Molina Healthcare

Su familia extendida.

Manual para miembros de Medicaid de Iowa

Última actualización: mayo de 2023

MolinaHealthcare.com/IA

MOLINA HEALTHCARE

Iowa Health Link
Iowa HHS

Hawki
Iowa HHS

* Estas páginas se dejaron en blanco intencionalmente.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en Ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)
Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/index.html

Asistencia de idiomas

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

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

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

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

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

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

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

Srpsko-Hrvatski (Serbo-Croatian): Na raspolaganju su vam besplatne jezičke podrške, dodatna pomoć i usluge, krupniji font, usmeni prijevod kao i drugi alternativni formati. Da biste sve ovo dobili, nazovite nas na gore navedeni broj.

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

(Arabic): تتوفر خدمات املساعدة اللغوية، واألدوات والخدمات املساعدة، والطباعة بأحرف كبرية، والرتجمة الفورية الشفهية، وغريها من التنسيقات البديلة من أجلك دون أي تكلف. للحصول عىل هذه الخدمات، يُرجى االتصال عىل الرقم املذكور أعاله.

ລາວ (*Lao):* ບໍລິການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ເຄື່ອງຊ່ວຍໃນການຟັງ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງ, ຕົວພິມຂະໜາດໃຫ່ຍ, ການແປ ປາກເປົ່າ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ ກະລຸນາໂທໄປທີໝາຍເລກຂ້າງເທິງ.

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

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं, सहायक सहायता और सेवाएं, बड़ा फ़ॉन्ट, मौखिक अनुवाद, और अन्य वैकल्पिक प्रारूप आपके लिए बिना किसी लागत के उपलब्ध हैं। इसे प्राप्त करने के लिए, कृपया ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

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

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

ไทย (Thai): บริการความช่วยเหลือด้านภาษา อุปกรณ์และบริการเสริม แบบอักษรขนาดใหญ่ขึ้น การแปลด้วยปาก เปล่า รวมทั้งรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ มีให้คุณใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการใช้บริการนี้ กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลขข้างต้น

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

ကညီ (Karen): ကျိာ်တၢ်ကတိၤ တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ အတၢ်မၤ, ပီးလီမၤစၢၤ ပှၤနီၢ်ခိကှဲကွဲဉ်တဖဉ်ဒီး တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတဖဉ်, လံာ်မံာ်ဖျၢဉ်အဒိဉ်, တၢ်ကတိၤကျိးထံ, ဒီးတၢ်အကှၢ်ဂီၤဒိအဂၤလၢ အကဲထိဉ်တၢ်မၤစၢၤတဖဉ်နှဉ် တၢ်ဒိးနှၢ်အီၤသ့လၢ တလာ်ဘဉ် ကျိဉ်စ့ဘဉ်နှဉ်ဘဉ်လီၤ. လၢကဒိးနှၢ်တၢ်အံၤအဂီၢ်, ဝံသးစူၤကိးဘဉ် နီဉ်ဂံၢ်လၢ ထးအံၤတကှၢ်.

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

For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind or have difficulty speaking, call 711 or 1-800-735-2942, Relay Iowa.

Llame al 711 o 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.

Índice

Aviso de no discriminación ..... **i**
Asistencia de idiomas ..... **ii**
Bienvenida **3**
Información de contacto importante 3
Sus tarjetas de identificación 5
Accesibilidad **6**
Accesibilidad a la información 6
Accesibilidad a los servicios 6
Elegibilidad **7**
¿Qué sucede si me mudo? 7
Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki 7
Renovaciones 7
Cambios en su cobertura 8
IA Health Link **9**
Plan Health and Wellness de Iowa **10**
Hawki **12**
Beneficios y servicios cubiertos **13**
Beneficios médicos 13
Beneficios oftalmológicos 22
Beneficios de transporte 22
Beneficios dentales 23
Ir al médico **24**
Elegir a su médico de atención primaria (PCP) 24
Cómo programar una cita 26
Especialistas 28
Farmacia **29**
Medicamentos recetados 29
Medicamentos de venta libre (OTC) 30
Emergencias y atención de urgencia **31**
Emergencias 31
Atención de urgencia 31

Servicios hospitalarios 31
Atención de rutina 32
Costos para el miembro 33
Copagos 33
Responsabilidad del miembro y participación de los clientes 34
Servicios de valor añadido 35
Controles 42
Controles para adultos 42
Controles para niños 42
Atención para miembros embarazadas 43
Administración de la atención 44
Salud del comportamiento 46
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) 47
Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS) 48
Opción de selecciones del consumidor (CCO) 55
Asistencia dirigida al consumidor 58
Programa de residencias médicas 59
Sus derechos y responsabilidades 61
Otros seguros y facturas 65
Si tiene Medicare 65
Ayuda con las primas de seguro proporcionadas por el empleador 65
Beneficios para veteranos 65
Quejas y apelaciones 66
Defensor 69
Recuperación del patrimonio 70
Hacer un testamento vital 71
Fraude, despilfarro y abuso 72
Aviso de prácticas de privacidad 73
Otros detalles del plan 75
Glosario de términos 78

Bienvenida

¡Gracias por elegir Molina Healthcare de Iowa! Desde que nuestro fundador, el Dr. C. David Molina, abrió su primera clínica en 1980, ha sido nuestra misión brindar atención médica de calidad a todos. Estamos a su disposición. Y, como siempre, tratamos a nuestros miembros como parte de la familia.

Nuestro trabajo es asegurarnos de que usted obtenga la atención y los servicios que necesita. Nos comunicaremos con los miembros por teléfono, correo postal, correo electrónico o mensaje de texto. Llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 para obtener cualquiera de estos servicios sin costo alguno. Este manual para miembros lo ayudará a entender cómo obtener atención médica para usted o para su familia cuando la necesite. También explica sus beneficios y sus derechos y responsabilidades como miembro de Molina Healthcare de Iowa. Lea este folleto atentamente.

Molina Healthcare no deniega servicios por objeciones morales ni religiosas.

Molina Healthcare trabaja con otras compañías para brindar servicios, por ejemplo, servicios de transporte. Cualquier servicio brindado por cualquier compañía que trabaje con Molina cumplirá con los estándares de Molina y se le brindará sin inconvenientes. Si tiene algún problema, comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Le gustaría tener una copia impresa del manual? Llame a Servicios para Miembros. Se la enviaremos sin costo. Si desea este manual en otro idioma o formato, como braille o letra grande, llame a Servicios para Miembros.

Información de contacto importante

Servicios para Miembros de Molina Healthcare de Iowa:

Teléfono: línea gratuita: (844) 236-0894 (TTY: 711).

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

- Personal de enfermería (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Atención de la vista
- Transporte médico para casos que no son de emergencia (NEMT)
- Administración médica
- Educación sobre la salud
- Administración de la atención
- Salud física y del comportamiento
- Exención y servicios prestados en centros
- Defensoría

Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del centro (CST).
Sitio web: www.molinahealthcare.com/ia
Dirección: 500 SW 7th Street, Suite 304, Des Moines, Iowa 50309

Personal de enfermería de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana (línea de asesoramiento de enfermería)

(844) 236-2096

Transporte médico para casos que no son de emergencia (NEMT): Access2Care

(866) 849-2062

Atención de la vista: March Vision Care

Para servicios de la visión, llame al (844) 496-2724.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Información de contacto estatal:

Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa o agente de inscripción

(800) 338-8366

Llame a este número para asesorarse sobre sus opciones de organizaciones de atención administrada (MCO) y por la inscripción para miembros de IA Health Link. Los Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa también pueden ayudar con los pagos de la prima y las solicitudes por dificultades económicas para los miembros del Plan Health and Wellness de Iowa.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

También puede enviar un correo electrónico a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa a IMEMemberServices@dhs.state.ia.us.

Servicio de Atención al Cliente de Hawki

(800) 257-8563

Llame a este número para asesorarse sobre sus opciones de MCO y por la inscripción para miembros de Hawki.

El Servicio de Atención al Cliente de Hawki también puede asistirlo con pagos de primas y dudas.

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Centro de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa

(855) 889-7985

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

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

Centro de Atención al Cliente del mantenimiento de ingresos del HHS de Iowa

(877) 347-5678
Llame a este número para informar cambios respecto a la continuación de la elegibilidad de Medicaid, como cuando comienza o finaliza un empleo.
Encuentre su oficina local del HHS: Dhs.iowa.gov/dhs_office_locator
Horario de atención: de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

Abuso infantil y de adultos dependientes

Si sospecha que se está abusando de un menor, la ley de Iowa requiere que lo denuncie.
Llame a la línea directa de abuso al (800) 362-2178.

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

Sus tarjetas de identificación

Su tarjeta de identificación de miembro

Cuando se inscriba, Molina le enviará por correo una tarjeta de identificación de miembro. También recibirá una tarjeta de Medicaid de Iowa. Es importante que siempre lleve ambas tarjetas de identificación con usted. Deberá mostrarlas cada vez que reciba atención médica o surta recetas en una farmacia.

Muestre su tarjeta de identificación cada vez que necesite atención médica. Esto incluye:

- Citas médicas
- Hospitalizaciones
- Citas para atención de la vista
- Visitas a la sala de emergencias
- Centros de atención urgente
- Citas para la salud del comportamiento
- Exámenes médicos
- Medicamentos recetados y suministros

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

Accesibilidad

Accesibilidad a la información

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

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

- Servicios de interpretación por teléfono
- Interpretación en sus visitas al médico, con un aviso de 24 horas de anticipación
- Este manual para miembros o cualquier otro material escrito en su idioma preferido

Si desea recibir este manual en otro formato, como braille o letra grande, llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894. Podemos enviárselo por correo sin cargo.

Para miembros sordos o con problemas de audición:

- Para llamarnos utilizando un servicio de retransmisión TTY, llame al 711.
- Coordinaremos, con un aviso de 24 horas de anticipación, y le pagaremos a una persona que sepa el lenguaje de señas para que le ayude durante sus visitas al médico.

Accesibilidad a los servicios

Nos comprometemos 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 obtener una cita con un proveedor o para acceder a servicios debido a una discapacidad, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711) para recibir ayuda.

Elegibilidad

¿Qué sucede si me mudo?

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

Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki

Molina está aquí para ayudarle con cualquier problema de elegibilidad para Medicaid o Hawki. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Renovaciones

La cobertura de la mayoría de los programas de Medicaid debe renovarse cada 12 meses. Cuando se acerca la fecha de renovación, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa 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 médica! Renueve los beneficios de IA Health Link o Hawki de su familia cada año siguiendo estos simples pasos.

1 Revise su correo

Recibirá un formulario de renovación del HHS de Iowa.

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

2 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.

3 Envíe el formulario de renovación

Envíe el formulario al HHS antes de la fecha límite:

- Use el sobre prepagado con la dirección impresa que recibió junto con el formulario.
- ¿No tiene el sobre? Puede enviar el formulario de renovación por correo postal al centro de imágenes que figura en el formulario de renovación o a cualquier oficina del HHS.
- ¿No está seguro de lo que debe hacer? Podemos ayudar. Llame a Servicios para Miembros de Molina al (844) 236-0894 (TTY: 711) o al centro de contacto del HHS al (855) 889-7985.

Cambios en su cobertura

Los cambios importantes de la vida pueden afectar su elegibilidad con Molina. Es importante informar al HHS y a Molina si tiene estos cambios de vida. Si usted tiene un cambio importante de vida, llame al Centro de Atención al Cliente del HHS al (877) 347-5678 y a Molina al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Algunos ejemplos de cambios importantes de la vida son los siguientes:

- Cambiar de nombre.
- Cambiar de seguro de salud.
- Si agrega o pierde otra cobertura de seguro.
- Si lo agregan al seguro de otra persona o lo quitan de él.
- Cambiar de trabajo.
- Cambios en su capacidad o discapacidad.
- Cambios en su familia. Puede ser que su familia se agrandó debido a un nacimiento o a un matrimonio. Puede ser que su familia se redujo. Puede deberse a que un miembro de la familia falleció o se mudó.
- Cambios en sus ingresos o activos.
- Si se queda embarazada. Llame a Molina si está embarazada. Contamos con ayuda especial para usted y su bebé. Comuníquese con Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Cambio en los beneficios

En ocasiones, es posible que Molina deba cambiar sus servicios cubiertos o los proveedores y los hospitales de la red. El HHS de Iowa también puede cambiar los servicios cubiertos que coordinamos para usted. Si se produce alguno de estos cambios, le enviaremos una carta para informarle sobre los cambios en sus beneficios o los proveedores de su plan.

Aviso de cambio significativo sobre su médico de atención primaria (PCP)

El consultorio de su PCP podría trasladarse, cerrar o dejar nuestro plan. Si esto sucede, se lo informaremos en un plazo de 15 días del cambio. Podemos ayudarle a elegir a otro PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación. Llame a Servicios para Miembros de Molina al (844) 236-0894 (TTY: 711).

IA Health Link

La mayoría de los miembros que reciben cobertura médica de Medicaid de Iowa están inscritos en el programa de atención administrada de IA Health Link. Una organización de atención administrada (MCO) es un plan de salud que coordina su atención. Molina Healthcare de Iowa es su MCO. Los beneficios que recibe de Molina dependen del tipo de cobertura de Medicaid que tenga.

Para conocer más sobre los beneficios y los servicios que podría obtener, consulte la sección "Beneficios y servicios cubiertos" de este manual.

Plan Health and Wellness de Iowa

El Plan Health and Wellness de Iowa proporciona cobertura de salud de bajo costo o sin costo para los ciudadanos de Iowa. Los miembros tienen entre 19 y 64 años. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares.

Para conocer más sobre los beneficios y los servicios que podría obtener, consulte la sección "Beneficios y servicios cubiertos" de este manual.

Comportamientos saludables para los miembros del Plan Health and Wellness de Iowa

Los miembros del Plan Health and Wellness de Iowa pueden obtener atención médica gratuita* si completan lo que se conoce como *comportamientos saludables*. Para participar en el programa de comportamientos saludables y evitar pagos mensuales después del primer año, cada año los miembros del Plan Health and Wellness de Iowa deben hacer lo siguiente:

1. Realizarse un examen de bienestar O un examen dental,

Y

2. Completar una evaluación de riesgos de la salud

Aportes mensuales

- Los miembros recibirán cobertura médica gratuita* de acuerdo con el Plan Health and Wellness de Iowa durante el primer año de elegibilidad.
- Los miembros deberán completar su programa de comportamientos saludables durante el primer año y cada un año a partir de ahí para continuar recibiendo servicios de salud sin cargo durante el año siguiente.
- Los miembros que no completen los comportamientos saludables cada año podrían tener que pagar un pequeño aporte mensual que dependerá de los ingresos familiares. Los aportes mensuales son de $5 o $10, según los ingresos familiares del miembro.
- A los miembros que no completen los comportamientos saludables y que no paguen su factura mensual luego de 90 días, según sus ingresos, se les podría cancelar la inscripción al Plan Health and Wellness de Iowa.

* Durante el primer año, los servicios son sin costo o tienen un costo muy bajo y, después de ese periodo, los costos son muy bajos. Es posible que se requiera un pequeño pago mensual en función de los ingresos. Se aplica un copago de $8 por el uso de la sala de emergencias para recibir servicios no urgentes.

Control

En un control, su proveedor de atención médica le controlará la presión arterial y el pulso, escuchará sus pulmones con un estetoscopio, recomendará exámenes de detección preventivos o tomará una muestra de sangre para controlar el colesterol.

Examen dental

En un examen dental, su dentista revisará su salud dental. Podría realizarse una limpieza o radiografías básicas.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Además del control O del examen dental, usted también debe completar una evaluación de riesgos para la salud. Dedique entre 15 y 40 minutos para completar una encuesta sobre su salud y su experiencia al recibir servicios de salud.

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

Dificultades económicas

Si no puede pagar su aporte, puede marcar el casillero de dificultades en su resumen mensual y enviar el cupón de pago O llamar a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al (800) 338-8366. Importante: La declaración de dificultades económicas se aplicará únicamente al saldo pendiente del mes actual. Seguirá siendo responsable de los saldos pendientes de los meses anteriores. También será responsable de los saldos pendientes en meses futuros, a menos que declare dificultades en esos meses. Cualquier monto adeudado después de los 90 días del vencimiento estará sujeto a cobro y, dependiendo de sus ingresos, es posible que se cancele su inscripción.

