

Comparación del Plan de Salud

Healthy and Well Kids in Iowa (*hawk-i*)

Este es sólo un resumen de los beneficios cubiertos por los planes de salud y odontológico que participan en el programa *hawk-i* en su condado. Si tiene preguntas específicas o desea más detalles acerca de los beneficios cubiertos, refiérase al cuadernillo para el miembro del plan, o llame al plan de salud u odontológico para más información.

Beneficios del plan	Plan Blue Access de Wellmark Health Plan of Iowa	AmeriChoice <i>hawk-i</i> de UnitedHealthcare of the River Valley (antes conocido como John Deere Health Plan)
Consultas médicas	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. Los beneficios aplican cuando se ofrecen por un proveedor del tipo médico de atención primaria (Primary Care Physician - PCP). El beneficio no está disponible si usted sale de la red.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> . El beneficio no está disponible si usted sale de la red.
Especialistas	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red.	Cubierto si recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> . El beneficio no está disponible si usted sale de la red.
Vacunas	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. Los beneficios aplican cuando se ofrecen por un proveedor del tipo PCP. El beneficio no está disponible si usted sale de la red.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> . El beneficio no está disponible si usted sale de la red.
Chequeos	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. Los beneficios aplican cuando se ofrecen por un proveedor del tipo PCP o del tipo de Obstetricia y Ginecología (OBGYN). Los beneficios no están disponibles si usted sale de la red.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> . Los beneficios no están disponibles si usted sale de la red.
Atención hospitalaria	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red. Admisión planificada: Usted o su doctor deben llamar a Wellmark al 1-800-558-4409 en un plazo de un día hábil después de la admisión. Admisión de emergencia: Usted o su doctor deben llamar a Wellmark al 1-800-558-4409 dentro de las siguientes 24 horas.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> . El beneficio no está disponible si usted sale de la red. Su proveedor de la red notificará a AmeriChoice <i>hawk-i</i> sobre su admisión.

Beneficios del plan	Plan Blue Access de Wellmark Health Plan of Iowa	AmeriChoice <i>hawk-i</i> de UnitedHealthcare of the River Valley (antes conocido como John Deere Health Plan)
Cirugía	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> . El beneficio no está disponible si usted sale de la red.
Emergencias	Cubierto si asiste a la sala de emergencias para tratamiento, si no es una emergencia, es posible que deba pagar un copago de \$25.	Cubierto si asiste a la sala de emergencias para tratamiento y si no es una emergencia, es posible que deba pagar un copago de \$25.
Cobertura fuera de la red	Cobertura únicamente para atención de emergencia (<i>ver Emergencias</i>).	Cobertura únicamente para atención de emergencia (<i>ver Emergencias</i>).
Examen de ojos	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red. Paga hasta \$50.000 por un examen cada 12 meses. El miembro debe pagar cualquier suma por encima de \$50.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> - Davis Vision. Los beneficios no están disponibles si usted sale de la red. Cubre un examen oftalmológico cada 12 meses consecutivos si asiste donde un proveedor de la red AmeriChoice <i>hawk-i</i> - Davis Vision.
Anteojos y lentes de contacto	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red. Paga hasta \$100 en beneficios al año. El miembro deberá pagar cualquier suma por encima de \$100. La cobertura para monturas está limitada a una cada 12 meses. La cobertura para lentes está limitada a dos cada 12 meses.	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de AmeriChoice <i>hawk-i</i> - Davis Vision. Los beneficios no están disponibles si usted sale de la red. Paga hasta \$100 cada 12 meses por el costo de los lentes de contacto, lentes y monturas recetados. Cualquier monto por encima de \$100 deberá ser pagado por el miembro.
Servicios de quiropráctico	Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red. El Primary Care Physician deberá notificar a Wellmark sobre una remisión para recibir atención de quiropráctico mayor a 12 visitas.	Cubierto si ha sido remitido por el proveedor participante en la red y ha sido previamente autorizado por AmeriChoice <i>hawk-i</i> .
Medicamentos recetados	Cubierto si utiliza una farmacia de la red. Únicamente están cubiertos los medicamentos genéricos; si usted elige un medicamento de marca y hay un equivalente genérico disponible, Usted deberá pagar el medicamento de marca. Los medicamentos de marca no están cubiertos a menos que hayan sido aprobados por Wellmark- Limitaciones en cantidades y terapias escalonadas pueden ser aplicables a ciertos medicamentos.	Cubierto si asiste a una farmacia que participa con AmeriChoice <i>hawk-i</i> y el medicamento está en la lista de medicinas preferidas. Si usted obtiene un medicamento de marca y hay un equivalente genérico disponible, Usted deberá pagar el medicamento de marca. Algunos medicamentos requieren aprobación del John Deere Health Plan antes de ser cubiertos.

