

Cobertura del Plan de Salud de Idaho

Guía de Beneficios de Medicaid, CHIP, y Asistencia con Primas



Idaho Medicaid Card

JOHN Q. SMITH

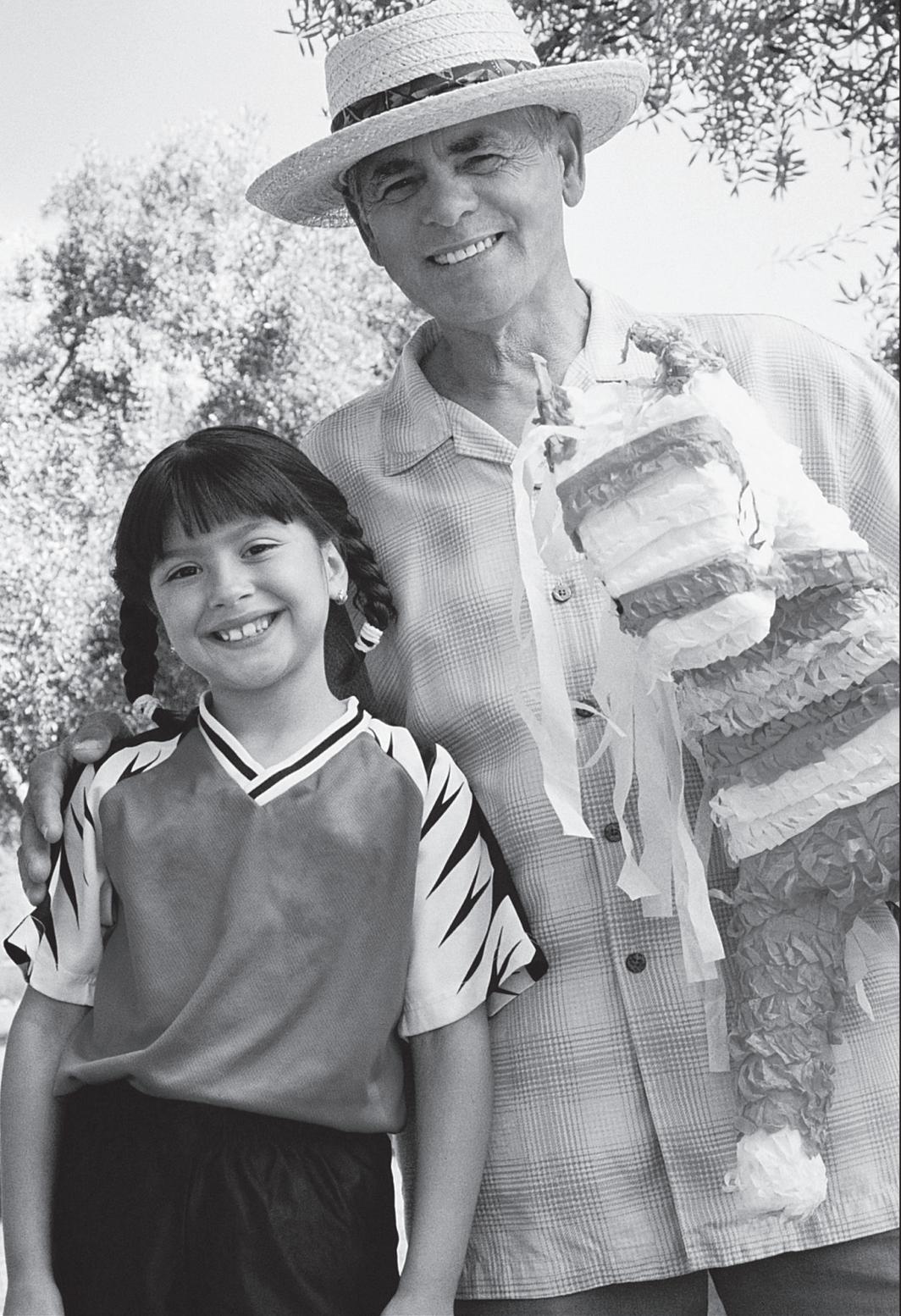
MID 1234567

0000

2011



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE



Idaho CareLine: 2-1-1 *or* (800) 926-2588

Índice

COBERTURA DEL PLAN DE SALUD DE IDAHO	1
Prevenición, bienestar y responsabilidad	1
NÚMEROS IMPORTANTES	2
CÓMO SOLICITAR LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD	3
Solicitud	3
SUS RESPONSABILIDADES	4
COMPARTIR LOS COSTOS	5
MEDICAID O MEDICARE, ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?	7
¿CUAL PLAN ES CORRECTO PARA MÍ?	8
El Plan Básico	8
Ayude a que su hijo esté sano	8
¿Qué es la asistencia de salud preventiva?	13
El Plan Mejorado	14
MEDICAID PARA TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD	16
El Plan Coordinado de Medicare-Medicaid	17
Asistencia para primas	19
HEALTHY CONNECTIONS	20
Healthy Connections	20
Su tarjeta de identificación	22
En caso de acudir a la sala de emergencias (ER)	23
¿Qué es previa autorización?	24
INFORMACIÓN IMPORTANTE	25
Fraude, abuso y uso indebido	26
Recuperación patrimonial	26
Otro seguro médico	27
AUTORIDADES DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS	28
OFICINAS LOCALES DE SALUD Y BIENESTAR	29
OFICINAS LOCALES DE HEALTHY CONNECTIONS	31
OFICINAS REGIONALES DE PROGRAMAS	32

Cobertura del plan de salud de Idaho

Prevención, bienestar y responsabilidad

Idaho se preocupa por que reciba la cobertura de salud que cubra sus necesidades. Ya sea que tenga la cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o Medicaid, los planes de salud pública de Idaho están diseñados para satisfacer sus necesidades de cuidados de salud.

Estos planes hacen más para ayudarle mejorar su salud general, diagnosticar a tiempo nuevos problemas de salud y atender sus problemas de salud actuales.

Las personas somos diferentes y los mismo sucede con las necesidades de cuidados de la salud. Idaho ofrece tres planes de beneficios diferentes para satisfacer las diferentes necesidades de salud:

El Plan Básico es para niños de bajos ingresos y adultos con niños dependientes que son elegibles. Este plan provee beneficios de salud, prevención y bienestar para niños y adultos sin necesidades especiales de salud. La mayoría de los participantes estarán en este plan de beneficios.

El Plan Mejorado es para personas discapacitadas o con necesidades de salud especiales. Este plan incluye todos los beneficios del Plan Básico y beneficios adicionales.

El Plan Coordinado de Medicare-Medicaid es para personas que tienen derecho a ambos servicios, Medicaid y Medicare. El Departamento de Salud y

Bienestar tiene arreglos con empresas de seguro médico para proveer una cobertura de salud coordinada entre Medicare Parte A, Parte B, Parte D, y Medicaid a través de los planes de Medicare Advantage. Si sigue los reglamentos del plan, no le costará. Es posible que tenga que pagar el copago de Medicare Parte D, dependiendo de sus ingresos.

Los beneficios que recibe corresponden con sus necesidades de salud. Cuando haga su solicitud, le preguntaremos acerca de su estado de salud y necesidades médicas actuales.

Si está inscrito en el Plan Básico y hay cambios en su salud, tal vez necesite una evaluación para un posible cambio al Plan Mejorado.

Consulte en las páginas 8 a 12 de este folleto más información acerca del Plan Básico, el Plan Mejorado y el Plan Coordinado de Medicare-Medicaid.

Es importante que utilice con inteligencia sus servicios de salud. Idaho está preocupado por ayudarle a mejorar su salud, diagnosticar a tiempo nuevos problemas de salud y atender sus problemas de salud actuales. Usted también puede ayudar tomando opciones saludables para mantenerse bien y que su plan de salud funcione adecuadamente.

Para más detalles, visite www.modernizemicaid.idaho.gov. (haga clic en "medical" y después en "Medicaid").



Números importantes

La primera vez que califique para la cobertura del seguro de salud de Idaho, recibirá una tarjeta de identificación (ID) permanente con su número de ID. Este número le identifica para la cobertura del plan de salud. Para más información acerca de la tarjeta de ID, consulte la página 22.

Para información o para averiguar la situación de su solicitud para la cobertura del plan de salud para familias con niños, llame a la línea sin costo de la Unidad de Medicaid Familiar al (866) 326-2485.

Para información sobre la asistencia para asilos o la situación de su solicitud para la cobertura de asilos, llame a la línea sin costo de la Unidad de Cuidados de Larga Duración al (866)-255-1190.

Si es mayor de 65 años, recibe beneficios del Seguro Social debido por incapacidad, o si solicita los servicios de Medicaid para una persona de edad avanzada con una incapacidad, acuda a la oficina local de Salud y Bienestar (consulte las páginas 29 y 30) o llame a la línea sin costo de servicio a clientes al (877) 456-1233.

