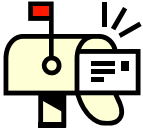


Programa LaMOMS de Louisiana

LaMOMS es un seguro de salud sin costo para mujeres embarazadas proporcionado por el Programa de Medicaid de Louisiana.

Cómo solicitar

- 1 **En internet** – www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov.
- 2 **Por correo** – Envíe la solicitud y los documentos de constancia a:
**LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278**
- 3 **Por fax** – Envíe por fax el formulario de solicitud y los documentos de constancia al 1-877-523-2987 (número gratuito);
- 4 **Entregar** – Entregar el formulario de solicitud y los comprobantes en su Oficina local de Medicaid. Llame al 1-888-342-6207 para conocer la oficina más cercana o visite nuestro sitio web www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov.

Miramos los ingresos de su familia

Tenemos en cuenta el ingreso bruto, y no el sueldo (neto) que lleva a su hogar. Los límites de ingresos dependen del tamaño de la familia. Su familia incluye: usted (la mujer embarazada), su esposo (si está legalmente casada), los niños menores de 18 años y el bebé por nacer.

Si su ingreso es mayor que lo que se muestra en el cuadro, aún así puede calificar ya que permitimos deducciones como:

- ✓ Pagos por la manutención de niños a alguien **fuera** de su hogar
- ✓ \$90 por cada persona empleada
- ✓ Pago por el cuidado de niños: hasta \$200 por niños **menores** de 2 años, \$175 **mayores** de 2 años
- ✓ Hasta \$50 **recibidos** por la manutención de niños

| Número en la familia | Montos de los ingresos hasta el 31 de marzo de 2009 | |
|---|---|-----------------|
| | Ingreso semanal | Ingreso mensual |
| 2 | \$584 | \$2,334 |
| 3 | \$734 | \$2,934 |
| 4 | \$884 | \$3,534 |
| 5 | \$1,034 | \$4,134 |
| 6 | \$1,184 | \$4,734 |
| 7 | \$1,334 | \$5,334 |
| 8 | \$1,484 | \$5,934 |
| Por cada persona adicional, agregue \$600 al monto mensual. | | |

Después de solicitar

Le enviaremos una carta para hacerle saber si califica. Si califica, obtendrá una tarjeta de Medicaid aproximadamente 2 semanas después de la carta de aprobación. Si ya tiene una tarjeta de Medicaid, la reactivaremos y podrá comenzar a utilizarla tan pronto como reciba la carta de aprobación.

Servicios cubiertos

LaMOMS cubre todos los servicios relacionados con el embarazo, el parto, y los cuidados médicos durante su embarazo y hasta 60 días después de finalizado el embarazo.

La cobertura incluye:

- ★ Consultas médicas
- ★ Estudios y trabajo de laboratorio
- ★ Atención hospitalaria
- ★ Medicamentos recetados
- ★ Algunos servicios dentales para enfermedades de las encías.

Otro seguro de salud

Usted puede tener un seguro de salud privado y LaMOMS. Para recibir todos los beneficios de LaMOMS, el médico que elija deberá aceptar tanto LaMOMS o Medicaid y su otro seguro. Su otro seguro pagará primero; luego lo haremos nosotros.

Si tiene o puede obtener un seguro a través de un empleo, Medicaid podrá ayudar a pagar las cuotas. Llame al 1-866-362-5253 o visite en línea www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov para más información.

Usted elige su médico

Usted podrá obtener atención por parte de cualquier médico que acepte Medicaid. Para un listado de médicos en su área, llame al 1-877-455-9955. Esta es una llamada gratuita.

Ayuda para facturas médicas pasadas

Podemos ver si califica para que LaMOMS pague por los servicios médicos que recibió durante su embarazo aun si ya ha pagado la factura.

Ayuda adicional

“Partners for Healthy Babies” es un proyecto de la Louisiana Office of Public Health. Ellos pueden ofrecerle información acerca del embarazo y contarle acerca de otros programas disponibles. Llame a “Partners for Healthy Babies” al 1-800-251-BABY (251-2229). Esta es una llamada gratuita.



