



Aetna Better Health® of Louisiana

A photograph of a woman with blonde hair, wearing a dark top, holding a baby in her arms. She is looking down at the baby with a gentle expression. The background is softly blurred.

Estamos con usted

Invierno 2019

Servicios cubiertos

A continuación, se enumeran los servicios cubiertos por Aetna Better Health of Louisiana. Es posible que se apliquen algunas limitaciones y requisitos de autorización previa. En la tabla observará que para algunos beneficios en la columna Límites se indica que “se puede requerir autorización previa”. Esto significa que algunos servicios no requieren autorización previa mientras que otros sí. Usted o su proveedor pueden llamarnos con los códigos de servicio para averiguar si es necesaria la autorización previa.

Todos los servicios deben ser necesarios por razones médicas a menos que formen parte del programa Detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (Early and

Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT). El EPSDT es un programa para miembros menores de 21 años. Si tiene preguntas sobre sus servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**.

Aetna Better Health of Louisiana cubre servicios para la salud del comportamiento. Es posible que los distintos miembros tengan distintos servicios cubiertos. A continuación, se incluye una lista de los servicios que pueden estar cubiertos. Para obtener más información, hable con su administrador de casos si tiene uno. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**.

Algunos adultos con ciertas necesidades de salud del comportamiento también pueden tener cubiertos ciertos servicios basados en la comunidad y el hogar. Estos servicios se conocían como servicios 1915(i). Si tiene una enfermedad mental grave y cree que es elegible para estos servicios, infórmenos. Hable con su administrador de casos si tiene uno. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**. Para obtener más información sobre la salud del comportamiento, consulte la página 29 [de su Manual para Miembros].



Quejas formales y apelaciones

En Aetna Better Health of Louisiana, hacemos lo mejor que podemos para solucionar sus inquietudes o problemas rápida y satisfactoriamente. Puede usar nuestro proceso de presentación de quejas o nuestro proceso de apelaciones. Depende del tipo de problema que tenga.

No habrá cambios en su servicio si presenta una queja o apelación. Ni el personal de Aetna Better Health of Louisiana ni un proveedor de atención médica lo tratarán de manera diferente. Mantendremos su privacidad. Podemos ayudarle a presentar una queja o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de visión o audición. También puede designar a alguien como un familiar, amigo o proveedor para que lo represente.

Para presentar una queja o apelar una medida del plan, llame al **1-855-242-0802 (TTY: 711)** o escriba a:

Aetna Better Health of Louisiana
Grievance and Appeals Dept.
2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200
Kenner, LA 70062
Fax: **1-844-410-8655**

Deberá indicarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

También puede completar un formulario de solicitud de apelación del destinatario en línea en **adminlaw.state.la.us/forms.htm** ante la División de Derecho Administrativo de Louisiana.

¿Cómo presento una apelación de una medida?

Una determinación adversa de beneficios es cuando no aprobamos un servicio que recomienda su proveedor. Puede ser que digamos que no pagaremos los servicios. Una determinación adversa de beneficios también puede ser cuando no le brindamos servicios de manera oportuna. Si no está de acuerdo con una determinación adversa de

beneficios que hemos tomado, puede apelar la decisión.

Cuando presenta una apelación, significa que debemos analizar nuevamente el motivo de nuestra determinación adversa de beneficios para decidir si era correcta. Una apelación es un medio que usted tiene para solicitar que alguien revise nuestras determinaciones adversas de beneficios. La lista a continuación incluye ejemplos de cuándo podría querer presentar una apelación.

- Por no aprobar un servicio que pide su proveedor
- Por suspender un servicio que antes fue aprobado
- Por no pagar por un servicio que su PCP u otro proveedor solicitan
- Por no brindarle el servicio en el debido momento
- Por no responder a su apelación de forma oportuna
- Por no aprobar un servicio porque no forma parte de nuestra red

Para presentar una apelación:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**. Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo.
- Escríbanos a:
Aetna Better Health of Louisiana
Grievance and Appeals Dept.
2400 Veterans Memorial Blvd.,
Suite 200
Kenner, LA 70062
Fax: **1-844-410-8655**
- También puede completar un formulario de solicitud de apelación del destinatario en línea en **adminlaw.state.la.us/forms.htm** ante la División de Derecho Administrativo de Louisiana.

Puede pedirle a alguien que lo represente en la presentación de su apelación, como un familiar, amigo o proveedor. Debe aceptar esto por escrito. Envíenos una carta donde indica que quiere que otra persona lo

represente y presente una apelación en su nombre. Esta persona se llama *representante del miembro*. Incluya su nombre, número de identificación del miembro de su tarjeta de identificación, nombre de la persona que desea que lo represente y la determinación adversa de beneficios que desea apelar. Cuando recibamos la carta, la persona que eligió puede representarlo. Si otra persona presenta una apelación en nombre suyo, usted no puede presentar otra usted mismo por esa determinación adversa de beneficios.

