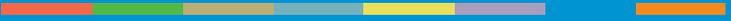




Manual del miembro



Iowa

IA Health Link • Hawki
Health and Wellness Plan

myamerigroup.com/ia



Manual del miembro

Iowa

IA Health Link • Hawki • Iowa Health and Wellness Plan

Servicios para Miembros • 800-600-4441

myamerigroup.com/IA

Amerigroup Iowa, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por ninguno de estos motivos:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

Esto significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos de manera diferente por ninguno de los motivos anteriores.

Es importante que podamos comunicarnos con usted

Ofrecemos los siguientes servicios sin costo alguno para las personas que tienen alguna discapacidad o hablan un idioma distinto al inglés:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Materiales escritos en formato electrónico, letra grande, audio y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados y materiales escritos en su idioma

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación. O bien, puede llamar a nuestro coordinador de quejas al 800-600-4441 (TTY 711).

Sus derechos

¿Considera que usted no recibió estos servicios o que lo discriminamos por los motivos indicados anteriormente? De ser así, puede presentar una queja (reclamo). Puede hacerlo por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono:

Grievance Coordinator	Teléfono:	800-600-4441 (TTY 711)
4800 Westown Parkway, Regency Building 3	Fax:	844-400-3465
West Des Moines, IA 50266	Correo electrónico:	iga@amerigroup.com

¿Necesita ayuda con la presentación? Llame a nuestro Coordinador de quejas al número indicado arriba. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.:

- **En Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Ave., SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Do you need help with your health care, talking with us or reading what we send you? We provide our materials in other languages and formats at no cost to you. Call us toll free at **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. Llámenos a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)**.

您需要醫療保健的幫助嗎？請向我們諮詢，或是閱讀我們寄給您的資料。我們以其他語言和格式提供我們的資料，您無需支付任何費用。請撥打免費電話**800-600-4441 (TTY 711)**。

Quý vị có cần chúng tôi giúp với việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, trao đổi với chúng tôi, hoặc đọc những tài liệu chúng tôi gửi cho quý vị hay không? Chúng tôi cung cấp các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí **800-600-4441 (TTY 711)**.

Da li vam je potrebna pomoć u zdravstvenoj zaštiti, pri razgovoru sa nama ili čitanju onoga što vam šaljemo? Nudimo naše materijale na drugim jezicima i u drugim oblicima bez ikakvih troškova za vas. Pozovite nas na besplatni telefon **800-600-4441 (TTY 711)**.

Benötigen Sie Hilfe bei Ihrer medizinischen Versorgung, der Kommunikation mit uns oder beim Lesen unserer Unterlagen? Unsere Materialien sind auf Anfrage auch in anderen Sprachen und Formaten kostenlos erhältlich. Rufen Sie uns gebührenfrei an unter **800-600-4441 (TTY 711)**.

هل تحتاج إلى مساعدة في رعايتك الصحية أو في التحدث معنا أو قراءة ما نقوم بإرساله إليك؟ نحن نقدم المواد الخاصة بنا بلغات وتنسيقات أخرى بدون تكلفة عليك. اتصل بنا على الرقم المجاني **800-600-4441 (TTY 711)**.

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລົມກັບພວກເຮົາ ຫຼື ອ່ານສິ່ງທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານບໍ່? ພວກເຮົາສະໜອງເອກະສານຂອງພວກເຮົາໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນ ແລະ ຢູ່ໃນຜິວແມັດຕ່າງໆໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ຟຣີທີ່ເບີ **800-600-4441 (TTY 711)**.

의료 서비스, 당사와의 소통 또는 당사에서 보내는 자료 읽기와 관련해 도움이 필요하십니까?
무료로 자료를 다른 언어나 형식으로 제공해 드립니다. 무료 전화
800-600-4441 (TTY 711).

क्या अपनी स्वास्थ्य देखभाल के बारे में, हमसे बात करने के लिए या हमारे द्वारा भेजी गई सामग्री पढ़ने के लिए आपको सहायता चाहिए? हम आपको अपनी सामग्री अन्य भाषाओं और फॉर्मेट में बिना किसी शुल्क के उपलब्ध कराते हैं। हमें टोल फ्री नंबर **800-600-4441 (TTY 711).**

Vous avez besoin d'aide pour vos soins médicaux, pour communiquer avec nous ou pour lire les documents que nous vous envoyons ? Nous fournissons nos publications dans d'autres langues et sous d'autres formats, et c'est gratuit. Appelez-nous sans frais au **800-600-4441 (TTY 711).**

Brauchscht du Hilfe mit dei Health Care, schwetze mit uns odder lese fer was mir zu dir schicke? Mir gewwe unsere Materials in annere Schprooche un Formats mitaus Koscht du dir. Ruff uns mitaus Koscht um **800-600-4441 (TTY 711)** uff.

คุณต้องการความช่วยเหลือในการดูแลทางด้านสุขภาพของคุณ การพูดคุยกับเรา
หรือการอ่านสิ่งที่เราส่งให้คุณหรือไม่ เรามีคู่มือของเราในภาษาและรูปแบบอื่นๆ
ให้กับคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โทรหาเราได้ฟรี **800-600-4441 (TTY 711).**

Kailangan ninyo ba ng tulong sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa amin, o pagbasa kung ano ang ipinapadala namin sa inyo? Nagbibigay kami ng aming mga materyal sa ibang mga wika at anyo na wala kayong gagastusin. Tawagan kami nang walang bayad sa **800-600-4441 (TTY 711).**

နလိပ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤလၢနတၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အဂ့ၢ်, တၢ်ကတိၤတၢ်ပိၣ်သကိးတၢ်ဒီးပုၤ မ့တမ့ၢ် တၢ်ဖးတၢ်သ့ၣ်တဖၣ်လၢပဆူၢ်နၤစါ. ပအိၣ်ဒီးတၢ်ရဲၣ်ကျဲၤဟ့ၣ်လီၤပတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤတဖၣ်လၢကျိၣ်ဒီးကွီၣ်ဒိအဂၤတဖၣ်လၢတဘျီလၢတဖၣ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ကိးလိၣ်တဲၣ်ဆူၣ်အိၣ်ဒီးလိၣ်တဲၣ်ကျိၤလၢတလၢတဖၣ်လၢ **800-600-4441 (TTY 711)** တက့ၢ်.

Вам нужна помощь с медицинским обслуживанием, консультацией или материалами, которые мы вам прислали? Мы можем бесплатно предоставить вам материалы на других языках и в других форматах. Позвоните в нам по бесплатному телефону **800-600-4441 (TTY 711).**

Si usted es sordo, tiene dificultades auditivas, es sordociego o presenta dificultades para hablar, llame al 711 para obtener asistencia por teléfono.

Llame al 711, (teléfono de texto para personas con problemas de audición, del habla y ceguera) si necesita asistencia por teléfono.

MANUAL DEL MIEMBRO

3	Le damos la bienvenida
3	Información de contacto importante
3	Sus tarjetas de identificación
7	Accesibilidad
8	Elegibilidad
8	Si se muda
8	Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki
8	Renovación y cambios en la cobertura
10	IA Health link
11	IOWA Health and wellness plan
13	Hawki
14	Beneficios y servicios cubiertos
14	Beneficios médicos
25	Beneficios de la vista
25	Beneficios de transporte
26	Beneficios dentales
28	Visitas al médico
28	Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)
31	Visitas a su PCP
36	Especialistas
37	Farmacia
37	Medicamentos recetados
39	Medicamentos de venta libre (OTC)
40	Atención urgente y de emergencia
40	Emergencias
40	Atención de urgencia
41	Servicios hospitalarios
41	Atención de rutina
43	Costos para el miembro
43	Copagos
44	Responsabilidad del miembro/participación del cliente
45	Servicios de valor agregado
57	Cuidado de bienestar
57	Cuidado de bienestar para adultos
59	Cuidado de bienestar para niños
63	Cuidado para miembros embarazadas
67	Manejo de casos

69	Salud del comportamiento
73	Servicios y apoyo a largo plazo
75	Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)
80	Opción de elecciones del consumidor
83	Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
85	Programa de Salud en el hogar
87	Sus derechos y obligaciones
93	Otros seguros y facturas
93	Si tiene Medicare
94	Quejas y apelaciones
99	Defensor
100	Recuperación de patrimonio
101	Cómo hacer un testamento vital
103	Fraude, desperdicio y abuso
106	Aviso de prácticas de privacidad
111	Otros detalles del plan
119	Glosario de términos
129	Anexo

LE DAMOS LA BIENVENIDA

LE DAMOS LA BIENVENIDA

Un aviso especial de Amerigroup Iowa, Inc.

Le damos la bienvenida a Amerigroup Iowa, Inc. Gracias por elegirnos. Como su organización de atención administrada (MCO), esperamos proporcionarle beneficios y servicios de atención de la salud de calidad. Este Manual del miembro lo ayudará a entender cómo trabajar con nosotros y cómo obtener atención de la salud para usted o para su familia cuando la necesite.

Recibirá su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup en una correspondencia aparte. Revise su tarjeta de identificación tan pronto como la reciba. Si alguna información no es correcta, llámenos al 800-600-4441 (TTY 711). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con la información correcta.

Cuando se una a nuestro plan, le pediremos que complete una evaluación de riesgos de la salud para ayudarnos a conocer más sobre su salud y a coordinar su cuidado de manera que satisfaga sus necesidades individuales. Es sencillo hacerlo y solo lleva unos minutos. Su información seguirá siendo privada. Para completarlo debe:

- Llenar y devolver la copia impresa que reciba por correo, en el sobre con franqueo prepago que incluye la dirección del remitente o
- Iniciar sesión y completar la evaluación de riesgos de la salud en línea en myamerigroup.com/IA

Según sus respuestas, es posible que reúna los requisitos para el manejo de casos.

Este servicio se le brinda sin costo alguno. Conozca más sobre el manejo de casos en la sección **Manejo de casos** de este documento.

Puede recibir dinero de Healthy Rewards por completar la evaluación médica.

Consulte la sección **Servicios de valor agregado** de este documento para conocer más sobre Healthy Rewards.

Gracias nuevamente por ser miembro de Amerigroup.

Información de contacto importante

Servicios para Miembros de Amerigroup

800-600-4441

Horario de atención:

- de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, excepto por los días feriados.
- Si llama después de las 6 p.m., deje un mensaje de voz y un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden responder a sus preguntas sobre cómo obtener una nueva tarjeta de identificación y encontrar un nuevo proveedor de atención primaria (PCP), entre otras.

Herramientas en línea disponibles las 24 horas, los siete días de la semana

Regístrese en línea, en myamerigroup.com/IA para realizar lo siguiente:

- Cambiar de PCP.
- Enviarnos un mensaje seguro.
- Imprimir su tarjeta de identificación.
- Informarnos cómo prefiere recibir información sobre su plan médico; es decir, por correo o de forma electrónica.

Sin iniciar sesión, usted puede hacer lo siguiente:

- Ver el directorio de proveedores más reciente y buscar un PCP en nuestro plan.
- Encontrar consejos útiles para conservar la salud.

También puede enviarnos un correo electrónico o enviar una carta a Servicios para Miembros con preguntas o inquietudes a:

- Correo electrónico: mpsweb@amerigroup.com
- Correo:
Amerigroup Iowa, Inc.
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466-2509

Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas

866-864-2545 (TTY 711)

Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas brinda asistencia las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año. El personal de enfermería puede realizar lo siguiente:

- Ayudarlo a concertar una cita con un médico por un asunto médico urgente.
- Responder a sus preguntas de salud.
- Aconsejarle sobre cuán pronto debe obtener atención médica y cómo cuidarse antes de acudir al médico.

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT): Access2Care

Para hacer reservas, llame al 844-544-1389.

Para pedir información sobre su traslado, llame a la línea Where's My Ride al 844-544-1390.

Llame a estos números para concertar el transporte hacia un servicio cubierto de IA Health Link o para saber cómo recibir un reembolso por las millas, las comidas o el alojamiento para acudir a una cita médica. Se aplican algunos límites.

Atención de la vista: Superior Vision

Para obtener información sobre los servicios de la vista, llame al 800-879-6901.

Información de contacto estatal

Servicios para Miembros de Iowa Medicaid Enterprise (IME)

800-338-8366

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

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

También puede enviar un correo electrónico a los Servicios para Miembros de IME 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 e inscripciones 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 a.m. a 5 p.m.

Centro de contacto del Iowa Department of Human Services (DHS)

855-889-7985

Llame a este número si todavía no conoce Medicaid y tiene dudas sobre su solicitud.

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

Centro de Atención al Cliente del Mantenimiento de Ingresos del Iowa Department of Human Services (DHS)

Centro de servicios

877-347-5678

Llame a este número para informar cambios respecto de su elegibilidad continua para Medicaid, como por ejemplo, cuando comienza o finaliza un empleo.

Encuentre su oficina local del DHS: https://dhs.iowa.gov/dhs_office_locator

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

Sus tarjetas de identificación

Si es un miembro nuevo, su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup se envía por correo de forma separada de su paquete de nuevo miembro. También recibirá una tarjeta de Iowa Medicaid. Si está inscrito en Medicare, también le corresponde una tarjeta de identificación del programa de Medicare. Es importante llevar con usted sus tarjetas de identificación en todo momento. Necesitará mostrarlas cada vez que obtenga cuidado médico o surta medicamentos recetados en una farmacia.

La tarjeta de identificación de Amerigroup les indica a los proveedores y hospitales lo siguiente:

- Que usted es miembro de nuestro plan médico.
- Que pagaremos por los beneficios cubiertos médicamente necesarios que se indican en la sección **Beneficios y servicios cubiertos**.

Su tarjeta de identificación de Amerigroup incluye esta información:

- El nombre y número de teléfono de su PCP (en caso de no estar inscrito en Medicare).
- Su número de identificación de Medicaid o Hawki.
- La fecha en que se convirtió en miembro de Amerigroup.
- Su fecha de nacimiento.
- Su número de identificación de Amerigroup.
- Números de teléfono que debe conocer, tales como:
 - Nuestro departamento de Servicios para Miembros.
 - Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas.
 - Cómo obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención de la vista de la red.
- Qué debe hacer si tiene una emergencia.

¿Necesita su tarjeta de identificación de Amerigroup de inmediato, pero no la tiene con usted?

Le ofrecemos tarjetas de identificación imprimibles, simplemente debe iniciar sesión en nuestro sitio web seguro. También puede descargar nuestra aplicación gratuita para dispositivos móviles de Amerigroup en su teléfono inteligente o tableta. A través de ella, podrá realizar lo siguiente:

- Ver su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup.
- Ver las tarjetas de identificación del miembro de Amerigroup de los miembros de la familia que vivan con usted.
- Enviar su tarjeta por correo electrónico o fax a su médico, a usted o a otra persona.

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de Amerigroup, llámenos de inmediato al 800-600-4441 (TTY 711). Le enviaremos una nueva.

ACCESIBILIDAD

ACCESIBILIDAD

Queremos asegurarnos de que comprenda sus beneficios. Si tiene problemas para leer lo que le enviamos o para comunicarse con nosotros, podemos ayudarle.

Para obtener una versión en letra grande, en braille o en un CD de audio de este manual, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Se lo enviaremos por correo postal sin costo.

En el caso de los miembros que no hablen inglés, podemos ofrecer ayuda en diversos idiomas. Llame a Servicios para Miembros para obtener cualquiera de estos servicios sin costo:

- Servicios de intérpretes por teléfono
- Intérpretes durante sus citas médicas, con una anticipación de 24 horas
- Este manual del miembro o cualquier otro material escrito en su idioma preferido

Para miembros sordos o con problemas de audición:

- Llame al 711 usando un servicio de retransmisión TTY.
- Coordinaremos y pagaremos para que una persona que conozca el lenguaje de señas lo ayude durante sus visitas al médico, con 24 horas de anticipación.

ELEGIBILIDAD

ELEGIBILIDAD

Si se muda

Llame para informar su nueva dirección al:

- Centro de Atención al Cliente del Mantenimiento de Ingresos del Department of Human Services (DHS-IMCSC) al 877-347-5678, o al
- Servicio de Atención al Cliente de Hawki al 800-257-8563 (TDD 515-457-8051 o 888-422-2319)

Primero debe actualizar su dirección con DHS a uno de los números de teléfono mencionados anteriormente. A continuación, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup para comunicarnos su mudanza.

Seguirá obteniendo servicios médicos antes y después de mudarse.

Si ya no es elegible para Medicaid o Hawki

Si ya no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid o Hawki, se cancelará su inscripción en Amerigroup. Si no es elegible para Medicaid durante dos meses o menos y, luego, vuelve a serlo, se lo volverá a inscribir en Amerigroup. De ser posible, le daremos el mismo proveedor de atención primaria (PCP) que tenía cuando estuvo inscrito anteriormente en Amerigroup.

Renovación y cambios en la cobertura

¡Conserve su cobertura médica! Renueve los beneficios de IA Health Link o Hawki de su familia cada año con estos simples pasos.

Paso 1: Revise su correo

Recibirá un formulario de renovación del Iowa Department of Human Services (DHS).

- Busque el formulario hasta 45 días antes de que finalice su cobertura.
- ¿Se mudó? Asegúrese de que el DHS tenga su dirección actual. Si ha cambiado su domicilio, llame al 877-347-5678.

Paso 2: Complete el formulario de renovación

Complete el formulario de renovación cuando lo reciba.

- Complete toda la información en cada página.
- Asegúrese de firmar en la página de la firma.

Paso 3: Envíe el formulario de renovación

Cuando lo haya completado, envíe el formulario nuevamente al DHS 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 o puede enviarlo a cualquiera de las oficinas del DHS.

¡Ya casi ha terminado! Esté atento a recibir información sobre los próximos pasos del DHS.

- Si el DHS necesita más información, usted recibirá una carta donde le indicarán lo que necesitan.
- Si el DHS ya tiene toda la información necesaria, usted recibirá un aviso de acción (NOA) donde se le indicará si cambiará su cobertura.

¿No está seguro de lo que debe hacer? Podemos ayudar. Llame a la línea gratuita 877-269-5707 (TTY 711) de Amerigroup para comunicarse con un especialista en retención o llame al Centro de Atención del DHS al 855-889-7985.

Cambio en los beneficios

En ocasiones, es posible que Amerigroup deba cambiar la forma en que trabaja, sus servicios cubiertos o su red de proveedores y hospitales. El Iowa Department of Human Services también puede cambiar los servicios cubiertos que coordinamos para usted. Si esto sucede, le enviaremos una carta para informarle acerca de los cambios en sus beneficio del plan.

Notificación de cambio significativo acerca de su PCP

El consultorio de su PCP podría trasladarse, cerrar o salir de nuestro plan. Si esto sucede, le notificaremos sobre el cambio en un plazo de 15 días. Podemos ayudarle a escoger un nuevo PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de cinco días hábiles después de que escoja un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

IA HEALTH LINK

IA HEALTH LINK

La mayoría de los miembros que reciben cobertura médica de Iowa Medicaid están inscritos en el programa de cuidado administrado de IA Health Link. Una Organización de cuidado administrado, o MCO, es un plan de salud que coordina su cuidado. Amerigroup Iowa, Inc. es su MCO. Los beneficios que recibe de Amerigroup dependen del tipo de cobertura de Medicaid que tenga. Para conocer más sobre los beneficios y servicios que podría obtener, consulte la sección **Beneficios y servicios cubiertos** de este documento.

IOWA HEALTH AND WELLNESS PLAN

IOWA HEALTH AND WELLNESS PLAN

El Iowa Health and Wellness Plan proporciona cobertura médica a 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 del hogar. Para conocer más sobre los beneficios y servicios que podría obtener, consulte la sección **Beneficios y servicios cubiertos** de este documento.

Healthy Behaviors para miembros de Iowa Health and Wellness Plan

Los miembros del Iowa Health and Wellness Plan pueden recibir atención de la salud gratuita* si completan lo que se conoce como Healthy Behaviors. Para participar en el programa Healthy Behaviors y evitar pagos mensuales después del primer año, cada año los miembros del Iowa Health and Wellness Plan deben:

1. **Realizarse un examen de control O un examen dental**
- Y
2. **Completar una evaluación de riesgos de la salud**

Aportes mensuales

- Los miembros recibirán cobertura médica gratuita* con el Iowa Health and Wellness Plan durante el primer año de elegibilidad.
- Los miembros deberán completar sus Healthy Behaviors durante el primer año y cada año a partir de ahí, para continuar recibiendo servicios de salud sin cargo durante el año siguiente.
- Es posible que se requiera un pequeño aporte mensual por parte de aquellos miembros que no completen sus Healthy Behaviors cada año, y dicho aporte dependerá de los ingresos familiares.
- Los aportes mensuales son de \$5 o \$10, según los ingresos familiares del miembro.
- Es posible que a aquellos miembros que no completen sus Healthy Behaviors y no paguen su factura mensual luego de 90 días se les cancele su inscripción al Iowa Health and Wellness Plan, según sus ingresos familiares.

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

Examen de control

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

Examen dental

En un examen dental, su dentista revisará su salud dental. Podría realizarse una limpieza o rayos-X básicos.

Evaluación de riesgos de la salud (HRA)

Además de su examen de control O examen dental, usted también debe completar una Evaluación de riesgos de la salud. Dedique entre 15 a 40 minutos a completar una encuesta sobre su salud y su experiencia con los servicios de salud.

Para completar su HRA, comuníquese con Servicios para Miembros de Amerigroup: 800-600-4441 (TTY 711)

Dificultad económica

Si no puede pagar su aporte, puede marcar el recuadro de dificultad en el estado mensual de su cuenta y enviar el cupón de pago O llamar a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid Enterprise (IME) al 800-338-8366. Importante:

La declaración de dificultad económica aplicará al saldo pendiente del mes en curso únicamente. Seguirá siendo responsable de los montos pendientes de los meses anteriores. También será responsable por los saldos pendientes en meses futuros a menos que declare dificultad en aquellos meses. Cualquier pago que supere los 90 días de retraso estará sujeto a recuperación y, según su ingreso, se podría cancelar su inscripción.

Aviso: Los miembros del Dental Wellness Plan también deben completar el programa “Healthy Behaviors” para obtener la cobertura dental. Encuentre más información en la sección “Beneficio dental” de este manual.

Hawki

Hawki

El programa Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki) ofrece seguro médico para niños que no tienen otra cobertura de salud. Los miembros deben ser menores de 19 años de edad. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares. Ninguna familia paga más de \$40 por mes. Algunas familias no pagan nada. Para conocer más sobre los beneficios y servicios que podría obtener, consulte la sección **Beneficios y servicios cubiertos** de este documento.

BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS

BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS

Beneficios médicos

A continuación, se proporciona un resumen de los servicios y beneficios médicos que puede recibir. Consulte el cuadro en función de si está inscrito en IA Health Link, Iowa Health and Wellness Plan o Hawki. Su proveedor de atención primaria (PCP) hará lo siguiente:

- Brindarle el cuidado que necesita, o
- Referirlo a un proveedor que pueda brindárselo

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
SERVICIOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD 1915(C)*	✓ Deben cumplir con el nivel de cuidado para la exención específica		
SERVICIOS DE HABILITACIÓN 1915(I)*	✓ Deben cumplir los criterios de elegibilidad basado en las necesidades, con un ingreso menor al 150% del nivel federal de pobreza (FPL)		
ABORTOS	✓ Se deben aplicar ciertas circunstancias. Comuníquese con Servicios para Miembros de Amerigroup.	✓ Se deben aplicar ciertas circunstancias. Comuníquese con Servicios para Miembros de Amerigroup.	✓ Se deben aplicar ciertas circunstancias. Comuníquese con Servicios para Miembros de Amerigroup.
PRUEBAS E INYECCIONES POR ALERGIA	✓	✓	✓
ANESTESIA*	✓	✓	✓
TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)	✓		

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
(b)(3) SERVICIOS (REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTENSIVA, SERVICIOS DE APOYO COMUNITARIO, APOYO DE PARES, TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA ABUSO DE SUSTANCIAS, SERVICIOS Y APOYO INTEGRADOS, RELEVO)*	✓		
CIRUGÍA BARIÁTRICA POR OBESIDAD MÓRBIDA*	✓	Solo está cubierta si se ha determinado que el miembro está exento desde el punto de vista médico.	✓
SERVICIOS DE INTERVENCIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO (INCLUIDO EL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO)*	✓	✓ Servicio residencial no cubierto	
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA (TRAS UN CÁNCER DE MAMA Y UNA MASTECTOMÍA)*	✓	✓	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
REHABILITACIÓN CARDÍACA*	✓	✓	
SERVICIOS DE UN ENFERMERO OBSTETRA CERTIFICADO	✓	✓	✓
QUIMIOTERAPIA*	✓	✓	✓
SERVICIOS DE CUIDADO MÉDICO PARA NIÑOS	✓		
CUIDADOS QUIROPRACTICOS (SE APLICAN LIMITACIONES)*	✓	✓	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
PRUEBA DE DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL*	✓	✓	

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
SERVICIOS NEUROCONDUCTUALES BASADOS EN LA COMUNIDAD	✓	✓ (Solo están cubiertos si se ha determinado que el miembro está exento desde el punto de vista médico)	
DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS	✓	✓	✓
EQUIPOS Y SUMINISTROS PARA LA DIABETES	✓ Se cubren equipos y suministros y servicios de educación médicamente necesario.	✓ Se cubren equipos y suministros y servicios de educación médicamente necesario.	✓
CAPACITACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN PARA LA DIABETES	✓	✓	✓
ESTUDIOS GENÉTICOS DE DIAGNÓSTICO*	✓	✓	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
DIÁLISIS	✓	✓	✓
EQUIPO MÉDICO DURADERO Y SUMINISTROS (SE PUEDEN APLICAR LIMITACIONES; COMUNÍQUESE CON SERVICIOS PARA MIEMBROS DE AMERIGROUP*)	✓	✓	✓ Pueden aplicarse limitaciones.