Aviso: Los miembros del Plan Dental Wellness también deben completar los comportamientos saludables para obtener cobertura dental. Puede encontrar información sobre esto en la sección "Beneficios dentales" de este manual.

Hawki

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

Para conocer más sobre los beneficios y los servicios que podría obtener, consulte la sección "Beneficios y servicios cubiertos" de este manual.

Beneficios y servicios cubiertos

Beneficios médicos

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

Tenemos una creciente red de médicos y hospitales. **Están listos para asistirlo.**

A continuación, se resumen los servicios y los beneficios de atención médica a los que tiene acceso.

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios preventivos			
Servicios preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)	✓	✓	✓
Controles de rutina	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓
Examen de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	✓ Hasta los 21 años	✓ Hasta los 21 años	
Vacunación	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Servicios profesionales en el consultorio			
Médico de atención primaria	✓	✓	✓
Visita al consultorio	✓	✓	✓
Pruebas de alergias	✓	✓	✓
Suero e inyecciones para alergias	✓	✓	✓
Servicios de enfermera-partera certificada	✓	✓	✓
Quiropráctico	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Dispositivos anticonceptivos	✓	✓	✓
Dentistas o exámenes dentales de rutina	✓	✓	✓

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Capacitación sobre la autogestión de la diabetes	✓ Una vez por miembro, máximo de por vida	✓ 10 horas de capacitación sobre la autogestión como paciente ambulatorio dentro de un periodo de 12 meses y capacitación de seguimiento de hasta 2 horas anuales	✓
Servicios anticonceptivos y relacionados	✓	✓	✓
Atención ginecológica	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓
Inyecciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Análisis de laboratorio	✓	✓	✓
Servicios médicos de cuidado infantil	✓ Menores de 21 años		
Recién nacido: visitas al consultorio	✓	✓	✓
Podología	✓ No se cubre el cuidado rutinario de los pies a menos que sea parte del tratamiento general de un miembro, relacionado con determinadas afecciones de la salud.	✓ No se cubre el cuidado rutinario de los pies a menos que sea parte del tratamiento general de un miembro, relacionado con determinadas afecciones de la salud.	✓
Examen de la vista de rutina: un examen de rutina por año calendario	✓	✓	✓
Examen auditivo de rutina: un examen de rutina por año calendario	✓	✓	✓

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Visita al consultorio de un especialista	✓ Se podría requerir la remisión del PCP	✓ Se podría requerir la remisión del PCP	✓ Se podría requerir la remisión del PCP
Servicios hospitalarios para pacientes internados			
Aprobación previa de ingreso como paciente hospitalizado	✓ Requerido para ingresos que no sean de emergencia	✓ Requerido para ingresos que no sean de emergencia	✓ Requerido para ingresos que no sean de emergencia
Habitación y comidas	✓	✓	✓
Servicios médicos para pacientes hospitalizados	✓ Incluye anestesia	✓ Incluye anestesia	✓
Suministros para pacientes hospitalizados	✓	✓	✓
Cirugía para pacientes hospitalizados	✓	✓	✓
Cirugía bariátrica por obesidad mórbida	✓	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Reconstrucción de mamas, luego del cáncer de mama y mastectomía	✓	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Trasplantes de órganos y médula ósea	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios			
Abortos	✓ Se deben cumplir determinadas circunstancias	✓ Se deben cumplir determinadas circunstancias	✓ Se deben cumplir determinadas circunstancias
Centro quirúrgico ambulatorio	✓ Incluye anestesia	✓ Incluye anestesia	✓ Incluye anestesia
Quimioterapia	✓	✓	✓
Diálisis	✓	✓	✓
Laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, radiología	✓	✓	✓
Atención de emergencia			
Ambulancia	✓	✓	✓
Centro de atención de urgencia	✓	✓	✓ Podría requerir autorización previa

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Sala de emergencias del hospital	✓	✓ $8.00 por visita para servicios médicos que no sean de emergencia	✓ El uso de servicios de emergencia para afecciones que no sean de emergencia está sujeto a un copago de $25 si la familia paga una prima por el programa Hawki.
Servicios de transporte			
Transporte médico de emergencia	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión por necesidad médica.	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión por necesidad médica.	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión por necesidad médica.
Transporte médico para casos que no son de emergencia	✓		
Servicios de salud del comportamiento			
Tratamiento asertivo comunitario (ACT)	✓	✓ Cubierto si se ha determinado que el miembro está médicamente exento	
Servicios de intervención de salud del comportamiento (BHIS), incluido el análisis del comportamiento aplicado	✓	✓ El tratamiento domiciliario 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 domiciliario contra el abuso de sustancias)	✓		
Tratamiento hospitalario de salud mental y por abuso de sustancias	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓
Visita al consultorio	✓	✓	✓

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Tratamiento ambulatorio de salud mental y por abuso de sustancias	✓	✓	✓
Instituciones médicas psiquiátricas para niños (PMIC)	✓	✓ Para adolescentes de 19 a 20 años; pueden aplicarse algunas limitaciones	
Servicios subagudos de salud mental y de respuesta ante crisis	✓	✓ Cubierto si se ha determinado que el miembro está médicamente exento	✓
Servicios de tratamiento ambulatorio			
Rehabilitación cardíaca	✓	✓	✓
Terapia ocupacional	✓	✓ Límite de 60 visitas por año	✓
Oxigenoterapia	✓	✓ Límite de 60 visitas en un periodo de 12 meses	✓
Fisioterapia	✓	✓ Límite de 60 visitas por año	✓
Terapia pulmonar	✓	✓ Límite de 60 visitas por año	✓
Terapia respiratoria	✓	✓ Límite de 60 visitas por año	✓
Terapia del habla	✓	✓ Límite de 60 visitas por año	✓
Servicios de radiología			
Mamografía	✓	✓	✓
Servicios radiológicos de detección y de diagnóstico de rutina	✓	✓	✓
Estudio del sueño	✓	✓ Solo servicios de diagnóstico de apnea del sueño	✓

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Servicios de laboratorio			
Prueba de detección de cáncer colorrectal	✓	✓	✓
Pruebas genéticas de diagnóstico	✓	✓	✓
Papanicoláu	✓	✓	✓
Pruebas patológicas	✓	✓	✓
Servicios de laboratorio de detección y de diagnóstico de rutina	✓	✓	✓
Pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	✓	✓	✓
Equipo médico duradero (DME)			
Equipo médico y suministros	✓	✓	✓
Equipo y suministros para la diabetes	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓
Anteojos	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Para adolescentes de 19 a 20 años; pueden aplicarse algunas limitaciones	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Audífonos	✓	✓ Para adolescentes de 19 a 20 años; pueden aplicarse algunas limitaciones	✓
Ortopedia	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones
Dispositivo para la apnea del sueño	✓ Solo para adultos	✓	
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): comunitarios			
Administración de casos	✓ Solo para personas con una discapacidad del desarrollo y exentas a HCBS		

Servicios	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Sección 1915(C): servicios a domicilio y comunitarios (HCBS)	✓		
Sección 1915(I): servicios de recuperación de las habilidades	✓	✓ Cubierto si se ha determinado que el miembro está médicamente exento	
Servicios de enfermería privada y atención personal según el EPSDT	✓ Cubierto hasta los 21 años en virtud del EPSDT	✓ Cubierto hasta los 21 años en virtud del EPSDT	
Residencias médicas para afecciones crónicas	✓		
Residencias médicas integradas	✓	✓ Cubierto si se ha determinado que el miembro está médicamente exento	
Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): institucionales			
Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID)	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones		
Centros de atención intermedia para atención médica compleja (ICF/MC)	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones		
Centro de enfermería (NF)	✓		
Centro de enfermería para personas con enfermedades mentales (NF/MI)	✓		
Centro de enfermería especializada (SNF)	✓	✓ Puede aplicarse un límite de internación de 120 días	
Centro de enfermería especializada fuera del estado (preaprobación de la especialidad)	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones		
Servicios de rehabilitación neuroconductual comunitarios	✓	✓ Solo para personas médicamente exentas	
Cuidados paliativos			
Cuidados paliativos	✓	✓ Pueden aplicarse algunas limitaciones	

Atención médica domiciliaria			
Servicios de enfermería privada y atención personal según el EPSDT	✓ Hasta los 21 años en virtud del EPSDT	✓ Hasta los 21 años en virtud del EPSDT	
Atención médica a domicilio	✓	✓	✓
Enfermería especializada	✓	✓	✓
Terapia ocupacional (OT)	✓	✓	✓
Fisioterapia (PT)	✓	✓	✓
Fonoaudiología	✓	✓	✓

La lista anterior no detalla todos sus beneficios cubiertos. Para obtener más información sobre sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Si usted es miembro del Plan Health and Wellness de Iowa y Medicaid de Iowa determinó que es una persona médicamente exenta, usted califica para los beneficios de IA Health Link.

Autorizaciones previas

Algunos servicios y beneficios requieren aprobación previa. Esto significa que su proveedor debe pedirle a Molina que apruebe esos servicios o beneficios antes de que los reciba. Es posible que no cubramos el servicio o medicamento si usted no obtiene dicha aprobación. Molina quiere asegurarse de que reciba el tipo y la cantidad adecuados de servicios que le ayuden con cualquier afección que tenga.
Si existen servicios aprobados antes del comienzo de su cobertura con Molina, dichos servicios serán aprobados durante los primeros 90 días de su inscripción con Molina, ya sea que la aprobación la solicite un proveedor dentro o fuera de la red.

Después de los primeros 90 días de su inscripción con Molina, si desea seguir recibiendo servicios de un proveedor fuera de la red o si los servicios requieren aprobación previa, el proveedor debe solicitarnos que los aprobemos antes de que usted pueda recibirlos.

Estos servicios no requieren aprobación previa:

Servicios de emergencia
Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio)
Servicios hospitalarios programados para pacientes ambulatorios
Ingreso programado para pacientes hospitalizados
Atención posterior a la estabilización (atención brindada después de un tratamiento de emergencia)
Atención de urgencias leves
Equipo médico duradero (DME)
Los proveedores fuera de la red requieren la aprobación de Molina (excepto los servicios anticonceptivos)
Visitas de rutina a proveedores dentro de la red (es posible que algunas pruebas o procedimientos requieran una aprobación previa)
Determinados servicios de salud del comportamiento y de trastorno por abuso de sustancias (consulte a su proveedor si requiere una aprobación previa)
Atención médica a domicilio

Si tiene preguntas sobre una solicitud de aprobación, llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Si Molina rechaza una solicitud para que usted reciba un servicio, estas decisiones se denominan "determinaciones adversas de beneficios".

Tiene derecho a solicitarnos que apelemos nuestra decisión.

Una apelación es una solicitud para que Molina revise una decisión que tomamos sobre un servicio que fue denegado, reducido o limitado. Algunos ejemplos serían los siguientes:

- Se denegaron los servicios o la atención solicitada.
- Se aprobó un servicio por una cantidad menor a la solicitada.
- Se termina un servicio o atención aprobado anteriormente.

Recibirá una carta por correo en la que se le explicará el motivo de la decisión. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 60 días corridos desde la fecha que figura en la carta que recibió para solicitar una apelación. Puede solicitar la apelación por teléfono o por escrito.

Beneficios oftalmológicos

Servicios oftalmológicos	IA Health Link	Plan Health and Wellness de Iowa (IHAWP)	Hawki
Exámenes	✓ 1 examen de la vista preventivo completo cada 12 meses	✓ 1 examen de la vista preventivo completo cada 12 meses	✓ 1 examen de la vista preventivo completo cada 12 meses
Anteojos	✓ **Menor de 1 año:** hasta 3 pares de anteojos cada 12 meses; hasta 16 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses **De 1 a 3 años:** hasta 4 pares de anteojos cada 12 meses; hasta 8 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses **De 4 a 7 años:** 1 par de anteojos cada 12 meses; hasta 6 lentes de contacto permeables al gas cada 12 meses. **Mayores de 8 años:** 1 par de anteojos cada 24 meses; 2 lentes de contacto permeables al gas cada 24 meses	✓ De 19 a 20 años únicamente: 1 par de anteojos (armazones y lentes) cada 24 meses	✓ Deducción de $100 para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses
Reparaciones	✓ Deducción de $100 para anteojos y lentes de contacto cada 12 meses	✓ De 19 a 20 años únicamente: sin límite para el reemplazo de anteojos perdidos o dañados sin reparación	Sin cobertura

Beneficios de transporte

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

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

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

Beneficios dentales

Molina solo cubre los procedimientos dentales que se realizan en un entorno hospitalario.

Beneficio dental de Medicaid para niños: los servicios dentales están disponibles para miembros de Medicaid de Iowa menores de 18 años a través del programa de Honorarios por Servicio (FFS) de Medicaid de Iowa. Molina no presta estos servicios. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al (800) 338-8366.

Hawki Dental: para los miembros de Hawki, los servicios dentales están disponibles a través de un prestador dental. Molina no presta estos servicios. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicio de Atención al Cliente de Hawki al (800) 257-8563.

Plan Dental Wellness: el Plan Dental Wellness brinda cobertura dental para miembros de Medicaid de Iowa mayores de 19 años. Molina no presta estos servicios. Un prestador de servicios dentales le brinda la cobertura dental. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al (800) 338-8366 o visite el sitio web http://dhs.iowa.gov/dental-wellness-plan.

Comportamientos saludables para los miembros del Plan Dental Wellness

Los miembros del Plan Dental Wellness tienen todos los beneficios dentales durante el primer año. Para mantener todos sus beneficios durante el próximo año debe completar comportamientos saludables. Los comportamientos saludables incluyen los siguientes:

1. **Autocontrol de salud bucal**

   Y

2. **Servicio preventivo**

¿Qué sucede si no completo los comportamientos saludables?

En función de sus ingresos, es posible que tenga que pagar una prima mensual después del primer año si no completa los comportamientos saludables. Complete los comportamientos saludables todos los años para evitar primas mensuales el año próximo.

Si usted tuviera una prima mensual después de su primer año y no hace el pago, solo tendrá cobertura dental de emergencia.

¿Cuánto debo pagar?

Las primas mensuales del Plan Dental Wellness no exceden los $3 por mes. Si no las puede pagar, puede marcar el casillero para personas con dificultades en su estado de cuenta mensual y enviar el cupón de pago, O BIEN puede llamar a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al (800) 338-8366.

Aviso: Los miembros del Plan Health and Wellness de Iowa también tienen pueden completar comportamientos saludables para obtener cobertura. Puede encontrar información sobre estos comportamientos saludables en la sección "Plan Health and Wellness de Iowa" de este manual.

Ir al médico

Elegir a su médico de atención primaria (PCP)

Su PCP se ocupa de todas sus necesidades médicas. Todos los miembros de Molina deben tener un PCP. El consultorio de su PCP es su centro de salud. Es importante que tenga un PCP con quien se sienta cómodo. Elegir uno es sencillo gracias a nuestro directorio de proveedores (una lista de proveedores). Puede elegir uno para usted y otro para los demás miembros de su familia, o el mismo para todos. También puede llamar a Molina Healthcare al (844) 236-0894 si necesita ayuda para programar una cita, buscar un proveedor o encontrar información sobre su PCP.

Debe consultar a un médico que forme parte de la red de proveedores de Molina. Si no elige un PCP, Molina seleccionará uno por usted. Molina elegirá a un PCP en función de su dirección, idioma preferido y proveedores con los que se haya atendido su familia en el pasado.

Use nuestro directorio de proveedores en línea para buscar el mejor PCP para usted.

Si desea cambiar de PCP, puede hacerlo desde su aplicación móvil My Molina o desde su computadora. También puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6 p.m. (CST). Si cambia de PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación. La nueva tarjeta de identificación indicará la fecha en la que puede empezar a consultar a su nuevo PCP.

Importante: Tiene visitas ilimitadas a su PCP. No tienen ningún costo para usted. Programe citas con su PCP cuando no se sienta bien. También debe hacerse un control todos los años.

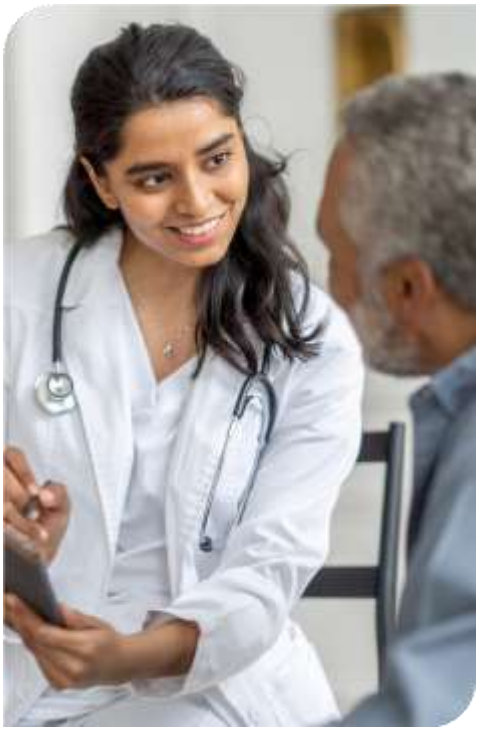
Para buscar un proveedor, siga uno de estos métodos:

- Visite MolinaProviderDirectory.com/IA.
- Inicie sesión en MyMolina.com.
- Use la aplicación móvil My Molina.

Su PCP puede ser:

- Médico clínico o de familia.
- Especialista en medicina interna.
- Pediatra.
- Enfermero avanzado registrado (ARNP).
- Obstetra o ginecólogo (OB/GYN).
- Auxiliar médico (bajo la supervisión de un médico).
- Especialista (para miembros que requieren atención especializada por sus afecciones agudas o crónicas, o afecciones relacionadas con una discapacidad).
- Centro de salud con calificación federal (FQHC) y clínica de salud rural (RHC).
- Tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana.

Servicios de acceso directo



Es posible recibir algunos servicios sin consultar a su PCP. Estos se denominan servicios de acceso directo. Usted no necesita una remisión para ellos. Algunos de estos son los siguientes:

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

Un obstetra o ginecólogo como PCP

Las mujeres pueden consultar a un ginecólogo-obstetra de nuestro plan para satisfacer sus necesidades ginecobstétricas. Tampoco necesita una remisión de su PCP para consultar a un obstetra o ginecólogo del plan. Entre estos servicios se incluyen los siguientes:

- Control ginecológico.
- Atención prenatal.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Servicios anticonceptivos (también puede consultar a un proveedor que no pertenezca a nuestro plan [fuera de la red] para este servicio).
- Remisión a un proveedor especial de nuestro plan.

Si no desea consultar a un ginecólogo-obstetra, es posible que su PCP pueda brindarle tratamiento para sus necesidades ginecobstétricas. Pregúntele si puede brindarle atención de ginecología u obstetricia. De lo contrario, deberá consultar a un ginecólogo-obstetra.

Durante el embarazo, su ginecólogo-obstetra puede ser su PCP si este acepta. Nuestro personal de enfermería puede ayudarla a decidir si debe consultar a su PCP o a un ginecólogo-obstetra. Para hablar con un integrante del personal de enfermería, llame a nuestra línea de ayuda de enfermería, disponible las 24 horas, al (844)-236-2096.

Si necesita ayuda para elegir a un ginecólogo-obstetra, visite nuestro directorio de proveedores en MolinaProviderDirectory.com/IA o llame a Servicios para Miembros.

Elegir a un PCP para su recién nacido

Las embarazadas pueden elegir a un PCP para sus bebés recién nacidos llamando a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Si no elige a un PCP para su bebé recién nacido, le asignaremos uno. Siempre puede elegir a otro PCP en línea en MolinaProviderDirectory.com/IA.

Si usted es indígena estadounidense o indígena de Alaska

Puede utilizar un proveedor del Servicio de Salud Indígena o el programa de salud Tribal 638 en cualquier momento que desee. También puede elegir a un PCP de la red de Molina que no sea un proveedor del Servicio de Salud Indígena o del programa de salud Tribal 638, y Molina pagará su atención.

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

Su PCP hará lo siguiente:

- ✓ Tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- ✓ Controlará sus pruebas y los resultados.
- ✓ Recetará medicamentos.
- ✓ Lo remitirá a otros médicos (especialistas).
- ✓ Ordenará su ingreso en el hospital, si es necesario.

Qué debe traer a una cita con su PCP

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

- ✓ Su tarjeta de identificación de miembro de Molina
- ✓ Los medicamentos que tome actualmente
- ✓ Las preguntas que desee hacerle a su PCP

Si su hijo es quien tiene la cita, asegúrese de traer los siguientes elementos de su hijo:

- ✓ Tarjeta de identificación del miembro de Molina
- ✓ Registros de vacunación
- ✓ Los medicamentos que tome actualmente

Servicios de interpretación

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos conseguirle un traductor que se comunique con usted. También puede ayudarlo a hablar con su médico o proveedor.

Un traductor lo ayudará con lo siguiente:

- ✓ Programar una cita.
- ✓ Hablar con su médico o un integrante del personal de enfermería.
- ✓ Obtener atención de emergencias.
- ✓ Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- ✓ Obtener información sobre la administración de los medicamentos.
- ✓ Hacer un seguimiento de la aprobación previa que necesita para un servicio.
- ✓ Comunicarse mediante lengua de señas.

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

Cómo programar una cita

Pautas para las citas

Cuando necesite ver a su médico, deberá programar una cita dentro de los plazos que se mencionan a continuación.

Cita médica

Tipos de citas	Estándar
Con el PCP, cita de rutina o sin síntomas	En el plazo de 30 días naturales
Con el PCP, por síntomas constantes	En el plazo de 48 horas
Con el PCP, por atención de urgencias leves	En el plazo de 24 horas
Con el PCP, atención preventiva	En el plazo de 30 días naturales
Atención después del cierre	Disponible las 24 horas del día; los 7 días de la semana
Atención especializada (de rutina)	En el plazo de 30 días naturales
Atención especializada de urgencias leves	En el plazo de 24 horas
Atención de optometría que no sea de urgencias	En el plazo de 3 semanas
Atención de optometría de urgencias	En el plazo de 48 horas
Análisis de laboratorio y radiografías que no sean de urgencias	En el plazo de 3 semanas
Análisis de laboratorio y radiografías de urgencias	En el plazo de 48 horas

Cita de salud del comportamiento

Tipos de citas	Estándar
Emergencia que pone en peligro la vida	De inmediato
Emergencia que no pone en peligro la vida	En el plazo de 6 horas
Crisis de salud mental	En el plazo de 1 hora
Atención de urgencias leves	En el plazo de 1 hora de presentación en el lugar de prestación del servicio o en el plazo de 24 horas desde la solicitud de contacto por teléfono
Síntomas constantes	Se debe revisar al paciente o debe ser remitido a un proveedor adecuado en el plazo de 48 horas tras informar los síntomas
Visita inicial o de atención de rutina	En el plazo de 10 días hábiles posteriores a la solicitud y con un seguimiento dentro de los 30 días naturales
Trastorno por consumo de sustancias (SUD) y embarazo (la paciente está embarazada y necesita los servicios de SUD)	Ingreso en el plazo de 48 horas posteriores a la búsqueda de tratamiento
Consumo de medicamentos por vía intravenosa	Se debe ingresar al paciente en el plazo de 14 días desde la solicitud de ingreso o 120 días después de la solicitud si ningún programa tiene capacidad y se facilitan servicios provisionales en un plazo de 48 horas

Segunda opinión

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

Especialistas

Es posible que en ocasiones necesite consultar a un especialista. Usted tiene derecho a elegir especialistas dentro de la red de Molina. Su proveedor de atención primaria (PCP) le ayudará a elegir un especialista y lo remitirá.

Análisis de laboratorio en el consultorio

Molina tiene un límite para la cantidad de análisis de laboratorio que pueden realizarse en el consultorio del proveedor. El motivo es por fines de calidad. Todos los demás análisis de laboratorio deben ser remitidos a uno de los proveedores de laboratorio dentro de la red de Molina. Visite MolinaHealthcare.com/IA para encontrar una lista de servicios de laboratorio permitidos para el consultorio de un proveedor.

Se permite la toma de muestras en el consultorio de cualquier proveedor. Tenga en cuenta que Molina no pagará las reclamaciones por los servicios de análisis de laboratorio que no figuran en el sitio web.

Farmacia

Medicamentos recetados

Usted obtiene medicamentos recetados ya sea a bajo costo o sin ningún costo para usted. Cubrimos los medicamentos recetados necesarios por motivos médicos. También cubrimos algunos medicamentos de venta libre (OTC) que hayan sido recetados por su proveedor (consulte la sección “Medicamentos de venta libre” para obtener más información).

Los medicamentos genéricos son medicamentos que tienen la misma dosis, la misma seguridad, la misma concentración y el mismo uso previsto que un medicamento de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca. Cubrimos todos los medicamentos cubiertos por Medicaid de Iowa. Medicaid de Iowa utiliza una lista de medicamentos preferidos (PDL). Nuestra PDL incluye medicamentos genéricos y de marca. En dicha lista también se le proporciona información sobre los medicamentos y se le indica cualquier restricción. Para obtener sus medicamentos recetados, debe usar una farmacia de la red. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de miembro. Asegúrese de obtener sus medicamentos recetados antes de viajar fuera del estado.

La mayoría de los medicamentos están cubiertos para un suministro de 31 días como máximo, con la excepción de algunos anticonceptivos. Algunos anticonceptivos están cubiertos para un suministro de hasta 90 días. Si el medicamento requiere una autorización previa, para algunos medicamentos puede recibir un suministro de emergencia del medicamento mientras se revisa la autorización previa. Consulte la PDL de Medicaid de Iowa o llame a Servicios para Miembros de Molina al número gratuito (844) 236-0894 (TTY: 711).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte nuestro directorio de proveedores en MolinaProviderDirectory.com/IA. También puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Puede encontrar el enlace a la PDL de Medicaid de Iowa en nuestro sitio web, en MolinaHealthcare.com/ia, en la sección "Pharmacy" (Farmacia).

Algunos medicamentos tienen límites o reglas para su uso debido al costo, la seguridad y otros motivos. Pueden ser los siguientes:

- Límites de cantidad: restringe la cantidad del medicamento que se le puede dispensar o renovar en un momento o intervalo determinado.
- Terapia escalonada: requiere que pruebe un medicamento determinado, como un genérico, antes de que su proveedor pueda recetarle otro medicamento.
- Autorización previa: significa que su proveedor debe obtener la aprobación de Molina antes de recetar un medicamento.

Algunos motivos para una autorización previa (PA) son los siguientes:

- Necesita un medicamento que está en nuestra PDL como medicamento no preferido.
- El medicamento se utiliza para una afección no aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Se solicita el reabastecimiento del medicamento recetado demasiado pronto (límites en la cantidad).
- Hay otros medicamentos que debe probar primero (terapia escalonada).
- Hay un medicamento genérico o alternativo disponible.

- El medicamento puede ser objeto de uso indebido o abuso.
- Para obtener la aprobación, su proveedor debe indicarnos el motivo médico por el cual usted necesita el medicamento y la cantidad. Trabajaremos con su médico para ayudarlo a obtener los medicamentos más adecuados para usted.
- Si no aprobamos una solicitud de PA, le enviaremos una carta. En la carta, se le explicará cómo presentar una apelación. También se le informará sobre su derecho a una audiencia estatal. Obtenga más información sobre las apelaciones en la sección llamada "Apelaciones y quejas".

Nuestra PDL puede cambiar. Controle la PDL cuando necesite obtener o reabastecer un medicamento.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos algunos medicamentos OTC con una receta de su proveedor. Consulte nuestra lista de medicamentos preferidos (PDL) en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/ia, en la sección "Pharmacy" (Farmacia), o llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711) para averiguar qué medicamentos de venta libre están cubiertos.

Copagos

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

Emergencias y atención de urgencia

Emergencias

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

Algunos ejemplos de cuándo utilizar la ER:

- Cortes o quemaduras graves
- Dolor en el pecho
- Lesiones de la cabeza o los ojos
- Peligro de muerte o de perder una extremidad, como una pierna o un brazo
- Síncope
- Asfixia
- Sangrado abundante
- Pérdida del habla
- Posible fractura de huesos
- Sobredosis

Atención de urgencias leves

Los centros de atención de urgencias leves son una excelente opción si necesita atención fuera del horario de servicio.

Algunos ejemplos de cuándo usar el centro de atención de urgencias leves:

- Síntomas intensos de resfriado o gripe
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Virus estomacal o gastroenteritis vírica
- Herida que necesita puntos
- Esguinces, torceduras o moretones intensos

Servicios hospitalarios

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

Atención de rutina

Como miembro de Molina, su PCP sabrá sus antecedentes médicos, se ocupará de sus necesidades médicas básicas y lo remitirá cuando lo necesite. La atención de rutina es un tipo de atención para los casos en que no se precisa atención de emergencia o por urgencias leves, y se puede esperar a una cita médica programada regularmente. Debe llamar a su PCP para programar una atención de rutina. Si acude a la sala de emergencias por este tipo de servicios, es posible que deba pagar un copago por los servicios que recibe allí.

Atención posterior a la estabilización

Los servicios posteriores a la estabilización son los servicios que necesita después de una emergencia. Estos servicios ayudan a normalizar su salud. Estos servicios son importantes y lo ayudarán a asegurarse de que no tenga ninguna otra emergencia. Los servicios posteriores a la estabilización están cubiertos y sujetos a los requisitos de autorización previa.

Costos para el miembro

Copagos

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

Es posible que se requiera un copago por el uso de una sala de emergencias (ER) del hospital en los casos **que no sean una emergencia.**

- A los miembros del Plan Health and Wellness 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.
- A los demás miembros de Medicaid de Iowa se les puede cobrar un copago de $3 por una visita a la sala de emergencias que no se considere una emergencia.

No hay otros copagos en su plan de salud de Molina.

Antes de prestar un servicio no urgente e imponer copagos, el hospital que brinda la atención debe hacer lo siguiente:

1. Realizar un examen médico adecuado para determinar que el miembro no necesita servicios de atención de emergencia.
2. Informar al miembro del importe de su copago por los servicios no urgentes prestados en la sala de emergencias del hospital.
3. Proporcionarle al miembro el nombre y la ubicación de un proveedor de servicios alternativo, disponible y accesible, que proporcione servicios para casos que no son de emergencia.
4. Evaluar si el proveedor alternativo puede prestarle servicios al miembro de manera oportuna sin copago.
5. Proporcionar una remisión para que el proveedor alternativo coordine la programación del tratamiento.

Si el miembro recibe información sobre el proveedor alternativo disponible y sobre el importe del copago, y elige recibir tratamiento para una afección que no requiere atención de emergencia en la sala de emergencias del hospital, el hospital evaluará el copago.

No se le cobrará un copago por los servicios de emergencias en caso de afecciones de emergencia.

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

- Personas menores de 18 años
- Miembros embarazadas (durante todo el embarazo y periodo posparto [60 días después de la finalización del embarazo])
- Personas que reciben cuidados paliativos
- Niños en cuidado de acogida
- Niños con discapacidad en virtud de la Ley de Oportunidad para la Familia
- Programa de atención de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino
- Indígenas estadounidenses o de Alaska reconocidos a nivel federal

Responsabilidad de los miembros y participación de los clientes

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

Servicios de valor añadido

Molina ofrece beneficios adicionales a los miembros elegibles. Estos beneficios adicionales se denominan servicios de valor añadido. Llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711) para obtener más información sobre estos beneficios.

Ofrecemos lo siguiente:

MyMolina.com: administre su plan de salud en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, donde quiera que esté. Cambie de médico, actualice su información de contacto, solicite una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Para inscribirse, visite MyMolina.com.

