

Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad			
	Medicaid	Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *	Hawki (Healthy and Well Kids in Iowa)
Disposiciones generales del plan			
Beneficios disponibles de proveedores fuera de la red	Comuníquese con Servicios para Miembros para determinar los requisitos para usar un proveedor fuera de la red.	Comuníquese con Servicios para Miembros para determinar los requisitos para usar un proveedor fuera de la red.	Comuníquese con Servicios para Miembros para determinar los requisitos para usar un proveedor fuera de la red.
Gastos compartidos: Se utiliza una diversidad de métodos para compartir gastos entre el estado y un miembro. Estos métodos incluyen costos mensuales compartidos, copagos y primas.	No se listan copagos variables basados en elegibilidad. Comuníquese con Servicios para Miembros para más detalles.	No se listan copagos variables basados en elegibilidad. Comuníquese con Servicios para Miembros para más detalles.	No se listan copagos variables basados en elegibilidad. Comuníquese con Servicios para Miembros para más detalles.
Copagos			
Personas mayores a los 21 años, la mayoría de los servicios	\$1.00 a \$3.00 con base en tipos de servicios	\$0.00	No corresponde
Personas que reciben cuidados institucionales de largo plazo	Con base en el nivel de ingresos de la familia	No corresponde	No corresponde
Excepciones de copago			
Servicios de planificación familiar o suministros sin importar la edad	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Mujeres embarazadas, todos los servicios	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Servicios de emergencia	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Miembros menores a los 21 años	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Miembros que están por debajo del 50% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Servicios preventivos			
Servicios preventivos de la Affordable Care Act (ACA, Ley de Cuidados Asequibles)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Revisiones de rutina	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	Cubierto hasta los 21 años.	Cubierto hasta los 21 años.	No está cubierto
Vacunas	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto
Servicios profesionales en el consultorio			
Proveedor médico de atención primaria	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Visita al consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas de alergias	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Sueros e inyecciones para alergias	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Servicios de enfermera partera certificada	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Quiropráctico	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Dispositivos de anticoncepción	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Servicios odontológicos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Capacitación en autogestión para diabéticos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Planificación familiar y servicios relacionados con la planificación familiar	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Examen ginecológico	Cubierto	Cubierto; limitado a una visita al año	Cubierto
Inyecciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Pruebas de laboratorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de maternidad (cobertura de embarazo, cuidados prenatales y posnatales, nacimiento y posparto)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Niño recién nacido - visitas al consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Podología	Cubierto; el cuidado rutinario de los pies no está cubierto a menos que sea parte del	Cubierto; el cuidado rutinario de los pies no está cubierto a menos que sea parte del	Cubierto

	tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones de atención médica.	tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones de atención médica.	
Examen de la vista rutinario <i>Un examen de la vista rutinario por año calendario.</i>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Examen de audición rutinario <i>Un examen de audición rutinario por año calendario.</i>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Tratamiento de articulación temporomandibular (TMJ)	No cubierto	Cubierto	No cubierto
Visita al consultorio del especialista	Cubierto; es posible que se requiera referencia médica	Cubierto; es posible que se requiera referencia médica	Cubierto; es posible que se requiera referencia médica
Servicios de hospitalarios			
Ingresos hospitalarios de pacientes hospitalizados			
Aprobación previa de ingresos de pacientes hospitalizados	Requerido para ingresos no emergentes	Requerido para ingresos no emergentes	Requerido para ingresos no emergentes
Servicios hospitalarios como paciente hospitalizado			
Alojamiento y comida	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de médicos para pacientes hospitalizados	Cubiertos; incluye anestesia	Cubiertos; incluye anestesia	Cubierto
Suministros para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cirugía para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Cirugía bariátrica para obesidad mórbida	Cubierto	No está cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Reconstrucción de senos, posterior a cáncer de mama y mastectomía	Cubierto	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Trasplante de órganos/médula ósea	Cubierto; aplican limitaciones	Cubierto; aplican limitaciones	Cubierto; aplican limitaciones
Servicios ambulatorios			
Abortos	Ciertas circunstancias deben aplicar. Comuníquese con Servicios para Miembros. Se requiere autorización previa.	Ciertas circunstancias deben aplicar. Comuníquese con Servicios para Miembros. Se requiere autorización previa.	Cubierto; ciertas circunstancias deben aplicar. Comuníquese con Servicios para Miembros. Se requiere autorización previa.
Centro quirúrgico ambulatorio	Cubiertos; incluye anestesia	Cubiertos; incluye anestesia	Cubiertos; incluye anestesia
Quimioterapia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Tratamiento dental que no puede ser completado en un ambiente normal de un consultorio dental	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Diálisis	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Laboratorio de diagnóstico, radiología para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de emergencia			
Ambulancia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Centro de cuidados urgentes	Cubierto	Cubierto	Cubierto; puede requerir autorización previa.