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
SERVICIOS EN SALA DE EMERGENCIA	✓ Las visitas que no sean de emergencia estarán sujetas a copago.	✓ Las visitas que no sean de emergencia estarán sujetas a copago.	✓ Los servicios de emergencia para tratar afecciones que no sean de emergencia están sujetos a un copago de \$25 si la familia paga una prima por el programa Hawki.
SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (EPSDT)	✓ Con cobertura hasta los 21 años.	✓ Con cobertura hasta los 21 años.	
CUIDADO PERSONAL/DE ENFERMERÍA PRIVADA (BENEFICIOS DE CUIDADO MÉDICO EN EL HOGAR DE EPSDT)	✓ Con cobertura hasta los 21 años.	✓ Con cobertura hasta los 21 años.	
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión para determinar si es necesario por motivos médicos.	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión para determinar si es necesario por motivos médicos.	✓ El transporte de emergencia está sujeto a revisión para determinar si es necesario por motivos médicos.
SERVICIOS Y SUMINISTROS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	✓	✓	✓
ATENCIÓN DE LOS PIES (POR PODÓLOGOS)	✓ El cuidado debe estar relacionado con una condición médica del pie y/o tobillo. No cubrimos los servicios para la atención de rutina de los pies.	✓ El cuidado debe estar relacionado con una condición médica del pie y/o tobillo. No cubrimos los servicios para la atención de rutina de los pies.	✓ El cuidado debe estar relacionado con una condición médica del pie y/o tobillo. No cubrimos los servicios para la atención de rutina de los pies.

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
ASESORAMIENTO GENÉTICO*	✓ Cubierto con autorización previa.	✓ Cubierto con autorización previa.	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
EXAMEN GINECOLÓGICO	✓	Se cubre una visita por año.	✓
SALUD EN EL HOGAR, SALUD EN EL HOGAR PARA AFECCIONES CRÓNICAS	✓	✓ Solamente está cubierto si se ha determinado que el miembro está exento desde el punto de vista médico.	
SALUD EN EL HOGAR, SALUD EN EL HOGAR INTEGRADA	✓	✓ Solamente está cubierto si se ha determinado que el miembro está exento desde el punto de vista médico.	
AUDÍFONOS*	✓	✓ Cubierto para personas de entre 19 y 20 años.	✓
EXÁMENES DE AUDICIÓN	✓ Se cubre un examen de audición por año.	✓ Se cubre un examen de audición por año.	✓
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR* (ASISTENTE DE CUIDADO MÉDICO A DOMICILIO, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL HABLA, ENFERMERÍA ESPECIALIZADA)	✓ Se aplican limitaciones.	✓ Se aplican limitaciones.	✓

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
CUIDADO PARA ENFERMOS TERMINALES* <ul style="list-style-type: none"> • Categorías diarias: <ul style="list-style-type: none"> – Atención de rutina – Relevo en el centro u – Hospital para pacientes hospitalizados • Categoría por hora: <ul style="list-style-type: none"> – Atención continua (en el hogar) • Alojamiento y comida en un centro de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – 95 por ciento de la tarifa diaria en Centros de enfermería especializada, en habitación semi-privada 	✓	✓	✓
ICF/ID (CENTRO DE CUIDADOS MÉDICOS INTERMEDIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES)	✓ Debe cumplirse el nivel de cuidado.		
VACUNAS (INYECCIONES) Vacunas para niños: cubre inyecciones para niños de hasta 21 años de edad	✓	✓ No se cubren las inmunizaciones para viajes.	✓
INYECCIONES (CONSULTORIO DEL MÉDICO Y HOSPITAL)	✓	✓	✓
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y DE LABORATORIO*	✓	✓	✓
MAMOGRAFÍA	✓	✓	✓
SERVICIOS DE EMBARAZO Y MATERNIDAD	✓	✓	✓

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/DEL COMPORTAMIENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS*	✓	✓ El tratamiento residencial no tiene cobertura.	✓ El tratamiento residencial no tiene cobertura.
TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/DEL COMPORTAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS*	✓	✓	✓
COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS	✓	✓	✓
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA	✓		
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PARA ENFERMOS MENTALES*	✓		
TRASPLANTE DE ÓRGANOS/MÉDULA ÓSEA (CON LIMITACIONES)	✓	✓	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
APARATOS ORTOPÉDICOS (SE PUEDEN APLICAR ALGUNAS LIMITACIONES)	✓	✓	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
CIRUGÍA PARA PACIENTES AMBULATORIOS*	✓	✓	✓
TERAPIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (FÍSICA, OCUPACIONAL, DEL HABLA, PULMONAR, RESPIRATORIA)*	✓	✓ Límite de 60 visitas por año.	✓ Pueden aplicarse limitaciones.
TERAPIA DE OXÍGENO (TERAPIA INHALATORIA)*	✓	✓ Límite de 60 visitas en un periodo de 12 meses.	✓ Pueden aplicarse limitaciones.

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
PRUEBAS DE PAPANICOLAOU	✓	✓	✓
PATOLOGÍA	✓	✓	✓
EXÁMENES PÉLVICOS	✓	✓	✓
SERVICIOS DE MÉDICOS, PCP y ESPECIALISTAS	✓	✓	✓
INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS PARA NIÑOS (PMIC)	✓		
ATENCIÓN PREVENTIVA	<p>✓</p> <p>Servicios preventivos de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA)</p> <p>Chequeos de rutina</p>	<p>✓</p> <p>Servicios preventivos de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA)</p> <p>Chequeos de rutina</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones.</p>	<p>✓</p> <p>Exámenes físicos preventivos de rutina, incluidos los chequeos de niño sano y los exámenes ginecológicos.</p>
PRUEBA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA	✓	✓	
PRÓTESIS*	✓	✓	✓
RADIOTERAPIA*	✓	✓	✓
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA (NO COSMÉTICA)	✓	✓	Para restaurar la función perdida o deteriorada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto de nacimiento (incluso si hay una mejora casual en la apariencia física).
SEGUNDA OPCIÓN QUIRÚRGICA	✓	✓	✓
EXÁMENES PARA DETECTAR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)	✓	✓	✓

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*	✓ Debe cumplirse el nivel de cuidado.	✓ Límite de 120 días.	✓
ESTUDIO DEL SUEÑO*	✓	✓ No se cubre el tratamiento para ronquidos. Las reclamaciones deben ser por diagnóstico de apnea del sueño.	✓
CENTRO DE ENFERMERÍA PARA POBLACIONES ESPECIALES (APROBACIÓN PREVIA ESPECIALIZADA)	✓ Se requiere autorización previa de Amerigroup para obtener este beneficio fuera del estado.		✓
TRATAMIENTO POR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS*	✓	✓	✓
TRATAMIENTO POR TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS*	✓	✓	✓
TRATAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ)*	✓		✓ Los servicios son médicamente necesarios; la osteotomía no está cubierta.

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
SERVICIOS PARA DEJAR DE FUMAR, PRODUCTOS DE TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA (NRT)	✓	✓	✓ Los miembros deben tener 18 años para obtener productos NRT.
ASESORAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR	✓	✓	✓
CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIA/CLÍNICAS DE EMERGENCIA (NO HOSPITALARIOS)	✓	✓	✓
PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA, PROCEDIMIENTOS DE RUTINA Y AVANZADOS, COMO IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI), TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)*	✓	✓	✓

La lista anterior no muestra todos los beneficios cubiertos. Para conocer más información sobre sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Si usted es miembro de Iowa Health and Wellness Plan y Iowa Medicaid determinó que está exento desde el punto de vista médico, usted califica para obtener los beneficios de IA Health Link.

Autorizaciones previas

Algunos servicios y beneficios requieren aprobación previa. Esto significa que su proveedor debe pedir a Amerigroup que apruebe ciertos servicios o medicamentos recetados antes de recibirlos. Su proveedor trabajará con nosotros para recibir las aprobaciones necesarias.

Si hay servicios que fueron aprobados antes de que sus beneficios de salud comenzaran con nosotros, tales servicios seguirán estando aprobados durante los primeros 30 días en que esté inscrito en Amerigroup. Esto incluye la aprobación de servicios de proveedores tanto fuera como dentro del plan.

Después de los primeros 30 días de que esté inscrito en Amerigroup, si desea seguir recibiendo servicios de un proveedor que no está adherido a nuestro plan (fuera de la red), o si los servicios requieren una aprobación previa, el proveedor debe solicitarnos que los aprobemos antes de que usted pueda recibirlos.

Estos servicios no requieren aprobación previa:

- Servicios de emergencia
- Cuidados posteriores a la estabilización (después de salir del hospital)
- Atención de urgencia
- Servicios de planificación familiar
- Visitas de rutina a un proveedor con proveedores dentro de la red de nuestro plan (dentro de la red)
 - Algunos análisis o procedimientos pueden requerir aprobación previa.
- Determinados servicios para trastornos de salud del comportamiento y de abuso de sustancias
 - Primero consulte a su proveedor si se necesita una aprobación previa.
- Días de hospitalización, en caso de detenciones o reclusiones involuntarias (detenciones de 96 horas o reclusiones judiciales)

Para saber qué servicios requieren o no requieren aprobación previa, consulte la sección **Beneficios y servicios cubiertos**. Si tiene alguna pregunta sobre una solicitud de aprobación, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

Si su proveedor solicita la aprobación previa de un servicio y se toma la decisión de que el servicio no es médicamente necesario, su proveedor tendrá la opción de discutir esta decisión con Amerigroup. Si la decisión sigue siendo la misma, usted, su representante autorizado o su proveedor en su nombre y con su consentimiento por escrito, pueden apelar la decisión. Consulte la sección **Apelaciones** para obtener más información.

Le informaremos las decisiones sobre la aprobación previa antes de:

- Catorce (14) días calendario después de recibir la solicitud de aprobación estándar
- Tres (3) días hábiles después de recibir la solicitud de aprobación acelerada (rápida)

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para obtener ayuda.

Beneficios de la vista

Servicios	IA Health Link	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los anteojos nuevos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres veces al año para miembros de hasta 1 año • Hasta cuatro veces al año para miembros de 3 años • Un par al año para miembros de 4 a 7 años • Un par cada 24 meses para miembros de 8 años y más <p>Pueden aplicarse limitaciones.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para miembros de 19 hasta 21 años de edad, los marcos y lentes están cubiertos. 	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los marcos o lentes están cubiertos hasta \$100 al año.</p>
SERVICIOS DE LA VISTA	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre una visita por año.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre una visita por año.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre una visita por año.</p>

Beneficios de transporte

Los miembros de IA Health Link pueden llamar a la línea gratuita de Access2Care para obtener ayuda con traslados a citas y tratamientos médicamente necesarios que no sean de emergencia:

- Las citas pueden ser dentro o fuera de la comunidad donde vive.
- La persona que llame debe tener 16 años o más.
- Los miembros de 11 años o menos 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 un formulario de consentimiento del menor firmado en sus archivos. Llame a Access2Care para solicitar una copia del formulario de consentimiento del menor.
- Las miembros embarazadas de cualquier edad y los menores emancipados pueden viajar sin el formulario de consentimiento del menor.
- Los viajes deben coordinarse al menos 48 horas antes de la cita.

Para hacer una reserva, llame al 844-544-1389.

Para pedir información sobre su transporte después de programarlo, llame a Where's My Ride al 844-544-1390.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para pedir ayuda.

Si necesita ir a la farmacia después de una cita médica

Puede solicitar que el conductor de Access2Care se detenga en una farmacia después de una cita médica para recoger una receta si la farmacia está en un radio de 10 millas de su dirección de regreso. El conductor esperará si es posible. Si no, llame a Where's My Ride al 844-544-1390 para programar una recogida.

Si tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para pedir una ambulancia.

- Indique al personal del hospital que es miembro de Amerigroup.
- Comuníquese con su PCP lo más pronto posible, de modo que el PCP pueda:
 - Coordinar el tratamiento.
 - Ayudarlo a recibir cuidado hospitalario.

Beneficios dentales

Amerigroup solo cubre procedimientos dentales realizados en un entorno hospitalario.

Beneficio dental de Medicaid para niños: A partir del 1.º de julio de 2021, los servicios dentales están disponibles para miembros de Iowa Medicaid de 18 años de edad o menos a través de una prestadora de seguro dental como parte del programa Dental Wellness Plan Kids. Estos servicios no son parte de aquellos proporcionados por Amerigroup. Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 800-338-8366.

Hawki Dental: los servicios dentales están disponibles para miembros de Hawki a través de una prestadora de seguro dental. Estos servicios no son parte de aquellos proporcionados por la MCO. Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame a Servicio de Atención al Cliente de Hawki al 800-257-8563.

Dental Wellness Plan: Dental Wellness Plan proporciona cobertura dental para los miembros adultos de Iowa Medicaid de 19 años en adelante. Estos servicios no son parte de aquellos proporcionados por Amerigroup. La cobertura dental es proporcionada por una prestadora de servicios dentales. Para obtener información sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 800-338-8366 o visite <https://dhs.iowa.gov/dental-wellness-plan>.

Healthy Behaviors para miembros de Dental Wellness Plan

Todos los miembros del Dental Wellness Plan tienen beneficios dentales completos durante el primer año. Debe completar el programa Healthy Behaviors durante este año para mantener sus beneficios completos el año próximo. El programa Healthy Behaviors incluye haber completado:

1. Autoevaluación de la salud bucal
Y
2. Servicio preventivo

¿Qué sucede si no completo mi programa Healthy Behaviors? Dependiendo de sus ingresos, podría tener que pagar una prima mensual después del primer año si no completa el programa Healthy Behaviors. Complete el programa Healthy Behaviors cada año para eximirse de pagar sus primas mensuales para el próximo año.

Si tiene una prima mensual después de su primer año y no hace los pagos, solamente tendrá beneficios dentales de emergencia.

¿Cuánto tendré que pagar? Las primas mensuales de Dental Wellness Plan no son superiores a \$3 por mes. Si no puede pagar, puede marcar el recuadro de dificultad en el estado mensual de su cuenta y enviar el cupón de pago O llamar a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 800-338-8366.

Aviso: Los miembros de Iowa Health and Wellness Plan también deben realizar el programa Healthy Behaviors para obtener la cobertura médica. Encuentre información sobre el programa Healthy Behaviors en la sección “Iowa Health and Wellness Plan” de este manual.

VISITAS AL MÉDICO

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Los miembros de Amerigroup que no son elegibles para Medicare deben tener un médico de familia. Este médico se denomina proveedor de atención primaria (PCP).

- Su PCP debe pertenecer a nuestro plan.
- Su PCP funcionará como su hogar médico. Eso significa que él o ella se familiarizará con usted y su historial médico.
- Su PCP puede ayudarle a obtener atención de calidad.
- Su PCP le brindará todos los servicios básicos de salud que necesite. También lo enviarán a otros médicos u hospitales cuando necesite servicios médicos especiales.

Si se volvió a inscribir en Amerigroup y no es elegible para Medicare, se le asignará el PCP que tenía antes, a menos que suceda lo siguiente:

- Usted solicite un nuevo PCP.
- El PCP haya dejado nuestro plan o haya llegado a su máximo de pacientes.

Cómo elegir a su PCP

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes, siempre y cuando esté en nuestro plan:

- Médico general o de familia
- Enfermero practicante registrado con certificación avanzada
- Internista
- Auxiliar médico (bajo supervisión de un médico)
- Pediatra
- Un médico especializado en geriatría (atención de ancianos)
- Obstetra o ginecólogo
- Especialista tratante (para miembros que requieran cuidado especializado por afecciones agudas, crónicas o relacionadas con una discapacidad)
- Centros de salud federales calificados y clínicas rurales de salud
- Tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana

Si ya tiene un PCP, revise el directorio de proveedores en línea para ver si está en nuestro plan. De ser así, puede decirnos que desea mantener ese PCP. No es necesario que todos los miembros de la familia tengan el mismo PCP.

Si quiere conocer más sobre los proveedores que están dentro de nuestro plan, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) o consulte nuestro directorio de proveedores en línea en myamerigroup.com/IA. También podemos ayudarle a elegir un PCP.

Un obstetra y/o ginecólogo como PCP

Las miembros pueden consultar a un obstetra y/o a un ginecólogo (ginecólogo obstetra) del plan de salud para cubrir las necesidades de salud de obstetricia y ginecología. No necesita una remisión de su PCP para ver a un ginecólogo obstetra del plan. Entre estos servicios se incluyen los siguientes:

- Visitas de mujer sana.
- Atención prenatal.
- Atención para cualquier condición médica femenina.
- Planificación familiar (también puede consultar a un proveedor que no sea de nuestro plan (fuera de la red) para recibir este servicio).
- Referencia a un especialista dentro de nuestro plan.

Si no desea acudir a un ginecólogo obstetra, es posible que su PCP pueda brindarle tratamiento para sus necesidades de salud de obstetricia y ginecología. Pregunte a su PCP si puede brindarle atención de obstetricia y ginecología. De no ser así, deberá consultar a un ginecólogo obstetra.

Durante el embarazo, su ginecólogo obstetra puede ser su PCP si acepta serlo. Nuestros enfermeros pueden ayudarla a decidir si debería consultar a su PCP o a un ginecólogo obstetra. Para hablar con el personal de enfermería, llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545.

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

Cómo elegir a un PCP para su recién nacido

Las futuras mamás pueden elegir a un PCP para su recién nacido llamando a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Si no elige un PCP para su recién nacido, le asignaremos uno. Siempre puede elegir a un nuevo PCP en línea ingresando en myamerigroup.com/IA o llamando a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Si es amerindio o nativo de Alaska

Puede consultar a un proveedor de Indian Health Services o Tribal 638 cuando lo desee. También puede elegir a un PCP de la red de Amerigroup que no sea proveedor de Indian Health o Tribal 638; Amerigroup pagará su atención.

Notificación de cambio significativo acerca de su PCP

El consultorio de su PCP podría trasladarse, cerrar o salir de nuestro plan. Si esto sucede, le notificaremos en un plazo de 15 días. Podemos ayudarlo a escoger un nuevo PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación en un plazo de cinco días hábiles después de que escoja un nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

Si tenía un proveedor de atención primaria diferente antes de inscribirse en Amerigroup

Es posible que haya consultado a un PCP que no esté en nuestro plan por una enfermedad o lesión antes de inscribirse en Amerigroup. En algunos casos, podrá seguir viendo a ese PCP para recibir atención mientras escoge uno nuevo.

- Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Amerigroup creará un plan con usted y sus proveedores. Haremos esto para que todos sepamos cuándo tiene que comenzar a ver a su nuevo PCP.

Si desea consultar a un médico que no sea su PCP

Si desea consultar a un médico que no sea su PCP, hable con su PCP primero. Podría necesitar una remisión. Una remisión significa que su PCP debe darle la aprobación para consultar a alguien que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, no cubriremos los servicios. Hay ciertos especialistas para los que no necesita una remisión, como los especialistas en salud de la mujer.

Segunda opinión

Tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre el diagnóstico, las opciones de cirugía u otras opciones de tratamiento para una condición médica. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de nuestro plan. Si no hay disponible un proveedor del plan, puede acudir a uno que no pertenezca a nuestro plan (proveedor fuera de la red).

Pida a su PCP que envíe una solicitud a fin de obtener una segunda opinión. Esto no tiene ningún costo para usted. Una vez que la solicitud de una segunda opinión se aprueba:

- Su PCP le informará la fecha y hora de la cita.
- Su PCP también enviará copias de los registros médicos al médico que proporcionará la segunda opinión.

Su PCP le informará a usted y a Amerigroup el resultado de la segunda opinión.

Cómo cambiar de PCP

Si necesita cambiar de PCP, puede escoger otro dentro de nuestro plan. Haga lo siguiente:

- Visite el sitio web myamerigroup.com/IA para consultar el directorio de proveedores en línea, o
- Llame a Servicios para Miembros para pedir ayuda o solicitar un directorio de proveedores al 800-600-4441 (TTY 711).

Cuando pida cambiar de PCP:

- Podemos hacer el cambio el mismo día que lo pide.
- El cambio se efectuará a más tardar el siguiente día calendario.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo en un plazo de cinco días hábiles tras el cambio de PCP.

Llame al consultorio del PCP si desea programar una cita. El número de teléfono figura en su nueva tarjeta de identificación de Amerigroup. Si necesita ayuda, Servicios para Miembros puede ayudarle a concertar la cita.

Su PCP puede pedir que lo cambien a otro PCP

Podría hacerlo en estos casos:

- Su PCP no tiene la experiencia adecuada para tratar su caso.
- La asignación de su PCP se hizo por error (como un adulto asignado al PCP de un niño).
- Usted no cumple con sus citas.
- Usted no sigue sus indicaciones médicas en repetidas ocasiones.
- Su PCP considera que un cambio es lo mejor para usted.

Visitas a su PCP

Una vez que se convierte en miembro, debería programar una cita con su PCP. Llame al PCP para programar una visita de bienestar (un chequeo general) dentro de los 90 días desde la inscripción. Si desea nuestra ayuda para programar su primera visita, llame a Servicios para Miembros.

Si ha estado viendo a su PCP antes de unirse al plan, llámelos para ver si es hora de una visita de bienestar. Si es así, prográmela con su PCP lo más pronto posible.

Acudir a su PCP para realizar visitas de bienestar ayuda a que su PCP conozca más sobre su salud y encuentre o prevenga problemas de salud antes de que aparezcan. Su PCP puede proporcionar servicios preventivos, incluida una evaluación o detección de posible riesgo de ciertas afecciones o enfermedades.

Cómo programar una cita

Programar una visita con el PCP es fácil.

- El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación de Amerigroup.
- Infórmele lo que necesita a la persona con quien hable (por ejemplo, un chequeo o una visita de seguimiento).
- Cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, un contestador recibirá su llamada y deberían devolverle la llamada dentro de los 30 minutos.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a programar la cita.

Qué llevar a la cita con su PCP

Cuando vaya al consultorio de su PCP para la consulta, asegúrese de llevar:

- Su tarjeta de identificación.
- Los medicamentos que toma.
- Los nombres y números de teléfono de otros proveedores a los que acude de forma periódica.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su PCP.

Si la cita es para su hijo, asegúrese de llevar lo siguiente de su hijo:

- Tarjeta de identificación.
- Registros de vacunas.
- Los medicamentos que toma.

Cómo cancelar una cita con cualquier proveedor

Si programa una cita con su proveedor y luego no puede asistir:

- Intente llamar a su consultorio al menos 24 horas antes del momento en que debería presentarse. Esto permitirá que otra persona visite al proveedor en esa oportunidad.
- Indíquele al personal del consultorio que desea cancelar la visita.
- Programe una nueva cita cuando llame (si es necesario).
- Si programó un transporte para ir al consultorio de su proveedor, llame a Access2Care e infórmeles que su cita ha sido cancelada. Para programar un transporte para su nueva cita (si necesita hacerlo), llame al 844-544-1389.

Si no llama para cancelar sus citas o no asiste a ellas con regularidad, su proveedor puede pedir su transferencia a otro proveedor.

Tiempos de espera de las citas y el transporte

Podrá ver proveedores según lo siguiente: Para los miembros que viven en centros de enfermería, el centro de enfermería es responsable del transporte en un radio de 30 millas del centro.

