de la atención en los centros de enfermería. Usted debe ser elegible desde el punto de vista médico y financiero. Si sus necesidades de atención requieren que el personal de enfermería con licencia esté disponible en el centro las 24 horas del día para proporcionarle atención directa o tomar decisiones sobre su atención, entonces se le asigna un nivel de atención especializado.

Nivel de atención de centro de enfermería especializada: El nivel de atención de 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: los especialistas son profesionales de atención médica que están altamente capacitados para tratar determinadas afecciones.

Empleo con apoyo: El empleo con apoyo supone un apoyo laboral continuo para las personas con discapacidad. El objetivo es ayudar a la persona a mantener un empleo con un salario igual o superior al mínimo.

Plan de tratamiento: es un plan documentado que describe la afección del miembro y el tratamiento que se necesita, detallando el tratamiento que se proporcionará, el resultado esperado y la duración prevista del tratamiento prescrito por el profesional de atención médica. El plan de tratamiento se elaborará en conjunto con el miembro, su familia o su representante.

Atención de urgencia: la atención de urgencia ocurre cuando no se encuentra en una situación de peligro de muerte o de discapacidad permanente y tiene tiempo para llamar a su MCO o proveedor. Si tiene una situación de atención de urgencia, debe llamar a su proveedor o MCO para recibir instrucciones.

Los siguientes son algunos ejemplos de atención de urgencia:

- Fiebre.
- Dolor de oído.
- Infección de las vías respiratorias superiores.
- Dolor de estómago.
- Dolor de garganta.
- Cortaduras y laceraciones menores.