



## RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2019 Peoples Health Secure Health (HMO SNP)

1.º de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019

**Para inscribirse en Peoples Health Secure Health**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, estar inscrito en Louisiana Medicaid o recibir otro tipo de asistencia del estado y vivir en uno de los siguientes distritos de Louisiana: Acadia, Ascension, Assumption, Bossier, Caddo, Calcasieu, Cameron, East Baton Rouge, East Feliciana, Evangeline, Iberia, Iberville, Jefferson, Lafayette, Lafourche, Livingston, Orleans, Ouachita, Plaquemines, Pointe Coupee, St. Bernard, St. Charles, St. Helena, St. James, St. John the Baptist, St. Landry, St. Martin, St. Mary, St. Tammany, Tangipahoa, Terrebonne, Vermilion, Washington, West Baton Rouge y West Feliciana. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (salvo que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero).

**La información suministrada sobre los beneficios es un resumen de los servicios médicos que cubrimos y de lo que usted debe pagar.** Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-890-5987 para obtener más información. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos o consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web. Este documento puede estar disponible en diferentes formatos.

**Contamos con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores disponibles para usted.** Debe elegir proveedores de la red, excepto en situaciones de emergencia o para recibir atención urgente fuera del área o diálisis renal fuera del área. Si elige proveedores fuera de la red para recibir servicios de rutina, ni Medicare ni su plan serán responsables de los costos.

**Cubrimos medicamentos de la Parte D, así como también medicamentos de la Parte B**, como quimioterapia y otros medicamentos administrados por un hospital o proveedor.

Puede consultar nuestro formulario (lista de medicamentos de venta con receta de la Parte D que se encuentran cubiertos) y nuestro *Directorio de proveedores* en <http://www.peopleshealth.com/searchtools>.

**Para obtener más información**, llámenos sin cargo al **1-855-890-5987**. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al **1-800-846-5277**. Estamos disponibles todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Si se comunica con nosotros en fin de semana o un día feriado, nos pondremos en contacto con usted dentro del día hábil siguiente. También puede visitar nuestro sitio web en <http://www.peopleshealth.com>.

**Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original**, consulte la última edición del manual Medicare y usted. Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, todos los días. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Peoples Health es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO. La inscripción depende de la renovación del contrato anual con Medicare.

H1961\_PH\_19SHSB\_M

<b>Prima, deducible y monto máximo de gastos de bolsillo</b>	<b>Lo que debe pagar</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$33.10 por mes
<b>Deducible</b>	\$0 o \$415 por año para medicamentos de venta con receta de la Parte D  Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b>	\$6,700  Este monto es el máximo que pagará anualmente por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores de la red. No se incluye lo que deberá pagar por medicamentos de venta con receta.

<b>Beneficios médicos</b>	<b>Lo que debe pagar por servicios cubiertos por el plan recibidos de un proveedor de la red</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>	\$0 o \$60 por día del día 1 al 8 \$0 por día a partir del día 9  Se requiere autorización previa para los servicios, excepto en caso de emergencia. Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	\$0 por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios  Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con el médico de atención primaria</li> <li>• Consulta con un médico especialista</li> </ul>	\$0  Algunos servicios con especialistas, como servicios quirúrgicos, pueden requerir autorización previa.
<b>Atención preventiva</b>	\$0  Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

<b>Beneficios médicos</b>	<b>Lo que debe pagar por servicios cubiertos por el plan recibidos de un proveedor de la red</b>
<b>Atención de emergencia</b>	\$0 o \$50  \$50 fuera de los Estados Unidos y sus territorios  Si es hospitalizado en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar su parte del costo por atención de emergencia. Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid. La cobertura de atención de emergencia se brinda a nivel mundial. Tendrá cobertura de atención de emergencia y atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un máximo anual combinado de \$5,000.
<b>Servicios urgentes</b>	\$0  La cobertura de atención urgente se brinda a nivel mundial. Tendrá cobertura de atención de emergencia y atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un máximo anual combinado de \$5,000.
<b>Servicios diagnósticos, análisis clínicos y técnicas de imagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas diagnósticas, procedimientos y radiología</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios avanzados de diagnóstico por la imagen (<i>p. ej., RM</i>)</li> </ul>	\$0  \$0  \$0 o \$75  Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la audición</li> <li>• Prótesis auditivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por un examen de audición de diagnóstico</li> <li>• \$0 por un examen de audición de rutina cada año</li> <li>• \$0 por un máximo de dos prótesis auditivas (una por oído), cada año, hasta un máximo de \$1,000 para ambos oídos combinados</li> <li>• \$0 por un servicio de evaluación y ajuste de prótesis auditiva por año</li> </ul>