Tiempos de espera de las citas de Amerigroup

Tiempos de espera de las citas para recibir servicios médicos de emergencia

Tipo de servicio	Cuánto tardará en ver a un proveedor después de solicitar una cita
Centros con servicios médicos de emergencia	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Visitas de seguimiento de la sala de emergencias (ER)	De acuerdo con las órdenes de alta del proveedor tratante de la sala de emergencias

Tiempos de espera de las citas con su proveedor de atención primaria

Tipo de servicio	Cuánto tardará en ver a un proveedor después de solicitar una cita
Visitas de rutina, no urgentes o de atención preventiva	Dentro de las 3 semanas de solicitar la cita
Atención de urgencia	Dentro de 1 día desde la solicitud

Tiempos de espera de las citas para recibir servicios relacionados con el embarazo

Tipo de servicio

Cuánto tardará en ver a un proveedor después de solicitar una cita

Embarazadas recientemente afiliadas en su primer trimestre	Dentro de 14 días desde la solicitud
Embarazadas recientemente afiliadas en su segundo trimestre	En un plazo de 7 días a partir de la solicitud
Embarazadas recientemente afiliadas en su tercer trimestre	Dentro de 3 días hábiles desde la solicitud o de inmediato si es una emergencia
Embarazo de alto riesgo	Dentro de 3 días hábiles desde la solicitud o de inmediato si es una emergencia
Examen posparto	De 3 a 8 semanas después del parto

Tiempos de espera de las citas para recibir servicios de salud del comportamiento

Tipo de servicio

Cuánto tardará en ver a un proveedor después de solicitar una cita

Atención de emergencia no fatal	En un plazo de 6 horas
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas
Visita inicial para atención de rutina	En un plazo de 3 semanas
Atención de rutina de seguimiento	En un plazo de 3 semanas

Tiempos de espera del transporte de Amerigroup

Tiempos de espera del transporte para recibir servicios de atención a largo plazo

Tipo de servicio de transporte	Cuánto tiempo esperará por su transporte
--------------------------------	--

Estándares de servicio para el tiempo de transporte a citas médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Margen de 15 minutos antes y después de la hora de recogida para citas programadas que no sean de emergencia • Margen de 60 minutos antes y después de la hora de recogida para citas no programadas que no sean de emergencia
---	---

Tiempos de espera del transporte para recibir servicios de salud del comportamiento

Tipo de servicio de transporte	Cuánto tiempo esperará por su transporte
--------------------------------	--

Estándares de servicio para el tiempo de transporte a citas médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Margen de 15 minutos antes y después de la hora de recogida para citas programadas que no sean de emergencia • Margen de 60 minutos antes y después de la hora de recogida para citas no programadas que no sean de emergencia
Servicios de salud del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia: dentro de 15 minutos desde la presentación en un centro de prestación de servicios • No de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> – Margen de 15 minutos antes y después de la hora de recogida para citas programadas que no sean de emergencia – Margen de 60 minutos antes y después de la hora de recogida para citas no programadas que no sean de emergencia

Tiempos de espera del transporte para recibir cuidado hospitalario

Tipo de servicio de transporte	Cuánto tiempo esperará por su transporte
--------------------------------	--

Estándares de servicio para el tiempo de transporte a citas médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Margen de 15 minutos antes y después de la hora de recogida para citas programadas que no sean de emergencia • Margen de 60 minutos antes y después de la hora de recogida para citas no programadas que no sean de emergencia
---	---

Tiempos de espera del transporte para recibir servicios de la vista

Tipo de servicio de transporte	Cuánto tiempo esperará por su transporte
Estándares de servicio para el tiempo de transporte a citas médicas	<ul style="list-style-type: none">• Margen de 15 minutos antes y después de la hora de recogida para citas programadas que no sean de emergencia• Margen de 60 minutos antes y después de la hora de recogida para citas no programadas que no sean de emergencia

Tiempos de espera del transporte para recibir servicios de radiología y laboratorio

Tipo de servicio de transporte	Cuánto tiempo esperará por su transporte
Estándares de servicio para el tiempo de transporte a citas médicas	<ul style="list-style-type: none">• Margen de 15 minutos antes y después de la hora de recogida para citas programadas que no sean de emergencia• Margen de 60 minutos antes y después de la hora de recogida para citas no programadas que no sean de emergencia

Cómo recibir atención de la salud si el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado

Salvo en caso de emergencia (consulte la sección anterior) o cuando necesite recibir atención que no requiera una referencia, siempre debe llamar a su PCP **antes** de recibir atención médica. Si llama al consultorio de su PCP cuando esté cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono. O bien, llame a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545 para pedir ayuda.

En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana de inmediato.

Cómo obtener atención de la salud fuera de su localidad

En caso de que necesite servicios de emergencia fuera de su localidad o de Iowa, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

Si está fuera de Estados Unidos y recibe servicios médicos, estos no estarán cubiertos por Amerigroup ni por la modalidad de tarifa por servicio de Medicaid.

Si necesita atención de urgencia:

- Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un número de teléfono al cual puedan comunicarse con usted. Su PCP u otra persona debe devolverle la llamada.
- Siga las instrucciones de su PCP, quien puede decirle que busque atención donde esté si la necesita inmediatamente.
- Llame a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545 si necesita ayuda.

Si necesita atención de rutina, como un chequeo:

- Llame a su PCP.
- Llame a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545 si necesita ayuda.

Cómo recibir atención de la salud si no puede salir de su casa

Si no puede salir de su casa, encontraremos una forma de brindarle atención. Llame de inmediato a Servicios para Miembros. Lo pondremos en contacto con un administrador de casos que lo ayudará a recibir la atención médica que necesite.

Especialistas

Su proveedor de atención primaria (PCP) puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades de atención de la salud, pero es posible que también necesite recibir atención de otro tipo de proveedores. Amerigroup ofrece servicios de muchos tipos diferentes de proveedores que proporcionan otro tipo de atención médicamente necesaria. Estos proveedores se llaman especialistas, porque tienen capacitación en un área especial de la medicina.

Estos son algunos ejemplos de especialistas:

- Alergistas (médicos que tratan alergias)
- Dermatólogos (médicos de la piel)
- Cardiólogos (médicos del corazón)
- Podólogo (médicos de los pies)

Su PCP lo referirá a un especialista de la red si lo considera necesario.

A veces, un especialista puede ser su PCP. Esto puede ocurrir si tiene una necesidad de atención de la salud especial que debe ser atendida por un especialista.

Si considera que tiene necesidades de atención de la salud especiales, puede hacer lo siguiente:

- Hablar con su PCP.
- Llamar a Servicios para Miembros.

Si no puede recibir un servicio cubierto que necesita de un proveedor en nuestra red, aun así cubriremos el servicio a través de un proveedor fuera de nuestra red. Nos aseguraremos de que su costo (si lo hubiere) no sea mayor a lo que sería si el servicio fuera a través de un proveedor del plan.

FARMACIA

FARMACIA

Medicamentos recetados

Nosotros coordinamos sus beneficios de farmacia y cubrimos:

- Medicamentos recetados médicamente necesarios.
- Algunos medicamentos de venta libre (consulte la sección **Medicamentos de venta libre** para obtener más información).

Puede surtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestro plan, incluyendo la mayoría de las cadenas principales y muchas farmacias independientes en la comunidad.

Para consultar la lista completa de farmacias del plan:

- Visite el sitio web myamerigroup.com/IA para consultar el directorio de proveedores en línea, o
- Llame a Servicios para Miembros para solicitar un directorio de proveedores.

Si no está seguro de si una farmacia está dentro de nuestro plan, pregúntele al farmacéutico o llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441.

¡Es fácil surtir sus medicamentos recetados!

Los medicamentos funcionan mejor cuando los toma tal como se los recetó su médico. Esto implica asegurarse de obtener nuevos surtidos a tiempo. Para surtir sus medicamentos recetados:

- Lleve la receta de su proveedor a la farmacia, o su proveedor puede solicitarla por teléfono.
- Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup en la farmacia.
- Si usa una nueva farmacia, infórmele al farmacéutico sobre todos los medicamentos que tome, así como también los medicamentos de venta libre (OTC).

Se recomienda que use la misma farmacia siempre. De esta manera, su farmacéutico:

- Sabrá todos los medicamentos que usted toma.
- Puede estar atento a posibles problemas.

Puede recibir los medicamentos recetados a domicilio a través de la farmacia con entrega a domicilio IngenioRx. Para solicitar sus medicamentos recetados:

- Visite myamerigroup.com/IA.
- Llame al 833-203-1737.

Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos.

Lista de medicamentos preferidos

La lista de medicamentos preferidos (PDL) es una lista de medicamentos recomendados al Iowa Department of Human Services por el Iowa Medicaid Pharmaceutical and Therapeutics Committee, que han sido identificados como equivalentes terapéuticamente dentro de una clase de medicamentos, y proporcionan beneficios de costo al programa de Medicaid. Usted, su médico o el médico de su hijo, y su farmacia tienen acceso a esta lista de medicamentos, que se encuentra en iowamedicaidpdl.com.

Un medicamento incluido en la PDL como preferido significa que proporciona una equivalencia médica de una manera rentable y que no requiere autorización previa. Un medicamento preferido se marca con una “P” en la PDL.

La lista de medicamentos recomendados es una lista voluntaria de medicamentos que se recomiendan al Department of Human Services por el Iowa Medicaid Pharmaceutical and Therapeutics Committee en donde se informa a los médicos que recetan sobre las alternativas rentables que no requieren autorización previa.

Un medicamento recomendado es un medicamento que se encuentra dentro de una lista voluntaria designada para informar a los profesional que recetan sobre las alternativas rentables y no requiere autorizaciones previas. Si se utiliza, el medicamento recomendado supondrá un ahorro de costos del programa de Medicaid. Un medicamento recomendado se marca con una “R” en la PDL.

Administración de terapia con medicamentos

Según su uso de medicamentos recetados, es posible que se le solicite que asista a una consulta de administración de la terapia con medicamentos (MTM) con un farmacéutico. Durante dicha consulta, el farmacéutico revisará los medicamentos que toma y buscará maneras para que:

- Los medicamentos sean más seguros.
- Usted obtenga el máximo valor de los medicamentos a fin de mejorar su salud.
- Usted obtenga consejos para ayudarlo a recordar la toma de sus medicamentos.

Programa Lock-in

A los miembros que usan servicios o artículos cubiertos de una manera que se considera excesiva se los podría restringir para que los reciban de proveedores asignados. Si lo incluyeron en el programa Lock-in, le enviaremos una carta para informarle. Se lo asignará a un equipo que incluirá:

- Un proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar su atención médica.
- Una farmacia para abastecer sus recetas.
- Un hospital para emergencias que su PCP no pueda tratar.

Si está en el programa Lock-in y tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al 800-600-4441 (TTY 711).

Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos muchos medicamentos de venta libre sin costo cuando su médico emite una receta. Lleve su receta a cualquier farmacia de nuestra red para surtirla. Recuerde que debe mostrar su tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup.

Para ver una lista completa de medicamentos OTC cubiertos, ingrese en myamerigroup.com/IA o llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

ATENCIÓN URGENTE Y DE EMERGENCIA

ATENCIÓN URGENTE Y DE EMERGENCIA

Emergencias

¿Qué es una emergencia? Una **emergencia** se da cuando usted necesita recibir atención de inmediato. Si no recibe atención, podría morir o podría sufrir daños muy graves en su cuerpo.

Estos son algunos ejemplos de los problemas que casi siempre constituyen emergencias:

- Dificultad para respirar
- Dolores en el pecho
- Pérdida del conocimiento
- Sangrado que no se detiene
- Quemaduras graves
- Sacudidas, llamadas convulsiones

Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Un proveedor debería atenderlo de inmediato.

Si desea recibir asesoramiento sobre la atención de emergencia, llame a su PCP o a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545 (TTY 711). No necesita la aprobación previa en caso de emergencias médicas.

Después de acudir a la sala de emergencias:

- Llame a su PCP apenas pueda.
- Si no puede llamar, pídale a alguien que lo haga por usted.

Atención de urgencia

Algunas enfermedades y lesiones no son emergencias pero se pueden convertir en emergencias si no se tratan en un plazo de 48 horas. Este tipo de atención se denomina **atención de urgencia**. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Vómitos
- Quemaduras o cortes menores
- Dolores de oído
- Dolores de cabeza
- Dolor de garganta
- Fiebre superior a 101 grados Fahrenheit
- Esguince/distensión muscular

Si necesita atención de urgencia:

- Llame a su PCP. Su PCP le dirá qué hacer.
- Siga las instrucciones del PCP. Puede decirle que vaya a estos lugares:
 - A su consultorio, de inmediato.
 - A algún otro consultorio para recibir atención de inmediato.
 - A la sala de emergencia de un hospital para recibir atención.

También puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545 si necesita asesoramiento sobre la atención de urgencia.

Servicios hospitalarios

Los siguientes servicios hospitalarios están cubiertos:

Servicios <i>* es posible que se requiera autorización previa</i>	Medicaid	Iowa Health and Wellness Plan	Hawki
	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
SERVICIOS EN EL HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS* <ul style="list-style-type: none"> • ALOJAMIENTO Y COMIDA (SEMIPRIVADA) • VARIOS 	✓	✓	✓

Atención de rutina

En la mayoría de los casos, cuando usted no se siente bien y necesita cuidados médicos, llama a su proveedor de atención primaria (PCP) y programa una cita. Luego, visita a su PCP. Este tipo de atención se conoce como **atención de rutina**. Los siguientes son algunos ejemplos:

- La mayoría de las enfermedades y lesiones menores.
- Chequeos regulares.

Pero esto es solo una parte del trabajo de su PCP. El PCP también se ocupa de su salud antes de que se enferme. Esto se conoce como **atención de bienestar**. Consulte la sección **Atención de bienestar para niños y adultos**.

Cuidados posteriores a la estabilización

Son servicios de cuidados posteriores a la estabilización cubiertos por Amerigroup que usted recibe después de la atención médica de emergencia. Recibe estos servicios para:

- Mantener estable su afección, o
- Mejorar o resolver su afección.

Esto incluye todos los servicios médicos y de salud del comportamiento que podrían necesitarse.

Debe llamar a su PCP dentro de un plazo de 24 horas después de acudir a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pídale a otra persona que lo haga. Su PCP le brindará o coordinará la atención de seguimiento que necesite.

Las pautas de cobertura de los servicios posteriores a la estabilización incluyen cobertura para:

- Servicios aprobados previamente por Amerigroup o un proveedor del plan que se reciben dentro o fuera de la red del plan.
- Servicios no aprobados previamente por Amerigroup que se reciben dentro o fuera de la red del plan si Amerigroup no responde y aprueba los servicios solicitados en un plazo de una hora desde la solicitud de aprobación.
- Servicios adicionales necesarios para mantener estable su afección que Amerigroup no preaprueba en un plazo de una hora desde la solicitud de aprobación.
- Servicios cuando:
 - No sea posible comunicarse con Amerigroup o no se reciba una respuesta de su parte en un plazo de una hora desde la solicitud de aprobación previa.
 - Amerigroup y el proveedor tratante no puedan llegar a un acuerdo sobre su atención y no haya un proveedor dentro de la red disponible para consultar; en este caso, daremos al proveedor tratante la posibilidad de consultar a un proveedor dentro de la red y podrá continuar con su atención hasta que se establezca contacto con un proveedor dentro de la red o se cumpla una de las siguientes condiciones:
 - Un proveedor dentro de la red con privilegios en el hospital tratante se haga responsable de su atención.
 - Amerigroup y el proveedor tratante lleguen a un acuerdo sobre su atención.
 - Usted reciba el alta; si el hospital o centro tratantes y Amerigroup no llegan a un acuerdo sobre si usted está lo suficientemente estable para ser trasladado o ser dado de alta, o los beneficios médicos del traslado superan los riesgos, si está lo suficientemente estable para ser traslado, se seguirá lo que determine el proveedor que le esté brindando cuidados en el centro tratante; si le dan de alta de un hospital u otro entorno de internación y necesita recibir servicios de salud en el hogar en el momento del alta, podemos solicitar esos servicios para usted.

Usted no pagará ningún monto mayor al que pagaría si los servicios fueran proporcionados por un proveedor de Amerigroup.

Para saber dónde puede acudir en caso de emergencia o para recibir cuidados posteriores a la estabilización:

- Regístrese en myamerigroup.com/IA y busque un lugar o consulte el directorio de proveedores en línea más actualizado, o
- Llame a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545 (TTY 711).

COSTOS PARA EL MIEMBRO

COSTOS PARA EL MIEMBRO

Copagos

Un copago es un importe fijo en dólares que usted paga cuando recibe determinados servicios o tratamientos. Es su parte del costo de los servicios médicos cubiertos.

Los únicos servicios en los cuales puede aplicarse un copago son las visitas a la sala de emergencia (ER) que no sean de emergencia:

- A los miembros de Iowa Health and Wellness Plan se les cobrará un copago de \$8 por cada visita a la sala de emergencia 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 emergencia que no se considere una emergencia.
- A todos los demás miembros de Iowa Medicaid se les cobrará un copago de \$3 por cada visita que no sea de emergencia a la sala de emergencia.

No existen otros copagos en su plan médicos de Amerigroup.

- Su tarjeta de identificación de Amerigroup tiene información sobre copagos.
- Usted es responsable de pagar los copagos señalados en su tarjeta de identificación al proveedor del servicio.
- Si cree que ha pagado más del cinco por ciento de sus ingresos familiares trimestrales en atención de la salud (pagos de primas o copagos), llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Podemos indicarle el monto que pagó en copagos, en caso de haberlos. Si usted es miembro de Hawki y tiene preguntas sobre los pagos de primas, llame al Servicio de Atención al Cliente de Hawki al 800-257-8563.

Los trimestres corresponden a:

- De enero al 31 de marzo
- De abril al 30 de junio
- De julio al 30 de septiembre
- De octubre al 31 de diciembre

No se aplican copagos a amerindios, nativos de Alaska, miembros embarazadas y miembros de Medicaid menores de 21 años.

Si recibe un servicio de un proveedor y no pagamos ese servicio, puede recibir un aviso nuestro llamado Explicación de Beneficios (EOB). **No es una factura.** La EOB le comunicará lo siguiente:

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

Si usted recibe una EOB:

- **No es necesario que llame ni tome medida alguna en ese momento.**
- Usted no es responsable de pagar.
- Le indica cómo puede apelar contra esta decisión.

Responsabilidad del miembro/participación del cliente

Algunos miembros tienen una responsabilidad como miembro, también llamada “participación del cliente”. Esto significa que debe pagar parte del costo de sus servicios. Esta responsabilidad del miembro debe cumplirse antes de que Medicaid pague por los servicios cubiertos. Esto incluye a determinados miembros que son elegibles para Medicaid, como se indica a continuación:

- Miembros en un entorno institucional
- Miembros con exención 1915(c) por servicios domiciliarios y comunitarios

Si tiene una responsabilidad de este tipo, su proveedor recibirá el monto de su parte al momento de prestarse los servicios.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

Amerigroup les ofrece beneficios adicionales a los miembros elegibles. Estos beneficios adicionales se denominan servicios de valor agregado. Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para conocer más información sobre estos beneficios. Ofrecemos lo siguiente:

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
TODOS LOS MIEMBROS		
KIT DE HIGIENE DENTAL Quién es elegible: Todos los miembros de Amerigroup	Cuidar sus dientes y encías es importante para estar saludable. Por eso le proporcionamos un kit de higiene dental todos los años. Estos kits contienen materiales educativos y suministros como: Para miembros desde el nacimiento hasta el año de edad: <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos sobre salud dental para niños pequeños • Pasta dental para niños • Un cepillo dental para niños Para miembros de 2 a 11 años: <ul style="list-style-type: none"> • Materiales y actividades educacionales pensados para niños • Pasta dental para niños • Un cepillo dental para niños Para miembros de 12 años en adelante: <ul style="list-style-type: none"> • Pasta dental • Un cepillo dental • Hilo dental • Los kits están disponibles con cepillos blandos o medianos 	Ingrese en el Centro de recompensas de beneficios para canjear sus beneficios de valor agregado y ver para qué beneficios es elegible en myamerigroup.com/IA , o llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). <i>Se aplican limitaciones y restricciones. Los beneficios pueden variar.</i>

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
<p>AMERIGROUP COMMUNITY RESOURCE LINK</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Todos los miembros de Amerigroup</p>	<p>Ofrecemos un recurso en línea fácil de usar para que pueda encontrar servicios gratuitos y de bajo costo en su comunidad. En Amerigroup Community Resource Link se puede buscar por código postal y hay información sobre los programas y eventos que se ofrecen cerca de usted.</p>	<p>Visite myamerigroup.com/IA. Si no tiene acceso a una computadora o a un teléfono inteligente con Internet, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Con gusto le ayudarán.</p>
<p>COMIDAS ENTREGADAS A DOMICILIO</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Los miembros de Amerigroup dados de alta recientemente del hospital y considerados elegibles por un administrador de casos.</p>	<p>Al salir del hospital, queremos que solo se preocupe por recuperar su salud. Si recientemente recibió el alta, le entregaremos alimentos a usted y a tres miembros de su familia directamente en su puerta durante hasta cinco días.</p>	<p>Dígale a su administrador de casos si desea este beneficio. Le indicará si es elegible y le dará más información.</p>
<p>PROGRAMA AMERIGROUP MOBILE</p> <p>¡Queremos ayudarlo a mantenerse conectado!</p> <p>Si tiene SafeLink como su prestadora de Lifeline Assistance, tiene minutos extra solo por ser miembro nuestro.</p> <p>Nuestro programa de salud móvil incluye</p>	<p>Elija el servicio de Lifeline más apropiado para usted.</p> <p>Si reúne los requisitos para el programa federal Lifeline Assistance, tiene minutos extra si tiene a SafeLink como su prestadora de Lifeline.</p> <p>Los miembros de Amerigroup que tienen SafeLink obtienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 minutos extra cuando se inscribe en Amerigroup. • 100 minutos extra durante su mes de nacimiento. <p>Los minutos extra se agregan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1000 minutos mensuales. 	<p>Para obtener servicios de Lifeline a través de SafeLink, puede solicitarlos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: Visite safelinkwireless.com y presente una solicitud en línea. • Por correo: Complete/envíe la solicitud a SafeLink en el sobre con franqueo prepago.

Servicios de valor agregado de Amerigroup

NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
<p>lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas de capacitación sobre la salud a través de dispositivos móviles. Consejos y recordatorios por mensaje de texto para que usted y su familia estén sanos. <p>Quién es elegible:</p> <p>Los miembros de Amerigroup o el padre, la madre o el tutor legal de un miembro de Amerigroup reciben apoyo gratuito de nuestro programa de salud a través de dispositivos móviles si reúnen los requisitos para recibir el servicio gratuito de telefonía móvil del programa federal Lifeline Assistance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1.5 GB de datos*. Mensajes de texto ilimitados. Llamadas gratuitas a Servicios para Miembros. <p>¿Ya tiene Lifeline? Es posible que pueda cambiar su prestadora actual de Lifeline por una de SafeLink.</p> <p>* Si usted tiene su propio teléfono inteligente, recibirá 1.5 GB de datos los primeros tres meses y 1 GB de datos a partir del cuarto mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Por teléfono: Llame al 877-631-2550 y realice la solicitud por teléfono. <p>Lifeline Assistance es un programa de asistencia gubernamental y no es transferible. Solo pueden inscribirse las personas que cumplan con los criterios de elegibilidad federales o específicos del estado. Usted también puede calificar según:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los ingresos familiares, o Si usted o un miembro de su hogar participan en determinados programas de asistencia pública. <p>Quizás deba proporcionar una prueba de ingresos o una prueba de su participación en el programa. El programa de Lifeline Assistance está disponible solo para una cuenta inalámbrica o alámbrica por hogar.</p>

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS		
<p>WW® (ANTERIORMENTE WEIGHT WATCHERS)</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Los miembros de Amerigroup que reúnan los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tengan 18 años o más. • Tengan un diagnóstico de obesidad de su médico. • Sean referidos por su administrador de casos o proveedor tratante. 	<p>Sabemos que bajar de peso puede ser difícil, pero podemos ayudar. Con Amerigroup, obtiene un cupón de WW para desarrollar un estilo de vida sano y cumplir sus metas de pérdida de peso. Con este cupón, usted obtendrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscripción gratuita. • 13 semanas de clases gratuitas de control del peso. 	<p>Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para indicarnos que desea el cupón. Si reúne los requisitos, se lo enviaremos por correo a su hogar.</p>
<p>Kit de sacaleches eléctrico de lujo de Medline</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia que hayan dado a luz en los últimos seis meses.</p>	<p>Apoyamos la lactancia. Este beneficio adicional incluye un extractor portátil, liviano y personalizado de Medline con capacidad de bombeo simple y doble, y motor silencioso.</p> <p>También se incluye un bolso de mano con protectores mamarios, biberón y accesorios para biberón, una bolsa térmica, 2 compresas frías y un adaptador de CA de 9 V.</p> <p>Un año de garantía.</p>	<p>Las miembros pueden solicitar un extractor por teléfono o en línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teléfono: 800-600-4441 (TTY 711) • Complete la solicitud en línea: athome.medline.com/amerigroupia

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
		<p>La miembro tendrá que proporcionar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información del plan médico/seguro de salud • Información de contacto <p>Medline comunicará a las miembros cuándo se enviará el extractor y brindará información de seguimiento una vez que se confirme que son elegibles.</p>
<p>KIT PERSONAL DE EJERCICIO</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Los miembros de Amerigroup que reúnan los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tengan 18 años o más. • Tengan un diagnóstico de obesidad. • Sean referidos por su administrador de casos o proveedor tratante. 	<p>Hacer ejercicio con regularidad es bueno para el cuerpo y la mente. Con Amerigroup, puede obtener un kit personal de ejercicio para realizar actividad física en su casa. Su kit incluirá equipos para ayudarle a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener el tono muscular y ganar fuerza, flexibilidad y movilidad. • Mejorar su estado de salud general. <p>* Kit de ejercicio que puede incluir una bolsa de lona, una toalla, una botella de agua y un podómetro.</p>	<p>Ingrese en el Centro de recompensas de beneficios para canjear sus beneficios de valor agregado y ver para qué beneficios es elegible en myamerigroup.com/IA, o llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).</p> <p><i>Se aplican limitaciones y restricciones. Los beneficios pueden variar.</i></p>

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
<p>AYUDA PARA PREPARARSE PARA EL EXAMEN HIGH SCHOOL EQUIVALENCY TEST (HiSET)</p> <p>¿Quién es elegible?</p> <p>Todos los miembros de Amerigroup de 18 años o más que no hayan completado los estudios secundarios.</p>	<p>Queremos ayudarle a aprobar el examen High School Equivalency Test (HiSET). Cubriremos el costo de un curso de preparación y, después de que apruebe este curso, le daremos un cupón para que pueda hacer la prueba gratuitamente.</p>	<p>Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
PARA NIÑOS		
<p>MEMBRESÍA GRATUITA EN BOYS & GIRLS CLUB</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Todos los miembros de Amerigroup de 6 a 18 años</p>	<p>Los niños deben tener un lugar seguro para moverse, hacer amigos y divertirse. Boys & Girls Club ofrece todo esto y muchos más a los niños de su comunidad. Y con Amerigroup, puede obtener una membresía, de un valor de \$40, de forma gratuita.</p>	<p>Muestre la tarjeta de identificación del miembro de Amerigroup de su hijo en un Boys & Girls Club adherido de su área.</p> <p>Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para obtener una lista de los clubes adheridos de su área.</p>