Si desea encontrar o cambiar de médico en su área, llame a Healthy Connections. Los números telefónicos de Healthy Connections se encuentran en la página 31.

Para información acerca de la cobertura dental o desea encontrar un dentista en su área, llame a Idaho Smiles al (800) 936-0978 o visite su sitio en internet: www.dentaquestgov.com.

Si necesita ayuda con otros servicios del Departamento de Salud y Bienestar, llame al Idaho CareLine al (2-1-1 o (800) 926-2588) o visite una de las oficinas locales de Salud y Bienestar (consulte las páginas 29 y 30).



Si tiene preguntas acerca de sus servicios cubiertos, llame a la línea para participantes al (866) 686-4752.

Razones por las que podría llamar a la línea para participantes:

- Si un doctor o servicio médico lo reporta ante una agencia de cobranza, o si recibe una cuenta que considera que debe pagar su plan de salud.
- Para preguntar si un servicio requiere una referencia o autorización previa de Healthy Connections.
- Para preguntar si un producto o servicio está cubierto.



No llame para cuestiones de elegibilidad;

póngase en contacto con su oficina local de Salud y Bienestar (consulte las páginas 29 y 30).

Cómo solicitar la cobertura del plan de salud

Solicitud

Para recibir la cobertura del Plan de Salud de Idaho a través de Medicaid o CHIP, debe llenar una solicitud. Lo puede hacer de varias maneras:

- Llame al Idaho CareLine al **(2-1-1 o (800) 926-2588)** y pida una solicitud.
- Llame o recoja una solicitud en la oficina local de Salud y Bienestar *(consulte los números telefónicos en las páginas 29 y 30).*

- Imprima el formato de solicitud en www.healthandwelfare.idaho.gov



- Si solicita ayuda para pagar los costos de un asilo, envíe su solicitud por correo o fax a la Unidad de Cuidados de Larga Duración *(consulte la información de contacto en la página 29).*

Una vez que entregue su solicitud, su caso será asignado a un Especialista de Self Reliance que verificará si es elegible. A veces necesitan más información. Es posible que le llamen por teléfono o le envíen una carta pidiendo más información, así que es importante que nos avise si cambia de dirección o número telefónico. Debe reportar los cambios a la oficina donde solicitó la cobertura o llame a la línea sin costo al **(866) 326-2485 o (877) 456-1233.**

Ayuda para llenar su solicitud

- Pida la solicitud en inglés o español.
- Pida un intérprete que le ayude. Este servicio es gratis.
- Pida a un amigo o familiar que le ayude. Los padres y tutores pueden llenar la solicitud de sus hijos.

Entrega de su solicitud

- Envíe su solicitud por correo o fax a la oficina local de Salud y Bienestar *(consulte la información de contacto en las páginas 29 y 30).*
- Entregue su solicitud en la oficina local de Salud y Bienestar *(consulte los números telefónicos y las direcciones en las páginas 29 y 30).*

Le enviaremos una carta en un plazo de 45 días a partir de que recibimos su solicitud, avisándole si es elegible para la cobertura del plan de salud. De ser elegible, recibirá una tarjeta de ID en dos semanas a menos que ya haya recibido antes una tarjeta de ID. Para saber más sobre su tarjeta de ID, consulte la página 22.

Si tiene preguntas acerca de su solicitud, puede llamar la oficina de Salud y Bienestar donde aplicó *(consulte las páginas 29 y 30 para números telefónicos).*

Sus responsabilidades

Tiene la responsabilidad de proporcionar información cierta y completa de sus circunstancias

Esto incluye sus ingresos, el número de integrantes de su familia, su dirección y demás información que ayuda al Departamento de Salud y Bienestar a decidir si debe continuar con la elegibilidad para la cobertura del plan de salud.

Tiene la responsabilidad de reportar cambios en sus circunstancias

Si cambian sus ingresos, recursos, vivienda, número de integrantes en su familia u otras circunstancias, pueden afectar su elegibilidad. Cada programa tiene diferentes requisitos para presentar reportes. Es su responsabilidad avisar a su oficina local de Salud y Bienestar de estos cambios. Si tiene seguro de salud particular y cambia la cobertura de esa póliza, debe avisar a la oficina local de Salud y Bienestar (*para mas información, consulte la página 27*).

Si no obtiene una referencia antes de recibir la atención, tiene la responsabilidad de pagar los cuidados que requieran una referencia de Healthy Connections

Cuando solicitó para cobertura se le pidió que eligiera a un médico de Healthy Connections. Le enviaremos una carta para confirmar su elección o para pedirle que elija a alguien más. Si no escoge, le asignaremos un médico de atención primaria.

Su médico de atención primaria de Healthy Connections debe conocer su condición de salud para poder hacer las referencias necesarias para su cuidado. Es posible que su médico de atención primaria no haga una referencia si nunca ha ido a su consultorio o fue hace mucho tiempo. Tiene la responsabilidad de llamar a su médico de atención primaria de Healthy Connections y preguntarle si necesita verlo antes de darle una referencia. Su plan de salud no va a pagar la mayoría de los servicios sin la referencia.

Tiene la responsabilidad de asegurarse que tiene acceso a los cuidados de un proveedor de Medicaid de Idaho

Aun si recibe los cuidados en Idaho o en otro estado, Medicaid de Idaho no pagará los servicios que reciba si el proveedor no es de Medicaid de Idaho. Es su responsabilidad preguntar si el proveedor que le proporciona los servicios es proveedor de Medicaid de Idaho.

Compartir los costos

Copagos

Es posible que usted deba pagar algunos de los costos de su cobertura de seguro de Medicaid a través de copagos y pagos de primas.

Los proveedores de Medicaid pueden cobrar un copago para algunos servicios de rutina que no son de emergencia, como:

- Uso de la sala de emergencia cuando no es una emergencia
- Uso de transporte médico de emergencia cuando no es una emergencia
- Cuidados quiroprácticos
- Terapia ocupacional
- Optometría
- Terapia física
- Podiatría
- Terapia del habla
- Visitas al médico

NOTA: Si un médico decide que necesita tratamiento de emergencia, no tiene que pagar un copago por ningún servicio que se utilice durante el tratamiento.

La cantidad de su copago depende de su edad, ingresos y otros factores. Medicaid le avisará si usted debe pagar un copago y la cantidad a pagar.

Primas

Es posible que también deba pagar una prima:

- Por algunos servicios si está bajo el plan de Exención para personas de edad avanzada y discapacitados (Aged and Disabled Waiver)
- Si su hijo está en el Plan Básico (\$0, \$10 o \$15 al mes, según sus ingresos)
- Si su hijo califica para el programa de cuidados en casa para ciertos niños discapacitados (programa Katie Beckett, Home Care for Certain Disabled Children Program). Si su hijo califica para este programa, Medicaid le enviará una carta con la cantidad sugerida y voluntaria para la prima basada en sus ingresos. Si no puede pagar la prima, no afectará la elegibilidad de su hijo en Medicaid.



Medicaid o Medicare, ¿cuál es la diferencia?

A veces, personas confunden Medicaid y Medicare. No son lo mismo.

Medicaid

Medicaid es un programa estatal para el que puede calificar si tiene ingresos bajos y cumple una de estas descripciones:

- Está embarazada.
- Es niño o adolescente.
- Es un adulto con un niño elegible.
- Tiene una incapacidad.
- Es mayor de 65 años.
- Está ciego.
- Necesita cuidados en un asilo.
- Necesita servicios de cuidados de larga duración en casa o en la comunidad.

Si usted o alguien en su familia necesita cuidados de salud, debe hacer la solicitud para Medicaid aunque no esté seguro de calificar. Algunos ingresos y recursos no se toman en cuenta para determinar su elegibilidad. Por ejemplo, es posible que si es dueño de su casa no le impida recibir Medicaid.

Medicare

Medicare es un programa federal que proporciona la cobertura de salud si cumple con una de las siguientes descripciones:

- Es mayor de 65 años.
- Tiene insuficiencia renal o una enfermedad a largo plazo, independientemente de su edad.
- Tiene una incapacidad total y permanente.

Algunas personas califican para ambos, Medicaid y Medicare. Si califica para ambos, recibirá todos los servicios cubiertos por Medicaid aun cuando Medicare no cubra los servicios. Si es elegible para Medicare, debe tener el servicio de Medicaid o solicitarlo.

Algunas personas que no califican para Medicaid regular son elegibles para programas de beneficiarios de Medicaid calificados (Qualified Medicare Beneficiary) en los que Medicaid ayuda a pagar los costos de Medicare incluyendo:

- Primas mensuales de Medicare
- Coaseguro
- Deducibles



Para información sobre la cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare, visite www.medicare.gov.

*Para más información acerca de Medicare, llame al **(800) 772-1213**.*

¿Cuál es el plan correcto para mí?

