IDAHO MEDICAID
FOLLETO DEL PLAN DE SALUD
2020

IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Índice

BIENVENIDO AL PLAN DE SALUD DE MEDICAID DE IDAHO 1

Bienvenido 1
Aviso legal 1
Notas sobre la privacidad 2
Información para recordar 2

¿CUÁLES SON MIS RESPONSABILIDADES? 3

¿CÓMO SOLICITO MEDICAID? 3

Obtener una solicitud 3
Llenar la solicitud 4
Entregar la solicitud 4
Cómo obtener Idaho Medicaid para trabajadores con discapacidades 5
¿Cómo puedo acceder Reviso de Salud de la Mujer pAra el reviso de Cáncer de Seno y Cuello Uterino? 5

¿QUÉ NECESITO SABER ACERCA DE MI TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID DE IDAHO? 6

¿QUÉ NECESITO SABER ACERCA DE LOS PLANES DE BENEFICIOS DE MEDICAID DE IDAHO? 7

Medicaid vs. Medicare 8
Plan de Salud de Medicaid de Idaho: El Plan Básico 9
Plan de Salud de Medicaid de Idaho: El Plan Mejorado 18
Idaho Medicaid Health Plan: El Plan Coordinado de Medicare y Medicaid 20
Programa de Atención Primaria de Conexiones Saludables 21
Referidos 23
Atención de emergencia 26
Servicios de crisis 26
Centro de Control de Envenenamientos 27
Atención de urgencia 27
Examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) 27
Autorización por adelantado 28

¿QUÉ NECESITO SABER SOBRE EL PAGO DE LOS SERVICIOS? 29

Copagos 29
No presentarse o citas perdidas 30
Primas 30
Servicios no cubiertos 30

¿QUÉ OTRA INFORMACIÓN NECESITO SABER? 31

Otros seguros médicos 31
Programa de pago de primas de seguro de salud privado 31
Sus derechos 33
Fraude, abuso y mal uso 36
Recuperación de patrimonio 36

¿A QUIÉN PUEDO LLAMAR SI TENGO PREGUNTAS O NECESITO INFORMACIÓN? 38

Oficinas locales de Conexiones Saludables 40
Oficinas de programas regionales 42

Bienvenido al Plan de Salud de Medicaid de Idaho

Bienvenido

Bienvenido a Medicaid de Idaho.

Recibe este folleto porque es elegible para el programa de Medicaid de Idaho y queremos que reciba la atención médica que necesita.

Idaho Medicaid es administrado por la División de Medicaid del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Este folleto responderá a muchas de las preguntas que pueda tener acerca de cómo empezar a usar Medicaid de Idaho y cómo usar sus beneficios. Las personas son diferentes y también lo son sus necesidades de atención médica.

Idaho ofrece tres planes de beneficios diferentes basados en sus necesidades de atención médica. Este folleto le informa sobre su cobertura en los planes de salud básicos, mejorados o coordinados por Medicare hasta el 30 de junio de 2021. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por uso de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. También incluye los números de teléfono de nuestros programas para que sepa a quién llamar cuando tenga preguntas.

No importa en qué plan esté inscrito, es importante que utilice sus servicios de atención médica de manera prudente. Queremos ayudarle a mejorar su salud, a encontrar problemas de salud a tiempo y a manejar sus problemas de salud actuales. Puede ayudar haciendo elecciones saludables que le ayuden a mantenerse bien y a hacer que su plan de salud sea adecuado para usted.

Aviso legal

Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y sus divisiones (como la División de Medicaid). Este folleto le presentará información sobre la cobertura y le explicará sus derechos y responsabilidades. Tenga en cuenta que este folleto no crea ningún derecho legal o de otro tipo. No debe confiar en este folleto como su única fuente de información sobre Medicaid de Idaho. Puede obtener información más detallada acerca de Medicaid de Idaho y las reglas en el sitio web del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y en el sitio web de Medicaid de Idaho.

Notas sobre la privacidad

Nunca dé información personal, como su número de seguro social o información bancaria, a alguien que le llame o le envíe un correo electrónico pidiéndosela. No nos pondremos en contacto con usted directamente para obtener información sobre su tarjeta de identificación de Medicaid de Idaho para verificar su identidad.

Idaho Medicaid usa y comparte la información de salud protegida con sus proveedores de atención médica para proporcionar beneficios de salud, tratar, pagar y proporcionar servicios de atención médica; y por otras razones permitidas y requeridas por las leyes federales y estatales. Sin embargo, nosotros mantenemos su información de salud privada y limitamos el acceso como lo requieren las leyes federales y estatales.

Para leer la política de privacidad de Idaho, vaya a https://www.idaho.gov/about-us/privacy-policy/.

Información para recordar

Nos encontramos aquí para ayudar y estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes. También puede visitarnos en línea en https://healthandwelfare.idaho.gov/default.aspx en cualquier momento. Vea las páginas 38-42 para obtener información de contacto y una lista de servicios, programas, unidades, contratistas y organizaciones que aparecen en todo este folleto del plan de salud.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cuando solicita beneficios, acepta brindar información verdadera, correcta, precisa y actualizada. A continuación, se encuentra una lista de algunas de sus responsabilidades como participante del Plan de Salud de Medicaid de Idaho.

Como participante de Medicaid de Idaho, usted acepta notificar cualquiera de los siguientes cambios tan pronto como sea posible:

- Tiene un nuevo nombre, dirección u otra información de contacto.
- Alguien se muda dentro o fuera de su hogar (incluso si no están relacionados con usted).
- Se casa, se divorcia, queda embarazada o tiene un hijo (incluidas las adopciones).
- Sus ingresos suben o bajan (incluyendo manutención infantil, desempleo, salarios laborales, etc.).
- Obtiene o pierde otro seguro de salud (incluyendo la cobertura de Medicare).

Lea todas las cartas y avisos que reciba. Las cartas tienen información importante para usted sobre su elegibilidad, servicios y beneficios. Si tiene problemas para leer o entender las cartas o la información, llame y pida ayuda.

Llame a la línea del centro de Servicio al Cliente de Beneficios del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 877-456-1233 para notificar cualquier cambio.

¿Cómo solicito Medicaid?

Obtener una solicitud

Para solicitar Medicaid, haga una solicitud.

Puede hacerlo de las siguientes maneras:

- Llamando a la línea del centro de Servicio al Cliente de Beneficios del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 877-456-1233.

- Ir a la oficina local de Salud y Bienestar https://healthandwelfare.idaho.gov/ContactUs/tabid/127/Default.aspx.

- Visitando https://idalink.idaho.gov/, https://www.yourhealthidaho.org/, o https://www.livebetteridaho.org/.

- Llamando a la línea de Idaho CareLine al 2-1-1 o al 800-926-2588.

Llenar la solicitud

Al llenar su solicitud, es importante que sepa lo siguiente:

- Puede obtener una solicitud en inglés o español.
- Puede llamar al 877-456-1233 para obtener el servicio de interpretación de idioma.
- TTY/TDD está disponible llamando al 888-791-3004.
- Los padres y los tutores pueden hacer la solicitud por sus hijos.
- Amigos y familiares pueden ayudarlo a hacer la solicitud.

Entregar la solicitud

Una vez que su solicitud esté completa, hay varias maneras de entregarla: en línea, por teléfono, en persona o por correo, correo electrónico o fax:

- En línea, visitando https://idalink.idaho.gov/, https://www.yourhealthidaho.org/, o https://www.livebetteridaho.org/.
- Por teléfono al 877-456-1233.
- Envíe su solicitud por correo electrónico a mybenefits@dhw.idaho.gov.
- En persona, en cualquier oficina local de Salud y Bienestar https://healthandwelfare.idaho.gov/ContactUs/tabid/127/Default.aspx.
- Envíe por fax su solicitud al 866-434-8278.
- Envíe su solicitud por correo a: Department of Health and Welfare, Self-Reliance Programs, PO Box 83720, Boise, ID 83720-0026.

Después de que entregue la solicitud, nuestro personal revisará su caso para determinar si es elegible para Medicaid. Si necesitamos más información, le llamaremos o le enviaremos una carta que la solicite. Es importante que nos diga si su número de teléfono, dirección o correo electrónico cambian. Si hizo la solicitud por teléfono o en línea, no tiene que presentar una solicitud en papel.

Una vez que recibamos la solicitud, nos suele tomar alrededor de 45 días para determinar su elegibilidad. Si necesitamos más información, el plazo puede extenderse. Le haremos saber si necesitamos más información.

Una vez que hayamos determinado la elegibilidad, recibirá una carta notificándole si es elegible para Medicaid. Si es elegible y es nuevo en Medicaid, se le enviará por correo una tarjeta de identificación de Medicaid en un plazo de 2 semanas. Su tarjeta de identificación es permanente. Nunca la pierda. Si pierde los beneficios y luego vuelve a obtenerlos, utilizará la misma tarjeta.

Si tiene preguntas sobre su solicitud o necesita darnos su nueva dirección o número de teléfono, puede llamar al 877-456-1233.

Cómo obtener Idaho Medicaid para trabajadores con discapacidades

Idaho Medicaid tiene un programa de seguro de salud privado para personas que trabajan y tienen una discapacidad. Cuando haga la solicitud, escriba **Medicaid para trabajadores con discapacidades** en la parte superior de la solicitud.

Podría calificar para el Medicaid para trabajadores con discapacidades si:

- Tiene una discapacidad (según lo defina la Administración del Seguro Social).
- Tiene entre 16 y 64 años.
- Tiene un empleo o trabaja por cuenta propia.
- Es un residente de Idaho.
- Cumple con los requisitos de ingresos y las restricciones de los límites de recursos.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, visite https://healthandwelfare.idaho.gov/Medical/Medicaid/MedicaidforWorkerswithDisabilities/tabid/1917/Default.aspx. Vea la página 3 para conocer cómo hacer la solicitud o llame a la línea del Centro de Servicio al Cliente de Beneficios del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 877-456-1233.