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
<p>PROGRAMA FAMILIAS SALUDABLES (HEALTHY FAMILIES)</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Todas las familias de Amerigroup con niños de 7 a 17 años que tengan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso • Obesidad • Riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad • Estén interesados en participar en el control de peso, aumentar su nivel de actividad o desarrollar hábitos de nutrición más sanos 	<p>Familias Saludables es un programa de seis semanas, diseñado para ayudar a las familias con niños obesos o con sobrepeso a formar hábitos más sanos. Conocerá la importancia de la buena nutrición y el ejercicio, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda de un instructor de salud a quien puede llamar para recibir consejos de salud. • Materiales educativos para que su familia aprenda a comer y vivir de manera sana. 	<p>Si su familia reúne los requisitos de Familias Saludables, es posible que llamemos para preguntarle si desea inscribirse. Si desea hacerlo, le daremos toda la información necesaria para comenzar.</p> <p>Si no recibe nuestra llamada y desea inscribirse en el programa Familias Saludables, llámenos al 888-830-4300 (TTY 711). Cuéntenos si desea participar en el programa. Si su familia reúne los requisitos, le ayudaremos a comenzar.</p>
<p>ARTÍCULOS PARA EL BIENESTAR PERSONAL</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Todos los miembros de IA Health Link Amerigroup que participen en uno de estos programas de exención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutela temporal • Subsidios de adopción 	<p>Trasladarse por la vía pública puede ser difícil, en especial para los niños. El artículo de bienestar es un “amigo” que ofrece alivio y calma en situaciones difíciles y traumáticas a la vez que promueve una sensación de estabilidad. Los miembros pueden elegir un peluche o un diario íntimo.</p>	<p>Ingrese en el Centro de recompensas de beneficios para canjear sus beneficios de valor agregado y ver para qué beneficios es elegible en myamerigroup.com/IA, o llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).</p> <p><i>Se aplican limitaciones y restricciones. Los beneficios pueden variar.</i></p>

Servicios de valor agregado de Amerigroup		
NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
<p>ARTÍCULOS DE CUIDADO PERSONAL</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Jóvenes en edad de transición en régimen de tutela temporal que tengan entre 16 y 24 años</p>	<p>Mantener una buena higiene es esencial para la salud y el bienestar general.</p> <p>Los beneficios de mantener una buena higiene incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de enfermedades • Aceptación social y profesional • Mayor confianza y autoestima • Prevención de infecciones y dolor 	<p>Ingrese en el Centro de recompensas de beneficios para canjear sus beneficios de valor agregado y ver para qué beneficios es elegible en myamerigroup.com/IA, o llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).</p> <p><i>Se aplican limitaciones y restricciones. Los beneficios pueden variar.</i></p>
MIEMBROS CON DETERMINADAS EXENCIONES Y OTROS PROGRAMAS		
<p>MEMBRESÍAS EN ORGANIZACIONES DE AUTODEFENSA</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Los miembros de Amerigroup que participen en uno de los siguientes programas de exención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones cerebrales • Salud y discapacidad • Incapacidad intelectual • Discapacidad física 	<p>¿Desea mejorar sus habilidades para hablar público? ¿Desea saber qué hacer para conservar un empleo? ¿Desea saber más sobre sus derechos como persona con discapacidades? En Iowa, existen organizaciones que capacitan a las personas con discapacidades para tener una vida plena e independiente. Ofrecemos una cierta cantidad de dinero todos los años a los miembros elegibles para asistir a una conferencia o un evento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iowans with Disabilities in Action • NAMI-Iowa • Agencias del área especializadas en la vejez 	<p>Puede llamar a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) y solicitar una membresía.</p>

Servicios de valor agregado de Amerigroup

NOMBRE DEL SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CÓMO OBTENER SERVICIOS
	<p>También puede obtener una membresía anual en uno de estos grupos de defensoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • National Council on Independent Living • TASH • Self-Advocates Becoming Empowered • Autistic Self-Advocacy Group 	
<p>REINTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD</p> <p>Quién es elegible:</p> <p>Miembros de Amerigroup:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que están en un programa de exención de servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS), y actualmente residan en un centro de enfermería; o • Un miembro que reúna los requisitos para ICF/ID y desee hacer la transición a su hogar, cuyas necesidades superen los beneficios actualmente ofrecidos mediante el programa Money Follows the Person. 	<p>¿Se muda de un centro a un hogar?</p> <p>Lo ayudaremos a que el cambio le resulte más fácil.</p> <p>Los miembros elegibles pueden obtener un beneficio por una sola vez de hasta \$2,500 para mudarse. El beneficio puede utilizarse en gastos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienes para el hogar • Depósitos para servicios públicos • Alquiler 	<p>Debe tener la aprobación de su administrador de casos. Llame a su administrador de casos si desea ayuda para mudarse desde un centro a su nuevo hogar. Le indicará si es elegible y trabajará con usted para determinar qué tipo de ayuda y servicios necesita.</p>

Healthy Rewards

Nuestro programa Healthy Rewards le otorga recompensas por cuidar de su salud. Puede ganar entre \$5 y \$50 por sus esfuerzos para mantenerse saludable.

Puede canjear el dinero de Healthy Rewards por tarjetas de regalo de una variedad de comercios y tiendas, como Amazon, Target, Kohl's, Home Depot, Domino's, Subway, Uber y muchas más.

Para inscribirse en Healthy Rewards y ver para qué actividades reúne los requisitos, inicie sesión en su cuenta de Amerigroup en myamerigroup.com/IA y diríjase a la página Benefits (Beneficios) para ir al portal de Healthy Rewards. Si desea obtener más información sobre el programa Healthy Rewards, también puede llamar al 888-990-8681, de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro.

Se aplican limitaciones y restricciones. Debe estar inscrito en el programa Healthy Rewards para ganar las recompensas. Las recompensas están sujetas a cambios.

Healthy Rewards de Amerigroup			
Incentivo	Población	Monto individual	Límites
Para todos los miembros			
Realizar la evaluación de riesgos de la salud (HRA) dentro de los 90 días de la inscripción en Amerigroup	Todos los miembros	\$25	Una por miembro dentro de los primeros 90 días de la inscripción
Realizar la evaluación de riesgos de la salud (HRA) todos los años	Todos los miembros	\$25	Una por miembro todos los años
Para adultos			
Surtido de receta para el medicamento antidepresivo	Para miembros de 18 años o más	\$10	Una vez por trimestre para fomentar las reposiciones constantes
Reposición de medicamento para la presión arterial alta	Para miembros de 18 a 75 años	\$10	Hasta vez por trimestre para fomentar las reposiciones constantes

Healthy Rewards de Amerigroup			
Incentivo	Población	Monto individual	Límites
Colocarse una vacuna contra la gripe	Para miembros 18 años en adelante	\$10	Una vez cada 12 meses
Completar una visita anual de bienestar	Para miembros de 21 años en adelante	\$25	Una vez cada 12 meses
Para niños			
Realizar 6 visitas de niño sano dentro de los primeros 15 meses de vida	Para miembros de entre 0 y 15 meses	\$50	Premio único al realizar todas las visitas de bebé sano hasta los 15 meses de vida
Realizar 2 visitas de niño sano	Para miembros de 15 meses a 2 años y medio	\$25	Premio único al realizar todas las visitas de bebé sano entre los 15 y 30 meses de vida
Realizar una visita anual de niño sano	Para miembros de entre 3 y 21 años	\$25	Una vez cada 12 meses
Recibir todas las vacunas infantiles recomendadas (combinación de 10 vacunas, consulte la página 67 para saber cuáles son)	Para los miembros de 0 a 24 meses (antes de cumplir los 2 años)	\$25	Premio único al aplicarse todas las vacunas y dosis
Recibir todas las vacunas para adolescentes recomendadas (combinación de 2 vacunas, consulte la página 62 para saber cuáles son)	Para miembros de 11 a 12 años (antes de cumplir los 13 años)	\$25	Premio único al aplicarse todas las vacunas y dosis

Healthy Rewards de Amerigroup			
Incentivo	Población	Monto individual	Límites
Para miembros con diabetes (excepto la diabetes gestacional)			
Realizar un examen de detección de azúcar en la sangre (HbA1c)	Para miembros de 18 a 75 años con diabetes	\$25	Una vez cada 12 meses
Al realizar un examen de la vista por la diabetes	Para miembros de 18 a 75 años	\$25	Una vez cada 12 meses
Completar el cuestionario de educación sobre la diabetes	Para miembros de 18 a 75 años	\$5	Una vez cada 12 meses
Para mujeres			
Prueba de detección de cáncer de mama completo	Para miembros de 50 a 74 años	\$50	Una vez cada 24 meses
Completar la primera visita de atención prenatal en el 1er trimestre o en un plazo de 42 días desde la inscripción	Embarazadas	\$25	Una vez por embarazo
Realizar una visita posparto entre 7 y 84 días después del parto	Embarazadas	\$50	Una vez por embarazo

CUIDADO DE BIENESTAR

CUIDADO DE BIENESTAR

Cuidado de bienestar para adultos

Para conservar la salud, es necesario visitar a su proveedor de atención primaria (PCP) para hacerse chequeos regulares.

Use el siguiente cuadro para asegurarse de estar al día con sus exámenes de bienestar anuales.

CRONOGRAMA DE VISITAS DE BIENESTAR PARA LOS MIEMBROS ADULTOS		
TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
Control de la presión arterial	Miembros mayores de 18 años La presión arterial alta es de 140/90 o más	Cada dos años si tiene 120/80 o menos
		Todos los años si tiene 120/80 o más
Examen de detección de colesterol	Miembros en riesgo: mayores de 20 años Los hombres a partir de los 35 años deben examinarse para detectar trastornos lipídicos. Las miembros en riesgo deben comenzar los exámenes a los 20 años. Las mujeres a partir de 45 años deben examinarse para detectar trastornos lipídicos. Las miembros en riesgo deben comenzar los exámenes a los 20 años.	Según lo recomendado por su PCP

CRONOGRAMA DE VISITAS DE BIENESTAR PARA LOS MIEMBROS ADULTOS		
TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
Prueba de detección de diabetes	Miembros en riesgo	Según lo recomendado por su PCP
Examen de detección de cáncer colorrectal (CRC)	Miembros de 50 años o más	Según lo recomendado por su PCP
	Miembros en riesgo: Puede que sea necesario iniciar las pruebas antes de los 50 años	
Otras pruebas de detección de cáncer	Según el historial médico personal del miembro	Según lo recomendado por su PCP
Depresión	Los miembros deben hablar con su PCP si se han estado sintiendo tristes	Pida una referencia
Examen de detección de trastornos de la bebida y abuso de sustancias	Los miembros deben compartir los antecedentes de consumo de alcohol o de drogas con su PCP	Pida una referencia
Mujeres		
Prueba de Papanicolaou	Mujeres de 21 a 65 años	Cada 3 años
Prueba de clamidia	Mujeres menores de 24 años sexualmente activas	Según lo recomendado por su PCP
	Mujeres de 24 años y mayores que estén en alto riesgo	
Mamografía	La mayoría de los médicos recomiendan que las miembros de 50 años y más se hagan mamografías cada año o cada tres años	Según lo recomendado por su PCP
Exámenes de osteoporosis	Mujeres menores de 65 años	Según lo recomendado por su PCP
	Mayores de 65 años	Al menos una vez

CRONOGRAMA DE VISITAS DE BIENESTAR PARA LOS MIEMBROS ADULTOS		
TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?
Hombres de entre 50 y 65 años, y mayores		
Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STD)	Hombres en riesgo	Según lo recomendado por su PCP
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	Hombres de 65 a 75 años que alguna vez hayan fumado	Prueba de detección única

Cuidado de bienestar para niños

Los niños necesitan más visitas de bienestar que los adultos. IA Health Link y Hawki ofrecen estas visitas de bienestar para niños. Su hijo puede tener necesidades especiales o una enfermedad, como asma o diabetes. Si este es el caso, uno de nuestros administradores de casos puede ayudar a que su hijo se realice chequeos y análisis y reciba vacunas. Su hijo puede realizarse chequeos con su PCP o con cualquier proveedor de nuestro plan. No necesita una remisión para estas visitas. Si usted o su hijo no realizan una visita de bienestar a tiempo:

- Programe una visita con el PCP lo antes posible
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para programar la visita

Atención de niño sano en el primer año de vida de su bebé

La primera visita de niño sano será en el hospital. Esto ocurre justo después de que nace el bebé. Para las siguientes siete visitas, debe llevar a su bebé al consultorio de su PCP.

Programe una visita con el médico cuando el bebé tenga:

- Entre 2 a 5 días de nacido
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

En estas visitas de bienestar, el PCP de su hijo:

- Se asegurará de que su bebé esté creciendo bien.
- La ayudará con los cuidados del bebé, hablará con usted sobre qué darle de comer y cómo ayudarlo a dormir.

- Hablará con usted sobre su crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas, lo que usted puede hacer para ayudar y cómo evitar accidentes y enfermedades infantiles.
- Responderá las preguntas que tenga sobre su bebé.
- Verá si su bebé tiene algún problema que pueda necesitar más atención de la salud.
- Dará a su bebé vacunas que ayudarán a protegerlo de enfermedades.

Atención de niño sano en el segundo año de vida de su bebé

A partir del segundo año de vida de su bebé, debe ver al médico por lo menos cuatro veces más a las siguientes edades:

- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses*

Atención para niños sanos, desde los 3 hasta los 20 años

Su hijo debe ver al médico otra vez a los 3, 4, 5 y 6 años. Su hijo debe ver a su PCP por lo menos una vez cada año para un chequeo de niño sano.

Asegúrese de programar estas visitas. Es importante llevar a su hijo a su PCP cuando esté programado.

Prueba de detección de plomo en sangre

El PCP de su hijo le hará un análisis de concentración de plomo en sangre a los 1, 2 y 3 años, a menos que decida que se debe hacer en otro momento. El PCP de su hijo también le hará análisis de concentración de plomo en sangre a su hijo entre los 3 y 6 años si no le han hecho análisis antes.

Para tomar la muestra de sangre, el PCP de su hijo le pinchará el dedo o extraerá sangre de sus venas. El análisis indicará si su hijo tiene plomo en la sangre.

Control de la vista

El PCP de su hijo debe:

- Revisar la vista en cada visita de niño sano.
- Hacer un examen de la vista desde los 3 años y cada año posterior al examen inicial.

Examen de diagnóstico de audición

El PCP de su hijo debe:

- Revisar la audición en cada visita para niño sano.
- Hacer un examen de diagnóstico de audición desde los 3 años y cada tres años después del examen inicial.

Examen dental

El PCP de su hijo debe controlarle los dientes y las encías en cada visita de niño sano. Los niños deben comenzar a ver a su dentista cuando les salgan sus primeros dientes o antes de su primer cumpleaños. A partir de ahí, su hijo debe continuar viendo al dentista cada seis meses.

Vacunación (vacunas)

Es importante que su hijo reciba las vacunas a tiempo. Siga estos pasos:

- 1) Lleve a su hijo al médico cuando su PCP indique que necesita una vacuna.
- 2) Use la siguiente tabla como guía para ayudarle a mantener un registro de las vacunas que su hijo necesita.

También puede encontrar gráficos de vacunación fáciles de leer para todas las edades en el sitio web de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), www.cdc.gov/vaccines/schedules.

PROGRAMACIÓN DE INMUNIZACIÓN (VACUNAS) PARA NIÑOS															
EDAD VACUNAS	Naci- miento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19- 23 meses	2-3 años	4-6 años	7-10 años	11-12 años	13-18 años
Hepatitis B	HepB	HepB			HepB								Serie HepB si no se ha suministrado		
Rotavirus			RV	RV	RV si fuera necesaria										
Difteria, tétanos, tos ferina			DTaP	DTaP	DTaP			DTaP				DTaP	Tdap si no se proporcionó	Tdap	Tdap si no se proporcionó
Haemophilus influenzae tipo b			Hib	Hib	Hib si es necesario			Hib							
Neumocócica			PCV	PCV	PCV			PCV				PPSV si tiene riesgo alto	PPSV si tiene riesgo alto		
Virus de la polio inactivado			IPV	IPV	IPV							IPV	Serie de IPV si no se proporcionó		
Influenza					Contra la influenza (Anual)							Contra la influenza (Anual)			
Sarampión, paperas, rubéola								MMR				MMR	Serie de MMR si no se proporcionó		
Varicela								Varicela				Varicela	Serie de Varicela si no se proporcionó		
Hepatitis A								HepA (2 dosis)			Serie HepA si está en alto riesgo				
Vacuna antimeningocócica								MCV4 si está en alto riesgo					MCV4	MCV4 si no se ha proporcionado (refuerzo a los 16 años)	
Virus del papiloma humano													HPV (3 dosis) (para ambos hombres y mujeres)	Serie de 3 dosis de HPV si no se proporcionó	

CUIDADO PARA MIEMBROS EMBARAZADAS

CUIDADO PARA MIEMBROS EMBARAZADAS

Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®) es el programa de Amerigroup para todas las miembros embarazadas. Es muy importante que consulte con su proveedor de atención primaria (PCP) o a su obstetra o ginecólogo (ginecólogo obstetra) para recibir atención durante el embarazo. Este tipo de atención se denomina **atención prenatal**. Puede ayudarla a tener un bebé sano. La atención prenatal siempre es importante en cada embarazo. Con nuestro programa, las miembros reciben información de salud y recompensas por recibir atención prenatal y cuidado de posparto.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con sus necesidades más complicadas de atención de la salud. Los enfermeros administradores de casos trabajan de cerca con estas miembros para proporcionarles lo siguiente:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de salud del médico.
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad.

Nuestros enfermeros también colaboran con los médicos y ayudan con otros servicios que las miembros puedan necesitar. El objetivo es fomentar una mejor salud para las miembros y el nacimiento de bebés sanos.

Atención de calidad para usted y su bebé

Queremos brindarle la mejor atención durante el embarazo. Por eso, la invitamos a inscribirse en My Advocate®, que forma parte de nuestro programa Taking Care of Baby and Me. My Advocate le brinda la información y el apoyo que necesita para mantenerse saludable durante el embarazo.

Conozca My Advocate

My Advocate proporciona educación útil y divertida sobre salud materna por teléfono, Internet y una aplicación para teléfonos inteligentes. Si elige la versión telefónica, podrá conocer a MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate. MaryBeth responderá a sus necesidades a medida que vayan cambiando junto con el crecimiento y el desarrollo de su bebé. Usted contará con lo siguiente:

- Educación que podrá resultarle útil.
- Comunicación con su administrador de casos mediante los mensajes por My Advocate en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un programa de comunicación sencillo.
- Todo sin costo alguno para usted.

Con My Advocate, se conserva la seguridad y privacidad de su información. Cada vez que MaryBeth llame, le preguntará su año de nacimiento. Proporcionele este dato. Esta información es necesaria para asegurarse de que la persona contactada sea la persona correcta.

Ayudamos a que usted y su bebé estén sanos

Las llamadas de My Advocate dan respuesta a sus preguntas y le brindan apoyo médico si lo necesita. Se hará una llamada importante que funcionará como examen médico de diagnóstico, a la que seguirán otras llamadas informativas continuas. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y responder a un par de preguntas. Si nos cuenta que tiene algún problema, un administrador de casos la llamará rápidamente. Los temas que trata My Advocate incluyen los siguientes:

- Atención durante el embarazo.
- Cuidado de posparto.
- Atención de niños sanos.

Cuando queda embarazada

Si cree que está embarazada:

- Llame de inmediato a su PCP o a su ginecólogo obstetra. No necesita una referencia de su PCP para ver a un médico ginecólogo obstetra.
- Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo obstetra dentro de la red de Amerigroup.

Además, debe llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup cuando se entere de que está embarazada. También debe informar de su embarazo al Centro de Atención del DHS al 855-889-7985.

Visite nuestra página Pregnancy and Wellness (Embarazo y Bienestar) en myamerigroup.com/ia/get-help/health-wellness/pregnancy-health.html para obtener información y recursos sobre cómo mantenerse sana y tener un bebé sano. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de membresía si desea recibir información sobre embarazo por correo.

Puede acceder a materiales educativos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Información sobre el cuidado personal en relación con el embarazo.
- Detalles sobre My Advocate relativos al programa y cómo inscribirse y obtener información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, Internet o una aplicación para teléfono inteligente.
- Información del programa Healthy Rewards sobre cómo canjear sus recompensas por atención prenatal, posparto y de bebé sano.
- Educación sobre cómo tener un bebé saludable, la depresión posparto y la atención del recién nacido, que incluye recursos útiles.

Durante el embarazo, tiene que cuidar bien de su salud. Es posible que pueda recibir alimentos saludables del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) si califica para Medicaid. Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano. Solo llámenos al 800-600-4441 (TTY 711).

Cuando esté embarazada, debe visitar a su PCP o ginecólogo obstetra al menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y el octavo mes.
- Cada semana durante el último mes.

Es posible que su PCP o ginecólogo obstetra le indique visitas más frecuentes en función de sus necesidades de salud.

Cuando nazca su bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé podrán quedarse en el hospital al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 72 horas después de una cesárea.

Pueden quedarse menos tiempo en el hospital si su PCP o ginecólogo obstetra y el proveedor del bebé determinan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes, su PCP o ginecólogo obstetra puede pedirle que lo visite en el consultorio o que un enfermero la vea en el hogar en un plazo de 48 horas.

Después de tener a su bebé, usted debe hacer lo siguiente:

- Llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup apenas pueda para informarle a su administrador de casos que tuvo un bebé. Necesitaremos detalles sobre su bebé.
- Llame al Centro de Atención del DHS al 855-889-7985 para solicitar Medicaid para el bebé.

Después de tener a su bebé

Después de que nazca su bebé, el programa My Advocate primero le brindará educación prenatal y, luego, educación sobre posparto y de niño sano hasta 12 semanas después del parto.

Es importante que programe una visita con el PCP o ginecólogo obstetra después de que nazca su bebé para que le realice un chequeo posparto. Es posible que se sienta bien y piense que se está recuperando, pero el cuerpo demora al menos seis semanas en recuperarse del parto.

- La visita debe hacerse entre 7 y 84 días después del parto.
- Si tuvo una cesárea o tuvo complicaciones en su embarazo o parto, su PCP o ginecólogo obstetra pueden pedirle que vuelva para hacer un chequeo una o dos semanas después. Este no se considera un chequeo posparto. Debe volver a visitar al proveedor en un plazo de 7 a 84 días desde el parto para hacer el chequeo posparto.

Programa Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Case Management

El programa NICU Case Management proporciona educación y apoyo diseñados para ayudar a lidiar con el estrés cotidiano que genera tener un bebé en una unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU), fomenta la participación de los padres/cuidadores y ayuda a prepararlos para cuando el bebé reciba el alta del hospital y posteriormente. Los padres/cuidadores reciben educación y recursos que describen estrategias exitosas que pueden utilizar para colaborar con el equipo de atención de la NICU del bebé mientras este está hospitalizado, así como después del alta.

El estrés de tener un bebé en una NICU puede dar lugar a síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre los padres y los seres queridos. En un esfuerzo por reducir el impacto del TEPT entre los miembros, brindamos ayuda con lo siguiente:

- Brindamos asesoramiento sobre los programas de apoyo del hospital a los padres, si están disponibles, así como servicios de apoyo y remisiones a proveedores.
- Examinamos a los padres para detectar TEPT aproximadamente un mes después de la fecha de nacimiento del bebé.
- Remitimos a los padres a los recursos del programa de salud del comportamiento, si está indicado.
- Volvemos a contactarnos con las familias con una llamada de seguimiento un mes después para evaluar si los padres recibieron el beneficio del contacto inicial y de la concientización sobre el TEPT.

MANEJO DE CASOS

MANEJO DE CASOS

Manejo de casos

Proporcionamos manejo de casos para los miembros elegibles. Sabemos que la salud de cada persona es diferente. Nuestros administradores de caso pueden ayudarle a entender sus condiciones médicas en curso y ayudarle a aprender cómo ocuparse de ellas. Si cree que necesita manejo de casos, le remitiremos a un administrador de casos.

Nuestros administradores de casos harán lo siguiente:

- Preguntarle acerca de su salud, las personas que lo ayudan y sus necesidades según su estilo de vida.
- Explicarle cómo puede ayudarlo el programa.
- Preguntarle si desea inscribirse.

Su administrador de caso trabajará con usted y con su familia para:

- Concertar un plan de atención (con aportes de su médico) para ayudarlo a vivir una vida plena.
- Programar servicios médicos.
- Obtener referencias y aprobaciones previas.
- Enviar expedientes a sus otros médicos (de ser necesario).
- Revisar su plan de atención cuando sea necesario.

También tenemos manejo de casos complejos para determinados miembros con necesidades de salud y bienestar únicas. Es posible que lo llamemos para hablar de este programa si necesita más ayuda con lo siguiente:

- Problemas físicos graves.
- Trastornos de salud mental.

Si necesita servicios de manejo de casos o de manejo de casos complejos, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

Identificamos posibles miembros para manejo de casos a través de nuestros procesos internos de remisiones, a través de los proveedores, y cuando un miembro o su cuidador solicita manejo de casos.

A través de este proceso, un administrador de casos trabajará con usted y su familia (o un representante) para revisar sus fortalezas y necesidades. La revisión debería dar como resultado un plan de servicio que:

- Sea aceptado por usted, su familia o representante y el administrador de casos.
- Que satisfaga todas sus necesidades (médicas, funcionales, sociales y de salud del comportamiento) en el entorno más unificado posible.

El administrador de casos puede ayudar a lo siguiente:

- Determinar sus necesidades de atención de la salud.
- Desarrollar un plan de atención.
- Darles a usted y su familia la información y capacitación necesarias para tomar decisiones y hacer elecciones informadas.
- Darles a los proveedores la información que necesitan sobre cualquier cambio en su salud para ayudarlos a planificar, brindar y monitorear los servicios.