Siempre es buena idea preguntar a su médico de atención primaria o farmacéutico si su plan de salud cubre el servicio o producto que necesita.

Estos servicios tienen algunos límites y es posible que algunos requieran que usted o su médico de atención primaria primero obtenga la autorización previa de la División de Medicaid. *Para más información acerca de la autorización previa, consulte la página 24.*

Algunos servicios solamente están cubiertos en el Plan Mejorado. Si está en el Plan Básico y tiene cambios en su salud, probablemente necesite una evaluación para saber si debe cambiar al Plan Mejorado y obtener servicios adicionales. Póngase en contacto con la oficina local de Salud y Bienestar (*consulte las páginas 29 y 30*).

El Plan Básico

El Plan Básico incluye los siguientes beneficios de prevención para ayudarle mantenerse sano:

Examen físico anual – adultos

- Limitado a uno cada 12 meses.
- Una mamografía al año para mujeres mayores de 40 años.

Consultas de revisión para niños sanos

- Consulta de revisión física y de desarrollo de pies a cabeza. La cantidad necesaria de consultas de revisión para niños sanos depende de la edad del niño. Todas las consultas de revisión recomendadas por la Academia Estadounidense de Pediatría están cubiertas.



Ayude a que su hijo esté sano

Asegúrese de que sus hijos tengan sus consultas de revisión para niños sanos

Es igual de importante llevar a sus hijos a sus consultas de revisión que llevarlos al doctor cuando están enfermos.

Los planes de salud de Idaho cubren la mayoría de servicios médicos necesarios que ordene su médico para una condición que se encuentre durante la revisión a un niño sano, aun si el servicio normalmente no se cubre.

Usted recibirá cartas para recordarle hacer las citas para las revisiones para niños sanos. Servicios de bienestar para niños siempre son gratis en los planes de salud de Idaho.

¿Cuál es el plan correcto para mí?

Continuó

Vacunas

- Se proporcionan en un consultorio médico, una clínica gratuita o a través del Departamento de Salud distrital local.

Pida que mantengan el registro de las vacunas de su hijo en el Sistema Recordatorio de Inmunizaciones de Idaho (IRIS, Immunization Reminder Information System). IRIS ayuda a que su médico lleve un seguimiento de las próximas vacunas de su hijo. Si se cambia de casa o de médico, cualquier oficina inscrita podrá recuperar el registro de su hijo.

Pruebas de niveles de plomo

- Pruebas en un consultorio médico.
 - El envenenamiento con plomo no provoca signos ni síntomas.
 - El envenenamiento con plomo puede reducir la inteligencia y capacidad de aprendizaje de niños.

Se deben hacer pruebas a su hijo a los 12 meses y de nuevo a los 24 meses de vida. En caso de no haberse realizado antes, se deben hacer las pruebas a todos los niños menores de 6 años.



Para más información sobre las vacunas, las pruebas de niveles de plomo o para pedir una copia del folleto "Get the Lead Out" (Eliminación del plomo) HW-0243, llame a Idaho CareLine (2-1-1 o (800) 926-2588).

El Plan Básico también cubre los siguientes servicios:

Servicios quiroprácticos

- Limitados a 6 visitas por año calendario.
 - No cubre radiografías tomadas por un quiropráctico.

Servicios de asesoría

Consulte los Servicios de salud mental en la página 10.

Servicios dentales

- Idaho Smiles (DentaQuest) cubre los siguientes cuidados dentales proporcionados por un dentista:
 - Hijos hasta 21 años para los cuidados dentales básicos y preventivos que incluyen revisiones, radiografías, rellenos, cirugía oral, ortodoncia de ser necesario, atención dental de emergencia y otro tratamiento médicamente necesario.
 - Los adultos mayores de 21 sólo tienen cobertura en caso de tratamiento dental de emergencia como dolor o infección.
 - Las mujeres con derecho al Programa de Embarazadas tienen cobertura para una revisión oral y cuidados dentales básicos durante su embarazo.



Para información, llame a la línea de servicio al cliente de Idaho Smiles al (800) 936-0978 o visite el sitio en internet www.dentaquestgov.com.

Visitas al consultorio médico y servicios de enfermería

- Exámenes o tratamientos de un médico, asistente de médico o practicante de enfermería.
- Servicios quirúrgicos y otros servicios de tratamiento proporcionados por un médico.
- Servicios de laboratorio de diagnóstico y radiología.

Servicios de audición

- Examen y prueba una vez al año calendario cuando lo ordene un médico.

- *Un audífono, para cada adulto, durante su vida.*
- *Los niños pueden recibir audífonos adicionales con previa autorización.*
- *Pilas, pruebas de seguimiento y reparaciones debido al uso normal.*
- *No cubre audífonos perdidos, robados o destruidos.*

Servicios de salud en casa

- Ordenados por un médico.
 - *Limitado a 100 visitas durante un año calendario, incluyendo todas visitas como las de enfermería calificada, ayuda, patología del habla y lenguaje, terapia ocupacional y terapia física.*

Servicios de hospital

- Servicios para pacientes internados.
 - *Habitación compartida, medicinas recetadas, análisis de laboratorio y otros servicios durante su estancia en el hospital.*
 - *Laboratorio, radiografías y otros estudios ordenados por su médico.*
 - *Terapia física y otros servicios ordenados por su médico.*



Es posible que su médico necesite la autorización previa para algunos servicios del hospital de la Organización de Calidad de Medicaid (Medicaid's Quality Improvement Organization). Para llamar, marque (800) 783-9207.

- Servicios para pacientes externos.



La sala de emergencias no es para cuidados médicos de rutina. Si no está seguro de tener una emergencia, llame a su médico a cualquier hora del día o la noche para obtener consejo médico (para más información acerca del uso de la sala de emergencias, consulte la página 23).

Servicios de interpretación

- Si el inglés no es su primer idioma, podría pagarse el servicio para que se comunique con su médico.

Equipo médico y suministros

- Recetados por un médico.
- Miembros artificiales (prótesis) y férulas.
 - *Para reemplazar partes del cuerpo débiles o faltantes.*
- Zapatos especiales o rellenos de zapato para diabéticos.
- Sillas de ruedas.
 - *Debe tener una orden del médico y una evaluación de un terapeuta ocupacional o físico para determinar cuál es la silla mas apropiada y menos costosa que cubra sus necesidades médicas.*

Servicios de salud mental

- Servicios psiquiátricos para pacientes internados.
 - *Limitado a diez días durante un año calendario.*
- Clínica de salud mental para pacientes externos.
 - *Limitado a 26 servicios durante un año calendario.*
 - *Incluye psicoterapias, farmacología, servicios de diagnóstico, servicios de evaluación y planeación del tratamiento (limitado a 12 horas durante un año calendario).*

Podiatría

- Cuidado de sus pies y tobillos.
 - *Limitado a condiciones graves de media pantorrilla para abajo.*
 - *Limitado al tratamiento para los cuidados relacionados con enfermedades crónicas (como diabetes) para adultos mayores de 21 años*
 - *No cubre el tratamiento rutina para callos, verrugas, uñas de los pies, etc.*

¿Cuál es el plan correcto para mí?

Continuó

Servicios relacionados con embarazos y planeación familiar

- Examen de Papanicolaou como parte de la planeación familiar o examen físico anual.
- Planeación familiar, asesoría, medicamentos y suministros para prevenir embarazos.
- Esterilización.
 - Debe firmar las formas de consentimiento legales al menos con treinta días de anticipación. Puede tener la cirugía el día treinta y uno.
 - No cubre la esterilización si la persona es menor de 21 años o si la persona no tiene la capacidad de dar su consentimiento informado.
- Servicios prenatales, de parto y posparto proporcionados por un médico o una enfermera partera titulada.
 - Si sólo es elegible porque está embarazada, este plan cubrirá únicamente su embarazo y los servicios relacionados con su embarazo hasta 60 días después del término del embarazo.

Medicamentos de prescripción

- Los planes de salud de Idaho cubren los medicamentos que le prescriba su médico, a menos que estén cubiertos por Medicare.
 - Algunos medicamentos y marcas de medicamentos de prescripción requieren una autorización previa. Su farmacéuta o proveedor sabrá cuáles medicinas requieren autorización previa y harán el pedido por usted.

- Algunos artículos sin prescripción están cubiertos, si los ordena su médico:
 - Jeringas y agujas desechables para insulina.
 - Champú para tratamiento de piojos.
 - La mayoría de tabletas de hierro.

Beneficios de prevención – Exámenes físicos anuales y revisiones para niños sanos (Consulte página 8).



