

Manual para Miembros

TODO SOBRE SUS BENEFICIOS
DE ATENCIÓN DE LA SALUD



¡Bienvenido(a)!	3
Contactos importantes	4
Cómo funciona su plan de salud	9
Sus beneficios cubiertos.....	11
DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS.....	11
CONTROLES DEL NIÑO SANO	18
MEDICAMENTOS.....	20
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS.....	25
SERVICIOS DENTALES.....	30
SERVICIOS PARA LA VISTA.....	31
SERVICIOS de PLANIFICACIÓN FAMILIAR	32
SERVICIOS EXCLUIDOS	34
Cómo obtener atención	36
ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	36
CÓMO HACER CITAS Y OBTENER ATENCIÓN	40
CONTINUIDAD Y TRANSICIÓN PARA MIEMBROS NUEVOS	43
CÓMO OBTENER ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ESTADO	44
ATENCIÓN URGENTE DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN	45
ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....	45
DIRECTIVAS ANTICIPADAS	48
QUÉ HACER SI RECIBE UNA CUENTA.....	49
TRANSPORTE PARA SUS NECESIDADES DE SALUD	50
SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTÉRPRETE	53
Ayuda para su salud	54
CÓMO GANAR RECOMPENSAS MY HEALTH PAYS™	54
ADMINISTRACIÓN DE CASOS.....	56
SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD	58
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA.....	62
AYUDAS ADICIONALES PARA LA SALUD.....	63
SERVICIOS NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO.....	65
AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS.....	65

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS	66
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	67
Satisfacción de los Miembros.....	68
APELACIONES	69
QUEJAS	75
INFORME DE PRESUNTAS VIOLACIONES DE MERCADEO	77
REPORTE DE DESPERDICIO, ABUSO Y FRAUDE.....	78
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	79
SUS EXPEDIENTES DE SALUD ELECTRÓNICOS	82
Información sobre la elegibilidad.....	83
OTRO SEGURO.....	84
Aviso de Prácticas de Privacidad.....	89
Glosario	99
Formularios	104
QUEJA O APELACIÓN	105
INQUIETUDES Y RECOMENDACIONES	106
REPRESENTANTE DE APELACIONES	107
SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL.....	108
FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS DE MERCADEO DE LDH.....	109
AVISO DE EMBARAZO	110
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LDH	112
SOLICITUD PARA CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP).....	116
CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN	117
No discriminamos	119
Se encuentran disponibles traducciones	123

Última revisión: febrero de 2024 | Reemplaza las versiones anteriores. La versión actual del Manual para Miembros puede consultarse en línea en:

LouisianaHealthConnect.com/memberhandbook

¡Bienvenido(a)!

¡Gracias por escoger a Louisiana Healthcare Connections como su plan de salud!

Louisiana Healthcare Connections trabaja con el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health) (LDH) para dar servicios de salud a las personas inscritas en el programa Medicaid/LaCHIP. Junto con su médico, ayudamos a manejar su atención médica y salud. Esto hace más fácil que reciba la atención que necesita. Nuestro trabajo es asegurar que usted reciba los servicios que necesita para permanecer sano(a).

SOBRE SU MANUAL PARA MIEMBROS

Este manual le informa cómo funciona Louisiana Healthcare Connections y los servicios que ofrecemos. Su Manual para Miembros incluye:

- Información sobre sus beneficios
- Sus derechos y responsabilidades
- Satisfacción de los miembros
- Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)
- Cuándo usar la atención urgente en lugar de la sala de emergencia

Por favor tómese su tiempo para leer su manual. Manténgalo a mano en caso de que lo necesite.

OTROS FORMATOS E IDIOMAS

La información incluida en este manual es acerca de sus beneficios de Louisiana Healthcare Connections. Si desea obtener este manual en letra grande, sistema Braille, CD de audio, un idioma distinto u otro formato, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Contactos importantes

SUS CONTACTOS PERSONALES

Su proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____

Su especialista: _____

Teléfono: _____

Su farmacia: _____

Teléfono: _____

Su clínica de atención urgente más cercana: _____

Teléfono: _____

CÓMO COMUNICARSE CON LOUISIANA HEALTHCARE CONNECTIONS

Louisiana Healthcare Connections, P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

Servicios para Miembros 1-866-595-8133

Número TTY 711

Fax 1-866-768-9374

El horario normal de atención es de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7 1-866-595-8133

Número TTY 711

Línea de Crisis de Salud Mental y Adicciones 24/7 1-844-677-7553

Número TTY 711

Transporte gratuito para necesidades de salud y bienestar 1-855-369-3723

Número TTY 711

OTROS NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

En una emergencia Llame al 911

Magellan Medicaid Administration — administrador de beneficios de farmacia de Medicaid de Louisiana

Servicio de Ayuda para Miembros 24/7 1-800-424-1664

Número TTY 711

Planes dentales de Medicaid (servicios dentales para miembros menores de 21 años y servicios de dentaduras postizas para adultos):

DentaQuest..... 1-800-685-0143

Número TTY 1-800-466-7566

MCNA Dental 1-855-702-6262

Número TTY 1-800-955-8771

Servicios de atención personal a largo plazo para adultos (LT-PCS): llame a la Oficina de Servicios para Personas de la Tercera Edad y Adultos (OAAS) 1-877-456-1146

Línea de ayuda para jugadores compulsivos de Louisiana 1-877-770-STOP(7867)

Pare ahora: Ayuda para dejar de fumar 1-800-784-8669(QUITNOW)

Programa BREATHE de apoyo a las personas con asma 1-888-293-7020

Para denunciar el fraude, desperdicio y abuso

al Departamento de Salud de Louisiana..... 1-800-488-2917

SERVICIOS PARA MIEMBROS PUEDE AYUDAR

Servicios para Miembros de Louisiana Healthcare Connections le ayuda con preguntas sobre su plan. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender algo, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Nuestro número de fax es el 1-866-768-9374. Además puede enviarnos un correo electrónico a MemberServices@LouisianaHealthConnect.com. ¡Tenemos un equipo de personas listo para ayudarle! Le podemos ayudar con:

- Encontrar un médico u otro proveedor
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections
- Entender los beneficios cubiertos y no cubiertos
- Presentar una queja o apelación
- Solicitar una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores o Manual para Miembros
- Reportar potenciales problemas con fraude por un miembro o proveedor
- Cómo actualizar su dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico
- Recibir nuevos materiales para miembros

Atendemos de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., excluidos los días feriados establecidos por el estado. También nos puede escribir a:

Louisiana Healthcare Connections
P.O. Box 84180
Baton Rouge, LA 70884

Louisiana Healthcare Connections le informará sobre cambios importantes en sus beneficios, servicios del plan de salud o nuestra red de proveedores que le pudieran afectar. Recibirá una carta al menos 30 días antes de los cambios o tan pronto como sea posible.

SU DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Su Directorio de Proveedores incluye todos los proveedores “dentro de la red” entre los que puede elegir. “Dentro de la red” se refiere a todos los proveedores de atención médica (como un hospital o un médico) que han aceptado prestar servicios a nuestros miembros. Su Directorio de Proveedores incluye información sobre cómo comunicarse con médicos, hospitales, especialistas, clínicas de atención urgente y más.

Puede usar el Directorio de Proveedores en línea en

findaprovider.LouisianaHealthConnect.com para buscar proveedores por tipo, municipio, idioma, género y más. Para solicitar un Directorio de Proveedores impreso, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., y estaremos encantados de enviarle uno.

También puede buscar una farmacia dentro de la red usando la herramienta Encuentre una Farmacia de Magellan en lamcopbmpharmacy.com/find-a-pharmacy. Para solicitar un Directorio de Farmacia impreso, llame al Servicio de Ayuda para Miembros de Magellan, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-800-424-1664 (TTY: 711).

SITIO WEB DE LOUISIANA HEALTHCARE CONNECTIONS

Nuestro sitio web le ayuda a obtener respuestas en línea sobre su atención médica. Visite nuestro sitio web en LouisianaHealthConnect.com para obtener información sobre sus beneficios y nuestros servicios. Puede encontrar información sobre estos temas y más:

- Manual para Miembros y Directorio de Proveedores
- Portal seguro para Miembros con herramientas de autoservicio
- Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7
- Línea de Crisis de Salud Mental y Adicciones 24/7
- Sus derechos de privacidad y responsabilidades
- Cómo informar si sospecha fraude, desperdicio y abuso
- Cómo encontrar un médico
- Cómo presentar quejas y apelaciones

Portal seguro para Miembros

El sitio web de Louisiana Healthcare Connections tiene un "Portal seguro para Miembros". Al inscribirse y crear su propia cuenta, puede hacer un seguimiento de sus beneficios de salud e intercambiar correos electrónicos de manera segura con Servicios para Miembros. El Portal de Miembros también está diseñado para su teléfono inteligente (smartphone). Así podrá acceder a todas estas importantes funciones sin necesidad de instalar una aplicación aparte:

- Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP)
- Consultar el balance de su tarjeta de recompensas My Health Pays™
- Informarnos cuando esté embarazada para que pueda tener acceso a recursos especiales para el embarazo
- Avisarnos sobre su salud completando una Evaluación de Necesidades de Salud
- Ver los servicios recibidos, historia clínica y más
- Enviar mensajes de correo electrónico a Servicios para Miembros
- Vea o imprima su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections
- Encuentre lecciones y herramientas de autocontrol para ayudarle con su salud

Para registrarse para obtener una cuenta en el Portal de Miembros, todo lo que necesita es una dirección de correo electrónico, su fecha de nacimiento y su número de identificación de miembro:

1. Vaya a LouisianaHealthConnect.com/login
2. Elija "Member" (Miembro). Luego, pulse el botón "Submit" (Enviar).
3. Haga clic en "Create New Account" (Cree una nueva cuenta).

Cómo funciona su plan de salud

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

Cuando se inscriba en Louisiana Healthcare Connections, le enviaremos su tarjeta de identificación de miembro dentro de 10 días hábiles desde la notificación que le envíe LDH sobre su afiliación en nuestro plan.

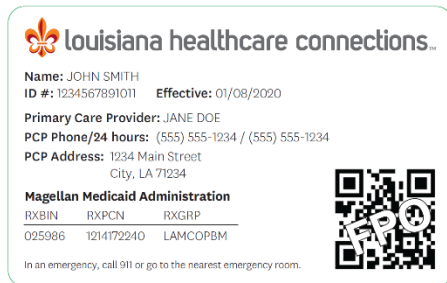
Esta tarjeta le identifica como miembro de Louisiana Healthcare Connections. Debe llevar consigo su tarjeta de identificación de miembro en todo momento. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que solicite cualquier servicio cubierto por Louisiana Healthcare Connections. Además, también debe llevar consigo su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta del plan dental emitidas por el estado para poder recibir los beneficios de Medicaid que no proporciona Louisiana Healthcare Connections.

Siempre que reciba una nueva tarjeta de identificación de miembro, destruya la antigua. Si pierde su tarjeta de identificación de miembro o no recibió una, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación dentro de un plazo de 10 días. También puede mostrar o imprimir su tarjeta de identificación de miembro desde el Portal de Miembros en nuestro sitio web: LouisianaHealthConnect.com/login. Ahora puede ver su tarjeta digital de identificación de miembro en la aplicación LA Wallet. Descargue la aplicación en lawallet.com.

Recuerde: La cobertura de Louisiana Healthcare Connections es para usted solamente. Depende de usted proteger su tarjeta de identificación de miembro. Nadie más puede usar su tarjeta de identificación de miembro. Es ilegal dar o vender su tarjeta de identificación de miembro a cualquier otra persona. Si esto ocurre, se le puede desafiliar de Louisiana Healthcare Connections y el estado podría acusarlo de un crimen.

Muestra de la tarjeta de identificación de miembro

Cara anterior



Cara posterior



LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA 24/7

Nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería es su línea directa y gratuita con un(a) integrante del personal de enfermería de Louisiana Healthcare Connections. Estamos listos para contestar sus preguntas de salud las 24 horas del día – todos los días. Llame al 1-866-595-8133 (TTY: 711) con su pregunta de salud. Nuestros(as) enfermeros(as) hablan inglés y español. Pero si usted habla un idioma distinto, simplemente pida un intérprete.

¿Con qué le podemos ayudar?

- Preguntas acerca de su salud y dónde puede recibir atención
- Entender cómo tomar sus medicamentos recetados
- Información acerca de su embarazo u otras condiciones médicas
- ¡Y más!

¿Tiene una emergencia médica?


Si no está seguro(a) si debe acudir a la sala de emergencia, llámenos. Nuestros(as) enfermeros(as) le ayudarán a determinar si necesita atención de emergencia, atención urgente o atención primaria de su médico.

Sus beneficios cubiertos

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

Louisiana Healthcare Connections cubre una amplia gama de servicios para sus necesidades de atención médica. Para que un servicio sea cubierto, debe aparecer en esta sección. Algunos servicios los debe recetar su médico. Algunos servicios también deben ser aprobados por Louisiana Healthcare Connections.

Louisiana Healthcare Connections cubre todos los servicios especificados en nuestro acuerdo con LDH y según se define en el Plan Estatal de Medicaid de Louisiana (Louisiana Medicaid State Plan).

Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Servicios de audiología y audífonos 	Exámenes de la audición, tratamiento y audífonos y suministros relacionados como audífonos y pilas	Miembros de 21 años de edad y mayores limitados a un examen de la audición por año y un audífono cada dos años
Servicios básicos de salud del comportamiento	Servicios básicos de salud del comportamiento realizados en el consultorio de un médico o centro médico	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de quiropráctica	Manipulaciones manuales de la columna vertebral necesarias desde el punto de vista médico	20 años o menos: se requiere autorización. A partir de los 21 años: hasta 18 sesiones al año.
Servicios dentales para niños	Medicaid proporciona cobertura dental para los niños a través de su plan dental de Medicaid. Para obtener más información, comuníquese con su plan dental de Medicaid. (Consulte la sección de Servicios Dentales de este manual para obtener la información de contacto.)	
Servicios de dentaduras postizas para adultos	Medicaid proporciona cobertura de dentaduras postizas para adultos a través de su plan dental de Medicaid. Para obtener más información, comuníquese con su plan dental de Medicaid. (Consulte la sección Servicios Dentales de este manual para obtener información de contacto.)	


Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Suministros para diabéticos	Suministros para diabéticos como medidores de glucosa, tiras reactivas, transmisores y sensores, bombas de insulina, solución de control, tiras reactivas para cetonas, lancetas y dispositivos, agujas para plumas, plumas de insulina, jeringas.	Ciertos suministros están cubiertos con receta médica cuando se surten en una farmacia de la red. Consulte la sección Medicamentos de este manual para obtener más detalles
Equipo médico duradero	Equipo, aparatos y suministros médicos como sillas de ruedas, barandas para la cama, sacaleches, andaderas y muletas	Puede haber ciertas limitaciones; comuníquese con Servicios para Miembros para detalles
Servicios médicos de emergencia	Servicios en la sala de emergencia	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios para la enfermedad renal en etapa terminal (diálisis)	Tratamiento con diálisis (incluso servicios de laboratorio de rutina); servicios de laboratorio que no son de rutina necesarios desde el punto de vista médico; e inyecciones necesarias desde el punto de vista médico	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
EPSDT/Controles del niño sano	Evaluaciones médicas, evaluaciones de la vista, evaluaciones de la audición, evaluaciones dentales, evaluaciones periódicas e inter periódicas, detección y evaluaciones del desarrollo de la depresión perinatal	Cubiertos para miembros menores de 21 años de edad
Servicios de planificación familiar	Si se realizan en los lugares siguientes: consultorio de un médico, clínica de planificación familiar, consultorios de clínicas de planificación familiar-salud pública	Cubiertos para mujeres u hombres que no se hayan sometido previamente a un procedimiento médico que impida el embarazo, como ligadura de trompas, histerectomía o vasectomía.


Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Centros de salud autorizados por el gobierno federal (FQHC) Clínicas de salud rurales (RHC)	Servicios médicos profesionales prestados en un FQHC o en una RHC	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de atención médica en el hogar	Servicios de enfermería especializada; ayudantes para atención médica en el hogar, terapia física, ocupacional o del habla, infusión en el hogar, terapia para heridas	Limitado a 50 visitas para los miembros de 21 años y mayores
Cuidados paliativos	Atención no curativa que se concentra en la calidad de vida y comodidad al final de la vida	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Inmunizaciones	Todas las inmunizaciones están cubiertas, incluso: neumonía, influenza (gripe), varicela, culebrilla, meningitis, DTAP (difteria, tétanos y tos convulsiva), MMR (sarampión, paperas y rubéola), y hepatitis A y B. Las inmunizaciones adicionales no enumeradas aquí también pueden estar cubiertas.	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios como paciente internado en el hospital	Atención médica en el hospital como paciente internado necesaria para el tratamiento de una enfermedad o lesión, que sólo se puede brindar de manera segura y adecuada en un entorno hospitalario, incluso aquellos servicios básicos que se espera que un hospital brinde	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections

Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Hospitales psiquiátricos para pacientes internados	Atención de salud mental y del comportamiento para pacientes internados	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de laboratorio y de radiografías	La mayoría de pruebas diagnósticas y servicios radiológicos indicados por el médico encargado o consultor	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Transporte médico (emergencia)	Ambulancia y helicóptero	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de rehabilitación para salud mental y abuso de sustancias	Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario, intervención en crisis, servicios de rehabilitación psicosocial y ACT	Cubierto para miembros menores de 21 años de edad y adultos elegibles
Servicios de salud mental (para pacientes ambulatorios)	Servicios prestados por psicólogos, asistentes sociales clínicos, asesores profesionales, terapeutas matrimoniales y de familia, consejeros para adicción y enfermeros titulados de práctica avanzada y otros especialistas en salud del comportamiento	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Tratamiento con metadona	Administración de metadona y servicios clínicos relacionados	Cubierto para miembros menores de 21 años de edad y adultos elegibles
Beneficios para la circuncisión del recién nacido 🍀	La circuncisión se ofrece a los miembros recién nacidos durante su estancia en el hospital al nacer, o en un entorno de consultorio médico	Hasta el primer cumpleaños del miembro

Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Servicios de enfermera partera y enfermero(a) calificado(a) para ejercer la medicina		No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de consulta nutricional/dietética	Consulta nutricional	No están cubiertos para los miembros de 21 años de edad y mayores
Servicios hospitalarios ambulatorios	Servicios de diagnóstico y terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluso cirugía para pacientes ambulatorios y servicios de rehabilitación, servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, quimioterapia, hemodiálisis	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de cuidado personal	Ayuda necesaria desde el punto de vista médico para realizar las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y control intestinal/de la vejiga	No están cubiertos para los miembros de 21 años de edad y mayores
Servicios de farmacia	Medicamentos recetados	Algunos medicamentos requieren autorización. Algunos miembros pueden tener copagos pequeños. Consulte la sección Medicamentos de este manual para obtener detalles.
Servicios de médicos/profesionales	Servicios médicos profesionales incluso los de un médico, una enfermera partera, enfermero(a) calificado(a) para ejercer la medicina, enfermeros clínicos especialistas o asistente médico	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections

Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Servicios de podiatría	Visitas al consultorio, ciertos procedimientos radiológicos y de laboratorio y otros procedimientos diagnósticos	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios relacionados con el embarazo	Atención prenatal hasta el postparto	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Centro de tratamiento psiquiátrico residencial	Atención de salud mental y del comportamiento para jóvenes en entornos residenciales	Cubierto para miembros menores de 21 años de edad
Psiquiatría y consejería (para pacientes ambulatorios)	Atención y medicinas de un médico capacitado en atención de salud mental y del comportamiento	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios para infecciones de transmisión sexual (ITS)	Pruebas, asesoría y tratamiento de todas las ITS y pruebas confidenciales para el VIH	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios para abuso de sustancias	Consejería y tratamiento para ayudar a parar el uso de alcohol o drogas, incluso tratamiento en un centro residencial y servicios de desintoxicación	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios dentales quirúrgicos (adultos)	Tratamiento quirúrgico o cirugía oral realizada en un consultorio dental; estos servicios se pueden realizar usando anestesia local y pueden requerir suturas	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Hogares grupales terapéuticos	Tratamiento de salud mental en un entorno hogareño	Cubierto para miembros menores de 21 años de edad

Beneficio/Servicio	Beneficio/Servicio cubierto	Límites
Transporte a citas	Transporte de ida y vuelta a servicios cubiertos de Medicaid cuando no es una emergencia	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios de terapia	<ul style="list-style-type: none"> · Ocupacional · Física · Del habla y lenguaje 	No están limitados por Louisiana Healthcare Connections
Servicios para la vista para niños	Exámenes y tratamiento de las afecciones de los ojos, incluso: tres pares de anteojos por año del calendario, así como evaluaciones de rutina, servicios de corrección y servicios médicos	Miembros menores de 21 años de edad
Servicios para la vista para adultos 	Exámenes y tratamiento de las afecciones de los ojos, incluso: un par de anteojos o doce pares de lentes de contacto por año del calendario, así como evaluaciones de rutina, servicios de corrección y servicios médicos	Miembros de 21 años de edad y mayores

 Este símbolo significa que se trata de un beneficio adicional disponible para los miembros de Louisiana Healthcare Connections. Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., si necesita más información sobre la autorreferencia para beneficios adicionales.

NOTA: Ciertos servicios requieren que su médico obtenga autorización antes de brindar el servicio. Si le gustaría obtener o verificar el estado de un servicio que necesite autorización, puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Hay más información acerca de autorizaciones previas en la sección de Autorización Previa para Servicios de este manual.