Para recopilar y evaluar esta información, su administrador de casos realizará entrevistas telefónicas o visitas a domicilio con usted o sus representantes.

Para completar la evaluación, el administrador de casos también obtendrá información de su proveedor de atención primaria, especialistas y otras fuentes para programar y determinar sus necesidades actuales de servicios médicos y no médicos.

SALUD DEL COMPORTAMIENTO

SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Los problemas de salud del comportamiento son muy comunes. Con tratamiento, la mayoría de las personas pueden mejorar. Si piensa que puede tener un problema de salud del comportamiento, como un trastorno de salud mental o abuso de sustancias, lo más recomendable es pedir ayuda. Su PCP puede ayudarle a determinar la ayuda que necesita. También puede pedir ayuda a:

- Uno de los numerosos profesionales de salud del comportamiento.
- Un asociado clínico de Amerigroup.

Cómo obtener ayuda de un profesional de salud del comportamiento

No necesita una remisión para consultar a un profesional de salud del comportamiento de nuestro plan de salud. Simplemente llame y haga una cita. Para encontrar un centro comunitario de salud mental o un proveedor para trastornos por abuso de sustancias cerca de su área, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para pedir ayuda.

Cómo obtener ayuda de un asociado clínico de Amerigroup

También puede obtener ayuda de un asociado clínico de Amerigroup. No necesita una remisión. Puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas sin costo al 866-864-2545. Podemos:

- Ayudarlo en caso de crisis; si tiene una emergencia grave que ponga en riesgo su vida, usted, un familiar o un cuidador deben llamar al 911 de inmediato.
- Ayudarlo si tiene un problema menos grave; nuestro personal de Servicios para Miembros puede:
 - Hablar con usted, su familia o su cuidador, según corresponda, sobre sus necesidades.
 - Ayudarlo a obtener la ayuda que necesite de forma rápida.
- Ayudarlo si tiene una necesidad menos urgente; podemos darle:
 - Los nombres y números de teléfono de las agencias de su área para pedir ayuda y
 - El nombre de un profesional de salud del comportamiento si lo necesita.

No necesita una remisión de su PCP.

- Ayudarlo si necesita servicios clínicos y terapéuticos especiales para tratar afecciones, como autismo; para saber cómo acceder a estos servicios proporcionados por un especialista en autismo, llame sin costo a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).
- Ayudarlo a encontrar el Centro comunitario de salud mental más cercano; llámenos sin costo al 800-600-4441 (TTY 711).
- Responder a sus preguntas sobre los servicios cubiertos que puede recibir.

Su primera visita a un proveedor de salud del comportamiento

Durante la primera visita, el proveedor le hará muchas preguntas. Es para tratar de determinar la mejor manera de ayudarlo. Muchas personas se ponen ansiosas u olvidan qué quieren lograr con la visita. Por eso, aquí le damos algunos consejos útiles para antes y después de la primera visita:

Cómo prepararse para la primera visita

- Escriba qué le molesta y con qué le gustaría obtener ayuda.
- Piense en cosas que hayan mencionado su familia y sus amigos con las que pueda necesitar ayuda.
- Piense en preguntas que pueda tener usted o su familia; escríbalas para decírselas al proveedor.
- Si lo desea, lleve un amigo o miembro de la familia para que le brinde apoyo; puede esperar con usted en la sala de espera o entrar con usted para ayudarlo a hablar de sus necesidades.

Qué esperar después de la primera visita

- Asegúrese de salir del consultorio del proveedor con un plan claro para seguir recibiendo ayuda; esto suele incluir una cita de seguimiento.
- Si usted o un familiar comienzan a usar un nuevo medicamento para la salud del comportamiento, es probable que deba visitar a su proveedor:
 - Entre una y tres semanas después y
 - No más de un mes después.

Su proveedor debe programar esta cita antes de que usted salga del consultorio; si no es así, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para pedir ayuda.

Visitas de seguimiento con un proveedor de salud del comportamiento

Para obtener la mejor ayuda posible, debe:

- Consultar a su proveedor de salud del comportamiento con regularidad.
- Seguir los pasos acordados con el proveedor; esto incluye:
 - Tomar los medicamentos con regularidad y según la receta.
 - Informar al proveedor de inmediato si no desea tomar los medicamentos indicados o si tienen efectos secundarios indeseados; este trabajará con usted para encontrar otra manera de mejorar su estado o conservar su salud.
 - Informarle al proveedor si un tratamiento no está funcionando; este trabajará con usted para determinar otro tipo de tratamiento.

Si desea cambiar de proveedor, puede hacerlo. Nos complacerá ayudarlo a encontrar otro proveedor que satisfaga sus necesidades. Sin embargo, como norma, cambiar de proveedor con frecuencia no es útil. Esto significa que debe comenzar de nuevo con otra persona.

Mantenerse bien

Cuando se esté sintiendo mejor, es recomendable escribir todas las cosas que le ayudaron a mejorar y mantenerse bien. Puede escribir:

- Todo lo que le gustaría hacer la próxima vez que se sienta mal.
- Y todo lo que le gustaría hacer para evitar sentirse peor.

Esto se denomina un **plan de recuperación**. Puede ayudarle a recordar qué hacer la próxima vez que empiece a sentirse mal.

Asegúrese de que el plan de recuperación incluya estos pasos:

- Cuide su salud física; detectar una enfermedad de manera temprana le permite tener menos posibilidades de que le haga daño.
- Trate de programar una visita a su PCP al menos una vez al año.
- Asegúrese de que su proveedor de salud del comportamiento o PCP controle su peso y presión arterial.
- Haga un seguimiento con este proveedor de salud del comportamiento o su PCP para saber si necesita exámenes regulares de diabetes, colesterol y/o cáncer.
- Si toma determinados medicamentos como antipsicóticos o le han indicado que tiene síntomas de esquizofrenia y trastorno bipolar, examínese al menos una vez al año para detectar problemas de diabetes y colesterol; su proveedor de salud del comportamiento o PCP puede ayudarlo a hacerse los exámenes médicos. También puede llamarnos para pedir ayuda al 800-600-4441.

Servicios de salud del comportamiento cubiertos

Su proveedor puede remitir su caso para recibir determinados servicios de salud del comportamiento. La mayoría de los servicios médicamente necesarios están cubiertos; no necesitan aprobación previa inicial. No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, consulte la sección **Sus beneficios de atención de la salud**.

Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados

Estos servicios están cubiertos y son accesibles mediante:

- Su proveedor de salud del comportamiento.
- Su PCP.
- Amerigroup.

Si usted o un familiar necesitan atención de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados, llame sin cargo a Servicios para Miembros de Amerigroup al 800-600-4441. Si usted o su familiar son hospitalizados en una unidad de salud del comportamiento, infórmeles a sus proveedores:

- Qué pueden hacer para ayudarlo a mejorar y estar bien.
- Qué medicamentos toma y cómo lo afectan.
- Los proveedores ambulatorios que consulte y las personas que le prestan ayuda y apoyo.

Antes de que le de que abandone un entorno de hospitalización, debe recibir la hoja de alta correspondiente. Esta hoja:

- Le indica qué puede hacer para mantenerse bien al salir del hospital
- Debe incluir una cita para consultar a un proveedor ambulatorio dentro de siete días del alta; **si no le dan esta cita, llámenos sin cargo al 800-600-4441 para pedir ayuda.**

SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO

SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS)

Coordinación de servicio de Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Nuestro programa de coordinación de servicios ofrece servicios individualizados para satisfacer las necesidades de comportamiento, sociales, ambientales y funcionales de los miembros que sean:

- Parte de un programa de exención HCBS.
- Residentes de centros de enfermería.
- Residentes de centro de enfermería especializada (SNF).
- Residentes de centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID).
- Residentes de centros de enfermería para enfermos mentales (NF/MI).

¿Qué significa la coordinación de servicios para usted?

Un enfoque centrado en la persona para coordinar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades. La coordinación de servicios incluye estos aspectos, entre otros:

- Identificación de sus necesidades
- Realización de una evaluación de la salud
- Decisiones sobre qué medidas tomar
- Coordinación de los servicios necesarios

¿Qué puede esperar de su administrador de casos comunitario (CBCM) de LTSS?

Su administrador de casos comunitario de LTSS:

- Se reunirá cara a cara con usted en su hogar para evaluar sus necesidades físicas, de comportamiento, funcionales, sociales y de servicios y apoyo a largo plazo.
- Incluirá a sus familiares, cuidadores y apoyos naturales para que ayuden a evaluar sus necesidades, si usted lo aprueba.
- Trabaja con usted, sus familiares y apoyos naturales para desarrollar un plan de servicio que satisfaga sus necesidades particulares, identificadas durante las reuniones.
 - Usted recibirá una evaluación integral una vez al año o en caso de que tenga un cambio significativo en sus necesidades de salud.
- Ayudará a coordinar el acceso oportuno a los servicios.
- Coordinará servicios que satisfagan sus necesidades médicas y funcionales.

Lo ayudamos a recibir la atención y el apoyo que necesita

Servicios y apoyo a largo plazo

Con Amerigroup, cuenta con un equipo de personas que trabajan para darle apoyo con sus necesidades físicas, de comportamiento, funcionales, sociales y de servicios y apoyo a largo plazo. Su administrador de casos comunitario de LTSS:

- Lo visita en su domicilio para evaluar sus necesidades de servicios y apoyo a largo plazo.

- Recopila la información necesaria para ayudarlo a obtener la atención correcta y acceder a los servicios necesarios y que usted prefiera.
- Crea un plan de servicios con usted y con las personas importantes para usted.
- Le da apoyo para acceder a los servicios.

Su administrador de casos comunitario de LTSS:

- Trabaja en colaboración con usted para que conozca todos los recursos disponibles en la comunidad.
- Tiene acceso a información para ayudarlo a tomar mejores decisiones sobre su salud y opciones útiles para vivir mejor, a fin de asegurar mejores resultados en su salud.

También podemos ayudarlo si tiene preguntas sobre sus beneficios y servicios con Amerigroup. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6 p.m., hora del Centro. Llame al 800-600-4441 (TTY 711).

Integrar la atención de la salud física

Su administrador de casos comunitario de LTSS:

- Coordinará los servicios necesarios por motivos médicos, como:
 - Equipo médico duradero.
 - Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Le informará sobre los programas especiales (algunos de ellos con certificación a nivel nacional), como control de la diabetes, esquizofrenia, depresión, asma y más.

Integrar la atención de la salud del comportamiento

Su administrador de casos comunitario de LTSS puede permitirle acceder a servicios de manejo de casos de salud del comportamiento para tratar:

- Inquietudes relacionadas con la salud del comportamiento
- Programas para el trastorno por abuso de sustancias, y
- Servicios ofrecidos por centros comunitarios de salud mental para miembros y sus sistemas de apoyo familiares.

Acceso a servicios

Su administrador de casos comunitario de LTSS le ayudará a obtener la atención y los servicios que necesite:

- Agregará servicios a su plan de atención existente cuando los necesite.
- Le dará apoyo y ofrecerá creatividad para aprovechar los recursos comunitarios.
- Asegurará que tenga acceso a beneficios y servicios como transporte, cuidado dental, chequeos médicos, atención de la salud del comportamiento y relevo, además de los beneficios adicionales que ofrecemos.
- Lo ayudará a abastecer sus recetas y resolver cualquier problema con la farmacia.
- Lo ayudará a pedir artículos de venta libre (como Tylenol, loción, etc.).

Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Existen Servicios en el hogar y la comunidad disponibles para personas que reúnan los requisitos para los siguientes programas:

- Exención para SIDA/VIH
- Exención para lesiones cerebrales
- Exención para salud mental infantil
- Exención para adultos mayores
- Recuperación de las habilidades
- Exención para salud y discapacidad
- Exención para discapacidad intelectual
- Exención para discapacidad física

Exención para SIDA/VIH

Los servicios de Exención para SIDA/VIH pueden estar disponibles para personas:

- Que estén diagnosticadas por un médico como portadoras de VIH o SIDA.
- Con necesidad de un nivel de atención de un ICF u hospital.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para SIDA/VIH

- Cuidado diurno para adultos
- Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
- Servicios de asesoramiento
- Comidas entregadas a domicilio
- Asistente de cuidado médico a domicilio
- Servicio de tareas domésticas
- Cuidado de enfermería
- Relevos
- Opción de elecciones del consumidor

Exención para lesiones cerebrales

Los servicios de Exención para lesiones cerebrales (BI) pueden estar disponibles para personas:

- Con un diagnóstico de lesión cerebral, conforme se define en el Código Administrativo de Iowa.
- Que necesitan un nivel de atención de un centro de cuidados intermedios (ICF), centro de enfermería especializada (SNF) o centro de cuidados intermedios (ICF) para discapacitados mentales (ID).
- De al menos 1 mes de edad.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para lesiones cerebrales

- Cuidado diurno para adultos
- Programación del comportamiento
- Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
- Asesoramiento y capacitación familiar
- Modificaciones del hogar y vehículos
- Control y tratamiento médico provisorio
- PERS (Sistema personal de respuesta ante emergencias)
- Servicios pre-vocacionales
- Relevo
- Equipos médicos especializados
- Vida comunitaria asistida
- Empleo asistido
- Transporte
- Opción de elecciones del consumidor

Exención para salud mental infantil

Los servicios de Exención para salud mental infantil (CMH) pueden estar disponibles para personas:

- Desde el nacimiento hasta 18 años.
- Que tengan un diagnóstico de alguna perturbación emocional grave, verificada por un psiquiatra, psicólogo o profesional de la salud mental en los últimos 12 meses.
- Con necesidad de un nivel de atención en un hospital.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para salud mental infantil

- Modificaciones ambientales, dispositivos de adaptación y recursos terapéuticos.
- Terapia familiar en el hogar
- Apoyos en la comunidad y en la familia
- Relevo

Exención para adultos mayores

Los servicios de Exención para adultos mayores pueden estar disponibles para personas:

- De 65 años en adelante.
- Con necesidad de un nivel de atención de un ICF o especializada.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para adultos mayores

- Cuidado diurno para adultos
- Dispositivos de asistencia
- Vida asistida

Servicios de Exención para adultos mayores

- Servicios de tareas domésticas
- Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
- Sistema de respuesta ante emergencias
- Modificaciones del hogar y vehículos
- Comidas entregadas a domicilio
- Asistente de cuidado médico a domicilio
- Servicio de tareas domésticas
- Extensión de salud mental
- Cuidado de enfermería
- Asesoramiento nutricional
- Relevo
- Acompañantes de adultos mayores
- Transporte
- Opción de elecciones del consumidor

Recuperación de las habilidades

Los servicios de Recuperación de las habilidades podrían estar disponibles para aquellas personas que experimentan limitaciones funcionales típicamente asociadas a enfermedades mentales crónicas.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Recuperación de las habilidades

- Recuperación de las habilidades en el hogar (servicios diarios y por hora)
- Servicios diurnos de recuperación de habilidades.
- Pre-vocacional
- Empleo asistido

Exención para salud y discapacidad

Los servicios de Exención para salud y discapacidad (HD) pueden estar disponibles para personas:

- Que tengan menos de 65 años y sean ciegas o se determine que son discapacitadas por recibir beneficios del Seguro Social por discapacidad o a través del proceso de decisión de discapacidad del Iowa Department of Human Services.
- No son elegibles para el Ingreso de seguridad suplementario (SSI) si tienen más de 21 años; los miembros que reciben servicios de Exención para HD cuando cumplen 21 años pueden continuar siendo elegibles, independientemente de la elegibilidad para el SSI hasta que cumplan 25 años.
- Cumplen con todos los requisitos no financieros para Medicaid.
- Con necesidad de un nivel de atención de un centro de cuidados intermedios (ICF), centro de enfermería especializada (SNF) o centro de cuidados intermedios (ICF) para discapacitados mentales (ID).

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para salud y discapacidad

- Cuidado diurno para adultos
- Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
- Servicios de asesoramiento
- Modificaciones del hogar y vehículos
- Comidas entregadas a domicilio
- Asistente de cuidado médico a domicilio
- Servicio de tareas domésticas
- Control y tratamiento médico provisorio
- Servicios de enfermería
- Asesoramiento nutricional
- Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)
- Relevos
- Opción de elecciones del consumidor

Exención para discapacidad intelectual

Los servicios de Exención para discapacidad intelectual pueden estar disponibles para personas:

- Con un diagnóstico de incapacidad intelectual determinado por un psicólogo o psiquiatra.
- Con necesidad de un nivel de atención de un ICF/ID.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para discapacidad intelectual

- Cuidado diurno para adultos
- Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
- Servicios diurnos de recuperación de habilidades
- Modificaciones del hogar y vehículos
- Asistente de cuidado médico a domicilio
- Control y tratamiento médico provisorio
- Enfermería
- PERS
- Servicios pre-vocacionales
- Relevos
- Vida comunitaria asistida
- Vida comunitaria asistida: residencial
- Empleo asistido
- Transporte
- Opción de elecciones del consumidor

Exención para discapacidad física

Los servicios de Exención para discapacidad física (PD) pueden estar disponibles para personas:

- Con alguna discapacidad física.
- De 18 a 64 años.
- Que se determine que son ciegas o discapacitadas por recibir beneficios del Seguro Social por discapacidad o a través del proceso de determinación de discapacidad del Iowa Department of Human Services.

Según la evaluación de sus necesidades, los servicios cubiertos podrían incluir:

Servicios de Exención para discapacidad física

- Cuidado de asistente dirigido por el consumidor
- Modificación del hogar y vehículos
- PERS
- Equipos médicos especializados
- Transporte
- Opción de elecciones del consumidor

OPCIÓN DE ELECCIONES DEL CONSUMIDOR

OPCIÓN DE ELECCIONES DEL CONSUMIDOR

En Iowa, hay dos programas autodirigidos:

- Programa Consumer Choices Option (CCO)
- Programa Consumer-Directed Attendant Care (CDAC) (vea la siguiente sección)

Estos programas:

- Permiten que las personas con una discapacidad autodirijan los servicios: usted puede elegir los servicios y empleados para ayudar a adaptarse mejor a sus necesidades, independiente de los servicios tradicionales que recibe.
- Proporcionan a los miembros más opciones, control y flexibilidad sobre sus servicios: usted puede elegir participar o retirarse de la dirección del cliente de los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) en cualquier momento.

Con el programa Consumer Choices Option (CCO), usted tiene:

- Control sobre sus dólares en virtud de la exención de Medicaid, de modo que puede establecer un plan que satisfaga sus necesidades de la siguiente manera:
 - Contratando sus propios empleados directamente y/o
 - Comprando otros bienes y servicios.
- Un agente de seguros de apoyo independiente (ISB) lo ayudará a desarrollar un presupuesto basado en los fondos mensuales aprobados por su administrador de casos.

Para participar del programa CCO, debe:

- Vivir en el estado de Iowa.
- Ser elegible para los servicios de HCBS (esto excluye la exención relativa a la salud mental infantil y la recuperación de habilidades).
- Completar el formulario de autoevaluación con su ISB y el administrador de casos de servicios basados en la comunidad de Amerigroup.

Si elige la opción CCO, puede obtener ayuda extra. Debe escoger un ISB y luego usarlo al menos trimestralmente para ayudarle a:

- Elaborar su presupuesto.
- Contratar empleados.

También debe trabajar mensualmente con un proveedor calificado de servicios de administración financiera (FMS) que:

- Administre su presupuesto, y
- Les pague a los trabajadores en su nombre.

Consulte la sección **Servicios de administración financiera** para obtener más información.

Trabajamos con Veridian Fiscal Solutions para administrar el programa CCO. Como el proveedor de servicios de administración financiera, Veridian trabajará con usted para:

- Ayudarlo a completar su inscripción en el programa, incluso el procesamiento de verificaciones de antecedentes de los trabajadores que desee contratar.
- Verificar que todos los documentos requeridos que usted y el ISB proporcionan sean procesados y puedan comenzar los servicios de CCO.
- Ingresar el presupuesto que usted y el ISB desarrollan en el sistema Veridian.
- Coordinar el pago a los trabajadores en su nombre, que incluye:
 - Procesar las hojas de trabajo aprobadas que usted entregó a Veridian para pago y
 - Conciliar las diferencias con las planillas horarias o pagos.

Para obtener más información sobre:

- El programa CCO, visite dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/consumer-choices-option.
- Veridian Fiscal Solutions, visite veridianfiscalsolutions.org/cco.

Servicios de administración financiera

Los servicios de administración financiera (FMS) se ofrecen a los miembros que reciban servicios autodirigidos mediante estos programas de Exención de HCBS:

- SIDA/VIH
- Lesión cerebral
- Adultos mayores
- Salud y discapacidad
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad física

Cuando usted o su representante seleccionan un proveedor de FMS, el proveedor les debe informar sobre los derechos y obligaciones que usted tiene respecto de:

- Elegir y dirigir los servicios de apoyo.
- Elegir y dirigir a los trabajadores que prestan los servicios.
- Cumplir sus responsabilidades como empleador.
- Conocer las responsabilidades del proveedor de FMS.
- Obtener capacitación inicial y permanente si se solicita.

Cuando tengan toda la información, usted o su representante deben abordar, revisar y firmar un acuerdo de servicio de FMS:

- Establecido y ofrecido por el estado de Iowa, y
- Distribuido por el proveedor de FMS.

Este acuerdo de servicio de FMS:

- Incluirá las responsabilidades suyas y del proveedor que se hayan negociado, y
- Establecerá las responsabilidades de cada parte.

Si usted o su representante deciden autodirigir parte de los servicios HCBS, usted debe trabajar en colaboración con FMS para conocer:

- Sus derechos y obligaciones.
- Los derechos y obligaciones del proveedor de FMS.

La siguiente es una guía para ayudarle al momento de contratar a una empresa o persona que haga lo siguiente:

- Servicios de cuidado personal autodirigidos.
- Bienes y servicios dirigidos por la persona.
- Empleo y apoyo comunitario autodirigido.

Una empresa debe:

- Contar con todas las licencias y permisos requeridos para operar conforme a la legislación federal, estatal y local.
- Contar con cobertura contra terceros y compensación para trabajadores.

Una persona debe:

- Contar con todas las licencias y permisos requeridos para operar conforme a la legislación federal, estatal y local, incluso una licencia de conducir válida si ofrece transporte.

Todo el personal debe:

- Cumplir el requisito de edad mínima.
 - Al menos 16 años para servicios autodirigidos de cuidado personal
 - Al menos 18 años para bienes y servicios autodirigidos y empleo y apoyo comunitario autodirigido
- Poder comunicarse correctamente para que usted pueda entender.
- No obtener servicios de relevo pagados mediante servicios domiciliarios y comunitarios en su nombre, si usted los recibe.
- No obtener servicios de relevo pagados mediante la opción de elecciones del consumidor en su nombre, si cuenta con esta opción.
- No ser padres o padrastros de un miembro menor de edad o cónyuges de un miembro.

Puede elegir autodirigir algunos o todos sus servicios de exención elegibles.

Usted o la persona responsable con derecho a dirigir los servicios pueden decidir:

- Terminar con la autodirección de servicios, y
- Recibir servicios de exención previamente aprobados sin multa.

Para obtener más información, visite <http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/consumer-choices-option>.

CUIDADO DE ASISTENTE DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR

CUIDADO DE ASISTENTE DIRIGIDO POR EL CONSUMIDOR

Con el programa Cuidado de asistente dirigido por el consumidor (CDAC), usted puede escoger qué servicios quiere que sean autodirigidos; usted puede:

- Elegir si usar un proveedor de CDAC independiente o uno afiliado a una agencia.
- Desarrollar un plan de cuidado con el equipo interdisciplinario.
- Al usar el presupuesto aprobado en el plan de servicios, completar el acuerdo de cuidado de asistente dirigido por el consumidor y establecer las horas de servicio que serán trabajadas y la tasa de pago al empleado.
 - Firmar el acuerdo; garantizar que el empleado también lo firme.
 - Entregarles una copia a los CBCM.
- Aprobar las hojas de trabajo; asegurarse de que:
 - Estén correctas y en consonancia con la autorización de servicio, y
 - Los empleados entreguen su planilla horaria directamente a Amerigroup para el reembolso de reclamaciones.
- Informar al empleado y a CBCM si hay algún cambio o inquietud.

El programa CDAC puede ser para servicios especializados y no especializados:

- Los servicios no especializados incluyen ayuda con actividades normales de la vida diaria, tales como:
 - Vestirse y desvestirse.
 - Limpiar para comer.
 - Acostarse y levantarse.
 - Programar citas.
 - Comunicarse con otros.
 - Visitas al médico.
 - Preparar las comidas.
 - Manejar dinero.
 - Darse un baño.
 - Hacer compras.
 - Tomar medicamentos.
 - Hacer mandados.
 - Tareas domésticas.
- Los servicios especializados son más de carácter médico; una enfermera licenciada o terapeuta debe supervisar al proveedor que hace estas cosas para usted; los ejemplos de servicios especializados incluyen:
 - Control de medicamentos.

- Atención de enfermería posquirúrgica.
- Inyecciones parenterales.
- Registro de signos vitales.
- Alimentación por sonda.
- Cuidado del catéter.
- Atención para colostomía.
- Dietas terapéuticas.
- Terapia intravenosa.

Al igual que el CCO, el programa CDAC le da la oportunidad de estar a cargo de contratar sus propios empleados:

- El empleado debe tener al menos 18 años.
- El empleado puede ser un familiar, un amigo o su vecino.
- El empleado no puede ser la esposa o esposo del miembro.
- El empleado no puede ser su padre, padrastro o tutor si el miembro tiene menos de 18 años.
- El empleado debe tener el entrenamiento o la experiencia para ayudarlo con las necesidades del miembro.
- El proveedor no puede beneficiarse de los servicios de relevo pagos a través de la exención en su nombre; si su proveedor necesita un descanso, puede contratar a otro proveedor de CDAC.
- Puede contratar a otros proveedores para asegurarse de que tienen un proveedor de respaldo en caso de que el proveedor regular no pueda prestarle los servicios.
- Puede tener tantos proveedores de CDAC como necesite para satisfacer sus necesidades de servicio.