Preguntas?

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud o para obtener alguna de las cosas que solicitamos, llame al **1-888-342-6207**. Si usted es sordo o tiene dificultades para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al **1-800-220-5404**. Estas son líneas gratuitas.

LaMOMS es un programa de igualdad de oportunidades

Medicaid/LaMOMS no puede tratarla de forma diferente por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si piensa que lo hicimos, debe:

- ★ Llame a la Oficina Regional de Derechos Civiles de Dallas, TX del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por su sigla en inglés) de EE.UU. al 1-800-368-1019; O
- ★ escribir a:
LA Dept. of Health & Hospitals
P. O. Box 4818
Baton Rouge, LA 70821-4818; O
- ★ Llame o escriba a su oficina local de Medicaid

Sus derechos

Si usted piensa que la decisión que tomamos no es justa, correcta o que se tomó muy tarde, puede solicitar una audiencia justa.

- ★ Llame a la oficina de Medicaid al 1-888-342-6207; O
- ★ Escriba a:
LA DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183;
Baton Rouge, LA 70821-4183; O
- ★ Llame o escriba a su oficina local de Medicaid.

¿Necesita traductor de español? Llame al 1-877-252-2447.

Quý vị có cần thông dịch viên người Việt không? Nếu cần xin gọi số 1-877-252-2447.

This public document was published at a total cost of \$1,873.58. Three thousand (3,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$1,873.58. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$1,873.58. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients and other individuals of LaMOMS coverage available through the Medicaid Program under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1) and Act 128 of the 1998 1st Extraordinary Session of the Louisiana Legislature. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

Solicitud para



Ayuda para que las mujeres embarazadas tengan bebés más sanos

Solicite en línea
www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov

1-888-342-6207



Solicitud

Use este formulario para solicitar LaMOMS o Medicaid para mujeres embarazadas. También puede solicitar en internet en www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov.

Para solicitarlo:

1. Complete este formulario de solicitud con pluma de tinta negra.
2. Obtenga los comprobantes que necesitamos.
Envíenos directamente este formulario de solicitud y los comprobantes.
Le daremos tiempo adicional para enviar las constancias si lo necesita.

LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX: 1-877-523-2987

¿Cuál es el idioma que habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro (díganos) _____
¿Cuál es el idioma que escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro (díganos) _____

Si usted quiere una solicitud en español o quiere hablar con alguien que habla español, llame al 1-877-252-2447.
Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

1. ¿Dónde obtuvo este formulario de solicitud?

- Oficina de LaMOMS/Medicaid Hospital Farmacia Consultorio del médico Amigo/Pariente
 Internet Clínica escolar Oficina de estampillas para alimentos Unidad de salud Negocio
(Tienda, trabajo) Festival/Feria de salud Algún otro lado: _____

2. Información sobre usted: (la mujer embarazada que está presentando el formulario de solicitud)

Nombre _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Apellido de soltera _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Lugar de nacimiento: Estado: _____ País: _____

Apellido de soltera de la madre _____

¿Es usted ciudadana de los EEUU? Sí – Vaya a la Pregunta 3 No – Complete debajo

¿Es usted un residente permanente legal? Sí No Fecha en que vino a los EEUU. _____

Número de tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde): A _____

3. Cómo localizarla

Dirección de correo _____ N° de departamento/lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección particular (si fuera diferente) _____ N° de departamento/lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Parroquia _____ Teléfono particular (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de día (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es el mejor día y/u hora para llamarla durante las horas laborales, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.? _____

Preguntas? – Llame gratis al 1-888-342-6207

(o para personas con dificultades para oír, el teléfono de texto TTY es 1-800-220-5404)

4. ¿Cuál es la fecha probable de parto? _____
¿Está esperando más de un bebé? Sí No

