Amerigroup RealSolutions® in healthcare

Manual Para Miembros

Amerigroup Community Care, Tennessee

TennCare – 1-800-600-4441
CHOICES – 1-866-840-4991
www.myamerigroup.com/TN

TN-MHB-0017-15 05.15 SP

Números de teléfono GRATUITOS para pedir ayuda	
Amerigroup llame sobre asuntos relacionados con su salud	**1-800-600-4441**
Servicios y Apoyo de Largo Plazo de Amerigroup llame para solicitar CHOICES o para hablar con su Coordinador de Cuidados	**1-866-840-4991**
Línea de Ayuda de Enfermería	**1-800-600-4441**
DentaQuest llame para asuntos relacionados con la atención dental (dientes) de menores de 21 años de edad	**1-855-418-1622**
Programa de Farmacia de TennCare llame sobre asuntos relacionados con servicios de farmacia de TennCare	**1-888-816-1680**
Tennessee Health Connection llame para: • cambio de dirección, trabajo o ingresos, • copagos de TennCare, • apelaciones para obtener o conservar TennCare, • solicitar TennCare, • programas como cupones de alimentos o Families First	**1-855-259-0701**
Programa de Representación de TennCare llame para solicitar asistencia con los servicios de atención física o para asistencia con Servicios de Salud Conductual (servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	**1-800-758-1638** Línea TTY/TDD: **1-877-779-3103**
Unidad de Soluciones de TennCare llame si tiene problemas para obtener atención médica o para presentar una apelación médica	**1-800-878-3192** Línea TTY/TDD: **1-866-771-7043**
Línea para asistencia e información sobre Medicare llame para asuntos relacionados con Medicare	**1-800-633-4227**
Línea de ayuda para SHIP llame para asuntos relacionados con Medicare	**1-877-801-0044**
Administración del Seguro Social llame para asuntos relacionados con el Seguro Social y discapacidad	**1-800-772-1213**
Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) llame para reportar fraude o abuso	**1-800-433-3982**
Servicios de transporte llame para pedir transporte para ir a una consulta médica si no tiene como llegar	**Vea la página 13**

Nombres de los doctores	Números de teléfono

TennCare y
su plan de seguro médico, Amerigroup

Manual para miembros
2015

Su derecho a la privacidad
Hay leyes que protegen su privacidad. Esas leyes dicen que nosotros no podemos divulgar a otras personas información sobre usted. En la Parte 7 de este manual puede leer más acerca de sus derechos de privacidad.

¡Importante!
Aunque no use su TennCare, el estado paga para que usted lo tenga. Si usted ya no necesita su TennCare, llame gratis a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.**

TennCare no permite el trato injusto.
Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. En la Parte 7 Parte de este manual puede leer más acerca de su derecho al trato justo.

TN A014.5

This page tells you who to call for help with TennCare if you don't speak English.

Kurdish – Badinani کوردی – بادینانی

ئەڤێ نامێ هندەك پێزانینێت گرنگ پێت تێدا لـ سەر تێن کێرێ. هەکە تو پێتڤی هاریکارییێ بی دا پتر د ڤی نامێ بگەهی، هاریکاری یا هەی بـ کوردی. پەیوەندیێ بکە بـ 1-800-758-1638، ئەڤ تەلەفۆنە یا بێ پارەیە.

Kurdish – Sorani کوردی – سۆرانی

ئەم نامەیە زانیاری گرنگی تێدایە دەربارەی تێن کێر. ئەگەر یارمەتیت پێویستە بۆ تێگەیشتنی ئەم نامەیە، یارمەتی هەیە بە کوردی بە پەیوەندی کردن بە 1-800-758-1638، ئەم تەلەفۆنە بە خۆڕاییە.

Arabic العربية

هذه الرسالة تحتوي على معلومات مهمة عن التين كير. إذا كنت تحتاج الى مساعدة لفهم هذه الرسالة، المساعدة موجودة بالعربية عندما تتصل بـ 1-800-758-1638، هذه المكالمة مجانية.

Somali Soomaali

Warqaddani waxay waddaa war muhiim ah oo kusaabsan TennCare. Haddii aad ubaahantahay caawimo fahmidda warqaddan, waxa lagugu caawinkaraa Af-soomaali. Waxad wici kartaa taleefankan kharash la'aanta ah **1-800-758-1638**.

Bosnian Bosanski

Ovo pismo sadrži važne podatke o vašem TennCare. Ako vam treba pomoć u razumijevanju ovog pisma na Bosanskom/Srpskohrvatskom, zovite **1-800-758-1638**, ovaj poziv se ne plaća.

Vietnamese Người Việt

Lá thư này có tầm quan trọng đến TennCare của bạn. Nếu bạn cần giúp đỡ để hiểu thêm lá thư này, có người nói tiếng Việt sẽ giúp đỡ bạn, xin gọi số **1-800-758-1638**.

Rev: 06Aug10

Contenido

Bienvenido a TennCare y a su plan de seguro médico, Amerigroup 6

Amerigroup 6

Sus otros planes de seguro médico 7

Parte 1: Cómo utilizar su plan de seguro médico de TennCare 10

Red de proveedores de Amerigroup 12

Ayuda con el idioma en sus consultas 13

Transporte a sus consultas 13

Consultas con el doctor 14

Cómo cambiar de PCP (doctor) 15

Salud Conductual (servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción) 16

Proveedores especialistas 17

Atención en el hospital 17

Emergencias de salud física 18

Emergencias de salud mental 19

Parte 2: Servicios que TennCare paga 22

Paquetes de beneficios: servicios cubiertos 22

Atención con límites 35

Otros servicios de TennCare 40

Atención preventiva para que conserve la salud 42

Atención preventiva para adultos 42

Embarazo y salud de la mujer 43

Después del nacimiento de su hijo 44

Atención preventiva para niños: TENNderCARE – Atención médica para su niño o adolescente 45

Atención dental para niños 47

Servicios no cubiertos 47

Parte 3: Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo TennCare CHOICES (LTSS) 50

Qué es y cómo solicitarlo 50

Servicios y apoyos de largo plazo 54

Coordinación de la atención 58

Cómo pagar CHOICES 65

Tabla de contenido, continúa

Cómo cancelar su inscripción en CHOICES 69

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare 72

Lo que usted paga por su atención médica – copagos 72

Cómo funcionan en conjunto TennCare, Medicare y otros seguros médicos 77

Parte 5: Ayuda con problemas relacionados con su atención médica o con TennCare 80

Tipos de problemas y lo que usted puede hacer 80

¿Necesita una nueva tarjeta de TennCare? 80

¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor? 80

¿Necesita presentar una queja sobre su atención? 80

¿Necesita ayuda con transporte a sus consultas médicas? 80

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico o su MCO? 80

¿Necesita ayuda para obtener medicamentos recetados? 82

¿Necesita ayuda para obtener sus servicios de atención médica? 84

¿Le están cobrando? ¿Tuvo que pagar algo? 85

Razones por las que su TennCare puede terminar 86

Parte 6: Apelaciones de TennCare 87

Apelaciones médicas - Cómo apelar si tiene problemas con la atención médica 87

Cómo apelar si tiene problemas para obtener o conservar TennCare 91

Parte 7: Sus derechos y obligaciones 93

Sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare y Amerigroup 93

Su derecho a recibir un trato justo 96

Su derecho de apelar si tiene problemas con la atención médica 97

Su derecho a una audiencia imparcial 98

Su derecho a la privacidad 101

Sus derechos sobre información médica 103

Su obligación de reportar el fraude y el abuso 105

Parte 8: Papeles de atención médica que posiblemente requiera 106

Solicitud de cambio de PCP (doctor) 106

Queja por trato injusto 107

Apelación médica 114

Directivas adelantadas 118

Parte 9: Más información 123

TENNderCare: Calendario de vacunas para niños y adolescentes 125

Definiciones legales 130

Bienvenido a TennCare y a su plan de seguro médico, Amerigroup

Éste es su manual para miembros de TennCare. En este manual se le explica cómo usar su TennCare para obtener atención médica. TennCare es el programa para atención médica de Tennessee. Funciona como un seguro médico para ayudar a pagar muchos servicios de atención médica.

Hay dos tipos de TennCare: **TennCare Medicaid y TennCare Standard.**
Puede tener TennCare Medicaid o TennCare Standard. La diferencia es la forma en que usted obtuvo su TennCare.

TennCare Medicaid es el tipo de TennCare que tiene la mayoría de la gente. Las reglas para TennCare Medicaid dicen que se tienen que tener en cuenta sus ingresos y a veces sus recursos. Los recursos son sus pertenencias o dinero que tiene ahorrado.