Para conocer más sobre el programa Cuidado de asistente dirigido por el consumidor, visite el sitio web de Iowa Medicaid: dhs.iowa.gov/ime/members/Medicaid-a-to-z/cdac.

Los miembros de estos grupos de exenciones pueden optar por servicios autodirigidos:

- Lesión cerebral
- Adultos mayores
- SIDA/VIH
- Discapacidad física
- Salud y discapacidad
- Discapacidad intelectual

PROGRAMA DE SALUD EN EL HOGAR

PROGRAMA DE SALUD EN EL HOGAR

Amerigroup ofrece el programa de Salud en el Hogar para darle apoyo a usted y su salud con la coordinación de la atención y los servicios que reciba. Supervisará todas sus necesidades de atención de salud y asegurará que obtenga la mejor atención disponible.

¿Qué es Salud en el Hogar?

Salud en el Hogar es un programa que le ofrece apoyo adicional a través de un equipo de profesionales, que puede incluir una enfermera, un especialista de apoyo familiar, especialista de apoyo de pares, un coordinador de la atención o instructor de salud. Este programa se ofrece a través de su plan médico de Amerigroup. Amerigroup le da la bienvenida si quiere participar en el programa. Ayuda a asegurar que tenga el mejor estado de salud posible mediante algunos servicios especiales. Entre estos servicios se incluyen los siguientes:

- 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 obtenga las importantes visitas de seguimiento a 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 casa.

¿Por qué elegir Salud en el Hogar?

Participar en Salud en el Hogar tiene muchos beneficios, como:

- Todas las personas que le presten servicios y apoyo trabajan en conjunto para darle atención de la salud de calidad.
- Un coordinador de la atención para ayudarlo a administrar todos sus servicios y apoyo entre los proveedores; este coordinador también:
 - Ayudará a identificar los servicios y apoyo que sean útiles para usted.
 - Lo ayudará a informarse sobre sus medicamentos.
 - Apoyará a su familia u otras personas que le den atención y apoyo.
 - Hará un seguimiento después de que salga del hospital o la sala de emergencias.
 - Responderá las preguntas que tenga sobre su salud.
- Será un punto de contacto sobre sus servicios y apoyo de atención de salud si tiene preguntas o problemas.

Salud en el Hogar para Afecciones Crónicas

Usted puede recibir servicios de salud a domicilio si tiene dos de las siguientes afecciones crónicas, o una afección crónica y el riesgo de desarrollar otra:

- Afección de salud mental
- Trastorno por abuso de sustancias
- Asma
- Diabetes
- Enfermedad del corazón
- Índice de masa corporal (BMI) sobre 25
- Hipertensión
- BMI infantil superior al percentil 85

Salud en el Hogar Integrada

Para reunir los requisitos de los servicios de Salud en el Hogar Integrada (IHH), debe tener una de las siguientes afecciones clínicas:

- Un adulto con alguna enfermedad mental grave (SMI): trastorno psiquiátrico, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión grave, trastorno delirante, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno bipolar, o
- Un niño o adolescente con algún trastorno emocional grave (SED): mental, emocional o del comportamiento que afecte el funcionamiento normal.

Los miembros que están inscritos en la Recuperación de las habilidades y en la Exención para salud mental infantil en un IHH.

Usted decide si participa en el programa de Salud en el Hogar. Puede estar en un programa de Salud en el Hogar, cambiarlo o salir del programa en cualquier momento.

Si desea cambiar de programa de Salud en el Hogar, puede:

- Solicitar el cambio a través del programa actual o el programa de Salud en el Hogar al que quiera transferirse, o
- Llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup para pedir ayuda al 800-600-4441 (TTY 711).

El cambio de Salud en el Hogar no modificará sus beneficios, siempre y cuando reúna los requisitos para el programa.

Los servicios del programa de Salud en el Hogar son un apoyo adicional para ayudarle a cumplir sus metas de salud. Si tiene preguntas sobre el programa de Salud en el Hogar o quiere saber si es elegible, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Amerigroup quiere que conozca sus derechos y obligaciones. Le diremos sobre ellos:

- Cuando se inscriba.
- Cada año.
- 30 días antes de hacer algún cambio.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos, obligaciones o cómo solicitar información, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

Sus derechos

Como miembro de Amerigroup, tiene derecho a lo siguiente:

Saber que su registro médico es privado; recibir un trato digno y no discriminatorio.

Eso incluye los siguientes derechos:

- Recibir un trato justo y respetuoso.
- Saber que se mantendrá la privacidad y confidencialidad de su registros médicos y las conversaciones con sus proveedores.
- Recibir una copia de sus registros médicos (una copia sin costo para usted); solicitar copias adicionales de sus registros médicos (es posible que le cobren una tarifa); solicitar que los registros se corrijan o enmienden.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y alternativas.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención de la salud, incluso el derecho a lo siguiente:
 - Rechazar un tratamiento.
 - Crear una directiva anticipada.
 - Presentar quejas y apelaciones.
 - Tener una discusión honesta sobre las opciones de tratamiento médicamente necesario para su(s) condición(es) médica(s), independientemente del costo o los beneficios cubiertos.

Participar en la toma de decisiones acerca de su atención de la salud

Aceptar o rechazar un tratamiento y participar de manera activa en las decisiones del tratamiento.

Recibir atención sin restricciones

No ser aislado ni sometido a restricciones físicas en las siguientes condiciones:

- Para la conveniencia de otra persona.
- Para forzarlo a hacer algo que usted no quiera hacer.
- Para vengarse de usted o castigarlo.

Tener acceso a servicios de atención de la salud

Recibir servicios médicos que sean similares en cantidad y alcance a los que se brindan conforme a la tarifa por servicio de Medicaid. Eso incluye los siguientes derechos:

- Recibir servicios médicos que logren el objetivo para el cual se prestan los servicios.
- Obtener servicios médicos de proveedores fuera de la red; dichos proveedores deben obtener autorización previa y si se otorga, el miembro puede recibir servicios a un costo que no supere el que tendrían si se prestaran dentro de la red (no se requiere autorización previa si usted tiene una condición médica de emergencia).
- Recibir servicios que sean adecuados y que no se le denieguen ni se le reduzcan por los siguientes motivos:
 - Diagnóstico.
 - Tipo de enfermedad.
 - Condición médica.

Recibir toda la información de manera clara y comprensible

Que le brinden información en una forma y formato que pueda entender. Esto incluye:

- Avisos de inscripción.
- Información sobre las normas de su plan médico, incluidos los servicios médicos que puede recibir y cómo recibirlos.
- Opciones de tratamiento y alternativas, independientemente del costo o de si son parte de sus beneficios cubiertos.
- Una descripción completa de los derechos de cancelación de la inscripción al menos una vez al año.
- Aviso de cualquier cambio importante en su paquete de beneficios al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.
- Información sobre los procedimientos en caso de quejas, apelaciones y audiencias administrativas.
- Información sobre las políticas de directiva anticipada.

Recibir información acerca del plan médico de Amerigroup antes de inscribirse

Recibir información sobre Amerigroup para que pueda tomar una decisión informada. Esto incluye:

- Características básicas de los programas que ofrece Amerigroup.
- La responsabilidad de Amerigroup de coordinar la atención de manera oportuna.

Recibir información sobre los servicios de Amerigroup

Recibir información sobre los servicios de IA Health Link ofrecidos a través de Amerigroup. Esto incluye:

- Beneficios cubiertos.
- Procedimiento para recibir beneficios, incluido cualquier requisito de aprobación previa.
- Área de servicio.
- Cómo solicitar y obtener un Directorio de proveedores en cualquier momento.
- Nombres, ubicaciones y números de teléfono de los proveedores actuales de nuestro plan, además de los idiomas que hablan; la lista debe incluir, como mínimo, los siguientes proveedores:
 - Proveedores de atención primaria (PCP).
 - Especialistas.
 - Hospitales.

Consulte el Directorio de proveedores actual en myamerigroup.com/IA.

- Los límites a su capacidad de elección de los proveedores dentro de la red.
- Nombres de los proveedores que no están aceptando nuevos pacientes.
- Beneficios que no ofrece Amerigroup, pero que los miembros pueden obtener y cómo obtenerlos; esto incluye cómo se ofrece el transporte.
- Políticas de utilización de los servicios con la siguiente información:
 - Cómo encontrar un proveedor dentro de la red.
 - Cómo recomendar cambios en las políticas o servicios.
 - Responsabilidad de costos compartidos, si hubiera.
 - Información sobre planes de incentivos para médicos.
 - Información sobre la organización y el funcionamiento de Amerigroup.
 - Cómo recibir servicios, incluidos los servicios de maternidad, examen de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT), servicios de salud del comportamiento y servicios dentales.
 - Cómo recibir transporte de emergencia, transporte médicamente necesario y transporte en casos que no son emergencias.
 - Remisiones para atención especializada y otros servicios.

Obtener información sobre cobertura de emergencias y atención fuera del horario normal

Recibir información detallada sobre esta cobertura. Esto incluye:

- Qué es una condición médica de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios posteriores a la estabilización. (Los cuidados posteriores a la estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que usted recibe después de la atención médica de emergencia. Estos servicios son para ayudar a mantener estable su afección.)
- Normas sobre la postestabilización.

- Notificación de que los servicios de emergencia no requieren aprobación previa, independientemente de si los servicios fueron recibidos de un proveedor en nuestra red.
- El proceso y los procedimientos para recibir servicios de emergencia.
- Las ubicaciones de cualquier lugar de atención de emergencia y otros sitios donde los proveedores y hospitales suministren servicios cubiertos de emergencia y posteriores a la estabilización.
- Su derecho a usar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

Recibir la política de Amerigroup sobre remisiones

Recibir la política de Amerigroup sobre remisiones para atención especializada y otros beneficios no provistos por su PCP, si aplica.

Obtener servicios de interpretación oral

Recibir servicios de interpretación oral. Eso incluye los siguientes derechos:

- Recibir estos servicios sin costo para usted para la interpretación a cualquier idioma distinto del inglés y no solo a los idiomas más comunes.
- Recibir información sobre si dichos servicios se encuentran disponibles y sobre cómo acceder a ellos.

Ejercer sus derechos sin efectos adversos

Ejercer sus derechos sin efectos adversos respecto al trato que recibe de Amerigroup, nuestros proveedores o el Iowa Department of Human Services. Eso incluye los siguientes derechos:

- Presentar un reclamo o una apelación sobre Amerigroup, o la atención o los servicios que usted recibe de nuestros proveedores.
- Conocer los requisitos y los plazos para la presentación de una queja o apelación, incluido lo siguiente:
 - Cómo obtener ayuda con el proceso de presentación.
 - Los números de la línea gratuita para la presentación por teléfono.
 - El proceso de audiencia imparcial estatal, incluidos:
 - El derecho a una audiencia.
 - Las normas que rigen la declaración en la audiencia.
- Hacer recomendaciones en relación con sus derechos y obligaciones como miembro de Amerigroup.
- Manifestar inquietudes, reclamos o apelaciones ante Amerigroup en cualquier momento, llamando al 800-374-3631, ext. 106-103-5185.

Sus obligaciones

Como miembro de Amerigroup, tiene las siguientes obligaciones:

Conocer sus derechos

Conocer y entender cada uno de sus derechos en virtud de los programas IA Health Link y Hawki. Eso incluye la obligación de:

- Hacer preguntas si no entiende sus derechos.
- Conocer las opciones de planes médicos disponibles en su área.

Conocer y seguir las normas de su plan médico, IA Health Link y Hawki

Cumplir con las políticas y procedimientos del plan médico. Eso incluye la obligación de:

- Llevar su tarjeta de identificación consigo cada vez que reciba servicios médicos.
- Informarle al plan médico en caso de robo o extravío de su tarjeta de identificación.
- Informar a su plan médico inmediatamente si tiene una reclamación por accidentes laborales o una demanda pendiente por lesión personal o negligencia médica, o ha estado involucrado en un accidente de automóvil.
- Aprender y respetar las normas de su plan médico y de Medicaid.
- Hacer cambios en su plan médico y de PCP como establecen IA Health Link y Hawki, y su plan médico.
- Acudir a las citas programadas.
- Cancelar las citas con antelación cuando no pueda asistir.
- Ponerse siempre en contacto con su PCP en primer lugar para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Hablar con su PCP antes de ver a un especialista.
- Entender cuándo debe ir a una sala de emergencias y cuándo no.

Informar a sus proveedores sobre sus necesidades de atención de la salud

Compartir información sobre su estado de salud con su PCP e informarse por completo sobre las opciones de tratamiento y de servicio.

Eso incluye la obligación de:

- Informar a su PCP acerca de su salud.
- Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención de la salud y hacer preguntas sobre las diferentes formas de tratamiento de los problemas de atención de la salud.
- Ayudar a los proveedores a obtener sus registros médicos.
- Brindar información correcta a los proveedores.
- Seguir el tratamiento de atención indicado y recomendado por el proveedor, o informarle de inmediato al proveedor los motivos por los cuales no se pueden seguir sus instrucciones de tratamiento.

Participar en la toma de decisiones acerca de su salud

Participar activamente en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicios, tomar decisiones personales y medidas para mantener su salud. Eso incluye la obligación de:

- Trabajar en equipo con su proveedor para determinar cuál es el tipo de atención de la salud más adecuado para usted.
- Entender cómo afectan su salud las cosas que hace.
- Hacer todo lo posible para mantenerse sano.
- Tratar con respeto a los proveedores y el personal.

Llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup si tiene un problema y necesita ayuda. Amerigroup proporciona cobertura médica a nuestros miembros de forma no discriminatoria, conforme a la legislación estatal y federal, sin importar el sexo, raza, edad, religión, nacionalidad, discapacidad física o mental, o tipo de enfermedad o afección.

OTROS SEGUROS Y FACTURAS

OTROS SEGUROS Y FACTURAS

Si tiene Medicare

Si tiene Medicare, su cobertura de Medicare o Medicare HMO es la principal y su cobertura de IA Health Link mediante Amerigroup es secundaria.

Medicare o Medicare HMO cubrirá los servicios de los médicos y hospitales participantes y de otros proveedores de la red. Los servicios médicos se basan en las pautas de ese programa.

Como su seguro de salud primario es Medicare, no tiene que elegir un proveedor de atención primaria a través del programa IA Health Link.

Llame a su administrador de casos comunitario de Amerigroup al 800-600-4441 (TTY 711) para hablar de los servicios que le ofrecen. Su administrador de casos comunitario lo ayudará a coordinar los servicios a través de Medicare y los servicios y apoyo que obtenga a través del programa IA Health Link.

QUEJAS Y APELACIONES

QUEJAS Y APELACIONES

Quejas

Usted, su representante autorizado o su proveedor en su nombre, con aprobación por escrito de usted, pueden presentar una queja si:

- Tiene algún motivo de insatisfacción con Amerigroup.
- Tiene algún problema con nuestros servicios o los proveedores dentro de la red relacionados con aspectos como la calidad del cuidado médico prestado.
- Tiene dificultades para acceder al cuidado.
- Considera que se ha faltado el respeto a sus derechos o su dignidad.
- O ha recibido un trato descortés de parte de un proveedor o asociado de Amerigroup.

Cómo presentar una queja ante Amerigroup

Si no está a gusto con algo de Amerigroup y quiere presentar una queja, puede:

- Llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar su queja. Cuénteles al representante lo que sucedió, la fecha del problema y las personas involucradas.
- Envíenos su queja por correo. En una carta, incluya lo que sucedió, la fecha del problema y las personas involucradas. Envíe su carta a la siguiente dirección:
Grievances and Appeals Department
Amerigroup Iowa, Inc.
4800 Westown Parkway, Ste. 200
West Des Moines, IA 50266

Cuando recibamos su carta, nuestro equipo de quejas hará lo siguiente:

- Le enviará una carta en un plazo de tres días hábiles para informarle que recibimos su queja.
- Analizará su queja cuando la recibamos.
- Le enviará una carta en un plazo de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Le informará la decisión tomada por Amerigroup y toda la información que recibimos.

Si su queja es urgente, responderemos en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la información. Puede pedirnos que extendamos el proceso de queja 14 días calendario en caso de que cuente con más detalles que debemos revisar. Amerigroup también puede solicitar una extensión de 14 días calendario si es en beneficio del inscrito y el estado lo permite. Si prolongamos el proceso de queja,

se le enviará por correo una notificación escrita que explicará el motivo y el plazo de resolución. También explicará por qué la extensión protege sus intereses. También tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo.

Apelaciones

Si denegamos, reducimos o finalizamos los servicios, le enviaremos una carta de determinación adversa de beneficios. La determinación adversa de beneficios hará lo siguiente:

- Explicará por qué no pagaremos la atención o los servicios solicitados por su proveedor.
- Le dará instrucciones respecto a su derecho a apelar contra esta decisión.

Usted, su representante autorizado o su proveedor en su nombre, con aprobación por escrito de usted, pueden apelar la decisión.

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha de nuestra primera carta (determinación adversa de beneficios) en la que se le informa que no pagaremos por un servicio.

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras: por teléfono o por correo postal

- Llame a: Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para presentar la apelación. Infórmenos si quiere que alguien más lo ayude con el proceso de apelación, por ejemplo, un familiar, un amigo o su proveedor.
 - Si llama para presentar la apelación, luego debe presentar una apelación por escrito en un plazo de 10 días de calendario desde la fecha en la que nos llamó.
 - Si no presenta esta apelación por escrito después de llamarnos:
 - Su apelación se interrumpirá; le enviaremos una carta para informarle que detuvimos la apelación.
 - Si desea que el proceso de apelación continúe, debe presentar un Formulario de apelación por escrito o enviarnos una carta.

Correo (Incluya información tal como la atención que desea obtener y las personas involucradas):

Grievances and Appeals Department
Amerigroup Iowa, Inc.
4800 Westown Parkway, Ste. 200
West Des Moines, IA 50266

Cuando recibamos su carta o formulario de apelación, le enviaremos una carta en un plazo de tres días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su apelación.

Después de que recibamos su apelación:

- Un proveedor distinto al que tomó la primera decisión examinará su apelación.
- Le enviaremos una carta a usted y a su proveedor con la respuesta a su apelación:
 - En un plazo de 72 horas si es una apelación acelerada.
 - En un plazo de 30 días calendario desde la recepción de la apelación si no es acelerada.
- También podemos solicitar una extensión por 14 días calendario si es para su beneficio. Si prolongamos el proceso de apelación, se le enviará por correo una notificación escrita que explicará el motivo y el plazo de resolución. Explicará por qué consideramos que la extensión protege sus intereses. Usted también tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión.

Nuestra carta:

- Les permitirá a usted y su proveedor conocer la decisión tomada.
- También les permitirá a ambos saber cómo obtener más información sobre la decisión y sus derechos a tener una audiencia imparcial.

Apelaciones aceleradas

Si usted o su proveedor estiman que el tiempo del proceso de apelación estándar, el cual es por lo general de 30 días calendario, puede perjudicar gravemente su vida o su salud, puede solicitarnos que revisemos su apelación rápidamente.

Llamaremos para informarle la respuesta a su apelación acelerada. También le enviaremos una carta. Lo haremos en un plazo de 72 horas.

Si nuestro personal clínico no considera que su vida o su salud corren un riesgo grave, no revisaremos su apelación dentro de 72 horas, sino que:

- Lo llamaremos de inmediato, y
- Le enviaremos una carta en un plazo de dos días hábiles para informarle que su apelación será revisada como una apelación estándar y le daremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario.

Si la decisión sobre su apelación acelerada concuerda con nuestra primera decisión y no pagaremos la atención que solicitó su médico, lo llamaremos y le enviaremos una carta. Esta carta:

- Le informará cómo se tomó la decisión.
- Le informará su derecho a presentar una queja.

Continuación de beneficios: apelaciones y audiencia imparcial estatal

Puede seguir recibiendo servicios cubiertos mientras presenta una apelación o durante la audiencia imparcial estatal si se cumplen todos estos requisitos:

- Se presenta la apelación o la solicitud de audiencia imparcial estatal:
 - En un plazo de 10 días calendario desde la fecha en que le enviamos por correo la determinación adversa de beneficios, o
 - Antes de la fecha de entrada en vigencia de esta notificación.

- La apelación o la solicitud de audiencia imparcial estatal está relacionada con servicios reducidos o suspendidos o con servicios anteriormente autorizados para usted.
- Los servicios fueron indicados por un proveedor autorizado.
- El periodo de autorización de los servicios no ha finalizado.
- Usted solicitó que el servicio continuara.

Si los beneficios continúan mientras se resuelve la apelación o la audiencia imparcial estatal, los servicios deben continuarse hasta que se presente uno de los siguientes casos:

- Usted cancela la apelación o la audiencia imparcial estatal.
- Usted no pide una audiencia imparcial estatal en un plazo de 10 días desde la fecha en que enviamos por correo la determinación adversa de beneficios.
- La autorización de los servicios expira o se cumplen los límites de autorización del servicio.
- Se toma una decisión en la audiencia imparcial estatal que no es a su favor.

Si se toma una decisión a favor como resultado del proceso de apelación, nosotros:

- Comenzaremos a cubrir los servicios tan pronto como usted necesite atención y a más tardar en el transcurso de los siete días calendario posteriores a la fecha en la que recibimos la notificación escrita de la decisión.
- Aprobaremos y pagaremos los servicios cuya cobertura habíamos negado anteriormente.

Es posible que deba pagar el costo de todos los beneficios que se continuaron si la decisión final no es a su favor.

Audiencia imparcial estatal

Usted, su representante aprobado o su proveedor en su nombre y con su consentimiento por escrito tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal después de que haya completado nuestro proceso de apelación. Debe solicitar una audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos informándole el resultado de su apelación. Si desea continuar con los beneficios que hemos rechazado hasta que se celebre su audiencia imparcial, debe cumplir con todos los requisitos enumerados en la sección

Continuación de beneficios: apelaciones y audiencia imparcial estatal.

Puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Tiene las siguientes opciones para apelar por escrito:

- Completar una apelación electrónica en <http://dhs.iowa.gov/node/966>, o
- Escribir una carta que indique al departamento por qué considera que la decisión es incorrecta.

Si desea apelar por teléfono, llame al área de apelaciones del Department of Human Services al 515-281-3094. También puede presentar su apelación por correo, fax o personalmente a la siguiente dirección:

Department of Human Services Appeals Section
1305 E. Walnut St., 5th Floor
Des Moines, IA 50319
Fax: 515-564-4044

Indique a la Sección de apelaciones del Department of Human Services:

- Por qué desea una audiencia.
- Qué servicio fue rechazado.
- La fecha en la que se rechazó el servicio.
- La fecha en la que se rechazó la apelación.

Asegúrese de incluir también su nombre, dirección y número de teléfono.

Usted podrá hacer lo siguiente:

- Representarse usted mismo en la audiencia.
- Autorizar a una persona para que lo asista durante la audiencia, o
- Solicitar la representación de un abogado.

Si se toma una decisión a su favor como resultado del proceso de audiencia imparcial estatal, nosotros:

- Comenzaremos a cubrir los servicios tan pronto como usted necesite atención y a más tardar en el transcurso de las 72 horas posteriores a la fecha en la que recibimos la notificación escrita de la decisión.
- Aprobaremos y pagaremos los servicios cuya cobertura habíamos negado anteriormente.

Es posible que deba pagar el costo de todos los beneficios que se continuaron si la decisión final no es a su favor.

Si desea obtener más información sobre su derecho a presentar una apelación y las notificaciones que puede esperar de nuestra parte a lo largo del proceso, puede encontrar más detalles en la Sección 441, Capítulo 7 del Código Administrativo de Iowa aquí: <https://www.legis.iowa.gov/docs/ACO/chapter/441.7.pdf>.

Defensor

Programa de defensoría para el cuidado administrado de Iowa

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con su problema. Sin embargo, si aún necesita ayuda y recibe servicios de atención a largo plazo y servicios de exención basados en la comunidad y en el hogar, los servicios de defensoría independientes están disponibles.

El programa Managed Care Ombudsman puede ayudarle con:

- Educación e información
- Defensoría
- Extensión
- Resolución de reclamos
- Quejas, apelaciones y audiencias imparciales estatales

Los miembros que reciben servicios de atención a largo plazo o servicios de exención basados en la comunidad y en el hogar pueden comunicarse con el programa Managed Care Ombudsman para recibir servicios de defensoría independientes. Puede comunicarse con el programa Managed Care Ombudsman al:

Managed Care Ombudsman Program
510 East 12th St.
Des Moines, IA 50319
515-725-3333 o 866-236-1430 (línea gratuita a nivel nacional)

RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO

RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO

Si usted recibió beneficios de Medicaid, que incluyen cuotas de capitación pagadas a una MCO, el estado de Iowa tiene el derecho a pedir que se le devuelva dinero de su patrimonio después de su muerte. Los miembros afectados por la política de recuperación del estado son aquellos que:

- Tienen 55 años o más, independientemente del lugar de residencia.
- Tengan menos de 55 años y:
 - Residen en un centro de enfermería, un centro de cuidados intermedios para personas con una incapacidad intelectual o un instituto de salud mental, y
 - No se puede esperar, razonablemente, que sean dados de alta y regresen a casa.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de Medicaid de Iowa al 800-338-8366 o 515-256-4606 (cuando llame dentro del área de Des Moines) (TTY 800-735-2942), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL

CÓMO HACER UN TESTAMENTO VITAL

Los menores emancipados y miembros mayores de 18 años tienen derechos conforme a la ley de directivas anticipadas. Una directiva anticipada se refiere a un testamento vital. Un testamento vital indica que usted puede no querer cuidado médico en caso de sufrir una enfermedad o lesión grave sin posibilidad de recuperarse.