Sala de emergencias del hospital	Cubierto; \$3.00 por visita para servicios médicos no emergentes	Cubierto; \$8.00 por visita para servicios médicos no emergentes	Cubierto; los servicios de emergencias para condiciones no emergentes están sujetos a una aportación de copago de \$25 si la familia paga una prima para el programa Hawki.
Transporte médico sin emergencia (NEMT)	Cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Servicios de salud conductual			
Tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	No está cubierto
Servicios de intervención conductual (BHIS, por sus siglas en inglés), que incluye análisis conductual aplicado	Cubierto	Cubierto; el tratamiento residencial** no está cubierto	No está cubierto
(b)(3) servicios (rehabilitación psiquiátrica intensiva, servicios de apoyo comunitario, apoyo de pares y tratamiento de uso de sustancias residencial)	Cubierto (únicamente miembros MCO)	No está cubierto	No está cubierto
Servicios de intervención en crisis	Cubierto	Cubierto; el tratamiento residencial** no está cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones.
Terapia familiar funcional/Terapia multisistémica	Cubierto	Cubierto para adultos de 19 a 21 años.	No está cubierto
Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias	Cubierto	Cubierto; el tratamiento residencial** no está cubierto	Cubierto

para pacientes hospitalizados			
Visita al consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Instituciones Médicas Psiquiátricas para Niños (PMIC, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto para adultos de 19 a 21 años. Pueden aplicar limitaciones	No está cubierto
Servicios de salud mental subaguda	Cubierto	No cubierto	No está cubierto
Servicios de terapia para pacientes ambulatorios			
Rehabilitación cardíaca	Cubierto; puede requerir autorización previa	Cubierto	Cubierto; puede requerir autorización previa
Terapia ocupacional	Cubierto; puede requerir autorización previa	Limitado a 60 visitas por año	Cubierto; puede requerir autorización previa
Oxigenoterapia	Cubierto; puede requerir autorización previa	Limitado a 60 visitas en un periodo de 12 meses	Cubierto; puede requerir autorización previa
Fisioterapia	Cubierto; puede requerir autorización previa	Limitado a 60 visitas por año	Cubierto; puede requerir autorización previa
Terapia pulmonar	Cubierto; puede requerir autorización previa	Limitado a 60 visitas por año	Cubierto; puede requerir autorización previa
Terapia respiratoria	Cubierto; puede requerir autorización previa	Limitado a 60 visitas por año	Cubierto; puede requerir autorización previa
Terapia del habla	Cubierto; puede requerir autorización previa	Limitado a 60 visitas por año	Cubierto; puede requerir autorización previa

Cobertura de medicamentos con receta médica			
Cantidad	Suministro opcional de 90 días para una lista selecta de medicamentos recetados de mantenimiento genéricos y anticonceptivos. Para ver esta lista, visite www.iowaMedicaidPDL.com . Suministro para 31 días para todas las demás recetas.	Suministro opcional de 90 días para una lista selecta de medicamentos recetados de mantenimiento genéricos y anticonceptivos. Para ver esta lista, visite www.iowaMedicaidPDL.com . Suministro para 31 días para todas las demás recetas.	Suministro opcional de 90 días para una lista selecta de medicamentos recetados de mantenimiento genéricos y anticonceptivos. Para ver esta lista, visite www.iowaMedicaidPDL.com . Suministro para 31 días para todas las demás recetas.
Medicamentos con y sin receta cubiertos	Cubierto: copago de \$1.00	Cubierto: copago de \$0.00	Cubierto: copago de \$0.00
Medicamentos con y sin receta para dejar de fumar	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de radiología			
Mamografía	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios radiológicos de detección y diagnóstico rutinarios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Prueba de estudio del sueño	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de laboratorio			
Detección de cáncer colorrectal	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas genéticas de diagnóstico	Cubierto	Cubierto; puede requerir autorización previa	Cubierto
Papanicolau	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Prueba de patología	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Servicios de laboratorio de detección y diagnóstico rutinarios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas de infecciones transmitidas sexualmente (STI, por sus siglas en inglés) y enfermedades transmitidas sexualmente (STD, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Equipo médico durable (DME, por sus siglas en inglés)			
Equipo y suministros médicos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Equipo y suministros para diabetes	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto
Anteojos	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto; pueden aplicar limitaciones para adultos de 19 a 20 años	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Aparatos para sordera	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones para adultos de 19 a 20 años	Cubierto; pueden aplicar limitaciones
Ortótica	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones y se requiere autorización previa
Dispositivo para la apnea del sueño	Cubierto para adultos	Cubierto	No está cubierto