¿Cómo uedo acceder Reviso de Salud de la Mujer para el reviso del cáncer de seno y de cuello uterino?

Algunas mujeres podrían calificar para una evaluación gratuita de salud de los senos y del cuello uterino. Podría calificar si cumple con lo siguiente:

- Tiene ingresos bajos.
- No tiene cobertura de seguro para mamografías o pruebas de Papanicolaou.
- Tiene entre 50 y 64 años.
- Tiene entre 21 y 49 años y le corresponde un reviso cervical o le refirió un médico por síntomas sospechosos de cáncer de seno.

Llame a la línea de Idaho CareLine al 2-1-1 o al 800-926-2588 para comunicarse con un proveedor de Reviso de Salud de la Mujer para determinar si es elegible.

¿Qué necesito saber acerca de mi tarjeta de identificación de Medicaid de Idaho?

La primera vez que sea elegible para Medicaid de Idaho, recibirá una tarjeta de identificación por correo. Si es elegible y no ha recibido su tarjeta dentro de los 14 días siguientes a la recepción de su carta, llame al 877-456-1233.

Es importante recordar lo siguiente:

- Mantenga su tarjeta en su bolso o cartera para que la tenga con usted para mostrarla a su médico, dentista o farmacia. Es posible que tenga que mostrar una identificación con foto además de su tarjeta de Medicaid.
- Siempre muestre su tarjeta de identificación y pregunte antes de obtener servicios médicos si el proveedor acepta su tarjeta de identificación como pago. Debe preguntar esto incluso cuando su médico lo remita a un especialista. No todos los médicos aceptan Medicaid de Idaho.
- Notifique los cambios de nombre a la oficina local de Salud y Bienestar, llamando al 877-456-1233. Es posible que su tarjeta no funcione en las oficinas de los proveedores si tiene un nombre diferente al que aparece en su tarjeta de identificación.
- Su tarjeta de identificación es permanente. Nunca la pierda. Si pierde los beneficios y luego vuelve a obtenerlos, utilizará la misma tarjeta.
- Si pierde su tarjeta, llame al Departamento de Salud y Bienestar al 877-456-1233 o llame a la línea de participantes DCX al 866-686-4752.

¿Qué necesito saber acerca de los planes de beneficios de Medicaid de Idaho?

Idaho Medicaid administra una cobertura de atención médica integral para los habitantes de Idaho elegibles. Medicaid tiene contratos con proveedores de atención médica individuales, agencias, instituciones y entidades de cuidado médico supervisado para proporcionar servicios de atención médica a personas y familias de bajos ingresos, incluyendo niños, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades.

Los participantes de Medicaid tienen acceso a beneficios cubiertos a través de tres planes que se alinean con las necesidades de salud:

- El **Plan Básico** está diseñado para satisfacer las necesidades de salud de las personas que gozan de buena salud en general, sin discapacidades o necesidades de salud especiales. Este plan proporciona beneficios de salud, prevención y bienestar. La mayoría de los participantes estarán en este plan de beneficios.
- El **Plan Mejorado** es para las personas con necesidades y condiciones médicas más complejas, discapacidades o necesidades especiales de salud, y personas mayores de 65 años. Este plan tiene todos los beneficios del Plan Básico, además de los servicios de discapacidad del desarrollo, la coordinación de servicios para niños y los servicios y apoyos a largo plazo.
- El **Plan Coordinado de Medicare y Medicaid** está orientado a personas que son elegibles y están inscritas tanto en Medicare como en Medicaid, también conocido como "doblemente elegibles". Este plan tiene todos los beneficios del Plan Mejorado y permite a las personas inscribirse en un plan de cuidado médico supervisado para ayudar a coordinar los beneficios de Medicare y Medicaid. Hay muchas ventajas en inscribirse en el cuidado médico supervisado, una de las más valiosas es el acceso a un coordinador de cuidado que asiste a las personas con condiciones médicas complejas para lograr una mejor salud.

  El Departamento de Salud y Bienestar se ha asociado con compañías de seguros para administrar y proporcionar una cobertura de salud coordinada entre la Parte A de Medicare (seguro hospitalario), la Parte B (seguro médico), la Parte D (cobertura de medicamentos) y Medicaid a través de los planes de Medicare Advantage. Cuando sigue las reglas y requisitos del plan no tiene que cubrir costo alguno.

  Para obtener más información, puede visitar Medicare en los siguientes enlaces:

  - Parte A https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/what-part-a-covers
  - Parte B https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/what-part-b-covers
  - Parte D https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d
  - Planes Medicare Advantage https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/types-of-medicare-health-plans/medicare-advantage-plans

Medicaid vs. Medicare

La gente a veces confunde Medicaid y Medicare. No son iguales, pero trabajan juntos para proveer beneficios para algunos residentes de Idaho que califican para ambos.

Medicaid

Medicaid es un programa estatal para el que podría calificar si:

- Sus ingresos lo hacen elegible para recibir beneficios de Medicaid y sin importar su edad.
- Tiene menos de 19 años.
- Es un adulto con un niño elegible.
- Es ciego o discapacitado (según los criterios del Seguro Social).
- Tiene 65 años o más.

Si usted o alguien de su familia necesita atención médica, debe solicitar Medicaid, aunque no esté seguro de calificar. Algunos ingresos y recursos no se cuentan cuando se determina su elegibilidad. Por ejemplo, ser propietario de su casa podría no impedirle obtener Medicaid.

Medicare

Medicare es un programa federal para el que podría calificar si:

- Tiene 65 años o más.
- Tiene 18 años o más y una ESRD (enfermedad renal en etapa final, una insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante).
- Tiene ELA (esclerosis lateral amiotrófica, también llamada enfermedad de Lou Gehrig).
- Es una persona más joven con una discapacidad permanente.

Algunas personas califican para Medicaid y Medicare. Si es elegible para ambos, también puede inscribirse en el Plan Coordinado Medicare-Medicaid. Consulte la página 19 para obtener más información.

Algunas personas que no califican para los beneficios completos de Medicaid son elegibles para los programas de Beneficiarios Calificados de Medicare https://www.benefits.gov/benefit/6177, con los que Medicaid ayuda a pagar los costos de Medicare, incluyendo:

- Primas mensuales de Medicare.
- Coaseguro.
- Deducibles.
- Para obtener más información, visite el sitio web de Medicare en https://www.medicare.gov/ o llame al 800-633-4227.

Plan de Salud de Medicaid de Idaho: El Plan Básico

El **Plan Básico** es para personas con buena salud en general, sin discapacidades o necesidades especiales de salud. Este plan proporciona beneficios de salud, prevención y bienestar. La mayoría de los participantes estarán en este plan de beneficios.

A continuación, se presenta un resumen de los servicios para los que puede ser elegible si está en el Plan Básico:

- Salud mental
- Quiropráctico
- Terapia
- Odontólogo
- Médicos y otros proveedores de atención médica
- Equipo y provisiones médicos duraderos
- Intervención temprana
- Examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)
- Audición
- Salud en el hogar
- Hospital
- Vacunas
- Interpretación
- Detección de plomo
- Nutrición
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Podología
- Embarazo y planificación familiar
- Medicamentos recetados
- Asistencia médica preventiva
- Basado en la escuela
- Trastorno por consumo de sustancias
- Transporte
- Visión
- Exámenes de bienestar para adultos
- Exámenes de bienestar para niños

Tenga en cuenta que hay algunos límites para estos servicios, y algunos podrían requerir que usted o su proveedor de atención médica obtenga una autorización por adelantado de Medicaid.

Si está inscrito en el Plan Básico y su salud cambia, es posible que necesite una evaluación para ver si califica para el Plan Mejorado para recibir servicios adicionales.

Breve descripción de los servicios disponibles a través del Plan Básico:

— *Salud del comportamiento*
Si tiene alguna condición de salud del comportamiento (como depresión, ansiedad, uso de sustancias u otras condiciones de salud mental), Medicaid, a través del Plan de Salud del Comportamiento de Idaho, ofrece servicios de atención de salud del comportamiento para pacientes externos, incluidos:

- Servicios de tratamiento y rehabilitación basados en la comunidad
- Evaluación y planificación
- Pruebas psicológicas o neuropsicológicas
- Psicoterapia (individual, grupal y familiar)
- Manejo de medicamentos
- Tratamiento de cuidado parcial
- Tratamiento del trastorno por uso de sustancias
- Detección de alcohol o drogas
- Hospitalización parcial
- Programa intensivo de pacientes externos y manejo de casos

Los servicios están disponibles cuando son médicamente necesarios para satisfacer las necesidades de tratamiento de una persona y son proporcionados por profesionales inscritos en la red de proveedores de Optum Idaho.

Llame a Optum Idaho al 855-202-0973 o visite el sitio web de Optum Idaho en https://www.optumidaho.com/ para obtener más detalles.

— *Quiropráctico*

- Limitado a 6 visitas durante un año calendario.
  - No paga por las radiografías tomadas por un quiropráctico.

— *Terapia*

- Consulte Salud conductual.

— *Odontólogo*
Estos beneficios están cubiertos por Medicaid a través de un programa de seguro dental llamado Idaho Smiles. MCNA Dental es el contratista de cuidado médico supervisado que administra y gestiona los beneficios dentales de Medicaid, incluyendo las condiciones dentales de emergencia y el control del dolor.

- Idaho Smiles cubre el siguiente cuidado dental:
  - Niños y adultos jóvenes hasta la edad de 21 años para el cuidado dental básico y preventivo, que incluye exámenes, radiografías, empastes, cirugía oral, ortodoncia cuando sea necesario, atención dental de emergencia, servicios de restauración y otros tratamientos médicamente necesarios.
  - Adultos, de 21 años o más, para el cuidado dental básico y preventivo, que

incluye exámenes, radiografías, empastes, cirugía oral, dentaduras postizas y otros tratamientos médicamente necesarios. Las endodoncias y coronas no están cubiertas para los adultos.

