

Spanish — Si necesita ayuda para traducir o entender este documento, por favor llame al teléfono 1-800-362-3002 (V/TTY).

Russian — Если вам не всё понятно в этом документе, позвоните по телефону 1-800-362-3002 (V/TTY).

Hmong — Yog xav tau kev pab txhais cov ntaub ntauv no kom koj totaub, hu rau 1-800-362-3002 (V/TTY).

Laotian — ຜູ້ຊ່ວຍໃນການແປ ຫລື ເຂົ້າໃຈເນື້ອຫາໃນນີ້, ກະລຸນາໂທລະສັບຫາ 1-800-362-3002 (V/TTY).

Programas Afectados: BadgerCare Plus, Medicaid

Para: Los Miembros

Información Importante Sobre Su Inscripción en BadgerCare Plus

Cambios en Sus Beneficios de BadgerCare Plus

A partir del 1 de abril de 2014, todos los miembros de BadgerCare Plus estarán cubiertos bajo el Standard Plan. Si usted estaba cubierto bajo el Benchmark Plan o el Core Plan, recibirá beneficios bajo el Standard Plan, a partir del 1 de abril.

Esta es una actualización informativa para los miembros. No se requiere ninguna acción de su parte.

Servicios Cubiertos

Hay más servicios cubiertos bajo el Standard Plan que los que cubren el Benchmark Plan o el Core Plan. Algunos de estos servicios incluyen:

- Medicamentos genéricos y de marca y algunos medicamentos de venta libre (OTC en inglés).
- Servicios ambulatorios adicionales para el tratamiento de abuso de sustancia y salud mental.
- Servicios dentales.
- Transporte médico de ida y vuelta a un servicio cubierto.

Nota: Los miembros del Benchmark Plan y el Core Plan de BadgerCare Plus también estaban inscritos en BadgerRx Gold, un programa de medicamentos recetados a un costo reducido. El programa BadgerRx Gold termina el 31 de marzo de 2014, de modo que su inscripción en BadgerRx Gold también va a terminar. Sin embargo, el 1 de abril de 2014, cuando comience a recibir cobertura de cuidado de salud a través del Standard Plan de BadgerCare Plus, habrá más cobertura de medicamentos recetados disponibles para usted a un costo módico.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos por el Standard Plan de BadgerCare Plus, consulte el documento adjunto sobre los servicios cubiertos en la página 3.

Copagos

Los copagos por servicios serán entre \$0.50 y \$3 por servicio. No copagos por los servicios preventivos.

Sus proveedores tienen que hacer un esfuerzo razonable por coleccionar el copago pero no se pueden negar a proporcionarle servicios si usted no cumple con su copago.

Inscripción en una HMO

La mayoría de los miembros de BadgerCare Plus están inscritos en una HMO, no se requiere ninguna acción de su parte en este momento. Si tiene que elegir una nueva HMO, se le notificará por correo.

Tarjetas de Identificación

Si usted era un miembro del Core Plan, su tarjeta de identificación (ID) de ForwardHealth va a cambiar, de modo que se le enviará una nueva tarjeta de identificación de ForwardHealth. Su número de identificación (ID) no va a cambiar. Si estaba inscrito en el Standard Plan o el Benchmark Plan, su tarjeta de identificación de ForwardHealth no cambiará.

Nuevas Reglas de BadgerCare Plus

A partir del 1 de abril de 2014, las siguientes personas se pueden inscribir en el Standard Plan de BadgerCare Plus:

- Personas adultas con ingresos familiares al mismo nivel o por debajo del 100 por ciento del Nivel de Pobreza Federal (FPL en inglés).
- Mujeres embarazadas con ingresos familiares al mismo nivel o por debajo del 300 por ciento del FPL.
Niños (menores de 19 años de edad) con ingresos familiares al mismo nivel o por debajo del 300 por ciento del FPL.