También tiene que pertenecer a cierto "grupo", como por ejemplo el grupo de los menores de 21 años de edad o el grupo de las mujeres embarazadas.

En Tennessee, la gente que obtiene beneficios de Ingreso de Seguro Suplemental (SSI) también reciben TennCare Medicaid. Usted puede presentar la solicitud de beneficios de SSI en la oficina del Seguro Social.

Algunas personas tienen TennCare Medicaid **y** otro seguro. En la mayoría de los casos eso está bien. El gobierno federal dice que una persona puede tener Medicaid y otro seguro siempre y cuando satisfaga las reglas de Medicaid. ¿Tiene usted TennCare Medicaid porque está inscrito en el programa de cáncer de mama y/o cáncer cervical (del cuello uterino)? Entonces no puede tener otro seguro, ni siquiera Medicare, **si** el seguro cubre el tratamiento del cáncer de mama y/o el cáncer cervical.

TennCare Standard es el segundo tipo de TennCare. Solamente ciertas personas califican para TennCare Standard.

TennCare Standard es para los menores de 19 años de edad que están perdiendo TennCare Medicaid. Cuando llegó el momento de ver si podrían conservar TennCare Medicaid, no calificaron. Pero, las reglas de TennCare Standard dicen que esos menores se pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a un seguro médico colectivo. Algunas veces también deben tener un problema de salud.

Los menores que tienen TennCare Standard no pueden tener acceso a ningún otro seguro, ni siquiera Medicare.

Hay otro tipo de TennCare Standard para adultos de 21 años de edad y mayores que se llama TennCare Standard Spend Down (SSD). Para este programa, cuando analizan sus ingresos, primero le reducen sus cuentas médicas, para que su ingreso sea más bajo. Los adultos solamente pueden presentar la solicitud durante ciertas temporadas del año y también deben satisfacer otros requisitos. Puede tener SSD y otro seguro médico, como Medicare, siempre y cuando satisfaga las reglas.

¿Por qué es importante saber qué tipo de TennCare tiene? Porque le ayuda a saber el tipo de beneficios de TennCare que tiene. También le ayuda a saber si tiene que pagar copagos por los

servicios de TennCare. Más adelante en este manual explicamos más acerca de sus beneficios y copagos de TennCare.

TennCare le envió una carta para informarle que tiene TennCare y el día en que su TennCare comenzó. Si tiene preguntas o problemas con respecto a las fechas de su TennCare, puede llamar al
Llame a Tennessee Health Connection gratis al **1-855-259-0701**.

¡Importante! La legislación estatal dice que usted debe informar a TennCare de cualquier cambio que pudiera afectar su TennCare. Usted **debe** reportar esos cambios en un plazo de 10 días de que se produzca el cambio. Además, también debe darle a TennCare los comprobantes necesarios para hacer el cambio. Llame inmediatamente a Tennessee Health Connection si:

- Si se muda**
- Si cambia de trabajo.
- Si cambia la cantidad de personas de su familia.
- Si cambia la cantidad de sus ingresos.
- Si obtiene o puede obtener seguro médico colectivo.

Cada vez que se mude de casa le tiene que informar a TennCare su nueva dirección. **¿Por qué? TennCare le envía información importante sobre su cobertura y beneficios de TennCare por correo. Si no tienen su dirección actual, **podría perder** su TennCare. Llame a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701** para informar a TennCare de su nueva dirección.

¿Recibe usted cheques de SSI de la Administración del Seguro Social (SSA)? Entonces debe llamar a la oficina local de la SSA y darles su nueva dirección.

Después de que llame a Tennessee Health Connection **o** al Seguro Social, llámenos al **1-800-600-4441** y avísenos también de su nueva dirección.

Sus planes seguro médico de TennCare

Amerigroup es su plan de seguro médico de TennCare que le ayuda a obtener **atención médica física o conductual (servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción).** A veces nos llaman su Organización de Atención Administrada o MCO (porque así se abrevia en inglés). Si tiene preguntas sobre cómo obtener atención médica física o conductual, llámenos al **1-800-600-4441.** La llamada es gratis.

Nos puede llamar de lunes a viernes, de las 7 a.m. a las 5:30 p.m., horario del Centro, excepto los días festivos. Si llama después de las 5:30 p.m., puede dejar un mensaje de voz. No tiene que volver a marcar. Espere a que la grabación le diga que puede dejar un mensaje. Un representante de Servicios al Miembro lo llamará el siguiente día laborable.

Si llama después de las 5:30 p.m. y está enfermo, tiene una pregunta sobre su salud o desea hablar con una enfermera, escuchará un mensaje para comunicarse con Nurse HelpLine (Línea de Ayuda de Enfermería). Usted puede hablar con una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Cuando está enfermo, también puede llamar a **Amerigroup On Call** las 24 horas del día para consultar a una enfermera. Llame al 1-866-864-2544. Una enfermera registrada le puede ayudar a:

- Encontrar un doctor después de horas hábiles o en fin de semana
- Encontrar un centro de atención urgente o una clínica que no requiere cita
- Hacer una cita con su doctor o con otro doctor de nuestra red

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Necesita saber qué tipo de doctor debe consultar? Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería (Nurse Help Line) al **1-800-600-4441.** La llamada es gratis.

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

¿Es Amerigroup el plan de seguro médico que usted pidió? Si usted necesita o quiere cambiar su plan de seguro médico, usted tiene 45 días a partir de la fecha en que recibió su carta de TennCare. Para cambiar su plan de seguro médico en los primeros 45 días, llame gratis a la Unidad de Soluciones de TennCare al **1-800-878-3192.** Dígales que acaba de recibir su TennCare y que quiere cambiar su plan de seguro médico.

Después de 45 días es más difícil cambiar su plan de seguro médico. En la Parte 5 de este manual se explica más acerca de cómo cambiar su plan de seguro médico después de los primeros 45 días.

- ¿Quiere cambiar de plan de seguro médico porque tiene problemas para obtener atención médica o no puede encontrar un doctor? Llámenos gratis al**1-800-600-4441**. Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted no tiene que cambiar de plan de seguro médico para obtener la atención médica que necesita.
- ¿Quiere cambiar de plan de seguro médico para ver a un doctor que acepta un plan de seguro médico diferente? En primer lugar, verifique que **todos** sus doctores aceptarán su nuevo plan de seguro médico. Usted sólo podrá acudir a los doctores que acepten su nuevo plan.
- ¿Qué puede hacer si quiere cambiar su plan de seguro médico pero ya le autorizamos atención médica que aún no ha recibido? Si cambia de plan de seguro médico y todavía necesita la atención médica, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan de seguro médico.

Plan de seguro médico farmacéutico

Si tiene cobertura de medicamentos con receta a través de TennCare, sus beneficios de medicamentos recetados se los proporcionará un Administrador de Beneficios Farmacéuticos (Pharmacy Benefits Manager, PBM).

El plan farmacéutico de TennCare se llama **Magellan Health Services.** Su nueva tarjeta farmacéutica le llegará por correo. ¿Qué debe hacer si no le llega pronto su nueva tarjeta farmacéutica? Si necesita surtir una receta, puede ir a la farmacia de todos modos. Infórmeles en la farmacia que usted tiene TennCare.

Antes de acudir, verifique que la farmacia acepta TennCare. Para saber, visite http://www.tn.gov/tenncare/mem-pharmacy.shtml. En la parte superior de la página, haga clic en el enlace para encontrar una farmacia. Luego, busque **Buscar una farmacia o un médico. Haga clic en Farmacia.** Escriba la información solicitada para buscar farmacias cercanas que aceptan TennCare. O bien, puede llamar al departamento de ayuda con farmacias de TennCare al **1-888-816-1680.**

¿Necesita más ayuda? ¿Tiene preguntas sobre su tarjeta? Llame al departamento de asistencia farmacéutica de TennCare al **1-888-816-1680.**

En las Partes 1 y 2 de este manual puede leer más acerca de su cobertura farmacéutica.

Plan de seguro dental para niños

TennCare solamente cubre la atención dental para menores de 21 años de edad. El plan dental de TennCare es **DentaQuest.** Ellos le pueden si tiene preguntas sobre el cuidado dental. Para encontrar un dentista de DentaQuest, visite **http://www.dentaquest.com**/state-plans/regions/tennessee/. Luego haga clic en **Buscar un dentista.** O los puede llamar al **1-855-418-1622.**

¡Observación! TennCare **no** cubre ningún tipo de atención dental ni cirugía oral para adultos de 21 años de edad y mayores.

En las partes 1 y 2 de este manual puede aprender más acerca de la cobertura dental para los menores de 21 años de edad.