Apoyos de servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) - basado en la comunidad			
Administración de caso (CM)/Administración de caso específico (TCM)	CM está cubierta únicamente para las poblaciones con Habilitación y Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS). TCM está cubierta para adultos con un diagnóstico primario de discapacidad intelectual, enfermedad mental crónica o discapacidad del desarrollo; y niños que son elegibles para recibir servicios de exención por discapacidad intelectual de HCBS o servicios de exención por salud mental de HCBS para niños.	No está cubierto	La administración de caso está cubierta
Servicios médicos de cuidado infantil	Cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Servicios de Rehabilitación Neuroconductual Basados en la Comunidad (CNRS)	Cubierto; puede requerir autorización previa	Tratamiento residencial** Cubierto solo para los miembros que son determinados médicamente exentos, con cobertura intermitente; se requiere Autorización Previa	No está cubierto
Enfermería/ cuidado personal privados según la autoridad EPSDT	Cubierto hasta los 21 años bajo EPSDT	Cubierto hasta los 21 años bajo EPSDT	No está cubierto

Sección 1915(C) Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) Servicios de exención	Cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Sección 1915(I) Plan estatal Servicios de habilitación HCBS	Cubierto	Cubiertos solo para los miembros que son determinados médicamente exentos	No está cubierto
Servicios médicos a domicilio <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de servicios médicos a domicilio • Enfermería especializada • Terapias (PT/OT/Habla) 	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) - Institucional			
Instalación de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/ID, por sus siglas en inglés)	Cubierto; aplican limitaciones	No cubierto; este tipo de instalación tampoco es un beneficio cubierto para los miembros que son determinados médicamente exentos.	No está cubierto
Centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) y Centro de enfermería para los enfermos mentales (NF/MI, por sus siglas en inglés)	Cubierto; aplican limitaciones	No cubierto; los servicios de NF están cubiertos solo para los miembros que son determinados médicamente exentos	No está cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)	Cubierto; aplican limitaciones	Cubierto; limitado a 120 días por cada período de 12 meses (año natural); los SNF	Cubierto; aplican limitaciones

		están cubiertos de forma ilimitada para los miembros que son determinados médicamente exentos	
Centro de enfermería especializada para poblaciones especiales fuera del estado (aprobación previa especializada)	Cubierto; aplican limitaciones	No está cubierto	No está cubierto
Servicios para pacientes terminales			
Categorías diarias <ul style="list-style-type: none"> Cuidado rutinario <i>Si un miembro reside en un Centro de enfermería: los cargos por alojamiento y pensión están cubiertos al 95 %.</i> Relevo de la instalación Hospital para pacientes hospitalizados Continuo 	Cubierto	Cubierto; aplican limitaciones	Cubierto
Servicios de atención médica a domicilio			
Atención médica integral a domicilio	Cubierto	Cubiertos solo para los miembros que son determinados médicamente exentos	No está cubierto

**A un miembro de IHAWP a quien el Departamento ha determinado que está médicamente exento, se le dará la elección de beneficios y método de entrega de servicios que proporciona el plan IHAWP o la recepción de beneficios y servicios de conformidad con Medicaid. Se deberá completar el formulario [470-5194](https://hhs.iowa.gov/media/5841/download?inline)¹ o 470-5196 para que el Departamento determine si un miembro está exento. Los miembros de IHAWP con un estatus 'médicamente exento' recibirán los beneficios del plan estatal, como se indica en la columna "Medicaid" de esta tabla, a menos que se indique lo contrario.*

***Se considera tratamiento residencial al tratamiento proporcionado en un entorno que brinda alojamiento y comida, asistencia personal y otras actividades esenciales de la vida diaria a tres o más personas que, debido a una enfermedad, dolencia o incapacidad física o mental, no pueden cuidarse a sí mismas de manera suficiente o adecuada, pero que no requieren los servicios de una enfermera registrada o con licencia, excepto en casos de emergencia.*

¹ <https://hhs.iowa.gov/media/5841/download?inline>