<b>Beneficios médicos</b>	<b>Lo que debe pagar por servicios cubiertos por el plan recibidos de un proveedor de la red</b>
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal preventivo</li> <li>• Profilaxis preventiva (limpieza)</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios dentales completos</li> </ul>	\$0, uno cada seis meses \$0, uno cada seis meses \$0, uno cada 12 meses \$0 Algunos servicios pueden requerir autorización previa.
<b>Servicios de atención de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes y servicios para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• Exámenes suplementarios de rutina de la vista</li> </ul>	\$0 Algunos servicios, como servicios quirúrgicos, pueden requerir autorización previa.
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a pacientes hospitalizados</li> <li>• Terapia de grupo o individual ambulatoria</li> <li>• Servicios de atención ambulatoria por abuso de sustancias</li> </ul>	\$0 o \$60 por día del día 1 al 8 \$0 por día del día 9 al 90 \$0 o \$10 por consulta \$0 o \$10 por consulta Los servicios requieren autorización previa y los debe coordinar un proveedor de salud conductual de la red. Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.
<b>Centro especializado de enfermería</b>	\$0 por día del día 1 al 20 \$0 o \$100 por día del día 21 al 100 Tendrá cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficio. Los servicios requieren autorización previa. Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.
<b>Terapia física</b>	\$0 Los servicios requieren autorización previa.

<b>Beneficios médicos</b>	<b>Lo que debe pagar por servicios cubiertos por el plan recibidos de un proveedor de la red</b>
<b>Ambulancia</b>	<p>\$0 o \$75 por cada servicio de traslado terrestre o aéreo de una sola vía</p> <p>Los servicios que no sean de emergencia requieren autorización previa.</p> <p>Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.</p>
<b>Traslado</b>	<p>\$0 por cada viaje de una sola vía, hasta 48 viajes, por traslados de rutina que no sean de emergencia a sitios aprobados por el plan en un radio de 40 millas de su casa</p> <p>Los servicios requieren autorización previa.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p>\$0 por terapia de infusión en el hogar</p> <p>\$0 o 20 % de coseguro por medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B, otros medicamentos cubiertos por la Parte B y otras terapias de infusión</p> <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Los costos varían según su nivel de elegibilidad para recibir Louisiana Medicaid.</p>

<b>Medicamentos de venta con receta de la Parte D</b>	<b>Lo que debe pagar</b>	
	<b>Costos minoristas dentro de la red por un suministro de 30 días</b>	<b>Costos minoristas o de pedidos por correo dentro de la red por un suministro de 90 días</b>
Medicamentos genéricos	\$0, \$1.25 o \$3.40	\$0, \$1.25 o \$3.40
Medicamentos de marca	\$0, \$3.80 u \$8.50	\$0, \$3.80 u \$8.50
<p>Los copagos pueden variar según el nivel de ayuda adicional que reciba. La participación en los costos puede variar según la fase del ciclo de cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D en la que se encuentre. Para obtener más información, llámenos o consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> del plan en nuestro sitio web.</p>		