Beneficios del plan	Plan Blue Access de Wellmark Health Plan of Iowa	AmeriChoice <i>hawk-i</i> de UnitedHealthcare of the River Valley (antes conocido como John Deere Health Plan)
Servicios de salud mental	<p>Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red.</p> <p>La atención a pacientes internos se limita a 30 días por año calendario.</p> <p>La atención a pacientes externos se limita a 30 visitas por año calendario.</p>	<p>Cubierto si asiste a un proveedor aprobado por United Behavioral Health (UBH). Usted debe llamar a United Behavioral Health at 1-800-867-6758 para recibir aprobación antes de iniciar el tratamiento.</p> <p>La atención a pacientes internos se limita a 30 días por año calendario.</p> <p>La atención a pacientes externos se limita a 20 visitas por año calendario.</p>
Servicios de abuso de sustancias	<p>Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red.</p> <p>La atención a pacientes internos se limita a 30 días por año calendario.</p> <p>La atención a pacientes externos se limita a 30 visitas por año calendario.</p>	<p>Cubierto si asiste a un proveedor aprobado por United Behavioral Health (UBH). Usted debe llamar a United Behavioral Health at 1-800-867-6758 para recibir aprobación antes de iniciar el tratamiento.</p> <p>La atención a pacientes internos se limita a 30 días por año calendario.</p> <p>La atención a pacientes externos se limita a 20 visitas por año calendario.</p>
Revisiones auditivas	<p>Cubierto si usted recibe servicios de proveedores de salud que sean parte de la red de Wellmark Health Plan of Iowa. El beneficio no está disponible si usted sale de la red.</p>	<p>El beneficio debe ser ofrecido a través de un proveedor de la red AmeriChoice <i>hawk-i</i> - Hearing Aid. Limitado a una audiometría, una evaluación de ayuda auditiva y una ayuda auditiva por oído cada 36 meses consecutivos.</p>
Remisiones requeridas	<p>Libertad para elegir cualquier proveedor en la red de Wellmark Health Plan of Iowa. Para los beneficios preventivos, los miembros deben visitar a un proveedor de los tipos PCP u OBGYN de la red.</p>	<p>Las situaciones en que la atención requerida está más allá del alcance de los servicios disponibles a través de los proveedores de la red. AmeriChoice <i>hawk-i</i> debe aprobar las remisiones para atención fuera de la red antes de recibir los servicios.</p>
Números de teléfono y direcciones Web	<p>Servicio al cliente: 1-800-211-6797</p> <p>Puede encontrar proveedores que participan con Wellmark Health Plan of Iowa Blue Access entrando a www.wellmark.com.</p>	<p>Servicio al cliente: 1-800-747-1446</p> <p>Puede encontrar proveedores participantes entrando a www.johndeerehealth.com.</p>

- Si no puede encontrar un proveedor en su área que acepte el plan de salud en el que usted está inscrito(a), debe contactar al plan de salud antes de recibir los servicios. El plan de salud le ayudará a encontrar un proveedor que acepte su plan o aprobará que asista donde otro proveedor.