Para obtener más información, llame a la línea de servicio al cliente de MCNA Dental al 855-233-6262 o visite el sitio web de MCNA en https://www.mcnaid.net/en/home/.

— *Médicos y otros proveedores de atención médica*

- Visitas al consultorio.
- Exámenes o tratamientos realizados por un médico, un asistente médico o una enfermera practicante.
- Tratamientos quirúrgicos y de otro tipo realizados por un médico.
- Laboratorio de diagnóstico y radiología.

— *Equipo y provisiones médicos duraderos*

- Recetado por un médico.
- Extremidades artificiales y aparatos ortopédicos.
  - Para reemplazar partes del cuerpo que son débiles o faltan.
- Zapatos especiales o inserciones para diabéticos.
- Sillas de ruedas.
- Oxígeno y equipo de oxígeno.

— *Intervención temprana*

- Niños desde el nacimiento hasta los 3 años.
  - Examen y evaluación del desarrollo.
  - Terapia física, ocupacional y del habla.
  - Formación y asesoramiento familiar en el entorno natural.

— *Examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)*

- Si es menor de 21 años y su médico dice que necesita servicios médicos que no están cubiertos por su plan, Medicaid puede autorizar previamente los servicios médicamente necesarios para usted. Consulte la página 27 para obtener más información sobre EPSDT.

— *Audición*

- Adultos

- Las pruebas de audición están cubiertas cuando su médico no puede determinar la causa de su pérdida de audición.
- Los aparatos auditivos para adultos no están cubiertos.

- Niños y adultos jóvenes hasta 21 años
  - Reemplazo de aparatos auditivos con autorización por adelantado.
  - Examen y pruebas una vez cada año calendario cuando lo ordene un médico.
  - Baterías, pruebas de seguimiento y reparaciones por el uso normal.
  - Los aparatos auditivos perdidos, extraviados, robados o destruidos no están cubiertos.

— *Salud en el hogar*

- Cuando lo ordena un médico
  - Limitado a 100 visitas durante un año calendario, incluyendo todas las visitas como enfermería especializada, visitas de ayudantes, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de patología del habla y del lenguaje.

— *Hospital*
Es posible que su médico necesite obtener una autorización por adelantado para algunos servicios hospitalarios de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Medicaid. Para obtener más información, llame al 866-538-9510.

- Paciente hospitalizado
  - Habitación semiprivada, medicamentos recetados, pruebas de laboratorio y otros servicios médicamente necesarios.
  - Pruebas de laboratorio, rayos X y otras pruebas ordenadas por su médico.
  - Terapia física y otros servicios ordenados por su médico.
  - Servicios psiquiátricos.

- Ambulatorio
  - Servicios de diagnóstico y tratamiento.
  - La sala de emergencias no es para la atención médica de rutina. Si no está seguro de tener una emergencia, llame a su médico para pedirle consejo.

— *Vacunas*

- Se suministran en el consultorio de su proveedor de atención médica, en el consultorio de un médico, en una farmacia, en una clínica gratuita o a través de su distrito local de salud pública.

- Pida que se registren las vacunas de su hijo en el sistema de información de recordatorios de inmunización (IRIS) de Idaho. Este es un sistema de información de salud seguro que contiene los nombres y el historial de vacunación de las personas que han recibido vacunas en Idaho. Esta información solo está disponible para proveedores de atención médica autorizados, proveedores de cuidado de niños y escuelas.

— *Interpretación*

- Su médico, dentista, proveedor de salud mental u otros proveedores de atención

médica son responsables de proporcionarle intérpretes si necesita ayuda para comunicarse sobre sus servicios de salud. No se le puede facturar por esos servicios.

— *Detección de plomo*

- El médico debe examinar a su hijo para detectar el plomo a los 12 meses de edad y nuevamente a los 24 meses. Cualquier persona menor de 21 años debe hacerse examinar si no lo ha hecho antes.
- Su hijo puede tener envenenamiento por plomo y no parecer enfermo. El envenenamiento por plomo puede disminuir la inteligencia y la capacidad de aprendizaje de un niño.

— *Nutrición*

- Servicios nutricionales para mujeres embarazadas y niños.
- Terapia de apoyo nutricional cuando sea médicamente necesaria y ordenada por un médico.
- Educación para la diabetes.
  - Limitado a 12 horas individuales o 24 horas de grupo cada cinco años.

— *Terapia física, ocupacional y del habla*

- Cubierto como un servicio hospitalario ambulatorio, en escuelas y por terapeutas independientes.
- Se aplican algunos límites de servicio. Su terapeuta puede continuar el tratamiento más allá de los límites de servicio en algunas circunstancias.
- Informe a su terapeuta en cualquier momento que reciba servicios de terapia de otro proveedor para evitar problemas con los límites del servicio.

— *Podología*

- Cuidado de sus pies y tobillos.
  - Limitado a condiciones graves desde la mitad de la pantorrilla hacia abajo.
  - Limitado al cuidado rutinario de los pies para la atención de enfermedades crónicas (como la diabetes).

— *Embarazo y planificación familiar*

- Prueba de Papanicolaou realizada durante la planificación familiar o en el examen físico anual.
- Planificación familiar, asesoramiento, recetas y suministros para prevenir el embarazo.
- Esterilización (incluye vasectomías y ligaciones tubáricas).
  - Debe firmar los formularios de consentimiento legal con un mínimo de 30 días de antelación. Puede someterse a la cirugía el día 31.
  - No paga por la esterilización si la persona es menor de 21 años o si no es capaz

de dar su consentimiento informado.

- Servicios prenatales, de parto y posparto proporcionados por un médico, una enfermera partera certificada o una partera con licencia.
- Los servicios de fertilidad o medicamentos para el incentivo de la fertilidad no están cubiertos.

— *Medicamentos recetados*

- Los planes de salud de Medicaid de Idaho cubren los medicamentos recetados por su médico, a menos que estén cubiertos por Medicare.
  - Algunos tipos de medicamentos y algunos medicamentos de marca requieren autorización por adelantado. Su farmacista o proveedor sabrá cuáles son los medicamentos que necesitan autorización por adelantado y presentará la solicitud por usted.
- Algunos artículos sin receta están cubiertos si su médico se los ordena.

— *Asistencia preventiva para la salud (PHA)*

- Beneficios del control de peso de la PHA.
  - El control de peso de la PHA debe ser recomendado por su médico si usted tiene un índice de masa corporal en el rango de obesidad o en el rango de bajo peso.
  - Si califica para la PHA, puede ganar puntos y usarlos para pagar por servicios que le ayuden a lograr un peso saludable.
  - El beneficio máximo es de 200 puntos al año (1 punto = $1).
- Beneficios de la PHA de bienestar (niños de hasta 19 años e inscritos en el Programa de Seguro de Salud Privado para Niños).
  - Si paga una prima mensual de $10 o $15 por el plan de salud de su hijo, puede reducir su factura mensual en $10 por mes al ganar puntos de la PHA. Los puntos de la PHA se otorgan cuando se mantienen actualizados los exámenes de bienestar y las vacunas de su hijo.
  - Los puntos solo se pueden utilizar para pagar la prima mensual.

— *Basado en la escuela*

- La escuela podría examinar a su hijo y determinar que su hijo es elegible para recibir servicios bajo un Plan Educativo Individualizado (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados.
- Con su permiso, la escuela de su hijo puede facturarle a Medicaid los servicios.
- Los servicios enumerados en el plan de su hijo se cuentan por separado de los servicios que su hijo podría estar recibiendo en otros lugares.
- Pregúntele a la escuela de su hijo si facturan a Medicaid.
- Entregue el número de identificación de su hijo y el nombre del médico de su hijo a la escuela.
- Dígale a la escuela si su hijo se atiende con otros terapeutas o médicos.

— *Trastorno por consumo de sustancias*

- Consulte Salud conductual.

— *Transporte*
Transporte médico no urgente (NEMT)

Si tiene una cita médica pero no tiene auto, no puede manejar un auto o no tiene un amigo o familiar que lo pueda llevar, puede solicitar transporte a través del proveedor de transporte médico no urgente de Medicaid, MTM.

- Si tiene un vehículo para transportarse a sí mismo o a los miembros de su familia a sus citas, contacte a MTM y pregunte sobre su programa de reembolso de millaje.
- MTM revisará su solicitud y decidirá si Medicaid pagará su transporte. MTM revisará su solicitud basándose en el transporte menos costoso disponible y en el proveedor de Medicaid más cercano para el servicio.

- Si se le ha referido para recibir atención médica fuera de su comunidad, MTM podría pedir una referencia de su médico antes de que se programe su transporte.
- Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.

Llame gratis a MTM al 877-503-1261 o visite el sitio web de MTM al https://www.mtm-inc.net/idaho/.

— *Visión*

- Para adultos mayores de 21 años.
  - Limitado al tratamiento de necesidades agudas como la eliminación de objetos extraños en el ojo.
  - Los adultos con enfermedades crónicas como la diabetes o el glaucoma que requieren cuidado regular de la vista pueden hacerse exámenes de la vista una vez al año.
- Para niños y adultos jóvenes menores de 21 años.
  - Cubre los armazones y las lentes cuando es necesario.
  - Es posible que el médico que realiza el examen no sea el proveedor que le suministra los anteojos. Asegúrese de preguntar si su médico ordena los anteojos por parte del proveedor de Medicaid.
  - No paga por lentes de transición o progresivos para cualquier edad, o tintes, a menos que una condición extrema lo haga médicamente necesario.

- Lentes de contacto.
  - Los lentes de contacto están cubiertos si no se puede corregir su visión con anteojos. Los lentes de contacto por razones de conveniencia o cosméticas no están cubiertos. La cirugía de córnea para la miopía no está cubierta.