Usted o su representante deben iniciar una apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha de nuestra carta de aviso de determinación adversa de beneficios. Su proveedor puede ser su representante. Nosotros podemos ayudarle a escribir su apelación si es necesario.

La persona que recibe su apelación la dejará registrada. El personal a cargo supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta para confirmarle que recibimos su apelación. Le indicaremos cómo serán nuestros pasos a seguir. Su apelación será revisada por personal clínico experto. El personal que revisa su apelación no está involucrado en nuestra decisión inicial o determinación adversa de beneficios que está apelando.

En algunas determinaciones adversas de beneficios, puede pedirnos que el servicio continúe durante el proceso de apelación

Es posible que usted quiera que sus servicios continúen mientras revisamos su apelación. Los servicios que se pueden continuar deben ser servicios que usted ya recibe. Son servicios que se reducen, quedan en suspenso o se dan por finalizados. Continuaremos con los servicios si solicita una apelación en un margen de 10 días desde nuestro aviso de determinación adversa de

beneficios. También continuaremos con los servicios si solicita una apelación antes de la fecha en la que le indicamos que se verían reducidos, suspendidos o finalizados, lo que ocurra más tarde. En nuestro aviso le diremos si decidimos reducir, suspender o dar por finalizado su servicio. Se indicará la fecha de vigencia de nuestra determinación adversa de beneficios. Se establecerá el período de autorización original y cuándo finaliza.

Sus servicios continuarán hasta que termine el período de autorización original de sus servicios, o hasta 10 días después de que enviemos la decisión de apelación por correo, o si retira su pedido de apelación. En caso de que la apelación fuese denegada y usted pida una audiencia imparcial del programa de Medicaid estatal de Louisiana con continuidad de los servicios, sus servicios continuarán durante la

— *Continúa en la página siguiente*



Quejas formales y apelaciones

— *Continúa de la página anterior*

audiencia imparcial del estado. (Vea la sección Audiencia imparcial del estado).

Puede solicitar servicios mientras revisamos su apelación. No obstante, si decidimos que coincidimos con nuestra primera decisión de denegar su servicio, podemos exigirle que pague esos servicios. Esto se debe a que usted pidió continuar recibiendo servicios mientras revisábamos su apelación.

¿Qué sucede después?

- Le enviaremos una carta en el plazo de tres (3) días hábiles para decirle que recibimos su apelación. Nosotros le diremos si necesitamos más información. Le indicaremos si debe

darnos más información en persona o por escrito, si fuese necesario.

- Usted brinda más información sobre su apelación, si es necesario.
- Puede ver su archivo de la apelación.
- Puede estar presente cuando el Comité de Apelaciones revisa su apelación.
- El Comité de Apelaciones revisará su apelación. Le indicarán si necesitan más información y tomarán una decisión en un plazo de 30 días calendario. Si su apelación requiere una decisión rápida, le llamaremos para informarle la decisión. En todas las apelaciones, le enviaremos los resultados por escrito. En la carta de la decisión, encontrará una explicación de lo que haremos y por qué motivo.

- Un proveedor con la misma especialidad o una especialidad similar a la de su proveedor a cargo del tratamiento revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o suspender el servicio médico.
- El proveedor que revisa su apelación no informará al proveedor que tomó la decisión original sobre su caso.
- Podemos extender el plazo para tomar una decisión sobre su apelación hasta 14 días. Podemos extender el plazo para obtener más información. Si lo hacemos, le enviaremos una carta explicando la demora.
- Usted puede pedir una extensión si necesita más tiempo.

Si la decisión del Comité de Apelaciones coincide con la determinación adversa



de beneficios, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante la revisión. Si la decisión del Comité de Apelaciones no coincide con el aviso de la medida, haremos que los servicios comiencen de inmediato.

¿Cuánto tiempo demorará Aetna Better Health en tomar una decisión respecto de mi apelación de una medida?

A menos que pida una revisión acelerada, revisaremos su apelación como una apelación estándar. Le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como lo requiera su condición de salud. No demoraremos más de 30 días a partir del día en que recibimos una apelación. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días más si:

- Usted solicita una extensión
- Nosotros necesitamos más información
- El retraso es mejor para usted y está aprobado por el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH)

Durante nuestra revisión, tendrá una oportunidad de presentar su caso en persona o por escrito. Tendrá también la posibilidad de revisar cualquiera de sus archivos que formen parte de la revisión de la apelación. Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomemos sobre su apelación. Identificaremos la decisión y la fecha cuando tomamos esa decisión.