<b>Beneficios adicionales</b>	<b>Lo que debe pagar por servicios cubiertos por el plan recibidos de un proveedor de la red</b>
<b>Comidas tras una hospitalización</b>	<p>\$0</p> <p>Tendrá cobertura por un máximo de tres comidas preparadas por día durante siete días (hasta 21 comidas en total), entregadas en su propio hogar o en otro hogar ubicado en Louisiana, después de recibir el alta tras una hospitalización, una internación para rehabilitación o una internación a largo plazo en un centro de cuidados agudos.</p> <p>Los servicios requieren autorización previa.</p>
<b>Productos de venta libre</b>	<p>\$0</p> <p>Tendrá cobertura de productos de venta libre relacionados con la salud y medicamentos de venta sin receta por un monto de hasta \$200 por cada trimestre del año (del 1 de enero al 31 de marzo, del 1 de abril al 30 de junio, del 1 de julio al 30 de sep. y del 1 de oct. al 31 de dic.). La compra de los productos debe realizarse con el proveedor de pedidos por correo de la red.</p>
<b>Servicios de relevo</b>	<p>\$0</p> <p>Si tiene enfermedad de Alzheimer o demencia, tendrá cobertura de sesiones de servicios de relevo (hasta 12 sesiones por año). Cada sesión tiene una duración de hasta cuatro horas.</p> <p>Los servicios requieren autorización previa.</p>

## Beneficios de Louisiana Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Louisiana Medicaid y dependen de su nivel de elegibilidad para recibir Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para recibir Medicaid y sobre los beneficios a los cuales tiene derecho, llame a Louisiana Medicaid al 1-888-342-6207 (TTY: 1-800-220-5404).

Beneficio	Cobertura de Louisiana Medicaid
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados</b>	\$0  Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios cubiertos son la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados que se necesita para el tratamiento de una enfermedad o lesión y que solo se puede brindar de manera segura y adecuada en un entorno hospitalario, incluidos los servicios básicos previstos de un hospital.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	\$0  Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios cubiertos son los servicios ambulatorios de diagnóstico y tratamiento; esto incluye servicios ambulatorios de cirugía y rehabilitación, servicios radiológicos de diagnóstico y tratamiento, quimioterapia y hemodiálisis. Podrían aplicarse reglas de autorización.
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con el médico de atención primaria</li> <li>• Consulta con un médico especialista</li> </ul>	\$0  Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios médicos profesionales cubiertos son los prestados por médicos, enfermeras parteras, enfermeras especializadas, enfermeras clínicas especializadas, asociados médicos o audiólogos. Las vacunas están cubiertas para los beneficiarios menores de 21 años de edad. Algunos servicios de planificación familiar están cubiertos cuando se prestan en el consultorio del médico. Podrían aplicarse reglas de autorización, limitaciones y exclusiones.
<b>Atención preventiva</b>	La cobertura y los costos varían dependiendo de su nivel de elegibilidad para recibir Medicaid.
<b>Atención de emergencia</b>	\$0  Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios cubiertos son los prestados en una sala de emergencias.
<b>Servicios urgentes</b>	No hay información disponible en el cuadro de servicios de Medicaid elaborado por Louisiana Medicaid. La exclusión del cuadro no implica necesariamente que un servicio no esté cubierto.