Educación sanitaria sobre afecciones crónicas y estilo de vida saludable

Viva bien y goce de buena salud. Nuestros programas gratuitos pueden ayudarlo a controlar el peso, dejar de consumir tabaco o recibir ayuda con afecciones crónicas. Recibirá materiales útiles, consejos para la atención y mucho más. Si tiene asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, problemas cardíacos, depresión o si desea perder peso o dejar de fumar, uno de nuestros enfermeros o administradores de atención puede comunicarse con usted. También puede llamar a nuestro Departamento de Administración de la Salud al (866) 472-9483 (TTY: 711) para inscribirse en uno de nuestros programas.

Programa de recompensas durante el embarazo

¿Va a tener un bebé? Estamos aquí para ayudarla a tener un embarazo y un bebé sanos. Nuestro programa de recompensas durante el embarazo le permite ganar tarjetas de regalo por completar actividades saludables, como seguimientos prenatales. ¡Es fácil! Inscríbase en nuestro portal seguro, MyMolina.com, o llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Le enviaremos un paquete por correo.

Transporte

Obtenga el respaldo de Molina para obtener mejores beneficios de transporte, como traslados a bancos de alimentos, citas del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), entrevistas de trabajo, agencias de vivienda y agencias de violencia doméstica. Los miembros deben solicitar estos servicios a su coordinador de atención o al llamar a la línea de ayuda de Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Molina Healthcare también cubrirá el transporte de emergencia al hospital. Debe llamar al 911 si tiene una emergencia y necesita un servicio de transporte inmediato. Tenga a mano sus tarjetas de identificación de miembro.

Aplicación móvil de Molina

Gestione su atención médica en cualquier momento y en cualquier lugar. Los miembros pueden iniciar sesión en la aplicación con su identificación de usuario y contraseña de MyMolina para acceder a funcionalidades seguras que incluyen lo siguiente:

- Consultar su tarjeta de identificación de miembro.
- Buscar un proveedor o centro cerca de su hogar con el buscador de proveedores.
- Usar la línea de asesoramiento de enfermería para recibir la atención que necesita.
- Acceder a su registro médico.
- Puede descargar la aplicación de forma gratuita en su teléfono inteligente desde App Store para Apple o Google Play para Android.

Teléfono celular sin costo

Como miembro de Molina, usted recibe un teléfono inteligente y servicio gratuitos, puede obtener mensajes de texto, llamadas y datos ilimitados. Incluso le enviaremos recordatorios de citas y consejos para la salud.

Recursos comunitarios

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

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

- **MolinaHelpFinder.com**, desarrollado por Aunt Bertha. Este es un servicio gratuito y confidencial que lo ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Tabla de servicios de valor añadido de Molina

Programa	Lo que debe hacer el miembro	Personas elegibles	Monto o límites de servicio
***Baby shower* anual**	Ir a un *baby shower* en Molina.		Tarjeta de regalo de $100 o incentivo para la fiesta anual por la llegada del bebé
Recompensas por los controles de salud	Realizar, de manera puntual, hasta seis visitas de control pediátrico en un periodo de 15 meses.	Miembros de hasta 15 meses de edad	Tarjeta de regalo de $10 por visita de control pediátrico: <15 meses (máximo de $60)
	Realizar dos o más visitas de control pediátrico cuando el bebé tenga entre 15 y 30 meses.	Miembros de entre 15 y 30 meses	Tarjeta de regalo de $25 por visitas de control pediátrico: de 15 a 30 meses
	Realizar una visita anual de control pediátrico para los niños y adolescentes de entre 3 y 21 años.	Miembros entre 3 y 21 años	Tarjeta de regalo de $25 por visitas de control pediátrico: >3 años
	Realizar una visita de seguimiento con un proveedor de servicios de salud del comportamiento en el plazo de los siete días posteriores a la hospitalización por enfermedad mental (incluye el servicio de telemedicina).	Todos los miembros	Tarjeta de regalo de $50 por visita de seguimiento de salud del comportamiento como paciente hospitalizado

Programa	Lo que debe hacer el miembro	Personas elegibles	Monto o límites de servicio
Recompensas por los controles de salud	Realizar una visita de seguimiento con su PCP en el plazo de los siete días posteriores a su hospitalización por múltiples afecciones crónicas (incluye el servicio de telemedicina).	Todos los miembros	Tarjeta de regalo de $50 por visita de seguimiento con el PCP
	Realizar una visita anual de detección preventiva para adultos (limitada a una por año).	Miembros mayores de 18 años	Tarjeta de regalo de $25 por visita de detección preventiva para adultos
	Hacerse exámenes de detección de riesgos para la salud iniciales y anuales, limitados a uno por año.	Todos los miembros	Tarjeta de regalo de $25 por completar el examen de detección de riesgos de la salud
	Servicio dental preventivo para miembros adultos. Los servicios no tendrán costo para un examen anual (1 por año).	Miembros mayores de 21 años	$35 por unidad por un examen dental preventivo anual
	Ir a una visita posparto entre los 7 y los 84 días después del nacimiento del bebé.	Miembros de 12 años o más (madres primerizas)	Tarjeta de regalo de $25 por una visita posparto
	Realizar una visita prenatal durante el primer trimestre o en el plazo de los 42 días de la inscripción.	Miembros de 12 años o más (madres primerizas)	Silla de auto para niños
	Realizar una visita al consultorio para hacerse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu).	Miembros mujeres de entre 21 y 64 años	Tarjeta de regalo de $25 por el examen de detección de cáncer de cuello uterino
	Realizar un examen anual de clamidia.	Miembros mujeres de entre 16 y 64 años	Tarjeta de regalo de $25 por el examen de clamidia
	Realizar un examen de mamografía anual; se limita a 1 por miembro por año.	Miembros mujeres de entre 50 y 74 años	Tarjeta de regalo de $25 por mamografía

Programa	Lo que debe hacer el miembro	Personas elegibles	Monto o límites de servicio
	Este beneficio proporciona productos para dejar de fumar tabaco de venta libre para miembros calificados. Los proveedores pueden hacer remisiones para la participación en el programa. Una vez aprobado, este programa se facilitará a través de nuestro Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros elegibles mayores de 18 años o mujeres embarazadas de cualquier edad	$185 por unidad para productos para dejar de fumar
	Los miembros que reciban la aprobación del plan de salud pueden acceder durante un máximo de 23 semanas a los servicios de control de peso (WW); los proveedores o departamentos internos (administradores de atención, etc.) pueden remitir a los miembros, o los miembros pueden realizar una remisión por iniciativa propia.	Todos los miembros	Valor de $45 para el servicio por obesidad o de WW® (anteriormente, plan Weight Watchers)
	Hacerse un examen de revisión anual de la vista para las personas con diabetes (límite de uno por año).	Miembros de entre 18 y 75 años, con diagnóstico de diabetes	Tarjeta de regalo de $50 por examen de revisión de la vista para las personas con diabetes
Servicios de partera	Los miembros (de alto riesgo o miembros pertenecientes a un grupo que tiene disparidades sanitarias, en particular las mujeres negras) pueden solicitar la asistencia de una partera durante el período de trabajo de parto y el parto para que les proporcione apoyo emocional y físico a la parturienta y su familia.	Miembros embarazadas que cumplen con los criterios de alto riesgo	8 visitas de la partera por miembro
Medicamentos de venta libre, incluidas las pruebas de embarazo, a través de proveedores de farmacia	Los miembros pueden recibir hasta $30 por núcleo familiar para los miembros, por trimestre, para artículos de venta libre utilizados habitualmente que no están cubiertos por el beneficio de farmacia de Medicaid.	Todos los miembros	Medicamentos de venta libre
Programa YMCA o “Can Play”	Para ayudar a nuestros miembros jóvenes a desarrollar habilidades sociales y de liderazgo.	Miembros calificados menores de 19 años	Tarifas de membresía patrocinadas

Programa	Lo que debe hacer el miembro	Personas elegibles	Monto o límites de servicio
Evaluación de experiencias adversas en la infancia (ACE)	Los miembros pueden obtener una evaluación de ACE para orientar la prestación de atención y servicios por trauma.	Miembros menores de 18 años	Ninguno
Transporte adicional	Cuatro viajes de ida o vuelta para abarcar dos campos de los determinantes sociales de la salud (DSS). 1. Reducir la inseguridad alimentaria del hogar y el hambre. a. Traslados a bancos de alimentos, supermercados, mercados y citas del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). 2. Aumentar la tasa de empleo entre personas en edad de trabajar. a. Traslados a capacitaciones y entrevistas de trabajo.	Todos los miembros	Traslados a bancos de alimentos, supermercados, mercados y citas del WIC para abordar el objetivo de los DSS de reducir la inseguridad alimentaria del hogar y el hambre. Traslados a capacitaciones y entrevistas de trabajo para abordar el objetivo de los DSS de aumentar la tasa de empleo entre personas en edad de trabajar.
Servicios de comida a domicilio para mujeres embarazadas de alto riesgo mediante Mom's Meals	Molina proporcionará comidas a domicilio, lo que incluye comidas adaptadas a las necesidades médicas, a las miembros que sufren inseguridad alimentaria y un embarazo de alto riesgo.	Para miembros de alto riesgo con afecciones crónicas, incluidas las embarazadas de alto riesgo	El programa proporciona una caja de alimentos saludables. Hay un límite de 1 caja por hogar.
Prueba de equivalencia del bachillerato (HiSET)	Cupones para realizar el examen de HiSET de forma gratuita en los centros de pruebas autorizados (valor de $134).	Miembros mayores de 18 años	Valor de $134
Pasar el examen HiSET	Una tarjeta de regalo por pasar el examen.	Miembro mayor de 18 años	$50

Programa	Lo que debe hacer el miembro	Personas elegibles	Monto o límites de servicio
TruConnect	Los miembros que reúnan los requisitos para el programa federal Lifeline recibirán dispositivos inalámbricos y planes de servicio gratuitos o con descuento. El plan de servicio gratuito cuenta con el apoyo de TruConnect e incluye llamadas y mensajes de texto ilimitados, y llamadas internacionales gratuitas a México, Canadá, China, Vietnam y Corea del Sur. Llamadas gratuitas a TruConnect y Molina para obtener apoyo. Molina podrá precargar aplicaciones seleccionadas de Molina en ciertos dispositivos.	Miembros que reúnen los requisitos para el programa federal Lifeline	Gratis: sin cargo para el miembro
Plataforma de apoyo para la derivación de recursos comunitarios	Proporciona a los miembros acceso a pedido, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, desde nuestro sitio web y a través de la aplicación móvil, a miles de recursos comunitarios en todo el estado en los ámbitos de salud, asistencia financiera, educación, recursos de emergencia, asistencia jurídica, vivienda, oportunidades de empleo, transporte y seguridad alimentaria.	Todos los miembros	Gratis: sin cargo para el miembro
Aplicación My Molina	La aplicación My Molina les brinda a los miembros una gran variedad de recursos, lo que incluye información sobre sus beneficios, su tarjeta de identificación del miembro, la lista de medicamentos y un plan de servicio personalizado. La aplicación móvil My Molina envía notificaciones con información sobre cómo subsanar una brecha de atención identificada, p. ej., recordatorios de que es hora de realizar una visita preventiva. Con solo tocar la pantalla, los miembros pueden comunicarse con su equipo de atención.	Miembros inscritos activamente y que participan en programas de Molina que tienen obstáculos de acceso a la comunicación	Gratis: sin cargo para el miembro

Servicio de comidas a domicilio para miembros con alto riesgo de cambiar el nivel de atención	Se les ofrecerá el servicio de comidas a domicilio a los miembros que reciben el alta hospitalaria que corren un alto riesgo de reingreso y que les sería beneficioso recibir comidas nutritivas adecuadas y constantes.	Miembros mayores de 18 años con afecciones de alto riesgo y con alto riesgo de reingreso	Dos comidas por día durante un máximo de dos semanas; entregadas una vez por semana
Canasto por mudanza con transición comunitaria	Los miembros en transición a un entorno comunitario pueden elegir artículos por un valor de hasta $50.	Miembros de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) a partir de los 21 años (un solo beneficio de por vida)	Artículos por un valor de $50
Transporte para el cuidador (solo para los casos de atención a largo plazo)	Cuatro viajes de ida o vuelta (para cuidadores, p. ej., padre, madre, hijo o alguien que haya estado brindando atención directa al miembro) por mes para visitar a un miembro que resida en un centro (es decir, un centro de enfermería [NF], centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales [ICF-ID], instituciones médicas psiquiátricas para niños [PMIC], instituciones de salud mental [MHI] y centros de enfermería para personas con enfermedades mentales [NF-MI]).	Miembros de 18 años o más que viven en un centro de atención a largo plazo	4 viajes de ida o vuelta para cuidadores
Programa Healthy Living	Incluye una amplia variedad de dispositivos de asistencia y elementos de adaptación para ayudar a los miembros a mantener la independencia en sus hogares. Los miembros pueden seleccionar dos de los siguientes elementos para lograr una mejor salud: báscula digital, tensiómetro para el hogar, espirómetro, dispositivos para ayudar a alcanzar y agarrar objetos, almohada lumbar, ventilador pequeño, lámpara con clip, bolsa para andador, par de mascarillas.	Miembros mayores de 21 años	$60 por miembro de por vida

Controles

Su salud es importante para nosotros. La buena salud comienza con dormir lo suficiente, tener una alimentación saludable y tener comportamientos saludables. Uno de estos comportamientos es consultar a su médico todos los años (los niños con más frecuencia) y seguir los consejos de su médico.

Controles para adultos

Su médico de atención primaria (PCP) le dirá cuándo le toca a usted y a su familia hacerse los controles de seguimiento. También le recordará cuándo usted y su familia necesitan ciertos exámenes de detección y vacunaciones.

Para ayudarlo a cumplir con el seguimiento, podemos llamarlo o enviarle una carta. Lo hacemos para que le sirva como recordatorio. Tenga esto en cuenta cuando reciba una llamada o una carta recordándole que debe ponerse la vacuna anual contra la gripe o si a su hijo le falta hacerse la revisión de salud. Esta es una de las maneras en que ayudamos a usted y a su familia a mantenerse sanos.

Controles para niños

El servicio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) se refiere a la atención preventiva para menores de 21 años que están en el programa IA Health Link. Los controles pediátricos de seguimiento con el proveedor de atención primaria (su médico principal) o el pediatra son importantes para asegurarse de que su hijo esté sano. En las visitas con el médico de su hijo se pueden detectar problemas a tiempo y se los puede tratar antes de que empeoren. No necesita una remisión para estas visitas. Estos servicios se brindan sin costo para usted. Hable con el médico acerca de qué es lo conveniente para su hijo. Muchas escuelas, actividades y otras organizaciones solicitan un "chequeo deportivo". Este es un examen limitado. Avísele a su proveedor si necesita este examen. Su proveedor puede completar los formularios que usted necesita durante el control pediátrico de seguimiento de su hijo.

Molina cuenta con muchos programas y herramientas para mantener su salud y la de su familia, entre ellos se incluyen los siguientes:

- Capacitación sobre salud
- Servicios de administración de la atención
- Atención en el embarazo y clases de crianza
- Recordatorios de los controles

Además de los servicios cubiertos por Molina, es posible que haya otros servicios disponibles a través de los siguientes programas: Atención para Niños, Sonrío en la Escuela, servicios de salud del comportamiento en la escuela, servicios de salud maternoinfantil del título V y servicios anticonceptivos. Comuníquese con Servicios para Miembros sobre Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa al 1-800-338-8366 para obtener más información.

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

Atención para miembros embarazadas

Queremos asegurarnos de que reciba atención médica tan pronto como crea que está embarazada. Si cree que está embarazada, consulte a su médico de atención primaria (PCP). Una vez que esté embarazada, su PCP le pedirá que consulte a un ginecólogo-obstetra. Usted no necesita una remisión para ver a un ginecólogo-obstetra. Es importante que acuda a su ginecólogo-obstetra. Si necesita ayuda para buscar un ginecólogo-obstetra, llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Podemos ayudarla a coordinar su atención prenatal.

Una vez que confirme que está embarazada, también debe comunicarse con Servicios para Miembros de Molina. También debe informar su embarazo al centro de contacto del HHS al (855) 889-7985.