CONTROLES DEL NIÑO SANO

Los exámenes periódicos de detección, diagnóstico y tratamiento temprano (EPSDT, por sus siglas en inglés)/controles del niño sano son atención preventiva para niños menores de 21 años de edad. Louisiana Healthcare Connections ofrece controles de bienestar infantil para garantizar el crecimiento, la salud y la seguridad de nuestros miembros jóvenes, siguiendo el calendario “Bright Futures” de la Academia Estadounidense de Pediatría.

Los controles de bienestar infantil son importantes para la salud de su hijo(a). Su hijo(a) puede verse y sentirse bien, pero aún así puede tener un problema de salud. El PCP de su hijo(a) quiere verle para controles regulares, no solo cuando está enfermo(a).

Durante el control del niño sano de su hijo(a), su PCP examinará lo siguiente:

- Desarrollo
- Crecimiento
- Oídos y ojos
- Dieta
- Signos de autismo
- Necesidad de barniz de flúor
- Registro de vacunación
- Registro de pruebas

Asegúrese de preguntar al PCP de su hijo(a) cuándo se debería hacer su siguiente control del niño sano.

Aplicación de barniz de flúor para combatir la caries

El barniz de flúor es una capa protectora que un médico aplica en los dientes de su hijo(a). Se puede aplicar barniz de flúor a niños de todas las edades, incluso lactantes. El proceso es rápido e indoloro. El barniz de flúor proporciona protección durante varios meses después de su aplicación. Se recomienda que los niños lo reciban al menos dos veces al año. Como miembro de Louisiana Healthcare Connections, este servicio está cubierto y no tiene costo alguno para usted.

Atención dental para niños sanos

Louisiana Healthcare Connections cubre las evaluaciones dentales en el consultorio de su PCP para niños menores de 21 años. Además, Medicaid proporciona más beneficios dentales para niños menores de 21 años. Si necesita ayuda para encontrar un dentista para su hijo(a), comuníquese con su proveedor de beneficios dentales de Medicaid:

DentaQuest: 1-800-685-0143 (TTY: 1-800-466-7566), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., dentaquest.com

MCNA Dental: 1-855-702-6262 (TTY: 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., mcnala.net

MEDICAMENTOS

Muchos medicamentos recetados y de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) están cubiertos cuando los receta un proveedor de nuestra red y se surten en una farmacia de la red de la Magellan Medicaid Administration. Su beneficio de farmacia no cubre todos los medicamentos. Algunos medicamentos tienen límites o requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización Previa para Medicamentos de este manual para obtener más información.

Magellan Medicaid Administration administra los beneficios de farmacia para todos los planes de salud de Healthy Louisiana Medicaid, incluyendo Louisiana Healthcare Connections. Para cualquier problema o pregunta relacionada con la farmacia, llame al Servicio de Ayuda para Miembros de Magellan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-424-1664 (TTY: 711).

Lista de medicamentos preferidos

La *Lista única de Medicamentos Preferidos de Medicaid de Louisiana (pago por servicio y organizaciones de atención administrada)* es una lista de medicamentos que los miembros de Medicaid de Louisiana pueden usar si se los recetan. Todos los planes de salud de Healthy Louisiana Medicaid, incluido Louisiana Healthcare Connections, siguen esta Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés). La PDL se aplica a los medicamentos que se obtienen en farmacias minoristas. La PDL no es una lista completa de medicamentos cubiertos. Enumera los medicamentos preferidos en las categorías de medicamentos más comunes.

Para obtener la PDL más actualizada, puede llamar a Magellan al 1-800-424-1664. También puede encontrar un enlace en nuestro sitio web en LouisianaHealthConnect.com/pharmacy.

Algunos medicamentos en la PDL pueden tener límites como:

- Límites de cantidad
- Límites por edad
- Terapia escalonada

Los límites se pueden encontrar en la PDL.

Cómo surtir un medicamento recetado

Usted debe surtir sus recetas en una farmacia de la red. Necesitará tener su receta y su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia dentro de la red, llame al Servicio de Ayuda para Miembros de Magellan al 1-800-424-1664 (TTY: 711). También puede buscar una farmacia dentro de la red usando la herramienta Encuentre una Farmacia de Magellan en lamcopbmpharmacy.com/find-a-pharmacy.

Copagos

Para muchos miembros, los medicamentos están cubiertos sin costo para usted. Puede ser necesario que algunos miembros paguen por una pequeña porción de sus medicamentos. Esto se conoce como un "copago". Louisiana Healthcare Connections paga por el resto del costo.

La tabla siguiente muestra los copagos basándose en el costo real del medicamento recetado.

Costo del medicamento recetado	Copago
Menos de \$10.01	\$0.50
Entre \$10.01 y \$25.00	\$1.00
Entre \$25.01 y \$50.00	\$2.00
Más de \$50.01	\$3.00

No hay copagos para:

- Servicios de emergencia
- Materiales para planificación familiar
- Ciertos medicamentos preventivos
- Miembros que están embarazadas*
- Niños menores de 21 años
- Miembros en un centro de atención a largo plazo
- Miembros que reciben cuidados paliativos
- Miembros nativos americanos
- Miembros nativos de Alaska
- Los miembros con una exención basada en el hogar y la comunidad
- Las mujeres cuya elegibilidad para Medicaid se debe al cáncer de mama o del cuello del útero (cervical)

La cantidad total que paga por los medicamentos no puede ser más del cinco por ciento del ingreso familiar de su familia cada mes. Una vez que gaste el cinco por ciento de sus ingresos mensuales en copagos de farmacia, no tendrá ningún copago durante el resto del mes.

*Las miembros embarazadas deben informarnos que sobre su embarazo para ser elegibles para no recibir copagos por medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la sección Servicios de Embarazo y Maternidad de este manual.

Medicamentos genéricos frente a los de marca

Los medicamentos genéricos actúan igual y tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Muchos medicamentos genéricos cubiertos se enumeran en la PDL única de Medicaid de Louisiana.

A veces, cuando hay medicamentos genéricos disponibles, el medicamento de marca no está cubierto sin autorización previa. Si usted y su proveedor consideran que es necesario un medicamento de marca, se puede enviar una solicitud de autorización previa a Magellan.

Medicamentos de venta sin receta

Algunos medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) están cubiertos si su médico le receta uno. Si necesita un medicamento de venta sin receta que no está cubierto, tendrá que pagarlo. Si necesita un medicamento de venta sin receta cubierto, pero no tiene receta, tendrá que pagarlo.

Suministros para diabéticos

La PDL única de Medicaid de Louisiana también enumera los suministros para personas diabéticas que están cubiertos con receta cuando se surten en una farmacia de la red de Magellan. Estos incluyen ciertos medidores, tiras reactivas, agujas para plumas, lancetas, jeringas y bombas de insulina.

Medicamentos y asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar

Cubrimos algunos medicamentos y asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar. Un proveedor de la red de Louisiana Healthcare Connections debe escribir una receta para los medicamentos (es decir, goma de mascar, pastillas, píldoras o parches). Además de los medicamentos y el asesoramiento, a los miembros que consumen tabaco o nicotina se les alienta a dejar de fumar a través de los siguientes servicios:

Servicio	Descripción	Frecuencia
<u>Esto es dejar de fumar (This is Quitting) (apoyo digital / texto)</u>	Mensajes de texto motivacionales para dejar el tabaco y el vapeo	Sin límite
\$25 de recompensa (consulte la sección “Ganar recompensas de My Health Pays”)	Por recibir asesoramiento o surtir la primera receta de medicamentos relacionados con dejar de fumar	Una vez al año

Medicamentos excluidos

Algunos tipos de medicamentos no están cubiertos (“excluidos”). Estos incluyen, pero no se limitan a, medicamentos para:

- Infertilidad o impotencia
- Fines cosméticos o crecimiento del cabello
- Vitaminas (excepto las aprobadas por la LDH)

Programa de bloqueo o restricción (lock-in) de Medicaid de Louisiana

Louisiana Healthcare Connections intenta garantizar que los medicamentos recetados se usen de forma segura y adecuada. Si el uso de sus medicamentos o farmacias le pone en riesgo, es posible que le incluyan en el Programa Lock-in (Bloqueo) de Medicaid de Louisiana durante al menos dos años.

Si se le incluye en el programa Lock-in de Medicaid de Louisiana, Louisiana Healthcare Connections se le informará por correo. Podrá elegir una farmacia para surtir todas sus recetas. Si necesita medicamentos de especialidad, puede elegir una farmacia de especialidad. También puede elegir un proveedor de atención primaria y hasta tres especialistas como sus proveedores de bloqueo. Usted debe acudir a sus proveedores de bloqueo para recibir todos sus medicamentos. Podrá seguir recibiendo todos los demás servicios cubiertos por Medicaid.

Si no está de acuerdo con la decisión de bloqueo, usted (o la persona que seleccione para ayudarle) puede solicitar una apelación. Si desea solicitar una apelación, debe hacerlo en un plazo de 60 días a partir de la fecha de su notificación de bloqueo enviada por correo.

Este programa puede ayudarle a controlar sus medicamentos para mantenerse sano(a). Puede ayudar a reducir el riesgo de sobredosis y lesiones por medicamentos que no son seguros cuando se administran juntos.

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Salud del comportamiento se refiere a tratamiento de salud mental y abuso de sustancias (alcohol y drogas). Algunas veces hablar con amigos o familiares le puede ayudar a resolver un problema. Cuando eso no es suficiente, debe llamar a su médico o a Louisiana Healthcare Connections. Podemos ayudar a dar apoyo, hablar con sus proveedores/médicos y conectarlo(a) con especialistas en salud mental y abuso de sustancias para ayudar a usted y a su hijo(a). Nuestros administradores de atención también pueden ofrecer apoyo a los miembros que están en transición entre entornos o niveles de atención.

No necesita obtener una referencia de su médico para estos servicios. Puede ir donde cualquier proveedor de nuestra red para estos servicios. Los proveedores ayudarán a determinar qué servicios podrían satisfacer mejor sus necesidades.

Louisiana Healthcare Connections cubre estos servicios de salud del comportamiento:

- Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (consejería/terapia)
- Servicios de psiquiatría y manejo de medicamentos
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Pruebas psicológicas
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP) para tratamiento del abuso de sustancias
- Desintoxicación residencial fuera de hospital y como paciente internado, rehabilitación y centro de reinserción social (halfway house)
- Servicios para crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Tratamiento psiquiátrico residencial para niños y jóvenes
- Servicios de rehabilitación, como Tratamiento Comunitario Asertivo (Assertive Community Treatment; ACT)
- Referencias a otros recursos comunitarios.

¿Cómo sé si yo necesito o mi hijo(a) necesita ayuda?

- No puede hacer frente a la vida diaria
- Se siente muy triste, estresado(a), preocupado(a) o desesperado(a)
- No duerme ni come bien
- Quiere hacerse daño a sí mismo(a) o a otros, o tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo
- Atormentado(a) por pensamientos extraños (como escuchar voces)
- Bebe alcohol o consume otras sustancias
- Parece tener problemas en la escuela
- Incapaz de concentrarse
- En la escuela o la guardería le han dicho que su hijo(a) debe consultar a un médico por problemas de salud mental o uso de sustancias, incluido el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés).

Cuando usted tiene un problema de salud mental o abuso de sustancias, podemos ayudarle a encontrar un proveedor que será el correcto para usted. La cosa más importante es que usted tenga a alguien con quien pueda hablar para que pueda trabajar en la resolución de sus problemas.

¿Qué hago en una emergencia de salud del comportamiento?

En una emergencia que ponga en peligro su vida, llame al 988. La línea de vida en casos de crisis y suicidio 988 ofrece acceso a consejeros capacitados a través de llamadas, mensajes de texto y plática en línea (chat) las 24 horas, los 7 días de la semana. Pueden ayudar a las personas que experimentan una crisis de salud mental o angustia emocional. También puede acudir a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde, no tiene que esperar a que ocurra una emergencia para obtener ayuda. Llame a nuestra Línea de Crisis de Salud Mental y Adicciones al 1-844-677-7553 para obtener apoyo gratuito las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudar con la depresión, las enfermedades mentales, el uso de sustancias y otras necesidades para la salud del comportamiento.

Sistema coordinado de atención (CSoC)

El Sistema Coordinado de Atención (CSoC, por sus siglas en inglés) es un programa para niños(as)/jóvenes con problemas graves de salud mental y uso de sustancias que están colocados(as) fuera de sus hogares o que corren el riesgo de ser retirados de su hogar debido a su comportamiento. CSoC trabaja con el/la niño(a) y la familia para desarrollar un plan que ayude a mantener a el/la niño(a)/joven en su hogar y comunidad. CSoC cuenta con el apoyo de las agencias de servicios infantiles del estado de Louisiana.

Cada niño(a)/joven en CSoC y su familia reciben servicios integrales para ayudar a coordinar su atención. El facilitador de la agencia integral trabajará con su familia para desarrollar un plan que le ayude a usted para proporcionarle a su hijo(a).

Organización de apoyo familiar

Todo niño/joven y familia en el programa CSoC también tiene acceso a servicios especiales adicionales, incluso los que ofrece la Organización de Apoyo a Familias. La Organización de Apoyo a Familias ofrece a los niños/jóvenes y sus familias apoyo y capacitación de padres con experiencia en la crianza de un niño/joven con dificultades emocionales, así como jóvenes con experiencia personal de vida con dificultades del comportamiento. El papel del apoyo de padres y jóvenes es ayudar al niño y padre/madre en el hogar y la comunidad.

¿Cómo sé si CSoC podría ser lo correcto para mi hijo(a)?

- El niño ha tenido que vivir en algún otro lugar debido a problemas de comportamiento
- El(la) menor ha tratado de lastimarse a sí mismo(a) o a alguien más.
- Al niño lo están suspendiendo y/o expulsando de la escuela
- El niño se está metiendo en problemas con la policía

Si cree que CSoC podría ser lo correcto para su hijo(a) o quiere más información, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 o a CSoC sin cargo al 1-800-424-4399.

Sistema de Respuesta a las Crisis de Louisiana

El Departamento de Salud de Louisiana (LDH) y la Oficina de Salud del Comportamiento (Office of Behavioral Health; OBH) han ampliado los servicios de respuesta a las crisis a distintas partes de Louisiana:

- **Respuesta Móvil a las Crisis (Mobile Crisis Response; MCR)** – para proporcionar ayuda y recursos allí donde se encuentren los miembros durante la primera fase de una crisis.
- **Apoyo comunitario breve en caso de crisis (Community Brief Crisis Support; CBCS)** – disponible durante 15 días, para ayudar con las necesidades de salud del comportamiento, tratamiento y
- **Centros de crisis de salud del comportamiento (Behavioral Health Crisis Centers; BHCC)** – servicios sin cita previa abiertos 24 horas al día, 7 días a la semana, para ayuda temporal en caso de crisis de salud del comportamiento
- **Estabilización de crisis (Crisis Stabilization; CS)** – servicios de hospedaje a corto plazo, para el tratamiento de crisis y apoyo a los miembros en riesgo de hospitalización o institucionalización.

Para acceder a los servicios de crisis y al Sistema de Respuesta a Crisis de Louisiana, llame a nuestra Línea de Crisis de Salud Mental y Adicciones las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-844-677-7553 (TTY: 711).

Recuperación y resiliencia

Ayudarle a recuperar su salud y permanecer sano(a) – en mente, cuerpo, espíritu y comunidad – es nuestra meta más importante. Para los miembros que necesitan atención de salud mental y abuso de sustancias, eso significa recuperación y resiliencia. La recuperación y el desarrollo de la resiliencia le ayudarán a sobreponerse a las dificultades de salud mental y abuso de sustancias y a vivir la vida que usted elija. Esto le permitirá llevar una vida con sentido de pertenencia, autoestima, significado y esperanza. Y usted tendrá las herramientas para hacer frente y lidiar con situaciones difíciles y sobreponerse a ellas en el futuro.

Su atención de salud mental y abuso de sustancias se debería concentrar en recuperación y resiliencia, y ser:

- **Autodirigida:** Tanto como sea posible, queremos que controle su propia vida y plan de atención.
- **Individualizada:** Hay muchas maneras posibles de recuperarse basándose en sus fortalezas, necesidades, cultura y antecedentes únicos. Su plan de atención debería ajustarse a usted.
- **Empoderada:** Usted es parte de todas las decisiones que afectan su vida, y se le debe educar y apoyar para que lo haga.
- **Holística:** Toda su vida es parte de su recuperación – mente, cuerpo, espíritu y comunidad.
- **Flexible:** La recuperación es una travesía, y pueden haber reveses y experiencias que nos enseñan. Eso está bien.
- **Apoyada por pares:** La investigación muestra que el apoyo de personas que han pasado por dificultades similares es una parte importante de la recuperación. Los pares pueden dar apoyo, entendimiento, destrezas y un sentido de comunidad.
- **Respetuosa:** Todos los que estén involucrados en su atención deben respetarlo(a) y protegerlo(a) contra la discriminación y el estigma. Esto incluye Louisiana Healthcare Connections, sus proveedores, amigos y familiares y, quizás lo más importante, usted.
- **Responsable:** Trabajar en la recuperación requiere valentía y compromiso. En última instancia, usted debe asumir la responsabilidad de seguir su plan de atención, tomar los medicamentos, entender su experiencia, y trabajar en el proceso de recuperación.
- **Esperanzador:** Las personas pueden sobreponerse a las dificultades que enfrentan. La esperanza es el primer paso en el proceso de recuperación. Louisiana Healthcare Connections está aquí para ayudarle a encontrar esperanza y el apoyo que necesita para recuperarse.

El papel importante del apoyo familiar: Cuando alguien en su familia tiene una condición mental y abuso de sustancias, usted tiene un papel importante para ayudarlos. Asuma un papel activo en su atención. Infórmenos sobre cualquier cambio que note y sobre la atención que cree que podría necesitar. Infórmenos cómo podemos ayudar mejor a usted y a su ser querido. Usted tiene una parte importante para ayudar a su ser querido a alcanzar sus metas para una vida mejor.

SERVICIOS DENTALES

Beneficios dentales para miembros menores de 21 años

Los miembros menores de 21 años reciben revisiones dentales de su proveedor de atención primaria (PCP). Su plan dental de Medicaid proporciona beneficios adicionales que cubren la mayoría de las necesidades dentales de los niños. Esto incluye exámenes, limpiezas y empastes. Para encontrar un dentista, comuníquese con su plan dental de Medicaid:

DentaQuest: 1-800-685-0143 (TTY: 1-800-466-7566), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., dentaquest.com

MCNA Dental: 1-855-702-6262 (TTY: 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., mcnala.net

Servicios de dentaduras postizas para adultos

Los miembros que necesiten dentaduras postizas o reparaciones de las mismas pueden tener derecho a la cobertura a través de su plan dental de Medicaid. Para obtener más información, comuníquese con su plan dental de Medicaid:

DentaQuest: 1-800-685-0143 (TTY: 1-800-466-7566), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., dentaquest.com

MCNA Dental: 1-855-702-6262 (TTY: 1-800-955-8771), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., mcnala.net

SERVICIOS PARA LA VISTA

Louisiana Healthcare Connections cubre exámenes y tratamiento de condiciones de los ojos. Esto incluye corrección de la vista y de errores de la refracción, anteojos regulares cuando cumplen con ciertos requisitos mínimos de medida, anteojos y lentes de contacto especializados necesarios desde el punto de vista médico (con autorización previa), y otros servicios relacionados que son necesarios desde el punto de vista médico.

Para los miembros menores de 21 años de edad, los servicios para la vista cubiertos incluyen:

- evaluaciones regulares
- servicios de corrección y médicos
- hasta tres pares de anteojos por año

Para los miembros adultos (de 21 años de edad y mayores), los servicios para la vista cubiertos incluyen:

- examen anual de los ojos y de la refracción
- tratamiento de condiciones de la vista
- un par de anteojos por año o 12 pares de lentes de contacto por año

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Louisiana Healthcare Connections cubre los siguientes servicios de planificación familiar. Usted no necesita una referencia de un médico para elegir un proveedor de planificación familiar. Estos servicios los brinda con frecuencia un proveedor de atención primaria, obstetra, ginecólogo, enfermero(a) calificado(a) para ejercer la medicina o partera certificada:

- Historia clínica y examen físico
- Análisis de laboratorio que se realiza normalmente como parte de una visita/un examen inicial o regular de seguimiento para fines de planificación familiar (prueba de Papanicolaou; prueba de gonorrea y clamidia, serología para sífilis, prueba del VIH y valoración de la rubéola)
- Educación del cliente sobre anatomía y fisiología de la reproducción, regulación de la fertilidad y prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Asesoría para ayudar a los clientes a tomar una decisión informada
- Asesoría sobre métodos anticonceptivos teniendo en cuenta la historia clínica y el examen físico, incluso el mecanismo de acción, efectos secundarios y posibles complicaciones
- Asesoría especial (cuando se indica) sobre planificación y manejo del embarazo, esterilización, genética y nutrición
- Diagnóstico del embarazo, asesoría y referencias
- Ciertos medicamentos y procedimientos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos cubiertos y esterilización

Louisiana Healthcare Connections cubre muchos tipos de métodos anticonceptivos, por ejemplo:

- **Medicamentos.** Usted puede encontrar una lista de medicamentos anticonceptivos cubiertos en la Lista única de Medicamentos Preferidos (PDL) de Medicaid de Louisiana. Consulte la sección Medicamentos de este manual para obtener más información sobre la PDL.
- **Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés).** Entre ellos se encuentran los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes.

Estos tipos de anticonceptivos evitan el embarazo durante un largo periodo de tiempo sin que usted tenga que hacer nada. Por ello, los LARC son algunos de los métodos anticonceptivos más eficaces. Además, pueden retirarse si decide embarazarse más adelante.