Servicios proporcionados por las escuelas

- La escuela puede hacerle una prueba a su niño y determinar si su hijo es elegible para los servicios bajo un Plan Educativo Individualizado (IEP, Individualized Educational Plan) o Plan de Servicios Familiares Individualizado (IFSP, Individualized Family Services Plan).
- Con su permiso, la escuela de su hijo puede cobrar a Medicaid o CHIP por los servicios.
- Los servicios que proporciona la escuela no se consideran en las limitaciones de los demás servicios que pueda recibir su hijo.
- Pregunte en la escuela de su hijo si cobran a Medicaid o CHIP.
- Proporcione a la escuela el número de ID de Medicaid y el nombre del médico de su hijo.
- Avise a la escuela si su hijo recibe atención de otros terapeutas o médicos.

Desintoxicación y rehabilitación de abuso de sustancias

- Servicios de pacientes internados en un hospital y asesoría para pacientes externos en una oficina para el trastorno de uso de sustancias.
 - Los servicios incluyen: intervención temprana, servicios para pacientes

internados o intensivos para pacientes externos, desintoxicación y tratamiento residencial de manejo individual.



Llame sin costo a AMR
al (877) 503-1261.

- Los cargos están basados en una escala variable de tarifas.
- No cubre el tratamiento para pacientes internados en un centro de tratamiento residencial.
- Debe obtener una valoración de elegibilidad para admisión y evaluación clínica.

Terapias física, ocupacional y del habla

- Se cubren como servicio de hospital a pacientes externos, en escuelas y a través de terapeutas independientes.
- Hay ciertos límites al servicio. Su terapeuta puede continuar con el tratamiento más allá de los límites del servicio dependiendo de ciertas circunstancias.
- Informe a su terapeuta cuando reciba servicios de terapia de otro proveedor a fin de evitar problemas con los límites del servicio.

Transporte (no urgente)

En caso de que tenga una cita médica y no tenga auto, no pueda conducir un auto o no lo pueda llevar un amigo o familiar, puede solicitar el transporte a través del proveedor de transporte médico no urgente de Medicaid, American Medical Response (AMR).

- AMR revisará su solicitud y decidirá si Medicaid paga su transporte. AMR revisará su solicitud con base en el transporte más económico disponible y la distancia al servicio o proveedor de Medicaid más cercano disponible.
- Si lo refieren a cuidados médicos fuera de su comunidad, AMR podría pedir una referencia de su médico antes de programar su transporte.
- Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.

Servicios para la visión

- Para adultos mayores de 21 años.
 - *Limitados al tratamiento de necesidades agudas como el retiro de objetos extraños en el ojo.*
 - *Los adultos con enfermedades crónicas como diabetes o glaucoma que requieran atención oftalmológica regular, pueden tener exámenes de la vista una vez al año.*
- Para menores de 21 años.
 - *El médico que hace el examen podría no ser el proveedor de sus lentes. Asegúrese de preguntar su médico ordena los lentes del proveedor de Medicaid.*
 - *Protectores, armazones y lentes cuando sea necesario.*
 - *No cubre lentes de transición o progresivos para personas de cualquier edad, o colorantes, a menos que sea médicamente necesario debido a una condición extrema.*

• Contactos.

- *Cobertura de lentes de contacto si no se puede corregir la visión con lentes convencionales. No se cubren los lentes de contacto por motivos de conveniencia o cosméticos.*
- *No se cubre la cirugía de córnea por miopía.*

Otros servicios cubiertos

- Servicio de suplementos nutricionales cuando sea médicamente necesario y ordenado por su médico.
- Capacitación sobre diabetes.
 - *Limitada a 12 horas individuales o 24 horas en grupo cada cinco años.*

¿Que es la asistencia de salud preventiva?

La Asistencia de Salud Preventiva (PHA, Preventive Health Assistance) tiene dos beneficios diseñados para ayudar a que usted y su familia tengan un estilo de vida sano.

PHA de comportamiento – Manejar del peso o dejar el tabaquismo.

A fin de calificar para este beneficio, debe llenar un cuestionario de salud, que puede obtener si llama a la unidad de PHA o lo imprime del sitio en internet de PHA. En el cuestionario, debe de indicar que usted o su hijo mayor de cinco años:

- Tiene un Índice de masa corporal (BMI) en la escala de obeso o peso bajo, y que quiere mejorar su salud manejando su peso.
- *o*
- Que quiere dejar de usar tabaco.

Si califica para los beneficios de PHA, puede ganar puntos y usarlos (un punto = \$1) para comprar artículos o servicios que le ayudarán a llevar un estilo de vida sano. Después de recibir los puntos, los puede usar en negocios aprobados por PHA para ayudar a comprar cosas como un programa para manejar el peso o productos para dejar de usar tabaco.

No se puede recibir al mismo tiempo los beneficios por manejar el peso y dejar de usar tabaco. El beneficio máximo es 200 puntos al año.

Beneficio de bienestar de PHA – Si su hijo está en el Plan Básico y paga una prima mensual (\$10 o \$15) por la cobertura de su hijo, puede ganar puntos si mantiene al corriente las revisiones para niños sanos y vacunas de su hijo. Los puntos de bienestar (un punto = \$1) se utilizan para pagar sus primas mensuales. Si su hijo es elegible para el beneficio de bienestar de PHA, automáticamente recibirá más información.

No se puede cambiar los puntos de Bienestar de PHA por comprobantes. Estos puntos solamente se ocupan para pagar la prima mensual.

Para mas información sobre PHA, visite nuestro sitio en internet www.medicaid.idaho.gov (haga clic en la liga de Preventive Health Assistance) o llame sin costo al (877) 364-1843.



El Plan Mejorado

Si tiene este plan, puede recibir todos los servicios del Plan Básico, además de los siguientes servicios:

Servicios de manejo de casos (Coordinación de Servicios)

Consulte en la página 15 la sección de Coordinación de Servicios.

Servicios para Incapacidad de desarrollo

Para solicitar los servicios, póngase en contacto con su oficina local de Programas Regionales. *En la página 32 puede encontrar los números telefónicos y direcciones.* Estos servicios incluyen:

- Terapia de desarrollo, terapia física, terapia del habla, terapia ocupacional, psicoterapia e intervenciones intensivas en la conducta. Consulte los límites en la sección de Terapia (página 15) y Desintoxicación y Rehabilitación de Abuso de Sustancias (página 11).
- Coordinación de Servicios (Gerente de Caso).
- Consulte la sección de Coordinación de Servicios en la página 15.

Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

- Servicios de soporte necesarios para vivir en casa, en un centro residencial de vivienda asistida (RALF, residential assisted living facility) o casa familiar certificada (CFH, certified family home), en lugar de vivir en una institución como un asilo o en un centro de cuidados intermedios (ICF/ID, intermediate care facility) para personas con incapacidad de desarrollo o intelectual.

- Debe ser mayor de 18 años para ser elegible para los Servicios en el hogar y la comunidad.

Centro de cuidados paliativos

- Cuidados en casa para enfermos terminales con menos de seis meses de vida.

Clínica de salud mental

- Servicios de cuidados parciales.
- Debe ser mayor a 18 años con diagnóstico de una enfermedad mental grave y persistente.
- Limitado a 12 horas por semana.
- Servicios de Psicoterapia.
- Limitado a 45 horas durante un año calendario si no recibe también servicios de rehabilitación psicosocial.

Servicios de rehabilitación psicosocial de salud mental

- Rehabilitación psicosocial (PSR, Psychosocial Rehabilitation)
- Disponible para menores de 18 años con diagnóstico de trastorno emocional grave y adultos diagnosticados con una enfermedad mental grave o persistente.
- Limitado a 5 horas por semana para participantes menores de 21 años.
- Limitado a 4 horas por semana para participantes mayores de 21 años.

Asilos

- Se cubre si su médico dice que usted necesita estar en un asilo y Medicaid determina que necesita el nivel de atención de un asilo.

Servicios de cuidados personales

El Plan Mejorado

Continuó

(PCS)

- Servicios provistos en su hogar.
 - Podría ser de ayuda para los cuidados básicos, aseo personal, medicamentos, aseo ligero de casa, cocinar, hacer las compras por usted y transporte.
 - Limitado a 16 horas por semana.
 - Si por su condición médica requiere más de 16 horas por semana, podría ser elegible para uno de los Servicios exentos en el hogar y la comunidad. Para detalles, llame su oficina local de Medicaid (consulte la página 29).

Coordinación de Servicios

Si califica para la coordinación de servicios, un coordinador de servicios le ayudará a obtener y coordinar los cuidados y servicios que necesita.

Sólo puede recibir una clase de coordinación de servicios. Si califica para más que una clase, tendrá que elegir la clase que quiere. Las clases de coordinación de servicios son:

- Incapacidad de desarrollo.
 - Adultos mayores de 18 años.
 - Requiere autorización previa.
- Niños.
 - Niños hasta 21 años.
 - Haber sido diagnosticado con retraso de desarrollo, trastorno emocional serio u otra condición médica que requiere que el niño reciba servicios de varios proveedores.
 - Se debe preparar y autorizar un plan de coordinación de servicios antes de que puedan prestarse los servicios. Si su hijo tiene 0-3 años, la oficina de coordinación de servicios debe trabajar a través de la

red de proveedores del programa para Bebés y Niños Pequeños de Idaho.

- Salud mental.
 - Adultos mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno mental serio y persistente.
 - Limitado a cinco horas al mes.
 - Hasta tres horas al mes en caso de crisis documentada.
 - Horas adicionales en caso de crisis con previa autorización.
- Servicios de cuidados personales.

- Niños que reciben servicios de cuidados personales.

Terapia

Todos servicios de terapia deben ser ordenados por su médico o proveedor autorizado.

- Terapia de desarrollo: Proporcionada por agencias para discapacidad de desarrollo.
 - Limitado a 22 horas por semana para un servicio o una combinación de terapia de desarrollo, psicoterapia, asesoría de soporte, terapia del habla, ocupacional, física e intervención intensiva para el comportamiento (IBI, intensive behavioral intervention).
- Intervención intensiva para el comportamiento: Proporcionada por agencias para discapacidad de desarrollo.
 - Limitado a 36 meses durante la vida.
 - No hay límite para servicios a niños proporcionados en un programa de escuela pública.

Revisión de salud para mujeres

Algunas mujeres pueden calificar para una valoración cervicouterina y mamaria gratis. Para que Medicaid pague su tratamiento contra el cáncer, debe haber sido diagnosticada con cáncer por un proveedor de Women's Health Check (Revisión de salud para mujeres). Puede calificar si:

- Sus ingresos son bajos.
- No tiene seguro médico para mamografías o pruebas de Papanicolaou.
- Tiene de 50 a 64 años.

- Tiene de 30 a 49 años y no se ha realizado una prueba de Papanicolaou en más de cinco años, nunca se ha realizado una prueba de Papanicolaou o tiene síntomas de cáncer cervicouterino.
- Un médico la refiere por síntomas sospechosos de cáncer de mama.

Llame a Idaho CareLine (2-1-1 o (800) 926-2588) para encontrar un proveedor de Women's Health Check y saber si califica.



Medicaid para Trabajadores con Discapacidad

Medicaid para los Trabajadores con Discapacidad es un programa opcional de Medicaid. Las personas que participan en Medicaid para Trabajadores con Discapacidad reciben los mismos servicios que en el Plan Mejorado. Además, esta opción:

- Permite a los trabajadores discapacitados de Idaho recibir beneficios de Medicaid mediante una prima en escala variable que se basa en sus ingresos.
- Permite trabajadores discapacitados de Idaho seguir trabajando o buscar un empleo competitivo sin tener que preocuparse de perder su cobertura del cuidado de la salud.
- Apoya a trabajadores discapacitados de Idaho a:
 - *Tener una mayor independencia*
 - *Disminuir su dependencia de la asistencia pública*

¿Quién tiene derecho a Medicaid para los Trabajadores con Discapacidad?

Tiene derecho a participar si:

- Es mayor de 16 y menor de 65 años
- Tiene una discapacidad
- Trabaja o es empleado independiente
- Tiene ingresos contables de menos del 500% de la Guía Federal de Pobreza (Federal Poverty Guideline)
- Tiene ingreso bruto ganado de por lo menos 15% de su ingreso total bruto
- Tiene recursos contables menores a \$10,000 para un individuo o \$15,000 por pareja

¿De cuánto va a ser mi prima?

Es posible que tenga que pagar \$0, \$10 o hasta 7.5% de su ingreso, dependiendo de cuánto gane.

Para más información, llame a su oficina local de Salud y Bienestar (*los números telefónicos se incluyen en las páginas 29 y 30*) o al (877) 456-1233.



El Plan Coordinado de Medicare-Medicaid

Si participa en este plan opcional, puede recibir la mayoría de sus servicios médicos del Plan de Medicare Advantage.

Si es elegible para Medicare Parte A y Parte B (doble elegibilidad), puede elegir inscribirse en este plan, si se ofrece en su condado. Este plan de beneficios, llamado el Plan Coordinado de Medicare-Medicaid, provee beneficios coordinados y una cobertura extendida en las áreas de visión, audición y servicios dentales. La mayoría de personas elegibles para el Plan Mejorado pueden elegir este plan nuevo.

Los servicios que cubre el Plan Coordinado de Medicare-Medicaid se presentan en la lista a continuación. Los proveedores de Medicare Advantage facturarán al Plan de Medicare Advantage directamente por estos servicios. Los proveedores de Medicaid facturarán a Medicaid directamente por los servicios cubiertos por Medicaid que se presentan en la siguiente tabla.

Servicios del Plan Coordinado de Medicare-Medicaid

Beneficio	Plan de Medicare Advantage	Medicaid
Servicios de hospital	X	
Servicios para pacientes externos	X	
Servicios de hospital de emergencia	X	
Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio	X	
Servicios del médico	X	
Servicios del médico cirujano	X	
Servicios de una enfermera pediátrica o familiar con licencia	X	
Servicios del asistente médico	X	
Servicios quiroprácticos	X	
Servicios del podiatra	X	
Servicios del optometrista	X	
Servicios de partera con licencia	X	
Manejo de casos de atención primaria	X	
Examen físico para adultos	X	
Servicios de mamografía	X	
Beneficios de prevención y asistencia de salud (incluye educación sobre salud y bienestar y servicios de intervención como manejo de enfermedades, programas para dejar de usar tabaco, o manejo de peso)	X	

Beneficio	Plan de Medicare Advantage	Medicaid
Servicios de laboratorio y radiología	X	
Medicamentos prescritos que cubre Medicare Parte D	X	
Medicamentos prescritos que no cubre Medicare Parte D	X	
Servicios de planeación familiar	X	
Servicios psiquiátricos para pacientes internados	X	
Servicios de salud mental para pacientes externos	X	
Servicios de rehabilitación psicosocial		X
Cuidados de salud en casa	X	
Servicios de terapia	X	
Servicios del habla, audición y lenguaje	X	
Equipo médico y suministros	X	
Equipo médico y suministros especializados	X	
Prótesis	X	
Servicios para la vista	X	
Servicios dentales, médicos y quirúrgicos	X	
Dentaduras postizas	X	
Clínicas salud rurales	X	
Servicios de centros de salud calificados a nivel federal	X	
Servicios de salud para indios	X	
Transporte médico	X	
Servicios de asilo (100 días o menos)	X	
Servicios de asilo		X
Servicios de cuidados personales		X
Otros servicios proporcionados en el hogar y la comunidad		X
Cuidado de cuidados paliativos	X	
Servicios de centros de cuidados intermedios (para personas con discapacidad de desarrollo o intelectual)		X
Servicios de la Agencia de Discapacidad de Desarrollo		X

Asistencia para primas

La asistencia para primas le ayuda comprar un seguro médico particular. Hay dos programas de asistencia para primas: El acceso a Seguro de Salud para adultos y la Tarjeta de acceso para niños.

Acceso a Seguro Salud

El acceso al Seguro de salud le ayuda pagar un seguro de salud financiado por su empleador. Paga hasta \$100 al mes por los empleados que califican y sus cónyuges. Para participar:

- Usted o su cónyuge debe de trabajar para una empresa pequeña con 2 a 50 empleados.
- Su empleador debe aceptar inscribirse en el programa.

La tarjeta de acceso

Si sus hijos están elegibles, puede elegir inscribirlos en el Programa de Access Card (Tarjeta de acceso) en lugar del Plan Básico. El programa de Access Card para niños le ayuda comprar un seguro particular para sus hijos. Puede comprar un seguro financiado por su empleador o un plan individual. Access Card paga hasta \$100 para cada niño, cada mes (máximo de \$300 por familia al mes). Usted paga los deducibles y copagos del plan de salud que elija.

Si su hijo pierde el seguro particular que se paga a través de Access Card, lo puede cambiar al Plan Básico.

Para más información, llame a Idaho CareLine (2-1-1) o Medicaid Familiar (consulte la página 29).



Healthy Connections

Para entender cómo funcionan los planes de seguro de salud de Idaho este programa le ayudará a usar sus beneficios correctamente. La mayoría de servicios se proporcionan a través de un sistema de cuidados manejado, llamado Healthy Connections. Healthy Connections le ayuda a encontrar un médico de atención primaria que atienda sus necesidades de salud y le proporcione los cuidados de salud que necesita. La mayoría de los participantes debe inscribirse a Healthy Connections.

Inscripción

- Si ya tiene un médico de atención primaria, puede seguir con ese médico.
- Si no tiene un médico de atención primaria, tiene que elegir un médico de atención primaria que participe en el Programa Healthy Connections.
- En www.healthyconnections.idaho.gov puede ver la lista de médicos de atención primaria de Healthy Connections.



Haga una cita con su médico de atención primaria en cuanto se inscriba a Healthy Connections. De lo contrario, es posible que su médico de atención primaria no pueda hacer referencias para su cuidado.

- Si no escoge uno, un representante de Healthy Connections escogerá un médico de atención primaria en su área para usted y su familia.