— *Exámenes de bienestar para adultos*

- Limitado a una vez cada 12 meses.
- Una mamografía de detección por año para mujeres mayores de 40 años.

— *Exámenes de bienestar para niños*

- Exámenes físicos y de desarrollo de pies a cabeza. El número de exámenes de bienestar que un niño necesita cada año depende de su edad. Todos los exámenes recomendados por la Academia Americana de Pediatría están cubiertos. Es importante que sus hijos se hagan exámenes de bienestar de acuerdo con el siguiente horario:

Calendario de los exámenes de bienestar para los niños

Edad	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bebes	A 1 semana y 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses
1-3 años	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	36 meses	
3-19 años	1 examen de bienestar cada año					

Es tan importante llevar a sus hijos a los exámenes de bienestar como llevarlos al médico cuando están enfermos. Los exámenes regulares le dan tiempo a usted, a su hijo y al médico de su hijo para conocerse y tratar cualquier preocupación de salud que pueda tener sobre su hijo. Ayudan a su médico a encontrar problemas de salud a tiempo para que su hijo pueda ser tratado antes de que empeoren.

Durante un examen de bienestar, el médico debe discutir cualquier preocupación de salud que tenga sobre su hijo y realizar las siguientes actividades:

- Documente el historial del desarrollo y la salud de su hijo.
- Haga un examen físico que incluya la medición de la altura y el peso de su hijo.

- Discuta los hábitos de actividad física.
- Discuta los hábitos de alimentación o de enfermería.
- Detección de problemas de desarrollo y comportamiento.
- Realice exámenes dentales, auditivos y de visión apropiados para su edad.
- Dar las vacunas apropiadas.
- Ordene las pruebas de laboratorio necesarias.
- Realice una prueba de plomo a los 12 y 24 meses o hasta los 21 años si se recomienda.

Recibirá cartas de la División de Medicaid del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para recordarle que programe el examen de bienestar de su hijo. Recuerde que los exámenes de bienestar para su hijo y los servicios que su médico recomiende durante los exámenes están cubiertos sin costo alguno para usted.

Plan de Salud de Medicaid de Idaho: El Plan Mejorado

El **Plan Mejorado** es para personas con discapacidades o necesidades especiales de salud y personas mayores de 65 años. ***Este plan incluye todos los beneficios del plan básico, más beneficios adicionales.***

A continuación, se presenta un resumen de los servicios adicionales para los que puede ser elegible si está en el Plan Mejorado:

- Basado en el hogar y la comunidad
- Hospicio
- Hogar de Ancianos
- Servicios de Cuidado Personal
- Coordinación de servicios

Breve descripción de los servicios adicionales disponibles a través del Plan Mejorado:

— *Basado en el hogar y la comunidad*

- Servicios de apoyo que ayudan a las personas a vivir en su hogar o comunidad en vez de en una institución.
- Servicios de transición que ayudan a las personas a salir de una institución y entrar en un hogar de la comunidad.
- Los Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad están disponibles para:
  - Niños con discapacidades del desarrollo.
  - Los adultos con discapacidades del desarrollo.
  - Niños con problemas emocionales graves (SED).
  - Adultos que son ancianos o tienen una discapacidad física.

— *Hospicio*

- Atención en el hogar para enfermos terminales con seis meses o menos de vida.

— *Hogar de ancianos*

- Está cubierto si su médico dice que usted necesita estar en un hogar de ancianos y Medicaid determina que usted necesita el nivel de atención de este tipo de centros.

— *Servicios de Cuidado Personal (PCS)*

- Servicios prestados en su hogar.
  - Ayudar a las personas a vivir de forma más independiente y a tener una mejor calidad de vida.

- Limitado a 16 horas a la semana.
- Si su condición médica requiere más de 16 horas a la semana, usted podría ser elegible para una de las exenciones basadas en el hogar y en la comunidad para adultos o para los servicios de EPSDT para niños y adultos jóvenes menores de 21 años.

— *Coordinación de servicios*
Si califica para la coordinación de servicios, tendrá un coordinador de servicios que le ayudará a obtener acceso y coordinar su atención y los servicios necesarios. Solo puede tener un tipo de coordinación de servicios. Si califica para más de un tipo, debe elegir el tipo que desea. Los tipos de coordinación de servicios son:

- Coordinación de servicios dirigidos.
  - Para adultos de 18 años o más con una discapacidad de desarrollo.
  - Requiere autorización por adelantado.
- Gestión de la transición.
  - La administración de la transición proporciona asistencia para la reubicación y actividades intensivas de coordinación de servicios para ayudar a los participantes que residen en una institución calificada a hacer la transición a un entorno comunitario de su elección.
  - Un participante tiene derecho a recibir la gestión de transición cuando planifica el alta de una institución calificada después de vivir dentro de esa institución durante un mínimo de 45 días pagados por Medicaid.
  - Las instituciones calificadas incluyen las siguientes: centros de cuidados especializados o intermedios, hogares de ancianos, centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual, hospitales, e instituciones para enfermedades mentales.
- Niños con necesidades especiales de atención médica.
  - Niños de hasta 21 años.
  - Debe tener una condición médica que requiera que el niño sea visto por muchos proveedores de servicios.
  - Se debe desarrollar un plan de evaluación y coordinación de servicios antes de que se puedan proporcionar los servicios de coordinación.
  - Los servicios de coordinación de servicios se basan en el plan de coordinación de servicios y deben ser autorizados por adelantado. Si su hijo tiene de 0 a 3 años de edad, la agencia de coordinación de servicios debe trabajar con el Programa de Idaho para Bebes y Niños Pequeños. Puede contactarlos al 888-535-0957.
- Servicios de salud del comportamiento en el hogar ambulatorios.
  - Servicios de coordinación de la atención para niños con problemas emocionales graves (SED). Consulte Salud conductual.
  - Si es menor de 21 años, puede obtener servicios adicionales si su médico dice que son médicamente necesarios y Medicaid los autoriza por adelantado. Consulte Examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).

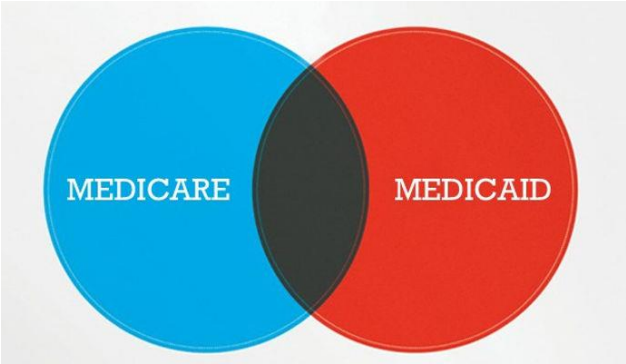
Idaho Medicaid Health Plan: El Plan Coordinado de Medicare y Medicaid

Los planes elegibles dobles están disponibles si usted califica tanto para Medicaid como para Medicare. Para servir mejor a los participantes doblemente elegibles, Idaho opera dos programas diferentes de cuidado médico supervisado. Los planes que están disponibles son:

- **El Plan Coordinado de Medicare-Medicaid (MMCP)**: un programa voluntario que está disponible en la mayoría de los condados de Idaho. El Plan Coordinado de Medicare y Medicaid integra todos los beneficios de las Partes A, B y D de Medicaid y Medicare en un solo plan.
- **Idaho Medicaid Plus (IMPlus)**: un programa obligatorio en ciertos condados de Idaho si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y no se ha inscrito en el Plan Coordinado de Medicare y Medicaid. El IMPlus coordina los beneficios de Medicaid para las personas elegibles tanto para Medicaid como para Medicare que eligen que sus beneficios de Medicare se administren a través de un plan separado.

Puede participar en estos planes si todo lo siguiente aplica:

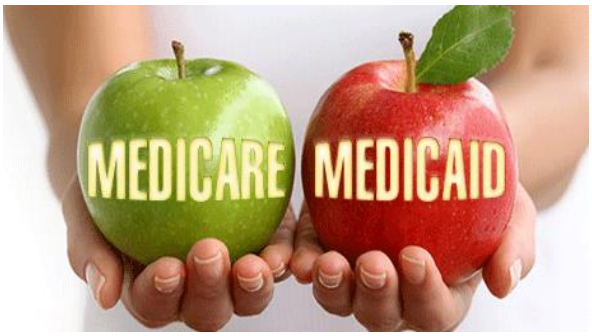
- Más de 21 años de edad
- Inscrito en las Partes A y B de Medicare
- Inscrito en el Plan Mejorado de Medicaid



Si es elegible y decide inscribirse, tendrá un coordinador/especialista de atención para ayudarle a obtener los servicios que son adecuados para usted. Nuestros servicios incluyen:

- Salud mental
- Equipo y provisiones médicos duraderos
- Basado en el hogar y en la comunidad a través de la renuncia por envejecimiento e incapacidad
- Hospital
- Servicios de Cuidado Personal
- Médico y especialista
- Medicamentos recetados
- Centro de cuidado especializado
- Visión (no disponible para el plan IMPlus)

El Plan Coordinado de Medicare y Medicaid también ofrece algunos servicios que están por encima de los originales de Medicare o Medicaid, incluyendo la coordinación de la atención y el acceso a una línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.



No hay prima ni costo alguno para inscribirse en estos planes, pero si actualmente tiene una parte del costo de los servicios de exención o paga una prima por los medicamentos recetados de la Parte D, estos costos no cambiarán. Estos planes son administrados a través de Blue Cross of Idaho y Molina HealthCare of Idaho.

Si desea obtener más información sobre estos planes o desea inscribirse, comuníquese con el especialista en apoyo al beneficiario al 833-814-8568 o visite idahoduals@dhw.idaho.gov.