5. Díganos sobre su esposo legal que vive con usted. Si es menor de 18 años, d el nombre de sus padres que viven con usted. Ninguno – Vaya a la Pregunta 6 **No detalle los padres adoptivos.**

Persona N°1

Nombre _____ Masculino Femenino
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o Isleño pacífico

Relación con usted: Esposo Padre

Persona N°2

Nombre _____ Masculino Femenino
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o Isleño pacífico

Relación con usted: Esposo Padre

6. Liste **TODOS** los niños menores de 19 que viven con usted. Ninguno – Vaya a la Pregunta 7
Si es menor de 18 años, liste sus hermanos y hermanas menores de 19 años. Si hay más de 4 niños, use una hoja de papel aparte.

A. Nombre _____ Masculino Femenino
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Relación con usted: Hijo Hijastro Hermano/Hermana Otro: _____

B. Nombre _____ Masculino Femenino
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Relación con usted: Hijo Hijastro Hermano/Hermana Otro: _____

C. Nombre _____ Masculino Femenino
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Relación con usted: Hijo Hijastro Hermano/Hermana Otro: _____

D. Nombre _____ Masculino Femenino
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
Mes Día Año

Raza/Origen étnico (Opcional - puede marcar uno o más): Blanco Negro Hispano o Latino
 Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o de Islas del Pacífico

Relación con usted: Hijo Hijastro Hermano/Hermana Otro: _____

7. ¿Trabaja alguien? Sí – Complete debajo No – Vaya a la pregunta 8

Díganos sobre los salarios o el efectivo recibido por trabajo, negocio propio y propinas para usted y su esposo. Si es menor de 19 años, denos información de sus padres (no padres adoptivos).

| | | | |
|-----------------|--|--|---|
| ¿Quién trabaja? | Nombre del empleador | ¿Cuánto dinero recibe (monto bruto, no el salario neto)? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente | ¿Se ofrece seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Número de teléfono del empleador | | |
| | <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta | | |
| ¿Quién trabaja? | Nombre del empleador | ¿Cuánto dinero recibe (monto bruto, no el salario neto)? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente | ¿Se ofrece seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Número de teléfono del empleador | | |
| | <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta | | |

8. ¿Está con licencia por maternidad en su trabajo? Sí No

9. ¿Alguien obtiene dinero que no provenga de un trabajo como los detallados a continuación?

- Seguro Social • SSI • Desempleo • Compensación laboral • Dinero de amigos/parientes
- Manutención de niños (*liste al nombre del niño como la persona que lo obtiene*) • Pensión alimenticia
- Algo más (*detalle a continuación*)

Sí – Complete debajo No – Vaya a la pregunta 10

Cuéntenos sobre el ingreso para usted y su esposo. Si es menor de 19 años, cuéntenos acerca del ingreso de sus padres (no padres adoptivos).

| | | | |
|-------------------|----------|----------------------|--|
| ¿Quién lo recibe? | ¿Qué es? | ¿Cuánto? \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente |
| ¿Quién lo recibe? | ¿Qué es? | ¿Cuánto? \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente |
| ¿Quién lo recibe? | ¿Qué es? | ¿Cuánto? \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente |
| ¿Quién lo recibe? | ¿Qué es? | ¿Cuánto? \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensualmente |

10. ¿Tiene usted otro seguro de salud? Sí – Complete debajo No – Vaya a la pregunta 11

Nombre del dueño de la póliza _____ Fecha de comienzo de la cobertura _____

Nombre de la aseguradora y número de teléfono _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Qué cubre? (marque todo lo que corresponda) Hospital Médico Medicinas Dental

Ambulancia Embarazo Planificación familiar

¿Esta póliza es a través de un empleo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, nombre del empleador: _____

11. ¿Tendrá usted la opción de obtener seguro para su recién nacido? Sí No

12. ¿Necesita Medicaid para alguno de los últimos 3 meses para cubrir las facturas médicas (pagas o no pagas) de esos meses? Sí – Complete debajo No – Vaya a la pregunta 13