- **Procedimientos de esterilización permanente** para los miembros de 21 años o más. Esos incluyen las vasectomías y las ligaduras de trompas. También se incluyen las histerectomías que se realizan por razones médicamente necesarias diferentes al control de la natalidad. Estos procedimientos se consideran no reversibles.

La decisión de esterilizarse depende únicamente de usted. Hable con su médico sobre el procedimiento de esterilización más apropiado para usted. Asegúrese de discutir los métodos anticonceptivos alternativos, los beneficios, los riesgos y sus derechos como paciente.

Antes de su procedimiento, su médico le pedirá que firme un formulario de consentimiento. En este formulario se indica que usted no desea embarazarse ni engendrar hijos en el futuro. En la sección de Formularios al final de este manual se incluye un formulario de consentimiento en blanco. Usted puede cancelar su consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento. Su decisión no afectará a su elegibilidad o beneficios de Medicaid.

Exclusiones relacionadas

- Reversión de la esterilización voluntaria
- Servicios para infertilidad incluyendo servicios, suministros o medicamentos relacionados con el diagnóstico o tratamiento de la infertilidad
- Los servicios o las tarifas relacionadas con el uso de una madre suplente para lograr embarazo
- Dispositivos, agentes o preparaciones para el control de la natalidad, que por ley no requieren una receta (excepto cuando se los administra un proveedor de la red durante una consulta o si accede a planificación familiar como por ejemplo el programa “Take Charge” que brinda Medicaid completo)
- Procedimientos de histerectomía que no son médicamente necesarios. Esto incluye los procedimientos de histerectomía realizados sólo con el propósito de la esterilización permanente.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Servicios no cubiertos

Louisiana Healthcare Connections no paga por estos servicios:

- Atención dental para adultos de 21 años en adelante
- Servicios o artículos usados solo para fines cosméticos
- Procedimientos, medicamentos y equipo experimentales y/o en investigación (los estudios clínicos en fase I y II se consideran experimentales)
- Abortos electivos (de acuerdo con la ley de Louisiana y la normativa estatal)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cirugía Lasik/queratotomía

Esta no es una lista completa de servicios excluidos. Si tiene una pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Servicios cubiertos por Medicaid

Medicaid le da algunos servicios que pudiera necesitar usando otras empresas.

Louisiana Healthcare Connections no cubre los servicios que aparecen más abajo. Pero están a su disposición a través de Medicaid. Estos servicios incluyen:

- **Servicios del Sistema Coordinado de Atención (CSoC)** para niños con dificultades serias de salud del comportamiento: Puede obtener más información llamando al 1-800-424-4399.
- **Servicios dentales para niños (menores de 21 años) y servicios de dentaduras postizas para adultos (mayores de 21 años):** Comuníquese con su plan dental de Medicaid, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.:
 - DentaQuest: 1-800-685-0143 (TTY: 1-800-466-7566), dentaquest.com
 - MCNA Dental: 1-855-702-6262 (TTY: 1-800-955-8771), mcnala.net
- **Servicios de atención personal a largo plazo para adultos (Adult Long Term Personal Care Services; LT-PCS):** llame a la Oficina de Servicios para Personas de la Tercera Edad y Adultos (Office of Aging and Adult Services; OAAS) al 1-877-456-1146

Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Nos complacerá ayudarle a entender cómo obtener acceso a estos beneficios. También podemos ayudar a coordinar su atención brindándole las referencias necesarias y los servicios de programación.

Cómo obtener atención

Louisiana Healthcare Connections trabaja con un grupo grande de proveedores de atención primaria (PCPs), especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica. Este grupo es nuestra “red”. Si hay un PCP u otro proveedor al que ve, asegúrese de verificar que esté en nuestra red. En la mayoría de casos, usted recibirá atención “en la red”. Este no es el caso si necesita atención urgente o atención de emergencia fuera de su área de servicio. Consulte la sección de Atención de Emergencia de este manual para obtener más detalles.

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Cuando se vuelva miembro de Louisiana Healthcare Connections, debe elegir un proveedor de atención primaria o nosotros le asignaremos uno. Su PCP será su médico personal. Su PCP es el médico principal al que acudirá para los chequeos anuales de bienestar, los análisis de detección, las vacunas, enfermedades y lesiones menores.

Usted tiene la libertad de elegir a cualquier PCP de nuestra red. Su PCP puede ser uno de los siguientes tipos de proveedores:

- Pediatra
- Médico familiar general
- Internista
- Gineco-obstetra
- Especialista que realiza las funciones del PCP
- Enfermero(a) calificado(a) para ejercer la medicina

Si quiere obtener más información sobre el PCP que le gustaría elegir, llame a Servicios para Miembros. También puede ver una lista de los PCP “en la red” en nuestro sitio web en findaprovider.LouisianaHealthConnect.com.

Si no elige un PCP, nosotros le asignaremos uno. Su asignación se basará en:

- Historia de reclamaciones (si un PCP lo ha visto antes)
- Antecedentes familiares con un PCP
- Cuán cerca de un PCP disponible vive
- Un tipo de PCP que sea el más apropiado para usted basándose en sus necesidades

Si le gustaría cambiar de PCP, Louisiana Healthcare Connections puede ayudarle. Simplemente llene y envíe de regreso un formulario de "Solicitud para Cambiar mi Proveedor de Atención Primaria" (en la sección de Formularios de este manual). Además puede entrar al Portal de Miembros para acceder al formulario o llamar a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Después de que nos notifique sobre su selección, usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de Louisiana Healthcare Connections con el nombre del PCP impreso.

VISITE A SU PCP DENTRO DE UN PLAZO DE 60 DÍAS

Una vez que haya seleccionado su proveedor de atención primaria (PCP), haga una cita dentro de un plazo de 60 días. Esto le dará a ambos la oportunidad de conocerse. Su PCP le puede dar atención médica, consejo e información sobre su salud.

Llame al consultorio de su PCP para hacer una cita. Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections. Si necesita ayuda para hacer una cita con su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Recuerde: Usted tiene visitas ilimitadas a su PCP. Asegúrese de hacer una cita con él/ella cuando se sienta enfermo(a) y para controles anuales de bienestar.

Responsabilidades del PCP

Su PCP:

- Se asegurará de que usted reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, de manera oportuna
- Hará un seguimiento de la atención que reciba de otros proveedores médicos
- Hará referencias para atención y servicios especializados
- Proveerá toda la atención continua que usted pudiera necesitar
- Mantendrá sus expedientes médicos actualizados (haciendo un seguimiento de toda la atención que reciba de su médico de atención primaria y especialistas)
- Le dará servicios de la misma manera que a todos los otros pacientes
- Le hará sus exámenes físicos regulares según los necesite
- Realizar visitas de atención preventiva y vacunas regulares según sea necesario

- Le ofrecerá información para contacto 24/7
- Conversará con usted sobre qué son las directivas anticipadas y las archivará en su expediente médico
- Le tratará con respeto y abogará por su salud
- Le ofrecerá la misma disponibilidad de citas que a todos los otros pacientes

Recuerde: Programe un control anual de bienestar con su PCP dentro de los primeros 60 días de elegirlo. Luego programe un control todos los años para ayudarse a permanecer sano(a) o detectar los problemas de salud temprano, cuando son más fáciles de tratar.

Si no puede ir a una cita, llame para cancelar al menos 24 horas antes. Si necesita cambiar una cita, llame al consultorio del médico tan pronto como sea posible. Ellos le pueden dar una nueva cita. Si necesita ayuda para conseguir una cita, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Sea honesto(a) con su médico para que le pueda ayudar. Si tiene preguntas sobre su salud, su tratamiento o sus medicamentos, ¡HÁGALAS! Su médico está aquí para ayudarle.

Citas con su PCP fuera de horas normales de atención

Puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información sobre cómo recibir atención médica fuera de horas de atención en su área. Si tiene un problema o pregunta médica, también puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7 al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Si tiene una lesión o enfermedad que no pone la vida en peligro pero es necesario tratar en un plazo de 48 horas y no puede esperar para una visita a su médico, puede usar una clínica de atención urgente. Si necesita ayuda para encontrar atención urgente, llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Tenga siempre a mano su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections. El personal de enfermería le puede ayudar por teléfono o ayudarle a encontrar otra atención.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a sala de emergencia más cercana.

Si no puede asistir a una cita, llame al consultorio del proveedor para cancelar al menos 24 horas antes.

Si necesita cambiar una cita, llame al consultorio del proveedor tan pronto como sea posible. Ellos le harán una nueva cita. Si necesita ayuda para conseguir una cita, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Nota: Excepto por una emergencia, la planificación familiar y la atención del recién nacido durante sus primeros 30 días, todos los servicios se deben obtener a través de un proveedor de la red de Louisiana Healthcare Connections o un proveedor fuera de la red autorizado.

Qué hacer si su PCP se retira de nuestra red

Si su PCP está planeando salir de nuestra red de proveedores, le enviaremos un aviso al menos 15 días del calendario antes de la fecha en que el proveedor planea retirarse. Lo reasignaremos automáticamente a otro PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro. Además puede cambiar de PCP entrando al Portal de Miembros en LouisianaHealthConnect.com/login o llamando a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Si está en medio de recibir tratamiento de ese proveedor, le enviaremos una carta 10 días del calendario desde la fecha en que nos enteramos. Puede continuar la cobertura para servicios de salud con su PCP durante al menos 30 días después de que éste haya salido de nuestra red. Si ha estado viendo a un especialista que sale de nuestra red, llame a Servicios para Miembros y trabajaremos con usted para asegurar que su atención continúe. Le ayudaremos a encontrar otro especialista en nuestra red.

La cobertura continua depende de que el proveedor esté de acuerdo con:

- Aceptar pago de Louisiana Healthcare Connections a las tarifas que recibieron como proveedor dentro de la red.
- Seguir los estándares de calidad y proporcionar la información necesaria relacionada con la atención médica.
- Seguir las políticas y los procedimientos de Louisiana Healthcare Connections, incluso procedimientos con respecto a referencias, requisitos de autorización y planes de tratamiento.

CÓMO HACER CITAS Y OBTENER ATENCIÓN

Para obtener muchos tipos comunes de atención, todo lo que necesita hacer es elegir un proveedor dentro de la red y hacer una cita. Usted puede elegir recibir atención de un proveedor de atención primaria o de un especialista de la red diferente en cualquier momento.

No se requiere aprobación de su proveedor o de Louisiana Healthcare Connections para que tenga acceso a estos servicios:

- Visitas a un PCP, pediatra, médico familiar o médico especialista
- Atención de urgencia
- Atención de gineco-obstetricia
- Servicios de salud del comportamiento (servicios de salud mental y para abuso de sustancias)
- Servicios de rutina para la vista o dentales

Los servicios siguientes siempre están cubiertos ya sea que el proveedor esté o no en nuestra red de proveedores:

- Servicios de emergencia
- Servicios y materiales para planificación familiar
- Servicios de salud preventiva femenina

Cómo hacer citas

Si necesita ayuda para encontrar o elegir un proveedor, nos complacerá ayudarle. Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. O puede encontrar un proveedor en línea en findaprovider.LouisianaHealthConnect.com. Puede concertar una cita llamando al proveedor durante su horario laboral.

Cómo cambiar una cita

Si necesita cambiar su cita, llame a su proveedor tan pronto como sepa que tiene que cambiarla. De este modo, su proveedor podrá ofrecer ese día u hora a otro paciente.

Cómo cancelar una cita

¡No falte a su cita! Si necesita cancelar su cita, llame a su proveedor con al menos 24 horas de antelación o tan pronto como sepa que necesita cancelarla. Su proveedor podrá ofrecerle el día o la hora de la cita a otro paciente.

Referencias

No requerimos una referencia de su PCP para ver a un especialista. Sin embargo, algunos especialistas pueden requerir una referencia. Si ese es el caso, ellos le informarán.

Para algunos servicios médicos, puede que usted necesite una referencia de su PCP. Si necesita uno de estos servicios, su PCP coordinará su atención y lo(a) referirá a un proveedor. Si le gustaría tener ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red, llame a Servicios para Miembros y nos complacerá ayudarlo(a).

Los siguientes servicios a menudo requieren una referencia de su PCP:

- Pruebas diagnósticas (radiografías y análisis de laboratorio)
- Servicios hospitalarios programados para pacientes ambulatorios
- Ingreso planeado como paciente internado
- Servicios en clínicas
- Diálisis renal (enfermedad renal)
- Equipo médico duradero (EMD)
- Atención médica en el hogar

Tiempos de espera para citas

Los proveedores dentro de la red tendrán un horario de atención razonable y estarán disponibles basándose en las necesidades médicas que usted tenga. Se le debe dar una cita dentro de los siguientes periodos de tiempo:

Tipo de visita/Hospitalización/Cita	Norma de acceso y puntualidad
Atención de emergencia	24 horas, 7 días/semana dentro de 1 hora de la solicitud
Atención urgente que no es de emergencia	24 horas, 7 días/semana dentro de 24 horas de la solicitud

Atención primaria no urgente cuando hay enfermedad	72 horas
Atención primaria de rutina no urgente	6 semanas
Fuera de horario, por teléfono	Respuesta de una persona o devolución de llamada de un médico designado en 30 minutos
Atención de obstetricia y ginecología para miembros embarazadas	
1er trimestre	14 días
2do trimestre	7 días
3er trimestre	3 días
Embarazo de alto riesgo, cualquier trimestre	3 días
Citas para planificación familiar	1 semana
Citas con especialistas	1 mes
Citas programadas	Menos de 45 minutos de espera en el consultorio
Atención de salud mental de rutina no urgente	14 días
Atención de salud mental urgente que no es de emergencia	24 horas
Hospitalización psiquiátrica (de emergencia involuntaria)	4 horas
Hospitalización psiquiátrica (involuntaria)	24 horas
Hospitalización psiquiátrica (voluntaria)	24 horas
ASAM Nivel 3.3, 3.5 & 3.7	10 días hábiles
Tratamiento residencial de la abstinencia	24 horas cuando sea necesario desde el punto de vista médico
Instalación de tratamiento psiquiátrico residencial (PRTF, siglas en inglés)	20 días del calendario

CONTINUIDAD Y TRANSICIÓN PARA MIEMBROS NUEVOS

Algunas veces los miembros nuevos están recibiendo atención médica de un proveedor que no está en la red de Louisiana Healthcare Connections.

- Los miembros nuevos pueden seguir recibiendo atención de su proveedor fuera de la red hasta por 30 días.
- Los nuevos miembros que reciben un medicamento recetado que no está en la PDL única de Medicaid de Louisiana pueden continuar recibiendo ese medicamento durante al menos 60 días, si es médicamente necesario.
- Las miembros que están embarazadas pueden mantener el mismo proveedor hasta que hayan tenido a su bebé y hayan completado su primera visita postparto.
- Los miembros con enfermedad en fase terminal pueden continuar consultando con su proveedor de atención primaria para su atención.

Si tiene preguntas sobre seguir recibiendo atención o medicamentos, llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Trabajaremos con usted para asegurar que siga recibiendo la atención que necesita. De ser necesario, le podemos ayudar a encontrar otro proveedor en nuestra red.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ESTADO

Si está fuera del estado y tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Asegúrese de llamarnos y de informar sobre su emergencia en un plazo de 48 horas. No necesita aprobación previa. Nosotros solo cubriremos servicios de emergencia y urgentes necesarios desde el punto de vista médico fuera del estado. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro antes de recibir los servicios.

Hay tres situaciones en las que está cubierto para servicios fuera de Louisiana:

- Usted está fuera de Louisiana y tiene un problema de salud urgente o se enferma y necesita atención médica. Puede ir a una clínica de atención urgente o consultorio médico en donde esté.
- Usted está fuera del estado y tiene una emergencia de salud médica o mental. Puede ir a un hospital, una sala de emergencia o una clínica de atención urgente fuera del estado. Su atención de seguimiento debe ser con un proveedor de la red de Louisiana Healthcare Connections. Además puede ser necesario que se comunique con su médico para obtener una referencia si necesita ver a un especialista.
- Se determina que necesita atención médica especial que no puede recibir en Louisiana. Si se aprueba su atención especial, se cubrirá la atención que reciba en el otro estado.

Los miembros no están cubiertos para servicios recibidos fuera de los Estados Unidos.

ATENCIÓN URGENTE DESPUÉS DEL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN

Debe usar la atención urgente cuando tiene una lesión o enfermedad que no pone la vida en peligro pero es necesario tratarla en un plazo de 48 horas y no puede esperar para una visita de rutina con su médico.

Cuando necesite atención urgente, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. El nombre y número telefónico están en su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections. También se mostrará un número para llamar después del horario normal de atención. Su médico le puede dar atención médica e instrucciones por teléfono.
- Si es pasado el horario normal de oficina y no se puede comunicar con su PCP, llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7 al 1-866-595-8133 (TTY: 711). Se le comunicará con un enfermero o enfermera. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections. El enfermero o la enfermera le ayudará por teléfono o le ayudará a encontrar otra atención.
- Si está experimentando una crisis por salud mental o adicción, no espere para buscar ayuda. Llame al 1-844-677-7553 para recibir apoyo gratuito para crisis 24/7 para ayuda con depresión, salud mental, abuso de sustancias y otras necesidades de salud del comportamiento.
- Si se le dice que necesita ver a otro proveedor o ir a la sala de emergencia más cercana, lleve su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Solo acuda a una sala de emergencias si se lo indica su médico o si se trata de una emergencia potencialmente mortal. La atención de emergencia siempre está cubierta por Louisiana Healthcare Connections. La atención de emergencia consiste de servicios médicos para un accidente, lesión o condición médica repentina. Se aplica una emergencia cuando la falta de atención médica podría poner en riesgo su salud, la salud de otra persona o la salud de su bebé en gestación.

Cuándo ir a la sala de emergencia:

- Fractura de hueso, herida con arma de fuego o cuchillo, quemadura grave, o sangrado que no para
- Usted está embarazada y en trabajo de parto y/o sangrando
- Dolor de pecho intenso, ataque cardíaco, o problemas para respirar
- Sobredosis de drogas o envenenamiento
- Shock, convulsiones o ataques
- Incapaz repentinamente de ver, moverse o hablar
- Pensamientos suicidas u homicidas que le preocupa que podría ejecutar
- Una condición de salud mental que hace que usted no pueda cuidarse

Cuándo NO ir a la sala de emergencia:

- Gripe, resfrío, dolor de garganta o dolor de oído
- Esguince o distensión
- Corte o rasguño que no requiera puntos
- Para obtener más medicamento o que se renueve su receta
- La dermatitis del pañal

Las salas de emergencia son para emergencias. Si puede, llame primero a su PCP. Si su estado es grave llame al 911 o acuda al hospital más cercano. No necesita obtener aprobación. Si no está seguro de si es una emergencia, llame a su médico. Su médico le dirá qué hacer. Si su médico no está disponible, un médico que toma las llamadas le puede ayudar. Puede haber un mensaje que le diga qué hacer.

También puede llamar a Línea de Asesoramiento de Enfermería 24/7 al 1-866-595-8133 (TTY: 711) si tiene preguntas.

Está bien si el hospital no pertenece a la red de Louisiana Healthcare Connections. Puede usar cualquier sala de emergencia hospitalaria. Usted o alguien que actúa en su nombre debe llamar a su proveedor de atención primaria y Louisiana Healthcare Connections al 1-866-595-8133 (TTY: 711) en un plazo de 48 horas desde la hospitalización. Esto ayuda a su médico a darle la atención de seguimiento que usted pudiera necesitar.

Servicios de emergencia fuera de la red

Los servicios de emergencia fuera de la red no necesitan aprobación de Louisiana Healthcare Connections. Todos los otros servicios de un proveedor fuera de la red necesitan autorización previa de Louisiana Healthcare Connections. Verificaremos si hay un proveedor de la red que puede tratar su condición médica. Si no lo hay, le ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red.

IMPORTANTE: Puede que tenga que pagar por servicios fuera de la red si no obtiene autorización previa. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Servicios de posestabilización

Los servicios de posestabilización son necesarios después de una emergencia para ayudar a “estabilizar” su condición. Los servicios de posestabilización no requieren autorización previa. No importa si usted recibe la atención de emergencia dentro o fuera de la red de Louisiana Healthcare Connections. Seguiremos cubriendo servicios de posestabilización para asegurar que usted esté estable después de una emergencia.

Transporte de emergencia

Louisiana Healthcare Connections cubre transporte terrestre de emergencia en ambulancia al hospital más cercano para atención de emergencia.

El transporte en ambulancia de un centro de atención médica a otro está cubierto solo cuando:

- es necesario desde el punto de vista médico
- lo coordina y aprueba un proveedor en la red

Si tiene una emergencia y necesita ayuda para ir a la sala de emergencia, llame al 911.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Las directivas anticipadas protegen sus derechos para atención médica. Todos los miembros adultos de Louisiana Healthcare Connections tienen derecho a crear una directiva anticipada para decisiones de atención médica. Esto incluye la planificación de tratamiento antes de que lo necesite.

Para hacer una directiva anticipada, complete el “Formulario de directiva anticipada para atención médica de Louisiana”. Este formulario también se puede encontrar en el sitio web del LDH en [LDH.la.gov](https://ldh.la.gov). Además puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) para obtener ayuda para encontrar el formulario. Una vez que lo llene, pida a su médico y/o proveedor que ponga el formulario en su expediente.

Junto con su médico u otro proveedor, puede tomar decisiones que le darán tranquilidad. Puede ayudar a sus proveedores de atención médica a entender sus deseos en cuanto a su salud. La directiva anticipada no le quita el derecho a tomar sus propias decisiones. Las directivas anticipadas funcionan solo cuando usted no puede tomar sus propias decisiones.