- Puede escoger un médico de atención primaria diferente para cada miembro de la familia.
- Su médico de atención primaria de Healthy Connections le va a proporcionar las necesidades de cuidados de la salud básicos, lo referirá a un especialista o al hospital cuando sea necesario.
- En cuanto sepa que le van a cambiar de médico, puede llamar a su oficina local de Healthy Connections y pedir que le cambien de médico de atención primaria. El cambio se llevará a cabo el día primero del mes siguiente.
- Recibirá una carta por correo en la que se confirma su inscripción o el cambio de su médico de atención primaria. Lea con atención y, si tiene alguna pregunta, llame a su oficina local de Healthy Connections.
- Debe llamar a su médico de atención primaria cuando necesite un consejo médico, aunque sea después del horario de trabajo o en vacaciones.

Referencias

Si no ha visto a su médico de atención primaria de Healthy Connections, es posible que no lo refieran a otros servicios de cuidados de la salud. Su responsabilidad es llamar a su médico de atención primaria para saber si tiene que consultarlo antes de que lo pueda referir. Es muy importante que:

- Hable con su médico de atención primaria antes de ir con otro médico o de recibir otros servicios médicos.
- Obtenga una referencia antes de que consulte a un médico que no sea su médico de atención primaria o tendría que pagar la consulta.

Healthy Connections

Continued

- Llame cuanto antes a la oficina del médico que lo refirieron para hacer una cita y que reciba los cuidados.

No necesita una referencia de su médico en caso de:

- Cuidados dentales de emergencia.
- Cuidados quiroprácticos.
- Planeación familiar en la agencia de Salud del Distrito u otra agencia.
- Vacunas contra la gripe.
- Prueba o valoración de audición.
- Vacunas.
- Visitas a una clínica de salud india.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios de cuidado personal.
- Farmacia.
- Podiatría (cuidado de los pies) en el consultorio de un podiatra.
- Servicios radiológicos.
- Servicios en escuelas.
- Mamografías de valoración.
- Pruebas para enfermedades de transmisión sexual.
- Visitas de cuidados urgentes en caso de que esté cerrado el consultorio de su médico de atención primaria.

Llame a Healthy Connections

- Si necesita ayuda para escoger un médico de atención primaria.
- Si quiere cambiar de médico de atención primaria.
- Si va a mudarse a un área nueva. Si no llama después de mudarse, es posible que no pueda usar su tarjeta en el área nueva. Healthy Connections le ayudara encontrar un nuevo médico de atención primaria para que no necesite una referencia de su médico anterior.



Llame al teléfono sin costo de servicio a clientes al **(877) 456-1233** para reportar cambios de dirección. En la página 31 encontrará los números telefónicos de su oficina local de Healthy Connections.

¡Sea una buena paciente!

- Llame con anticipación para pedir una cita. Es posible que no consiga una cita el mismo día.
- Cuando haga una cita o busque atención cualquier proveedor de cuidados de la salud que factura a Medicaid o CHIP, avise que está inscrito en Healthy Connections.
- Presente en cada cita su tarjeta de ID y cualquier otra tarjeta de seguro médico (consulte en la página 27 la información acerca del reporte de cambios en otro seguro).
- Al hacer una cita, informe a la recepcionista cuántos miembros de la familia van a consulta y la razón, para disponer del tiempo suficiente para cada cita.
- Llegue a tiempo a sus citas.
- Siga su tratamiento.
- De ser posible, evite llevar a sus hijos si la cita no es para ellos.
- Si tiene que cancelar su cita, llame al menos 24 horas antes, si puede. Si su médico tiene la política de cobrar por citas a las que no asista, posiblemente le cobre La falta a las citas no están cubiertas y no las paga su plan de salud.

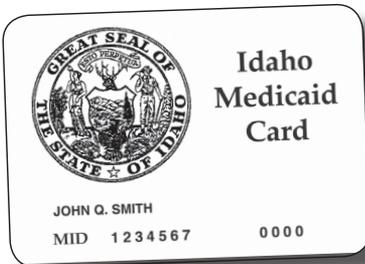
Procedimiento de quejas de Healthy Connections

En caso de problemas con Healthy Connections, llame a la oficina local de Healthy Connections. Si el representante de Healthy Connections no lo puede solucionar, tiene el derecho de presentar una queja por escrito. Revisaremos de nuevo su problema y le daremos una respuesta por escrito.

Si todavía no está satisfecho, tiene derecho de pedir una audiencia. Puede pedir la audiencia por escrito a la dirección que aparece en su carta de respuesta a la queja.

Su tarjeta de identificación

Recibirá una tarjeta de identificación permanente (ID) desde la primera vez que sea elegible para la cobertura del seguro de salud de Idaho.



Su tarjeta llegará por correo. Es importante que llame a su oficina local de Salud y Bienestar si no recibe su tarjeta 14 días después de haber recibido la carta confirmando su elegibilidad.

Si pierde su tarjeta, llame a su oficina local de Salud y Bienestar (consulte en las páginas 29 y 30 los números telefónicos).



Recuerde que su tarjeta de ID es permanente. ¡No la tire, guárdela!

- Si pierde sus beneficios y los recupera después, ocupará la misma tarjeta.
 - Guarde su tarjeta en su cartera o bolsa para que la pueda mostrar a su médico, dentista o en la farmacia. Es posible que además de su tarjeta de Medicaid tenga que presentar una identificación con fotografía.
 - Siempre muestra su tarjeta de ID y, antes de recibir servicios médicos, pregunte al proveedor si acepta como pago la tarjeta de ID. Pregunte aunque su médico lo haya referido a un especialista. No todos los médicos aceptan la cobertura del plan de salud de Idaho.
 - El pago del estado por servicios se considera un pago total, independientemente de la cantidad facturada.
- Importante** – Avise de cambios de nombre a su oficina local de Salud y Bienestar ya que es posible que no funcione su tarjeta si se presenta con un nombre diferente al que aparece en su tarjeta de ID.

En caso de acudir a la sala de emergencias (ER)

Si su hijo o usted se enferma o se lastima, debe llamar a su médico y preguntar qué hacer. Si no está seguro de que sea una emergencia, llame su médico a cualquier hora y solicite asesoría. Si el consultorio de su médico de atención primaria está cerrado, puede acudir a un centro de atención de urgencias sin una referencia de su médico. Se entregarán a su médico de atención primaria los expedientes médicos de estas visitas.

Es importante que recuerde que un centro de atención de urgencias no es igual a una sala de emergencia.

Copagos por el uso de servicios de emergencia

Si la condición médica no es emergente, es posible que tenga que realizar un copago por el uso de servicios de emergencia. Es importante que sólo utilice los servicios de emergencia como la sala de emergencia de un hospital o ambulancias para emergencias en caso de que realmente sean necesarios. Si utiliza los servicios adecuados y trabaja con su médico de Healthy Connections, puede ayudar a mantener bajos los costos de Medicaid.

El Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia (American College of Emergency Physicians) y la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) han presentado los signos de advertencia que le ayudarán a decidir si debe ir a la sala de emergencias. El siguiente es un resumen de las dos listas:

- Dificultad para respirar o falta de aire
- Dolor o presión en el pecho o abdomen
- Desmayo, mareo repentino y debilidad
- Cambios en la visión
- Confusión o cambio de estado mental

- Dolor severo o repentino
- Hemorragia no controlada
- Vómito o diarrea severa o persistente
- Tos o vómito con sangre
- Sentimientos de suicidio
- Dificultad para hablar
- Dolor abdominal poco común
- Nuca rígida o salpullido con fiebre
- Fiebre en un recién nacido
- Lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento, confusión, dolor de cabeza o vómitos
- Quemaduras
- Intoxicación.



Si sospecha que su hijo ingirió un veneno o un medicamento de otra persona, **llame de inmediato a su centro de intoxicaciones al (800) 860-0620**, aunque el niño no tenga signos ni síntomas.



Si piensa que su hijo está enfermo, llame a su pediatra. Si le preocupa que pudiera estar en riesgo la vida de su hijo o está gravemente enfermo o lesionado, **llame al 9-1-1**.

Además, todos los padres deben estar preparados. Parte de dicha preparación incluye aprender CPR y primeros auxilios básicos. Para información de clases cerca de usted, póngase en contacto con su pediatra, la Cruz Roja o la Asociación Estadounidense del Corazón American Heart Association.

Información importante que debe recordar

- Las salas y ambulancias para emergencias le pueden cobrar un copago por el uso de estos servicios si la situación no es de emergencia.
- La sala de emergencia no es el lugar correspondiente para recibir cuidados de rutina. Si necesita un médico de

atención primaria, llame primero a su médico de atención primaria de Healthy Connections o a Healthy Connections.

- Medicaid colabora con los proveedores de atención primaria a fin de identificar a los participantes que hicieron mal uso o abusaron de los servicios de emergencia.