Parte 1: Cómo utilizar su plan de seguro médico de TennCare

Todo miembro de Amerigroup tiene una tarjeta de miembro. Su tarjeta es parecida a ésta.

Estos son algunos de los datos que vienen en su tarjeta:

- **Member Name** es el nombre de la persona que puede usar esta tarjeta.
- **ID Number** es el número que nos informa quién es usted.
- **TennCare Number** nos dice en qué parte de Tennessee vive usted.
- **Primary Care Provider (PCP)** es la persona a quien usted acude cuando necesita atención médica.
- **Effective Date** es la fecha a partir de la cual puede comenzar a acudir al PCP que se indica en su tarjeta.
- **Date of Birth** es su fecha de nacimiento.
- **Co-pays** son lo que usted paga por cada servicio de atención médica. No todas las personas tienen copagos.
- **Benefit Indicator** es el tipo de paquete de beneficios de TennCare que tiene usted. Su paquete de beneficios es el tipo de servicios o atención para el cual TennCare le proporciona cobertura.

Lleve su tarjeta consigo en todo momento. La tendrá que mostrar cuando vaya a ver a su doctor y cuando vaya al hospital.

Esta tarjeta es solamente para usted. No permita que nadie más use su tarjeta. Si extravía o le roban su tarjeta, o si alguno de los datos es incorrecto, llámenos al **1-800-600-4441** para que le enviemos una tarjeta nueva. La llamada es gratis.

Si tiene preguntas acerca de TennCare o Amerigroup, puede:

Llamarnos al **1-800-600-4441** o

enviarnos una carta a: **Amerigroup Community Care**
22 Century Blvd., Suite 220
Nashville, TN 37214

Proveedores de Amerigroup – Dentro de la red

Los doctores y otros lugares que trabajan con Amerigroup se conocen como la **Red de Proveedores.** Todos esos proveedores se nombran en un **Directorio de Proveedores.** También puede encontrar el directorio en línea en **www.myamerigroup.com/TN .** O llámenos al **1-800-600-4441** para pedir una lista. A veces la lista impresa no es la más actualizada, ya que pueden haberse inscrito o dado de baja algunos proveedores después de la impresión. Sin embargo, el Directorio de Proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **1-800-600-4441** para saber de un proveedor está en nuestra red.

Para encontrar médicos que hablan otros idiomas, también se puede consultar el directorio de proveedores de Amerigroup.

Para una lista de proveedores de atención primaria y especialistas, visite www.myamerigroup.com/TN y haga clic en **Buscar médico**. También puede consultar o descargar una versión del directorio en formato PDF. El directorio contiene una sección donde se indican los lenguajes extranjeros que se hablan en consultorios de proveedores de atención primaria y especialistas.

Cuando visite www.myamerigroup.com/TN, puede indicar su número de identificación de miembro y descargar la aplicación móvil para teléfonos inteligentes de Amerigroup. Esta aplicación le permite consultar los proveedores en línea.

Usted **debe** acudir a doctores que aceptan Amerigroup para que TennCare pague su atención médica.

Pero, si también tiene Medicare, **no** tiene que usar doctores que aceptan Amerigroup. Usted puede acudir a cualquier doctor que acepta Medicare. Para informarse mejor sobre cómo funciona Medicare con TennCare, consulte
la Parte 4 de este manual.

Fuera de la red

A los doctores que no están en la Red de Proveedores y que no aceptan Amerigroup se les llama **Proveedor Fuera de la Red.** En la mayoría de los casos, **TennCare no pagará** si usted acude a un doctor que está Fuera de la red**.**

Pero, a veces, como en las situaciones de emergencia o para consulta con un especialista, TennCare paga aunque el doctor no pertenezca la red. A menos que sea una emergencia, tiene que tener una **autorización**. Las secciones de **Especialistas** y **Emergencias** contienen más información sobre cuándo puede acudir a un proveedor que está fuera de la red.

Si ya estaba recibiendo atención o tratamiento cuando su TennCare comenzó, es posible que pueda continuar recibiendo la atención sin necesidad de una autorización o referido. Llámenos al 1-800-600-4441 para que le digan cómo.

Cómo obtener ayuda gratuita con el idioma en sus consultas de atención médica

Si el inglés no es su primer idioma, puede pedir un intérprete para sus consultas. Éste es un servicio gratuito para usted. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para que pueda obtener ayuda con servicios lingüísticos.

También puede consultar nuestro Directorio de Proveedores para buscar médicos que hablan otros idiomas.

Para una lista de proveedores de atención primaria y especialistas, visite www.myamerigroup.com/TN y haga clic en **Buscar médico**. También puede consultar o descargar una versión del directorio en formato PDF. El directorio contiene una sección donde se indican los lenguajes extranjeros que se hablan en consultorios de proveedores de atención primaria y especialistas.

Cuando visite www.myamerigroup.com/TN, puede indicar su número de identificación de miembro y descargar la aplicación móvil para teléfonos inteligentes de Amerigroup. Esta aplicación le permite consultar los proveedores en línea.

Cómo obtener ayuda con transporte a sus consultas de atención médica

Si no tiene forma de llegar a sus consultas con el médico, es posible que TennCare le pueda proporcionar transporte.

Puede obtener ayuda con el transporte:

- **solamente** para servicios cubiertos por TennCare y
- **solamente** si no tiene otra manera de llegar.

Alguien lo puede acompañar a su cita si:

- usted es un niño menor de 21 años de edad o
- usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener el servicio (como por ejemplo alguien que le abra las puertas, empuje su silla de ruedas, le ayuda con la lectura o la toma de decisiones).

Si necesita transporte a su cita o si tiene preguntas acerca de que alguien lo acompañe, llámenos al Tennessee Carriers al **1-866-680-0633.** La llamada es gratis.

Trate de llamar **por lo menos 72 horas antes** de su cita médica para asegurar que pueda obtener transporte. Si cambia o cancela su cita, también tiene que cambiar o cancelar el transporte.

Consultas con el Doctor

Su proveedor de atención primaria – la principal persona a la que acude para atención médica

Usted acudirá a una persona principal para su atención médica. Él o ella puede ser un doctor, un ayudante de médico o una enfermera. A esa persona se le llama su **proveedor de atención primaria** o **PCP.**

A veces se indica el nombre de su PCP en el frente de su tarjeta de miembro. ¿Qué debe hacer si el nombre de su PCP no se indica en su tarjeta? Llámenos al 1-800-600-4441 para pedir el nombre de su PCP o para informarse sobre otros PCP de nuestra red. ¿Qué debe hacer si quiere cambiar de PCP? **En la siguiente página se explica cómo.**

La mayoría de los PCP tienen horas hábiles de consulta. Pero, usted puede llamar a su PCP a cualquier hora. Si llama después de horas hábiles, ellos le dirán cómo comunicarse con el doctor. Si no le contestan después de horas hábiles, llámenos al1-800-600-4441 **.**

Si acaba de empezar con este PCP, es importante que vaya a conocerlo. Llame para hacer una cita con PCP tan pronto como pueda. Esto es aún más importante si estaba recibiendo atención o tratamiento por medio de otro doctor. Queremos asegurar que usted continúe recibiendo la atención que necesita. Pero aunque se sienta bien, debe llamar para pedir una consulta con su PCP.

Antes de ir a su primera consulta con su PCP:

1. Pídale a su antiguo doctor que envíe su expediente médico a su PCP. Eso no le cuesta nada a usted. Su expediente le pertenece. Su expediente servirá para que su PCP se entere sobre su salud.
2. Llame a su PCP para hacer una cita.
3. Tenga a la mano su tarjeta de Amerigroup cuando llame.
4. Diga que es miembro de Amerigroup y proporcione su número de ID de miembro. Informe a su PCP si tiene algún otro seguro.
5. Anote la fecha y la hora de su cita. Si es paciente nuevo, es posible que el proveedor le pida que acuda un poco más temprano. Anote la hora a la que le pidan que acuda.
6. Haga una lista de las preguntas que le quiere hacer a su PCP. Anote cualquier problema de salud que tiene.
7. Si necesita que lo lleven a la cita y no tiene ninguna otra manera de llegar, le podemos ayudar a conseguir transporte. Trate de llamar por lo menos 72 horas antes de su cita.

En la parte 5 se explica más acerca de cómo obtener transporte.

El día de su cita:

1. Lleve todas sus medicinas y una lista de preguntas para que su PCP sepa cómo ayudarle.
2. Llegue a tiempo a su cita. Si no puede llegar a su cita a tiempo, llame a su PCP para que le den otra cita.
3. Lleve su tarjeta de identidad de Amerigroup. Es posible que su PCP le saque una copia a la tarjeta. Si tiene otro seguro, lleve también esa tarjeta de identidad.

4. Si le corresponde un copago, páguelo. En la Parte 4 se explica más sobre los copagos.

Su PCP se encargará de la **mayoría** de sus asuntos de salud. Su PCP puede encontrar y tratar los problemas de salud cuando apenas empiezan. Él o ella tendrá su expediente médico. Con eso su PCP puede tener una idea general de su estado de salud. Su PCP lleva un control de toda la atención médica que usted reciba.

Si tiene que cambiar de PCP

Hay muchos motivos por los que posiblemente tenga que cambiar de PCP. Quizás sea porque quiere acudir a un PCP cuyo consultorio le queda más cerca. O quizás su PCP deje de trabajar con nosotros. Si su PCP deja de trabajar con Amerigroup, nosotros le enviaremos una carta pidiéndole que busque a otro PCP. Si no encuentra un nuevo PCP, nosotros le encontraremos uno para que pueda continuar recibiendo su atención médica.

Para cambiar de PCP:

1. Encuentre un nuevo PCP en la red de Amerigroup. Para encontrar un nuevo PCP, consulte nuestro Directorio de Proveedores. O lo puede consultar en línea en www.myamerigroup.com/TN o llamar por teléfono al1-800-600-4441.
2. Después, llame al PCP para asegurar que él o ella pertenece a la red de proveedores de Amerigroup.
   No se olvide de preguntar si está aceptando pacientes nuevos.
3. Si el nuevo PCP pertenece a nuestra red y está aceptando pacientes nuevos, complete la **Solicitud de Cambio de PCP** que se encuentra en la Parte 8 y envíela por correo. O bien, puede llamarnos al **1-800-600-4441**para informarnos el nombre de su nuevo PCP.

¿Necesita ayuda para encontrar a un nuevo PCP? Llámenos al 1-800-600-4441.. Le ayudaremos a buscar a un nuevo PCP que esté aceptando pacientes nuevos.

Su proveedor de atención primaria, o PCP, es quien mejor lo conoce a usted y a su familia y sus necesidades de atención médica. Por medio de My PCP Connection, usted tendrá el PCP adecuado para usted y su familia.

My PCP Connection es un programa que le ayuda a encontrar al PCP adecuado. Esta es una función que se encuentra en nuestro sitio web seguro para miembros. Después de entrar en la página web, puede ver la información de su PCP en el cuadro de la izquierda. Si desea hacer cambios, haga clic en el enlace.

O bien, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TennCare) o al 1-866-840-4991 (CHOICES). Es importante tener un PCP. Su PCP le puede ayudar a tomar buenas decisiones en el cuidado de su salud.

Si cambia de PCP:

- Le enviaremos una nueva tarjeta de Amerigroup. La tarjeta tendrá el nombre de su nuevo PCP. La fecha en que su tarjeta entra en vigencia (effective date) es la fecha en que comenzaremos a pagar sus consultas con el nuevo PCP.
- Cualquier cita que le haya hecho su antiguo PCP tendrá que ser autorizada por su nuevo PCP. De manera que aunque su antiguo PCP le haya dado un referido para un especialista, tendrá que obtener un nuevo referido de su PCP nuevo.

- Si va a cambiar de PCP porque cambió de plan de seguro médico, no es necesario que su nuevo PCP le dé autorización para su atención médica. Pero si su atención dura más de 30 días naturales, tendrá que obtener una autorización de su nuevo PCP. Consulte con su PCP para obtener más información.

- Usted puede cambiar de PCP mientras está recibiendo atención médica. Si cambia de PCP y está recibiendo atención médica que su antiguo PCP ordenó, es posible que pueda continuar acudiendo a su antiguo PCP por un periodo de hasta 90 días. Sin embargo, si su nuevo PCP le puede proporcionar la atención sin demora, puede transferirse antes de los 90 días. Consulte con su PCP para obtener más información.

- ¿Qué debe hacer si está cambiando de PCP porque cambió de plan de seguro médico? De todas maneras tiene que obtener la autorización para atención médica de su nuevo PCP.
- Y si ya está en un plan de tratamiento, debe llamar inmediatamente a su nuevo PCP. Su nuevo PCP tiene que saber sobre toda la atención médica que ha estado recibiendo. Él o ella puede ayudarle a continuar recibiendo la atención que necesita.

Atención de Salud Conductual (servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)

No es necesario acudir a su PCP para recibir los servicios de Salud Conductual. . Sin embargo, la atención la tiene que proporcionar alguien que esté en nuestra red. Si ya está recibiendo atención médica, pregunte a su proveedor si acepta Amerigroup.

Una Agencia Comunitaria de Salud Mental (Community Mental Health Agency, CMHA) es un lugar al que puede acudir para servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción. La mayoría de las CMHA aceptan TennCare.

Antes de su primera consulta:

1. **Pídale** a su antiguo doctor que envíe su expediente a su nuevo PCP. Su expediente servirá para que su proveedor se entere sobre sus necesidades de salud.
2. **Tenga lista su tarjeta de Amerigroup** cuando llame para hacer su cita con el nuevo proveedor.
3. Diga que es miembro de Amerigroup y proporcione su **número de ID**. Si tiene otro seguro, también infórmelos.
4. **Anote** la fecha y la hora de su cita. Si es paciente nuevo, es posible que el proveedor le pida que acuda un poco más temprano. Anote la hora a la que le pidan que acuda.

5. Haga una lista de las preguntas que le quiere hacer a su proveedor. Anote cualquier problema de salud que tiene.
6. Si necesita que lo lleven a la cita y no tiene ninguna otra manera de llegar, le podemos ayudar a conseguir transporte. Trate de llamar por lo menos 72 horas antes de su cita. En la página 13 se explica más cómo obtener transporte.

El día de su cita:

1. **Lleve** todas sus medicinas y una lista de preguntas para que su proveedor sepa cómo ayudarle.
2. **Llegue a tiempo** a su cita. Si no puede llegar a su cita a tiempo, llame a su proveedor para que le den otra cita.
3. **Lleve** su **tarjeta de identidad** de Amerigroup. Es posible que su proveedor le saque una copia. Si tiene otro seguro, lleve también esa tarjeta de identidad.
4. Si le corresponde un copago, **páguelo**. En la Parte 4 se explica más sobre los copagos.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción, llámenos al **1-800-600-4441.** O bien, si tiene preguntas sobre servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción, llámenos al **1-800-600-4441.** La llamada es gratis.

Especialistas

Un **especialista** un doctor que trata ciertas enfermedades o una Parte específica del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo o doctor del corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo, un doctor que trata el cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.

Es posible que su PCP lo envíe a un especialista para atención. A eso se le llama **referido**. Si su PCP quiere que usted vaya a un especialista, él o ella le hará la cita con el especialista.

Si el especialista no está en nuestra Red de Proveedores, su PCP primero tiene que obtener nuestra autorización. Si le corresponden copagos, su copago es el mismo aunque el especialista se encuentre Fuera de la Red.

¡Importante! Usted no puede acudir a un especialista sin el referido de su PCP. Nosotros no pagaremos la consulta con el especialista aunque su PCP lo envíe.

Sin embargo, si es mujer **no** tiene que ir primero a su PCP si necesita un chequeo con un doctor que se especializa
en el tratamiento de la mujer. Al doctor que se especializa en el tratamiento de la mujer se le llama un especialista obstetra/ginecólogo y en inglés lo abrevian OB/GYN. El especialista en el tratamiento de la mujer tiene que estar en nuestra red. En la Parte 2 de este manual encontrará más información acerca de la atención médica de la mujer.

Recuerde que **no** es necesario que acuda primero a su PCP para ver a un proveedor de salud conductual para servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción

Atención en el hospital

Si necesita atención en un hospital, su PCP o proveedor de salud conductual hará los arreglos.

Usted debe obtener la autorización de su PCP para que lo atiendan en un hospital.
A menos que sea una emergencia, nosotros solamente pagaremos la atención en el hospital si su PCP lo remite.

Emergencias – Salud Física

Siempre lleve consigo su tarjeta de Amerigroup. Así, en caso de una emergencia, los médicos sabrán que usted tiene TennCare. Usted puede recibir atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite.

Las emergencias son cuando su salud podría correr riesgo grave o daño si usted no recibe atención médica inmediatamente. Consulte la Parte 9 de este manual para una definición completa de lo que es una emergencia.