Cuando esté embarazada, tenga en cuenta lo siguiente:

- Asegúrese de realizar las consultas con su PCP o ginecólogo-obstetra durante todo su embarazo.
- Asegúrese de asistir a todas sus visitas cuando su PCP o ginecólogo-obstetra se lo indiquen.
- Asegúrese de acudir a su proveedor después de tener al bebé para recibir atención de seguimiento (entre los 7 y los 84 días después del nacimiento).
- Debe elegir un pediatra para su bebé antes de que nazca. Si no elige a un pediatra, Molina elegirá uno por usted.

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

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

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

También puede hablar con su PCP u ginecólogo-obstetra sobre las opciones de uso de métodos anticonceptivos.

Obtenga recompensas por recibir atención prenatal y posparto al llamar a Servicios para Miembros al (844)-236-0894 o visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/ia.

Administración de la atención

Care Connections

Care Connections es un equipo de personal de enfermería avanzado y trabajadores sociales que pueden ayudarlo a administrar su salud. Lo visitaremos para conocerlo y obtener información sobre sus necesidades de salud. Le realizaremos un examen integral anual (ACE) para lo siguiente:

Medir sus signos vitales.

- Controlar la hemoglobina A1c y realizar un examen de retina para diabéticos (si tiene diabetes).
- Hablar con usted sobre sus afecciones médicas actuales, sus medicamentos y ayudar a decidir qué necesita de manera continua.
- Lo visitaremos en su hogar, en un centro de vivienda asistida, en una comunidad de personas mayores o en un hogar de ancianos.

¿Debería participar en la administración de atención?

La administración de la atención podría resultarle útil si:

- Necesita atención crónica, es decir, tiene asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD).
- Tiene una afección grave o está en riesgo de sufrir una.
- Tiene una necesidad de salud del comportamiento.
- Tiene una discapacidad física o de desarrollo.
- Tiene alguna otra necesidad especial de atención médica.
- Necesita atención en un centro de enfermería.
- Necesita servicios en el hogar y comunitarios.
- Está usando los servicios de beneficios comunitarios autodirigidos.

Si tiene afecciones crónicas, podemos ayudarlo a obtener los servicios que necesita. También puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Puede optar por no participar en este programa en cualquier momento. Simplemente llame a Servicios para Miembros.

Trabajaremos con usted de manera individual para establecer un plan de servicio centrado en la persona y le permitiremos participar en la organización y la gestión de su propia atención si así lo desea. Detendremos o modificaremos el plan si ya no es adecuado o no funciona. Para obtener más información sobre la administración de la atención o para realizar cambios en el programa de administración de atención asignado actualmente, puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711) y solicitar hablar con el personal de administración de la atención. Le ayudaremos a encontrar los recursos adecuados para sus necesidades.

Administración de casos complejos

Si tiene afecciones crónicas, podemos ayudarlo a obtener los servicios que necesita. También puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Puede optar por no participar en este programa en cualquier momento. Simplemente llame a Servicios para Miembros.

Transición de la atención

Si le dan el alta en el hospital o en un hogar de ancianos, contamos con acompañantes que lo ayudarán a realizar una transición. Lo ayudarán a recibir la atención que necesita en su hogar. También puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711). Puede optar por no participar en este programa en cualquier momento.

¿No se siente cómodo con una visita a domicilio?

También podemos hacer una consulta por videollamada si tiene un teléfono inteligente o una computadora. Nuestra evaluación por video le permite ver y hablar con un enfermero practicante en tiempo real. Su llamada será privada.

Cuando acepta una visita, podemos brindarle una mejor asistencia y responder cualquier pregunta que tenga acerca de su salud. **¡No hay COSTOS para usted!**

Salud del comportamiento

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

Podemos ayudarlo con lo siguiente:

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

Tiene servicios de salud del comportamiento a su disposición.

Incluyen lo siguiente:

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

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

¿Está sufriendo una crisis?

Si está sufriendo una crisis, podemos ayudarlo. Molina se ha asociado con Your Life Iowa, la línea de crisis a nivel estatal que brinda asistencia con respecto a la salud del comportamiento, trastornos por consumo de sustancias (SUD), ludomanía y otras necesidades de salud mental; los miembros pueden acceder a esta línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 988. También puede llamar a Your Life Iowa las 24 horas del día, los 7 días de la semana al (855) 581-8111. Cuando llame, una persona en vivo contestará el teléfono y estará lista para ayudarlo. También puede enviar un mensaje al (855) 895-8398.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo incluyen, entre otros, servicios de atención en un centro de enfermería, programas de atención diurna para adultos, servicios de asistencia médica a domicilio, servicios de cuidado personal, transporte y apoyo de empleo, así como asistencia brindada por un cuidador familiar. La cobertura de Molina brinda servicios y apoyo para satisfacer las necesidades funcionales, sociales, del entorno y del comportamiento de nuestros miembros que cumplen con lo siguiente:

- Participan en un programa de exención de servicios a domicilio y comunitarios (HCBS).
- Viven en un centro de enfermería.
- Viven en un centro de enfermería especializada (SNF).
- Viven en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID).
- Viven en un centro de enfermería para personas con enfermedades mentales (NF/MI).

Administración de casos

El rol de los administradores de casos comunitarios

La función principal del administrador de casos comunitario (CBCM) es apoyar a los miembros y ayudarles a acceder a LTSS y otros servicios. El CBCM es responsable de dirigir el enfoque centrado en la persona para coordinar sus servicios a fin de asegurarse de que se satisfacen sus necesidades. La coordinación de servicios incluye, entre otros:

- Identificar sus necesidades
- Realizar una evaluación de la salud
- Decidir una línea de acción
- Coordinar los servicios necesarios

¿Qué puede esperar de su CBCM de LTSS?

Su administrador de casos comunitario de LTSS estará a cargo de lo siguiente:

- Realizar reuniones en persona en su domicilio para evaluar sus necesidades físicas, conductuales, funcionales, sociales y de servicios y apoyos a largo plazo.
- Incluir a sus familiares, cuidadores y apoyos naturales para que le ayuden a evaluar sus necesidades, si usted lo aprueba.
- Trabajar con usted, los miembros de su familia y apoyos naturales para desarrollar una planificación de servicios que aborde sus necesidades individuales identificadas durante las reuniones.
- Hacerle llegar una evaluación completa una vez al año o si se produce un cambio significativo en sus necesidades médicas.
- Ayudar a coordinar el acceso oportuno a los servicios.
- Coordinar los servicios que satisfagan sus necesidades médicas y funcionales.

Molina puede brindarle ayuda si tiene preguntas sobre sus beneficios y servicios. Puede llamarnos de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del centro. Llame al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS)

Los HCBS son programas de Medicaid que le dan más opciones sobre cómo y dónde recibe los servicios. Los HCBS están destinados a personas con discapacidades y personas mayores de Iowa que necesitan apoyo para vivir en su hogar y comunidad.

Para ser elegible para los HCBS, usted debe:

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

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

1. Exención por SIDA o VIH
2. Exención por lesiones cerebrales
3. Exención por salud mental para niños
4. Exención para adultos mayores
5. Recuperación de las habilidades
6. Exención por salud y discapacidad
7. Exención por discapacidad intelectual
8. Exención por discapacidad física

Exención por SIDA o VIH

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

Para ser elegible, debe cumplir con lo siguiente:

- Un médico debe haberle diagnosticado SIDA o infección por VIH.
- Se debe determinar que necesita el nivel de atención de un centro de enfermería (NF) o

el nivel de atención hospitalaria. Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden

incluir lo siguiente:

Servicios de exención por VIH o SIDA

- Atención diurna para adultos
- Asistencia dirigida al consumidor (CDAC)
- Servicios de terapia
- Entrega de comidas a domicilio
- Atención médica a domicilio
- Servicios de tareas domésticas
- Atención de enfermería
- Cuidado de relevo
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Exención por lesiones cerebrales

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

Para ser elegible, debe cumplir con lo siguiente:

- Se debe determinar que tiene un diagnóstico de lesión cerebral, tal como se define en el Código Administrativo de Iowa.
- Se debe determinar que necesita el nivel de atención de un centro de enfermería (NF), un centro de enfermería especializada (SNF) o un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID).
- Debe tener al menos 1 mes de edad.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:

Servicios de exención por lesiones cerebrales

- Atención diurna para adultos
- Programa del comportamiento
- Asistencia dirigida al consumidor (CDAC)
- Asesoramiento y capacitación para familiares
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Supervisión y tratamiento médicos intermedios
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Servicios preprofesionales
- Cuidado de relevo
- Equipo médico especializado
- Asistencia para la vida comunitaria (SCL)
- Empleo con apoyo
- Transporte
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Exención por salud mental para niños

Esta exención ofrece servicios para niños de hasta 18 años que han sido diagnosticados con trastornos emocionales graves.

Para calificar, debe cumplir con lo siguiente:

- Tener hasta 18 años de edad.
- Tener un diagnóstico de trastorno emocional grave verificado por un profesional de salud mental autorizado en los últimos doce meses.
- Se debe determinar que necesita el nivel de atención de instituciones médicas psiquiátricas para niños (PMIC). Estos servicios son administrados por el equipo de residencias médicas integradas.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:

Servicios de exención por salud mental para niños

- Modificaciones ambientales y dispositivos adaptables
- Servicios de apoyo familiares y comunitarios
- Terapia familiar en el hogar
- Cuidado de relevo

Exención para adultos mayores

El programa de exención de adultos mayores brinda asistencia a personas calificadas mayores de 65 años que prefieren quedarse en su propia casa u otro entorno comunitario.

Para calificar, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser mayor de 65 años.
- Se debe determinar que necesita el nivel de atención de un centro de enfermería o de un centro de enfermería especializada.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:

Servicios de exención para adultos mayores

- Atención diurna para adultos
- Dispositivos de asistencia
- Servicios de vida asistida
- Servicios de tareas domésticas
- Asistencia dirigida al consumidor (CDAC)
- Sistema de respuesta ante emergencias
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Entrega de comidas a domicilio
- Atención médica a domicilio
- Servicios de tareas domésticas
- Extensión de salud mental
- Atención de enfermería
- Asesoramiento nutricional
- Cuidado de relevo
- Acompañamiento de adultos mayores
- Transporte
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Recuperación de las habilidades

Los servicios de recuperación de las habilidades son servicios para miembros que, debido a su discapacidad, necesitan apoyo y servicios que les ayuden a aprender, mejorar y conservar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para vivir o trabajar con éxito en la comunidad.

Para calificar, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser mayor de 16 años, padecer una enfermedad mental grave o un trastorno emocional grave, con discapacidad funcional.
- Ser elegible para Medicaid y tener un ingreso familiar que no supere el 150 % del nivel federal de pobreza.
- Cumplir con los criterios de elegibilidad basados en las necesidades, determinados mediante una evaluación de las mismas.
- Cumplir con uno de dos factores de riesgo y cumplir al menos dos de cinco criterios que indican la necesidad de asistencia por al menos dos años.

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:

Servicios de recuperación de las habilidades

- Administración de casos.
- Recuperación de las habilidades en el hogar: apoyo personalizado que ayuda a desarrollar o mejorar habilidades que puede necesitar para vivir o trabajar en la comunidad.
- Programa diurno para recuperación de las habilidades: un servicio que lo ayuda con el desarrollo de habilidades para la participación en actividades recreativas, voluntariados y empleo comunitario integrado, la socialización, la participación en la comunidad y habilidades de la vida diaria.
- Servicios preprofesionales, exploración profesional: servicios que le ayudan a desarrollar habilidades laborales y enseñan las habilidades generales laborales relevantes para la participación en el empleo individual.
- Asistencia para el empleo: apoyo continuo diseñado para ayudarle a obtener y mantener un empleo individual que sea competitivo, personalizado o por cuenta propia en un entorno laboral integrado (que le ofrecerá un empleo remunerado sostenido) cuando necesite apoyo debido a su discapacidad.

Si le interesan los servicios de recuperación de las habilidades, debe solicitarlos. Su administrador de casos de Molina puede ayudarlo con este proceso para determinar si es elegible y, si es así, esto llevará al desarrollo o modificación de su planificación de los servicios centrados en la persona para abordar sus objetivos de recuperación de las habilidades. Un equipo de residencias médicas integradas también puede administrar este servicio. Para obtener más información sobre la coordinación de la atención a través de una residencia médica integrada, consulte la sección "Residencias médicas".

Exención por salud y discapacidad

Es posible que los servicios de exención por salud y discapacidad (HD) estén disponibles para quienes cumplen lo siguiente:

- Son menores de 65 años y son ciegos o se termina que tienen una incapacidad por haber recibido beneficios de incapacidad del Seguro Social o a través del proceso de decisión de incapacidad del Departamento de Servicios Humanos de Iowa.

- No son elegibles para la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) si son mayores de 21 años. Los miembros que reciben servicios de exención por HD cuando cumplen 21 años pueden seguir siendo elegibles, independientemente de la elegibilidad para el SSI, hasta que cumplan 25 años.
- Cumplen con todos los requisitos no financieros de Medicaid.
- Se ha determinado que necesitan el nivel de atención de un centro de enfermería (NF), un centro de enfermería especializada (SNF) o un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID).

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:

Servicios de exención por salud y discapacidad

- Atención diurna para adultos
- Asistencia dirigida al consumidor (CDAC)
- Servicios de terapia
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Entrega de comidas a domicilio
- Atención médica a domicilio
- Servicios de tareas domésticas
- Supervisión y tratamiento médicos intermedios
- Servicios de enfermería
- Asesoramiento nutricional
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Exención por discapacidad intelectual

Es posible que los servicios de exención por discapacidad intelectual (ID) estén disponibles para las personas que cumplen lo siguiente:

- Tienen un diagnóstico de discapacidad intelectual según lo determinado por un psicólogo o un psiquiatra
- Se determina que necesitan el nivel de atención del centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual(ICF/ID)

Según sus necesidades evaluadas, los servicios cubiertos pueden incluir lo siguiente:

Servicios de exención por discapacidad intelectual

- Atención diurna para adultos
- Asistencia dirigida al consumidor (CDAC)

- Programa diurno de recuperación de las habilidades
- Modificaciones en el hogar y el vehículo
- Atención médica a domicilio
- Supervisión y tratamiento médicos intermedios
- Enfermería
- Sistema de respuesta ante emergencias personal (PERS)
- Servicios preprofesionales
- Cuidado de relevo
- Asistencia para la vida comunitaria (SCL)
- Asistencia para la vida comunitaria residencial (RBSCL)
- Empleo con apoyo
- Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Transporte: Si recibe un servicio de SCL en virtud de la exención por discapacidad intelectual, se le proporcionará el transporte a menos que se especifique lo contrario en su plan opción de selecciones del consumidor (CCO) centrado en la persona.

Exención por discapacidad física

Los servicios de exención por discapacidad física (PD) pueden estar disponibles para las personas que cumplen con lo siguiente:

- Tienen una discapacidad física.
- Tienen entre 18 y 64 años. Se determina que son ciego o que tienen una incapacidad ya que han recibido beneficios de incapacidad del Seguro Social o a través del proceso de decisión de incapacidad del Departamento de Servicios Humanos de Iowa.
- Cumplen con el nivel de atención de un centro de enfermería o de un centro de enfermería especializada.

Servicios de exención por discapacidad física

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

Para obtener más información sobre cada uno de los programas de HCBS, visite: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hcbs.

Transporte para servicios de exención

Si tiene una exención que incluye el beneficio de transporte, su administrador de casos:

- Trabajará con usted y su equipo de atención para determinar la cantidad de viajes o kilometraje que debe autorizarse.
- Presentará la autorización a las partes correspondientes para que puedan programarse los viajes.
- Coordinará con usted y su equipo de atención para organizar el transporte de la exención con hasta 180 días de antelación para los viajes recurrentes y les informará a usted y a su equipo de atención sobre las formas de cancelar los viajes de exención programados.