¿Qué es previa autorización?

Previa autorización quiere decir que usted o su proveedor primero deben obtener la aprobación de Medicaid o sus representantes antes de recibir un servicio, de lo contrario es posible que deba pagar la cuenta.

Por lo común, su médico, proveedor de cuidados de la salud o farmacéuta pide la previa autorización por usted. Es posible que deba pedir previa autorización para otros servicios para usted o su familia, como el transporte.

La previa autorización es diferente de una referencia de Healthy Connections

- Previa autorización es obtener la aprobación del departamento para servicios específicos.
- Una referencia de Healthy Connections es la aprobación de su médico de atención primaria para servicios.

Usted o su proveedor deben obtener la previa autorización de los siguientes servicios:

- Transporte de AMR para servicios médicos que no son de emergencia
- Coordinación de servicios en crisis de salud mental (manejo de casos)
- Ciertos equipos médicos y suministros
- Servicios exentos en el hogar o la comunidad

- Ciertas hospitalizaciones o procedimientos médicos para pacientes internados o externos
- Ciertos servicios para la visión
- Ciertos servicios dentales
- Servicios de cuidado personal
- Ciertos servicios de rehabilitación psicosocial
- Servicio de enfermería particular
- Terapia física, ocupacional y del habla, más allá de los límites del servicio
- Ciertos medicamentos y la mayoría de los medicamentos de marca registrada cuando haya disponibilidad de genéricos
- Intervención Intensiva de Comportamiento (IBI, *Intensive Behavioral Intervention*)
- Servicios de Agencias para discapacidad de desarrollo
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas adicionales

Es posible que otros servicios no mencionados también requieran previa autorización. Su médico o proveedor de cuidados de la salud por lo común sabe si se necesita previa autorización, pero si tiene preguntas, llame al (888) 239-8463 para recibir ayuda en inglés o al (800) 862-2147 en español.



Si un servicio requiere previa autorización, debe obtenerla de Medicaid antes de recibir el servicio.



Información importante

Sus derechos

Si es elegible para la cobertura del plan de seguro de salud de Idaho, usted tiene ciertos derechos garantizados.

Tiene el derecho a un trato justo

Tiene el derecho a todos beneficios incluidos, sin importar su raza, color de piel, nacionalidad de origen, incapacidad, sexo o edad.

Si considera que alguien de Salud y Bienestar le ha discriminado por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, incapacidad, sexo o edad, **puede presentar una queja en:**

Civil Rights Manager
Idaho Department of Health and Welfare
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0036
(208) 334-5617 (voice) or
(208) 334-4921 (TDD)

También puede presentar una queja en:

U.S. Department of Health and Human Services (HHS)
Director, Office for Civil Rights
Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0403 (voice) or
(202) 619-3257 (TDD)

HHS es un proveedor y empleador de oportunidades de igualdad.

Tiene derecho de que se le avise a tiempo y correctamente

Debe recibir por correo notificaciones por escrito antes de que termine su elegibilidad.

Tiene derecho de tomar las decisiones acerca del cuidado de su salud

Su proveedor tiene que explicarle sus opciones antes de empezar su tratamiento médico.



Antes de que enferme muy gravemente y no pueda tomar una decisión acerca de su tratamiento médico, debe informar a su familia y su médico sus deseos. Para un Testamento vital y Poder notarial permanente para cuidados de la salud, consulte en www.healthandwelfare.idaho.gov (haga clic en la liga Medical y después a la derecha de la página en Certified Family Homes).

Tiene derecho de apelar



¡Esto es muy importante!

Si no está de acuerdo con una decisión sobre su **elegibilidad** de cobertura o si considera que sus necesidades médicas no han sido satisfechas, puede apelar. Para solicitar una apelación, póngase en contacto con su oficina regional y solicite el formulario Fair Hearing (apelación justa). Llene el formulario y envíelo con una copia del aviso disputado. Para apelaciones de elegibilidad, el Departamento de Salud y Bienestar debe recibir su apelación por escrito en un plazo 30 días a partir de la fecha que se envió por correo el aviso.

En el caso de las apelaciones de **servicios negados**, el Departamento de Salud y Bienestar debe recibir su apelación por escrito en un plazo de 28 días. Si el Departamento recibe su apelación después de 28 días, revisará la decisión. Esta revisión podría incluir una audiencia. Si el Departamento recibe su apelación después de los 28 días, pierde el derecho de apelar.

Envíe sus apelaciones a:
Hearing Coordinator
Idaho Department of Health and Welfare
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si se programa una audiencia, usted recibirá una carta indicando el lugar y la hora de su audiencia. Durante la audiencia, puede acompañarle alguien que le represente. No necesita un abogado, pero puede contratar uno por su cuenta, si desea.

Fraude, abuso y uso indebido



Todos en su familia que sean elegibles para beneficios de salud recibirán su propia tarjeta de Medicaid con su nombre. La ley prohíbe que otra persona utilice la tarjeta.

Si falta deliberadamente a las reglas, puede perder su cobertura. También puede ser procesado y es posible que deba pagar por los beneficios que recibió, pero a los que no tenía derecho.

Si sabe de alguien que abusa de los programas de asistencia que recibe del estado o si considera que un proveedor cobra indebidamente por servicios que no ha proporcionado, debe reportarlo a Medicaid.



*Para reportar el fraude de participantes, llame a Idaho CareLine al **2-1-1** o **(800) 926-2588**.*

*Para reportar el fraude de proveedores, descargue el formulario de quejas en: **www.healthandwelfare.idaho.gov** (haga clic en la liga de Provider y después en File a Fraud Complaint. Llene el formulario y envíelo por correo a:*

Medicaid Fraud & Program Integrity Unit
Bureau of Audits & Investigations
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0036
or FAX it to **(208) 334-2026**.

Recuperación patrimonial

Si es mayor de 55 años y recibe beneficios de Medicaid, no puede regalar su propiedad a otros.

Si usted y su cónyuge fallecen, su dinero y propiedades se utilizarán para reembolsar a Medicaid.

Bajos ciertas condiciones, sus hijos pueden solicitar una exención por razones de dificultades económicas.

*Para más información llame la Oficina de Recuperación de Medicaid al **(866) 849-3843** o llame a Idaho CareLine **(2-1-1)** o **(800) 926-2588** y solicite una copia de Property Liens y Estate Recovery #HW-0474 (Derechos de retención y recuperación patrimonial).*



Otro seguro médico

Si tiene Medicare, Blue Cross, Blue Shield o cualquier otro seguro médico, debe avisar a su trabajadora de Salud y Bienestar. Su otro seguro debe pagar antes de que pague Medicaid. Si su seguro cambió o se suspendió en los últimos seis meses, debe proporcionar a la trabajadora de Salud y Bienestar la información sobre su nuevo plan de seguro y explicar por qué suspendió su seguro. De no ser así, es posible que sus hijos no reciban la cobertura del plan de seguro de salud de Idaho.



Si se vence o cambia su seguro primario, llame a Health Management Systems (HMS) al (208) 375-1132, opción 0, o llame sin costo al (800) 873-5875. HMS no controla sus beneficios. Para más información sobre los beneficios, llame a la línea para participantes a Molina Medicaid Solutions al 1 (866) 686-4752.



Para instrucciones acerca de cómo pagar a Medicaid, llame a la Unidad de Recuperación Financiera al (208) 287-1150 o al contratista de recuperación de terceros del Departamento, HMS, en la área de Boise al (208) 375-1132 o a la línea sin costo al (800) 873-5875.

Programa de pago de primas del seguro de salud (HIPP)

Si tiene Medicaid y tiene otro seguro de salud disponible, por ejemplo por medio de su patrón, pregunta a su trabajador de Salud y Bienestar acerca de HIPP. Si usted o sus niños califican, el Departamento de Salud y Bienestar puede pagar las cuotas, deducibles y copagos de su otro seguro.

Para más información llame a Idaho CareLine al (2-1-1 o (800) 926-2588) y solicite una copia de #HW-0905 Health Insurance Premium Payment (Pago de primas del seguro de salud).

Si Medicaid paga una cuenta y usted recibe el dinero de su otro seguro, debe entregar ese dinero a Medicaid. Usted tiene la responsabilidad de ayudar a Medicaid a recuperar el pago del otro plan de seguro u otra persona responsable como un padre sin custodia. El proveedor de los servicios tendrá que enviar el cobro de nuevo o hacer un ajuste.

Oficina de salud mental y abuso de sustancias

Medicaid Office of Mental Health and Substance Abuse

Esta oficina revisa las solicitudes para servicios de rehabilitación psicosocial en crisis y servicios adicionales de pruebas psicológicas y neurológicas.

Teléfono (208) 334-0767

(866) 681-7062

FAX (208) 332-7292

(866) 241-7278



State of Idaho Substance Abuse Treatment Line

(800) 922-3406

Oficinas locales de Salud y Bienestar

Las oficinas locales reciben solicitudes de Medicaid y otros programas, determinan la elegibilidad a Medicaid y revisan las apelaciones.