Las directivas anticipadas indican a su médico y su familia:

- El tipo de atención de la salud que desea recibir o no si:
 - Pierde la conciencia.
 - Ya no puede tomar decisiones sobre la atención de la salud, o
 - No puede informar al médico o a su familia qué tipo de atención desea por cualquier otra razón.
- Si desea donar sus órganos después de fallecer.
- Si desea que otra persona, como un amigo o familiar, decida sobre los servicios de atención de la salud que recibirá si usted no puede hacerlo.

Contar con directivas anticipadas permite que sus seres queridos o su médico puedan tomar decisiones médicas por usted según sus deseos.

Hable con su médico, familia, amigos y personas cercanas.

- Ponga ahora por escrito sus decisiones acerca del cuidado médico.
- Puede cancelar una directiva anticipada en cualquier momento.
- Si tiene una incapacidad en el momento de inscribirse en Amerigroup y no puede obtener información sobre las directivas anticipadas, o no tiene la certeza de haber recibido esta información, podemos entregársela a un familiar o alguien que actúe en su nombre. Cuando esté en condiciones de recibir esta información, se le entregará directamente a usted.

Si desea firmar un testamento vital, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedir a su proveedor de atención primaria (PCP) un formulario de testamento vital.
- Llenar el formulario usted mismo o llamarnos si necesita ayuda.
- Llevar o enviar por correo el formulario completo a su PCP o especialista. Así, su PCP o especialista sabrán la clase de atención que desea recibir.

Después de firmar un testamento vital, puede cambiar de parecer en cualquier momento.

- Llame a su PCP o especialista para retirar el testamento vital de su registro médico.
- Llene y firme un nuevo formulario si desea hacer cambios en su testamento vital.

También puede firmar un documento denominado poder de representación duradero. Este le permite designar a una persona para que tome decisiones en su nombre cuando usted ya no pueda hacerlo.

Tiene derecho a solicitar la política de directivas anticipadas de Amerigroup. Para hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros.

Consulte a su PCP o especialista sobre estos formularios.

Objeciones a las directivas anticipadas

Si su proveedor tiene una objeción de conciencia respecto de su directiva anticipada, tiene la obligación de hacer lo siguiente:

- Notificárselo al momento de la admisión para prestarle servicios
- Identificar la autoridad legal de la objeción, y
- Explicar la manera en que esto podría afectar las decisiones de tratamiento.

Respetamos las directivas anticipadas de nuestros miembros. Si tenemos una objeción de conciencia a su directiva anticipada, haremos lo siguiente:

- Aclarar si la objeción es nuestra posición o si quien objeta es su proveedor
- Identificar la autoridad legal de la objeción, y
- Definir la gama de condiciones o procedimientos médicos que se verán afectados por la objeción de conciencia.

No estamos obligados a lo siguiente:

- Cubrir servicios de atención médica que no se relacionan con su directiva anticipada.
- Implementar una directiva anticipada si, por razones de conciencia, no podemos cumplir con la directiva anticipada y las leyes estatales permiten que cualquier proveedor de cuidado médico (o su agente) exprese una objeción de conciencia.

FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO

FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO

Queremos asegurarnos de que nuestro plan médico funcione de manera fluida, y una manera de hacer esto es previniendo el fraude, desperdicio y abuso. ¡Usted puede ayudar! Primero, debe entender qué significan fraude, malgasto y abuso en el área de la atención de la salud y cómo identificarlos:

- *Fraude*: cuando un proveedor o un miembro hace reclamaciones falsas de forma intencionada para obtener servicios médicos.
- *Malgasto*: por lo general, sucede cuando se hace un uso indebido de los recursos, como, por ejemplo, cuando se hace un uso excesivo de los servicios u otras prácticas que, de manera directa o indirecta, ocasionan costos innecesarios, pero no suelen ser actos intencionales.
- *Abuso*: cuando los proveedores de cuidado médico no siguen las buenas prácticas médicas, lo que causa costos excesivos, pagos incorrectos o el uso indebido de códigos o servicios que no son médicamente necesarios.

Estas son algunas maneras diferentes en que sucede el fraude, desperdicio y abuso. Los proveedores pueden cometer fraude, desperdicio y abuso al:

- Alterar los registros médicos para tergiversar los servicios que efectivamente se proporcionaron.
- Facturar servicios no provistos.
- Facturar pruebas o procedimientos médicamente innecesarios.
- Facturar servicios profesionales prestados por personal no capacitado o no certificado.
- Tergiversar un diagnóstico o servicio.
- Pedir, ofrecer u obtener coimas o sobornos.
- Cobrar cargos por procedimientos separados. Esto sucede cuando se facturan de manera individual varios códigos de procedimientos de un grupo de procedimientos que deberían estar incluidos en un único código general.
- Aumentar el código para incrementar la tarifa de reembolso. Esto sucede cuando un proveedor utiliza un código de procedimiento por un servicio más costoso que el que en realidad se realizó a la hora de facturar a la persona que paga el seguro médico.

Los miembros pueden cometer fraude, desperdicio y abuso al:

- Falsificar, alterar o vender recetas.
- Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro o usar la tarjeta de otra persona.
- Solicitar la misma receta a varios proveedores.

Si conoce a alguien que está utilizando de manera indebida los programas IA Health Link, IA Health and Wellness o Hawki, puede presentar una denuncia de forma anónima y no se tomarán represalias en su contra por hacerlo.

Para denunciar a proveedores, clínicas, hospitales, hogares de ancianos o miembros de Medicaid, escriba o llame a Amerigroup a:

Medicaid Special Investigations Unit
Amerigroup Iowa, Inc.
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, VA 23462
877-660-7890

También puede enviar un correo electrónico o denunciar una situación de fraude, desperdicio y abuso en línea:

- Envíe un correo electrónico a la Unidad de Investigaciones Especiales de Medicaid a MedicaidFraudInvestigations@amerigroup.com.
- Ingrese en línea a myamerigroup.com/IA.
 - Haga clic en el enlace **Report Waste, Fraud & Abuse** (Denunciar malgastos, fraudes y abusos) para informar los detalles de un posible problema.
 - Esta información proporcionada se envía directamente a la dirección de correo electrónico que se muestra arriba, la cual se controla todos los días hábiles.

También puede denunciar sospechas de fraude a Medicaid ante el estado de Iowa de la siguiente manera:

- Llame al Centro de Servicio de Atención al Cliente del Iowa Department of Human Services al 877-347-5678 de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m.
- Comuníquese con el U.S. Department of Health and Human Services. mediante el sitio web de la Office of Inspector General, dhs.iowa.gov/report-abuse-and-fraud.
- Comuníquese con la Unidad de Program Integrity de Iowa Medicaid Enterprise (IME) al 877-446-3787 (línea gratuita) o al 515-256-4615 (en el área de Des Moines).

Si usted denuncia a un proveedor porque cree que está cometiendo un fraude, malgasto o abuso, incluya lo siguiente:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor.
- El nombre y la dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor o centro (si lo sabe).
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
- Las fechas de los eventos.
- Un resumen de lo ocurrido.

Si alguien que usted conoce está cometiendo un fraude, desperdicio y abuso contra Medicaid, deberá incluir lo siguiente:

- El nombre del miembro.
- La fecha de nacimiento del miembro, su número del Seguro Social o su número de caso (si los tiene).
- La ciudad donde vive el miembro.
- Detalles específicos acerca del fraude, malgasto o abuso.

Proceso de investigación y medidas a tomar en función de los hallazgos

Investigamos todas las denuncias de fraude, desperdicio y abuso para todos los servicios proporcionados en virtud del contrato, incluyendo aquellos proporcionados por otras compañías que trabajan con nosotros. De ser necesario, presentaremos las acusaciones y los hallazgos ante el gobierno estatal o federal y/o ante los organismos encargados de velar por el cumplimiento de la ley.

Si parece que un proveedor ha cometido fraude, desperdicio o abuso, el proveedor:

- Será referido a la Unidad de Investigaciones Especiales.
- Podría ser presentado ante el comité de credenciales y/o ante el comité de revisión externa para la aplicación de medidas disciplinarias, entre las que se incluye el despido.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en marzo de 2021.

Lea este aviso atentamente. Le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI). También se especifica en qué momento tenemos que pedir su autorización antes de compartirla y cuándo podemos compartirla sin su autorización. Incluye, además, sus derechos a ver y modificar su información.

La información relativa a su salud y a su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Obtenemos información acerca de usted de parte de agencias estatales para IA Health Link y Hawki una vez que pasa a ser elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales a fin de que podamos aprobar y pagar sus servicios de atención de la salud.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos brinda en forma oral o por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (llamada física):
 - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas.
 - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas.
- Si está guardada en una computadora (llamada técnica):
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso a ella.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Si es utilizada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Establecemos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos).
 - Enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas.

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que lo ayude con su atención de la salud o pague por dicha atención, si usted nos autoriza. A veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
 - Para que los médicos, hospitales y otros le brinden la atención que necesita.

- **Para pagos, tratamientos y operaciones de atención de la salud**
 - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otras instituciones que nos facturan los servicios de atención médica que usted recibe.
 - Cuando decimos que pagaremos la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba.
 - Para buscar maneras de mejorar nuestros programas, ofrecerle asistencia y ayudarle a obtener beneficios y servicios disponibles, compartiremos su PHI en intercambios de información de la salud por pagos, tratamientos y operaciones de atención de la salud. Si no desea esto, visite myamerigroup.com/pages/privacy.aspx para obtener más información.
- **Por motivos comerciales de la atención de la salud**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, la planificación y el trabajo diario.
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas.
- **Por motivos de salud pública**
 - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que la gente se enferme o se lesione.
- **Con otras personas que lo ayudan con su atención o pagan por ella**
 - Con su familia o una persona que usted elija, que lo ayuda con su atención de la salud o paga por ella, si usted nos autoriza.
 - Con una persona que lo ayuda con su atención de la salud o paga por ella, si usted no puede expresarse por sí mismo y si es lo mejor para usted.

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su atención, pagos, actividades diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir los informes de psicoterapia sobre usted proporcionadas por su médico.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos recuperar la información ya usada o compartida cuando contábamos con su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI o en que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley
- Para denunciar abusos y negligencia
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite
- Para responder documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud sobre temas como auditorías o exámenes
- Para informar a forenses, examinadores médicos o directores funerarios su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente

- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle. No obstante, no tenemos su registro médico completo. **Si quiere una copia de su registro médico completo, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos o de alguna otra forma. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otras personas durante los últimos seis años. Esto no mostrará las veces que la hemos compartido por motivos de atención de la salud, pagos, tareas diarias de la empresa relacionadas con la atención de la salud u otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Si necesitamos más tiempo, tenemos que avisarle.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

¿Qué debemos hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o de una forma que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que mencionamos aquí, seguiremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Solo hacemos esto de manera acorde con la

Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo ha llamado, y no nos comunicaremos más por ese medio. También puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o si quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441**. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al **TTY 711**.

¿Qué debe hacer si tiene un reclamo?

Estamos para ayudarlo. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Department of Health and Human Services. No le pasará nada malo si presenta un reclamo.

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
601 E. 12th St., Room 353
Kansas City, MO 64106
Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 816-426-3686

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le informaremos sobre los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en Internet en myamerigroup.com/pages/privacy.aspx.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, etnia e idioma de parte de agencias estatales para IA Health Link y Hawki. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

Usamos esta información para lo siguiente:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas que mejoren la salud.
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud.
- Informarles a los médicos acerca de sus necesidades de idioma.
- Brindar servicios de traducción.

No usamos esta información para lo siguiente:

- Emitir seguros de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Divulgarla a usuarios no aprobados.

Su información personal

Como explicamos en este aviso, podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI). Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Generalmente, se solicita a los fines de asegurarlo.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre lo siguiente:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- Es posible que obtengamos PI sobre usted de otras personas o grupos, como los siguientes:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguros
- Podemos compartir PI con personas o grupos que no sean parte de nuestra compañía sin necesidad de obtener su permiso en ciertos casos.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no desea que usemos o compartamos su PI.
- Tiene derecho a ver y a modificar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga protegida.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para Miembros al número 800-600-4441 (TTY 711) de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6 p.m. hora del Centro.

Ofrecemos servicios de traducción e interpretación oral para todos los idiomas sin costo. Para recibir estos servicios, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

OTROS DETALLES DEL PLAN

OTROS DETALLES DEL PLAN

Servicios especiales de Amerigroup para una vida sana

Información sobre salud

Saber más acerca de la salud y una vida sana puede ayudarlo a mantenerse sano. Estas son algunas maneras de obtener información sobre salud:

- Puede preguntar a su proveedor de atención primaria (PCP).
- Puede llamarnos. Los operadores de Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas están a su disposición para responder sus preguntas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para comunicarse, llame al 866-864-2545. Pueden responder sus preguntas de salud cuando el consultorio de su PCP está cerrado.

Educación sobre salud

Amerigroup trabaja para ayudarlo a cuidar la salud con los programas de educación sobre salud. También enviaremos por correo un boletín para miembros una vez al año. Este le ofrece noticias de salud sobre bienestar y cuidado de enfermedades.

Control de enfermedades

Un programa de Control de Enfermedades (DM) puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Amerigroup, estamos aquí para ayudarlo a que conozca más sobre su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros registrados, llamados administradores de casos de DM, que lo ayudarán a controlar mejor su afección o problema de salud. Puede elegir participar de un programa de DM sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar en un programa de control de enfermedades para obtener atención de la salud y servicios de apoyo, si tiene alguna de las siguientes afecciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave (adultos)
- Trastorno depresivo grave (niños y adolescentes)
- Esquizofrenia
- Trastorno por abuso de sustancias

Cómo funciona

Si elige participar de uno de nuestros programas de DM, su administrador de casos de DM hará lo siguiente:

- Lo ayudará a establecer metas de salud y a elaborar un plan para alcanzarlas.
- Le brindará capacitación y apoyo mediante llamadas individuales.
- Controlará su progreso.
- Le brindará información acerca de los recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su afección y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su afección, su salud y su bienestar en general.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidado médico; por ejemplo, lo ayudará a hacer lo siguiente:
 - Programar las citas.
 - Asistir a visitas con proveedores de cuidado médico.
 - Obtener referencias a los especialistas dentro de nuestro plan médico, si fuera necesario.
 - Obtener el equipo médico que usted necesite.
- Disponer de herramientas y materiales educativos para el manejo del peso y para abandonar el tabaquismo (cómo dejar de consumir tabaco, por ejemplo, dejar de fumar).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudarán con sus necesidades de atención de la salud.

Cómo inscribirse

Si reúne los requisitos, le enviaremos una carta de bienvenida al programa de DM. O bien, llámenos a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame, haremos lo siguiente:

- Conectarlo con un administrador de casos de DM para comenzar.
- Hacerle algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzar a trabajar juntos para crear su plan o el plan de su hijo.

También puede enviar un correo electrónico a dmsself-referral@amerigroup.com. Tenga en cuenta que los correos electrónicos son, por lo general, seguros; sin embargo, existe el riesgo de que terceros puedan acceder a ellos sin que usted lo sepa. Si opta por enviar su información por correo electrónico, reconoce y comprende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede cancelar la suscripción al programa (dejará de formar parte del programa) en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local para cancelar la suscripción. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles

En caso de emergencia, llame al 911.

Disease Management

Línea gratuita: 888-830-4300 (TTY 711)

de lunes a viernes

de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Puede dejar un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario normal:

Llame a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas de Amerigroup

Las 24 horas del día, los siete días de la semana

866-864-2545 (TTY 711)

Programa Familias Saludables

Familias Saludables es un programa de seis meses para miembros de entre 7 y 17 años. El objetivo del programa es que las familias adopten hábitos alimentarios saludables y sean más activas.

Realizaremos llamadas individuales a los padres de los niños que reúnan los requisitos para hacer lo siguiente:

- Establecer metas de salud para el niño que sean claras y alcanzables.
- Elaborar un plan para alcanzar estas metas.
- Hablar sobre la actividad física y opciones de alimentos saludables.
- Encontrar recursos para respaldar una vida saludable en su localidad.
- Determinar si su plan médico tiene beneficios adicionales para que pueda vivir una vida más sana.

Obtenga más información e inscríbese

Llámenos al 844-421-5661 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local para obtener más información sobre el programa Familias Saludables. Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo para determinar si reúne los requisitos.

Derechos y obligaciones del programa de control de enfermedades

Si se inscribe en un programa de control de enfermedades, tiene ciertos derechos y obligaciones. Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener información detallada sobre nosotros, por ejemplo:
 - Programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (aptitudes o formación).
 - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Cancelar su inscripción en el programa de DM.
- Saber quién es el administrador de casos de DM responsable de gestionar sus servicios de DM y cómo solicitar un cambio.
- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones relacionadas con la atención de la salud junto con sus proveedores de cuidado médico.

- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con el programa de DM (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las pautas clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidado médico que lo tratan.
- Gozar de la privacidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Obtener información clara y fácil de entender.
- Presentar quejas ante Amerigroup mediante la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local y:
 - Obtener ayuda para usar el proceso de queja.
 - Saber cuánto tiempo tiene Amerigroup para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
 - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de control de enfermedades.

Usted también tiene las siguientes responsabilidades:

- Respetar el plan de salud que acordaron usted y su administrador de casos de DM.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Comunicarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado médico si decide cancelar la suscripción al programa (abandonar el programa).

Los programas de control de enfermedades no comercializan productos ni servicios de compañías externas a nuestros miembros. El programa de DM no posee compañías externas ni lucra con estas por los productos y servicios que ofrecemos.

Puede iniciar sesión en su cuenta segura o registrarse en myamerigroup.com/IA para inscribirse en un programa de DM. Para registrarse, necesitará su número de identificación del miembro (que se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro).

Desde su cuenta segura, puede enviar un mensaje seguro al programa de control de enfermedades para solicitar la inscripción en el programa.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Su proveedor de atención primaria (PCP) le ayudará a recibir los servicios médicamente necesarios, como se definen a continuación.

Los servicios médicamente necesarios son servicios de salud que:

- Son adecuados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de su afección.
- Se prestan para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de su afección a fin de que el tratamiento pueda avanzar.
- Están dentro de los estándares de la práctica profesional y se prestan en el momento y el lugar correctos.

- No se establecieron primordialmente para su comodidad, la de su médico ni la de otro proveedor.
- Corresponden al nivel más adecuado de servicios cubiertos que se pueden prestar sin complicaciones y según su afección.

Los programas de exención tienen requisitos para los servicios de exención que son diferentes de los requisitos para los servicios médicos. Amerigroup seguirá las pautas correspondientes a cada programa de exención.

Si tiene alguna pregunta sobre algún beneficio o servicio, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup al 800-600-4441. El director médico de Amerigroup, en conversación con el director médico de Medicaid, puede decidir aprobar los servicios de acuerdo con cada caso.

Aviso de administración de la utilización

Todas las decisiones de administración de la utilización (UM) se basan únicamente en las necesidades médicas de un miembro y los beneficios ofrecidos. Las políticas de Amerigroup no admiten ni incentivan la subutilización de servicios en la guía de decisiones de UM. Los médicos y otros profesionales implicados en las decisiones de UM no reciben recompensa alguna por rechazar la atención o la cobertura.

Acceso al personal de administración de la utilización

Ofrecemos un programa de UM. A través de este programa, podemos ayudarle a obtener el cuidado correcto cuando lo necesite. La administración de utilización incluye estos aspectos, entre otros:

- Revisión previa al servicio
- Revisión concurrente urgente
- Revisión posterior al servicio
- Presentación de una apelación

Nuestro equipo de Revisión de utilización analiza las solicitudes de aprobación de servicio. Este equipo decide lo siguiente:

- Si el servicio es necesario.
- Si su plan médico cubre el servicio.

Usted o su médico pueden solicitar una revisión si nos negamos a pagar cierta atención. Le informaremos a usted y a su médico después de recibir la solicitud.

La solicitud puede ser por los siguientes servicios:

- Servicios que no se aprobaron.
- Servicios modificados en términos de monto, duración o alcance, lo que implica una reducción respecto de la solicitud inicial.

Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre una solicitud de aprobación o un rechazo que haya recibido. Si usted lo desea, puede hablar con un miembro del equipo de revisión de utilización.

También puede llamarnos si tiene preguntas sobre la obtención de atención especial, o preguntas sobre su médico. Llame al 800-600-4441 (TTY 711). Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 6 p.m., hora del centro. Si llama y estamos cerrados, puede hablar con una enfermera de turno o dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. La persona que se comuniqué con usted le explicará que está llamando de parte de Amerigroup y le dirá su nombre y cargo.

Las llamadas recibidas después del horario de atención se devolverán el próximo día hábil. Las llamadas recibidas de lunes a viernes después de la medianoche se devolverán al próximo día hábil.

Nueva tecnología

El director médico de Amerigroup y nuestros proveedores participantes evalúan nuevos avances médicos (o cambios en la tecnología existente) en las siguientes áreas:

- Procedimientos médicos
- Procedimientos de salud del comportamiento
- Productos farmacéuticos
- Dispositivos

También estudian la literatura científica y si estos nuevos avances y tratamientos médicos:

- Son considerados seguros y eficaces por el gobierno.
- Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia cubiertos que existen actualmente.

Esto tiene por objetivo saber si estos avances podrían ser beneficios cubiertos.

Si recibe una factura

En la mayoría de los casos, si acude a un proveedor dentro de la red para recibir servicios cubiertos, su proveedor no debe enviarle una factura. Siempre muestre su tarjeta de identificación de Amerigroup para asegurarse de que no le envíen una factura por los servicios que cubre Amerigroup.

Si recibe una factura, envíenosla junto con una carta que diga que se le ha enviado una factura. Envíe la carta a la siguiente dirección:

Member Grievances and Appeals
Amerigroup Iowa, Inc.
4800 Westown Parkway, Ste. 200
West Des Moines, IA 50266

También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para pedir ayuda.

Si tiene otro seguro médico (coordinación de beneficios)

Llame a Servicios para Miembros de Amerigroup, al Centro de Llamadas del Servicio de Atención al Cliente del DHS y al Servicio de Atención al Cliente de Hawki si usted o si sus hijos tienen otro seguro, como, por ejemplo, un seguro patrocinado por el empleador.

Siempre muestre su tarjeta de identificación de Amerigroup y las demás tarjetas de su seguro médico cuando consulte a un proveedor, vaya al hospital o se haga estudios. Antes de facturar a Amerigroup, se deben facturar sus servicios médicos al otro plan de seguro. Amerigroup colaborará con el otro plan de seguro para el pago de estos servicios.

También debe llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup si:

- Tiene una reclamación por un accidente laboral.
- Tiene una demanda pendiente por lesión personal o negligencia médica.
- Estuvo involucrado en un accidente automovilístico.

Cómo sugerirle cambios a Amerigroup

Queremos saber qué le gusta y qué no le gusta de Amerigroup.

- Comuníquese con Servicios para Miembros para comentarnos sus sugerencias.
- Únase a nuestro grupo asesor de miembros; ellos se reúnen cada tres meses, usted puede obtener más información sobre nosotros, hacer preguntas y darnos sugerencias para mejorar. Para unirse, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

También nos comunicaremos con usted para preguntarle su opinión de Amerigroup. Sus ideas nos permitirán hacer que Amerigroup sea mejor.

También hacemos, a través de nuestro programa de Control de la calidad, un seguimiento de sus servicios y de su nivel de satisfacción con los cuidados recibidos. Obtenemos esta información a través de los siguientes medios:

- El conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención de la salud (HEDIS®). Esta herramienta nos permite asegurarnos de que usted pueda acceder a los servicios preventivos y los exámenes médicos necesarios para mantenerse saludable y detectar problemas de salud a tiempo para poder brindarle un tratamiento lo antes posible.
- La evaluación de los consumidores respecto de los proveedores y los sistemas de atención de la salud (CAHPS®), también llamada encuesta de satisfacción de los miembros. La encuesta se envía a un grupo de miembros elegidos de forma aleatoria, quienes deben responder preguntas sobre su grado de satisfacción con Amerigroup. Si le enviamos una encuesta, complétela y envíela de vuelta.

Si desea obtener más información sobre nuestro programa de Control de calidad, comuníquese con Servicios para Miembros.

Cómo cancelar la inscripción en Amerigroup

Puede cambiar de plan médico por una buena causa, debido a razones como:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Si no cubrimos el servicio que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Usted necesita recibir al mismo tiempo servicios que están relacionados (por ejemplo, una cesárea y una ligadura de trompas) y no todos los servicios relacionados se ofrecen dentro de la red, pero su proveedor determina que recibir los servicios por separado podría poner su vida en riesgo.
- Otras razones, entre otras:
 - Baja calidad del cuidado médico
 - Falta de acceso a servicios cubiertos
 - Falta de acceso a proveedores que saben cómo atender sus necesidades de atención de la salud
 - Su elegibilidad y su decisión de participar en un programa no se ofrecen mediante un programa de atención administrada (es decir, mediante el Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada [PACE]).

Si cree que tiene un motivo justificado para cambiarse a un otro plan médico, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 800-338-8366 o al 515-256-4606 (si llama dentro del área de Des Moines) (TTY 800-735-2942) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. para comunicárnoslo. Si necesita solicitar asistencia de accesibilidad telefónica porque tiene sordera, problemas auditivos, sordoceguera o dificultades para hablar, llame al servicio de retransmisión telefónica Relay Iowa TTY al 800-735-2942. Una solicitud para este cambio, llamada cancelación de la inscripción, requerirá una buena causa.

