

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
<b>Disposiciones generales del plan</b>			
<b>Beneficios disponibles de proveedores fuera-de-la-red</b>	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.
<b>Distribución de costos:</b> 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.
<b>Copagos</b>			
Personas menores a los 21 años, todos los servicios	\$0.00	\$0.00	\$0.00
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
<b>Excepciones de copago</b>			
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

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
<b>Servicios preventivos</b>			
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	Cubierto hasta los 21 años.	No cubierto
Vacunas	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto
<b>Servicios profesionales en el consultorio</b>			
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	Cubierto	Cubierto
Dentistas o examen dental de rutina	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Capacitación de auto-gestión para diabéticos	Cubierto; una vez por miembro, máximo por vida	Cubierto; 10 horas de capacitación de auto-gestión de pacientes ambulatorios dentro de un periodo de 12 meses más capacitación de seguimiento hasta 2 horas al año.	Cubierto

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
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
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 tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones de atención médica.	Cubierto; el cuidado rutinario de los pies no está cubierto a menos que sea parte del tratamiento general de un miembro relacionado con ciertas afecciones de atención médica.	Cubierto
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
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
<b>Servicios de hospitalización</b>			
<b>Ingresos hospitalarios de pacientes hospitalizados</b>			
Aprobación previa de ingresos de pacientes hospitalizados	Requerido para ingresos no emergentes	Requerido para ingresos no emergentes	Requerido para ingresos no emergentes

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
<b>Servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados</b>			
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 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
<b>Servicios ambulatorios</b>			
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
<b>Cuidados de emergencia</b>			
Ambulancia	Cubierto	Cubierto	Cubierto

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
Centro de cuidados urgentes	Cubierto	Cubierto	Cubierto; puede requerir autorización previa.
Cuarto de emergencias del hospital	Cubierto; \$3.00 por visita para servicios médicos no emergentes	Cubierto; \$3.00 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 cubierto	No cubierto
<b>Servicios de salud conductual</b>			
Tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés)	Cubierto	No cubierto	No 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 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 cubierto	No cubierto
Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto; el tratamiento residencial no está cubierto	Cubierto
Visita al consultorio	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto	Cubierto

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
Instituciones Médicas Psiquiátricas para Niños (PMIC, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto para adultos de 19 a 20 años. Pueden aplicar limitaciones	No cubierto
<b>Servicios de terapia para pacientes ambulatorios</b>			
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
<b>Cobertura de medicamentos con receta médica</b>			
Cantidad	Suministro de 31 días para todas las recetas salvo anticonceptivos, el cual es un suministro de 90 días.	Suministro de 31 días para todas las recetas salvo anticonceptivos, el cual es un suministro de 90 días.	Suministro de 31 días para todas las recetas salvo anticonceptivos, el cual es un suministro de 90 días.
<b>Copago de medicamentos con receta médica</b>			
Copago genérico	Cubierto: copago de \$1.00	Cubierto: copago de \$0.00	Cubierto: copago de \$0.00
Nombre de marca preferida	Cubierto: copago de \$1.00	Cubierto: copago de \$0.00	Cubierto: copago de \$0.00

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
Nombre de marca no preferida	Cubierto Copago de 1.00 para recetas por debajo de \$25.00 Copago de \$2.00 para recetas entre \$25.01 a \$50.00 o el copago preferido con autorización previa Copago de \$3.00 para recetas de \$50.01 o más o el copago preferido con autorización previa	Cubierto: copago de \$0.00	Cubierto: copago de \$0.00
Anticonceptivos orales con receta	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Medicamentos con y sin receta para dejar de fumar	Cubierto	Cubierto	No cubierto
<b>Servicios de radiología</b>			
Mastografía	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios radiológicos de detección y diagnóstico rutinarios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Prueba de estudio del sueño	Cubierto	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios de laboratorio</b>			
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

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
Pruebas de infecciones transmitidas sexualmente (STI, por sus siglas en inglés) y enfermedades transmitidas sexualmente (STD, por sus siglas en inglés)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
<b>Equipo médico durable (DME, por sus siglas en inglés)</b>			
Equipo y suministros médicos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Equipo y suministros para diabetes	Cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones	Cubierto
Lentes	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	No cubierto	Cubierto; pueden aplicar limitaciones y se requiere autorización previa
Dispositivo para la apnea del sueño	Cubierto para adultos	Cubierto	No cubierto
<b>Apoyos de servicios a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) - basado en la comunidad</b>			
Administración de casos	Cubierto para individuos con discapacidades de desarrollo y únicamente poblaciones con Exención HCBS (Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad, por sus siglas en inglés)	No cubierto	No cubierto
Servicios médicos de cuidado infantil	Cubierto	No cubierto	No cubierto



<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
Enfermería/ cuidado personal privados según la autoridad EPSDT	Cubierto hasta los 21 años bajo EPSDT	Cubierto hasta los 21 años bajo EPSDT	No cubierto
Sección 1915(C) Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	Cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios de habilitación de la sección 1915(I)	Cubierto	No cubierto	No cubierto
Servicios médicos a domicilio <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar de servicios médicos a domicilio</li> <li>• Enfermería especializada</li> <li>• Terapias (PT/OT/Habla)</li> </ul>	Cubierto	Cubierto	Cubierto
<b>Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) - Institucional</b>			
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 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 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 están cubiertos de forma ilimitada para los miembros que son determinados médicamente exentos	No cubierto

<b>Comparación de los beneficios básicos de Medicaid con base en la determinación de elegibilidad</b>			
	<b>Medicaid</b>	<b>Iowa Health and Wellness Plan (IHAWP) *</b>	<b>Hawki</b>
Centro de enfermería especializada para poblaciones especiales fuera del estado (aprobación previa especializada)	Cubierto; aplican limitaciones	No cubierto	No cubierto
<b>Servicios para pacientes terminales</b>			
Categorías diarias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario <i>Si un miembro reside en un Centro de enfermería, los cargos por alojamiento y pensión están cubiertos al 95%.</i></li> <li>• Relevo de la instalación</li> <li>• Hospital para pacientes hospitalizados</li> <li>• Continuo</li> </ul>	Cubierto	Cubierto; aplican limitaciones	Cubierto
<b>Servicios de atención médica a domicilio</b>			
Servicios de atención médica a domicilio para condiciones crónicas	Cubierto	No cubierto	No cubierto
Atención médica integral a domicilio	Cubierto	No cubierto	No 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](#) 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.