Pautas del FPL para el 2014*		
Tamaño de la Familia	Límite de los Ingresos Familiares para los Adultos (100% del FPL)	Límites de Ingresos Mensuales para Niños y Mujeres Embarazadas (300% del FPL)
1	\$972.50	\$2,917.50
2	\$1,310.83	\$3,932.50
3	\$1,649.17	\$4,947.50
4	\$1,987.50	\$5,962.50
5	\$2,325.83	\$6,977.50

* Los límites del Nivel de Pobreza Federal (FPL) están sujetos a cambios. Las pautas del FPL actuales se pueden encontrar en badgercareplus.org/fpl.htm.

Para Más Información

- Consulte el Manual de Inscripción y Beneficios de ForwardHealth — Disponible en el sitio Web del Department of Health Services (DHS) en dhs.wi.gov/em/CustomHelp/ o en el sitio Web de BadgerCare Plus en badgercareplus.org/.
- ACCESS.wi.gov — Para solicitar, verificar el estatus de sus beneficios, hacer su renovación, reportar cambios.
- ForwardHealth Member Services — 1-800-362-3002.

ADJUNTO

Servicios Cubiertos para los Miembros del Standard Plan de BadgerCare Plus

La siguiente tabla indica los servicios de salud cubiertos por el Standard Plan de BadgerCare Plus a partir del 1 de abril de 2014, y cuáles serán los copagos por estos servicios. Algunos miembros están exentos de pagar copagos. Los siguientes miembros no tienen que pagar copagos:

- Niños en cuidado de crianza temporal (*foster care*), independientemente de la edad.
- Niños que reciben asistencia de adopción, independientemente de la edad.
- Niños menores de 1 año de edad con ingresos familiares de hasta un 150 por ciento del Nivel de Pobreza Federal (FPL).
- Niños de 1 a 5 años de edad con ingresos familiares de hasta un 185 por ciento del FPL.
- Niños de 6 a 18 años de edad con ingresos familiares al mismo nivel o por debajo del 133 por ciento del FPL.
- Niños que participen en el programa Katie Beckett, independientemente de la edad.
- Niños que sean indios americanos o nativos de Alaska que estén inscritos en el Child Health Insurance Program (CHIP) del estado.
- Indios americanos o nativos de Alaska, independientemente de la edad o el nivel de ingreso, cuando reciben servicios y artículos directamente de un proveedor de cuidado de salud indio o mediante referencia bajo los servicios de salud contratados.
- Personas con enfermedades terminales que reciben cuidado en un hospicio.
- Residentes en hogares de ancianos.
- Miembros inscritos en el programa Wisconsin Well Woman de Medicaid.
- Niños menores de 19 años de edad elegibles para la Inscripción Rápida (*Express Enrollment*).

Nota: Debido a que los servicios y los copagos cambian, usted le debe preguntar a su proveedor cuáles servicios están cubiertos y cuál será la cantidad de su copago. Si recibe más de un servicio durante la misma cita, le podrían pedir que pague más de un copago.

Servicio	Cobertura Bajo el Standard Plan de BadgerCare Plus
Centros de Cirugía Ambulatoria	Cobertura de ciertos procedimientos quirúrgicos y servicios de laboratorio relacionados. Copago de \$3 por servicio.
Quiropráctica	Cobertura completa. Copago de \$0.50 a \$3 por servicio.
Servicios Dentales	Cobertura completa. Copago de \$0.50 a \$3 por servicio.

Servicio	Cobertura Bajo el Standard Plan de BadgerCare Plus
Suministros Médicos Desechables (DMS en inglés)	<p>Cobertura completa.</p> <p>Copago de \$0.50 a \$3 por servicio y \$0.50 por receta para los suministros de la diabetes.</p>
Medicamentos (recetados)	<p>Cobertura de medicamentos recetados genéricos y de marca y de algunos medicamentos de venta libre (OTC en inglés).</p> <p>Copagos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0.50 por medicamentos de venta libre (OTC). • \$1 por medicamentos genéricos. • \$3 por medicamentos de marca. <p>Los copagos se limitan a \$12 por miembro, por proveedor, por mes. Los medicamentos de venta libre no cuentan como parte del máximo de \$12.</p> <p>Límite de cinco recetas de opioide por mes.</p>
Equipo Médico Duradero (DME en inglés)	<p>Cobertura completa.</p> <p>Copago de \$0.50 a \$3 por artículo.</p> <p>Los artículos de alquiler no están sujetos a copagos.</p>
Etapa Final de Enfermedad Renal (ESRD en inglés)	<p>Cobertura completa.</p> <p>No copago.</p>
Exámenes de Salud para los Niños	<p>Cobertura completa de exámenes de HealthCheck y otros servicios para personas de 20 años de edad o menos.</p> <p>No copago.</p>
Servicios de Audición	<p>Cobertura completa.</p> <p>Copago de \$0.50 a \$3 por procedimiento.</p> <p>No hay copago por las pilas de los aparatos auditivos.</p>
Servicios de Cuidados en el Hogar — Cuidado Médico a Domicilio (Home Health), Servicios Privados de Enfermería (PDN en inglés), y Cuidado Personal	<p>Cobertura completa de los servicios de cuidado médico a domicilio (Home Health), Servicios Privados de Enfermería (PDN), y cuidado personal.</p> <p>No copago.</p>