¿Qué meses? _____

13. ¿Alguien paga por el cuidado de niños o de un adulto con una discapacidad para poder trabajar u obtener entrenamiento? Sí – Complete debajo No – Vaya a la pregunta 14

Nombre de la persona que recibe el cuidado _____

¿Quién paga por estos cuidados? _____

¿Cuánto se paga? _____ ¿Cada cuánto se paga? _____

¿Se recibe alguna ayuda para pagarlo? Sí – ¿Cuánto? _____ No

Nombre de la institución o persona que brinda el cuidado _____

Número de teléfono (_____) _____

14. ¿Alguien en su hogar paga manutención infantil o pensión alimenticia por orden judicial?

Sí – Complete debajo No – Vaya a la pregunta 15

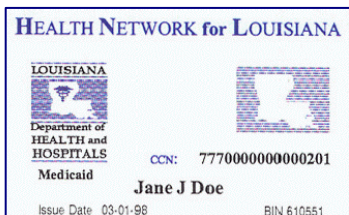
Nombre de la persona que la paga _____

¿Cuánto se paga? _____ ¿Cada cuánto se paga? _____

15. ¿Alguna vez recibió LaMOMS o Medicaid en Louisiana?

Sí - Responda la siguiente pregunta No – Vaya a la Pregunta 16

Si aún tiene la tarjeta plástica de Medicaid, puede utilizar la misma tarjeta si es aprobada nuevamente. No le enviaremos una nueva tarjeta si usted no lo solicita.



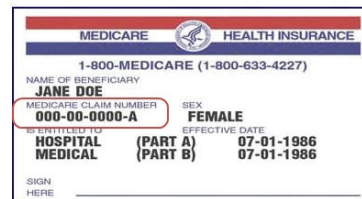
¿Necesitará una nueva tarjeta plástica de Medicaid? Sí No

16. ¿Alguna vez recibió Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)?

Sí No

17. ¿Tiene o alguna vez recibió Medicare? Sí No

La tarjeta de Medicare se ve así.



**Este es el final del formulario de solicitud.
FIRME DEBAJO**

Al firmar esta solicitud estoy autorizando al estado de Louisiana y sus agentes a hacer los contactos necesarios para verificar la información dada en esta solicitud. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información dada es verdadera. Declaro que he recibido y leído los Derechos y Responsabilidades en la siguiente página.

 **Firme con su nombre aquí:** _____ **Fecha:** _____

**Envíe su solicitud completa a:
LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX: 1-877-523-2987**

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Conserve esta página para sus registros.

LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE PARTE SUYA

CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO: Usted declara que la información relacionada con la ciudadanía o estado migratorio que proporcionó al comienzo de esta solicitud es verdadera y correcta.

REPORTE DE VERACIDAD: Usted declara que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si deliberadamente brinda información que no es real O si a propósito no brinda la información que debería, podría recibir beneficios de salud a los que no tiene derecho. Si esto sucede, puede ser penado legalmente por fraude. También puede ser que tenga que devolver dinero a Medicaid por las facturas que se pagaron por error.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted entiende que la información que dio sobre usted será verificada. Usted acuerda ayudar a que esto se haga y permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Usted entiende que los números de seguro social sólo se utilizarán para obtener información de otras agencias gubernamentales para decidir sobre su elegibilidad para Medicaid.

PAGO DE GASTOS MÉDICOS POR UN TERCERO: Usted entiende que al aceptar Medicaid, el Departamento tiene derecho a conseguir el dinero que usted reciba de otras fuentes como pago de seguro o pagos por orden judicial, por servicios que Medicaid pagó por usted.

REPORTE DE CAMBIOS: Usted acepta informar a Medicaid dentro de los 10 días de los siguientes cambios: 1) se muda fuera del estado; 2) se produce un cambio en su dirección de correo o la de su hogar; o 3) se produce algún cambio en el seguro de salud y las cuotas.

