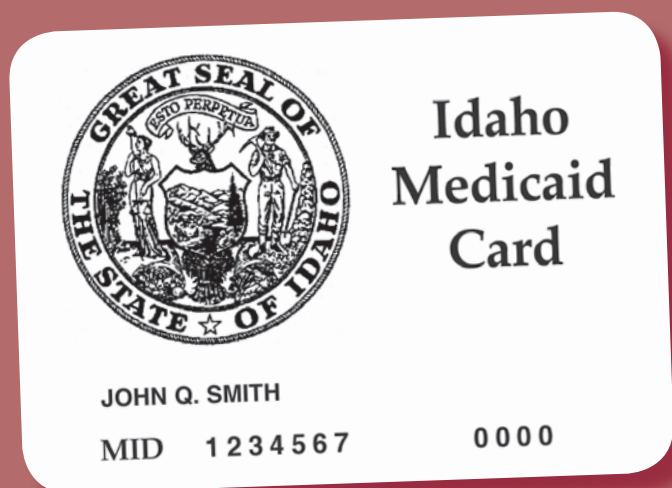


Cobertura del Plan de Salud de Idaho

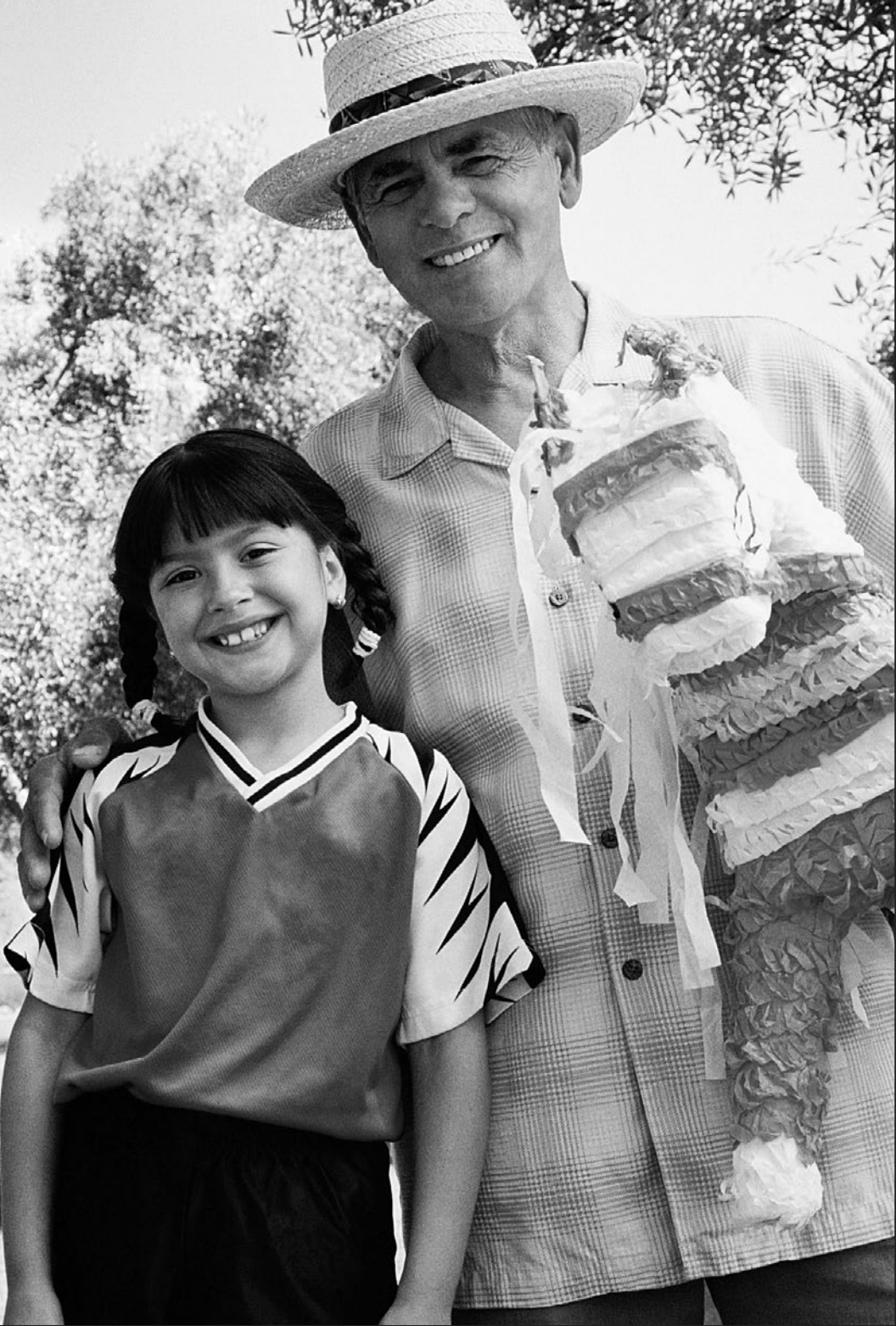
Guía de Beneficios de Medicaid, CHIP, y Asistencia con Primas