Las emergencias pueden ser cosas como:

- Falta de aliento o no poder hablar
- Una cortada profunda, un hueso roto o una quemadura
- Hemorragia que no se puede detener
- Dolor intenso en el pecho que no se le quita
- Dolor intenso del estómago que no se le quita
- Convulsiones que provocan desmayo
- No poder mover las piernas o brazos
- Cuando no se puede despertar a la persona
- Sobredosis de drogas o medicamentos

Usualmente las siguientes cosas no son emergencias:

- Dolor de garganta
- Resfriado o gripe
- Dolor de la espalda baja
- Dolor de oído
- Dolor de estómago
- Cortadas pequeñas, poco profundas
- Moretón
- Dolor de cabeza, a menos que sea muy intenso y que sea un dolor como nunca antes había tenido
- Artritis

Si piensa que tiene una emergencia, vaya a la Sala de Emergencias (en inglés se llama Emergency Room o ER) del hospital más cercano. En una emergencia puede ir a un hospital que no está en la Red de Proveedores. Si no puede ir a la Sala de Emergencias, llame al 911 o llame al servicio de ambulancia de su localidad.

Si no sabe con certeza si se trata de una emergencia, llame a su PCP. Usted puede llamar a su PCP a cualquier hora. Su PCP le puede ayudar a obtener atención en una emergencia si la necesita.

Si necesita atención de emergencia, no es necesario que obtenga ninguna autorización para recibir atención de emergencia.

Después de que lo atiendan en la Sala de Emergencias, también recibirá la atención médica que el doctor indique para que se mantenga estable. A eso se le llama atención de estabilización después de una emergencia.

Usted tiene que informar a su PCP después de recibir atención de emergencia. Su PCP tiene que saber sobre su emergencia para que después lo pueda atender con el seguimiento. **Usted tiene que llamar a su PCP en un plazo de 24 horas de haber recibido la atención de emergencia.**

Emergencias de Salud Mental

Usted puede obtener atención para una emergencia de salud conductual en cualquier momento, aunque se encuentre de viaje.

Y no es necesario que obtenga ninguna autorización para recibir atención de emergencia.

Si tiene una emergencia de salud conductual, alcoholismo o drogadicción, acuda inmediatamente al centro para atención de crisis mentales más cercano **o** a la Sala de Emergencias. ¿Qué puede hacer si no sabe dónde se encuentra el centro para atención de crisis mentales más cercano? Llame inmediatamente a Mental Health Crisis Services al 1-855-274-7471. Estas llamadas son gratuitas.

O bien, puede llamar a su proveedor. Su proveedor le puede ayudar a obtener atención en una emergencia si la necesita. TennCare paga las emergencias de salud mental aunque el doctor u hospital no esté en la Red de Proveedores.

Las emergencias son cuando su salud **o** la de otra persona podría correr riesgo grave o daño si usted no recibe ayuda inmediatamente. Consulte la Parte 9 de este manual para una definición completa de lo que es una emergencia.

Las emergencias pueden ser cosas como:
son emergencias:

- Planear en hacerse daño
- Pensar en hacerle daño a otra persona

Usualmente **estas** cosas **no** son emergencias:

- Necesitar una renovación de receta médica
- Pedir ayuda para hacer una cita

Si tiene este tipo de emergencia:

- Acuda al centro para atención de crisis mentales más cercano o a la Sala de Emergencias o
- Llame al 911 o
- Llame a **Servicios para Crisis Mental de Adultos al** 1-855-274-7471. Estas llamadas son gratuitas.

Menores de 18 años de edad

Si tiene menos de 18 años de edad o si su hijo tiene menos de 18 años de edad y sufre una emergencia de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas):

- Acuda a la Sala de Emergencias más cercana o
- Llame al 911 o
- Llame al centro para atención de crisis mentales para niños y adolescentes, Mental Health Crisis Services for Children and Youth, a los siguientes teléfonos:
  - Región de Memphis al 1-866-791-9226
  - Región rural de Tennessee Occidental al 1-866-791-9227
  - Región rural de Tennessee Central al 1-866-791-9222
  - Región de Nashville al 1-866-791-9221
  - Región de Upper Cumberland al 1-866-791-9223
  - Región de Knoxville al 1-866-791-9224
  - Sureste de Tennessee al 1-866-791-9225
  - Noreste de Tennessee al 1-866-791-9228

Youth Villages ofrece servicios para crisis para menores de 18 años de edad en todo el estado. Si acude a la Sala de Emergencias, es posible que un representante de Youth Villages ayude a evaluar la atención médica que requiere su hijo.

Si no puede comunicarse con alguien en el número telefónico que se indica para su zona, llame a **1-800-600-4441.** Nosotros le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Siempre lleve consigo su tarjeta de Amerigroup. Así, en caso de una emergencia, los médicos sabrán que usted tiene TennCare.

Después de que lo atiendan en la Sala de Emergencias, también recibirá la atención médica que el doctor indique para que se mantenga estable. A eso se le llama atención de estabilización después de una emergencia.

Usted tiene que informar a su proveedor después de recibir atención de emergencia. Su proveedor tiene que saber sobre su emergencia para que después lo pueda atender con el seguimiento. **Usted tiene que llamar a su proveedor en un plazo de 24 horas de haber recibido la atención de emergencia.**

Atención de emergencia cuando está de viaje

La atención de emergencia cuando está de viaje funciona igual que si estuviese en casa. **En una emergencia** puede ir a un hospital Fuera de la Red. Vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Si tiene una emergencia de salud conductual, puede llamar gratis a servicios de crisis de salud mental: **Mental Health Crisis Services** gratis al **1-855-274-7471**. Recuerde que debe llamar a su PCP y a su plan de seguro médico en un plazo de 24 horas de obtener la atención médica de emergencia cuando se encuentra lejos de casa.

Muestre su tarjeta de Amerigroup cuando obtenga la atención de emergencia. Pida a la Sala de Emergencias que le manden la cuenta a Amerigroup. Si la Sala de Emergencias dice que no, pregunte si le pueden mandar la cuenta a su casa. O si tiene que pagar la atención médica recibida, pida un recibo.

Cuando llegue a casa, llámenos al **1-800-600-4441** y avísenos que tuvo que pagar su atención médica o que le dieron una cuenta. Nosotros queremos colaborar con usted y el proveedor para presentar un reclamo por su atención.

¡Importante! TennCare y Amerigroup solamente pagarán las emergencias cuando está de viaje dentro de los Estados Unidos. No podemos pagar por atención médica que reciba fuera del país.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Paquetes de beneficios

No todos en TennCare tienen los mismos beneficios. Los beneficios que usted tiene cubiertos dependen del grupo al que pertenece.

La tarjeta que recibió tendrá un Indicador de Beneficios en el frente. El indicador dice a qué grupo pertenece y los beneficios que están cubiertos para usted, dependiendo de su grupo. Su Indicador de Beneficios puede ser diferente del de otros miembros de su familia. Si su tarjeta **no** tiene un Indicador de Beneficios al frente, por medio de las siguientes tablas puede determinar cuáles beneficios tiene. O llámenos al **1-800-600-4441.**

Menores de 21 años de edad

Consulte las páginas 24 y 25 para la lista de beneficios de los grupos A y H.

Indicador de Beneficios	Descripción del Grupo
A	• Menores de 21 años de edad
H	• Menores de 21 años de edad que también tienen Medicare

Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Medicaid

Consulte las páginas 26, 27 y 28 para la lista de beneficios de los grupos B, E, J y L

Indicador de Beneficios	Descripción del Grupo
B	• Mayores de 21 años de edad
E	• Mayores de 21 años de edad e inscritos en el programa de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para personas con discapacidades intelectuales
J	• Mayores de 21 años de edad, inscritos en el Grupo 1 o el Grupo 2* de TennCare CHOICES y no tienen Medicare
L	• Mayores de 21 años de edad, inscritos en el Grupo 3* de TennCare CHOICES y no tienen Medicare

*En la Parte 3 de este manual puede leer más acerca de CHOICES.

Adultos de 21 años de edad y mayores que tienen TennCare Medicaid y Medicare

Consulte las páginas 29, 30, 31 y 32 para la lista de beneficios de los grupos F, G, K y M

Indicador de Beneficios	Descripción del Grupo
F	• Mayores de 21 años de edad que también tienen Medicare
G	• Mayores de 21 años de edad, inscritos en el programa de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para personas con discapacidades intelectuales y con Medicare
K	• Mayores de 21 años de edad, inscritos en el Grupo 1 o el Grupo 2* de TennCare CHOICES y tienen Medicare
M	• Mayores de 21 años de edad, inscritos en el Grupo 3* de TennCare CHOICES y tienen Medicare

*En la Parte 3 de este manual puede leer más acerca de CHOICES.