Beneficio	Cobertura de Louisiana Medicaid
<p><b>Servicios diagnósticos, análisis clínicos y técnicas de imagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas diagnósticas, procedimientos y radiología</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios avanzados de diagnóstico por la imagen (p. ej., RM)</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. La mayoría de las pruebas diagnósticas y los servicios radiológicos solicitados por el médico a cargo o especialista están cubiertos. Las radiografías portátiles (móviles) están cubiertas solo en el caso de los beneficiarios que no pueden dejar su lugar de residencia sin transporte especial o ayuda para realizarse las radiografías solicitadas por el médico. Podrían aplicarse reglas de autorización.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la audición</li> <li>• Prótesis auditiva</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid de entre 0 y 20 años de edad son elegibles para recibir prótesis auditivas y todo equipo auxiliar relacionado; por ejemplo, audífonos, pilas, etc. (las reparaciones están cubiertas si la prótesis auditiva fue pagada por Medicaid) de parte de un proveedor de equipos médicos duraderos. Podrían aplicarse reglas de autorización.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen bucal preventivo</li> <li>• Profilaxis preventiva (limpieza)</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios dentales completos</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid de 21 años de edad o más son elegibles para recibir servicios de dentaduras postizas para adultos; sin embargo, no son elegibles los beneficiarios de 21 años de edad o más certificados como Beneficiarios de Medicare de bajos ingresos específicos únicamente, o los que forman parte del Programa de atención para ancianos con todo incluido (PACE), el programa Take Charge Plus u otro programa con beneficios limitados. Los servicios cubiertos son los exámenes, las dentaduras postizas, los recubrimientos de dentaduras y la reparación de dentaduras.</p> <p>Las radiografías están cubiertas si se realizan junto con la construcción de una dentadura autorizada por Medicaid. Solo se permite una dentadura completa o parcial por arco en un período de ocho años. La dentadura parcial debe estar opuesta a una dentadura completa. No se cubren dos dentaduras parciales en la misma boca. Se aplican pautas adicionales.</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid son elegibles para recibir servicios dentales de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) hasta los 21 años de edad. El Programa Dental EPSDT ofrece cobertura para determinados servicios diagnósticos, preventivos, reconstructivos, endodóncicos y periodóncicos, así como para prótesis dentales extraíbles, prótesis maxilofaciales, cirugía bucal y maxilofacial, ortodoncia y servicios generales complementarios. Se aplican pautas específicas. Los tratamientos de ortodoncia integrales (frenos) se pagan solamente cuando hay una deformidad craneofacial como, por ejemplo, paladar hendido, labio leporino u otra afección médica, que posiblemente provoque una</p>



Beneficio	Cobertura de Louisiana Medicaid
	<p>oclusión dental defectuosa limitante. Si esa afección existe, el beneficiario debe consultar a un ortodoncista inscrito en Medicaid. Los pacientes que solo tengan dientes encimados o torcidos, problemas de espacio, submordida o sobremordida no recibirán cobertura para los frenos, salvo que estos se consideren necesarios por razones médicas.</p>
<p><b>Servicios de atención de la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes y servicios para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li> <li>• Exámenes suplementarios de rutina de la vista</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios cubiertos para los beneficiarios de entre 0 y 21 años de edad incluyen exámenes y tratamientos para afecciones de la vista; esto incluye exámenes para corrección de la vista y defectos de refracción, anteojos comunes si tienen un aumento mínimo determinado, anteojos especiales y lentes de contacto necesarios por razones médicas con autorización previa (los lentes de contacto están cubiertos si son el único método para corregir la vista), y otros servicios relacionados si son necesarios por razones médicas.</p> <p>Los servicios cubiertos para beneficiarios de 21 años de edad o más incluyen exámenes y tratamientos para afecciones de la vista, como infecciones, cataratas, etc. Si el beneficiario tiene tanto Medicare como Medicaid, es posible que algunos servicios relacionados con la vista estén cubiertos. El beneficiario debe ponerse en contacto con Medicare para obtener más información, ya que Medicare sería el principal responsable del pago. Los anteojos, los exámenes de rutina de la vista para correcciones de la vista y defectos de refracción no están cubiertos. Podrían aplicarse reglas de autorización.</p>
<p><b>Servicios de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a pacientes hospitalizados</li> <li>• Terapia de grupo o individual ambulatoria</li> <li>• Servicios de atención ambulatoria por abuso de sustancias</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid de 21 años de edad o más que hayan recibido un diagnóstico de salud mental son elegibles para recibir servicios de hospitalización psiquiátrica. Los beneficiarios del programa Medically Needy (tipo de caso 20 y 21) menores de 22 años de edad no son elegibles. Los siguientes servicios están cubiertos si un profesional de salud mental autorizado determina su necesidad médica: servicios contra las adicciones (ambulatorios y residenciales), servicios de hospitalización psiquiátrica, elaboración del plan de tratamiento, rehabilitación psicosocial, intervención en casos de crisis, apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario, tratamiento comunitario de afirmación y terapia ambulatoria.</p> <p>Son elegibles los jóvenes que puedan recibir Medicaid y cumplan con los requisitos de necesidad médica para los servicios de salud conductual, si así lo determina un profesional de salud mental autorizado, o para los servicios de rehabilitación para menores de 21 años de edad. Los servicios cubiertos incluyen rehabilitación psicosocial,</p>