2016



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE



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 más información, consulte la página 34).

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. Los servicios de Salud del comportamiento de Idaho no requieren una referencia de Healthy Connections.

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. Los proveedores de Salud del comportamiento de Idaho inscritos en la red de proveedores de Optum Idaho pueden ofrecer los servicios del Plan Conductual 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.

Si usted está protegido por la Exención para personas de edad avanzada y discapacidad (Aged and Disabled Waiver) o la Exención por discapacidad de desarrollo (Developmental Disability Waiver), es posible que se le requiera pagar una parte del costo de la forma de un copago por los servicios que reciba bajo estas exenciones.

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:

- 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.



¿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 ciertos límites y es posible que algunos requieran que usted o su médico de atención primaria obtenga primero la autorización previa de la División de Medicaid. Para más información acerca de la autorización previa, consulte la página 28.

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. Si tiene el Plan Básico o el Plan Mejorado, cuenta con los servicios del Plan de salud del comportamiento de Idaho.

El Plan Básico

El Plan Básico incluye los siguientes beneficios de prevención recomendados por el Grupo de Prevención de Estados Unidos que incluyen beneficios de prevención a continuación para ayudarle mantenerse sano:

Examen físico anual – adultos

- Limitado a uno cada 12 meses.
- Una mamografía de valoración 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 de acuerdo con los servicios de Valoración, diagnóstico y tratamiento periódicos y oportunos (EPSDT, Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment). Para más información sobre los servicios de EPSDT, consulte la página 16.

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

¿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 11.

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 discapacitados bajo los servicios de exención para Personas de edad avanzada y discapacitadas o con incapacidad de desarrollo pueden recibir servicios dentales que incluyen revisiones, rellenos, dentaduras y otros servicios cubiertos.
 - Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios dentales incluyendo revisiones, rellenos y otros servicios dentales cubiertos.
 - Adultos mayores de 21 años que no reciben servicios de exención sólo tienen cobertura en caso de tratamiento dental de emergencia por dolor o infección.



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

- Adultos
 - Audífonos para adultos que no tienen cobertura.
 - Pruebas de audición cubiertas cuando lo ordene un médico.
- Niños hasta 21 años
 - Los niños pueden recibir audífonos de reemplazo con previa autorización.
 - Examen y prueba una vez al año calendario cuando lo ordene un médico.
 - 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 27).

Servicios de interpretación

- Si el inglés no es su primer idioma, podría pagar 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.

¿Cuál es el plan correcto para mí? *Continuó*

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, Veyo.

- AMR revisará su solicitud y decidirá si Medicaid paga su transporte. Veyo 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, Veyo podría pedir una referencia de su médico antes de programar su transporte.
- Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.



Llame sin costo a Veyo al (877) 503-1261 o www.idahotransport.com.

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 si 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.

Si es menor de 21 años, puede recibir servicios adicionales si su médico indica que son médicamente necesarios y previamente los autoriza Medicaid. Para más información sobre los servicios de EPSDT, consulte la página 16.

¿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 – Manejo 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 es 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.
-
- 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.

A partir del 1o de enero de 2014, los beneficios para Dejar el tabaquismo ya no será un beneficio de PHA. Podrá recibir ayuda de su proveedor de atención primaria y su farmacia para dejar el tabaquismo.

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**.

Ayude a su hijo a mantenerse sano

Revisiones para niños sanos

Medicaid paga por los controles para niños sanos. Estas revisiones son controles de salud de rutina para su hijo. Son una parte importante de mantener a su hijo saludable. Le dan la oportunidad a usted, su hijo, y el médico de su hijo de conocerse y tratar cualquier problema de salud que usted pueda tener acerca de su hijo. Estas revisiones ayudan a su médico a determinar a tiempo problemas de salud, para que su hijo pueda ser tratado antes de que empeoren.

Los niños necesitan las revisiones para niños sanos, como se indica a continuación:

Programa de revisiones para niños sanos

Edad	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bebés	En la semana 1 y mes 1	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses
1 a 3 años	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	36 meses	
3 a 19 años	1 revisión al año					

Durante una revisión para niños sanos su médico debe hablar con usted sobre cualquier problema de salud que usted tenga sobre su hijo y realizar las siguientes actividades:

- Hacer un historial integral de salud y desarrollo de su hijo
- Practicarle un examen físico que incluya tomar la estatura y el peso de su hijo
- Hablar con usted sobre sus hábitos alimenticios o de lactancia
- Detectar problemas de desarrollo y comportamiento
- Practicar valoraciones de la visión, audición y dentales correspondientes a la edad
- Aplicar las vacunas correspondientes
- Ordenar los exámenes de laboratorio necesarios
- Realizar una prueba de detección de plomo a los 12 y 24 meses

Ayude a su hijo a mantenerse sano *Continuó*

Valoración, diagnóstico y tratamiento periódicos y oportunos (EPSDT)

Medicaid paga los servicios de EPSDT. Estos servicios se proporcionan a niños menores de 21 años inscritos en un plan ofrecido por Medicaid de Idaho.

Los servicios de EPSDT incluyen los cuidados necesarios para corregir o disminuir un defecto físico o mental, incluso si el servicio no está cubierto por el Plan Estatal de Medicaid de Idaho. De ser necesario, su proveedor puede ayudarle a programar las citas.



Si su hijo necesita transporte a una cita de EPSDT, solicite ayuda a Veyo (al menos 48 horas antes) al (877) 503-1261 or www.idahotransport.com.

Los servicios de EPSDT requieren autorización previa. Su proveedor debe completar y presentar un paquete de Solicitud de Autorización (RAS). El paquete se puede descargar desde nuestro sitio en internet en www.modernizemedicaid.idaho.gov o solicitar por correo electrónico a: EPSDTrequest@dhw.idaho.gov.

Optum Idaho procesará las solicitudes de EPSDT para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios de las personas inscritas en el IBHP.



Para más información entre en el sitio en internet de Optum Idaho en www.optumidaho.com para más información.

El Plan Mejorado

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

Servicios para Incapacidad de desarrollo

Para solicitar los servicios, póngase en contacto con su oficina local de Programas Regionales. En la página 34 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 13) y Desintoxicación y Rehabilitación de Abuso de Sustancias (página 13).
- Coordinación de Servicios (Gerente de Caso). Consulte la sección de Coordinación de Servicios en la página 18.

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.
- Los servicios en el hogar y la comunidad son para niños y adultos con incapacidad de desarrollo.

Centro de cuidados paliativos

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

Plan de salud del comportamiento de Idaho (IBHP)

- Los servicios de salud del comportamiento a pacientes externos se ofrecen a las personas del Plan básico o mejorado.
- Consulte en la página 11 de este folleto “Servicios de salud del comportamiento”.