Ejemplos de tipos comunes de directivas anticipadas incluyen:

Un testamento en vida: informa a los médicos qué tipo de atención médica quiere recibir (o no recibir) si ya no puede comunicar lo que quiere. Esto le permite decidir por anticipado qué tratamientos para prolongar la vida le gustaría o no le gustaría recibir, como sondas de alimentación, máquinas para respirar, trasplantes de órganos o tratamientos para que se sienta cómodo. Un testamento en vida solo se usa cuando usted está cerca del final de la vida y no hay esperanza de que usted se recupere.

Un poder notarial para atención médica: nombra a alguien a quien se le permite tomar decisiones de atención médica para usted si ya no puede comunicar lo que quiere.

Una orden de “no resucitar” (DNR): dice a los proveedores de atención médica que no le den RCP (reanimación cardiopulmonar) si su corazón y/o respiración paran. Una orden DNR solo tiene que ver con la RCP. No da instrucciones en cuanto a otros tratamientos.

Un documento LaPOST: le informa al médico sobre sus deseos si usted ya no puede comunicar lo que quiere. El documento Louisiana Physician Orders for Scope of

Treatment [Órdenes médicas de Louisiana sobre la extensión de tratamiento (LaPOST, por sus siglas en inglés)] solo se usa cuando usted está cerca del final de su vida y no hay esperanzas de que se recupere. Le informa a su médico sobre los tipos de tratamiento que usted querría o no al final de su vida. El documento permanece con usted en todo momento. Un médico debe seguir sus deseos en el documento LaPOST. Usted o alguien a quien elija puede completar uno con su médico.

No se debe discriminar en su contra por tener o no tener una directiva anticipada. Es su decisión. Ya sea que tenga o no una directiva anticipada no afectará sus beneficios con Louisiana Healthcare Connections de manera alguna.

Louisiana Healthcare Connections le informará sobre cambios en la ley estatal que afecten a las directivas anticipadas. Le enviaremos esta información tan pronto como sea posible pero no más de 90 días después de la fecha del cambio. Pregunte a su proveedor o llame a Louisiana Healthcare Connections para enterarse más sobre las directivas anticipadas. Si no se cumplieron sus directivas anticipadas, comuníquese con la Sección de Normas de Salud de LDH al 1-225-342-0138 para presentar una queja.

QUÉ HACER SI RECIBE UNA CUENTA

Asegúrese de hablar con su proveedor sobre los servicios que están cubiertos y los que no están cubiertos. No se le debe cobrar por servicios que están cubiertos, siempre y cuando usted siga las reglas del plan. Si recibe una cuenta por un servicio cubierto por Louisiana Healthcare Connections, llame a su proveedor en seguida. Asegúrese de que tienen toda su información del seguro y que sepan que deben facturar a Louisiana Healthcare Connections. Si todavía recibe cuentas del proveedor después de dar su información de seguro, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) para obtener ayuda. No pague la cuenta usted mismo. Si paga la cuenta usted mismo, no podemos devolverle el dinero.

Si usted pide un servicio que no está cubierto, su médico le pedirá que firme una declaración que dice que usted pagará por el servicio usted mismo. Si lo hace, entonces tendrá que pagar la cuenta. Si tiene preguntas sobre una cuenta puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

TRANSPORTE PARA SUS NECESIDADES DE SALUD

Si no dispone de transporte, podemos ayudarle a acudir a sus citas para recibir servicios cubiertos por Medicaid. Este servicio es gratuito.

Louisiana Healthcare Connections proporcionará el transporte hacia los proveedores hasta una cierta distancia de su casa. Estos límites son establecidos por las normas del área de servicio médico de Medicaid del Departamento de Salud de Louisiana. Si desea consultar con un proveedor fuera de estos límites, es posible que tenga que proporcionar su propio transporte.

Proveedores de atención primaria (PCP)

- Si vive en un distrito urbano, el límite es de 10 millas (de ida).
- Si vive en un distrito rural, el límite es de 30 millas (de ida).

Puede encontrar un mapa de los distritos urbanos y rurales en:

https://ldh.la.gov/assets/docs/BayouHealth/Dental/Louisiana_Rural_Parishes_Map.pdf

Proveedores especialistas

- El límite es de 60 millas (de ida) sin autorización.

El transporte hacia los proveedores que sobrepasen estos límites requiere la aprobación de Louisiana Healthcare Connections. Llame al 1-855-369-3723 e informe al servicio de transporte por qué necesita consultar con este proveedor. Ellos se comunicarán con nosotros para solicitar la autorización de su transporte.

Para programar el transporte

Hay dos formas sencillas de programar un transporte para acudir a las citas médica:

- En línea: LouisianaHealthConnect.com/myride
- Teléfono: 1-855-369-3723, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

Llame o ingrese a Internet al menos 48 horas antes de su cita médica para programar un transporte. Usted debe estar listo para salir dos horas antes de su cita. El conductor le recogerá en algún momento durante las dos horas anteriores a su cita.

Las solicitudes de transporte para citas médicas que no se soliciten con al menos 48 horas de antelación pueden ser denegadas. Esta antelación de 48 horas no se aplica a las citas médicas urgentes. Tampoco se aplica a las citas del mismo día. Una "cita para el mismo día" es cuando un proveedor le refiere a otro para una cita en el mismo día.

Para transporte a la atención urgente

Llame al 1-855-369-3723 los siete días de la semana, las 24 horas del día.

Para comprobar el estado de un transporte o reservar un transporte de regreso

Llame al 1-855-369-3723. Inscríbese en el programa de mensajes de texto para recibir alertas en su teléfono.

En caso de una emergencia

El servicio de transporte no es para llevar a la sala de emergencias. Si tiene una emergencia médica, marque el 911.

Información que debe proporcionarnos cuando llame

Cuando llame para programar su transporte, tenga a mano la siguiente información:

- Su nombre y apellido
- Su número de identificación de miembro
- Su fecha de nacimiento
- La dirección de su casa donde le recogeremos
- Un número de teléfono en el que podamos comunicarnos con usted sobre su cita
- La fecha y hora de su cita médica
- Dónde quiere ir y la dirección postal completa
- Si se trata de una cita recurrente (como las citas para diálisis o fisioterapia)
- Si alguien viajará con usted (una persona puede ir con usted a su cita)

Si tiene dificultades para programar un transporte, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) y estaremos encantados de ayudarle.

Para cancelar un transporte

Si necesita cancelar el transporte programado, llame al 1-855-369-3723 lo antes posible.

Programa de reembolso de gasolina

Sus amigos o familiares pueden recibir dinero para la gasolina cuando le lleven o traigan de su cita con el médico. Este beneficio de transporte se llama reembolso de gasolina.

¿Quién puede obtener el reembolso de gasolina?

Para obtener el reembolso, el conductor debe vivir en una dirección distinta. No se reembolsará la gasolina a los conductores que vivan en la misma dirección que el miembro. Tampoco se reembolsará a los miembros que conduzcan ellos mismos a las citas.

El conductor también debe inscribirse en el Programa de Reembolso de Gasolina. Los conductores deben enviar su número de Seguro Social y copias de su licencia de conducir, del seguro del vehículo y del registro del vehículo. La dirección física de su licencia de conducir debe coincidir con la dirección física del formulario de inscripción del conductor.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en el Programa de reembolso de gasolina y recibir pagos, visite LouisianaHealthConnect.com/myride. También puede llamar al 1-855-369-3723 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

¿Cómo solicito el reembolso de la gasolina para mi conductor?

Una vez que su conductor sea aprobado, obtenga su número de transporte llamando al 1-855-369-3723, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Por favor llame al menos 48 horas (dos días) antes de su cita. Cuando acuda a su cita, pídale a su médico que firme su formulario de “Solicitud de Pago de Reembolso de Gasolina”. Después siga las instrucciones de envío que aparecen en el formulario.

SERVICIOS DE TRADUCCIÓN E INTÉRPRETE

Los servicios de interpretación están disponibles sin costo para usted. Esto incluye lenguaje de señas. Además incluye interpretación oral en tiempo real. Louisiana Healthcare Connections tiene una línea telefónica para idiomas disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Le podemos ayudar a conversar con sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando no se encuentra disponible otro traductor.

Además, nos complacerá interpretar o traducir cualquiera de los materiales para miembros a su idioma preferido si lo solicita.

Para solicitar un intérprete: Llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) y díganos qué idioma habla. Nos aseguraremos de que haya un intérprete al teléfono con usted cuando llame a su proveedor de atención médica o de que haya un intérprete disponible en su cita.

Se encuentra disponible asistencia con idiomas en estos idiomas (y otros) si se solicita:

- Alemán
- Árabe
- Chino
- Coreano
- Español
- Francés
- Hindi
- Inglés
- Laosiano
- Lenguaje de signos americano
- Persa (Farsi)
- Polaco
- Portugués
- Ruso
- Vietnamita

Ayuda para su salud

CÓMO GANAR RECOMPENSAS MY HEALTH PAYS™

Louisiana Healthcare Connections tiene un programa de recompensas para nuestros miembros por completar actividades saludables. Cada vez que complete un control de salud, una evaluación o visita de la persona sana elegible, Louisiana Healthcare Connections añadirá los dólares de recompensa que ha ganado directamente a su tarjeta prepagada Visa® de My Health Pays™.

¿Cómo obtengo mi tarjeta de My Health Pays™?

Le enviaremos por correo su tarjeta prepagada Visa® de My Health Pays™ después de que complete su primera actividad saludable. Puede seguir ganando recompensas My Health Pays™ completando más actividades saludables. Cada vez que gane una recompensa, sus dólares de recompensa se añadirán a la misma tarjeta. *¡Así que no la tire!*

¿Qué puedo comprar con los dólares de recompensa de My Health Pays™?

Use sus recompensas de My Health Pays™ para pagar:

- Artículos de uso diario* en Walmart
- Servicios públicos
- Transporte
- Factura del teléfono móvil
- Educación
- Renta

¿Cómo verifico el saldo de mi tarjeta?

Acceda a su cuenta de miembro en cualquier momento en LouisianaHealthConnect.com/login.

* Esta tarjeta no puede utilizarse para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego.

Esta tarjeta es emitida por The Bancorp Bank en virtud de una licencia de Visa U.S.A Inc. The Bancorp Bank; miembro de la FDIC. La tarjeta no puede utilizarse en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo del titular de la tarjeta para conocer todas las restricciones de uso. Los fondos caducan 90 días después de la finalización de la cobertura del seguro o 365 días después de la fecha en que se obtuvo la recompensa, lo que ocurra primero.

Visite www.LouisianaHealthConnect.com/rewards para obtener más información.

¿Qué actividades son elegibles para las recompensas de My Health Pays™?

Puede obtener recompensas realizando las actividades de salud que se indican a continuación. Sus recompensas se añadirán a su tarjeta cuando su médico nos lo notifique.

Evaluaciones anuales de salud

- **\$50 por la detección de cáncer de mama:** Edades de 50 a 74 años. Una por año.
- **\$50 por la detección de cáncer colorrectal:** Edades de 45 a 75 años. Una por año.
- **\$50 por la detección de cáncer del cuello uterino (cervical):** Edades de 21 a 64 años. Una por año.
- **\$50 por la evaluación de la atención de la diabetes:** Para los miembros con diabetes, edades de 18 a 75 años. Debe completar todo lo siguiente en un año del calendario: Análisis de HbA1c, examen renal, examen de retinopatía (examen de los ojos con dilatación de las pupilas)
- **\$25 por la detección de ITS:** Debe completar todo lo siguiente en un año del calendario: uno o dos análisis de VIH, detección de clamidia, detección de gonorrea

Cuidados durante el embarazo y la maternidad

- **\$30 por completar el formulario de “Aviso de Embarazo” (NOP, por sus siglas en inglés):** Inicie sesión y complete el formulario en línea o llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.
- **\$110 por las visitas prenatales:** \$10 por cada visita prenatal, hasta 11 visitas. Primero debe completar el NOP.
- **\$50 por la visita postparto:** Entre 7 y 84 días (1-12 semanas) después del parto. Primero debe completar el NOP.

Ayude a que su hijo(a) permanezca saludable

- **\$50 por vacunas para adolescentes:** Por haber recibido las siguientes vacunas antes de cumplir 13 años:
 - una dosis de vacuna antimeningocócica
 - una dosis de la vacuna Tdap
 - dos dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
- **\$30 por visitas de bienestar infantil:** Por completar seis visitas de bienestar infantil antes de cumplir los 15 meses. A los 2, 4, 6, 9, 12 y 15 meses.

Realizar cambios saludables

- **\$25 por probar un medicamento o asesoramiento para ayudarle a dejar de fumar:** Por recibir asesoramiento o surtir una receta de un medicamento cubierto para dejar de fumar. Uno al año.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Algunos miembros tienen necesidades especiales de atención médica, por lo que Louisiana Healthcare Connections ofrece ayuda personalizada para una afección o problema de salud específico. La administración de casos está diseñada para ayudar a nuestros miembros a estar tan sanos como sea posible. Da apoyo y servicios especiales como educación sobre cambios en el estilo de vida, cuidado en el hogar o recursos comunitarios para ayuda.

La administración de casos puede incluir visitas presenciales, telefónicas o virtuales. También hay lecciones y herramientas en línea para ayudarle con su salud. Puede encontrarlas en el Portal para Miembros.

¿Debería estar usted en administración de casos?

Si tiene necesidades especiales de atención médica, nuestros administradores de casos están aquí para usted y listos para ayudarle. Administración de casos podría ser útil si:

- Se le ha diagnosticado una condición crónica, como asma, diabetes, insuficiencia cardíaca o EPOC
- Tiene anemia falciforme, o VIH o SIDA
- Tiene una discapacidad mental, física o del desarrollo u otra necesidad especial de atención médica
- Usa la sala de emergencia o se le ha internado en el hospital varias veces en el último año
- Está embarazada y usa drogas ilegales o alcohol
- Tiene trastornos de salud mental y por uso de sustancias
- Use drogas intravenosas (inyectadas con una jeringa)
- Se le ha diagnosticado una enfermedad mental grave, como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión mayor
- Se le ha diagnosticado con trastorno del espectro del autismo

¿Qué es un administrador de casos?

Un administrador de casos es su asesor personal de bienestar. Él o ella trabaja muy de cerca con usted para planear sus metas de salud y las medidas que necesita tomar para lograrlas.

Nuestros equipos de administración de casos están compuestos de:

- Enfermeros(as) titulados(as) (RN)
- Trabajadores sociales autorizados (LSW)
- Profesionales de la salud mental autorizados (LMHP)

Su administrador de casos trabajará con usted y sus proveedores para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Juntos, ellos desarrollarán su plan individualizado de atención.

Si un plan de tratamiento alternativo le puede dar la atención más apropiada, nuestro director médico puede autorizar atención adicional, cuando uno o más de los siguientes corresponda:

- El miembro tiene una condición médica grave y se espera que requiera tratamiento prolongado
- Los servicios alternativos son un sustituto para servicios cubiertos más costosos que se brindan o se proponen
- Los servicios adicionales son necesarios
- Usted está de acuerdo con el plan de tratamiento alternativo

Louisiana Healthcare Connections tiene derecho a parar un plan alternativo de atención si el plan de atención ya no es apropiado o no funciona. Al miembro se le informará por correo al menos 10 días antes de que se suspenda un plan de atención. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) para hablar con administración de casos. Le ayudaremos a encontrar los recursos apropiados para sus necesidades.

SERVICIOS PARA EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD

Hay cosas que puede hacer para ayudar a tener un embarazo seguro. Consulte con su médico sobre los problemas médicos que tenga como la diabetes y la presión arterial alta. No use tabaco, alcohol ni drogas ahora ni cuando esté embarazada. Deber ver a su médico antes de quedar embarazada si ha experimentado los siguientes problemas:

- Tres o más abortos espontáneos
- Nacimiento prematuro (bebé nacido antes de las 38 semanas de embarazo)
- Bebé que nace muerto

Cuando esté embarazada, tenga lo siguiente en cuenta:

Vaya al médico (gineco-obstetra) tan pronto como crea que está embarazada. Es importante para usted y para la salud de su bebé que vea a un médico tan pronto como sea posible.

Seleccionar un médico al cual ir todo el tiempo que esté embarazada es especialmente importante si ha tenido problemas o un embarazo de alto riesgo en el pasado. Es aún mejor si ve a su médico antes de quedar embarazada para preparar su cuerpo para el embarazo.

Todas las miembros embarazadas deben elegir un pediatra para su bebé antes de que nazca. Si no elige un pediatra antes de que su bebé tenga 14 días, nosotros le asignaremos uno.

Los hábitos saludables de estilo de vida incluyen ejercicio, consumir comidas sanas balanceadas y dormir de 8 a 10 horas en la noche. Los hábitos saludables pueden ayudar a usted y su bebé a permanecer sanos.

Información acerca del ácido fólico

Una de las cosas más importantes que puede hacer para ayudar a prevenir los defectos del nacimiento graves en su bebé es consumir suficiente ácido fólico. El ácido fólico es una vitamina B que se encuentra en la mayoría de las verduras de hojas verdes. También se encuentra en los granos enriquecidos.

Algunos alimentos que contienen ácido fólico incluyen:

- Jugo de naranja
- Verduras verdes
- Frijoles
- Arvejas
- Cereales fortificados para el desayuno
- Arroz enriquecido
- Pan integral

Usted debería tomar ácido fólico antes de quedar embarazada. Es difícil obtener suficiente ácido fólico sólo de los alimentos. Pregunte a su médico sobre las vitaminas prenatales y consulte con su médico tan pronto como crea que podría estar embarazada.

Start Smart for Your Baby®

Start Smart for Your Baby (Start Smart) es un programa solo para miembros embarazadas y miembros con un recién nacido. Ayuda a asegurar que usted y su bebé estén sanos durante su embarazo y después del parto. La información se proporciona por correo o por teléfono. Nuestro personal de Start Smart puede contestar preguntas y darle apoyo si tiene un problema. Podemos incluso coordinar una visita en el hogar si es necesaria.

Si está embarazada y fuma cigarrillos, le podemos ayudar a dejar de fumar. Tenemos un programa especial para dejar de fumar para miembros embarazadas disponible sin costo. El programa ha capacitado a profesionales médicos que están listos para trabajar con usted individualmente. Ellos le brindarán la educación, asesoría y el apoyo que usted necesita para ayudarlo a dejar de fumar. Mediante llamadas telefónicas regulares, usted y su entrenador de la salud desarrollan un plan para hacer cambios que le ayuden a dejar de fumar.

¿Está embarazada(o)? ¡Infórmenos!

Tenemos muchas maneras de ayudarle a tener un embarazo saludable. Pero antes de que podamos ayudar, necesitamos saber si está embarazada. Infórmenos para que podamos programar la atención especial que usted y su bebé necesitan y asegurarnos de que usted sea elegible para no recibir copagos por medicamentos recetados.

Para informarnos de su embarazo, deberá completar y enviar el formulario de “Aviso de Embarazo”. También puede ganar \$30 en recompensas saludables por entregar el formulario. Puede hacerlo:

- Llamando a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Podemos ayudarle a completar y enviar el formulario.
- Iniciar sesión en nuestro Portal para Miembros en LouisianaHealthConnect.com/login. Puede completar y enviar el formulario en línea.

Text4Baby

Text4baby es el primer servicio de salud para miembros embarazadas y bebés que utiliza mensajes de texto. Este es un servicio gratuito.

Puede enviar un mensaje con la palabra “BEBE” (o “BABY” para inglés) al 511411 para recibir tres mensajes de texto gratuitos a la semana, programados de acuerdo con su fecha estimada de parto o la fecha de nacimiento del bebé. Los mensajes se enviarán hasta el primer cumpleaños del bebé. Los mensajes abarcan temas como por ejemplo:

- Señales y síntomas del trabajo de parto
- Cuidado prenatal
- Alertas urgentes
- Metas del desarrollo
- Inmunizaciones
- Nutrición
- Prevención de los defectos de nacimiento
- Seguridad al dormir
- Seguridad
- Y más

Envíe un mensaje con la palabra “STOP” (al 511411) para dejar de recibir mensajes de texto. También puede enviar el mensaje con la palabra “HELP” (al 511411) si hay preguntas en cualquier momento. Para informarse más, visite text4baby.org.

Programas de visitas a domicilio

Las miembros que están embarazadas e inscritas en la administración de casos pueden ponerse en contacto con programas de visitas a domicilio en los que recibirán ayuda y orientación durante el embarazo y el cuidado del recién nacido. Está demostrado que estos programas mejoran la salud prenatal y materna y los resultados del parto, así como la salud y el desarrollo del niño. Los programas incluyen:

- Louisiana Nurse-Family Partnership (NFP): proporciona orientación durante el embarazo y el cuidado del recién nacido.
- Padres como Maestros (Parents as Teachers; PAT): ayuda a acceder a los servicios y a mantener a los bebés en el buen camino hacia una vida sana.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN CRÓNICA

Louisiana Healthcare Connections ofrece servicios de administración de la atención crónica a nuestros miembros. Estos servicios ayudan a nuestros miembros que tienen una condición crónica a mejorar su calidad de vida. Nuestros asesores de salud coordinan la atención entre usted, sus médicos y sus especialistas. También pueden ayudarle a informarse sobre su condición y lo asesoran en cuanto al autocuidado para mejorar su salud.