Beneficio	Cobertura de Louisiana Medicaid
	<p>intervención en casos de crisis, estabilización de situaciones de crisis, apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario, hogares de grupos terapéuticos, servicios contra las adicciones (ambulatorios y residenciales), servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, servicios psiquiátricos en centros residenciales de tratamiento, terapia ambulatoria (administración de medicamentos y asesoramiento individual, familiar y grupal), terapia multisistémica, terapia familiar funcional, servicios de fortalecimiento familiar, tratamiento comunitario de afirmación y sistema coordinado de atención.</p> <p>El análisis conductual aplicado (ABA) está cubierto para los beneficiarios de Medicaid de entre 0 y 21 años de edad que exhiban excesos o deficiencias de conductas que alteren de manera significativa las actividades del hogar o de la comunidad (algunos ejemplos pueden ser conductas agresivas, autolesiones, fugas, etc.); que tengan estabilidad médica y no requieran supervisión médica o de enfermería durante las 24 horas del día ni procedimientos realizados en hospitales o centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales; que hayan recibido un diagnóstico de parte de un profesional de salud calificado a causa de una afección para la cual los servicios de terapia basada en ABA sean reconocidos como terapéuticamente adecuados, como un trastorno del espectro autista; que hayan recibido una evaluación diagnóstica integral de parte de un profesional de salud calificado; y que cuenten con una orden para recibir servicios de terapia basada en ABA emitida por un profesional de salud calificado. Todos los servicios necesarios por razones médicas deben ser solicitados por un médico. Podrían aplicarse reglas de autorización.</p>
<b>Centro especializado de enfermería</b>	<p>\$0</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid y las personas que cumplen con los requisitos económicos de atención a largo plazo de Medicaid y en cuanto a nivel de atención en centros de enfermería determinado por la Oficina de Servicios para Adultos y Ancianos (Office of Aging and Adult Services) pueden recibir los beneficios. Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica o enfermería especializada y servicios relacionados; rehabilitación necesaria debido a lesión, discapacidad o enfermedad; atención y servicios relacionados con la salud (por encima del nivel de alojamiento y comida) no disponibles en la comunidad, que se necesiten regularmente debido a una afección física o mental.</p>
<b>Terapia física</b>	<p>\$0</p> <p>Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios cubiertos pueden prestarse ya sea de forma ambulatoria en un</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Cobertura de Louisiana Medicaid</b>
	<p>hospital o en el hogar a través de los servicios de atención médica en el hogar. Todos los servicios deben ser solicitados por un médico. Los beneficiarios del programa Medically Needy (tipo de caso 20 y 21) no son elegibles para recibir terapia física en un entorno de atención médica en el hogar.</p> <p>Los beneficiarios de Medicaid de entre 0 y 20 años de edad también son elegibles para recibir terapia física en una clínica de rehabilitación. Si son solicitados por un médico y autorizados con antelación, los servicios cubiertos pueden prestarse junto con otros servicios proporcionados por el programa EarlySteps, por centros de intervención temprana (EIC) o por juntas directivas escolares. Todos los servicios necesarios por razones médicas deben ser solicitados por un médico. Además, en el caso de los beneficiarios de Medicaid menores de 3 años de edad, los servicios recibidos en un EIC o como parte del programa EarlySteps deben estar incluidos en el Plan Individual de Servicios Familiares del niño. En el caso de los beneficiarios de Medicaid de entre 3 y 20 años de edad, los servicios deben estar incluidos en el programa de educación individualizado del menor. Podrían aplicarse reglas de autorización.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p>\$0</p> <p>Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Los servicios de ambulancia de emergencia podrían reembolsarse si existen circunstancias que determinen que el uso de cualquier otro medio de transporte que no sea una ambulancia no es aconsejable desde el punto de vista médico para el traslado del paciente.</p>
<b>Traslado</b>	<p>\$0</p> <p>Son elegibles todos los beneficiarios de Medicaid con beneficios completos de Medicaid, excepto algunos que tienen tanto Medicare como Medicaid. Los servicios cubiertos son el traslado para ir y volver de las citas médicas. No es obligatorio que el proveedor médico al cual se traslada al beneficiario esté inscrito en Medicaid, pero los servicios tienen que estar cubiertos por Medicaid. La oficina de traslados tomará la decisión. Los beneficiarios menores de 17 años de edad tienen que ir acompañados. Los beneficiarios deben llamar a las oficinas de traslado 48 horas antes de la cita. Se pueden coordinar traslados fuera del estado, pero se requiere autorización previa. Se pueden programar traslados en el mismo día cuando sea absolutamente necesario.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p>\$0</p> <p>Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles. Están cubiertos los fármacos para administración y tratamiento de quimioterapia recetados por un médico y recibidos en un hospital, el consultorio de un médico o una clínica.</p>