Le brindaremos los servicios en cuestión tan pronto como lo requiera su condición de salud si:

- Revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados o de reducir, suspender o dar por finalizados los servicios
- No se brindaron servicios mientras la apelación estaba en proceso

En algunos casos, usted puede pedir una apelación "acelerada". (Consulte la sección *Proceso de apelación acelerada*).



Proceso de apelación acelerada

Puede pedir una revisión rápida de la apelación si esperar el tiempo de apelación normal podría ser perjudicial para su salud. Una apelación rápida también se denomina "apelación acelerada". Responderemos con nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Luego le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de dos (2) días hábiles. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días más. Usted puede prolongar el período de revisión si necesita más tiempo. Nosotros podemos prolongar el período de revisión si necesitamos más tiempo. Solo podemos solicitar más tiempo si es lo mejor para usted.

En caso de que no estemos de acuerdo con su pedido de una decisión de apelación rápida, haremos todo lo posible por contactarlo. Le indicaremos que hemos denegado su solicitud de

apelación acelerada. Si denegamos su solicitud de una decisión rápida, le informaremos nuestra decisión en el plazo normal. También le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud de una apelación acelerada. Lo enviaremos dentro de los dos (2) días siguientes a la recepción de su pedido.

Si Aetna Better Health deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Le enviaremos una carta con la decisión de la apelación. Si nuestra decisión no aprueba totalmente su apelación, la carta describirá sus derechos de apelación adicionales. Usted tendrá derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado al LDH. En la carta también se le dirá quién puede presentarse en su nombre en la audiencia. También se le dirá si puede

— Continúa en la página siguiente

Quejas formales y apelaciones

— *Continúa de la página anterior*

continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación.

Audiencia imparcial del estado

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado al Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) en un plazo de 30 días desde la fecha en que le enviamos su carta con la decisión de la apelación. La División de Derecho Administrativo de Louisiana hace una recomendación sobre su audiencia al Secretario del LDH. El Secretario del LDH toma la decisión final sobre su apelación.

Puede presentar una solicitud de audiencia imparcial del estado por

teléfono, fax, correo postal o a través del sitio web.

- Correo postal: P.O. Box 4189, Baton Rouge, LA 70821-4189
- Fax: **225-219-9823**
- Teléfono: **225-342-5800**
- Sitio web: **adminlaw.state.la.us/HH.htm**

Si su apelación está relacionada con una reducción, suspensión o finalización de servicios recibidos, puede pedir continuar recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial del estado. Si usó el formulario de audiencia imparcial para pedir una audiencia, debe marcar la casilla del formulario donde indica que desea continuar con los servicios. Las audiencias imparciales del estado

y los pedidos de continuidad de los servicios también se pueden solicitar por teléfono o en línea. Su pedido de continuar con los servicios debe ser hecho dentro de los 10 días a desde la fecha de nuestra carta sobre la decisión de apelación. Si no solicita una audiencia imparcial del estado en el plazo de 10 días, sus servicios serán reducidos, suspendidos o finalizados a la fecha de vigencia, lo que ocurra más tarde. Sus servicios continuarán hasta que finalice el período de autorización original de los servicios, o bien hasta que cancele la apelación o el funcionario a cargo de la audiencia imparcial del estado deniegue su solicitud, lo que ocurra primero.



Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en cuestión de inmediato, y tan pronto como su condición de salud lo exija. En caso de que haya recibido los servicios en disputa mientras estaba pendiente la apelación, pagaremos los servicios cubiertos según indique el funcionario de la audiencia imparcial del estado.

Usted puede pedir continuar con los servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial del estado. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, usted puede ser responsable del pago de los servicios tratados en la audiencia.

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier mensaje suyo dirigido a nosotros donde indica su descontento con la atención o el tratamiento que recibe. Puede ser sobre nuestro personal o proveedores, incluidos los servicios de la visión, transporte y atención dental para adultos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o si no le gustó la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, puede presentarnos una queja.

Aetna Better Health toma muy seriamente las quejas de los miembros. Queremos saber qué está mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor o la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, cuéntenos de inmediato. Tenemos procedimientos especiales para ayudar a los miembros a presentar quejas. Haremos todo lo posible para responder sus preguntas. Queremos resolver su inquietud. Presentar una queja no afectará a sus servicios de atención médica o a la cobertura de sus beneficios.