Programa de Atención Primaria de Conexiones Saludables

Para aquellos en Medicaid básico o mejorado, Conexiones Saludables es un programa que promueve la atención en equipo dirigida por su proveedor de atención primaria y, lo más importante, usted. Esta sección le dará toda la información que necesita sobre el programa Conexiones Saludables y cómo obtener más información si todavía tiene preguntas.

healthy connections

¿Qué esperar de su proveedor de cuidado primario?
Puede esperar que su proveedor de atención primaria haga lo siguiente:

- Le proporcione atención rutinaria y preventiva.
- Coordine sus necesidades de atención médica.
- Lo refiera a otros especialistas de atención médica cuando sea necesario.

Inscripción con un proveedor de atención primaria
Conexiones Saludables utiliza un proceso de inscripción fijo. Esto significa que una vez que usted esté inscrito con un proveedor de atención primaria, permanecerá inscrito con ese proveedor para promover una relación de calidad y a largo plazo.

- Solo usted o su representante autorizado pueden inscribirlo o solicitar un cambio de proveedor de atención primaria.
- Una vez que se le apruebe para Medicaid, recibirá una carta en la que se le pedirá que elija a su proveedor de atención primaria.
- Si ya tiene un proveedor de atención primaria, informe al programa Conexiones Saludables.

- Algunos proveedores deciden no participar en Conexiones Saludables o en Medicaid de Idaho. Puede buscar proveedores aquí https://www.idmedicaid.com/mhpviewer.aspx?fid=pdir.
- Si necesita encontrar un proveedor de atención primaria, puede encontrar una lista de proveedores aquí healthyconnections.idaho.gov.
- Puede presentar su elección de proveedor de cuidado primario de las siguientes formas:
  - Entregando el formulario de inscripción en Conexiones Saludables.
  - Llenando un formulario de inscripción en el consultorio de su médico.
  - Comunicándose con Conexiones Saludables al 888-528-5861.
  - Enviando su elección a través del sitio web de Live Better Idaho al https://www.livebetteridaho.org/.
- Permanecerá inscrito con su proveedor de atención primaria a menos que solicite un cambio.
- Puede optar por no participar en el programa Conexiones Saludables si está recibiendo Medicare, cuidado de crianza o servicios de adopción, o si es miembro de una tribu reconocida a nivel federal. Para optar por no participar, debe comunicarse con Conexiones Saludables.
  - Aunque Medicaid no requiere la inscripción en Conexiones Saludables en estas circunstancias, puede ser un requisito de la clínica.
- Una vez que esté inscrito, deberá programar una cita para establecer la atención con su proveedor.

Si tiene preguntas sobre el programa, necesita encontrar un proveedor de atención primaria o necesita cambiar el proveedor de atención primaria, comuníquese con Conexiones Saludables al 888-528-5861 o visite su sitio web en healthyconnections.idaho.gov.

Cambio de proveedor de atención primaria

- Puede solicitar un cambio de proveedor de atención primaria por cualquier motivo durante el período de inscripción anual cada enero y febrero.
- Puede solicitar un cambio por cualquier motivo durante el período de gracia de 90 días después de la inscripción con un *nuevo* proveedor de Conexiones Saludables.
- Puede cambiar las ubicaciones de servicio dentro de la misma organización.
- Puede solicitar un cambio en cualquier momento si cumple con una de las circunstancias especiales que se describen en la sección a continuación.
- Una vez que se apruebe su cambio, debe firmar una divulgación de información en el consultorio de su nuevo proveedor para que pueda recibir los registros de su proveedor anterior. Esto evitará la interrupción de sus servicios de salud.

Circunstancias especiales para solicitar un nuevo proveedor de atención primaria

- Le gustaría tener un proveedor diferente al que le asignó el programa Conexiones Saludables, siempre y cuando esa asignación haya ocurrido dentro de los últimos 12 meses.
- Se mudó y le gustaría seleccionar un proveedor de atención primaria que esté más cerca de usted.
- Le gustaría ver a un proveedor en la misma clínica de Conexiones Saludables que otro miembro de su hogar.
- Por razones morales o religiosas, el proveedor de atención primaria no cubre los servicios que usted necesita.
- Necesita cambiar de proveedor de especialidades (por ejemplo, ginecología y obstetricia, o pediatría).
- Se le colocó en cuidados de adopción temporal.
- Su cobertura de seguro primario no funciona con su proveedor de atención primaria actual.
- Si el proveedor decide que los servicios que usted necesita no están disponibles dentro de la red de proveedores y esta decisión puede ponerlo en riesgo para obtener esos servicios por separado.
- Si desea seguir a su proveedor de atención primaria a una organización de atención médica diferente y mantener su relación con ese proveedor.
- Si el Departamento de Salud y Bienestar Social comete un error administrativo.

Las siguientes tres solicitudes de circunstancias especiales deben presentarse por escrito y utilizando nuestro formulario de Circunstancias Especiales. Puede obtener este formulario en el sitio web de Conexiones Saludables en healthyconnections.idaho.gov.

- Recibir atención de mala calidad.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos.
- La falta de acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica.

Referidos

Una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria para que otro proveedor le brinde atención a usted. Es posible que no pueda obtener una referencia para otros servicios de atención médica si no ha visto a su proveedor de atención primaria o si ha pasado más de un año desde su última visita. Es su responsabilidad llamar a su proveedor de atención primaria para averiguar si necesita ser atendido antes de que se pueda hacer una referencia. Es importante que usted:

- Informe a su proveedor de atención primaria sobre cualquier servicio médico que necesite o haya recibido, como visitas a la sala de emergencias y servicios de salud conductual.
- Obtenga una referencia antes de acudir a un proveedor que no sea su proveedor de atención primaria o podría tener que pagar la factura.
- Si se le refiere a otro proveedor, póngase en contacto con él inmediatamente para hacer una cita.
- Entienda que una referencia existente sigue siendo válida, aunque cambie de proveedor de atención primaria.

No necesita un referido de su proveedor para:

- Servicios médicos intensivos ofrecidos en un centro de salud basado en una escuela
- Servicios de anestesiología
- Servicios de audiología
- Servicios para niños con discapacidades de desarrollo
- Servicios quiroprácticos
- Servicios odontológicos
- Equipo médico duradero
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Exenciones basadas en el hogar y en la comunidad
- Servicios de hospicio
- Admisiones al hospital a través de la sala de emergencias
- Vacunas (sin visita al consultorio)
- Servicios de centro de cuidados intermedios/para discapacitados mentales (ICF/ID)
- Vacunas contra la gripe
- Servicios de laboratorio (incluye patología)
- Servicios de partera con licencia
- Servicios de centro de cuidado (incluyendo los servicios recibidos fuera del centro)
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de salud mental ambulatorios
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de farmacia
- Fisioterapia
- Servicios de podología
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios de radiología
- Servicios del distrito escolar
- Mamografías de detección (de 40 años o más)
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual
- Patología del lenguaje del habla
- Servicios para trastornos por uso de sustancias
- Servicios de transporte
- Servicios de atención de urgencia
- Servicios para la visión

Nota: Aunque no necesita una referencia de su proveedor de Conexiones Saludables para recibir estos servicios, es posible que necesite obtener una autorización por adelantado. Consulte la página 28 para obtener más información sobre las autorizaciones por adelantado.

Servicio fuera de horario

Puede llamar a su proveedor de atención primaria las 24 horas del día para obtener información, derivación y tratamiento para condiciones médicas de emergencia. Si tiene una necesidad médica inmediata, puede acceder a los servicios de atención urgente cuando el consultorio de su proveedor de atención primaria esté cerrado.

Cuándo llamar al Programa de Conexiones Saludables: 888-528-5861

- Si necesita ayuda para elegir un proveedor de atención primaria.
- Si desea cambiar su proveedor de atención primaria.
- Si se va a mudar a una nueva área y necesita un nuevo proveedor de atención primaria en esa área. Si no llama cuando se mude, tendrá que obtener una referencia de su proveedor anterior para recibir atención en su nueva área.

Su papel en el Programa de Conexiones Saludables

Hay medidas que puede tomar para asegurar que se satisfagan sus necesidades de atención médica y que tenga la información y el acceso que necesita cuando lo necesite. Estos pasos incluyen:

- Llamar a su proveedor de atención primaria cuando necesite programar una visita al consultorio, exámenes de bienestar, y en cualquier momento que necesite asesoramiento médico, incluso después del horario de atención al público o en días festivos.
- Llegar a tiempo a sus citas.
- Seguir su plan de tratamiento.
- Cuando necesite cancelar una cita, llame a su proveedor de atención primaria por lo menos con 24 horas de anticipación cuando sea posible.
  - **Nota:** Su proveedor puede optar por dejar de brindarle atención a usted o a un miembro de su familia si usted falta a las citas o no sigue su plan de tratamiento.
- Cuando haga una cita o reciba atención de cualquier proveedor de atención médica que facture a Medicaid, dígale que está afiliado a Conexiones Saludables.
- Muestre su tarjeta de Medicaid y cualquier otra tarjeta de seguro en cada cita.
  - **Nota:** Siempre muestre su tarjeta de Medicaid y pregunte ***antes*** de recibir los servicios si puede pagar con Medicaid. Pregunte incluso cuando su médico lo refiera a un especialista, ya que no todos los médicos o proveedores de atención médica aceptan Medicaid de Idaho.

Procedimiento de quejas de Conexiones Saludables
Es importante que sepa que puede llamar al programa Conexiones Saludables si tiene inquietudes o preguntas. Si el personal de Conexiones Saludables no puede solucionar el problema, usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito. Puede obtener el formulario de quejas en el sitio web de Conexiones Saludables en healthyconnections.idaho.gov.

Idaho Medicaid revisará su queja y proporcionará una respuesta por escrito. Si aún no está satisfecho, tiene derecho a solicitar una audiencia. Para solicitar una audiencia, puede escribir a la dirección que figura en su carta de respuesta a la queja o enviar su formulario de queja a:

Department of Health and Welfare
Division of Medicaid
Healthy Connections Program
3232 Elder St.
Boise, ID 83705

Atención de emergencia

La sala de emergencias o el departamento de urgencias de un hospital no son los lugares donde se puede obtener atención médica, a menos que se trate de una situación de riesgo para la vida. Si los utiliza para la atención médica de rutina que normalmente obtendría visitando a su proveedor de atención primaria, odontólogo o proveedor especialista, es posible que se le cobre un copago.

- Las salas de emergencia y los servicios de ambulancia solo deben utilizarse cuando se necesiten.
- Siempre debe llamar a su proveedor de atención primaria para que le aconseje si usted o un miembro de su familia se lesiona o se enferma.
- Su proveedor de atención primaria puede programar una cita o decirle si necesita recibir atención de emergencia.
- Sus registros médicos del departamento de emergencias se entregarán a su proveedor de atención primaria.
- Si visita la sala de emergencias, debe hacer una cita de seguimiento con su proveedor de atención primaria.
- Tenga su tarjeta de identificación de Medicaid con usted para que el personal de emergencia pueda brindarle una mejor atención.

Servicios de crisis

- Para obtener ayuda inmediata, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano. No necesita una autorización por adelantado para obtener ayuda durante una crisis.
- También puede comunicarse con el 2-1-1 para ayudarle a encontrar los servicios que necesita. Los operadores conectan a las personas con muchos recursos de la

comunidad.

- Para obtener una lista de las líneas estatales de ayuda en caso de crisis, visite el sitio web del 2-1-1 en 211.idaho.gov o llame al 2-1-1.
- Para comunicarse con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline), llame al 800-273-8255 o al 800-799-4889 (TTY).

Centro de Control de Envenenamientos

Si su hijo ha ingerido una sustancia que podría ser venenosa o un medicamento de otra persona, **llame al centro de control de envenenamientos inmediatamente al 800-222-1222 o al 800-860-0620**. Incluso si su hijo no tiene síntomas de envenenamiento, podría estar en peligro.

Atención de urgencia

Si el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado, puede acudir a la atención de urgencia. La atención de urgencia es un servicio que no requiere una referencia ni una autorización por adelantado. Sin embargo, algunos servicios médicos en atención de urgencia pueden requerir una autorización por adelantado.

- Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Medicaid y pregunte si se puede usar como pago.
- Siempre debe llamar a su proveedor de atención primaria para que le aconseje si usted o un miembro de su familia se lesiona o se enferma. Su proveedor de atención primaria puede programar una cita o decirle si necesita recibir atención de urgencia.
- Si visita la atención de urgencia, debe hacer una cita de seguimiento con su proveedor de atención primaria.

Examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Medicaid paga los servicios que son médicamente necesarios para los niños y adultos jóvenes menores de 21 años que están inscritos en el plan Básico o Mejorado que ofrece Medicaid de Idaho. Los servicios de EPSDT incluyen exámenes, atención preventiva y servicios de diagnóstico o tratamiento que el niño necesita para disminuir o corregir las condiciones de salud física o mental, incluso si el servicio no está normalmente cubierto por un plan de salud de Medicaid de Idaho.

Las solicitudes de servicios de EPSDT deben autorizarse por adelantado. Su proveedor debe completar y enviar un paquete de solicitud de autorización. Puede descargar el paquete desde nuestra página web https://healthandwelfare.idaho.gov/portals/0/medical/medicaidchip/epsdtrequestform.pdf o enviar una solicitud a epsdtrequest@dhw.idaho.gov.

Si tiene preguntas sobre el EPSDT o sobre cómo llenar el paquete, póngase en contacto con el coordinador de EPSDT al 208-364-1165.

Autorización por adelantado

La autorización por adelantado significa que usted o su proveedor debe obtener la aprobación de Medicaid ***antes*** de recibir un servicio o podría tener que pagar la factura.

Por lo general, su médico, proveedor de atención médica o farmacéutico solicitará una autorización por adelantado para usted. Es posible que tenga que solicitar una autorización por adelantado para usted o su familia para otros servicios como el transporte.

Los siguientes son ejemplos de servicios que pueden necesitar una autorización por adelantado:

- Servicios que exceden las limitaciones.
- Examen, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).
- Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT).
- Algunos equipos y provisiones médicas.
- Algunas hospitalizaciones o procedimientos médicos de pacientes internos y externos.
- Servicios para la visión.
- Servicios de Cuidado Personal.
- Enfermería de servicio privado.
- Algunos medicamentos recetados y la mayoría de los medicamentos de marca cuando los genéricos están disponibles.
- Servicios de la agencia de discapacidades del desarrollo.
- Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad.
- Algunos servicios de laboratorio y radiología.
- Los servicios de salud mental para pacientes externos pueden requerir autorización por adelantado.

¿Qué necesito saber sobre el pago de los servicios?

Copagos

- Un copago es una cuota baja que algunos proveedores pueden cobrar por algunos servicios de rutina que no son de emergencia. Si un médico decide que usted necesita tratamiento de emergencia, no tendrá que pagar un copago por ninguno de los servicios que se utilizan durante ese tratamiento.
- Si tiene un copago, la cantidad dependerá de su edad, sus ingresos y otros factores. El departamento le informará si debe pagar un copago y cuánto tendrá que pagar.

Es posible que deba pagar un copago por:

- Uso la sala de emergencias cuando no es una emergencia
- Uso del transporte médico de emergencia cuando no es una emergencia
- Cuidado quiropráctico
- Visitas al médico y al proveedor de atención médica
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Podología
- Terapia del habla
- Visión

Información adicional sobre el pago de servicios

- Si un médico decide que usted necesita tratamiento de emergencia, no tendrá que pagar un copago por ninguno de los servicios utilizados durante ese tratamiento.
- Si usted está en la exención por envejecimiento e incapacidad o en la exención por adultos con incapacidades del desarrollo, se podría requerir que pague un copago por los servicios que reciba bajo las exenciones cada mes. Esto se llama su "parte del costo".
- Si cubre una parte del costo, el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho se lo notificará. Tendrá que pagar esta cantidad directamente a su proveedor de servicios de exención cada mes.
- Solo paga una parte mensual del costo con respecto al costo real de los servicios de exención que utiliza. Si su parte del costo calculado es más alta que el costo de sus servicios, solo paga la cantidad menor a su proveedor de la exención.
- La parte del costo solo se aplica a los servicios de exención. No aplica a otros servicios de Medicaid.

No presentarse o citas perdidas

Es responsable de hacer las citas y acudir a ellas. Su proveedor de atención médica no puede cobrarle una tarifa por faltar a las citas, pero puede decidir no seguir atendiéndole como paciente.

Primas

La prima es su factura mensual. Los montos de las primas están determinados por sus ingresos y, por lo general, oscilan entre $0 y $15. El Departamento de Salud y Bienestar le enviará una carta con la cantidad de su prima mensual. Es posible que deba pagar una prima si:

- Su hijo está en el Plan Básico.
- Su hijo califica para el Programa de Cuidado en Casa para Ciertos Niños Discapacitados (Katie Beckett): las primas para estos niños son sugeridas y voluntarias. Si no puede pagar la cantidad de la prima, la elegibilidad de su hijo para Medicaid no se verá afectada.
- Su hijo con problemas emocionales graves participa en el programa de Servicios de Empoderamiento de la Juventud (YES).
- Usted participa en el programa de Medicaid para trabajadores con discapacidades.

Para obtener información completa sobre las primas, consulte el programa público de primas y costos compartidos de Medicaid en https://healthandwelfare.idaho.gov/portals/0/medical/medicaidchip/publicscheduleofpremiumsandcostsharing.pdf.

Servicios no cubiertos

Hay ciertos servicios que Medicaid no paga bajo ciertas circunstancias, incluyendo los siguientes:

- **Servicios no cubiertos o servicios excluidos de la cobertura**
  Es responsable del costo de un artículo o servicio que no esté cubierto por Medicaid. Antes de recibir el servicio, su proveedor de atención médica debe informarle que no está cubierto y decirle cuál es su costo si decide recibirlo.
- **Atención que recibe de un proveedor que no colabora con Medicaid de Idaho**
  Ya sea que reciba atención en Idaho o en otro estado, Medicaid de Idaho no cubrirá los servicios que reciba si el proveedor no es colabora con Medicaid de Idaho. Es su responsabilidad preguntar si el proveedor del que recibe los servicios es colabora con Medicaid de Idaho. Los proveedores que están inscritos en la red de proveedores de Optum Idaho pueden brindar servicios de salud mental.
- **Atención que recibe sin una referencia de Conexiones Saludables**
  Medicaid no pagará por la atención que requiere una referencia de Conexiones Saludables si usted no recibe una referencia ***antes*** de recibir la atención. Una vez que se le apruebe para Medicaid, recibirá una carta en la que se le pedirá que elija a

su proveedor de atención primaria. Puede llenar un formulario de inscripción de Conexiones Saludables en su clínica de atención primaria. Si no elige un proveedor de atención primaria, se le asignará uno. Su proveedor de atención primaria de Conexiones Saludables debe saber acerca de cualquier condición de salud que usted pueda tener para hacer las referencias correctas para su cuidado. Es su responsabilidad llamar a su proveedor de atención primaria de Conexiones Saludables y preguntar si necesita que lo vean antes de que pueda obtener una referencia. Es posible que su plan de salud no pague por algunos servicios sin una referencia.

- **Atención que recibe sin una autorización por adelantado**
  Medicaid no paga por la atención que requiere una autorización por adelantado si usted no obtiene la autorización por adelantado ***antes*** de recibir los servicios.

¿Qué otra información necesito saber?

Otros seguros médicos

Si tiene Medicare, Blue Cross, Blue Shield o cualquier otro seguro médico, dígaselo a su representante de beneficios del Departamento de Salud y Bienestar. Su otro seguro debe pagar antes de que Medicaid pague. Si su seguro ha cambiado o ha dejado de usarlo, proporcione a su representante de beneficios del Departamento de Salud y Bienestar Social la información de su nuevo plan de seguro o diga por qué dejó de usarlo. Si no lo hace, es posible que usted o sus hijos no puedan obtener la cobertura del plan de seguro de salud privado de Idaho Medicaid.

Si su seguro primario termina o cambia, llame al 208-375-1132, opción 3, o llame gratis al 800-873-5875. Para obtener más información sobre los beneficios, llame al 866-686-4752.

Si Medicaid paga una cuenta y usted recibe dinero de su otro seguro, se requiere que usted le dé el dinero a Medicaid. Usted es responsable de ayudar a Medicaid a cobrar el dinero de otro plan de seguro o de una persona responsable como el padre sin custodia. El proveedor de los servicios tendrá que volver a facturar o hacer un ajuste.

Para instrucciones sobre cómo pagar a Medicaid, llame a la Unidad de Recuperación Financiera al
208-287-1152 o al contratista de recuperación de terceros (HMS) del Departamento de Salud y Bienestar en el área de Boise al 208-375-1132, o al número gratuito 800-873-5875.

Programa de pago de primas de seguro de salud privado

Si tiene Medicaid y tiene otro seguro de salud privado disponible, como la cobertura de grupo patrocinada por el empleador, pregunte al representante del Departamento de Salud y Bienestar Social sobre este programa. Si usted o sus hijos cumplen con los

requisitos, el Departamento de Salud y Bienestar podría pagar las primas, deducibles y copagos de su otro seguro.

Sus derechos

Cuando es elegible para la cobertura de seguro de salud privado de Idaho Medicaid, tiene ciertos derechos garantizados. Estos incluyen:

- **Tiene derecho a un trato justo.** Tiene derecho a todos los beneficios cubiertos sin importar su raza, color, nacionalidad, religión, discapacidad, sexo o edad. Tiene derecho a ser tratado con respeto y con la debida consideración a su dignidad y privacidad. Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

  Si cree que alguien del Departamento de Salud y Bienestar lo ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, religión, discapacidad, sexo o edad, puede presentar una queja poniéndose en contacto con el:

  Gerente de derechos civiles
  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 poniéndose en contacto con:

  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)

- **Tiene derecho a recibir una notificación oportuna y precisa.** Las notificaciones por escrito se le deben enviar por correo antes de que termine su elegibilidad, por lo que es importante mantener su dirección actualizada.
- **Tiene derecho a recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles.** La información se le debe dar de una manera que sea apropiada para su condición y capacidad de comprensión.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.** Su proveedor debe discutir sus opciones con usted antes de que comience el tratamiento médico. Debe informar a su familia y a su médico de sus deseos antes de que esté demasiado enfermo para tomar una decisión sobre su tratamiento médico.
- **Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de sus registros médicos.** Puede solicitar que se modifiquen o corrijan.

- **Tiene derecho a presentar una apelación.**

  — **En el caso de las apelaciones de elegibilidad, el Departamento de Salud y Bienestar debe recibir su apelación por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se envió por correo la notificación.** Si no está de acuerdo con una decisión sobre su cobertura de elegibilidad, o si cree que sus necesidades médicas no han sido satisfechas adecuadamente, puede presentar una apelación o solicitar un formulario de audiencia justa en la Oficina de Salud y Bienestar local o llamando al 877-456-1233.

  — **Para apelaciones de servicios y beneficios de cuidado médico supervisado. El contratista de cuidados médicos supervisados debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 60 días desde la fecha del aviso.** Si no está de acuerdo con una decisión tomada con respecto a sus servicios y beneficios proporcionados por uno de los socios de cuidados médicos supervisados de Medicaid de Idaho, primero debe presentar su apelación al contratista como se indica a continuación:

Crisis de salud del comportamiento	Optum Idaho 205 East Watertower Street Meridian, ID 83642 Fax: 855-272-7053 Teléfono: 855-202-0973 optumidaho.appeals_grievance@optum.com
Servicios dentales	MCNA Dental Dirigido a: Grievances and Appeals Department 200 West Cypress Creek Road, Suite 500 Fort Lauderdale, FL 33309 Fax: 954-628-3330 Teléfono: 855-233-6262 Formulario de apelación: http://docs.mcna.net/forms/id-member-appeal
Servicios coordinados de Medicare y Medicaid con doble elegibilidad	Si desea apelar una decisión sobre sus beneficios elegibles dobles, llame al número que aparece en el reverso de la tarjeta de atención médica que recibe de su plan de salud o llame al coordinador de atención médica.

— **Transporte: transporte médico que no sea de emergencia (NEMT). El contratista de NEMT debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 28 días desde la fecha del aviso.**
Si no está de acuerdo con una decisión tomada por MTM, puede presentar una apelación, una queja formal o una solicitud de audiencia imparcial estatal. Puede hacerlo llamando o escribiéndonos dentro de los 28 días desde la fecha de su carta de denegación.

MTM
Dirigido a: Appeals
16 Hawk Ridge Drive
Lake St. Louis, MO 63367
Teléfono: 866-436-0457

— **Audiencia estatal justa: Servicios y beneficios de Medicaid. Para las apelaciones de Medicaid, el Departamento de Salud y Bienestar debe recibir su apelación por escrito en un plazo de 28 días desde la fecha en que se envió el aviso.**
Si no está de acuerdo con una decisión tomada con respecto a sus servicios o beneficios proporcionados por Medicaid de Idaho, debe presentar una apelación por escrito dentro de los 28 días desde la fecha en que se envió por correo el aviso de la decisión, como se indica a continuación.

Puede presentar la apelación por escrito en persona en la oficina regional o enviarla por correo postal, correo electrónico o fax a la siguiente dirección:

Medicaid Appeals
Idaho Department of Health and Welfare
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0009
Fax: 208-364-1811
Correo electrónico: MedicaidAppeals@dhw.idaho.gov

Si se programa una audiencia, usted recibirá un aviso de la carta de programación con la fecha y la hora de la audiencia. Durante la audiencia, puede tener presente a cualquier persona que desee para que hable en su nombre, si es un representante autorizado. Si decide que quiere que un abogado lo represente, usted es responsable de cualquier pago que esto genere.

Fraude, abuso y mal uso

Todos los miembros de su familia que sean elegibles para recibir beneficios de salud recibirán su propia tarjeta de Medicaid con su nombre en ella. Es contra la ley que cualquier otra persona use la tarjeta. Si incumple las reglas intencionalmente, puede perder su cobertura. También puede ser enjuiciado y es posible que tenga que pagar por los beneficios que recibió pero que no tenía derecho a recibir.

Si cree que alguien que recibe asistencia del estado de Idaho abusa de los programas o cree que un proveedor factura indebidamente por servicios que no ha proporcionado, debe notificar esto a Medicaid.

- Para notificar un fraude de los miembros, llame a la línea de Idaho CareLine al 2-1-1 o al 800-926-2588.
- Para notificar el fraude de proveedores, descargue el formulario de reclamación desde http://healthandwelfare.idaho.gov/portals/0/mgmt%20services/provider%20fraud%20complaint%20form.pdf. Llene el formulario y envíelo por correo a:

  Medicaid Fraud & Program Integrity Unit
  Bureau of Audits and Investigations
  PO Box 83720
  Boise, Idaho 83720-0036
  Fax: 208-334-2026

Recuperación de patrimonio

La recuperación del patrimonio de Medicaid es el proceso a través del cual cada estado recupera los costos de los servicios médicos que ha pagado del patrimonio de la persona que recibió esos servicios.

El programa de recuperación de patrimonio de Medicaid impacta a dos grupos de personas que reciben beneficios de Medicaid:

- Cualquier persona mayor de 55 años que haya recibido asistencia de Medicaid.
- Cualquier persona que esté permanentemente institucionalizada y haya recibido asistencia de Medicaid, independientemente de su edad.

El programa de recuperación de patrimonio puede cobrar dinero del patrimonio de un beneficiario fallecido de Medicaid como reembolso por cualquier servicio medico que se le haya prestado al beneficiario y que haya sido pagado por Medicaid, mientras el beneficiario era mayor de 55 años de edad o estaba permanentemente institucionalizado, independientemente de su edad.

El cuidado médico también incluye pagos de capitación a compañías de seguro médico contratados por Medicaid, o proveedores médicos que administran un paquete definido de beneficios. El gobierno federal requiere que los estados recuperen el patrimonio de

Medicaid para estos servicios.

La ley federal reconoce que las necesidades de ciertos parientes pueden tener prioridad sobre el interés del estado en recuperar los bienes del difunto. Por esta razón, a los estados no se les permite recuperar el patrimonio de Medicaid bajo las siguientes circunstancias:

- Durante la vida del cónyuge superviviente, independientemente de dónde viva.
- De un niño sobreviviente menor de 21 años o ciego o permanentemente discapacitado (basado en los criterios del Seguro Social), sin importar dónde viva.

Ya que las circunstancias individuales varían, para obtener más información, llame a la Oficina de Recuperación de Patrimonio al 866-849-3843.

¿A quién puedo llamar si tengo preguntas o necesito información?

Especialista en Apoyo al Beneficiario (para planes elegibles dobles)
833-814-8568
idahoduals@dhw.idaho.gov.

Línea de Servicio al Cliente y Centro de Procesamiento de Solicitudes
Puede llamar al 877-456-1233 para hacer una solicitud u obtener ayuda en cualquier Oficina de Autorresponsabilidad.