Medicaid Familiar

150 Shoup Ave., Suite 5
Idaho Falls, 83402

(866) 326-2485
FAX (208) 528-5980

Cuidado a largo plazo

No disponible

(866) 255-1190
FAX (208) 799-5048

Región 1

Coeur d' Alene

1120 Ironwood Dr. Suite 201, 83814

(208) 769-1456
FAX (208) 666-6789

Kellogg

35 Wildcat Way, 83837

(208) 784-1351
FAX (208) 784-1356

Sandpoint – Ponderay

207 Larkspur St., 83852

(208) 265-4529
FAX (208) 263-4198

St. Maries

222 S. 7th, 83861

(208) 245-2541
FAX (208) 245-7131

Región 2

Lewiston

1118 F St., 83501

(208) 799-4320
FAX (208) 799-5121

Grangeville

216 South C, 83530

(208) 983-0620
FAX (208) 983-2440

Moscow

1350 Troy Highway, 83843

(208) 882-2433
FAX (208) 882-8575

Región 3

Caldwell

3402 Franklin Rd., 83605

(208) 455-7200
FAX (208) 454-7607

Nampa

823 Park Center Blvd., 83651

(208) 465-8444
FAX (208) 442-2810

Payette

515 N. 16th, 83661

(208) 642-6400
FAX (208) 642-9746

Región 4

Boise

1720 Westgate Dr., Suite B, 83704

(208) 334-6700

FAX (208) 334-6912

Mountain Home

2420 American Legion Blvd., 83647

(208) 587-9061

FAX (208) 587-5024

Región 5

Twin Falls

601 Poleline Rd., Suite 5, 83301

(208) 736-2110

FAX (208) 736-2176

Burley

2241 Overland Ave., 83318

(208) 678-1121

FAX (208) 678-1263

Región 6

Pocatello

1090 Hiline Road, 83201

(208) 235-2900

FAX (208) 236-6100

Blackfoot

701 East Alice, 83221

(208) 785-5826

FAX (208) 785-1003

Preston

223 North State, 83263

(208) 852-0634

FAX (208) 852-2136

Región 7

Idaho Falls

150 Shoup Ave., 83402

(208) 528-5800

FAX (208) 528-5837

Rexburg

333 Walker Dr., 83440

(208) 359-4750

FAX (208) 356-5461

Salmon

111 Lillian, 83467

(208) 756-3336

FAX (208) 756-3805

Oficinas locales de Healthy Connections

Las oficinas locales le pueden informar acerca de los médicos de atención primaria disponibles en el área y le ayude con los cambios o las preguntas acerca de Healthy Connections (consulte en las páginas 20-22 la información específica del programa). Para más información, visite nuestro sitio en internet en www.healthyconnections.idaho.gov.

Región 1 – Coeur d’Alene

Condados de Benewah, Bonner, Boundary, Kootenai y Shoshone
1120 Ironwood Dr., Coeur d’Alene, ID 83814

**(208) 666-6766 or
(800) 299-6766
FAX (208) 769-1473**

Región 2 – Lewiston & Moscow

Condados de Clearwater, Idaho, Latah, Lewis y Nez Perce
1118 F St., Lewiston, ID 83501

**(208) 799-5088 or
(800) 799-5088
FAX (208) 799-5167**

Región 3 – Caldwell, Nampa, & Payette

Condados de Adams, Canyon, Gem, Owyhee, Payette y Washington
3402 Franklin Rd., Caldwell, ID 83605-9901, or 515 N. 16th St., Payette, ID 83661

**(208) 642-7006 or
(208) 455-7244 or
(888) 528-5861
FAX (888) 532-0014**

Región 4 – Boise

Condados de Ada, Boise, Elmore y Valley
1720 Westgate, Suite B, Boise, ID 83704

**(208) 334-4676 or
(888) 528-5861
FAX (888) 532-0014**

Región 5 – Twin Falls & Burley

Condados de Blaine, Camas, Cassia, Gooding, Jerome, Lincoln, Minidoka y Twin Falls

601 Poleline Rd., Suite 3, Twin Falls, ID 83301

**(208) 736-4793 or
(800) 528-5861
FAX (888) 532-0014**

Región 6 – Pocatello

Condados de Bannock, Bear Lake, Bingham, Caribou, Franklin, Oneida y Power

1090 Hilene Rd., Suite 202, Pocatello, ID 83201

**(208) 235-2927 or
(888) 528-5861
FAX (888) 532-0014**

Región 7 – Idaho Falls

Condados de Bonneville, Butte, Clark, Custer, Fremont, Jefferson, Lemhi, Madison y Teton

150 Shoup Ave., Suite 4, Idaho Falls, ID 83402

**(208) 528-5794 or
(888) 528-5861
FAX (888) 532-0014**

Línea de Healthy Connections en español (Todo el estado) (800) 378-3385

Correo electrónico de Healthy Connections (Todo el estado)
hccr7@dhw.idaho.gov

Oficinas regionales del programa

Las oficinas locales ayudan con las solicitudes para servicios por discapacidad de desarrollo y servicios exentos en el hogar y la comunidad.

Región 1 – Coeur d' Alene

1120 Ironwood Dr.
Coeur d' Alene, Idaho 83814

(208) 769-1567

Región 2 – Lewiston

1118 F Street
Lewiston, Idaho 83501

(208) 799-4430

Región 3 – Caldwell

3402 Franklin Rd.
Caldwell, Idaho 83605

(208) 455-7150

Región 4 – Boise

1720 Westgate Dr.
Boise, Idaho 83704

(208) 334-0940

Región 5 – Twin Falls

601 Poleline Rd.
Twin Falls, Idaho 83301

(208) 736-3024

Región 6 – Pocatello

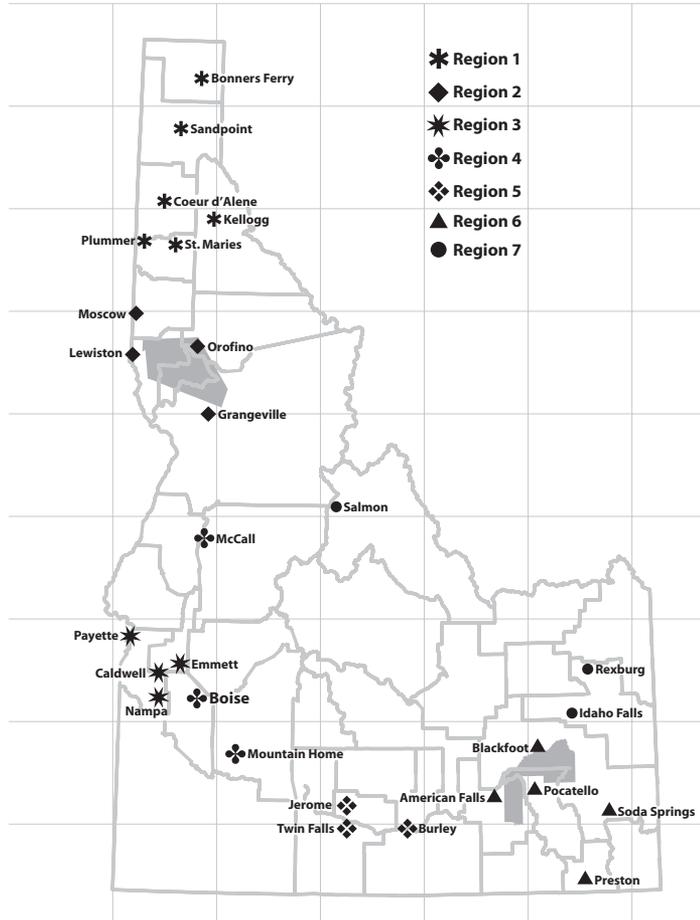
1070 Hiline Road
Pocatello, Idaho 83201

(208) 239-6260

Región 7 – Idaho Falls

150 Shoup Ave.
Idaho Falls, Idaho 83402

(208) 528-5750





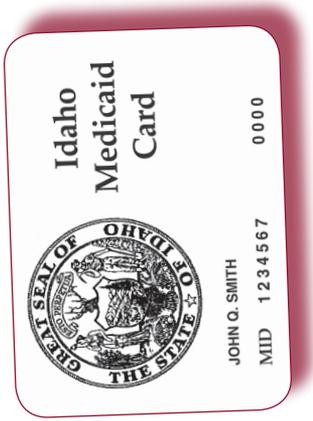
IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

P.O. Box 83720
Boise, Idaho 83720-0036

Place
Postage
Here

Cobertura del Plan de Salud de Idaho

*Un Guía de Beneficios de Medicaid,
CHIP, y Asistencia con Cuotas*



To:

HW-0608R2 October 2011
Costs associated with this publication are available
from the Idaho Department of Health and Welfare.