Servicio	Cobertura Bajo el Standard Plan de BadgerCare Plus
Hospicio	Cobertura completa. No copago.
Hospital — Paciente Interno	Cobertura completa. Copago de \$3 por día con un límite de \$75 por estadía.
Hospital — Paciente Ambulatorio	Cobertura completa. Copago de \$3 por visita.
Hospital — Sala de Emergencia para Servicio Ambulatorio	Cobertura completa. No copago.
Tratamiento de Abuso de Sustancia y Salud Mental	Cobertura completa (no incluye alojamiento y comida). Copago de \$0.50 a \$3 por servicio, limitado a las primeras 15 horas u \$825 de servicios, cualquiera de las dos que ocurra primero, proporcionado por año calendario. Los copagos no son necesarios cuando los servicios son proporcionados en un entorno hospitalario.
Servicios de Hogares de Ancianos	Cobertura completa. No copago.
Médico	Cobertura completa, incluyendo laboratorio y radiología. Copago de \$0.50 a \$3 por servicio, limitado a \$30 por proveedor por año calendario. No hay copago por servicios de emergencia, servicios preventivos, anestesia o por el manejo de clozapina.
Podología	Cobertura completa. Copago de \$0.50 a \$3 por servicio, limitado a \$30 por proveedor por año calendario.
Cuidado Prenatal/Maternidad	Cobertura completa, incluyendo coordinación de cuidado prenatal, y exámenes y asesoramiento preventivos de salud mental y abuso de sustancias para mujeres en riesgo de tener problemas de salud mental o abuso sustancia. No copago.

Servicio	Cobertura Bajo el Standard Plan de BadgerCare Plus
Servicios de Salud Reproductiva — Servicios de Planificación Familiar	<p>Cobertura completa con las excepciones siguientes.</p> <p>No copago por servicios proporcionados por una clínica de planificación familiar o manejo de anticonceptivos.</p> <p>No están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de la esterilización voluntaria. • Tratamientos de infertilidad. • Padres sustitutos y servicios relacionados, incluyendo pero no limitados a: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La inseminación artificial. ✓ El cuidado obstétrico. ✓ El parto. ✓ Los medicamentos recetados o de venta libre.
Examen de la Visión de Rutina	<p>Cobertura completa incluyendo anteojos.</p> <p>Copago de \$0.50 a \$3 por servicio.</p>
Terapia — Terapia Física, Terapia Ocupacional, y Patología del Habla y el Lenguaje	<p>Cobertura completa.</p> <p>Copago de \$0.50 a \$3 por servicio.</p> <p>El copago se limita a las primeras 30 horas o \$1,500 en servicio, cualquiera de las dos que ocurra primero, durante un año calendario (límites del copago calculados por separado para cada disciplina).</p>
Transporte — Ambulancia, Vehículo Médico Especializados (SMV en inglés), Transporte Público	<p>Cobertura completa de transporte médico de emergencia y de no emergencia de ida y vuelta a un servicio cubierto.</p> <p>Copagos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$2 para transporte por ambulancia que no sea de emergencia. • \$1 para transporte por medio a un vehículo médico especializado (SMV). • No copago por transporte público o por ambulancia en caso de emergencia.