Estos son ejemplos de cuándo podría querer presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health no respetó sus derechos.
- Tuvo dificultad para obtener una cita con su proveedor en la cantidad de tiempo adecuada.
- No estuvo satisfecho con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health fue descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Aetna Better Health no respetó sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar su queja por teléfono o por escrito. Puede llamar a Servicios para Miembros para pedir ayuda al **1-855-242-0802 (TTY: 711)**. También puede enviarnos una carta o un fax sobre su queja a:

Aetna Better Health of Louisiana
Grievance and Appeals Dept.
2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200
Kenner, LA 70062
Fax: **1-844-410-8655**

En la carta debe incluir la mayor cantidad posible de información. Por ejemplo, indique la fecha del incidente, los nombres de las personas involucradas y detalles de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro. Puede pedirnos que le ayudemos a presentar su queja.

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo.

Puede pedirle a alguien que lo represente, como un familiar, amigo o proveedor. Debe aceptar esto por escrito. Envíenos una carta donde indica que quiere que otra persona lo represente y presente una queja en su nombre. Incluya su nombre, número de identificación del miembro de su tarjeta de identificación, nombre de la persona

que desea que lo represente y de qué trata su queja. Cuando recibamos la carta, la persona que eligió puede representarlo. Si otra persona presenta una queja en nombre suyo, usted no puede presentar otra usted mismo por esa misma cuestión.

Proceso de presentación de quejas

Usted puede presentarnos una queja oralmente o por escrito, en cualquier momento. La persona que recibe su queja la dejará registrada. El personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta para confirmarle que recibimos su queja. La carta incluirá una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos la queja y le daremos una respuesta. El tiempo que demoramos en responder depende de lo siguiente:

- Si su queja es consecuencia de que denegamos su solicitud de una decisión rápida sobre una autorización o apelación, tomaremos una decisión en las 72 horas siguientes a recibirla.
- Si su queja es consecuencia de que extendimos el plazo para darle una decisión sobre su solicitud de autorización o apelación, tomaremos una decisión en las 72 horas siguientes a recibirla.
- Para todos los demás tipos de quejas, tomaremos una decisión en un plazo de 90 días a partir de la recepción. El período de revisión puede extenderse hasta 14 días más. Usted puede prolongar el período de revisión si necesita más tiempo. Nosotros podemos prolongar el período de revisión si necesitamos más tiempo. Solo podemos solicitar más tiempo si es lo mejor para usted.

En nuestra carta sobre la decisión describiremos lo que detectamos cuando analizamos su queja. Allí se indicará nuestra decisión sobre su queja.

Derechos y responsabilidades

Como miembro del plan, usted tiene derechos y responsabilidades. Si necesita ayuda para comprender sus derechos y responsabilidades, llame a Servicios para Miembros.

Sus derechos

Como miembro o padre/madre o tutor de un miembro, usted:

- Tiene derecho a ser tratado con respeto y la debida consideración de su dignidad y privacidad.
- Tiene derecho a participar en decisiones sobre su atención de la salud, incluido el derecho a negarse a tratamientos por motivos religiosos o de cualquier otro tipo.
- Tiene derecho a hablar sobre las opciones de tratamiento apropiadas o necesarias por razones médicas para sus condiciones. Esto debe ocurrir aunque no sea un beneficio cubierto e independientemente de cuánto cueste.
- Tiene derecho a no sufrir ninguna forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, comodidad o represalias.
- Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de sus registros médicos (una copia sin cargo) y pedir que se modifiquen o corrijan.
- Tiene derecho a recibir servicios de atención médica que sean accesibles; sean similares en cantidad, duración y alcance a los que se brindan en virtud del pago por servicio de Medicaid; y que sean suficientes en cantidad, duración y alcance de manera que uno razonablemente pueda prever lograr el propósito por el cual se brindan los servicios.
- Tiene derecho a recibir servicios que sean apropiados y no sean denegados o reducidos únicamente debido a un diagnóstico, tipo de enfermedad o condición médica.
- Tiene derecho a recibir toda la información de una manera y en un formato que pueda comprender.