Puede hacerlo solicitando presentar una queja. Llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al 800-600-4441 (TTY 711). También puede escribirnos a:

Grievances and Appeals Department

Amerigroup Iowa, Inc.

4800 Westown Parkway, Ste. 200

West Des Moines, IA 50266

La cancelación de la inscripción iniciada por el estado puede ocurrir basada en cambios en las condiciones, por ejemplo:

- Usted ya no es elegible para Medicaid.
- Se muda a otro estado.
- La agencia decide que la participación en el programa Health Insurance Premium Payment (HIPPP) es más rentable que la inscripción en el contrato.
- Usted fallece.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

Apelación: Es una solicitud de revisión de una determinación adversa de beneficios. Un miembro o el representante autorizado de un miembro puede solicitar una apelación si no está conforme con una decisión que tomó Amerigroup.

Las acciones de Amerigroup que un miembro puede elegir apelar son las siguientes:

- Denegación o límites de un servicio.
- Reducción o terminación de un servicio que había sido autorizado.
- El rechazo, total o parcial, del pago de un servicio.
- El incumplimiento debido a la prestación de servicios fuera de plazo.
- El incumplimiento de una MCO que exige actuar dentro de los plazos requeridos.
- Para un residente de un área rural con solo una MCO, la denegación de servicios fuera de la red.

Los miembros podrían presentar una apelación directamente con la MCO. Si el miembro no está satisfecho con el resultado de la apelación, puede presentar una apelación ante el Department of Human Services (DHS) o puede pedir una audiencia imparcial estatal.

Atención ambulatoria en el hospital: La atención ambulatoria en el hospital es cuando un miembro recibe servicios hospitalarios sin ser admitido como paciente hospitalizado. Entre ellos, se pueden incluir los siguientes:

- Servicios de emergencia
- Servicios de observación
- Cirugía para pacientes ambulatorios
- Análisis de laboratorio
- Radiografías

Atención de rutina: En la mayoría de los casos cuando no se siente bien y necesita atención médica, llamará a su PCP para hacer una cita. Luego, visita a su PCP. Este tipo de atención se conoce como atención de rutina. Los siguientes son algunos ejemplos:

- La mayoría de las enfermedades y lesiones menores.
- Chequeos regulares.

Debe poder consultar a su PCP en un plazo de tres semanas para la atención de rutina.

Atención de urgencia: La atención de urgencia es cuando usted no está en una situación potencialmente mortal o de discapacidad permanente y tiene tiempo para llamar a su MCO o proveedor. Si tiene una situación de cuidado de urgencia, debe llamar a su proveedor o a la MCO para recibir instrucciones. Los siguientes son ejemplos de atención de urgencia:

- Fiebre
- Dolores de oído
- Infección de las vías respiratorias superiores
- Dolor de estómago
- Dolor de garganta
- Cortes y quemaduras leves

Atención en la sala de emergencia: El atención en la sala de emergencia es proporcionada para afecciones médicas de emergencia.

Atención para pacientes hospitalizados: La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados u hospitalización es el cuidado en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado. Esto generalmente requiere una hospitalización de una noche. Esto se puede deber a una enfermedad grave, una cirugía o un parto. (Una hospitalización de una noche para observación podría ser atención ambulatoria).

Atención preventiva: La atención preventiva de su proveedor de atención primaria puede ayudarlo a mantenerse sano; algunos ejemplos de atención primaria son:

- Vacunación (vacunas)
- Exámenes físicos anuales
- Pruebas de Papanicolaou

Autorización previa: Para obtener la cobertura de algunos servicios o algunas recetas, debe solicitar la aprobación de Amerigroup. Esto se debe hacer antes de recibir ese servicio o surtir esa receta.

Buena causa: Podrá solicitar el cambio de su MCO durante sus 12 meses de inscripción cerrada. Una solicitud para este cambio, denominada cancelación de la inscripción, requerirá una causa razonable para hacerlo.

Algunos ejemplos de causas razonables para la cancelación de la inscripción incluyen:

- Su proveedor está fuera de la red de la MCO.
- Necesita recibir ciertos servicios relacionados, realizados de manera simultánea. No todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red de proveedores de la MCO. Su proveedor de atención primaria u otro proveedor determinó que recibir los servicios separadamente lo sometería a un riesgo innecesario.
- Falta de acceso a proveedores que saben cómo abordar sus necesidades de atención de la salud.
- Su proveedor ha sido despedido o ya no participa en su MCO.
- Falta de acceso a servicios cubiertos bajo el contrato.

- Mala calidad del cuidado médico proporcionado por su MCO.
- El plan de la MCO no cubre los servicios que necesita debido a objeciones morales o religiosas.

Cobertura de medicamentos recetados: Amerigroup proporciona cobertura de medicamentos recetados y paga sus medicamentos recetados.

Condición médica de emergencia: Una condición médica de emergencia es cualquier afección que usted piensa que pone en peligro su vida o que causaría discapacidad permanente si no se trata inmediatamente. Una condición médica física o de comportamiento con síntomas agudos de gravedad suficiente para que una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio de salud y medicina, considere que la ausencia de atención médica inmediata puede causar lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud de una persona (o, si se trata de una embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer).
- Ocasionar un deterioro grave de las funciones corporales.
- Ocasionar la disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo.

Si tiene una emergencia grave o discapacitante, no necesita llamar a su proveedor ni a Amerigroup. Vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame a una ambulancia.

Los siguientes son ejemplos de emergencias:

- Un accidente grave
- Accidente cerebrovascular
- Falta de aire grave
- Intoxicación
- Hemorragia intensa
- Ataque cardíaco
- Quemaduras graves

Coordinación de la atención: El manejo de casos responde a las necesidades de un miembro, cuando su diagnóstico o afección requiere cuidado y tratamiento durante un periodo prolongado. La coordinación de servicios brinda asistencia y responde a las necesidades de las personas con limitaciones crónicas a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad.

Coordinador de la atención de la salud: Un coordinador de la atención de la salud es una persona que ayuda a manejar la salud de los miembros con condiciones médicas crónicas.

Copago: Algunos servicios médicos tienen un copago, que es su parte compartida del costo. Si hay un copago, lo pagará al proveedor. El proveedor le dirá cuál es el monto.

- A los miembros del Iowa Health and Wellness Plan se les cobrará un copago de \$8 por cada visita a la sala de emergencia 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 emergencia que no se considere una emergencia.
- A todos los demás miembros de Iowa Medicaid* se les cobrará un copago de \$3 por cada visita a la sala de emergencia.

** A los niños menores de 21 años de edad y a las mujeres embarazadas no se les cobrará ningún copago por ningún servicio.*

Cuidado de asistente dirigido por el consumidor (CDAC): El Cuidado de asistente dirigido por el consumidor (CDAC) ayuda a las personas a hacer cosas que normalmente harían por sí mismas si pudieran.

Entre los servicios de CDAC se incluyen los siguientes:

- Bañarse
- Compra de comestibles
- Administración de medicamentos
- Realizar los quehaceres del hogar

Cuidado especializado de enfermería: Los centros de enfermería proporcionan atención médica las 24 horas a los miembros que necesitan cuidado especializado de enfermería. Medicaid ayuda a cubrir los costos de los servicios que se prestan en los centros de enfermería. Usted debe ser elegible desde el punto de vista médico y financiero. Si sus necesidades de cuidado requieren que el personal de enfermería licenciado esté disponible en el centro las 24 horas del día para proporcionar cuidado directo o tomar decisiones relacionadas con su cuidado, entonces se asigna un nivel de cuidado especializado.

Cuidados posteriores a la estabilización: Son servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que se prestan después de que el miembro se estabiliza con el fin de mantenerlo estable, o que se prestan para mejorar o curar la afección del miembro.

Determinación adversa de beneficios: Una notificación escrita a un miembro o proveedor para explicar una acción que se está tomando.

Empleo asistido: Empleo asistido se refiere a la asistencia laboral continua para personas con discapacidades. La meta es ayudar a la persona a mantener un trabajo igual o superior al salario mínimo.

Equipo médico duradero: Los Equipos médicos duraderos (DME) son los equipos médicos reutilizables para uso domiciliario. Se alquilan o son propiedad del miembro y son indicados por un proveedor.

Especialista: Los especialistas son profesionales de atención de la salud que están debidamente formados para tratar ciertas afecciones.

Evaluación de riesgo de la salud: Una evaluación de riesgos de la salud (HRA) es una encuesta breve con preguntas sobre su salud.

Fraude: Una acción de una persona con el fin de engañar o tergiversar, con conocimiento de que tal engaño puede generar un beneficio propio o para otra persona que no esté autorizado; incluye cualquier acto que se considere fraude en las leyes y normas federales y estatales; el presente manual del miembro informa a los miembros cómo denunciar fraudes.

Manejo de casos: La administración de cuidados médicos permite administrar sus necesidades complejas de cuidado de salud. Puede incluir también ayudarle a recibir otros servicios sociales.

Medicamento necesario: Servicios o suministros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una condición médica. Deben cumplir los estándares de buenas prácticas médicas.

Medicamentos de venta libre (OTC): Amerigroup cubre muchos medicamentos de venta libre (OTC) que están en la lista de medicamentos aprobados del estado. Un proveedor debe emitirle una receta para el medicamento OTC que necesita.

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

Médico de atención primaria: El médico de atención primaria proporciona o coordina los servicios médicos de forma directa. Un médico de atención primaria es el proveedor principal que usted verá para chequeos, inquietudes relacionadas con la salud, exámenes médicos de diagnóstico y remisiones a especialistas.

Nivel de atención: Los miembros que piden exenciones para HCBS o cuidado en centros deben cumplir los criterios de nivel de cuidado. Estos deben ser consistentes con las personas que viven en un centro de cuidados médicos tal como un centro de enfermería. El nivel de cuidado se determina mediante una evaluación aprobada por el DHS.

Nivel de atención en un centro de enfermería especializada: El nivel de cuidado en un centro de enfermería especializada describe el tipo y cantidad de cuidado especializado de enfermería que un centro de enfermería necesita.

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

Plan: Amerigroup es su plan médico, o plan, que paga y coordina sus servicios médicos.

Plan centrado en la persona: Un plan centrado en la persona es un plan individual escrito basado en sus necesidades, metas y preferencias. También se denomina plan de atención, plan de salud, plan de servicio individual (ISP) o plan educativo individual (IEP).

Plan de servicios: Un plan de servicios es un plan de servicios para los miembros de HCBS. Su plan de servicios está basado en sus necesidades y metas. Es creado por usted y su equipo interdisciplinario para satisfacer los criterios de Exención de HCBS.

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

Proceso de apelación: El proceso de apelación de Amerigroup para gestionar las apelaciones, el cual cumple con lo siguiente:

- Los procedimientos para que un miembro presente una apelación
- El proceso para resolver la apelación
- El derecho a acceder a una audiencia imparcial estatal
- Los plazos y la forma de presentación de las notificaciones requeridas

Programa Healthy Behaviors: Los miembros del Iowa Health and Wellness Plan pueden recibir servicios de atención de la salud gratuitos* si completan lo que se conoce como Healthy Behaviors. Para participar en el programa Healthy Behaviors y evitar pagos mensuales después del primer año, cada año los miembros de Iowa Health and Wellness Plan deben:

1. Realizarse un examen de control O un examen dental
Y
2. Completar una evaluación de riesgos de la salud

** Durante el primer año, los servicios son sin costo o tienen un costo bajo y, luego, los costos son muy bajos.*

Es posible que se requiera un pequeño pago mensual en función de sus ingresos.

Tendrá que abonar un copago de \$8 si acude a la sala de emergencia por servicios que no son de emergencia.

Proveedor: Un proveedor es un profesional de atención de la salud que ofrece asistencia y servicios médicos.

Proveedor de atención primaria: Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, un asistente médico o un enfermero practicante que proporciona o coordina los servicios médicos de forma directa. El PCP es el proveedor principal al que usted acude para realizarse chequeos, plantear inquietudes relacionadas con la salud, hacerse exámenes médicos de diagnóstico y solicitar remisiones a especialistas.

Proveedor no participante: Un proveedor no participante es un proveedor que no tiene un contrato con Amerigroup para brindarle servicios. Antes de recibir los servicios de los proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Amerigroup.

Proveedor participante: Un proveedor participante es un proveedor que tiene un contrato con Amerigroup para brindarle servicios.

Queja: Usted tiene derecho a presentar una queja ante Amerigroup. Una queja es una expresión de disconformidad sobre cualquier asunto que no sea una decisión. Usted, su representante o el proveedor que esté actuando en su nombre y tiene su consentimiento por escrito pueden presentar una queja. La queja debe ser presentada dentro de los 30 días calendario de la fecha en que ocurrió el asunto. Los ejemplos incluyen, entre otros:

- Usted no está satisfecho con la calidad de su cuidado.
- El médico que quiere ver no es un médico de Amerigroup.
- No puede recibir cuidado culturalmente competente.
- Recibió una factura de un proveedor por un servicio que debe estar cubierto por Amerigroup.
- Derechos y dignidad.
- Le recomiendan cambios en las políticas y servicios.
- Cualquier otro asunto relacionado con el acceso a la atención.

Red: Amerigroup tiene una red de proveedores en todo el estado de Iowa que usted puede consultar. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores. Antes de recibir los servicios de los proveedores, muéstreles su tarjeta de identificación de Amerigroup para asegurarse de que forman parte de nuestra red.

Puede haber ocasiones cuando usted necesite recibir servicios fuera de nuestra red. Si un servicio necesario y cubierto no está disponible dentro de la red, puede ser cubierto fuera de la red a un costo mayor que si fuese proporcionado dentro de la red.

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

Salud en el Hogar: Salud en el Hogar es un programa que proporciona servicios en el hogar. Estos servicios incluyen visitas del personal de enfermería, asistentes de cuidado médico a domicilio y terapeutas.

Salud en el hogar integrada: Salud en el hogar integrada es un equipo que trabaja en conjunto para proporcionar cuidado integral a la persona, centrado en el paciente y coordinado. Salud en el hogar integrada es para adultos con una enfermedad mental grave (SMI) y niños con un trastorno emocional grave (SED).

Salud en el hogar para afecciones crónicas: salud en el hogar para afecciones crónicas se refiere se refiere a un equipo de personas que proporcionan atención coordinada para adultos y niños con dos afecciones crónicas. Salud en el hogar para afecciones crónicas podría proporcionar cuidado a miembros con una sola afección crónica si están en riesgo de desarrollar una segunda afección crónica.

Seguro médico: Hace referencia a los beneficios que se pagan en su totalidad o en parte por los servicios médicos, como las visitas al médico, las hospitalizaciones y más.

Servicios cubiertos: Los servicios que presta Amerigroup mediante los programas IA Health Link y Healthy and Well Kids en Iowa (Hawki).

Servicios de emergencia: Para pacientes hospitalizados o ambulatorios que son:

- Prestados por un proveedor calificado para brindar dichos servicios.
- Necesarios para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia.

Los servicios de emergencia son proporcionados cuando usted tiene una condición médica de emergencia.

Servicios de recuperación de las habilidades: Los servicios de recuperación de las habilidades son servicios de HCBS que están disponibles para los miembros que tienen limitaciones funcionales que suelen estar asociadas a enfermedades mentales crónicas.

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

Servicios en la comunidad para el manejo de casos (CBCM): los servicios en la comunidad para el manejo de casos ayudan a miembros de servicios y apoyo de largo plazo (LTSS) a administrar sus necesidades complejas de atención de la salud. Incluye la planificación, la facilitación y la defensa para satisfacer las necesidades del miembro. Promueve la atención de alta calidad y los resultados rentables. Los administradores de casos de Community-Based Case Management (CBCM) se aseguran de que el plan de cuidado del miembro se lleve a cabo. Realizan actualizaciones al plan de cuidado según se necesiten.

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

Servicios médicos: Los servicios médicos son servicios médicos necesarios prestados por médicos, asistentes médicos y enfermeros practicantes. Deben tener licencia para ejercer.

Servicios para enfermos terminales: Servicios de atención médica destinados a personas que tienen una enfermedad terminal para ayudarlas a transitar sus últimos días con comodidad.

Servicios prevocacionales: Los servicios pre-vocacionales son servicios en los que el miembro puede adquirir habilidades que llevan a un empleo remunerado.

Servicios sin cobertura: Servicios que Amerigroup y/o el programa de pago por servicio de Medicaid no pagan, entre los que se incluyen los servicios denegados por no ser médicamente necesarios.

Servicios tempranos y periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento (EPSDT): Un programa de atención de la salud preventiva que incluye exámenes de control infantil con los estudios y las vacunas correspondientes, el cual se denomina Care for Kids en Iowa.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS) permiten a los miembros de Medicaid mantener una buena calidad de vida y su independencia. Los LTSS se proporcionan en el hogar o en un centro si es necesario. Servicios de atención a largo plazo:

- Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales
- Centros de enfermería y Centros de enfermería especializada

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Los servicios y dispositivos de rehabilitación le ayudan a mantenerse, recuperarse o mejorar sus habilidades para la vida diaria después de haber estado enfermo, lesionado o discapacitado. Esto puede incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje y rehabilitación psiquiátrica.

Tarifa por servicio: El método de pago mediante el cual el estado paga a los proveedores cada servicio médico prestado a un paciente. En este manual del miembro se incluye una lista de los servicios cubiertos mediante el programa de pago por servicio de Medicaid.

Transporte médico de emergencia: El transporte médico de emergencia proporciona cuidado de estabilización y transporte al centro de emergencias más cercano.

Trastorno emocional grave (SED): Un trastorno emocional grave (SED) es un trastorno mental, del comportamiento o emocional. Un SED afecta a los niños. Un SED puede durar un largo periodo e interfiere con las actividades familiares, escolares o comunitarias. El SED no incluye a los siguientes:

- Trastornos del desarrollo neurológico.
- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
- Otras condiciones que pueden ser el foco de atención clínica, a menos que ocurran de manera simultánea con otra (SED).

ANEXO

Violencia doméstica

La violencia doméstica es maltrato. El maltrato es dañino. El maltrato es peligroso. Nunca está bien que alguien le pegue. Nunca está bien que alguien le haga sentir miedo. La violencia doméstica provoca daño y dolor a propósito. La violencia doméstica en el hogar puede afectar a sus hijos y también a usted. Si siente que puede ser víctima de maltrato, llame o hable con su PCP. Su PCP puede hablar con usted sobre violencia doméstica y puede ayudarle a entender que usted no ha hecho nada malo y que no se merece el maltrato.

Consejos de seguridad para su protección:

- Si está lastimado, llame a su PCP.
- Llame al 911 o vaya al hospital más cercano si necesita atención de emergencia. Consulte la sección **Atención de emergencia** para obtener más información.
- Tenga un plan para saber cómo puede ir a un lugar seguro (como un albergue para mujeres o la casa de un amigo o familiar).
- Prepare un bolso pequeño y dáselo a algún amigo hasta que lo necesite.

Si tiene preguntas o necesita ayuda:

- Llame a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas al 866-864-2545.
- Llame a la Línea Directa Nacional contra la Violencia Doméstica al 800-799-7233 (TTY 800-787-3224).

Abuso infantil o abuso de adultos

El abuso infantil es cualquiera de las siguientes acciones que se infligen a un niño:

- Lesión física
- Negligencia física
- Lesión emocional
- Acto sexual

Hay varias señales, incluidas las acciones del niño, que pueden dar indicios de abuso sexual.

Si un niño informa que es víctima de abuso o negligencia:

- Asegúrele al niño que está bien y que es seguro que le cuente lo que pasó.
- Respete la privacidad del niño.
- No lo presione para obtener detalles.
- No demuestre enojo ni desaprobación hacia los padres, el niño o la situación.

Dígale al niño que llamará a alguien que podrá ayudarlo.

Si sospecha de abuso infantil, la legislación de Iowa le exige denunciarlo. Llame a la Línea Directa de Denuncias de Abuso al 800-362-2178.

Si sospecha que un adulto de la comunidad cometió un acto de abuso o negligencia, llame a Línea Directa de Denuncias de Abuso al 800-362-2178. Las líneas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En caso de emergencia, llame a la policía local o llame al 911.

Programa del Iowa Department of Public Health (IDPH)

Pueden existir servicios para trastornos por abuso de sustancias financiados por el IDPH, disponibles para personas:

- Que tengan ingresos familiares equivalentes al 200% del nivel federal de pobreza (FPL) o inferiores a este porcentaje.
- Que no tengan seguro o cuyo seguro no cubra los beneficios para personas con trastornos por abuso de sustancias.
- Que necesiten servicios para personas con trastornos por abuso de sustancias.
- Que necesiten un tratamiento contra el abuso de sustancias en relación con una condena u orden judicial.

Para obtener más información sobre la elegibilidad para acceder al programa, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 800-338-8366.

A continuación, se indican los servicios cubiertos que puede obtener mediante el IDPH.

Servicios por abuso de sustancias cubiertos por el IDPH

- Consumo, evaluación y todos los exámenes médicos necesarios para determinar el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias
- Examen de detección de enfermedades contagiosas
- Evaluación, planificación del tratamiento y coordinación de servicios
- Todos los servicios prestados como parte del tratamiento del trastorno por abuso de sustancias. Según el nivel de atención, los servicios pueden incluir:
 - Comida y alojamiento
 - Servicio de un médico, una enfermera, un trabajador social, un psicólogo u otros profesionales
 - Terapia de rehabilitación y asesoramiento
 - Asesoramiento familiar e intervención para el destinatario principal de los servicios
 - Pruebas de laboratorio, radiografías o exámenes de orina relacionados con el uso de sustancias
 - Equipos y suministros
 - Costo de los medicamentos recetados
- Servicios ambulatorios y ambulatorios intensivos
- Hospitalización parcial (tratamiento diurno)
- Tratamiento residencial (de baja, media y alta intensidad administrado clínicamente)
- Tratamiento intensivo para pacientes hospitalizados administrado médicamente

Menores

Los médicos y los hospitales de nuestra red no pueden brindar servicios de atención médica a la mayoría de los miembros de Amerigroup que tienen menos de 18 años sin el consentimiento de un padre o un tutor legal. Esto no se aplica si se requieren atención de emergencia.

Los padres o tutores legales tienen derecho a conocer el contenido del registro médico de su hijo. Los miembros de menos de 18 años pueden pedir a su PCP que no informe a sus padres su registro médico; sin embargo, los padres pueden pedirselo al PCP.

Estas normas no rigen para los menores emancipados. Los miembros menores de 18 años pueden ser menores emancipados si se casan, se embarazan o tienen un hijo.

Los menores emancipados pueden tomar sus propias decisiones sobre su atención médica y la atención médica de sus hijos. Los padres dejan de tener derecho a ver el registro médico de los menores emancipados.

Servicios cubiertos por el plan estatal u otra entidad

Hay algunos servicios que Amerigroup no cubre, pero que el estado (*rige la distribución de costos para los miembros*) u otra entidad podría pagar. Entre estos servicios se incluyen los siguientes:

- **Servicios prestados mediante el Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE):** PACE es un programa para miembros que:
 - Tienen 55 años o más.
 - Viven en determinados condados de Iowa.
 - Tienen un determinado nivel de atención en un centro de enfermería debido a una enfermedad o discapacidad crónica, pero pueden vivir con total seguridad en su hogar con la ayuda de los servicios de PACE.

Si considera que reúne los requisitos para acceder a los servicios de PACE o si tiene alguna pregunta sobre qué servicios tienen cobertura, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 800-338-8366.

- **Servicios dentales prestados fuera de un hospital:** para obtener más información sobre los servicios dentales que cubre el estado, llame al 800-338-8366.
- **Servicios para el subsidio Money Follows the Person (MFP):** estos servicios permiten a los miembros de Iowa mudarse de un centro de cuidados médicos intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID) o de un centro de enfermería a sus propios hogares en la comunidad que elijan. Para obtener más información sobre los servicios que se ofrecen mediante el subsidio MFP, llame al coordinador de MFP del estado al 515-256-4637.

- **Servicios prestados en Iowa Veteran's Home (IVH):** IVH es un centro que ayuda exclusivamente a los veteranos de Iowa, a sus cónyuges y a sus viudas. Llámelos a la línea gratuita 800-645-4591 si:
 - Tiene alguna pregunta sobre los servicios que se ofrecen en el centro IVH o para saber si reúne los requisitos.
 - Desea información sobre la distribución de costos.
- **Servicios prestados por agencias educativas del área (AEA) o agencias educativas locales en las escuelas:** se incluyen los siguientes servicios prestados por AEA en escuelas a niños con discapacidades:
 - Terapia del habla,
 - Terapia ocupacional o
 - Fisioterapia.Para comunicarse con una AEA y solicitar más información sobre los servicios que se ofrecen, llame al 712-335-3588 o ingrese al sitio web www.iowaaea.org.

Si necesita ayuda para coordinar el traslado para recibir algún servicio, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al 800-600-4441 (TTY 711).

Primas

El programa Health Insurance Premium Payment (HIPP) es un servicio que está disponible para las personas que tienen Medicaid. El programa HIPP ayuda a las personas a recibir o mantener un seguro de salud a través de su empleador reembolsando el costo de la prima del seguro de salud.

Si desea completar una solicitud por teléfono o si tiene alguna pregunta, llame al 888-346-9562. Para una solicitud en papel, visite www.dhsstate.ia.us/hipp.

Las solicitudes se pueden devolver por fax al 515-725-0725 o por correo electrónico a hipp@dhs.state.ia.us.



Servicios para Miembros • 800-600-4441