Los miembros que tienen estas condiciones se pueden beneficiar de los servicios de administración de la atención crónica:

- ADHD
- Ansiedad
- Asma
- Condición de salud mental crónica
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Diabetes
- Depresión
- Hemofilia
- Hepatitis C
- VIH y SIDA
- Hipertensión
- Obesidad/manejo del peso
- Manejo del dolor
- Trastorno por abuso perinatal de sustancias
- Anemia drepanocítica

Nuestros asesores de salud escucharán sus inquietudes y le ayudarán a conseguir las cosas que necesite. Le hablarán sobre:

- Su condición y el plan de cuidado para que los entienda
- Cómo usar sus medicamentos
- Qué pruebas de detección hacerse
- Cuándo llamar a su médico o a otro proveedor de atención médica

El objetivo del manejo de la atención crónica es ayudarle a entender y tomar control de su salud. Mejor control significa mejor salud.

AYUDAS ADICIONALES PARA LA SALUD

Los siguientes son beneficios adicionales disponibles para nuestros miembros en administración de la atención. Hable con su administrador de la atención para ver si estos servicios pueden ayudarle con su enfermedad.

Alternativas a los opiáceos para el tratamiento del dolor crónico

Los miembros con diagnóstico de dolor crónico o aquellos con riesgo de desarrollar dolor crónico, independientemente de su edad, pueden trabajar con su equipo de administración de la atención para recibir alternativas a los opiáceos para el tratamiento del dolor. Hay tratamientos alternativos disponibles si son médicamente necesarios para aliviar el dolor y restablecer los grados de actividad.

Intervenciones domiciliarias contra el asma

Muchas veces, el asma puede empeorar por cosas que hay en casa, como el moho. Los miembros con asma que participan en el programa de administración de la atención pueden recibir ayuda adicional para estos problemas en casa. Esto incluye servicios a domicilio o productos que se sabe que mejoran el asma, como la limpieza del moho y el control de plagas. También incluye formación sobre el control del asma en casa, como el programa BREATHE del Departamento de Salud de Louisiana.

Ayuda para problemas de salud en el hogar

Los miembros activos en administración de la atención y que acepten una evaluación domiciliaria pueden ser elegibles para recibir ayuda para tener un hogar sano, recibiendo servicios específicos como la eliminación de moho, el control de plagas y la conexión de servicios públicos para ayudarles con problemas de salud en su hogar.

Transporte para las necesidades de salud y bienestar

Este beneficio adicional de transporte incluye el transporte a lugares que mejoran su salud y bienestar. Esto puede incluir lugares como despensas de alimentos, farmacias, citas del programa WIC y más. Estos servicios de transporte son para los miembros que participan en la administración la atención, están sujetos a disponibilidad y todos los miembros menores de 17 años deben ir con un adulto.

Teléfonos móviles: Programa federal SafeLink y ConnectionsPlus®

El programa federal SafeLink proporciona teléfonos móviles prepagados gratuitos a las personas con acceso limitado o sin acceso al teléfono. Esto les permite mantenerse en contacto con los proveedores de atención médica, los administradores de la atención, los servicios de telesalud y el 911. A los miembros que participan en la administración de la atención y no reúnen los requisitos para SafeLink, les proporcionamos teléfonos móviles y planes de datos gratuitos a través de ConnectionsPlus®.

Autorización y necesidad médica

SERVICIOS NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

Los servicios cubiertos que usted recibe deben ser necesarios desde el punto de vista médico. En otras palabras, queremos que reciba la atención médica correcta, en el lugar correcto, en el momento correcto. Para ayudar a asegurar que esté recibiendo la atención necesaria desde el punto de vista médico, usamos directrices estándar. Todas las decisiones que tomamos con sus proveedores sobre su atención médica se basarán únicamente en cuán apropiados son la atención, el entorno o los servicios.

Louisiana Healthcare Connections no recompensa a los proveedores o a nuestro personal por denegar cobertura o servicios. Se puede comunicar con nosotros para solicitar cualquier información sobre la estructura y operación de Louisiana Healthcare Connections, así como la manera en que pagamos a nuestros proveedores.

Esto puede incluir información sobre:

- Cómo trabajamos con otros planes de salud si tiene otra cobertura
- Resultados de las encuestas de los miembros
- Cuántos miembros se desafilian de Louisiana Healthcare Connections
- Beneficios, elegibilidad, reclamaciones o proveedores participantes

Si nos quiere informar sobre maneras de mejorar, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS

Cuando necesite atención médica, comience siempre con una llamada a su médico. Algunos servicios cubiertos pueden requerir autorización previa de parte de Louisiana Healthcare Connections. Una autorización previa decide si un servicio se debería cubrir basándose en:

- si el servicio es necesario (necesidad médica)
- si es probable que el servicio sea útil (apropiado desde el punto de vista clínico)

Su proveedor nos dará información (por teléfono o por escrito) sobre por qué necesita el servicio. Revisaremos si el servicio está cubierto y nos aseguraremos de que sea necesario desde el punto de vista médico. Tomaremos la decisión tan pronto como sea posible basándonos en su condición médica. Normalmente las decisiones se toman dentro de 14 días del calendario. Si necesita ser ingresado en el hospital por una necesidad médica urgente, la decisión se tomará en un plazo de dos días de calendario. Si necesita atención hospitalaria continua, la decisión se tomará en el plazo de un día de calendario.

Su proveedor le puede decir si un servicio necesita una autorización previa. Además puede llamar a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) para ver si algo necesita autorización previa. Informaremos a su proveedor si el servicio es aprobado o denegado. Si usted o su proveedor no está contento con la decisión, puede pedirnos que hagamos una segunda revisión. Esto se conoce como una apelación. Consulte la sección Satisfacción de los Miembros de este manual para obtener más información.

Los miembros también pueden pedirnos que aprobemos los servicios que necesitan autorización previa. Para solicitar una autorización de servicio, llame a Servicios para Miembros a 1-866-595-8133 (TTY: 711). También puede hacer esta solicitud por escrito, en: Louisiana Healthcare Connections, P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884. O puede enviar su solicitud por fax al 1-877-401-8170.

NOTA: Los servicios de la sala de emergencia y posestabilización NUNCA requieren autorización previa. Si hay cambios importantes en el proceso de autorización previa, informaremos a nuestros miembros y sus proveedores en seguida.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS

Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa de Magellan antes de que su plan de salud los cubra. Magellan administra autorizaciones previas para todos los planes de salud de Medicaid de Louisiana. Su proveedor puede informarle si un medicamento necesita autorización previa. También puede llamar al Servicio de Ayuda para Miembros de Magellan al 1-800-424-1664 (TTY: 711) para saber si un medicamento necesita autorización previa.

Si se necesita autorización previa, su proveedor le dará a Magellan información sobre por qué necesita el medicamento. Magellan basará su decisión en la Lista única de medicamentos preferidos de Medicaid de Louisiana y la información proporcionada por su médico. Magellan le informará a su proveedor si el medicamento se aprueba o se rechaza.

Si usted o su proveedor no están satisfechos con la decisión, pueden solicitar una segunda revisión a Louisiana Healthcare Connections. Esto se llama apelación. Consulte la sección Satisfacción de los Miembros de este manual para obtener más información sobre las apelaciones.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico sin ningún costo para usted. Si le gustaría obtener una segunda opinión, informe a su proveedor. Usted debe obtener su segunda opinión de un médico que esté en nuestra red. También puede obtener aprobación previa de Louisiana Healthcare Connections para consultar con un proveedor que no pertenece a nuestra red. Louisiana Healthcare Connections pagará por una segunda opinión de un médico fuera de la red si no hay uno disponible en nuestra red. Su proveedor revisará entonces la segunda opinión y decidirá sobre el mejor plan de tratamiento.

ENCONTRAR NUEVOS TRATAMIENTOS PARA UNA MEJOR ATENCIÓN

Louisiana Healthcare Connections tiene un comité de médicos que revisan nuevos tratamientos para enfermedades. Ellos revisan estudios de otros médicos y agencias científicas. Los nuevos tratamientos cubiertos por Medicaid de Louisiana se comparten con los proveedores de Louisiana Healthcare Connections. Esto les permite darle el mejor y más actualizado tratamiento.

Satisfacción de los Miembros

Esperamos que nuestros miembros siempre estén contentos con nuestros proveedores y con nosotros. Si no está contento(a), ¡lo queremos saber! Louisiana Healthcare Connections tiene pasos para manejar los problemas que usted pudiera tener.

Louisiana Healthcare Connections ofrece a nuestros miembros los siguientes procesos para lograr la satisfacción de los miembros:

- Consejo Asesor para Miembros
- Programa de mejora de la calidad
- Encuestas de satisfacción de los miembros
- Proceso de apelación y audiencia estatal imparcial para apelaciones
- Proceso de quejas

CONSEJO ASESOR DE MIEMBROS

Usted puede ayudar a Louisiana Healthcare Connections a mejorar la manera en que funciona nuestro plan de salud. Tenemos un Consejo Asesor para Miembros que da a los miembros como usted la oportunidad de compartir sus opiniones e ideas con nosotros. El Consejo Asesor para Miembros se reúne al menos cuatro veces al año.

En estas reuniones, usted tiene la oportunidad de hablar sobre los servicios que recibe. Además nos puede decir cómo estamos haciendo las cosas. Puede hacer preguntas o compartir las inquietudes que tenga sobre los servicios que recibe. ¿Le gustaría acompañarnos? Simplemente llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) para unirse al Consejo Asesor de Miembros.

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD

Louisiana Healthcare Connections está comprometido con brindar atención médica de calidad para usted y su familia. Nuestro objetivo principal es mejorar su salud y ayudarle con cualquier enfermedad o discapacidad. Nuestros programas siguen las prioridades del Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee on Quality Assurance; NCQA) y del Instituto de Medicina (Institute of Medicine; IOM).

Para ayudar a promover atención médica segura, confiable y de calidad, nuestros programas incluyen:

- Realizar una revisión de médicos y proveedores cuando se vuelven parte de la red de Louisiana Healthcare Connections
- Asegurar que los miembros tengan acceso a todos los tipos de servicios de atención médica
- Ofrecer a los miembros apoyo y educación sobre atención médica en general y enfermedades específicas
- Enviar recordatorios a los miembros para que reciban pruebas anuales como por ejemplo exámenes físicos del adulto, detección del cáncer del cuello uterino y detección del cáncer de seno
- Investigar las inquietudes de los miembros con respecto a la atención médica recibida

Louisiana Healthcare Connections cree que su opinión puede ayudar a mejorar nuestros servicios. Todos los años enviamos una encuesta para los miembros que les hace preguntas sobre su experiencia con la atención médica y los servicios que usted recibe. Esperamos que se dé tiempo para enviarnos sus respuestas.

APELACIONES

Una apelación es una solicitud de revisión de un servicio que se ha denegado, limitado, reducido o terminado. Las apelaciones pueden ser presentadas por un miembro (o padre o tutor de un miembro menor), un representante nombrado por un miembro o un proveedor que actúe en nombre de un miembro. Una apelación hace que revisemos una decisión de denegación para asegurar que haya sido la decisión correcta.

Usted puede apelar una decisión que:

- Deniega la atención solicitada
- Disminuye la cantidad de la atención proporcionada
- Termina atención que se aprobó previamente
- Deniega pago por atención médica por la que puede que usted tenga que pagar

Estos tipos de decisiones se llaman “acciones adversas”. Si ocurre cualquiera de estas acciones, le enviaremos una carta explicando cuál es la decisión y por qué tomamos esa decisión. Además incluirá información sobre sus derechos de apelación.

Puede presentar una apelación dentro de un plazo de 60 días del calendario desde la fecha de la carta de acción adversa. Además puede solicitar copias de cualquier documentación que Louisiana Healthcare Connections usó para tomar la decisión sobre su atención médica o apelación. Además puede solicitar una copia de sus expedientes de miembro.

Nosotros guardamos los expedientes de cada apelación, así como todas las respuestas, durante seis años.

No lo tomaremos en su contra ni lo trataremos de manera distinta en absoluto si presenta una apelación.

Cómo presentar una apelación

Para presentar una apelación por teléfono, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711). También puede presentar una apelación por escrito, a: Louisiana Healthcare Connections, P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884. O puede enviar su apelación por fax al 1-877-401-8170.

Louisiana Healthcare Connections acusará recibo de su apelación dentro de un plazo de cinco días de recibirla. Le informaremos sobre su decisión por escrito en un plazo de 30 días desde la fecha de su apelación. Si se requieren más de 30 días, podemos solicitar una extensión del LDH. Tendremos que decirles por qué queremos la extensión y cómo la extensión es lo mejor para el miembro (usted). Además puede solicitar una extensión (hasta 14 días) si se necesita más tiempo. Puede solicitar una extensión llamando al 1-866-595-8133 (TTY: 711) y preguntando por el departamento de apelaciones.

¿Quién puede presentar una apelación?

- Usted, el miembro (o uno de los padres o tutor de un miembro menor de edad)
- Una persona que usted nombre (su representante)
- Un proveedor que actúa por usted

Usted debe dar su autorización por escrito si otra persona presenta una apelación por usted. Puede otorgarle a alguien esta autorización mediante el formulario de “Representante de Apelación”. Le enviaremos una copia de este formulario junto con todas las cartas de acción adversa. También puede obtener este formulario de nuestro sitio web (LouisianaHealthConnect.com) o en la sección de Formularios de este manual. Si desea autorizar que alguien apele en su nombre, debe enviar su apelación mediante un formulario de “Representante de Apelación”, dentro de los 60 días de calendario a partir de la fecha de la carta de acción adversa.

Si necesita ayuda para presentar su apelación, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

Continuación de servicios

Usted puede pedir seguir recibiendo atención médica relacionada con su apelación mientras revisamos. Debe hacer esta solicitud dentro de un plazo de 10 días después de recibir su carta de acción adversa.

IMPORTANTE: Puede que usted tenga que pagar por esta atención, si la decisión final que se tome sobre la apelación no le favorece.

Decisiones rápidas para una apelación

Si su condición médica se considera urgente, tomaremos una decisión sobre su apelación mucho más rápido. Usted puede necesitar una decisión rápida si, al no recibir los servicios solicitados, es probable que ocurra uno de los siguientes:

- Usted tendrá riesgo de problemas de salud graves, o puede que muera
- Usted tendrá problemas graves con su corazón, pulmones u otras partes de su cuerpo
- Será necesario que vaya a un hospital

Su médico debe estar de acuerdo con que usted tiene una necesidad urgente. Si cree que necesita una decisión rápida para una apelación, llame al 1-866-595-8133 (TTY: 711) y pregunte por el departamento de apelaciones. Nuestro director médico tomará una decisión sobre su solicitud, y le informaremos dentro de un plazo de 72 horas (3 días).

Audiencia Estatal Imparcial para apelaciones

Si está insatisfecho(a) con la decisión sobre una apelación, puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. En una Audiencia Estatal Imparcial, la secretaría del LDH tomará una decisión final sobre si se brindarán los servicios. Debe completar el proceso de apelaciones de Louisiana Healthcare Connections antes de que pueda solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.

Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial en un plazo de 120 días desde la fecha del aviso de resolución para su apelación. El tiempo de procesamiento para una Audiencia Estatal Imparcial puede tardar hasta 90 días a partir de la fecha de recepción. Si solicita una Audiencia Estatal Imparcial y quiere que los servicios que se están denegando continúen, debe presentar una solicitud en un plazo de 10 días desde la fecha en que recibe nuestra decisión. Si la Audiencia Estatal Imparcial encuentra que nuestra decisión fue correcta, usted puede ser responsable del costo de los servicios que se continuaron.

Para solicitar una Audiencia Estatal Imparcial:

- Por correo: Division of Administrative Law, PO Box 4189, Baton Rouge, LA 70821-4189
- Por teléfono: 1-225-342-5800 o por fax: 1-225-219-9823
- En línea: adminlaw.state.la.us/HH.htm
- El formulario de “Solicitud de Audiencia Estatal Imparcial” se encuentra en la sección de Formularios de este manual y en nuestro sitio web.

Para obtener más información acerca del proceso de Audiencia Estatal Imparcial, llame a la sección de Salud y Hospitales de la División de Ley Administrativa al 1-225-342-0443.

Servicios legales

Usted tiene derecho a que lo(a) represente un abogado durante una apelación o Audiencia Estatal Imparcial. Servicios legales gratuitos o de bajo costo están disponibles a través de la Corporación de Servicios Legales (Legal Services Corporation). Tienen varias oficinas en Louisiana:

Acadiana Legal Services Corporation

Oficina en Alexandria: 1-318-443-7281, 1-800-256-4343 (llamadas gratuitas)

Oficina en Franklin: 1-337-346-5702, 1-844-577-6456 (llamadas gratuitas)

Oficina en Lafayette: 1-337-237-4320, 1-800-256-1175 (llamadas gratuitas)

Oficina en Lake Charles: 1-337-439-0377, 1-877-256-0639 (llamadas gratuitas)

Oficina en Monroe: 1-318-699-0889, 1-800-259-6591 (llamadas gratuitas)

Oficina en Natchitoches: 1-318-352-7220, 1-800-960-9109 (llamadas gratuitas)

Oficina en Shreveport: 1-318-222-7186, 1-800-826-9265 (llamadas gratuitas)

En línea: la-law.org

Southeast Louisiana Legal Services Corporation

Oficina en Baton Rouge: 1-225-448-0080, 1-855-512-3980 (llamadas gratuitas)

Oficina en Covington: 1-985-893-0076, 1-800-891-0076 (llamadas gratuitas)

Oficina en Gretna: 1-504-374-0977, 1-800-624-4771 (llamadas gratuitas)

Oficina en Hammond: 1-985-345-2130, 1-800-349-0886 (llamadas gratuitas)

Oficina en Houma: 1-985-851-5687, 1-800-256-1660 (llamadas gratuitas)

Oficina en New Orleans: 1-504-529-1000, 1-877-521-6242 (llamadas gratuitas)

Acceso a Justice Center (St. Charles Parish): 1-985-331-3034

En línea: slls.org

Disability Rights Louisiana

La organización Disability Rights Louisiana (DRLA) ayuda a proteger los derechos de las personas con discapacidades mentales o físicas. Ofrecen asesoramiento, información, capacitación y ayuda legal. Se puede contactar a DRLA en línea en disabilityrightsla.org o en las siguientes ubicaciones:

New Orleans

8325 Oak Street
New Orleans, LA 70118
Teléfono: 1-800-960-7705
Correo electrónico:
info@disabilityrightsla.org

Lafayette

600 Jefferson Street Suite 812
Lafayette, LA 70501
Teléfono: 1-800-960-7705
Correo electrónico:
info@disabilityrightsla.org

Baton Rouge

530 Lakeland Drive
Baton Rouge, LA 70802
Teléfono: 1-800-960-7705
Correo electrónico:
info@disabilityrightsla.org

QUEJAS

Las quejas son reclamos orales o por escrito que presenta a Louisiana Healthcare Connections usted o su representante autorizado. Estos reclamos pueden referirse a cualquier acción de Louisiana Healthcare Connections, incluso, pero sin limitarse a:

- requisitos de autorización previa
- calidad de la atención médica
- procesos u operaciones administrativas

Louisiana Healthcare Connections quiere resolver las inquietudes que usted pudiera tener. No lo tomaremos en contra suya ni lo trataremos de manera distinta si usted presenta una queja.

Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja llamándonos al 1-866-595-8133 (TTY: 711). También puede presentar su queja en persona, por correo o por fax a:

Louisiana Healthcare Connections

ATTN: Grievances

P.O. Box 84180

Baton Rouge, LA 70884

Fax: 1-877-401-8170

Asegúrese de incluir:

- Su primer nombre y apellido
- Su número de identificación de Medicaid
- Su dirección y número telefónico
- Lo que lo tiene descontento
- Qué le gustaría que pase

Puede presentar una queja en cualquier momento. Si presenta una queja por escrito, le enviaremos una carta dentro de un plazo de cinco (5) días informándole que la hemos recibido.

Louisiana Healthcare Connections mantiene expedientes de cada queja, así como todas las respuestas, durante seis años.

Si alguien más va a presentar una queja por usted, debemos tener su permiso por escrito para que esa persona presente su queja. Puede llamar a Servicios para Miembros para recibir un formulario o vaya a LouisianaHealthConnect.com. El formulario para “Representante de Apelación” (que se encuentra en la sección de Formularios de este manual) se puede usar para otorgarle a otra persona el derecho de presentar su queja o apelación.

Si tiene alguna prueba o información que apoye su queja, puede enviárnosla y la añadiremos a su caso. Puede enviar esta información a Louisiana Healthcare Connections por fax o por correo. Además puede solicitar recibir copias de cualquier documentación que Louisiana Healthcare Connections usó para tomar la decisión sobre su atención médica o queja.

Usted puede esperar una resolución y una respuesta escrita dentro de un plazo de 90 días desde su queja. La mayoría de quejas se resuelven dentro de un plazo de 30 días.

No lo tomaremos en su contra ni lo trataremos de manera distinta en absoluto si presenta una queja. Nosotros queremos conocer sus inquietudes de manera que podamos mejorar nuestros servicios.

Cómo presentar una queja relacionada con la farmacia

Las quejas relacionadas con sus beneficios de farmacia deben enviarse a Magellan. Puede presentar una queja ante Magellan:

- Llamando al Servicio de Ayuda para Miembros de Magellan al 1-800-424-1664 (TTY: 711)
- Enviando su queja por correo a:

Magellan Rx Management, LLC
Attn: GV — 4301
P.O. Box 64811
St. Paul, MN 55164-0811

- Enviando su queja por fax a 1-800-424-7402

INFORME DE PRESUNTAS VIOLACIONES DE MERCADEO

Louisiana Healthcare Connections sigue las directrices del LDH con respecto al mercadeo a miembros potenciales. Si tiene conocimiento de una actividad de cualquier plan de salud de Medicaid que podría estar en contra de las pautas de LDH, complete el “formulario de presentación de quejas de mercadeo” (Marketing Complaint Submission Form) de LDH (que se encuentra en [LDH.la.gov/healthylamarketingcomplaint](https://ldh.la.gov/healthylamarketingcomplaint) y en la sección de Formularios de este manual) y lo investigarán.