**Medicamentos de venta con receta de la Parte D**

**Beneficios de Louisiana Medicaid**

**Medicamentos genéricos  
Medicamentos de marca**

De \$0.50 a \$3, según el medicamento

Todos los beneficiarios de Medicaid son elegibles, excepto algunos que son elegibles para recibir tanto Medicare como Medicaid (elegibilidad doble). Los beneficiarios con elegibilidad doble para todos los beneficios reciben sus beneficios de farmacia a través de la Parte D de Medicare. Están cubiertos los medicamentos de venta con receta, excepto los medicamentos cosméticos (salvo ACCUTANE); los preparados para la tos y el resfriado; los medicamentos anorexígenos (salvo XENICAL); los medicamentos para la fertilidad, si se usan en tratamientos de fertilidad; los fármacos en estudio; los preparados farmacéuticos; las vacunas cubiertas por otros programas; los medicamentos de la Implementación del Estudio de Eficacia de Fármacos (Drug Efficacy Study Implementation); los medicamentos para la disfunción eréctil; los medicamentos de venta libre, con algunas excepciones; y los narcóticos recetados solo para la adicción a los narcóticos. Se deben realizar copagos, salvo en el caso de algunas categorías de beneficiarios. No se requieren copagos en el caso de beneficiarios menores de 21 años de edad, mujeres embarazadas, personas que reciben atención a largo plazo, nativos americanos, nativos de Alaska, personas incluidas en programas de exenciones, personas que reciben cuidados paliativos o mujeres que cumplen con los requisitos para acceder a Medicaid por padecer cáncer de mama o de cuello uterino. No se aplican copagos a las vacunas contra la gripe, a los servicios de emergencia, a los servicios de planificación familiar ni a los medicamentos preventivos incluidos en las recomendaciones A y B de la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force). El límite de recetas es de cuatro por mes calendario (el médico puede anular este límite si es necesario por razones médicas). Los límites no se aplican en el caso de los beneficiarios menores de 21 años de edad, las mujeres embarazadas y las personas que reciben atención a largo plazo. Podrían aplicarse reglas de autorización.