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 (PCS)

- Servicios provistos en su hogar.
 - Ofrecer estos servicios podría ayudar a que las personas sean más independientes y tengan un mejor calidad de vida en su casa o residencia.
 - 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 o servicios de EPSDT para niños. Para detalles, llame a su oficina local de Medicaid (consulte la página 34).

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 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.
- Servicios de salud del comportamiento para pacientes externos (IBHP).
 - El Plan de salud del comportamiento de Idaho ofrece la coordinación de servicios para niños con trastorno emocional grave.
- Consulte en la página 11 de este folleto "Servicios de salud del comportamiento".
- Servicios de cuidados personales
Niños que reciben servicios de cuidados personales.



Si usted es menor de 21 años, puede obtener servicios adicionales si su médico dice que son médicamente necesarios y que están autorizados previamente por Medicaid.

Consulte la página 16 para obtener más información sobre los servicios de EPSDT.

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 18 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 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 las 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	

El Plan Coordinado de Medicare-Medicaid

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



A partir del 1 de enero de 2014 van a cambiar los requisitos de ingresos para este 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 a 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.



A partir del 1o de enero de 2014 ya no se dispone de Access Card para niños.



Para más información, llame a Idaho CareLine (2-1-1) o Medicaid Familiar (consulte la página 32).

Programa de Atención Primaria

Idaho Medicaid ofrece servicios de atención primaria y especializada a través de un sistema de atención médica manejada. Los planes de beneficios Healthy Connections y el Programa de Salud en Casa le ayudarán a tener acceso a la atención médica y administrar sus necesidades de atención médica. La mayoría de los participantes debe estar inscrito al Plan de atención primaria.

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 de Atención Primaria.
- En www.healthyconnections.idaho.gov puede ver la lista de médicos de atención primaria.



Haga una cita con su médico de atención primaria en cuanto se inscriba al Programa de Atención Primaria. De lo contrario, es posible que su

médico de atención primaria no pueda hacer referencias para su cuidado.

- Si no elige un médico, un representante de Medicaid Idaho escogerá un médico de atención primaria para usted y cada integrante de su familia.
- Su médico de atención primaria le va a proporcionar las necesidades de cuidados de la salud básicos, lo referirá a un especialista o un hospital cuando sea necesario.
- Su médico de atención primaria decidirá si usted es elegible para participar en el plan de beneficios de Medicaid de Idaho de Salud en casa que pueden ayudarle a manejar los problemas

de salud como la diabetes, el asma o la salud del comportamiento.

- Usted puede cambiar de médico de atención primaria mediante una llamada al Programa de Atención Primaria tan pronto se entere que usted se va a cambiar. La mayoría de los cambios entrarán en vigor el primer día 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 al Programa de Atención Primaria.
- Debe llamar a su médico de atención primaria cuando necesite un consejo médico, aunque sea después del horario de trabajo o en vacaciones.

Referencias

Es posible que si no ha visto a su médico del Plan de salud del comportamiento de Idaho (IBHP) es posible que no obtenga una referencia a otros servicios de salud. Si está inscrito en el Plan de salud del comportamiento de Idaho (IBHP), no es necesario que obtenga una referencia de Healthy Connections para sus servicios de salud mental para pacientes externos. 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.
- Llame cuanto antes a la oficina del médico que lo refirieron para hacer una cita y que reciba los cuidados.
- Debe saber que una referencia no cambia ni se detiene sólo porque cambió de médico de atención primaria.