Opción de selecciones del consumidor (CCO)

Autogestión

La autogestión, también llamada opción de selecciones del consumidor (CCO), significa que usted elige a sus cuidadores personales. La CCO está disponible en las exenciones de los servicios a domicilio y comunitarios (HCBS), a excepción de la exención por salud mental para niños (CMH). La CCO le da el control sobre una cantidad específica de dólares de Medicaid para que pueda desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades mediante la contratación directa de empleados o la compra de otros bienes y servicios. La CCO ofrece más opciones, control y flexibilidad sobre sus servicios, además de una mayor responsabilidad. Esto le permitirá una mayor orientación y flexibilidad en los servicios a domicilio y comunitarios para que pueda permanecer en su hogar y en su comunidad.

El programa de CCO le permite controlar cuándo se le prestan los servicios, cómo se le prestan y a quién se contratará para que se los preste. Esto le da la capacidad de tomar decisiones, seleccionar y contratar personal, y controlar la calidad de sus servicios. Si desea asistencia para gestionar a sus empleados o su presupuesto, puede delegar las tareas a otra persona de su confianza. Su administrador de casos comunitario (CBCM) puede trabajar con usted para delegar su autoridad presupuestaria.

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

- ¿Desea tener más control sobre cómo se gasta el dinero de la exención de Medicaid en sus necesidades?
- ¿Desea ser el empleador de las personas que le prestan apoyo?
- ¿Desea ser responsable de reclutar, contratar y despedir a sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Desea ser responsable de capacitar, administrar y supervisar a sus trabajadores y proveedores de servicios?
- ¿Desea la flexibilidad para poder adquirir bienes o servicios que satisfagan sus necesidades?

Si desea elegir esta opción, solo tiene que comunicárselo a su CBCM. Trabajará con su administrador de casos comunitario para determinar los servicios disponibles para la autogestión y desarrollar una planificación de servicios centrados en la persona (PCSP). Elegirá un agente de apoyo independiente (ISB) que le ayudará a elaborar su presupuesto individual, organizará sus servicios y le ayudará a contratar empleados.

También trabajará con un servicio de gestión financiera que le ayudará a gestionar sus tareas como empleador. Estos completarán los controles 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 poder aprobar una verificación de antecedentes y ser mayores de 18 años. Usted dirá cómo se le atenderá.

Su cuidador trabajará para usted. Firmará las planillas y controlará cómo se brindan los servicios. El cuidador puede ayudarle a vestirse, asearse, preparar las comidas u otras necesidades identificadas en su evaluación. Su CBCM completará con usted una herramienta de autoevaluación para determinar si reúne los requisitos para autodirigir sus servicios. Consulte a su administrador de casos comunitario para conocer más información.

Se pueden elegir los siguientes servicios para la autogestión:

1. Exención por SIDA o VIH

a. Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
b. Modificaciones en el hogar y el vehículo
c. Entrega de comidas a domicilio
d. Servicios de tareas domésticas
e. Relevo individual básico

2. Exención por lesiones cerebrales

a. Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
b. Modificaciones en el hogar y el vehículo
c. Servicios preprofesionales
d. Relevo individual básico
e. Equipo médico especializado
f. Asistencia para la vida comunitaria
g. Empleo con apoyo
h. Transporte

3. Exención para adultos mayores

a. Dispositivos de asistencia
b. Servicios de tareas domésticas
c. Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
d. Modificaciones en el hogar y el vehículo
e. Entrega de comidas a domicilio
f. Servicios de tareas domésticas
g. Relevo individual básico
h. Acompañamiento de adultos mayores
i. Transporte

4. Exención por salud y discapacidad

a. Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
b. Modificaciones en el hogar y el vehículo
c. Entrega de comidas a domicilio
d. Relevo individual básico

5. Exención por discapacidad intelectual

a. Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
b. Programa diurno de recuperación de las habilidades
c. Modificaciones en el hogar y el vehículo
d. Servicios preprofesionales
e. Relevo individual básico
f. Asistencia para la vida comunitaria
g. Empleo con apoyo
h. Transporte

6. Exención por discapacidad física

a. Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): servicios no especializados
b. Modificaciones en el hogar y el vehículo
c. Equipo médico especializado
d. Transporte

Tenga en cuenta que es posible que algunos servicios necesiten utilizar la verificación electrónica de visitas (EVV), un sistema de seguimiento que prueba cuando una persona recibe un servicio de cuidado personal financiado por Medicaid. Actualmente, esto se utiliza para la asistencia dirigida al consumidor (CDAC) y los servicios de tareas domésticas. Si tiene preguntas acerca de los servicios de EVV o de su rol como miembro en ellos, comuníquese con su administrador de casos comunitario (CBCM) asignado.

Si considera que la CCO es adecuada para usted, hable con su CBCM para obtener más información.

Puede dejar de gestionar su propio cuidado en cualquier momento. Hable con su CBCM para obtener ayuda sobre el proceso para dejar de autogestionar sus servicios. Para conocer más información sobre la CCO, visite el sitio web https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/consumer-choices-option.

Asistencia dirigida al consumidor

Los programas de exención de servicios a domicilio y comunitarios (HCBS) de Medicaid ofrecen la oportunidad de tener ayuda en su propio hogar o en su comunidad. Una de las opciones es la asistencia dirigida al consumidor (CDAC), que pueden brindarle la ayuda que necesita para quedarse en su hogar. Los servicios de la CDAC deben ser servicios directos y prácticos. Los servicios de la CDAC no pueden encargarse de su supervisión personal ni de que alguien pase la noche con usted.

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

Los servicios no especializados incluyen ayuda con las actividades normales de la vida diaria, como vestirse, bañarse, cocinar y comer, acostarse, tomar medicamentos, programar citas, manejar dinero, comunicarse con otros, ir al médico, hacer mandados y hacer tareas domésticas.

Los servicios especializados son servicios médicos que requieren que un enfermero o terapeuta autorizado supervise a la persona que hace estas cosas por usted. Estos incluyen el control de los medicamentos, cuidados de enfermería posquirúrgicos, inyecciones, el registro de las constantes vitales, la alimentación por sonda, el cuidado de catéteres, el cuidado de colostomías, las dietas terapéuticas y la terapia intravenosa.

Usted es el empleador de la persona a cargo de su CDAC. Tendrá que firmar un contrato de trabajo en el que se especifiquen las funciones que desempeñará su proveedor de CDAC. Su proveedor de CDAC puede ser una persona que usted conoce o alguien de una agencia. Recuerde que esta persona estará en su hogar y le ayudará a hacer las cosas necesarias para que usted pueda quedarse allí. Es importante que se sienta cómodo con esa persona. Su administrador de casos comunitario (CBCM) puede ayudarlo a determinar cuánta financiación está disponible en virtud de su exención de HCBS por los servicios de la CDAC. Esto le ayudará a planificar los horarios de trabajo y los salarios de los proveedores.

Verificación electrónica de visitas (EVV) Los servicios de la CDAC deben confirmarse a través de la EVV, a menos que viva en un centro de vida asistida o de atención residencial. Para todos los demás proveedores de CDAC u otra agencia, este es un requisito. Esta verificación debe ser hecha por su proveedor en la fecha del servicio para ayudar a asegurar el pago a tiempo. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o sobre su papel en la EVV, comuníquese con su CBCM asignado.

Cómo recibir servicios de CDAC
Para recibir la CDAC, ya debe recibir servicios de exención de HCBS. Si solicita CDAC como servicio, tendrá una reunión con su CBCM y otras personas que desee incluir. Su CBCM debe estar de acuerdo en que los servicios de CDAC son adecuados para usted, para que esté sano y seguro.

Para obtener más información sobre la búsqueda del proveedor adecuado, contratos de trabajo, salarios, mantenimiento de registros, planes de respaldo, cuestiones de personal, denuncia de abusos y mucho más, visite https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/cdac.

Programa de residencias médicas

Una residencia médica es una propuesta para la coordinación de la atención de personas con múltiples afecciones crónicas, incluyendo trastornos de salud mental y abuso de sustancias. El programa de residencia médica ofrece un enfoque clínico basado en el trabajo en equipo que incluye al miembro, a sus proveedores médicos y a los familiares (cuando corresponda). El modelo de residencia médica se basa en el apoyo y los recursos comunitarios, y mejora la coordinación e integración de la atención de salud primaria y del comportamiento para satisfacer mejor las necesidades de los miembros con múltiples enfermedades crónicas.

Molina ofrece un programa de residencia médica para respaldarlo a usted y a su salud mediante la integración y la coordinación de la atención y los servicios que recibe. Su residencia médica supervisará todas sus necesidades de atención médica y se asegurará de que obtenga la mejor atención disponible.

Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Una persona que lo ayude a elaborar un plan de acción de salud, como una guía para usted, sus médicos y otros proveedores.
- Una persona que se reúna con usted para ayudarlo a obtener los servicios adecuados en el momento oportuno.
- Ayuda para conocer sus afecciones y cómo puede mejorar su propia salud.
- Ayuda al salir del hospital para asegurar que vaya a las visitas de seguimiento importantes con los médicos y demás proveedores.
- Ayuda para saber de qué manera su familia y demás personas que lo asisten pueden ayudarlo a cumplir sus metas de salud.
- Ayuda para obtener otros servicios y apoyo que necesite para estar en su casa.

Residencia médica integrada

Una residencia médica integrada (IHH) es un equipo de profesionales, incluidos servicios de apoyo a familiares y pares, que trabaja en conjunto para brindar a los miembros atención integral, coordinada y centrada en el paciente para adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y niños con trastornos emocionales graves (SED). Esto incluye a las personas que actualmente reciben los servicios de gestión de casos específicos (TCM) y gestión de casos a través de servicios de recuperación de las habilidades o un programa de exención de servicios a domicilio y comunitarios (HCBS) financiado por Medicaid. La coordinación de la atención se brinda para todos los aspectos de la vida de la persona y para las transiciones de la atención que tenga. La IHH ayudará a los miembros con su documentación y los guiará a través del proceso de solicitud de beneficios para los que reúnan los requisitos. La IHH coordinará todos los servicios para una persona, incluidos los servicios médicos, del comportamiento y de la comunidad, independientemente de las fuentes de financiación para dichos servicios.

La IHH es un programa opcional a elección del miembro. Los miembros son elegibles para los servicios de IHH si han sido diagnosticados con una SMI o un SED, y tienen una evaluación de discapacidad funcional completada por un profesional de salud mental autorizado.

Una **SMI** ocurre cuando un adulto padece un trastorno mental, emocional o del comportamiento constante o crónico, especificado en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM) de trastornos mentales actualizado publicado por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos, o su deterioro, que interfiere significativamente o limita una o más actividades de la vida, incluido el desempeño en la familia, la escuela, el empleo o la comunidad.

Un **SED** ocurre cuando un niño tiene un trastorno mental, emocional o del comportamiento diagnosticable, que se especifica en el DSM de trastornos mentales actualizado publicado por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos, o su clasificación internacional más reciente de enfermedades equivalente, que causa un deterioro funcional que interfiere o limita significativamente el papel del niño en la realización de actividades familiares, escolares o en comunitarias.

Para ser elegible para servicios de IHH, debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

- Ser un adulto con una SMI: trastorno psiquiátrico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión grave, trastorno delirante, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno bipolar.
- Ser un niño o adolescente con un SED: trastorno mental, emocional o del comportamiento diagnosticable que afecte el funcionamiento normal.

Los miembros que están inscritos en la recuperación de las habilidades y en la exención para la salud mental infantil también están inscritos en una IHH.

La SMI y el SED pueden ocurrir junto con trastornos por consumo de sustancias o trastornos del aprendizaje, del desarrollo, del desarrollo neurológico o intelectuales, pero dicho diagnósticos pueden no ser un enfoque clínico en los servicios de salud en el hogar.

Usted decide si participa en el programa de residencia médica. Puede estar en un programa de residencia médica, cambiar de residencia médica o dejar el programa en cualquier momento.

Si desea cambiar de programa de residencia médica, puede hacer lo siguiente:

- Solicitar el cambio a través del programa actual o el programa de residencia médica al que quiera transferirse, o llamar a Molina para obtener ayuda al (844)-236-0894 (TTY: 711).

El cambio de residencia médica no modificará sus beneficios, siempre y cuando reúna los requisitos para el programa.

Los servicios del programa de residencia médica son un apoyo adicional para ayudarle a alcanzar sus metas de salud. Si tiene preguntas sobre el programa de residencia médica o quiere saber si es elegible para el mismo, llame a Servicios para Miembros al (844)-236-0894 (TTY: 711).

Para obtener información adicional sobre la elegibilidad, la participación o la realización de cambios en los programas de residencia médica integrada actualmente asignados, hable con su administrador de casos comunitario, el coordinador de la atención o la oficina local de residencia médica integrada para obtener más información.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de Molina, tiene ciertos derechos. También tiene responsabilidades que se enumeran a continuación.

Sus derechos:

- Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre Molina Healthcare, nuestros servicios y proveedores de una manera que pueda comprender.
- Participar plenamente en la comunidad y trabajar, vivir y aprender lo máximo posible.
- Saber que se mantendrá la privacidad de sus registros médicos.
- Negarse al tratamiento o a la terapia. Si se niega, el proveedor o Molina Healthcare deben hablar con usted sobre lo que podría suceder y deben dejar una nota en su registro médico.
- Poder recibir información sobre su salud. Es posible que esta información también esté a disposición de alguien a quien usted haya autorizado legalmente o a quien usted haya dicho que se debería informar en caso de emergencia cuando no sea conveniente para su salud que se le dé a usted.
- Analizar las opciones de tratamiento médicamente necesarias para sus afecciones, sin importar el costo ni la cobertura de beneficios.
- Participar con proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Tomar decisiones sobre su atención médica, incluso el derecho a rechazar el tratamiento.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica que se le brinde de una manera que pueda comprender.
- Poder asegurarse de que otros no puedan oírlo ni verlo cuando recibe atención médica.
- No sufrir ningún tipo de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, tranquilidad o venganza, como se especifica en los reglamentos federales.
- Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos, y poder solicitar que el registro se cambie o se corrija de ser necesario.
- Presentar una apelación, una queja (reclamo) o una audiencia estatal. Consulte la sección "Apelaciones y quejas" de este manual para obtener más información.
- Poder elegir a médicos de atención primaria, incluidos especialistas, como su PCP si tiene una afección crónica, dentro de los límites de la red del plan, incluido el derecho a denegar el cuidado de profesionales específicos.
- Cambiar de PCP por otro de la red de Molina Healthcare. Molina Healthcare debe enviarle algo por escrito que indique quién es el nuevo PCP antes de la fecha del cambio.
- Recibir información si el proveedor de atención médica es estudiante y poder rechazar su atención.
- Recibir información sobre cualquier atención experimental y poder negarse a ser parte de la misma.
- Tener la libertad para ejercer sus derechos y saber que los proveedores de Molina Healthcare o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa no podrán usar esto en su contra.

- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado en la red de Molina Healthcare. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, Molina Healthcare debe programar una visita con un proveedor que no esté en nuestra red.
- Hacer directivas anticipadas (testamento vital). Para ello, consulte la sección "Hacer un testamento vital" para obtener más información sobre las directivas anticipadas.
- Saber que Molina Healthcare debe cumplir con todas las leyes federales y estatales, y otras leyes sobre privacidad que correspondan.
- Obtener ayuda para la coordinación de la atención del consultorio del PCP.
- Poder elegir a su profesional de la salud y a sus proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) en la medida de lo posible y adecuado.
- Poder recibir servicios de atención médica.
- Recibir servicios de atención médica que sean similares en cantidad y alcance a los prestados por el programa de Honorarios por Servicio (FFS) de Medicaid, lo que incluye el derecho a recibir servicios de atención médica que lograrán el propósito para el cual se brindan los servicios.
- Recibir servicios que se adapten y que no se denieguen o reduzcan debido al diagnóstico, el tipo de enfermedad o la afección médica.
- Obtener asistencia sin cargo de Molina Healthcare y sus proveedores si usted no habla inglés o necesita ayuda para comprender la información.
- Recibir toda la información escrita de los miembros de Molina Healthcare:
  - sin costo alguno para usted;
  - en los idiomas predominantes, que no sea el inglés, entre los miembros del área de servicio de Molina Healthcare;
  - de otras maneras para ayudar a las necesidades especiales de los miembros que por cualquier motivo tengan dificultades para leer la información.
- Obtener asistencia en lenguaje de señas si tiene problemas de audición.
- Recibir información adecuada y oportuna sobre el plan de incentivos para médicos de Molina cuando lo solicite.
- Presentar una solicitud de excepción para que HHS de Iowa considere los artículos o servicios no cubiertos.
- Recibir información sobre Molina Healthcare de nuestra parte.
- También tiene derecho a lo siguiente:
  - Presentar una queja sobre Molina Healthcare.
  - Presentar una queja sobre la atención que le brindaron.
  - Solicitar apelaciones para las solicitudes de aprobación previamente denegadas.
  - Obtener información sobre Molina Healthcare.
  - Obtener información sobre los beneficios cubiertos.
  - Obtener información sobre proveedores de la red.
  - Analizar abiertamente sus opciones de tratamiento de una manera que sea fácil de comprender. Usted tiene este derecho independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
  - Obtener información sobre sus derechos y responsabilidades.
  - Hacer sugerencias sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de Molina Healthcare.