- Tiene derecho a recibir asistencia tanto del Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) como de Healthy Louisiana para entender los requisitos y beneficios de Aetna Better Health of Louisiana.
- Tiene derecho a recibir servicios de interpretación oral sin cargo para todos los idiomas que no sean inglés.
- Tiene derecho a ser notificado sobre la disponibilidad de servicios de interpretación oral sin cargo y cómo obtener acceso a esos servicios.
- Como miembro potencial, tiene derecho a recibir información sobre el programa Healthy Louisiana, qué poblaciones pueden o no inscribirse en el programa, y las responsabilidades de Aetna Better Health of Louisiana.
- Tiene derecho a recibir información sobre los servicios de Aetna Better Health of Louisiana, como por ejemplo:
 - Beneficios cubiertos
 - Qué hacer para obtener beneficios, incluido cualquier requisito de autorización
 - Cualquier cantidad que deba pagar (copago)
 - Área de servicio
- Nombres, ubicaciones, números de teléfono e idiomas distintos del inglés que hablen los proveedores contratados actuales
- Cómo y cuándo puede cambiar de PCP o ver a otros proveedores
- Proveedores que no aceptan a pacientes nuevos
- Beneficios no ofrecidos por Aetna Better Health of Louisiana pero que puede recibir en virtud de Medicaid
- Tiene derecho a recibir información sobre sus derechos de desafiliación al menos una vez al año.
- Tiene derecho a recibir aviso sobre cualquier cambio en sus beneficios y servicios. Se le informará al menos 30 días antes de que tenga efecto el cambio.
- Tiene derecho a recibir información sobre los procedimientos de queja, apelación y audiencia imparcial del estado.
- Tiene derecho a expresar reclamos o quejas o a presentar apelaciones sobre Aetna Better Health of Louisiana o sobre la atención que recibe.
- Tiene derecho a recibir información sobre cobertura de emergencia y fuera del horario de atención, como por ejemplo:
 - Qué es una condición médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización

- Que los servicios de emergencia no requieren autorización previa
- Proceso y procedimientos para obtener servicios de emergencia
- Ubicaciones de cualquier lugar donde se brinde atención de emergencia y otros lugares donde los proveedores y hospitales brinden servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización cubiertos según el contrato
- Su derecho a usar cualquier hospital u otro lugar para atención de emergencia
- Normas de los servicios de atención posterior a la estabilización
- Tiene derecho a recibir nuestra política sobre referidos para atención especializada y otros beneficios que no brinda su PCP.
- Tiene derecho a contarnos lo que piensa sobre nuestra política de derechos y responsabilidades.
- Tiene derecho a pedir que protejamos su privacidad.
- Tiene derecho a hacer valer estos derechos sin recibir un trato negativo por parte de Aetna Better Health of Louisiana, nuestros proveedores o el LDH.
- Saber cómo es su atención médica y los pasos para recibir atención.
- No utilizar la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia.
- Informarnos cuando haga cambios en su domicilio o número de teléfono.
- Informar al LDH cuando haya cambios en el tamaño o los ingresos de la familia.
- Entender sus problemas de salud y participar a la hora de determinar sus objetivos de salud.
- Hacerles saber a sus proveedores si su salud cambia.
- Ser respetuoso con los proveedores de atención médica que le brindan atención.
- Programar sus citas durante el horario de atención cuando sea posible. Ser puntual. Llamar si va a llegar tarde o faltar a su cita.
- Brindar a sus proveedores de atención médica toda la información que necesitan.
- Transmitir al Plan y al LDH sus inquietudes, preguntas o problemas.
- Pedir más información si no entiende su atención o condición médica.
- Hablar con sus proveedores acerca de la atención que necesita. Preguntar si hay otras opciones y cómo pueden serles útiles. Preguntar sobre los riesgos y costos de otras opciones.
- Seguir los consejos de su proveedor. Si no desea hacerlo, hacérselo saber a su proveedor.
- Informarnos sobre cualquier otro seguro que tenga. Decirnos si solicita algún beneficio nuevo.
- Entregar a su médico una copia de su testamento en vida o directivas anticipadas.
- Obtener toda la atención preventiva que necesita para mantenerse saludable. Escoger un estilo de vida saludable. Evitar actividades no saludables.
- Si no está de acuerdo con un proveedor o desea reclamar algo, seguir los pasos para presentar una queja.



Sus responsabilidades

- Usar sus tarjetas de identificación cuando vaya a citas de atención médica u obtenga servicios y no permita que nadie use sus tarjetas. Hacernos saber si pierde o si le roban su tarjeta de identificación.
- Conocer el nombre de su PCP y su administrador de casos, si tiene uno.

Comuníquese con nosotros



Aetna Better Health of Louisiana
2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200
Kenner, LA 70062



24 horas al día, 7 días de la semana
1-855-242-0802 (TTY: 711)
aetnabetterhealth.com/louisiana

Este boletín se publica como un servicio a la comunidad para los amigos y miembros de Aetna Better Health of Louisiana, 2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200, Kenner, LA 70062. Incluye información general sobre la salud que no debe reemplazar el asesoramiento o la atención que recibe de su proveedor. Siempre consulte a su proveedor sobre sus necesidades de atención médica personales. Es posible que se hayan empleado modelos en fotos e ilustraciones.