No necesita una referencia de su médico en caso de:

- Servicios de anesteseología
- Prueba o valoración de audición
- Servicios dentales.
- Cuidados quiroprácticos.
- Planeación familiar en la agencia de Salud del Distrito u otra agencia.
- Vacunas contra la gripe (sin consulta médica)
- Ingreso al hospital a través de la sala de emergencias
- Vacunas (sin consulta médica)
- Centro de cuidados intermedios / servicios para discapacitados intelectuales (discapacidad de desarrollo)
- Visitas a una clínica de salud india
- Servicios de laboratorio
- Servicios de guardería
- Servicios de cuidado personal
- Farmacia
- Medicamentos de prescripción
- Podiatría (cuidado de los pies) en el consultorio de un podiatra
- Servicios radiológicos
- Servicios en escuelas
- Mamografías de valoración (mayores de 40 años)
- Pruebas para enfermedades de transmisión sexual
- Visitas de cuidados urgentes en caso de que esté cerrado el consultorio de su médico de atención primaria.
- Servicios relacionados con el embarazo cuando por proporcione o solicite un especialista en OB
- Servicios para la vista
- Servicios exentos para las personas de edad avanzada y discapacitadas o aquellos con lesión cerebral traumática.
- Servicios para discapacidad de desarrollo infantil
- Servicios de salud mental
- Servicios para el abuso de sustancias

Llame al Programa de Atención Primaria

Si necesita ayuda para escoger un médico de atención primaria.

Si quiere cambiar de médico de atención primaria.

Si se va a mudar a otra área, llame al Programa de Atención Primaria a fin de encontrar un nuevo médico de atención primaria. Si no llama, tendrá que pedir una referencia de su médico anterior para que reciba la atención en esta nueva área.

Llame al teléfono sin costo de servicio a clientes al (866) 326-2485 y reporte el cambio de domicilio.



¡Sea buen 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, les avisa que está inscrito en Healthy Connections o en el Programa de salud en casa.
- Presente en cada cita su tarjeta de ID y cualquier otra tarjeta de seguro médico (consulte en la página 31 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 no acude a sus citas o no sigue el tratamiento, su médico de atención primaria puede tomar la decisión de ya no atenderlo a usted o su familia.

Procedimiento de quejas ante el Programa de Atención Primaria

En caso de que tenga problemas o dudas, llame a la oficina del Programa de Atención Primaria. Si el representante del Programa 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.



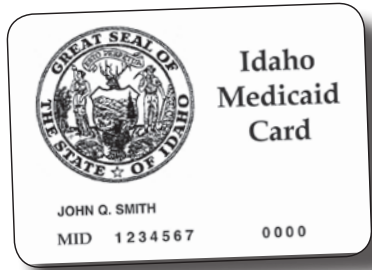
Si pierde su tarjeta, llame al
(866) 326-2485



**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 muestre 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 o llame al (866) 326-2485 ya que es posible que no funcione su tarjeta si la 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) 222-1222 o 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 o al Programa de Atención Primaria.
- 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?

La 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 Veyo servicios médicos que no son de emergencia
- 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
- 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



Es posible que los servicios de salud del comportamiento para pacientes externos que se ofrecen a través del Plan de salud del comportamiento de Idaho requieran previa autorización. Para más información, entre a www.optumidaho.com.



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.



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 ante:

Civil Rights Manager
Idaho Department of Health and Welfare
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0036
(208) 334-5617 (voz) o (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 (voz) o (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, entre 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. Si necesita presentar una apelación para los servicios de salud del comportamiento para pacientes externos incluidos en el Plan de salud del comportamiento de Idaho, debe presentarla ante Optum Idaho. Para solicitar una apelación, póngase en contacto con su oficina regional y pida 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 de 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 en un plazo 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:
Hearings 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 al (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
o envíe por FAX al (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.



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 refacturar o hacer un ajuste.

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, pregunte a su trabajador de Salud y Bienestar acerca de HIPP. Si usted o sus niños califican, es posible que el Departamento de Salud y Bienestar pague las primas, 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).