Beneficios adicionales	Beneficios de Louisiana Medicaid
<b>Comidas tras una hospitalización</b>	<p>\$0</p> <p>Se proporcionan servicios de comidas entregadas en el hogar a través del Programa de Exenciones Community Choices (Community Choices Waiver Program) a las personas que cumplen con los requisitos. Para obtener más detalles sobre este programa, visite <a href="http://ldh.la.gov/assets/docs/OAAS/publications/FactSheets/CCW-Fact-Sheet.pdf">http://ldh.la.gov/assets/docs/OAAS/publications/FactSheets/CCW-Fact-Sheet.pdf</a>.</p>
<b>Productos de venta libre</b>	<p>Los medicamentos de venta libre, con algunas excepciones, no están cubiertos.</p>
<b>Servicios de relevo</b>	<p>\$0</p> <p>Se prestan servicios de relevo a través de los siguientes programas:</p> <p>Programa de Exenciones para Servicios de Apoyo (Supports Waiver Program) – Para obtener detalles sobre este programa, visite <a href="http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/142">http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/142</a>.</p> <p>Programa de Exenciones Community Choices (Community Choices Waiver Program) – Para obtener detalles sobre este programa, visite <a href="http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/121">http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/121</a>.</p> <p>Sistema de Cuidado Coordinado (CSoC) – Para obtener detalles sobre este programa, visite <a href="http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/454/n/180">http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/454/n/180</a>.</p> <p>Programa de Exenciones New Opportunities (New Opportunities Waiver Program) – Para obtener detalles sobre este programa, visite <a href="http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/142">http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/142</a>.</p> <p>Programa de Exenciones para Opciones Residenciales (Residential Options Waiver Program) – Para obtener detalles sobre este programa, visite <a href="http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/142">http://www.dhh.la.gov/index.cfm/page/142</a>.</p>

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277)。

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-222-8600 (ATS: 1-800-846-5277).

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-222-8600 (телетайп: 1-800-846-5277).  
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-222-008-0068 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-648-008-7725).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277) まで、お電話にてご連絡ください。

**เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ໂປດຊາບ ຈຳນວນລາວ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

**توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.  
با (TTY: 1-800-846-5277)

1-800-222-8600 تماس بگیرد.  
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-222-8600 (TTY: 1-800-846-5277).

### Aviso de no discriminación

Peoples Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Peoples Health no excluye a personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Peoples Health brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse adecuadamente con nosotros, como los siguientes: intérpretes calificados de lengua de señas, información proporcionada en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Peoples Health también brinda servicios gratuitos de asistencia con el idioma a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes calificados e información proporcionada en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el departamento de servicios para miembros. Si cree que Peoples Health no ha brindado estos servicios o ha incurrido de otro modo en discriminación por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a nuestro coordinador de derechos civiles: Civil Rights Coordinator, Peoples Health, Three Lakeway Center, 3838 N. Causeway Blvd., Suite 2200, Metairie, LA 70002; 504-849-4685, 225-346-5704, o la línea gratuita 1-800-222-8600; TTY: 711; fax: 504-849-6959; correo electrónico: [civilrightscoordinator@peopleshealth.com](mailto:civilrightscoordinator@peopleshealth.com). Puede presentar una queja personalmente o por fax, correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono, dirigiéndola a: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Hay formularios de queja disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Antes de tomar una decisión en cuanto a su inscripción, es importante que entienda plenamente nuestros beneficios y nuestras reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar sin cargo al **1-855-890-5987** para hablar con un representante de atención al cliente. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al **1-800-846-5277**. Estamos disponibles todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Si se comunica con nosotros en fin de semana o un día feriado, nos pondremos en contacto con usted dentro del día hábil siguiente.

## Cómo saber cuáles son sus beneficios

- Consulte la lista completa de beneficios incluida en la *Evidencia de cobertura* (EOC), especialmente con respecto a los servicios por los cuales habitualmente se atiende con un médico. Visite <http://www.peopleshealth.com> o llame al 1-855-890-5987 para obtener una copia de la EOC.
- Consulte el *Directorio de proveedores* (o hable con su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende actualmente estén dentro de la red. Si un médico no está incluido en la lista, probablemente tenga que elegir otro médico.
- Consulte el *Directorio de proveedores* para asegurarse de que la farmacia en la que adquiere sus medicamentos de venta con receta se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no está incluida en la lista, probablemente tenga que elegir otra farmacia para adquirir sus medicamentos de venta con receta.

## Reglas importantes que debe conocer

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque de Seguridad Social cada mes (salvo que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro tercero).
- Es posible que los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros cambien el 1.º de enero de 2020.
- Salvo en situaciones de urgencia o de emergencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos no incluidos en el *Directorio de proveedores*).
- Este es un plan para necesidades especiales que exige elegibilidad doble (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basa en la verificación de que tenga derecho a recibir tanto Medicare como asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.