Los adultos de 21 años de edad y mayores que tienen TennCare Standard

Consulte la página 33 y 34 para la lista de beneficios de los grupos C y D.

Indicador de Beneficios	Descripción del Grupo
C	• Mayores de 21 años de edad
D	• Mayores de 21 años de edad que también están inscritos en Standard Spend Down

Los grupos de servicios se clasifican de la **A** a la **M**. En las siguientes páginas encontrará una lista de servicios para cada grupo. Algunos de los servicios tienen límites. Eso significa que TennCare solamente pagará una cierta cantidad de esos servicios. En el caso de los servicios que dicen **según sean médicamente necesarios** significa que puede recibir esos servicios si su doctor, su plan de seguro médico y TennCare en conjunto están de acuerdo en que usted los necesita.

Si tiene preguntas acerca de cuáles servicios de atención médica física o conductual le corresponden, llámenos al1-800-600-4441. Llame a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.**

Beneficios para los menores de 21 años de edad

Hay **2 paquetes de beneficios diferentes para los menores** de 21 años. Mire la tarjeta de TennCare de su hijo para averiguar qué paquete de beneficios tiene su hijo.

Todos los servicios con cobertura de TennCare deben ser médicamente necesarios según la definición dispuesta en las reglas de TennCare. La definición de médicamente necesario se encuentra en la Parte 9 de este manual. Para obtener más información sobre Servicios con Cobertura y Exclusiones, visite www.tn.gov/sos/rules/1200/1200-13/1200-13.htm.

Paquetes de Beneficios A y H (menores de 21 años de edad)

Servicios de TennCare	A	H
Los servicios de crisis de Salud Conductual (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura	Tiene cobertura Medicare **no** cubre esta atención.
Servicios quiroprácticos	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Convalecencia y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)	La atención en un Centro de Convalecencia tiene Cobertura *CHOICES HCBS no se cubre*	La atención en un Centro de Convalecencia tiene cobertura, pero Medicare es primario para servicios de Centro de Enfermería Especializada. *CHOICES HCBS no tiene cobertura*
Servicios en clínica de la comunidad	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios dentales	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT para menores de 21 años de edad) (TennCare Medicaid)	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Cuidados paliativos	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Beneficios por uso indebido de sustancias para pacientes internados y pacientes externos	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de internación hospitalaria	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de laboratorio y radiografías	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Continúa en la siguiente página		

Servicios de TennCare	A	H
Materiales médicos	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Gestión de casos de salud mental	Tiene cobertura	Tiene cobertura Medicare **no** cubre esta atención.
Transporte cuando no es una emergencia	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Atención en una casa de convalecencia (CHOICES)	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Terapia ocupacional	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Trasplante de órgano y obtención de donante	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios ambulatorios en el hospital	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de salud conductual para pacientes externos (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de farmacia	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Exámenes y chequeos físicos, servicios de diagnóstico y tratamiento (TennCare Standard)	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de terapia física	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de médico	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Enfermera particular	Tiene cobertura	Tiene cobertura Medicare **no** cubre esta atención.
Servicios de hospitalización paciente psiquiátrico	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Tiene cobertura	Tiene cobertura Medicare **no** cubre esta atención.
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Cirugía plástica de mama	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de diálisis renal	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de terapia del habla	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.
Servicios de la vista	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario.

Beneficios para adultos de 21 años de edad y mayores

Hay **10 paquetes de beneficios diferentes para adultos** de 21 años de edad y mayores que tienen TennCare. Revise su tarjeta de TennCare para saber cuál paquete de beneficios tiene usted.

Todos los servicios con cobertura de TennCare deben ser médicamente necesarios según la definición dispuesta en las reglas de TennCare. La definición de médicamente necesario se encuentra en la Parte 9 de este manual. Para obtener más información sobre Servicios con Cobertura y Exclusiones, visite www.tn.gov/sos/rules/1200/1200-13/1200-13.htm.

Paquetes de beneficios B, E, J y L (Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Medicaid)

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Los servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios quiroprácticos	No tiene cobertura	No tiene cobertura	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios en clínica de la comunidad	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Convalecencia y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Tiene cobertura Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3.	Tiene cobertura Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3.
Servicios dentales	No tiene cobertura	No tiene cobertura	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35..	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.
Continúa en la siguiente página				

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Cuidados paliativos	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios por uso indebido de sustancias para pacientes internados y pacientes externos	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de internación hospitalaria	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de análisis y radiografías	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Materiales médicos	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Gestión de casos de salud mental	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Transporte cuando no es una emergencia	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Terapia ocupacional	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Trasplante de órgano y obtención de donante	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios ambulatorios en el hospital	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de salud conductual para pacientes externos (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de farmacia	Tiene cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura – sin límite	Tiene cobertura – sin límite	Tiene cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35
Servicios de terapia física	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de médico	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Continúa en la siguiente página				

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Enfermera particular	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.
Servicios de hospitalización paciente psiquiátrico	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Cirugía plástica de mama	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de diálisis renal	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de terapia del habla	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de la vista	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.

Paquetes de beneficios F, G, K y M (adultos con TennCare Medicaid y Medicare)

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Los servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención
Servicios quiroprácticos	No tiene cobertura, Medicare cubre este beneficio	No tiene cobertura, Medicare cubre este beneficio	No tiene cobertura, Medicare cubre este beneficio	No tiene cobertura, Medicare cubre este beneficio
Servicios en clínica de la comunidad	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura Medicare es el primario
Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Convalecencia y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Tiene cobertura, Medicare es primario para la atención en un Centro de Enfermería Especializada. Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3.	Tiene cobertura, Medicare es primario para la atención en un Centro de Enfermería Especializada. Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3.
Servicios dentales	No tiene cobertura, Medicare tiene cobertura dental limitada	No tiene cobertura, Medicare tiene cobertura dental limitada	No tiene cobertura, Medicare tiene cobertura dental limitada	No tiene cobertura Medicare tiene cobertura dental limitada
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura Medicare es el primario
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Continúa en la siguiente página				

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.
Cuidados paliativos	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios por uso indebido de sustancias para pacientes internados y pacientes externos	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de internación hospitalaria	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de análisis y radiografías	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Materiales médicos	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Gestión de casos de salud mental	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención
Transporte cuando no es una emergencia	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Terapia ocupacional	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Continúa en la siguiente				

Servicios de TennCare	F	G	K	M
página				
Trasplante de órgano y obtención de donante	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios ambulatorios en el hospital	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de salud conductual para pacientes externos (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de farmacia	No tiene cobertura Se ofrece por medio de Medicare Parte D	No tiene cobertura Se ofrece por medio de Medicare Parte D	No tiene cobertura Se ofrece por medio de Medicare Parte D	No tiene cobertura Disponible a través de Medicare Parte D
Servicios de terapia física	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de médico	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Enfermera particular	Tiene cobertura con límites. Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 35 .	Tiene cobertura con límites. Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 35.
Servicios de hospitalización paciente psiquiátrico	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Continúa en la siguiente página				

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención	Tiene cobertura, Medicare no cubre esta atención
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Cirugía plástica de mama	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de diálisis renal	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de terapia del habla	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario	Tiene cobertura, Medicare es el primario
Servicios de la vista	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.

Paquetes de beneficios C y D (Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Standard)

Servicios de TennCare	C	D
Los servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios quiroprácticos	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios en clínica de la comunidad	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Convalecencia y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios dentales	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.
Cuidados paliativos	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios por uso indebido de sustancias para pacientes internados y pacientes externos	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de internación hospitalaria	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de análisis y radiografías	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Materiales médicos	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Gestión de casos de salud mental	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Transporte cuando no es una emergencia	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Terapia ocupacional	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Trasplante de órgano y obtención de donante	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios ambulatorios en el hospital	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de salud conductual para pacientes externos (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de farmacia	No tiene cobertura	Tiene cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 35.
Servicios de terapia física	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de médico	Tiene cobertura	Tiene cobertura

Servicios de TennCare	C	D
Continúa en la siguiente página		
Enfermera particular	Tiene cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.
Servicios de hospitalización paciente psiquiátrico	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Cirugía plástica de mama	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de diálisis renal	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de terapia del habla	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de la vista	Tiene cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.	Tiene cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 35.

Atención con límites

Los beneficios para los menores de 21 años están cubiertos según sean necesarios por razones médicas. Sin embargo, algunos beneficios de TennCare funcionan de manera diferente para los adultos de 21 años de edad o mayores. Estos tipos atención y medicamentos tienen límites para los adultos de 21 años y mayores:

1. **Medicamento con receta**
2. **Inyecciones en zonas reflexógenas**
3. **Bloqueos de nervio medio utilizados para diagnosticar la causa del dolor de espalda.**
4. **Inyecciones epidurales**
5. **Exámenes de orina para detección de drogas**
6. **Servicios de enfermera privada y servicios médicos en el hogar**
7. **Servicios de la vista**

---

1. Medicamentos con receta

La mayoría, pero no todos en TennCare, tiene beneficios de farmacia. Si también tiene Medicare, hay un mensaje importante para usted en el recuadro de la página 38 .