Sus responsabilidades:

- Mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid cada vez que visite a su proveedor de atención médica y asegurarse de que el consultorio tenga registros de que usted forma parte de Medicaid.
- Confirmar que su proveedor está inscrito en Medicaid. Si el proveedor que hace la receta o le brinda la atención no es un proveedor de Medicaid, Medicaid no pagará por ello. Medicaid no pagará los servicios de un proveedor que no está inscrito en Medicaid.
- Si es posible, averiguar antes de solicitar un tipo de tratamiento nuevo o especial si requiere una aprobación previa de Medicaid de Iowa. Si lo hace y no se recibe la aprobación, usted podría ser responsable del pago.
- Acudir a todas las citas programadas o llamar para cancelar o reprogramar. Es posible que algunos proveedores dejen de atenderlo si falta a una o más citas programadas.
- Compartir información sobre su salud (en la medida de lo posible) con Molina Healthcare y sus proveedores. Haga esto para que reciba la atención adecuada.
- Comprender sus afecciones de salud (en la medida de lo posible). Manténgase activo en las decisiones sobre su atención médica.
- Trabajar con su proveedor para desarrollar las metas del tratamiento. Siga el plan de atención que usted y su proveedor han desarrollado.
- Asegurarse de tomar los medicamentos que le recetó el médico.
- Durante las citas en el consultorio, revisar sus medicamentos para mantener la lista actualizada.
- Hacer preguntas si no comprende sus beneficios.
- Informarle a Molina Healthcare si desea cambiar de proveedor de atención primaria (PCP). Molina Healthcare se asegurará de que el PCP que elija esté en nuestra red y acepte pacientes nuevos.
- Informarle a Molina Healthcare si cambia de nombre, dirección o número de teléfono.
- Solicitar servicios médicos que sean médicamente necesarios. El HHS puede limitar sus servicios si usted utiliza Medicaid para servicios que no son necesarios.
- Informarle a Molina Healthcare si tiene algún cambio que pueda afectar su elegibilidad de Medicaid.
- Informarle a Molina Healthcare y a sus proveedores de cuidado médico si usted o cualquiera de los miembros de su familia tienen otra cobertura de seguro de salud.
- Informarle a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa sobre cualquier cambio en otra cobertura de seguro de salud. Avíseles si finaliza la cobertura, si pierde o recibe una nueva cobertura, o si cambia de compañía de seguro. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al (800) 338-8366.
- Informarle a sus proveedores médicos sobre cualquier otra persona que sea legalmente responsable de pagar sus facturas médicas.

- Tratar su número de Medicaid de la forma en la que trata su número de Seguro Social: no lo preste ni lo venda a nadie.
- Guardar su tarjeta de Medicaid en un lugar seguro, de la misma forma en que protege su dinero o su chequera, fuera de la vista de todos.
- Denunciar si sospecha que alguien está haciendo un mal uso de sus beneficios de Medicaid o que alguien que no es su proveedor solicita su información de Medicaid. Para ello, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al (800) 447-8477, a Servicios para Miembros al (800) 338-8366 o localmente (área de Des Moines) al (515) 256-4606.

Otros seguros y facturas

Si tiene Medicare

Si tiene cobertura de Medicare y Medicaid, su cobertura de Medicare o Medicare HMO es la principal. Su cobertura de Medicaid mediante Molina es secundaria. Medicare cubrirá los servicios de los médicos, hospitales y otros proveedores participantes de la red.

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

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

Asegúrese de mostrar sus tarjetas de identificación de Medicare y Medicaid cada vez que asista a una visita médica. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, llame a Servicios para Miembros de Molina al (844) 236-0894 (TTY: 711).

Ayuda con las primas de seguro proporcionadas por el empleador

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

Para completar una solicitud por teléfono o si tiene preguntas, llame al (888) 346-9562. Si desea solicitar una solicitud en papel, visite www.dhsstate.ia.us/hipp. Las solicitudes pueden enviarse por fax al 515-725-0725 o por correo electrónico a hipp@dhs.state.ia.us.

Beneficios para veteranos

El personal del Departamento de Asuntos de Veteranos de Iowa (IDVA) incluye especialistas en beneficios, acreditados por el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, que se especializan en beneficios federales del Departamento de Asuntos de Veteranos, así como en beneficios estatales. Informan a los veteranos y a los familiares de veteranos sobre los beneficios federales del Departamento de Asuntos de Veteranos que pueden tener derecho a recibir. Estos son pensiones, compensaciones por discapacidad y otros beneficios complementarios. Los especialistas en beneficios también pueden representar a los demandantes con reclamaciones federales y revisar toda la correspondencia relacionada con esas reclamaciones para determinar si una otorgación o denegación fue correcta. Para obtener más información, llame a la oficina del IDVA al (515) 252-4698 o al (800) 838-4692 y pida hablar con un especialista en beneficios.

Quejas y apelaciones

Quejas

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

Una queja es un reclamo, que no es una "determinación adversa de beneficios", sobre la forma en que su proveedor o Molina administraron sus servicios de atención médica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Descortesía de un proveedor o empleado.
- La calidad de la atención recibida o el trato recibido.
- No respetar sus derechos como miembro.
- Está disconforme con el tiempo que se tarda para tomar decisiones de autorización.
- No está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de la apelación.
- Desea solicitar la cancelación de inscripción de Molina Healthcare de Iowa.
- Cualquier otro problema que pueda tener para obtener atención médica.

Cómo presentar una queja

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

- Puede llamar a la línea gratuita de Servicio para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711).
- Puede enviarla por correo a la siguiente dirección:
  P.O. Box 93010
  Des Moines, IA 50393
- Puede enviarla por fax: 1-888-832-1922
- O puede enviarla por correo electrónico a: Iowamemberappealsgrievances@molinahealthcare.com

Qué esperar cuando presenta una queja

No recibirá un trato diferente por presentar una queja. Cuando recibamos su queja, le enviaremos una carta en un plazo de 3 días hábiles para informarle que la recibimos. Le informaremos por escrito nuestra decisión sobre su queja en el transcurso de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que la recibimos. En el caso de que necesitemos tiempo adicional para tomar nuestra decisión, es posible que se solicite una extensión de 14 días calendario. Si se necesita más tiempo, se lo informaremos por teléfono o por escrito en un plazo de 2 días y le explicaremos por qué es conveniente para usted. También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para respaldar su queja.

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

Apelaciones

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

- Denegación total o parcial de un servicio solicitado
- Interrupción de un servicio que ya se había aprobado anteriormente

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

Cómo presentar una apelación

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

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

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

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

Encontrará un formulario de apelación y un formulario de representante autorizado en su carta de denegación y en línea en Molinahealthcare.com. Molina ofrece solo un (1) nivel de apelación para los miembros.

Qué esperar cuando presenta una apelación

No se lo tratará de manera diferente en el caso de presentar una apelación. Recibirá una carta en un plazo de 3 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Se le informará nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario para una apelación estándar. Podemos solicitar una extensión de 14 días calendario si consideramos que es conveniente para usted. Le enviaremos una carta en el plazo de dos (2) días a partir de la fecha en que nos informe la necesidad de la extensión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender su apelación, tiene derecho a presentar una queja.

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

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

Audiencias justas estatales

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

Puede solicitar una audiencia justa estatal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa por escrito, en persona o por teléfono. Si necesita ayuda con su apelación o desea presentarla por teléfono, puede llamar a la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Iowa si se comunica con la sección de apelaciones del HHS al (515) 281-3094.

Para hacerlo por escrito, envíe su solicitud a la siguiente dirección:

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

Servicios continuos durante una apelación o audiencia justa estatal

Molina continuará con sus beneficios si hay una apelación o audiencia justa estatal pendiente, si se cumplen todos estos requisitos:

- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir del aviso de Molina en el que se notifica la denegación de su solicitud de servicio.
- La apelación o la solicitud de audiencia justa estatal está relacionada con la finalización, suspensión o reducción de los servicios que anteriormente estaban autorizados para usted.
- Los servicios fueron solicitados por un médico autorizado de Molina.
- El periodo cubierto por la autorización original no ha finalizado.
- La solicitud de continuación de los beneficios se presenta si cumple uno de estos criterios:
  - dentro del plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en la que le enviamos la determinación adversa de beneficios;
  - antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso.

Si se cumplen los criterios anteriores, sus beneficios deben continuar hasta que se produzca una de las siguientes situaciones:

- Usted solicita interrumpir la apelación o la audiencia justa estatal.
- Usted no solicita una audiencia justa estatal en un plazo de 10 días a partir de la fecha en la que se envió la carta de Molina en la cual se le notifica nuestra decisión.

- La autorización para los servicios vence, o se cumplen los límites de autorización del servicio.
- La decisión de audiencia justa estatal es para denegar su solicitud.

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

Defensor

Programa de defensoría de atención administrada de Iowa

Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir ayuda. Sin embargo, si todavía necesita ayuda y recibe atención a largo plazo en un centro o una exención de servicios a domicilio y comunitarios, se encuentran disponibles servicios de defensoría independiente para ayudarlo con lo siguiente:

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

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

Office of the State Long-Term Care Ombudsman
Attn: Managed Care Ombudsman
Jessie M. Parker Building
510 E 12th Street, Suite 2
Des Moines, IA 50313-9025
Teléfono: 515-725-3333, o línea gratuita: 1-866-236-1430
Fax: 515-725-3313
Correo electrónico: managedcareombudsman@iowa.gov

Si usted es miembro y no recibe los servicios de atención a largo plazo que cubre la defensoría de atención administrada, puede comunicarse con la oficina del defensor del estado de Iowa para recibir asistencia por correo postal, por teléfono, por fax o por correo electrónico:

State of Iowa, Ombudsman Office
Ola Babcock Miller Building
1112 E Grand Avenue
Des Moines, IA 50319
Teléfono: 515-281-3592, o línea gratuita: 1-888-426-6283
Fax: 515-242-6007
Correo electrónico: ombudsman@legis.iowa.gov

Recuperación del patrimonio

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

- Miembros de 55 años o más, independientemente de dónde residan; o
- Miembros menores de 55 años que:
  - Residen en un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o un instituto de salud mental.
  - No se puede esperar razonablemente que le den el alta y regresen a su domicilio.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al (800) 338-8366 o al 515-256-4606 (cuando llame dentro del área de Des Moines) (TTY: 1-800-735-2942), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., o visite el sitio web de Medicaid de Iowa en https://dhs.iowa.gov/ime/members/members-rights-and-responsibilities/estaterecovery o https://dhs.iowa.gov y escriba "estate recovery" (recuperación de patrimonio) en la barra de búsqueda.

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

Hacer un testamento vital

Todos los miembros adultos de Molina tienen derecho a presentar directivas anticipadas. Las directivas anticipadas protegen sus derechos en cuanto a la atención médica y ayudan a planificar con anticipación las decisiones sobre tratamientos en el futuro. Además, informan a las personas sobre lo que usted desea en el caso de que no pueda tomar sus propias decisiones. Su médico puede ayudarlo a analizar estas opciones antes de que tenga una emergencia. Luego, si tiene una emergencia médica y no puede comunicar lo que necesita, sus médicos ya sabrán qué hacer.

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

Un testamento en vida o una declaración. Un testamento en vida le informa a sus proveedores de atención médica y a su familia sobre el tipo de medidas de apoyo vital que desea y que no desea llevar a cabo si padece una enfermedad terminal o una afección irreversible. El testamento en vida no se aplica a menos que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo; hasta entonces, podrá manifestar qué tratamientos desea o no desea. El testamento en vida solo se utiliza cuando usted está cerca del final de su vida, sin esperanza de recuperarse.

Los tratamientos podrían incluir lo siguiente:

- Sondas de alimentación
- Respirador artificial
- Trasplantes
- Tratamientos que lo hagan sentirse cómodo

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

- Solicítele a su proveedor de atención primaria (PCP) que le haga un testamento en vida.
- Complete el formulario usted mismo o llame a Molina para pedir ayuda.
- Lleve o envíe por correo postal el formulario completo a su PCP o especialista. Su PCP o especialista sabrá qué tipo de atención desea recibir.

Un poder legal de atención médica duradero. Este documento designa a alguien a quien se le permite tomar decisiones sobre la atención médica en su lugar cuando no pueda hacerlo usted mismo.

Una orden de "no resucitar" (DNR). Con este documento se le indica a los proveedores de atención médica que no pueden realizar reanimación cardiopulmonar (RCP) si se le detiene el corazón o la respiración. Una orden de DNR está únicamente relacionada con una RCP. No proporciona indicaciones sobre otros tratamientos.

Fraude, despilfarro y abuso

Molina se compromete a prevenir, identificar e informar todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso. Un caso de fraude, despilfarro o abuso supone que cualquier miembro, cualquier proveedor u otra persona está haciendo un mal uso de los recursos del programa Medicaid de Iowa o de Molina.

Fraude:

Se trata del engaño intencional o la tergiversación que realiza una persona con el conocimiento de que este hecho podría resultar en algún beneficio no autorizado para ellos o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude de conformidad con las leyes federales o estatales aplicables (sección 455.2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR]).

Desperdicio:

Se trata del gasto en la atención médica que podemos eliminar sin reducir la calidad de la atención.

Abuso:

Se trata de prácticas que no son coherentes con prácticas sólidas fiscales, comerciales o médicas. Esto conlleva un costo innecesario para el programa de Medicaid o un reembolso por servicios que no son necesarios por motivos médicos o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluye las prácticas de los beneficiarios que producen costos innecesarios para el programa Medicaid (sección 455.2 del título 42 del CFR).

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

- Tomamos seriamente la prevención, la detección y la investigación de fraudes, despilfarro y abusos.
- Cumplimos con las leyes estatales y federales.
- Investigamos todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso. Sin demora, les informamos a las agencias del gobierno cuando sea necesario.
- Tomamos las medidas disciplinarias correspondientes. Esto puede incluir la finalización del empleo, el estado del proveedor o la membresía.

Usted puede denunciar posibles casos de fraude, despilfarro y abuso de forma anónima.

Para informar un posible caso de fraude o abuso de Medicaid, llame a la línea de alerta de Molina Healthcare al (866) 606-3889 o complete un formulario de informe en línea en MolinaHealthcare.alertline.com.

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

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

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

Aviso de prácticas de privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad.

Lea este aviso atentamente. Esta notificación le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI), cuándo tenemos que pedir su aprobación antes de compartirla y cuándo podemos compartirla sin su aprobación. También le informa cuáles son sus derechos de ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y sus ingresos es privada. La ley establece que debemos mantener segura este tipo de información, llamada PHI, para nuestros miembros. Eso significa que si usted es miembro en este momento o si solía serlo, su información estará segura.

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

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

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

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

Podemos usar o compartir su PHI para lo siguiente:

- Darle tratamiento.
- Pagar su atención médica.
- Revisar la calidad de la atención que recibe.
- Informarle sobre sus opciones de atención.
- Poner en práctica nuestro plan médico.
- Compartir la PHI según lo requerido o permitido por la ley.