Correo: Department of Health and Welfare
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0036

Cobertura odontológica: Idaho Smiles
Para obtener información sobre la cobertura odontológica o para encontrar un odontólogo en su área, comuníquese con MCNA Dental al 855-233-6262 o visite el sitio web de MCNA en https://www.mcnaid.net/en/find-dentist.

Cobertura de discapacidad para personas mayores de 65 años
Si es mayor de 65 años, recibe beneficios de Seguro Social debido a una discapacidad, o solicita Medicaid para una persona mayor con una discapacidad, llame gratis a la línea de servicio al cliente al 877-456-1233.

Oficina de Recuperación de Patrimonio
Para obtener información sobre la recuperación de patrimonio, llame al 866-849-3843.

Familias con niños
Para obtener información o para conocer el estado de su solicitud para la cobertura del plan de salud de Medicaid de Idaho, llame gratis a la línea de servicio al cliente al 877-456-1233.

Fraude e integridad del programa
Para notificar un fraude del miembro, llame a la línea de Idaho CareLine al 2-1-1 o al 800-926-2588.

Sistemas de gestión de la salud
Para notificar cambios en su otro seguro, llame al contratista de recuperación de terceros (HMS) del Departamento de Salud y Bienestar en el área de Boise al 208-375-1132, o llame gratis al 800-873-5875.

Salud mental
Para encontrar un proveedor, comuníquese con Optum Idaho al 855-202-0973 o visite el sitio web de Optum en https://www.optumidaho.com/.

Gerente de derechos civiles del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho
Si cree que el Departamento de Salud y Bienestar Social lo ha discriminado, llame al 208-334-5617 (voz) o al 208-334-4921 (TDD).

Red para Bebés y Niños Pequeños de Idaho
Llame al 888-535-0957.

Medicare
Para obtener más información sobre Medicare, llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) o visite el sitio web de Medicare al https://www.medicare.gov/.

Transporte médico que no sea de emergencia
Para solicitar transporte a través del proveedor de transporte médico que no sea de emergencia de Medicaid, MTM, llame al 877-503-1261 o visite el sitio web de MTM en https://www.mtm-inc.net/idaho/.

Asistencia en el hogar de ancianos/unidad de cuidados a largo plazo
Para obtener información sobre la asistencia en un hogar de ancianos o el estado de su solicitud de asistencia en un hogar de ancianos, llame gratis a la Unidad de Cuidados a Largo Plazo al 866-255-1190. Fax 208-799-5048.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS)
202-619- 0403 (voz) o
202-619-3257 (TDD)

Ayuda con otros servicios
Para obtener ayuda con otros servicios disponibles a través del Departamento de Salud y Bienestar, llame a la línea de Idaho CareLine (2-1-1 o 800-926-2588) o al 877-456-1233.

Ayuda con sus servicios cubiertos
Si tiene preguntas acerca de sus servicios cubiertos, llame a la línea de miembros de DXC al 866-686-4752.

Las razones por las que puede llamar a la línea de miembro de DXC incluyen:

- Si un médico o proveedor de servicios médicos lo notifica a una agencia de cobros o si usted recibe una factura que cree que su plan de salud debe pagar.
- Si desea saber si un servicio necesita una referencia o autorización por adelantado de Conexiones Saludables.
- Si necesita saber si un artículo o servicio está cubierto.
- **No llame a la línea de miembros para preguntas de elegibilidad**; en lugar de ello, póngase en contacto con la línea de atención al cliente al número gratuito 877-456-1233.

Oficinas locales de Conexiones Saludables

Las oficinas locales pueden informarle sobre los proveedores de atención primaria disponibles en su área y ayudarle con los cambios o preguntas sobre Conexiones Saludables. Para obtener más información, visite el sitio web de Conexiones Saludables healthyconnections.idaho.gov.

Servicio al cliente de Conexiones Saludables
Número gratuito: 888 528-5861
Español: 800-378-3385
Fax: 888-532-0014
Correo electrónico: hccr7@dhw.idaho.gov

Región 1: Coeur d'Alene
Condados de Benewah, Bonner, Boundary, Kootenai y Shoshone
1120 Ironwood Dr., Suite 102
Coeur d'Alene, Idaho 83814
208-666-6766

Región 2: Lewiston
Condados de Clearwater, Idaho, Latah, Lewis y Nez Perce
1118 F St.
Lewiston, Idaho 83501
208-799-5088

Región 3: Caldwell, Nampa y Payette
Adams, Cañón, Gema, Owyhee, Payette, y los condados de Washington
3402 Franklin Rd.
Caldwell, Idaho 83605
O
515 N. 16th St.
Payette, Idaho 83661
208-642-7006

Región 4: Boise
Condados de Ada, Boise, Elmore y Valley
1720 Westgate Dr.
Boise, Idaho 83704
208-334-4676

Región 5: Twin Falls & Burley
Condados de Blaine, Camas, Cassia, Gooding, Jerome, Lincoln, Minidoka y Twin Falls
601 Pole Line Rd., Suite 3
Twin Falls, Idaho 83301
208-736-4793

Región 6: Pocatello
Condados de Bannock, Bear Lake, Bingham, Caribou, Franklin, Oneida y Power
1090 Hiline Rd., Suite 202
Pocatello, Idaho 83201
208-235-2927

Región 7: Idaho Falls
Condados de Bonneville, Butte, Clark, Custer, Fremont, Jefferson, Lemhi, Madison y Teton
150 Shoup Ave., Suite 4
Idaho Falls, Idaho 83402
208-528-5794

Oficinas de programas regionales

Las oficinas locales ayudan con las solicitudes de servicios para discapacidades del desarrollo, exenciones basadas en el hogar y la comunidad, evaluaciones para servicios de cuidado personal, y servicios para niños.

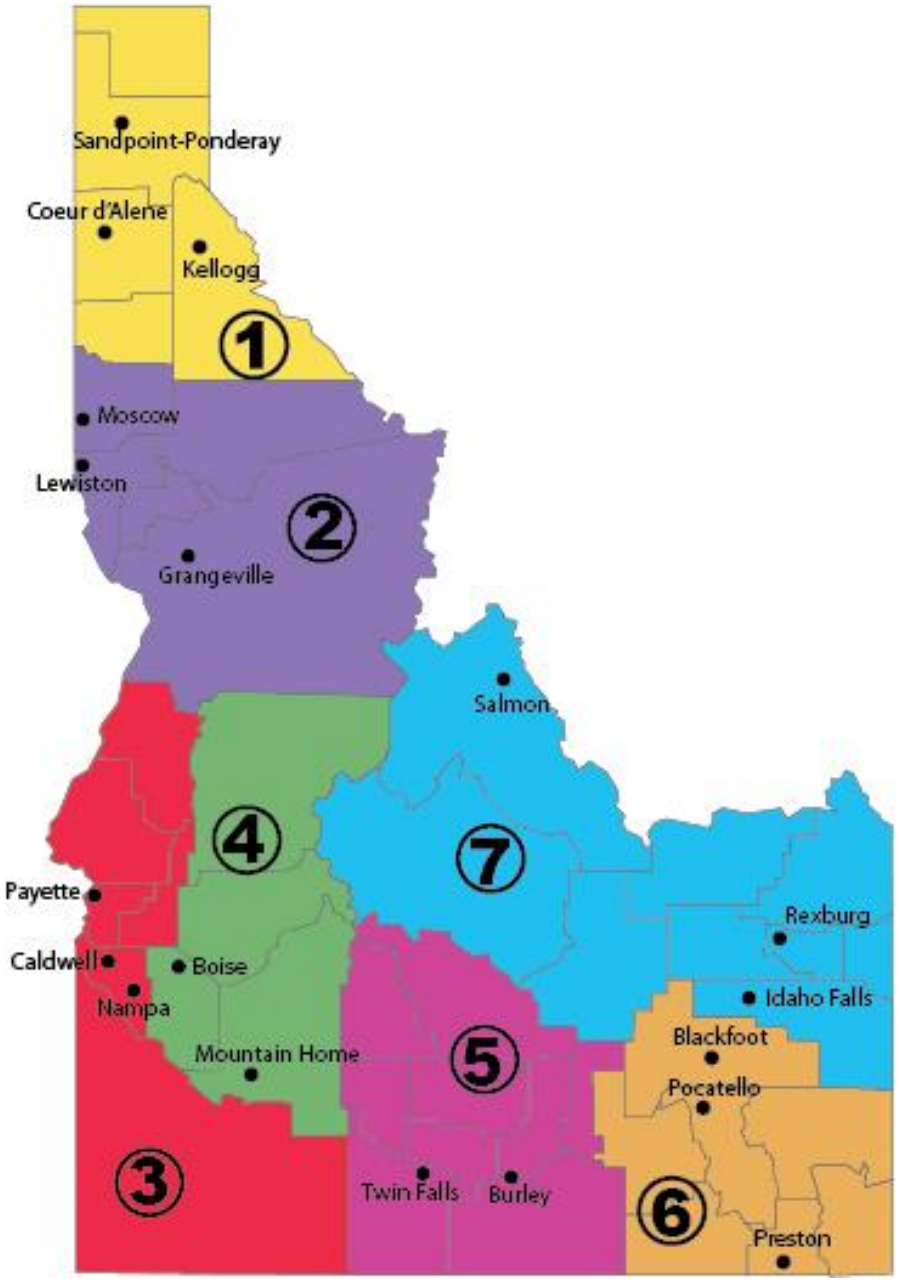
Región 1: Coeur d'Alene
1120 Ironwood Dr.
Coeur d'Alene, Idaho 83814
208-769-1567

Región 2: Lewiston
1118 F St.
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 Pole Line Rd., Suite 3
Twin Falls, Idaho 83301
208-736-3024

Región 6: Pocatello
1070 Hiline Rd.
Pocatello, Idaho 83201
208-239-6260

Región 7: Idaho Falls
150 Shoup Ave., Suite 4
Idaho Falls, Idaho 83402
208-528-5750