Los menores de 21 años que tienen beneficios de farmacia a través de TennCare **no** tienen un límite en la cantidad de recetas que TennCare pagará cada mes. Y los miembros adultos que están inscritos en el Grupo 1 de CHOICES o el Grupo 2 de CHOICES **no** tienen un límite mensual de recetas que TennCare pagará cada mes.

Sin embargo, la **mayoría** de los adultos que tienen TennCare tienen un límite en la cantidad de recetas médicas que TennCare pagará cada mes. TennCare Medicaid sólo pagará **5** recetas médicas o reabastecimientos cada mes. Y solamente **2 de las 5** recetas médicas pueden ser medicinas de marca. Eso significa que por lo menos **3** tienen que ser genéricas. TennCare comenzará a contar sus recetas médicas y renovaciones el primer día de cada mes. Ese límite incluye recetas médicas para atención médica física **y** atención médica mental o por alcoholismo o drogadicción.

¿Cómo sé si TennCare cubre mis medicamentos con receta?
TennCare tiene una lista de medicinas de venta con receta que se llama la **Lista de Medicamentos Preferidos** o **PDL**. La PDL es una lista de medicinas que TennCare cubre.

Son las medicinas de marca y las medicinas genéricas que están en la Lista de Medicamentos Preferidos. La mayoría de los adultos que tienen TennCare tienen que pagar copagos para los medicamentos con receta. En la Parte 4 se explica más sobre los copagos.

Usted puede obtener muchas de esas medicinas en su farmacia con una receta médica de su doctor. Sin embargo, algunas de esas medicinas requieren una autorización del Programa de Farmacia de TennCare para que las pueda obtener. Esa autorización se llama **Autorización Previa** o **PA.** Su doctor debe solicitar una autorización previa para algunas de las medicinas de la lista. A veces su doctor puede cambiar su receta a una medicina que no requiere PA. Pero si

su doctor dice que debe tomar la medicina que requiere autorización, él o ella tiene que pedir la autorización previa.

¿Qué debo hacer si necesito más de 5 recetas médicas o reabastecimientos cada mes? Hay una lista de medicamentos que no cuentan contra su límite. Se llama la **Lista de Exenciones.**

Se llama la **Lista de Exenciones** porque las medicinas están exentas (es decir, no cuentan) contra su límite. (Las farmacias la llaman la lista de "Exención automática".) Aún después de que haya obtenido **5** medicamentos con receta o 2 medicamentos de marca en 1 mes, puede obtener medicamentos de la **Lista de Exenciones**. La lista puede cambiar. Pero, TennCare y su farmacia se asegurarán de que las medicinas de la lista más actualizada **no** cuenten contra su límite.

¿Necesita saber si la medicina que toma está en esa lista? **Pregunte** a su doctor o en la farmacia. Para ver la lista más actualizada, puede hacerlo por la Internet. Visite el sitio web de TennCare en **http://www.tn.gov/tenncare/mem-pharmacy.shtml.** Haga clic en "**Exempt".** O bien, llame a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.** Pídales que le envíen una copia.

Hay otra lista de medicamentos que no pueden ayudar con su límite mensual. Se llama la **Lista sobre el límite.** Después de que haya alcanzado su límite mensual (de 5 medicamentos de venta con receta o 2 medicamentos de marca) su doctor puede obtener la **autorización** de TennCare para pagar sus medicinas de esa lista. (Las farmacias la llaman la lista "Certificación del médico".)

Para obtener una **autorización de medicina Sobre el Límite**, todo lo que sigue tiene que ser cierto:

1. La medicina debe estar en la **lista de medicinas Sobre el Límite**.
2. Y, su doctor tiene que llamar a su plan farmacéutico de TennCare para pedir una **autorización para medicina Sobre límite**.
3. Y, su **doctor debe firmar una hoja de autorización de su plan farmacéutico de TennCare y** enviarla por fax en el transcurso de los siguientes **3** días hábiles (sin contar fines de semana ni días festivos).

¿Qué debe hacer si es una medicina de la lista Sobre el Límite que usted solamente necesita una vez? La hoja que su doctor tiene que firmar dice que si no obtiene esta medicina, una de las siguientes cosas probablemente ocurrirá en los próximos 90 días:

1. Tendrán que hospitalizarlo.
2. O no podrá vivir más en casa. (Tendrá vivir en una casa de convalecencia.)
3. O, podría morir.

Si su doctor le envía por fax la hoja firmada a su plan de seguro médico farmacéutico, usted recibirá la autorización para pasarse del límite de esta medicina una vez. Si necesita la medicina otra vez, su doctor tendrá que obtener otra **autorización de medicina Sobre el Límite.**

¿Qué debe hacer si es una medicina de la lista Sobre el Límite que usted debe tomar por mucho tiempo? La hoja que su doctor debe firmar dice que usted debe obtener esta medicina **y** todas las demás medicinas que TennCare paga **cada** mes. Dice que si no, probablemente ocurrirá una de las siguientes cosas en los próximos 90 días:

1. Tendrán que hospitalizarlo.
2. O no podrá vivir más en casa. (Tendrá vivir en una casa de convalecencia.)
3. O, podría morir.

Si su doctor le envía por fax la hoja firmada a su plan de seguro médico farmacéutico, usted recibirá la autorización para pasarse del límite de esta medicina. Esa **autorización de medicina Sobre el Límite** le durará hasta que se le acabe la receta médica (pero no más de 1 año).

Importante: Recuerde, algunas medicinas requieren la **autorización** de TennCare incluso **antes** de que se pase del límite. Eso es un tipo diferente de autorización que se llama Autorización Previa o autorización **PA**. Es posible que las medicinas de la lista **Sobre el Límite** también requieran una autorización **PA**. De ser así, serán necesarias **ambas** autorizaciones para obtener la medicina de la lista **Sobre el Límite**. Su doctor puede ayudarle a obtener ambas autorizaciones si las necesita.

¿Qué debe hacer si una medicina de la lista **Sobre el Límite** también requiere una autorización **PA** y usted **no** la tiene? Entonces, TennCare **no** pagará la medicina. Si su doctor pide una autorización **PA** y se la negamos, le enviaremos una carta indicando por qué. Se le explicará cómo apelar si piensa que cometimos un error.
La lista de medicinas **Sobre el Límite** puede cambiar. Para saber si una medicina está en la lista, pregúntele a su doctor o en la farmacia.

Si quiere ver la lista más actualizada, puede hacerlo por la Internet. Visite el sitio web de TennCare en **http://www.tn.gov/tenncare/mem-pharmacy.shtml.** Haga clic en **"Over the Limit"**. O bien, llame a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.** Pídales que le envíen una copia.

Consejos útiles:

- Si la medicina que está tomando se pasa de su límite, pregúntele a su doctor si **necesita** todas las medicinas que está tomando. Si las necesita, puede pedir en la farmacia que le ayuden a escoger las medicinas que cuestan más. Cada mes, pídales que le surtan primero esas medicinas para que TennCare las pague.
- Pida a su doctor o farmacia que investiguen si su medicina está en la Lista de Exenciones.
- Pídale a su doctor que le recete de las medicinas que están en la PDL.
- Pídale a su doctor que le recete medicinas genéricas siempre que sea posible.
- Pregúntele a su doctor si su receta requiere una autorización previa.

Si tiene preguntas acerca de su **cobertura de medicinas de venta con receta de TennCare**, llame al departamento de ayuda con farmacias de TennCare al **1-888-816-1680.** La llamada es gratis.

Si tiene preguntas acerca de sus medicinas de venta con receta, llame primero a su doctor.
Si tiene problemas para obtener sus medicinas de venta con receta, consulte la **Parte 5** de este manual.

Importante si tiene Medicare:
¿Es adulto de 21 años de edad o más y también tiene Medicare?
Obtiene sus medicinas de venta con receta por medio de Medicare Parte D, no por medio del Programa de Farmacia de TennCare.

¿Es menor de 21 años de edad y tiene Medicare?
Obtiene la **mayoría** de sus medicinas de venta con receta por medio de Medicare Parte D. TennCare **no** paga el copago de las medicinas cubiertas por Medicare Parte D. TennCare **solamente** paga sus medicinas de venta con receta si:

- Es un tipo de medicina que TennCare cubre.
- Y es un tipo de medicina que Medicare no cubre.