Solicitud e información de servicio a clientes

Family Medicaid
150 Shoup Ave., Suite 5
Idaho Falls, 83402

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

Cuidados a largo plazo
No hay oficinas

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

Customer Service Line and
Application Processing Center
Department of Health and Welfare
PO BOX 83720
Boise, ID 83720

Oficinas locales de Healthy Connections

En las oficinas locales le pueden informar acerca de los médicos de atención primaria disponibles en el área y ayudarle con los cambios o las preguntas acerca de Healthy Connections (consulte en las páginas 23-25 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., Suite 102,
Coeur d' Alene, ID 83814
(208) 666-6766 o (800) 299-6766
FAX (208) 769-1473

Región 2 – Lewiston y Moscow

Condados de Clearwater, Idaho, Latah, Lewis y Nez Perce
1118 F St., Lewiston, ID 83501
(208) 799-5088 o (800) 799-5088
FAX (208) 799-5167

Región 3 – Caldwell, Nampa y Payette

Condados de Adams, Canyon, Gem, Owyhee, Payette y Washington
3402 Franklin Rd., Caldwell, ID 83605
o 515 N. 16th St., Payette, ID 83661
(208) 642-7006 o (208) 455-7244 o (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 o (888) 528-5861
FAX (888) 532-0014

Región 5 – Twin Falls y 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 o (800) 528-5861
FAX (888) 532-0014

Región 6 – Pocatello

Condados de Bannock, Bear Lake, Bingham, Caribou, Franklin, Oneida y Power
1090 Hiline Rd., Suite 202,
Pocatello, ID 83201
(208) 235-2927 o (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 o (888) 528-5861
FAX (888) 532-0014

Servicio a clientes de Healthy Connections
Sin costo: (888) 528-5861
Español: (800) 378-3385
Fax: (888) 532-0014
Correo electrónico: hccr7@dhw.idaho.gov

Oficinas locales de Healthy Connections

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

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

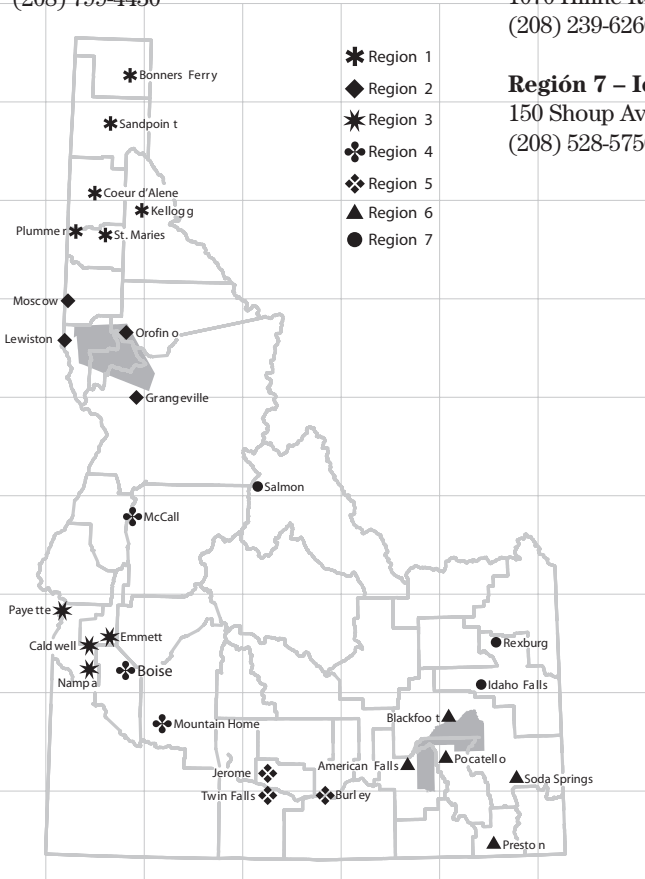
601 Poleline Rd., Twin Falls, Idaho 83301
(208) 736-3024

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



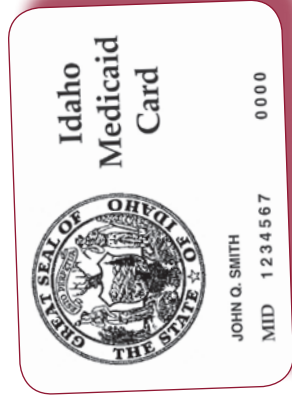


IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

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

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.