Las actividades prohibidas incluyen:

- Cualquier correo, correo electrónico, llamadas telefónicas o visitas puerta a puerta de cualquier plan de salud de Medicaid que no sea Louisiana Healthcare Connections.
- Adjuntar a los materiales de mercadeo una solicitud de inscripción en Medicaid
- Publicar o distribuir materiales de mercadeo en el departamento de emergencia de un hospital
- Distribuir información que sea falsa, confusa, engañosa o tenga la intención de estafar a los miembros
- Ayudar a alguien a inscribirse en Medicaid
- Compararse con otros planes de salud de Medicaid por nombre
- Cobrar a los miembros por artículos o servicios en eventos
- Cobrar a los miembros una tarifa por usar su sitio web
- Tratar de vender a los miembros planes comerciales de seguro

REPORTE DE DESPERDICIO, ABUSO Y FRAUDE

Louisiana Healthcare Connections se toma en serio la identificación y el reporte de fraude o abuso. Nuestro personal está disponible para hablar con usted sobre esto o usted puede informar al LDH al respecto.

Para hablar con Louisiana Healthcare Connections, llame a nuestro Departamento de Cumplimiento al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Para hablar con el LDH, llame a su línea directa para desperdicio, fraude y abuso al 1-800-488-2917 o visite su sitio web en [LDH.la.gov/reportproviderfraud](https://ldh.la.gov/reportproviderfraud).

Fraude significa que un miembro, proveedor u otra persona está usando indebidamente los recursos del programa de Medicaid de Louisiana. Esto podría incluir cosas como:

- Dar a alguien su tarjeta de identificación de miembro para que pueda recibir servicios bajo su nombre
- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona para recibir servicios bajo su nombre
- Un proveedor que cobra por el mismo servicio dos veces
- Un proveedor que factura por un servicio que nunca se brindó

Sus beneficios de atención médica se le dan basándose en su elegibilidad para el programa. No debe compartir sus beneficios con nadie. Si usa indebidamente sus beneficios, podría perderlos. LDH también podría tomar acción legal contra usted si usa indebidamente sus beneficios.

Si cree que un proveedor, miembro u otra persona está usando indebidamente los beneficios de Medicaid, infórmenos en seguida. Louisiana Healthcare Connections se tomará su llamada en serio y no necesita dar su nombre.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Como miembro, usted tiene ciertos derechos. Louisiana Healthcare Connections también espera que sus proveedores respeten y reconozcan sus derechos:

- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir el derecho a la privacidad y no discriminación según lo requiere la ley.
- Unirse a sus proveedores en la toma de decisiones acerca de su atención médica.
- Rechazar cualquier servicio médico, diagnóstico, tratamiento o servicio de salud si usted o su padre/madre/tutor tiene objeciones basándose en razones religiosas u otras razones.
- Conversar sobre opciones de tratamiento, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- Buscar una segunda opinión.
- Recibir información acerca de Louisiana Healthcare Connections, incluso:
 - Estructura y operaciones
 - Servicios y planes de utilización de servicios
 - Médicos y proveedores
 - Planes de incentivos para médicos
 - Derechos y responsabilidades de los miembros
- Hacer recomendaciones con respecto a los derechos y las responsabilidades de los miembros de Louisiana Healthcare Connections.
- Recibir información acerca de tratamientos experimentales y estudios clínicos disponibles y cómo se puede obtener acceso a esa investigación.
- Recibir ayuda de su(s) proveedor(es) con la coordinación de la atención médica.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o revancha.
- Expresar una inquietud o apelación de una decisión de Louisiana Healthcare Connections o la atención médica que brinda y recibir una respuesta en un periodo de tiempo razonable.
- Revisar y recibir una copia de sus expedientes médicos según lo permita la ley (una copia gratis cada año) y solicitar que se enmienden o corrijan.

- Hacer una directiva anticipada.
- Presentar cualquier reclamo al LDH si no se sigue su directiva anticipada.
- Elegir un proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y apropiado.
- A recibir servicios de atención médica que sean accesibles, comparables en cantidad, duración y alcance a los que se brindan bajo pago por servicio (fee-for-service) de Medicaid y que sean suficientes en cantidad, duración y alcance para que sea razonable esperar que logren el propósito para el que se brindan los servicios.
- Recibir servicios que sean apropiados y que no se denieguen ni reduzcan únicamente debido al diagnóstico, el tipo de enfermedad o la condición médica.
- Libertad para ejercer los derechos aquí descritos sin ningún efecto adverso en su tratamiento por parte de LDH, Louisiana Healthcare Connections y sus proveedores o contratistas.
- Recibir toda la información para miembros escrita de Louisiana Healthcare Connections:
 - Sin costo para usted
 - En los idiomas prevalentes, que no son inglés, de miembros en su área de servicio
 - En otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de miembros que podrían tener, por alguna razón, problemas para leer la información
- Recibir servicios de interpretación oral gratuitos para todos los idiomas que no sean el inglés, no solo los identificados como "frecuentes".
- Que se le informe que los servicios de interpretación oral están a su disposición y cómo acceder a los mismos.
- Recibir ayuda tanto del LDH como de su Agente de inscripción para entender los requisitos y beneficios de Louisiana Healthcare Connections.

Como miembro, usted tiene ciertas responsabilidades:

- Informar a Louisiana Healthcare Connections de la pérdida o el robo de su tarjeta de identificación de miembro.
- Presentar su tarjeta de identificación de miembro cuando usa servicios de atención médica.
- Estar familiarizado con los procedimientos de Louisiana Healthcare Connections lo mejor que pueda.
- Llamar o comunicarse con Louisiana Healthcare Connections para obtener información y obtener respuestas a sus preguntas.
- Dar a los proveedores participantes de la red información médica exacta y completa.
- Seguir el tratamiento recetado para la atención recomendada por un proveedor o informarles las razones por las que no puede seguir el tratamiento, tan pronto como sea posible.
- Hacer todo esfuerzo por ir a sus citas y citas de seguimiento programadas y tener acceso a servicios de atención preventiva.
- Llevar un estilo de vida saludable y evitar comportamientos que se sabe son perjudiciales para su salud.
- Dar información exacta y completa a todos los proveedores de atención médica.
- Informarse acerca de las normas, reglas y restricciones de la cobertura de Louisiana Healthcare Connections.
- Hacer preguntas a los proveedores para determinar los riesgos, beneficios y costos potenciales de tratamientos alternativos, y luego tomar decisiones sobre la atención después de sopesar cuidadosamente todos los factores pertinentes.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados mutuamente con su proveedor en la medida que sea posible.
- Seguir el proceso de quejas establecido por Louisiana Healthcare Connections (y como se describe en este manual) si hay un desacuerdo con un proveedor.

SUS EXPEDIENTES DE SALUD ELECTRÓNICOS

Desde el 1 de julio de 2021, una nueva norma federal denominada Norma de Interoperabilidad y Acceso de los Pacientes (CMS 915 F) facilita a los miembros la obtención de sus historiales médicos cuando más lo necesitan. Usted ahora tiene acceso completo a sus expedientes de salud en su dispositivo móvil, lo que le permite administrar mejor su salud y saber qué recursos están a su disposición.

La nueva norma facilita la búsqueda de información sobre reclamos pagados y denegados, cobertura de medicamentos, proveedores de atención médica y partes específicas de su información clínica. Puede obtener información para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.

Para más información, visite su cuenta de miembro en línea en:

member.LouisianaHealthConnect.com.

Información sobre la elegibilidad

ELEGIBILIDAD GENERAL

Louisiana Healthcare Connections es un plan de salud disponible a través del Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health; LDH). Louisiana Healthcare Connections no decide la elegibilidad para Medicaid. LDH decide su elegibilidad para Medicaid. La Administración del Seguro Social (Social Security Administration; SSA) decide la elegibilidad para Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income; SSI).

Puede llamar a la Oficina de Elegibilidad de Medicaid sin cargo al 1-888-342-6207 para obtener más información sobre su elegibilidad.

CAMBIOS IMPORTANTES EN LA VIDA

Ciertos cambios importantes en la vida pueden afectar su elegibilidad con Louisiana Healthcare Connections. Si se produce un cambio importante en su vida, llame a la línea gratuita de la Unidad de Atención al Cliente de Medicaid al 1-888-342-6207, acuda a una oficina local de Medicaid o visite el portal de autoservicio de Medicaid de Louisiana en [MyMedicaid.la.gov](https://www.mymedicaid.la.gov) en un plazo de 10 días a partir del cambio.

Algunos ejemplos de cambios importantes en la vida incluyen:

- Un cambio en su nombre
- Un cambio en su empleo
- Un cambio en capacidad/discapacidad

Debe llamar a su Oficina de Elegibilidad de Medicaid al número sin cargos 1-888-342-6207 si tiene un cambio en el tamaño de su familia. Esto podría significar que su familia creció debido a un nacimiento o matrimonio. También debe informar si el tamaño de su familia se redujo. Esto se puede deber a que un familiar muere o se muda.

Hay otros cambios en la vida sobre los que debería informar a Louisiana Healthcare Connections. Si se muda a otra dirección o queda embarazada, infórmenos tan pronto como pueda. Esto nos ayudará a continuar dándole servicios.

Si está embarazada, también le podemos dar apoyo especial para ayudar a usted y a su bebé a permanecer sanos. Si cambia de dirección o queda embarazada, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

OTRO SEGURO

Si tiene otro seguro, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) e infórmenos. Enviaremos todas las cuentas al lugar correcto para pago. Informaremos al LDH sobre su otro seguro. Esto nos ayudará a coordinar su cobertura de atención médica para que se pague por sus servicios médicos.

Compensación al trabajador

Louisiana Healthcare Connections no pagará por las lesiones relacionadas con el trabajo que cubre compensación al trabajador (workers' compensation). Le daremos los servicios de atención médica que necesite mientras haya preguntas en cuanto a si una lesión es relacionada con el trabajo. Antes de que Louisiana Healthcare Connections haga esto, debe estar de acuerdo con darnos toda la información y los documentos necesarios para recuperar costos por los servicios provistos.

Toda lesión personal pendiente o juicio por negligencia médica o reclamación por accidente automovilístico se debe informar a Louisiana Healthcare Connections inmediatamente. Esto puede implicar cobertura de seguro a través de otras compañías y ayudará a hacer que se paguen sus servicios médicos.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

La inscripción abierta es cuando usted puede decidir quedarse con Louisiana Healthcare Connections o elegir un plan de salud diferente. La inscripción abierta ocurre solo una vez al año. Si desea cambiar de plan de salud durante la inscripción abierta, llame al 1-855-229-6848 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o visite MyPlan.Healthy.la.gov. Si no elige un nuevo plan de salud durante la inscripción abierta, mantendrá automáticamente su afiliación a Louisiana Healthcare Connections.

INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Si es miembro de Louisiana Healthcare Connections cuando su bebé nace, su bebé también está cubierto por nuestro plan. Algunas veces puede haber un periodo de espera para activar la identificación de Medicaid de su recién nacido. Durante este periodo, no será responsable del costo de servicios cubiertos. Louisiana Healthcare Connections cubrirá servicios que estén apropiadamente autorizados.

RENOVACIÓN DE SU COBERTURA

Los miembros a Medicaid deben renovar su cobertura cada año. Cuando llegue el momento de renovar su Medicaid, usted recibirá una carta por correo del Departamento de Salud de Louisiana. Incluirá un formulario de renovación en papel ya completado con su información.

1. Primero, verifique que la información sea correcta. Si necesita realizar cambios, simplemente escríbalos en los espacios provistos.
2. Actualice la información de su hogar y sus trabajos. Puede agregar personas adicionales en su hogar o incluir otro trabajo.
3. Firme el formulario y devuélvalo. Incluso si toda la información en su formulario precargado es correcta, aún debe firmarlo y devolverlo para renovar su Medicaid.
4. Complete su proceso de renovación antes de la fecha de vencimiento indicada en su carta. Si no cumple con el plazo, su cobertura terminará.

Hay cuatro formas de renovar su cobertura:

- En línea: MyMedicaid.la.gov
- Por teléfono: Línea directa de Medicaid de Louisiana 1-888-342-6207, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m.
- Por correo: Medicaid Application Office, P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9893
- En persona: comuníquese con su oficina regional de Medicaid para obtener ayuda. LDH.la.gov/medicaidoffices

DESAFILIACIÓN

Puede cambiar de plan de salud ("desafiliarse") durante la Inscripción abierta o los primeros 90 días de su afiliación a Louisiana Healthcare Connections. Se puede desafiliar sin causa:

- Durante los primeros 90 días de la inscripción
- Durante el periodo anual de inscripción abierta
- Al reinscribirse automáticamente, si una pérdida temporal de la elegibilidad para Medicaid ha causado que el miembro pierda el período de inscripción abierta anual

Si usted es un miembro que puede elegir participar voluntariamente, se puede desafiliar de su plan de salud en cualquier momento, en vigencia el primer mes en que sea posible tomar la medida. Si se desafilia de su plan de salud, solo se puede reinscribir durante el periodo anual de inscripción abierta.

Cómo desafiliarse con causa en cualquier momento

Puede pedir que se le desafilie en cualquier momento por las razones siguientes:

- Se muda fuera de Louisiana
- Cree que recibió mala atención
- Cree que recibió acceso deficiente a los servicios
- Necesita que se lleven a cabo servicios relacionados al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de Louisiana Healthcare Connections y su PCP u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado le sometería a riesgos innecesarios
- Tiene una falta de acceso documentada dentro de Louisiana Healthcare Connections a proveedores experimentados para tratar sus necesidades médicas
- Su proveedor activo especializado en salud del comportamiento deja de estar en nuestra red

Cómo desafiliarse

Puede solicitar desafiliarse (con o sin causa) por escrito o llamando al 1-855-229-6848 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. También puede visitar MyPlan.Healthy.la.gov y usar el portal de autoservicio.

Es posible que los médicos que aceptan Medicaid sólo estén "dentro de la red" de determinados planes de salud de Medicaid. Antes de cambiarse a un nuevo plan de salud, debe comprobar si su proveedor de atención primaria (PCP) pertenece a la red del otro plan.

Si solicita desafiliación con causa, debe indicar la razón por la que solicita la desafiliación. La razón debe aparecer en la lista de razones "con causa" anterior. Si su solicitud de cambio de plan de salud es denegada, puede apelar utilizando el proceso de Audiencia Estatal Imparcial.

Desafiliación involuntaria por causa

Louisiana Healthcare Connections puede solicitar desafiliación de un miembro por escrito al Agente de afiliación. Louisiana Healthcare Connections puede solicitar desafiliación en cualquier momento por cualquiera de las razones siguientes:

- El miembro es abusivo, amenazante o actúa violentamente
- El miembro permite que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro de Louisiana Healthcare Connections
- El miembro está preso
- El miembro se muda del estado
- El miembro es colocado en un centro de enfermería de cuidado a largo plazo, centro de ICF/DD

Louisiana Healthcare Connections no puede solicitar desafiliación de un miembro debido a:

- Una condición médica preexistente, un diagnóstico de salud o un cambio en el estado de salud
- Utilización de servicios médicos
- Capacidad médica disminuida
- Rechazo de atención médica o pruebas diagnósticas
- Comportamiento no cooperativo o perturbador causado por sus necesidades especiales
- Un intento de ejercer derechos bajo el sistema de quejas y apelaciones
- Una solicitud de cambiar proveedores

Finalización del contrato del plan de salud

Si el Departamento de Salud de Louisiana decide finalizar el contrato de un plan de salud de Medicaid, enviará a los miembros de dicho plan una notificación por escrito. En el aviso se indicará a los miembros cómo desafiliarse sin causa justificada. También se informará a los miembros de sus opciones para recibir servicios de Medicaid. Para obtener más información sobre esta política, comuníquese con la línea directa de atención al cliente de Medicaid de Louisiana en el 1-888-342-6207 (TTY: 1-800-220-5404), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. O visite el sitio web de Healthy Louisiana, [Healthy.la.gov](https://www.healthy.la.gov).

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y COMPARTIRSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Efectivo el 8 de febrero de 2024

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY:711).

Los servicios de interpretación están disponibles para usted de forma gratuita.

Deberes de la entidad cubierta

Louisiana Healthcare Connections es una entidad cubierta según lo define y regula la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Louisiana Healthcare Connections está obligada por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del aviso que está en vigor, y notificarle en el caso de un incumplimiento (Fuga de información o filtración) por el que su PHI no este segura.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos para acceder, enmendar y administrar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Louisiana Healthcare Connections se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos, así como para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Louisiana Healthcare Connections revisará y distribuirá de inmediato este aviso siempre que haya un cambio material en lo siguiente:

- Los usos o divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestros deberes legales
- Otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso

Los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web o se enviarán por correo postal. También le enviaremos una copia por correo postal o correo electrónico si la solicita.

Protecciones internas de la Información de salud personal (PHI) oral, escrita y electrónica

Louisiana Healthcare Connections protege su PHI. Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar. Estas son algunas de las formas en que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Requerimos que nuestros socios comerciales sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su PHI sólo por motivos comerciales con personas que necesitan estar al tanto.
- Mantenemos segura su PHI cuando la enviamos o la almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI

La siguiente es una lista de cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento – Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Pago – Podemos usar y divulgar su PHI para realizar pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le proporcionan. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las Reglas de Privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir procesar reclamos, determinar la elegibilidad o cobertura de reclamos y revisar los servicios para determinar la necesidad médica.

Operaciones de atención médica – Podemos usar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir proporcionar servicio al cliente, responder a quejas y apelaciones, y brindar administración y coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar su PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos divulgar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Reglas de Privacidad federales. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- Actividades de evaluación y mejora de la calidad.
- Revisar la competencia o calificaciones de los profesionales de la atención médica.
- Administración de la atención y coordinación de la atención.
- Detectar o prevenir fraudes y abusos en la atención médica

Divulgaciones al patrocinador del plan/ plan de salud grupal – Podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le brinde un programa de atención médica, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo usará o divulgará la información de salud protegida (como aceptar no usar la información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas o requeridas de su PHI

Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento – Podemos usar y divulgar su PHI para recordarle una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

Según lo requerido por la ley – Si la ley federal, estatal y/o local requiere el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su información de PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o regulaciones que rigen el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.

Actividades de salud pública – Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.

Víctimas de abuso y negligencia – Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos judiciales y administrativos – Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También es posible que se nos solicite divulgar su PHI para responder a un citatorio, solicitud de descubrimiento u otras solicitudes similares.

Cumplimiento de la ley – Podemos divulgar su PHI relevante a las autoridades cuando sea necesario hacerlo con el fin de responder a un delito.

Forenses, médicos legistas (medicina pericial) y directores de funerarias – Podemos divulgar su PHI a un médico forense o médico legista/pericial. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para llevar a cabo sus funciones.

Donación de órganos, ojos y tejidos – Podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.

Amenazas a la salud y la seguridad – Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales especializadas – Si es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados por cuestiones de seguridad nacional, actividades de inteligencia, al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica, la protección del presidente y otras personas autorizadas según lo requiera la ley.

Compensación de trabajadores – Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares, establecidos por ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.

Situaciones de emergencia – Podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si está incapacitado(a) o no presente, a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de ayuda en casos de desastre o cualquier otra persona previamente identificada por usted. Utilizaremos nuestro criterio y experiencia profesionales para determinar si la divulgación es lo mejor para usted. Si la divulgación es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.

Reclusos(as) – Si es un(a) recluso(a) de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.

Investigación – En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando existan ciertas salvaguardas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

Venta de PHI – Solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, lo que significa que estamos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.

Comercialización – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de comercialización con excepciones limitadas, como cuando tenemos comunicaciones de comercialización cara a cara con usted o cuando le ofrecemos obsequios promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia – Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para ciertos tratamientos, pagos u funciones operativas de atención médica.

Tiene derecho a revocar su autorización, por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos usado o divulgado su PHI en base a esa autorización inicial.

Sus derechos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Derecho a solicitar restricciones – Tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y a quién se aplican las restricciones. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o divulgación de PHI para pagos u operaciones de atención médica a un plan de salud cuando usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales – Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Este derecho sólo se aplica si la información pudiera ponerle en peligro si no se le comunica por el medio alternativo o a la ubicación alternativa que desea. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero sí debe manifestar que la información podría ponerle en peligro si no se cambia el medio de comunicación o la ubicación. Debemos atender su solicitud si es razonable y especifica el medio o la ubicación alternativo donde se debe entregar su PHI.

Derecho a acceder y recibir una copia de su PHI – Usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenida en un conjunto de registros designado. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le informaremos si se pueden revisar los motivos del rechazo. También le diremos cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no se puede revisar.

Derecho a enmendar su PHI – Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué se debe enmendar la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si no creamos la información que desea enmendar y el creador de la PHI puede realizar la enmienda. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración en la que está en desacuerdo con nuestra decisión y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicite que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la enmienda y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones – Usted tiene derecho a recibir una lista de instancias, dentro del último período de 6 años, en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que usted autorizó y otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas al momento de su solicitud.

Derecho a presentar una queja – Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

También puede presentar una queja ante U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitando: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

Derecho a recibir una copia de este aviso – Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento usando la información de contacto que se encuentra al final del aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso.

