

## A Summary of AmeriChoice Benefits (Un resumen de beneficios de AmeriChoice)

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	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 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 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 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 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 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.
Cirugía	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 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</i> Emergencias).
Examen de ojos	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.

<b>Beneficios del plan</b>	<b>AmeriChoice <i>hawk-i</i> de UnitedHealthcare of the River Valley (antes conocido como John Deere Health Plan)</b>
Anteojos y lentes de contacto	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 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 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 AmeriChoice antes de ser cubiertos.
Servicios de salud mental	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.  La atención a pacientes internos se limita a 30 días por año calendario. La atención a pacientes externos se limita a 20 visitas por año calendario.
Servicios de abuso de sustancias	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.  La atención a pacientes internos se limita a 30 días por año calendario. La atención a pacientes externos se limita a 20 visitas por año calendario.
Revisiones auditivas	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.
Remisiones requeridas	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.
Números de teléfono y direcciones Web	Servicio al cliente: 1-800-747-1446  Puede encontrar proveedores participantes entrando a <a href="http://www.uhcrivervalley.com">www.uhcrivervalley.com</a> .

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.