CUMPLIMIENTO DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS: Usted entiende que Medicaid enviará información del caso a Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica sólo si usted lo solicita.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA: Usted entiende que puede solicitar una Audiencia Justa si piensa que cualquier decisión tomada con respecto a un caso es injusta, incorrecta o que se tomó demasiado tarde.

NO DISCRIMINACIÓN: Usted entiende que no puede recibir un trato distinto por parte de Medicaid debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política. Si usted piensa que esto ha ocurrido, puede informarlo a la Oficina Regional para los Derechos Civiles de Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escriba al Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana al P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

OTROS SERVICIOS: Usted entiende que la información acerca de WIC, KIDMED, y otros servicios de Medicaid se le enviará a usted si es elegible para Medicaid.

Comprobantes que tal vez tenga que enviarnos

Si alguna de estas cosas se aplican a usted y a su familia, envíe copias de estos documentos. Déjenos saber si no puede obtenerlas. Tal vez podamos ayudarlo.

Copias de sus tarjetas de seguro de salud (frente y dorso).

Si usted no es ciudadano de los EEUU, envíe una copia de su tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde) u otro formulario de Servicios de ciudadanía y inmigración de los EEUU.

Si no nació en Louisiana, envíe constancia de ciudadanía de los EEUU como por ejemplo certificado de nacimiento, certificado souvenir de nacimiento, pasaporte de los EEUU o papeles de adopción. *Si no tiene ninguno, consulte sobre otras cosas que pueda utilizar.*

Comprobantes de ingresos recibidos por usted, su esposo y, si usted es menor de 19 años, de sus padres que viven con usted. Envíe el talonario de pago del último mes mostrando el sueldo bruto (antes de los impuestos), o una carta del empleador, o si es trabajador independiente envíe copias de los formularios de impuestos del año pasado y todos los documentos adjuntos. Los ejemplos de constancias para cualquier ingreso no recibido por trabajo serían cartas de aprobación o cartas de amigos o parientes que le están dando dinero a usted o a su familia.

Comprobantes de pagos por manutención de la guardería. Comprobantes de pagos por atención de adultos la persona que brinda cuidados.

Orden judicial y comprobante de pensión alimenticia o pagos por manutención de niños hechos a personas fuera del hogar. *Si se paga a través de Support Enforcement Services de Louisiana (SES, por sus siglas en inglés), usted **no** debe enviar ninguna constancia, háganoslo saber.*

Si está solicitando cobertura LaMOMS/Medicaid para los tres meses antes de presentar el formulario de solicitud, envíe constancias de ingresos para esos meses.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

| | NÚMEROS TELEFÓNICOS | TELÉFONO DE TEXTO TTY |
|---|---------------------|-----------------------|
| LaMOMS | 1-888-342-6207 | 1-800-220-5404 |
| EPSDT (clínicas prenatales, planificación familiar, ayuda para encontrar un Médico de atención primaria) | 1-800-359-2122 | 1-877-544-9544 |
| CommunityCARE (para solicitar un cambio de Médico de atención primaria) | 1-800-259-4444 | 1-877-544-9544 |
| Asistencia de recomendaciones médicas | 1-877-455-9955 | |
| Servicio Medicaid | 1-888-342-6207 | |
| Programa dental | 1-800-251-2229 | |
| Transporte (para solicitar transporte no de emergencia, llame al menos con 48 horas de anticipación) | 1-800-259-1944 | |
| Línea de ayuda de enfermera las 24 horas (CommunityCARE) | 1-866-529-1681 | |
| Reemplazo de tarjeta de Medicaid | 1-800-834-3333 | |

SITIOS WEB IMPORTANTES

| | |
|---|--|
| LaMOMS – Medicaid para mujeres embarazadas | www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov |
| LaCHIP – Medicaid para niños | www.LaCHIP.org |
| Otros programas de Medicaid | www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov |
| Buscar un médico que acepte Medicaid | www.La-CommunityCare.com |
| KIDMED & CommunityCARE | www.La-KidMed.com |
| Aplicar o renovar Medicaid | www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov |

CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS