



Iowa Department of Human Services

Estado de Cuenta del Plan de Salud y Bienestar de Iowa

000000
John Doe
123 Main Street
Anytown, Iowa 00000-0000

Fecha de facturación: 05/25/15
Fecha límite: 06/15/15
Factura: 0000000000000000
Ident. del miembro: 0000000X



Estimado John Doe:

Como miembro del Iowa Health and Wellness Plan (Plan de Salud y Bienestar de Iowa) es su responsabilidad pagar una contribución de miembro. Este estado de cuenta le indica cuánto es su contribución y cuál es la fecha límite para pagarla.

- 1 La cantidad total que usted debe es de \$15.00. La fecha límite para pagar esta cantidad es 06/15/15.
- 2 Por favor envíe la cantidad que debe con el cupón de pago de abajo. Haga el cheque a nombre *Plan de Salud y Bienestar de Iowa*. No envíe dinero en efectivo ni otros documentos con su pago.
- 3 Si no puede pagar su contribución, por favor marque la casilla de apremio económico abajo y envíe el cupón de pago O BIEN llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid Enterprise (IME) al 1-800-338-8366. **Importante: Al marcar la casilla de apremio económico, esto tendrá validez para el monto adeudado de este mes solamente. Usted todavía será responsable de los montos que debe de los meses pasados. Cualquier pago atrasado por más de 90 días estará sujeto a cobranza extrajudicial.**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros de IME al **1-800-338-8366** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

470-5285 (Rev. 06/16)

CORTE AQUÍ, MANTENGA LA PARTE SUPERIOR PARA SUS REGISTROS

ENVÍE LA PARTE INFERIOR CON EL PAGO



Apremio económico: Al marcar esta casilla estoy declarando que estoy pasando por un periodo de apremio económico (vea la información adicional sobre apremio económico al reverso de esta página).

Fecha límite: 06/15/15
Ident. del miembro: 0000000X 0
Monto adeudado: \$15.00

John Doe
123 Main Street
Anytown, Iowa 00000-0000

Haga el cheque o giro postal a nombre de:
Iowa Medicaid Enterprise
Contribuciones al Plan de Salud y Bienestar de Iowa
PO Box 14485
Des Moines, IA 50306-3485

Monto adeudado \$15.00

Pagado: \$

--	--	--	--	--

NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO

0000000X 0 0000000000 06152015 001500 1



Iowa Department of Human Services

Historial de pagos

Mes de prima	Fecha límite original	Contribución	Fecha de pago	Apremio económico	Monto adeudado
Enero de 2015	2/15/2015	\$5.00	02/19/2015		\$0.00
Febrero de 2015	2/15/2015	\$5.00	02/19/2015		\$0.00
Marzo de 2015	3/15/2015	\$0.00	03/17/2015	\$5.00	\$0.00
Abril de 2015	4/15/2015 (atrasado)	\$0.00			\$5.00
Mayo de 2015	5/15/2015 (atrasado)	\$0.00			\$5.00
Junio de 2015	6/15/2015	\$0.00			\$5.00

Monto acreditado: **Monto total adeudado: \$15.00**

Llame al **1-800-338-8366** o al **515-256-4606** en Des Moines, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono 1-800-338-8366 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

470-5285 (Rev. 06/16) ~~WWW~~ **CORTE AQUÍ, MANTENGA LA PARTE SUPERIOR PARA SUS REGISTROS**

ENVÍE LA PARTE INFERIOR CON EL PAGO

Apremio económico

Si no puede pagar el monto adeudado, debe llamar a Servicios para Miembros de IME al 1-800-338-8366 O BIEN marque la casilla Apremio económico en la parte frontal del cupón y envíelo por correo a IME. **Al marcar la casilla de apremio económico usted está declarando que este mes no puede pagar su contribución al Plan de Salud y Bienestar de Iowa. Declarar apremio económico contará para este mes solamente, no para los montos adeudados de meses pasados.** Este cupón de pago debe recibirse en la dirección que se indica y debe estar completo. Si su declaración de apremio económico no se recibe para la fecha de pago que se indica en la parte frontal del cupón, todavía deberá la contribución para este mes. **Cualquier pago atrasado por más de 90 días estará sujeto a cobranza extrajudicial.**



Iowa Department of Human Services

GUARDE ESTA PÁGINA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA. NO LA DEVUELVA

Cómo entender su estado de cuenta

Si necesita ayuda para entender cada sección de su estado de cuenta del Plan de Salud y Bienestar de Iowa, visite la página de recursos del Plan de Salud y Bienestar de Iowa:
www.dhs.iowa.gov/IHAWP/resources

Complete sus Conductas Saludables.

¡Mantenga su cobertura gratis!

Para continuar recibiendo cobertura gratis bajo el Plan de Salud y Bienestar de Iowa, usted debe completar sus Conductas Saludables. Hay dos requisitos de Conductas Saludables que necesita completar cada año: 1) una evaluación del riesgo de la salud y 2) ya sea un examen de bienestar o un examen dental.

Usted debe completar:

1. Evaluación del riesgo de la salud (HRA)

- Si usted participa en el programa de cuidado administrado IA Health Link, comuníquese con la Organización de Cuidado Administrado (MCO) para completar su HRA.
 - Amerigroup Iowa, Inc. 1-800-600-4441
 - AmeriHealth Caritas Iowa, Inc. 1-855-332-2440
 - UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. 1-800-464-9484
- Si usted NO participa en el programa de cuidado administrado IA Health Link, puede completar su HRA llamando al 1-800-338-8366 o visite www.AssessMyHealth.com y use el código MBR11.

2. Examen de bienestar O examen dental (2 opciones)

A. Examen de bienestar

- Llame a su proveedor de atención primaria (PCP) para programar su examen de bienestar
- Dígame a su PCP que esta es una de las conductas saludables para su Plan de Salud y Bienestar de Iowa

B. Examen dental

- Llame a su dentista para programar un examen dental
- Dígame a su dentista que esta es una de las conductas saludables para su Plan de Salud y Bienestar de Iowa

Todos los miembros tendrán los primeros 30 días de cada periodo de inscripción anual para completar o reportar la completación de las conductas saludables del periodo de inscripción anterior.

Si usted cree que ha recibido este aviso erróneamente, o si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-338-8366 o al 515-256-4606 en el área de Des Moines, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Visítenos en la web en www.dhs.iowa.gov.

Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono 1-800-338-8366 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Si usted es sordo, tiene dificultades de audición, es sordomudo, o tienes dificultades del habla y necesita acceso a un teléfono especial, llame al Relay Iowa TTY al 1-800-735-2942.

¡Mantenga una sonrisa blanca!

Los miembros inscritos en el Plan de Salud y Bienestar de Iowa tienen cobertura dental a través del Dental Wellness Plan (Plan de Bienestar Dental).

El Plan de Bienestar Dental satisface sus necesidades dentales básicas, como radiografías y limpiezas. Cuando usted acude regularmente a su proveedor dental, obtiene acceso a más servicios. Estos servicios incluyen tratamientos de conducto radicular y reparaciones de dentaduras postizas.

Para obtener más información sobre el Plan de Bienestar Dental o ayuda para encontrar un proveedor dental, visite www.dhs.iowa.gov/dental-wellness-plan o llame al 1-800-338-8366.



Usted tiene el derecho de apelar

¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es pedir una audiencia porque usted no está de acuerdo con una decisión tomada por el Department of Human Services (DHS). Si no está de acuerdo con la decisión, usted tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [Código Administrativo de Iowa 441, Capítulo 7].

¿Cómo apelar?

Presentar una apelación es fácil. You can appeal in person, by telephone or in writing for Food Assistance or Medicaid. En todos los demás casos debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete una apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta explicando por qué cree que la decisión es errónea, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina de DHS de su condado. Envíe el formulario de apelación por correo o llévelo personalmente al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina de DHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Para los casos de Asistencia de Alimentos o Medicaid tiene 90 días calendario, a partir de la fecha de la decisión, para presentar una apelación. Para todos los demás programas, debe presentar la apelación:

- En un plazo no mayor a 30 días a partir de la fecha de la decisión o
- Antes de que entre en vigencia la decisión

Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un buen motivo para haber presentado su apelación tarde, decidiremos si puede tener una audiencia.

Si presenta la apelación fuera del plazo de 90 días después de la decisión, no podemos darle una audiencia.

¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?

Podrá mantener sus beneficios hasta el final de la apelación o hasta el término del periodo de certificación si presenta una apelación:

- Dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recibo de la notificación. Una notificación se considera recibida 5 días calendario después de la fecha en la notificación o
- Antes de que entre en vigencia la decisión

Cualquier beneficio que obtenga mientras se decide su apelación tendrá que pagarse si se ratifica que la acción del Departamento es correcta.

¿Cómo sabré si obtengo una audiencia?

Recibirá una notificación de audiencia que indicará la fecha y la hora de la audiencia telefónica programada. Si no obtiene una audiencia recibirá una carta con la negativa. La carta explicará las razones por las que no pudo obtener una audiencia. También explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión negativa de su audiencia.

¿Puedo tener a alguien que me ayude en la audiencia?

Usted u otra persona, como un amigo o pariente puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También puede traer a su propio abogado, pero el Departamento no pagará por ello. La oficina de DHS de su condado puede darle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales dependerá de sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 243-1193.

Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estado de veterano. Si usted cree que el DHS ha discriminado o ha tenido una actitud intimidatoria contra usted, por favor envíe una carta detallando su queja a: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Bureau of Policy Coordination, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

GUARDE ESTA PÁGINA