Información sobre raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Louisiana Healthcare Connections se compromete a mantener confidencial la información sobre su raza, origen étnico e idioma (REL, por sus siglas en inglés) y orientación sexual e identidad de género (SOGI, por sus siglas en inglés). Nosotros usamos algunos de los siguientes métodos para proteger su información:

- Mantenemos documentos en papel en archiveros cerrados con llave
- Requerimos que toda la información electrónica permanezca en medios físicamente seguros
- Mantenemos su información electrónica en archivos protegidos con contraseña

Podemos usar o divulgar su información REL y SOGI para realizar nuestras operaciones como su plan de salud. Estas actividades pueden incluir:

- Diseño de programas de intervención
- Diseño y dirección de materiales de divulgación.
- Información a los profesionales y proveedores de atención médica sobre sus necesidades de idioma.
- Evaluación de las disparidades en la atención médica

Nunca usaremos su información REL y SOGI para suscripción, fijación de tarifas o determinaciones de beneficios ni divulgaremos su información REL o SOGI a personas no autorizadas.

Información de contacto

Preguntas sobre este aviso: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Use la información de contacto que se encuentra a continuación.

Louisiana Healthcare Connections

ATTENTION: Privacy Official

P.O. Box 84180

Baton Rouge, LA 70884

Número de teléfono gratuito: 1-866-595-8133

TTY: 711

Fax: 1-866-768-9374

Cómo usar sus derechos

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso.

Los cambios en nuestras prácticas de privacidad aplicarán a todos los expedientes médicos que mantenemos. Los avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web o se enviarán por correo postal. Si tiene preguntas acerca de este Aviso o sobre cómo usamos o compartimos sus expedientes médicos, llame a Servicios para Miembros al 1-866-595-8133 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una carta con su queja a:

Louisiana Healthcare Connections
ATTENTION: Privacy Official
P.O. Box 84180
Baton Rouge, LA 70884
Teléfono: 1-866-595-8133 (TTY: 711)
Fax: 1-866-768-9374

También puede comunicarse con la secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY: 1-866-788-4989
En línea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Glosario

APELACIÓN: Una medida que puede tomar para solicitar a Medicaid que cambie de opinión cuando éste decide que no pagará la atención que usted necesita.

SERVICIOS PARA LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO (CONDUCTUAL): Atención médica para problemas emocionales, psicológicos, de consumo de sustancias y psiquiátricos. Forma parte de su plan de salud.

COPAGO: Dinero que tiene que pagar de su bolsillo antes de poder acudir a consulta con un proveedor de atención médica.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: Si su médico de atención primaria le envía a un especialista, su médico de atención primaria seguirá participando y se mantendrá informado de todos sus tratamientos médicos y dentales.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN: Su proveedor de atención primaria trabaja con usted y con otros proveedores para asegurarse de que todos sus proveedores se mantengan informados de sus problemas de salud.

PLAN DENTAL: Plan que le ayuda a pagar la atención dental, los procedimientos y la atención preventiva. Pagará por los beneficios que dice que están cubiertos en su Manual para Miembros.

EQUIPO MÉDICO DURADERO: Equipo ordenado por su médico que le ayuda en casa. Incluye sillas de ruedas, camas de hospital, bastones, muletas, andaderas, máquinas renales, ventiladores, oxígeno, monitores, colchones de presión, elevadores, nebulizadores, etc.

CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: Problema de salud que requiere atención médica/dental inmediata. Por ejemplo, un problema de salud que puede causarle daños graves a usted (o al feto, si está embarazada).

CONDICIÓN DENTAL DE EMERGENCIA: Problema de salud que requiere atención dental inmediata. Por ejemplo, un problema dental que puede causarle daños graves.

TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA: Ambulancia.

ATENCIÓN EN SALA DE EMERGENCIAS: Atención de una afección médica u odontológica que es demasiado grave para ser tratada en una clínica o centro de urgencias.

SERVICIOS DE EMERGENCIA: Atención médica u odontológica hospitalaria y ambulatoria prestada por un médico para detectar, evaluar y/o estabilizar su afección médica u odontológica de emergencia.

SERVICIOS EXCLUIDOS: Atención que no paga Medicaid.

QUEJA: Un informe que puede presentar si no está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido o si cree que un proveedor o alguien de la clínica ha sido grosero o le ha negado el acceso a la atención que necesitaba.

SERVICIOS Y DISPOSITIVOS DE HABILITACIÓN: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Algunos ejemplos son la terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, logopedia y otros servicios para personas con discapacidades.

SEGURO DE SALUD: Plan que le ayuda a pagar las visitas médicas, los procedimientos, las estancias hospitalarias y la atención preventiva. Pagará los gastos de alto coste y las detecciones rutinarias que dice que están cubiertos.

PLAN DE SALUD: Grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que colaboran para ayudarle a obtener los servicios de atención médica que necesita. Pueden proporcionar servicios de salud física, como visitas al médico, al hospital y a la sala de emergencias; radiografías y recetas, y transporte médico no urgente. También pueden prestar servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias, como psicoterapia o intervención en crisis.

EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD: Formulario que usted completa para informar sobre su salud y su comportamiento de salud. Los profesionales de la salud utilizan la información para averiguar si corre el riesgo de contraer determinadas enfermedades o afecciones médicas o dentales.

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO: Una amplia gama de atención médica brindada en su hogar para tratar una enfermedad o lesión. Algunos ejemplos son el cuidado de una herida, la educación del (de la) paciente, el control de su presión arterial y su respiración y controlarle después de salir del hospital

SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS (HOSPICIO): El objetivo de los cuidados paliativos es mantenerle cómodo(a) y lo más libre posible de dolor y síntomas cuando padece una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos le ayudan a tener una buena calidad de vida durante el tiempo que le quede. La mayoría de los cuidados paliativos se realizan en casa o en un hospital o centro especial. Los cuidados paliativos son para pacientes que probablemente morirán en un plazo de seis meses si la enfermedad sigue su curso normal.

HOSPITALIZACIÓN: Cuando usted ingresa en un hospital para recibir atención médica.

ATENCIÓN AMBULATORIA HOSPITALARIA: Atención médica proporcionada en un hospital que su médico no prevé que requiera una estancia de una noche. En algunos casos, puede pasar la noche en el hospital sin ser hospitalizado. Algunos ejemplos son la cirugía ambulatoria y las transfusiones de sangre.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Atención o suministros médicos o dentales que, según su proveedor, son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, lesión o dolencia. Para que sean médicamente necesarios, la atención o los suministros deben ser clínicamente apropiados y cumplir las normas aceptadas de la medicina. Medicaid NO paga tratamientos experimentales, no aprobados por la FDA, de investigación o cosméticos.

RED O RED DE PROVEEDORES: El grupo de proveedores vinculados a su plan de salud que proporcionan atención médica primaria y aguda.

PROVEEDOR NO PARTICIPANTE: Un médico que no forma parte de su red de proveedores.

SERVICIOS MÉDICOS: Atención prestada por un médico.

PLAN: Véase Plan de salud.

PREAUTORIZACIÓN: Obtener permiso para recibir servicios médicos o dentales específicos antes de recibirlos para que Medicaid pague la atención.

PROVEEDOR PARTICIPANTE: Un proveedor que trabaja para su plan de salud o está vinculado a su plan de salud.

PRIMA: Cantidad de dinero que debe pagar por su plan de atención médica.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA: Los medicamentos que pagará su plan que han sido recetados por su proveedor y que deben ser dispensados en una farmacia.

MEDICAMENTOS CON RECETA: Son los medicamentos que le receta su proveedor y que deben ser dispensados en una farmacia.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: El médico responsable de su atención médica. Este médico también puede referirle a un especialista o ingresarle en un hospital.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: Médico, enfermero(a) calificado(a) para ejercer la medicina o asistente médico que administra sus necesidades de atención médica. Esto incluye la atención preventiva y la atención cuando está enfermo. El proveedor de atención primaria puede tratarle, referirle a un especialista o ingresarle en un hospital.

DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: El dentista responsable de su atención dental. Este dentista también puede remitirle a un especialista.

PROVEEDOR: Persona, clínica, hospital u otro cuidador autorizado por Medicaid para prestar atención de salud.

SERVICIOS Y DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN: Cuidados y artículos que ayudan a restablecer su salud y sus funciones. Algunos ejemplos son la rehabilitación cardíaca (para el corazón), la rehabilitación pulmonar (para ayudarlo a respirar mejor) y la fisioterapia o logopedia. Incluyen ejercicio, educación y asesoramiento. Suelen prestarse en un centro hospitalario ambulatorio, pero también pueden ofrecerse en un centro de enfermería especializada.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADOS: Un alto nivel de cuidados de enfermería. Los(las) enfermeros(as) ayudan a administrar, observar y evaluar sus cuidados.

ESPECIALISTA: Profesional de la salud educado y formado para conocer en profundidad cómo tratar determinados problemas médicos u odontológicos. Algunos ejemplos de médicos especialistas son el cardiólogo (médico del corazón), el neumólogo (médico de los pulmones), el nefrólogo (médico de los riñones) y el cirujano.

ATENCIÓN URGENTE: Atención médica para tratar una enfermedad o lesión que requiere atención rápida pero que no es una urgencia médica. Por ejemplo, dolor de estómago, mareos que no desaparecen o una posible fractura ósea. La atención urgente requiere atención médica presencial en las 24 horas siguientes a la aparición del problema urgente.

Formularios

- Formulario de Queja o Apelación
- Formulario de Inquietudes y Recomendaciones
- Formulario de Representante de Apelaciones
- Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial Estatal
- Formulario de Presentación de Quejas de Mercadeo de LDH (Marketing Complaint Submission Form)
- Formulario de Aviso de Embarazo
- Evaluación de las Necesidades de Salud de LDH
- Formulario de Solicitud para Cambiar mi Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Formulario de Consentimiento para la Esterilización

QUEJA O APELACIÓN

Ayúdenos a mejorar la manera en que le servimos

Esperamos que nuestros afiliados siempre estén contentos con nuestros proveedores y con nosotros. Pero si no está contento(a), queremos saberlo para que podamos resolver las inquietudes que pudiera tener. Para presentar una queja o apelación, complete este formulario y envíenoslo dentro de un plazo de 60 días desde el evento o de la carta de denegación. Si no quiere usar este formulario, puede enviarnos en su lugar una carta que incluya la información de más abajo. ¡Gracias!

Nombre del afiliado: _____

Núm. el afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Número de seguimiento (si corresponde; está en la esquina superior izquierda de la carta de denegación): _____

Descripción de su queja o apelación (puede adjuntar más páginas si es necesario):

Firma (Afiliado o Representante del afiliado): _____

Teléfono durante el día: _____ Fecha: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Quality
P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-877-401-8170



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

INQUIETUDES Y RECOMENDACIONES

Ayúdenos a mejorar la manera en que servimos a nuestros afiliados

Siempre estamos buscando maneras de mejorar, así que si tiene inquietudes o ideas, ¡avísenos! Si no quiere usar este formulario, puede enviarnos en su lugar una carta que incluya la información de más abajo. ¡Gracias!

Nombre del afiliado: _____

Núm. de Medicaid del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Número de seguimiento (si corresponde; está en la esquina superior izquierda de la carta de denegación): _____

Su inquietud o recomendación (puede adjuntar más páginas si es necesario):

Firma (Afiliado o Representante del afiliado): _____

Teléfono durante el día: _____ Fecha: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Member Services
P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-866-768-9374



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

REPRESENTANTE DE APELACIONES

Permita que alguien ayude con su apelación

Puede hacer que alguien más actúe en su nombre en una apelación. La persona que liste abajo será aceptada como su representante. No podemos hablar con alguien que actúe en su nombre hasta que recibamos este formulario.

Yo, _____, quiero que la persona siguiente actúe por mí en mi apelación. Entiendo que se puede dar a mi representante mi información médica personal relacionada con mi apelación.

Núm. de Medicaid del afiliado: _____

Nombre del representante: _____

Dirección del representante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del representante: _____

Descripción breve de la apelación para la cual el representante para apelaciones actuará en su nombre:

Firma del afiliado (o del tutor legal): _____ Fecha: _____

*Relación con el afiliado: Afiliado Padre/madre Tutor legal _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

*Relación con el afiliado: Afiliado Padre/madre Tutor legal Otro: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Appeals
 P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-877-401-8170



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Nombre del afiliado: _____

Núm. del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Deseo apelar la decisión tomada por Louisiana Healthcare Connections sobre mi caso porque:

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Información del representante autorizado

Si el afiliado ha autorizado a un representante a solicitar una Audiencia estatal imparcial, complete esta sección.

Nombre del representante: _____

Núm. de seguro social del representante: _____

Dirección del representante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del representante: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____



ENVÍE ESTE FORMULARIO Y SU CARTA DE AVISO DE ACCIÓN
ADVERSA A:

Division of Administrative Law - Health and Hospitals Section
P.O. Box 4189, Baton Rouge, LA 70821-4189
O por fax a: (225) 219-9823

El sello postal que muestra la fecha en que envió este formulario será la fecha de su solicitud de apelación. Después de pedir una Audiencia imparcial estatal, la División de Ley Administrativa (Division of Administrative Law) le enviará un Aviso por correo con la fecha, hora y el lugar de su Audiencia imparcial estatal. Si no puede enviar por correo o fax el formulario adjunto, puede solicitar una Audiencia imparcial estatal llamando al (225) 342-5800 o yendo a:

www.adminlaw.state.la.us/HH.htm.

Marketing Complaint Submission Form

Revision 10/2018

FOR LDH USE ONLY	
STAGE OF REVIEW	DATE
<input type="checkbox"/> Form Received at LDH	
<input type="checkbox"/> Investigation Begins	
<input type="checkbox"/> Sanctions Applied	
<input type="checkbox"/> Response Sent to Complainant	
<input type="checkbox"/> Investigation Closed	
Marketing Complaint Tracking #:	

COMPLAINANT CONTACT INFORMATION

Complainant Name/Title/Organization:		
Address:		
Phone:	E-mail:	Fax:

COMPLAINT DETAILS

Parties to the Alleged Violation: <i>(violator, witnesses and others)</i>
Date/Time/Frequency of Alleged Violation:
Location of Alleged Violation: <i>(facility name including location – address, unit, room, floor)</i>
Narrative/specifics of alleged violation: <i>(Please attach any documentation to support this allegation and attach additional pages if more space is needed)</i>
Why is this alleged violation a violation of the Marketing Policy and Procedures? <i>(Please include citations to specific policies and procedures)</i>
What harm has resulted due to this alleged violation? <i>(such as misrepresentation, unfair advantage gained)</i>
What is the complainant's expectation/desire for resolution/remedy, if any?

LDH FINDINGS

LDH Investigator Signature: <i>(at completion of investigation)</i>	Date:
---	-------

Este formulario es confidencial.

Si tiene problemas o preguntas, por favor llame al 1-866-595-8133 (TDD/TTY: 711). Este formulario también está disponible en línea en www.louisianahealthconnect.com.

*Campo Obligatorio

***¿Está embarazada?** Sí No *Si está embarazada, por favor continúe y conteste todas las preguntas.

Envíenos el formulario en el sobre adjunto. Cuando recibamos sus respuestas, ¡le enviaremos un regalo!
Podríamos llamarla si determinamos que usted está en riesgo de tener problemas con su embarazo.

***Núm. de identificación de Medicaid:**

Su nombre:

Su apellido:

***Su fecha de nacimiento MMDDAAAA:**

Fecha de hoy MMDDAAAA:

Dirección Postal:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono del hogar:

Teléfono celular:

¿Desea recibir mensajes de texto sobre el embarazo y el cuidado del recién nacido? Sí No

Si no tiene un plan de texto ilimitado, podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Para dejar de recibir mensajes envíe un mensaje de texto con la palabra STOP. Se hace notar que enviar mensajes de texto no es seguro y otros pueden verlos.

Dirección de correo electrónico:

***Nombre de su proveedor de obstetricia:**

***Fecha programada de su parto:**

¿Tiene seguro primario (para mamá y bebé) aparte de Medicaid? Sí No

Raza/Etnicidad (seleccione todas las que correspondan): Caucásica, no hispana/latina Negra/Afroamericana

Hispana/Latina Indígena americana /Nativa americana Asiática Hawaiana/de las Islas del Pacífico

Otra etnicidad Si su etnicidad es otra, por favor especifique:

Idioma preferido (si no es el inglés):

¿Planea amamantar? Sí No Si contesta no, ¿por qué razón?

¿Ya escogió al pediatra? Sí No Nombre del pediatra:

Cantidad de partos a término: Cantidad de abortos espontáneos/abortos:

Cantidad de partos prematuros: Cantidad de bebés nacidos muertos:

Altura: Peso anterior al embarazo (redondéelo al número entero más cercano):

***¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes?** Sí No Si su respuesta es sí, marque todo lo que aplique.

Su Historial Medico

¿Parto prematuro previo (<37 semanas o un parto más de tres semanas antes de la fecha programada)? Sí No

¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses? Sí No ¿Dio a luz en los últimos 6 meses? Sí No

¿Cesárea anteriormente? Sí No ¿Diabetes (antes del embarazo)? Sí No



***Núm. de identificación de Medicaid:**

Nombre:

Anemia de células falciformes Sí No

¿Asma? Sí No Si contesta sí, ¿sus síntomas de asma son peores durante el embarazo? Sí No

¿Alta presión sanguínea (antes del embarazo)? Sí No

¿Muerte neonatal o bebé nacido muerto anteriormente? Sí No

¿Positiva VIH? Sí No ¿Negativa VIH? Sí No

¿Se rehusó a hacerse el análisis del VIH? Sí No ¿SIDA? Sí No

¿Problemas de la tiroides? Sí No Si contesta sí, es éste un problema nuevo de la tiroides? Sí No

Trastorno por convulsiones Sí No ¿Convulsión en los últimos 6 meses? Sí No

¿Abuso de alcohol o drogas previo? Sí No

Historial de su embarazo actual

¿Trabajo de parto antes de tiempo en este embarazo? Sí No ¿Diabetes gestacional actualmente? Sí No

¿Gemelos actualmente? Sí No ¿Trillizos actualmente? Sí No

¿Está teniendo náuseas matutinas severas? Sí No

¿Preocupaciones de salud mental actualmente? Sí No Enumere:

¿Enfermedad de transmisión sexual actualmente? Sí No Enumere:

¿Consume tabaco actualmente? Sí No Cantidad:

Si contesta sí, ¿le interesa crear un plan de acción para dejar de fumar? Sí No

¿Consume alcohol actualmente? Sí No Cantidad:

¿Consume drogas ilegales actualmente? Sí No

¿Toma algún medicamento de venta con receta (aparte de las vitaminas prenatales)? Sí No

Enumere:

¿Hospitalizaciones durante este embarazo? Sí No

Si contesta sí, por favor enumere las hospitalizaciones durante este embarazo.

Asuntos sociales

¿Tiene suficiente Comida? Sí No ¿Está inscrita en WIC? Sí No

¿Tiene problemas para llegar a sus citas médicas? Sí No ¿Tiene acceso telefónico confiable? Sí No

¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí No

¿Actualmente está experimentando violencia doméstica o se siente insegura en su hogar? Sí No

Por favor enumere todas las demás necesidades sociales que pueda tener.