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para fines no mencionados anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Modificar su PHI.
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertos modos.
- Obtener una lista de ciertas personas o lugares a los que les hemos proporcionado su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina utiliza muchas maneras de proteger la PHI en todo nuestro plan médico. Esto incluye PHI en palabras escritas, palabras orales o en una computadora.

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

- Molina tiene políticas y normas para proteger la PHI.
- Molina limita la cantidad de personas que pueden consultar la PHI. Solo el personal de Molina que tenga una necesidad de saber su PHI puede utilizarla.
- El personal de Molina está capacitado sobre cómo proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe estar de acuerdo por escrito en seguir las normas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Molina asegura la PHI en nuestros ordenadores. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada mediante el uso de *firewalls* y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina por ley?

- Mantener su PHI privada.
- Brindarle información por escrito, como esta, acerca de nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Seguir los términos de nuestro aviso sobre prácticas de privacidad.

¿Qué puede hacer si considera que sus derechos de privacidad no han sido protegidos?

- Llame o escriba a Molina para presentar una queja.
- Realice un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- No haremos nada en su contra. Su acción no cambiaría de ninguna manera su atención.

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

Otros detalles del plan

Nuestro plan y programa de mejora de la calidad

Nos comprometemos a asegurarnos de que usted obtenga la mejor atención posible. Es por eso que ponemos en marcha un plan todos los años para seguir mejorando los siguientes aspectos:

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

Nuestros objetivos son los siguientes:

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

También queremos saber cómo nos estamos desempeñando. Revisamos el último año de servicio para verificar nuestro progreso. Es posible que le enviemos una encuesta de miembros para que podamos recibir sus comentarios.

También podemos enviar encuestas para determinar cuántos miembros reciben los servicios necesarios. Estas encuestas nos indican qué cuidados se necesitan. Una de estas encuestas es la evaluación de consumidores de proveedores y sistemas de atención de la salud (CAHPS).

Esta encuesta hace preguntas sobre cómo usted valora lo siguiente:

- Su atención médica
- Su proveedor de atención primaria (PCP)
- Su plan de salud
- Especialistas que ha visitado
- Exámenes de control
- Qué tan fácil le resulta recibir atención
- Qué tan fácil le resulta recibir atención rápidamente

Conjunto de información y datos de eficacia de la atención médica (HEDIS)

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

- Exámenes anuales
- Atención por diabetes
- Mamografías (radiografías de las mamas)

- Gestión de medicamentos
- Pruebas de Papanicoláu
- Cuidado prenatal
- Cuidado posparto
- Vacunas (antigripal y para niños y adolescentes)

Nos preocupamos por su salud. Queremos que nos ayude a cuidar mejor de usted y de su familia. Para hacerlo, hacemos lo siguiente:

- Le recordamos que debe hacerse exámenes de control y recibir vacunas.
- Le enseñamos sobre los problemas de salud crónicos que podría tener.
- Nos aseguramos de que reciba atención prenatal y posparto si está embarazada.
- Le recordamos que debe hacerse las pruebas de Papanicoláu y las mamografías, de ser necesario.
- Abordamos cualquier reclamo que tenga.
- Lo ayudamos para encontrar y utilizar la información en nuestro sitio web.
- Lo mantenemos informado sobre los servicios especiales que ofrecemos.

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

Pautas para mantenerse saludable

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

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

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

Compartimos pautas para ayudarlo a aprender sobre formas de mantenerse saludable y sobre afecciones de salud, como la diabetes, la COPD y la depresión. Visite MolinaHealthcare.com/ia para obtener más información. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al (844) 236-0894 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m.

Cómo darse de baja de Molina Healthcare de Iowa

Tiene derecho a solicitar darse de baja de Molina Healthcare de Iowa. Cada solicitud es sin motivo o con motivo justificado. Puede solicitar darse de baja sin motivo en los siguientes momentos:

- 90 días después de su inscripción inicial en Molina Healthcare de Iowa o 90 días después de la fecha en que recibe el aviso de inscripción enviado por el estado de Iowa, lo que suceda más tarde.
- Una vez cada 12 meses a partir de entonces.
- Se lo inscribe automáticamente si ha sufrido una pérdida temporal de la inscripción en Medicaid que le ha hecho perder la oportunidad anual de darse de baja.
- Si el estado de Iowa notifica a Molina Healthcare de Iowa acerca de un incumplimiento que da lugar a una suspensión de la nueva inscripción.

La solicitud de baja por motivos justificados puede presentarse en cualquier momento. Para que una solicitud de baja se considere justificada, debe cumplir al menos uno de los siguientes requisitos:

- Se muda fuera del área de servicio de MCO.
- Molina Healthcare de Iowa no cubre un servicio que usted necesita por objeciones morales o religiosas.
- Necesita servicios donde no hay un proveedor en la red de proveedores de Molina Healthcare de Iowa o está sujeto a un riesgo innecesario al utilizar otro proveedor.
- Si es miembro que usa servicios y apoyo administrados a largo plazo (MLTSS), tiene que cambiar de proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral, ya que ese proveedor no está incluido en la red de proveedores de Molina Healthcare de Iowa, lo que podría provocarle una interrupción en su residencia o su empleo.
- Recibe atención de mala calidad, no tiene acceso a los servicios cubiertos que necesita o no tiene acceso a proveedores con experiencia en atender sus necesidades asistenciales.

Debe presentar una queja (consulte la sección de quejas de este manual para obtener más instrucciones sobre cómo presentar una queja) ante Molina Healthcare de Iowa antes de que el estado de Iowa le permita solicitar la baja por un motivo justificado. Si Molina Healthcare de Iowa toma una decisión y usted no está de acuerdo, puede comunicarse con el estado de Iowa y solicitar la baja. El estado tomará la determinación final.

Glosario de términos

Determinación adversa de beneficios: la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, los requisitos de necesidad médica, la idoneidad, el entorno o la eficacia de una prestación cubierta.

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

Las acciones de Molina que un miembro puede optar por apelar incluyen las siguientes:

- Denegación o limitación de un servicio.
- Reducción o finalización de un servicio autorizado.
- Denegación total o parcial del pago de un servicio.
- Falta de prestación de servicios de manera oportuna.
- Falta de actuación de Molina en los plazos requeridos.
- Para un residente de una zona rural con una sola MCO, denegación de servicios fuera de la red.
- Los miembros pueden presentar una apelación directamente ante Molina. Si el miembro no está conforme con el resultado de la apelación, puede presentar una apelación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) o puede solicitar una audiencia justa estatal.

Administración de la atención: administración que lo ayuda a controlar sus necesidades de atención médica complejas. También puede incluir la ayuda para obtener otros servicios sociales.

Afección crónica: afección de salud persistente o una con efectos duraderos. El término *crónico* se aplica a menudo cuando la enfermedad dura más de tres meses.

Residencias médicas para afecciones crónicas: equipo de personas que brinda atención coordinada a adultos y niños con dos afecciones crónicas. Una residencia médica para afecciones crónicas puede brindar atención a los miembros que tienen una afección crónica si están en riesgo de padecer una segunda.

Participación del cliente: monto que un miembro de Medicaid paga por los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), como el hogar de ancianos o el apoyo en el hogar.

Administración de casos basada en la comunidad (CBCM): administración que ayuda a los miembros que reciben servicios y apoyo a largo plazo a administrar necesidades de atención médica complejas. Incluye la planificación, facilitación y defensa para satisfacer las necesidades del miembro. Promueve la atención de buena calidad y los resultados rentables. Los administradores de casos comunitarios se aseguran de que se lleve a cabo el plan de atención del miembro. Hacen actualizaciones en el plan de atención según sea necesario.

Asistencia dirigida al consumidor (CDAC): asistencia que ayuda a las personas a hacer las cosas que normalmente harían por sí mismas si pudieran.

Los servicios de CDAC son los siguientes:

- Bañarse
- Hacer las compras
- Administrar los medicamentos
- Hacer tareas domésticas

Copago: parte del costo que le corresponde pagar a usted por algunos servicios médicos. Si hay un copago, se lo pagará al proveedor. El proveedor le dirá cuánto es.

Equipo médico duradero (DME): equipo médico reutilizable para su uso en el hogar. Es alquilado o es propiedad del miembro y lo solicita un proveedor.

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

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

Los siguientes son ejemplos de emergencias:

- Accidente grave
- Accidente cerebrovascular
- Falta de aire grave
- Envenenamiento
- Sangrado intenso
- Infarto
- Quemaduras graves

Transporte médico de emergencia: servicio de transporte que brinda atención de estabilización y transporte al centro de emergencia más cercano.

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

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

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

Motivo justificado: motivo que le permite solicitar cambiar de MCO durante los 12 meses de inscripción cerrada. Para solicitar este cambio, que se denomina dar de baja su inscripción, se requiere un motivo justificado.

Algunos ejemplos de motivos justificativos para dar de baja su inscripción son los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio de MCO.
- Su proveedor no está en la red de la MCO.
- Necesita servicios relacionados que se presten al mismo tiempo. No todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de su MCO. Su proveedor de atención primaria u otro proveedor determinó que recibir los servicios por separado lo sometería a un riesgo innecesario.
- Falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica.
- Su proveedor se ha dado de baja o ya no participa en su MCO.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato.
- Mala calidad de la atención brindada por su MCO.
- El plan de la MCO no cubre los servicios que necesita por objeciones morales o religiosas.
- Usted utiliza servicios de apoyo a largo plazo y sufriría una alteración en su lugar de residencia o en su empleo por tener que cambiar de proveedor, ya que este queda fuera de la red de MCO.

Queja: tiene derecho a presentar una queja ante Molina. Una queja es una expresión de disconformidad sobre cualquier hecho que no sea una decisión. Usted, su representante o un proveedor que actúe en su nombre y tenga su consentimiento por escrito pueden presentar una queja. La queja debe presentarse en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que se produjo el hecho.

Algunos ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes:

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

Servicios de recuperación de las habilidades: servicios a domicilio y comunitarios para miembros con enfermedades mentales crónicas.

Coordinador de la atención médica: persona que ayuda a controlar la salud de los miembros con afecciones médicas crónicas.

Seguro de salud: tipo de cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos del asegurado.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): breve encuesta con preguntas sobre su salud.

Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS): servicios que brindan apoyo para mantener a los miembros que reciben servicios y apoyo a largo plazo en sus hogares y comunidades.

Atención médica a domicilio: programa que brinda servicios en el hogar. Estos servicios incluyen visitas de enfermería, auxiliares de atención médica a domicilio y terapeutas.

Servicios de cuidados paliativos: cuidados diseñados para dar apoyo a las personas en la fase final de una enfermedad terminal y centrados en la comodidad y la calidad de vida, más que en la cura.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (u hospitalización): atención en un hospital que requiere un ingreso como paciente internado. Esto suele requerir una estadía de una noche. Los motivos pueden incluir una enfermedad grave, una cirugía o tener un bebé. (Una hospitalización de una noche para observación podría considerarse atención ambulatoria).

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: servicios hospitalarios que un miembro recibe sin ser ingresado como paciente internado. Estos pueden incluir los siguientes:

- Servicios de emergencia
- Servicios de observación
- Cirugía ambulatoria
- Análisis de laboratorio
- Radiografías

Residencias médicas integradas: equipo que trabaja conjuntamente para ofrecer una atención integral, coordinada y centrada en el paciente. La residencia médica integrada está destinada a adultos con una enfermedad mental grave (SMI) y a niños con un trastorno emocional grave (SED).

Nivel de atención: los miembros que solicitan exención de servicios a domicilio y comunitarios o atención en centros deben cumplir con los criterios de nivel de atención. Estos deben ser coherentes con las personas que viven en un centro de atención, como un centro de enfermería. El nivel de atención se determina a partir de una evaluación aprobada por el DHS.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): servicios y apoyo que ayudan a los miembros de Medicaid a mantener la calidad de vida y la independencia. Los LTSS se brindan en el hogar o en un centro de ser necesario.

Servicios de atención a largo plazo:

- Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS)
- 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 el tratamiento de una afección médica. Deben cumplir con los estándares de buenas prácticas médicas.

Red: Molina tiene una red de proveedores en todo Iowa que pueden proporcionarle atención. No es necesario que nos llame antes de visitar a uno de estos proveedores. Antes de recibir servicios de sus proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Molina para asegurarse de que estén en nuestra red. Es posible que en ocasiones necesite obtener servicios fuera de nuestra red. Si un servicio necesario y cubierto no está disponible dentro de la red, puede estar cubierto fuera de la red sin que suponga un costo mayor para usted que si se prestara dentro de la red.

Proveedor no participante: proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestarle servicios. Antes de recibir servicios de sus proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Molina.

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

Proveedor participante: proveedor que tiene un contrato con Molina para prestarle servicios.

Plan centrado en la persona: plan individual escrito en función de sus necesidades, metas y preferencias. Esto también se conoce como *plan de atención*, p*lan de servicio individual* (ISP) o *plan de educación individual* (IEP).

Servicios médicos: servicios necesarios prestados por médicos, asistentes médicos y enfermeros profesionales, que deben tener licencia para ejercer.

Plan: Molina es su plan de salud o plan que paga y coordina sus servicios de atención médica.

Prima: monto que usted paga por su seguro de salud todos los meses. La mayoría de los miembros de IA Health Link no tienen la obligación de pagar una prima. Algunos miembros del Plan Health and Wellness de Iowa y algunos miembros de Hawki deben pagar las primas mensuales en función de sus ingresos.

Cobertura de medicamentos recetados: Molina brinda cobertura de medicamentos recetados a través del pago de sus medicamentos recetados.

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

Servicios preprofesionales: servicios que permiten a los miembros adquirir las competencias necesarias para conseguir un empleo remunerado.

Médico de atención primaria: médico que proporciona o coordina directamente sus servicios de atención médica. Un médico de atención primaria es el principal proveedor al que acudirá para que le hagan un control de seguimiento, si tiene problemas de salud, o si necesita exámenes médicos y derivaciones a especialistas.

Proveedor de atención primaria (PCP): médico, auxiliar médico o enfermero avanzado que brinda o coordina directamente sus servicios de atención médica. Un PCP es el principal proveedor al que acudirá para que le hagan un control de seguimiento, si tiene problemas de salud o si necesita exámenes médicos y derivaciones a especialistas.

Autorización previa (o preautorización): algunos servicios o medicamentos recetados requieren la aprobación de Molina para que estén cubiertos. Esto debe hacerse antes de recibir ese servicio o surtir esa receta.

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

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios y dispositivos que lo ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades para la vida diaria después de haber estado enfermo, lesionado o incapacitado. Esto puede incluir fisioterapia y terapia ocupacional, fonoaudiología y rehabilitación psiquiátrica.

Plan de servicio: plan de servicios para miembros de servicios a domicilio y comunitarios (HCBS). Su plan de servicio se basa en sus necesidades y metas. Es creado por usted y su equipo interdisciplinario para cumplir con los criterios de exención de los HCBS.

Atención de enfermería especializada: los centros de enfermería brindan atención las 24 horas 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 por motivos médicos y financieros. Si sus necesidades de atención requieren que el personal de enfermería autorizado esté disponible en el centro las 24 horas del día para proporcionarle atención directa o tomar decisiones relativas a su atención, se le asigna un nivel de atención especializada.

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

Especialista: profesional de la atención médica que está muy capacitado para tratar ciertas afecciones.

Empleo con apoyo: apoyo laboral continuado para las personas con discapacidades. Se trata de ayudar a las personas a conservar un empleo con un salario igual o superior al mínimo.

Atención de urgencias leves: atención cuando usted no se encuentra en una situación que ponga en peligro su vida o de incapacidad permanente, y tiene tiempo para llamar a su MCO o proveedor. Si tiene una situación de atención de urgencias leves, debe llamar a su proveedor o al MCO para obtener instrucciones.

Los siguientes son algunos ejemplos de atención de urgencias leves:

- Fiebre
- Dolor de oídos
- Infección de las vías respiratorias superiores
- Dolor estomacal
- Dolor de garganta
- Cortes menores y desgarros

Molina Healthcare de Iowa

HB0523MDIASPBA01