Por favor enumere todo lo demás que desee decirnos sobre su salud:

Si sus respuestas indican que usted corre un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante este embarazo, ¿nos daría su consentimiento para participar en nuestro programa de Administración de Casos Start Smart para ayudarla a usted y a su bebé? Sí No



Evaluación de las necesidades de salud

Nombre del afiliado (primer nombre, segundo nombre, apellidos)		Nombre de preferencia	Identificación de Medicaid del afiliado	Fecha de nacimiento	
Pronombres de preferencia			Fecha de cumplimentación del formulario		
Él Ella Ellos Otro (describa) _____ Prefiero no responder					
¿Alguien que no es el afiliado está completando esta evaluación?			Sí No		
Nombre de la persona que completa/ayuda a completar esta evaluación y su relación con el afiliado					
Dirección del afiliado		Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono 1		Número de teléfono 2		Dirección de correo electrónico	
Nombre de la persona de contacto de emergencia		Teléfono de la persona de contacto de emergencia		Relación con la persona de contacto de emergencia	
Para los menores de 21 años, ¿está en un programa de cuidado de acogida?			Sí No		
¿De qué raza(s) es usted? Marque todas las opciones que correspondan.				Origen étnico	
Asiático Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Negro o afroamericano Blanco Indio americano o nativo de Alaska Otro (describa) _____ Prefiero no responder				Hispano No hispano Prefiero no responder	
Género			¿Datos demográficos verificados?		
Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer transgénero Otro (describa) _____ Prefiero no responder			Sí No		
Método de evaluación		Tipo de evaluación			
Por teléfono En persona Otro		Evaluación inicial Reevaluación Cambio en el estado de salud			

N.º	Pregunta	Respuesta
1.	¿Habla un idioma que no sea el inglés en casa?	Sí (describa) _____ No Prefiero no responder
2.	¿Usted o su cuidador necesitan servicios de traducción?	Sí (describa) _____ No
3.	¿Usted o su cuidador alguna vez necesitan ayuda para leer materiales del hospital o la clínica?	Sí (describa) _____ No
4.	¿Usted o su cuidador presentan alguna de las siguientes barreras para la comunicación?	Trastorno auditivo Trastorno visual Retrasos en el desarrollo No verbal Ninguna Prefiero no responder Otra (describa) _____

Evaluación de las necesidades de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
5.	¿Tiene alguna preferencia cultural o religiosa en relación con su salud?	Preferencias culturales Preferencias religiosas/espirituales Otra (describa) _____ Ninguna Prefiero no responder
6.	¿Cómo describe su salud?	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
7.	¿Qué afecciones de salud tiene actualmente?	Enfermedad del corazón o insuficiencia cardíaca Enfisema o EPOC Asma Diabetes Colesterol alto Infecciones del tracto urinario (ITU) crónicas Presión arterial alta o hipertensión Convulsiones Cáncer (describa) _____ Dolor crónico (describa) _____ Hepatitis o enfermedad hepática VIH Dependencia de traqueotomía o sonda de gastrostomía Trastorno de abuso de sustancias Depresión Problemas dentales Otros diagnósticos de salud mental (describa) _____ Discapacidad (describa) _____ Cursando un embarazo actualmente Retraso en el desarrollo Autismo Ninguna Enfermedad pulmonar crónica del prematuro Otra (describa) _____
8.	¿Cuántas veces en los últimos 12 meses tomó cinco o más bebidas alcohólicas en un día (hombres) o cuatro o más bebidas alcohólicas en un día (mujeres)? (Una bebida alcohólica equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores de 80 grados proof).	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
9.	¿Cuántas veces en los últimos 12 meses usó productos de tabaco (como cigarrillos, puros, rapé, tabaco para mascar, cigarrillos electrónicos o vapeadores)?	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
10.	¿Cuántas veces en el último año usó medicamentos recetados por razones no médicas?	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
11.	¿Cuántas veces en el último año consumió drogas ilegales?	Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario
12.	En los últimos 12 meses, ¿el hecho de hacer apuestas ha sido algo que intentó ocultar o que le causó problemas financieros, o ha tenido dificultades para reducir las apuestas?	Sí No No aplica
13	¿Cuándo tuvieron lugar sus citas o procedimientos de atención médica, dental y de la salud mental o conductual más recientes?	Atención médica (describa) _____ Atención de la salud mental/conductual (describa) _____ Atención dental (describa) _____

Evaluación de las necesidades de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
14.	¿Tiene alguna cita o procedimiento pendiente de atención dental, de la salud física o de la salud mental?	Sí (describa) _____ No _____
15.	¿Ha visitado la sala de emergencias en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué?	Sí, una vez (describa) _____ Sí, dos veces (describa) _____ Sí, tres veces (describa) _____ Sí, cuatro veces (describa) _____ Sí, cinco veces (describa) _____ Sí, más de cinco veces (describa) _____ No _____
16.	¿Ha pasado la noche en el hospital en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces?	Sí, una vez (describa) _____ Sí, dos veces (describa) _____ Sí, tres veces (describa) _____ Sí, cuatro veces (describa) _____ Sí, cinco veces (describa) _____ Sí, más de cinco veces (describa) _____ No _____
17.	Si pasó la noche en el hospital alguna vez en los últimos seis meses, ¿alguna vez pasó la noche en el hospital menos de 30 días después de haber sido dado de alta de una estadía anterior?	Sí _____ No _____
18.	¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?	Vestirse Bañarse/asearse Comer Movilidad Cocinar/preparar comidas Trasladarse Tomar sus medicamentos diarios Usar el baño Ninguna Otra: _____
19.	¿Usted o su cuidador necesitan ayuda para organizar sus servicios de atención de la salud?	Sí (describa) _____ No _____
20.	¿Cuál es su situación de vivienda hoy?	Tengo un lugar estable en el que vivir. Tengo un lugar en el que vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro. No tengo un lugar estable en el que vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel o en un refugio; estoy viviendo en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque) (describa). _____
21.	Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con algo de lo siguiente? ELIJA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN	Plagas, como insectos, hormigas o ratones Moho Pintura o tuberías con plomo Falta de calefacción Falta de aire acondicionado Horno o estufa que no funcionan Fugas de agua Detectores de humo que faltan o no funcionan Ninguno
22.	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que sentía que debía porque no contaba con suficiente dinero para comer?	Sí _____ No _____

Evaluación de las necesidades de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
23.	En los últimos 12 meses, ¿la falta de un transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, a reuniones o al trabajo u obtener cosas necesarias para la vida diaria? ELIJA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN	Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos. Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, a citas o al trabajo, o conseguir cosas que necesito. No
24.	¿En los últimos 12 meses, las compañías de electricidad, gas, combustible o agua han amenazado con cortar los servicios en su hogar?	Sí No Ya fueron cortados
25.	¿Alguna vez usted o su cuidador han sido golpeados, pateados o lastimados de alguna otra forma por alguien en el último año? En caso afirmativo, ¿por quién?	Sí (describa) _____ No
26.	¿Usted o su cuidador sienten seguridad en su(s) relación(es) actual(es)?	Sí No
27.	¿Hay alguien de una relación anterior que esté haciendo que sienta inseguridad ahora?	Sí No
28.	Si tiene más de 16 años, ¿le gustaría recibir ayuda para encontrar o mantener un trabajo?	Sí, ayuda para encontrar trabajo Sí, ayuda para mantener el trabajo No necesito ni quiero recibir ayuda
29.	Si tiene más de 16 años, ¿le gustaría recibir ayuda con la escuela o sus esfuerzos de formación? Por ejemplo, comenzar o completar una capacitación laboral u obtener un diploma de escuela secundaria, GED o equivalente.	Sí No
30.	En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?	Sí No Prefiero no responder
31.	¿A qué organización o agencia comunitaria, relacionada o no relacionada con la salud, acceden usted o su cuidador a menudo dentro de su comunidad?	Salud _____ Educativa _____ Salud conductual/mental _____ Relacionada con el trabajo _____ Vivienda _____ Otra: _____
32.	Para los menores de 21 años, ¿exhibe un comportamiento preocupante o el maestro ha informado que presenta un comportamiento preocupante en la escuela?	Sí (describa) _____ No

SOLICITUD PARA CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Información del afiliado

Nombre completo del afiliado: _____

Núm. del afiliado: _____

Núm. de seguro social del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Médico nuevo que se solicita

Nombre completo del médico: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del médico: _____

Fecha de entrada en vigencia solicitada (dd/mm/aaaa): _____

Razón para solicitar el cambio

(Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ya es mi PCP | <input type="checkbox"/> La espera en el consultorio era demasiado larga |
| <input type="checkbox"/> Este médico ve a otro familiar | <input type="checkbox"/> Tomó demasiado tiempo conseguir una cita |
| <input type="checkbox"/> Mi preferencia personal | <input type="checkbox"/> El consultorio está demasiado lejos/es difícil llegar |
| <input type="checkbox"/> Me he mudado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> El horario del consultorio no se ajustó a mis necesidades | |
| <input type="checkbox"/> La calidad de la atención no se ajustó a mis necesidades | |

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Member Services
P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-866-768-9374



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

CONSENTIMIENTO PARA LA ESTERILIZACIÓN

NOTA: LA DECISIÓN DE NO ESTERILIZARSE QUE USTED PUEDE TOMAR EN CUALQUIER MOMENTO, NO CAUSARÁ EL RETIRO O LA RETENCIÓN DE NINGÚN BENEFICIO QUE LE SEA PROPORCIONADO POR PROGRAMAS O PROYECTOS QUE RECIBEN FONDOS FEDERALES.

■ CONSENTIMIENTO PARA ESTERILIZACIÓN ■

Yo he solicitado y he recibido información de

_____ *médico o clínica*

sobre la esterilización. Cuando inicialmente solicité esta información, me dijeron que la decisión de ser esterilizada/o es completamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no ser esterilizada/o. Si decido no esterilizarme, mi decisión no afectará mi derecho a recibir tratamiento o cuidados médicos en el futuro. No perderé ninguna asistencia o beneficios de programas patrocinados con fondos federales, tales como A.F.D.C. o Medicaid, que recibo actualmente o para los cuales seré elegible.

ENTIENDO QUE LA ESTERILIZACIÓN SE CONSIDERA UNA OPERACIÓN PERMANENTE E IRREVERSIBLE. YO HE DECIDIDO QUE NO QUIERO QUEDAR EMBARAZADA, NO QUIERO TENER HIJOS O NO QUIERO PROCREAR HIJOS.

Me informaron que me pueden proporcionar otros métodos de anticoncepción disponibles que son temporales y que permitirán que pueda tener o procrear hijos en el futuro. He rechazado estas opciones y he decidido ser esterilizada/o.

Entiendo que seré esterilizada/o por medio de una operación conocida como _____.

_____ *especifique tipo de operación*

Me han explicado las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con la operación. Han respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas.

Entiendo que la operación no se realizará hasta que hayan pasado 30 días, como mínimo, a partir de la fecha en la que firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión en cualquier momento de no ser esterilizada/o no resultará en la retención de beneficios o servicios médicos proporcionados a través de programas que reciben fondos federales.

Tengo por lo menos 21 años y nací el:

_____ *mes, día, año*

Yo, _____, por medio de la presente doy mi consentimiento de mi libre voluntad para ser esterilizada/o por

_____ *médico*

por el método llamado _____.

_____ *especifique tipo de operación*

Mi consentimiento vence 180 días a partir de la fecha en la que firmé este documento.

También doy mi consentimiento para que se presente este formulario y otros expediente médicos sobre la operación a:

Representantes del Departamento de Salud y Servicios Sociales, o Empleados de programas o proyectos financiados por ese Departamento, pero solo para que puedan determinar si se han cumplido las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

_____ *firma*

_____ *mes, día, año*

Se le solicita que proporcione la siguiente información, aunque no es obligatorio hacerlo: (*Definición de raza y origen étnico*)

Origen étnico:

- Hispano o latino
- No hispano o latino

Raza (marque según aplique):

- Indígena americano o indígena de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco

■ DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE ■

Si se han proporcionado los servicios de un intérprete para asistir a la persona que será esterilizada:

He traducido la información y los consejos que verbalmente se le han presentado a la persona que será esterilizada/o por el individuo que ha obtenido este consentimiento. También le he leído a ella/él el formulario de consentimiento en idioma _____ y le he explicado el contenido de este formulario. A mi mejor saber y entender, ella/él ha entendido esta explicación.

_____ *firma del intérprete*

_____ *mes, día, año*

■ DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO ■

Antes de que _____

_____ *nombre de persona*

firmara el formulario de consentimiento para la esterilización, le he explicado a ella/él los detalles de la operación

_____ *especifique tipo de operación*

para la esterilización, el hecho de que el resultado de este procedimiento es final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con este procedimiento.

He aconsejado a la persona que será esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le he explicado a la persona que será esterilizada que puede retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perderá ningún servicio de salud o beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales. A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene por lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y por libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender la naturaleza del procedimiento y sus consecuencias.

_____ *firma de la persona*

_____ *mes, día, año*

_____ *lugar*

_____ *dirección*

■ DECLARACIÓN DEL MÉDICO ■

Previamente a realizar la operación para la esterilización a

_____ *nombre de persona*

en _____ . Le expliqué a ella/él los detalles de *fecha de esterilización - mes, día, año*

esta operación para la esterilización _____, *especifique tipo de operación*

del hecho de que es un procedimiento con un resultado final e irreversible, y las molestias, los riesgos y los beneficios asociados con esta operación.

Le aconsejé a la persona que sería esterilizada que hay disponibles otros métodos de anticoncepción que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente.

Le informé a la persona que sería esterilizada que podía retirar su consentimiento en cualquier momento y que ella/él no perdería ningún servicio de salud o ningún beneficio proporcionado con el patrocinio de fondos federales.

A mi mejor saber y entender, la persona que será esterilizada tiene a lo menos 21 años de edad y parece ser mentalmente competente. Ella/él ha solicitado con conocimiento de causa y libre voluntad ser esterilizada/o y parece entender el procedimiento y las consecuencias de este procedimiento.

(Instrucciones para uso alternativo de párrafos finales: Utilice el párrafo 1 que se presenta a continuación, excepto para casos de parto prematuro y cirugía abdominal de emergencia cuando se ha realizado la esterilización a menos de 30 días después de la fecha en la que la persona firmó el formulario de Consentimiento para la Esterilización. Para esos casos, utilice el párrafo 2 que se presenta más adelante. Tache con una X el párrafo que no se aplique.)

(1) Han transcurrido por lo menos 30 días entre la fecha en la que la persona firmó este formulario de Consentimiento y la fecha en la que se realizó la esterilización.

(2) La operación para la esterilización se realizó a menos de 30 días, pero a más de 72 horas, después de la fecha en la que la persona firmó el formulario de Consentimiento debido a las siguientes circunstancias (marque la casilla apropiada y escriba la información requerida):

Parto prematuro

Fecha prevista de parto: _____

Cirugía abdominal de urgencia

(Describe las circunstancias): _____

_____ *firma del médico*

_____ *mes, día, año*

DECLARACIÓN SOBRE LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Una agencia federal no debe llevar a cabo o patrocinar la recolección de información, y el público no está obligado a responder a la misma o a facilitar la información, a no ser que dicha solicitud de información presente un número de control válido de la OMB. La carga horaria para el público que completa este formulario variará; sin embargo, se ha estimado un promedio de una hora por cada respuesta, cálculo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar y presentar los datos exigidos y completar el formulario. Para enviar sus comentarios sobre la carga horaria estimada o cualquier otro aspecto de la información requerida, escriba a OS Reports Clearance Officer, ASBTF/Budget Room 503 HHH Building, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201.

Se debe informar al público que responde a este formulario que la recolección de información solicitada en la misma se autoriza en virtud de 42 CAR parte 50, subparte B, que tiene que ver con la esterilización de personas en programas de salud pública que son financiados por el gobierno federal. El propósito de la recolección de esta información es asegurar que las personas que solicitan la esterilización sean informadas sobre los riesgos, los beneficios y las consecuencias de esta operación, y para asegurar el consentimiento voluntario e informado de todas las personas que se someten al procedimiento de esterilización en programas de salud pública que reciben asistencia federal. Se pide a las personas que llenan el formulario que incluyan datos sobre su raza y grupo étnico, aunque esta información no es requerida. Toda la demás información solicitada en este formulario de consentimiento es requerida. Si la persona que llena el formulario no proporciona la información requerida o si no firma este formulario de consentimiento, podría resultar en que no recibiera el procedimiento de esterilización financiado por un programa de salud pública patrocinado con fondos federales.

Toda la información de datos y circunstancias personales obtenidas por medio de este formulario son confidenciales y no se divulgarán sin el consentimiento de la persona, en conformidad con todos los reglamentos aplicables de confidencialidad.

No discriminamos

Louisiana Healthcare Connections complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Louisiana Healthcare Connections does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Louisiana Healthcare Connections:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact Louisiana Healthcare Connections at 1-866-595-8133 (TTY: 711).

If you believe that Louisiana Healthcare Connections has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Louisiana Healthcare Connections is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint>.



SPANISH: Aviso de no discriminación

Louisiana Healthcare Connections cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Louisiana Healthcare Connections no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Louisiana Healthcare Connections:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas que tienen discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame a Louisiana Healthcare Connections al 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Si cree que Louisiana Healthcare Connections no le ha proporcionado estos servicios o lo(a) ha discriminado de otra manera en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja llamando al número anterior y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja; Louisiana Healthcare Connections está disponible para ayudarle.

Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), electrónicamente a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal para reclamos de la Oficina de derechos Civiles), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint>.



FRENCH: Déclaration de non-discrimination

Louisiana Healthcare Connections respecte les lois applicables des États-Unis en matière de droits civils et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, un handicap ou le sexe. Louisiana Healthcare Connections n'exclut aucune personne, ni ne pratique de différence de traitement à l'égard des personnes en raison de leur race, leur couleur, leur origine nationale, leur handicap ou leur sexe.

Louisiana Healthcare Connections:

- Met gratuitement à la disposition des personnes en situation de handicap des aides et des services pour une communication efficace avec nous, comme des interprètes qualifiés en langue des signes et des informations écrites rédigées sur d'autres supports (supports papier écrits en gros caractères, supports audio, supports électroniques accessibles, autres supports).
- Met gratuitement à disposition des services de langues pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, comme des interprètes qualifiés et des informations rédigées en différentes langues. Si vous avez besoin d'utiliser ces services, veuillez contacter Louisiana Healthcare Connections au 1-866-595-8133 (ATS : 711).

Si vous estimez que Louisiana Healthcare Connections n'a pas fourni ces services ou a fait preuve de pratiques discriminatoires fondées sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, un handicap ou le sexe, vous pouvez déposer une plainte en appelant le numéro ci-dessus en précisant que vous avez besoin d'assistance pour cette démarche : Louisiana Healthcare Connections est à votre disposition pour le faire.

Vous pouvez également déposer une plainte auprès du *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*, le ministère de la Santé et des services sociaux des États-Unis, Bureau des droits civils, de façon électronique par le biais de l'*Office for Civil Rights Complaint Portal*, le portail Internet du Bureau des droits civils, service des plaintes, à <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ou bien par courrier postal ou par téléphone à : U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Les formulaires de plaintes sont disponibles sur <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint>.



VIETNAMESE: Thông Báo về Chống Kỳ Thị

Louisiana Healthcare Connections tuân thủ theo luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không kỳ thị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Louisiana Healthcare Connections không loại trừ những người hoặc đối xử với họ khác biệt bởi vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Louisiana Healthcare Connections:

- Cung cấp các trợ cụ và dịch vụ cho những người bị khuyết tật để liên lạc hữu hiệu với chúng tôi, như các thông dịch viên ngôn ngữ ra dấu có khả năng và thông tin trên văn bản dưới các dạng thức khác (chữ in khổ lớn, các dạng thức dễ tiếp cận bằng điện tử, các dạng thức khác).
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như các thông dịch viên có khả năng và thông tin viết bằng các ngôn ngữ khác. Nếu quý vị cần các dịch vụ này, liên lạc với Louisiana Healthcare Connections tại số 1-866-595-8133 (TTY: 711).

Nếu quý vị tin rằng Louisiana Healthcare Connections đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc kỳ thị dưới một cách khác dựa vào chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, quý vị có thể nộp một đơn khiếu nại bằng cách gọi số điện thoại ở trên và cho họ biết quý vị cần giúp nộp một đơn khiếu nại; Louisiana Healthcare Connections sẵn sàng giúp đỡ cho quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về các quyền dân sự lên Ban Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sự Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền, bằng điện tử qua Cổng Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền hiện có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc qua thư hoặc điện thoại tại: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Các mẫu than phiền hiện có sẵn tại <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint>.

Se encuentran disponibles traducciones

SPANISH

Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de ayuda con la comunicación sin costo alguno. Para obtener ayuda para entender esta información, llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

FRENCH

Si vous parlez français, vous pouvez bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits. Si vous souhaitez une assistance pour vous aider à comprendre cette information, veuillez nous appeler au 1-866-595-8133 (ATS : 711), du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h.

VIETNAMESE

Nếu quý vị nói tiếng Việt, hiện có các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ cho quý vị miễn phí. Để được giúp đỡ hiểu thông tin này, gọi chúng tôi tại số 1-866-595-8133 (TTY: 711), Thứ Hai tới Thứ Sáu, 8 sáng tới 5 chiều.

CHINESE

如果您讲中文，您可以免费获得语言协助服务。如需帮助理解本信息，请在周一至周五上午 8 时至下午 5 时给我们打电话，电话号码是 1-866-595-8133（听力障碍者专线：711）。

ARABIC

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية دون أي تكلفة. للحصول على مساعدة في فهم هذه المعلومات، اتصل بنا على الرقم 1-866-595-8133 (ضعفاء السمع: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً.

TAGALOG

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroon kang makukuhang libheng tulong sa wika. Upang makakuha ng tulong upang maunawaan ang impormasyong ito, tawagan kami sa 1-866-595-8133 (Kung may kahirapan sa pandinig: 711) Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 5 p.m.

KOREAN

한국어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 본 정보를 이해하시는 데 도움이 필요하시면, 저희에게 1-866-595-8133번(난청이 있으신 분은 711번 이용)으로 월요일-금요일, 오전 8시-오후 5시 중에 연락하실 수 있습니다.

PORTUGUESE

Se você fala português, serviços linguísticos gratuitos estão à sua disposição. Para obter ajuda para compreender estas informações, ligue para 1-866-595-8133 (Deficiência Auditiva: 711), segunda a sexta-feira das 8 da manhã às 5 da tarde.

LAOSIANO

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້ ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-866-595-8133 (ພິການຫູ 711) ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ.

JAPANESE

英語を話す場合は、無料で通訳サービスをご利用になれます。この内容を詳しく知りたい方は、1-866-595-8133 (聴力低下の場合は: 711)にお電話ください。この番号は、月曜日から金曜日の午前8時から午後5時までご利用いただけます。

URDU

اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، آپ کو زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ اس اطلاع کو سمجھنے میں مدد کے لیے، ہمیں 1-866-595-8133 (بہرے افراد: 711)، پر کال کریں، پیر تا جمعہ، صبح 8 تا شام 5 بجے

GERMAN

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienste zur Verfügung. Wenn Sie zum Verständnis dieser Informationen Hilfe benötigen, erreichen Sie uns montags bis freitags von 8 bis 17 Uhr unter der Nummer 1-866-595-8133 (Hörgeschädigte: 711).

PERSIAN (FARSI)

اگر شما فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه بدون هیچ هزینه در دسترس شما هستند. برای کمک برای درک این اطلاعات، با ما با شماره تلفن 1-866-595-8133 (برای کسانی که اختلال شنوایی دارند: 711)، از دوشنبه تا جمعہ، صبح 8 تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید.

RUSSIAN

Если вы говорите по-русски, то вам могут быть бесплатно предоставлены услуги по переводу. Если вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните нам по номеру телефона 1-866-595-8133 (номер для слабослышащих: 711) с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17.

THAI

ถ้าคุณพูดภาษาไทย มีการบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อจะได้รับ ความช่วยเหลือให้เข้าใจข้อมูลนี้ โทรหาพวกเราที่ 1-866-595-8133 (ความบกพร่องทางการได้ยิน 711) วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 8:00 น. ถึง 17 น.



P.O. Box 84180
Baton Rouge, LA 70884
1-866-595-8133 (TTY: 711)
de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m.
LouisianaHealthConnect.com



1-855-229-6848
Healthy.la.gov

MMEM2024-169