En la Parte 4 de este manual se explica más detalladamente cómo funciona TennCare con Medicare.

2. Inyecciones en zonas reflexógenas

El medicamento se administra mediante una inyección en los músculos que están "anudados" o muy tensos. TennCare sólo pagará **4 inyecciones en zonas reflexógenas en cada grupo muscular cada 6 meses** para los adultos de 21 años y mayores. Grupo de músculos significa los músculos de cierta región del cuerpo, como los músculos que forman parte del brazo o la espalda. Contaremos cada vez que le pongan una inyección en un grupo muscular durante 6 meses consecutivos.

¿Qué pasa si usted recibe inyecciones en 2 grupos musculares, como por ejemplo el brazo y en la espalda? Los contaremos por separado. Contaremos hasta 4 inyecciones en el brazo **y** hasta 4 inyecciones en la espalda durante un período de 6 meses.

3. Bloqueos de nervio medial utilizados para diagnosticar (determinar) la causa del dolor de espalda –

Se aplica anestésico con una aguja cerca de los nervios que se encuentran a cada lado de la columna vertebral. TennCare sólo pagará por **4 bloqueos de nervio medial cada año** administrados para diagnosticar la causa del dolor de espalda. Comenzaremos a contar el 1° de enero y dejaremos de contar el 31 de diciembre. Cada año pagaremos hasta 4 bloqueos de nervio medial para diagnóstico.

4. Inyecciones epidurales

El medicamento se administra mediante una inyección cerca de la columna vertebral. TennCare sólo pagará **3 inyecciones epidurales cada 6 meses** para los adultos de 21 años y mayores.

Contaremos cada vez que le pongan una inyección durante 6 meses consecutivos. **Pero,** TennCare aún pagará por las inyecciones epidurales que una mujer necesite durante el parto.

5. Exámenes de orina para detección de drogas

Estas son pruebas de detección de drogas que buscan sustancias ilegales o controladas en la orina. Las sustancias controladas son las recetas médicas que pueden ser utilizadas

indebidamente, como Lortab® and OxyContin®. TennCare sólo pagará **12 análisis de orina cada año** para los adultos de 21 años y mayores.

6. Servicios de enfermera privada y servicios médicos en el hogar

Los servicios de enfermería privada y los servicios de atención en el hogar se cubren cuando sean médicamente necesarios para los menores de 21 años de edad. Sin embargo, estos servicios funcionan de manera diferente para los adultos de 21 años de edad o mayores.

Enfermera particular
TennCare **no** cubre los servicios de Enfermera Particular (Private Duty Nursing, PDN) para adultos de 21 años de edad o más **a menos que**:

- Usted dependa de un respirador por lo menos durante 12 horas cada día.
- **O** tenga una traqueotomía funcional **y** también requiera otros tipos de atención de enfermera.

Para su seguridad, para poder obtener una Enfermera Privada, debe contar con un pariente u otra persona que pueda:

- Cuidarlo cuando la enfermera privada no esté con usted
- Y atenderlo con sus otras necesidades ajenas a la enfermería.

Si califica para PDN, **su enfermera sólo podrá ir con usted a las citas con el doctor, a la escuela y al trabajo.** Aunque la enfermera pueda ir con usted a esos lugares, la enfermera no podrá manejar para llevarlo. Las reglas de TennCare dicen que su enfermera **no** puede llevarlo en automóvil a ningún lado.

¿Qué debe hacer si necesita cuidados en su hogar, pero que no califican para Enfermera Privada? Aún así es posible que pueda recibir atención en el hogar. A esa atención se le llama Atención Médica en el Hogar.

Atención Médica en el Hogar
Hay 2 tipos de Atención Médica en el Hogar de TennCare: Enfermera de Atención Médica en el Hogar y Asistente de Enfermera de Atención Médica en el Hogar. Hay límites en la cantidad de servicios de Enfermera de Atención Médica en el Hogar y Asistente de Enfermera de Atención Médica en el Hogar que puede obtener.

Atención de medio tiempo e intermitente por enfermera de Atención Médica en el Hogar
Una enfermera de atención médica en el hogar es la que puede ir a su casa para facilitarle atención médica en su hogar.
TennCare **solamente** pagará:

- Hasta 1 visita de enfermera cada día
- Cada visita debe ser de menos de 8 horas de duración
- Y, no más de 27 horas de atención de enfermera por semana (30 horas cada semana si califica para atención en una casa de convalecencia especializada)

Asistente de Enfermera de Atención Médica en el Hogar
Una ayudante de enfermera en el hogar es alguien que le puede ayudar con ciertas cosas que usted no puede hacer solo (como comer o bañarse).
TennCare **solamente** pagará:

- Hasta 2 visitas de asistente de enfermera cada día
- No más de 8 horas de asistente de enfermera cada día
- Y, no más de 35 horas de atención de asistente por semana (40 horas cada semana si califica para atención en una casa de convalecencia especializada)

¿Qué puede hacer si necesita Enfermera de Atención Médica en el Hogar y Asistente?
TennCare **solamente** pagará:

- Hasta 1 visita de enfermera cada día
- Hasta 2 visitas de asistente de enfermera cada día
- No más de 8 horas de enfermera y asistente de enfermera en **combinación** cada día
- No más de 27 horas de atención de enfermera por semana (30 horas cada semana si califica para atención en una casa de convalecencia especializada)
- No más de 35 horas de atención **combinada** de enfermera y asistente de enfermera por semana (40 horas cada semana si califica para atención en una casa de convalecencia especializada)

TennCare **solamente** pagará servicios de enfermera si necesita atención que sólo puede prestar una enfermera (atención que no le puede prestar una asistente). Esto es por ejemplo alimentación con sonda o cambio de vendajes. TennCare **no** pagará una enfermera si la única razón que la necesita es porque **quizás** tenga que tomar medicina. La enfermera **solamente** se quedará con usted mientras usted necesite el **cuidado de una enfermera**.

6. Servicios de la vista

Para los adultos de 21 años de edad y mayores, los servicios de la vista se limitan a la evaluación médica y al tratamiento de afecciones anormales y trastornos de los ojos. Se cubren las primeras gafas o lentes de contacto para cataratas después de cirugía de cataratas.

Otros servicios de TennCare

Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo TennCare CHOICES

TennCare CHOICES in Long-Term Services and Supports (o "CHOICES" para abreviar) es el programa de TennCare para servicios y apoyos de largo plazo. Servicios y apoyos de largo plazo incluyen ayudarle a hacer las cosas de todos los días que posiblemente ya no pueda hacer usted a medida que envejece o si padece una discapacidad; son actividades como por ejemplo bañarse, vestirse, moverse por su casa, preparar comidas o hacer quehaceres domésticos. Los servicios y apoyos de largo plazo incluyen atención en una casa de convalecencia. Los servicios y apoyos de largo plazo también incluyen cuidados en su propio hogar o en la comunidad con el fin de evitar por el mayor tiempo posible que tenga que ir a una casa de convalecencia. Los servicios de atención en el hogar a veces se conocen como Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services) o **HCBS**. En la Parte 3 de este manual puede leer más acerca de CHOICES.

Servicios Especiales - TennCare cubre algunos servicios **solamente en casos especiales**. Estos son servicios como Salud de la Población, Cuidados Paliativos, Esterilización, Aborto e Histerectomía. A continuación encontrará más información referente a estos servicios.

Salud Comunitaria

Si está sano, los servicios de salud de la población (Population Health) le proporcionarán información sobre cómo conservar la salud. Si tiene una enfermedad de largo plazo o una conducta poco sana, servicios de Salud de la Población puede ayudarle con cosas como:

- Entender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- Dejar de fumar
- Controlar su peso
- Tener un embarazo saludable y un bebé sano.

Los servicios de Salud de la Población se proporcionan independientemente de que Este sano, tenga un problema de salud crónico o sufra un episodio de salud terrible. Usted tiene a su servicio Salud de la Población dependiendo de sus riesgos de salud y la necesidad del servicio.

Salud de la Población puede proporcionar un administrador de cuidados. Un administrador de cuidados lo ayudará a conseguir toda la atención que necesita. Le pueden asignar un administrador de cuidados si usted:

- Acude con mucha frecuencia a la sala de emergencias o lo tienen que hospitalizar muy seguido o
- Necesita atención médica antes o después de un trasplante o
- Tiene muchos doctores diferentes para diferentes problemas de salud o
- Tiene una enfermedad crónica y no sabe cómo manejarla.

Para ver si puede tener un administrador de cuidados, si desea participar en servicios de salud de la población, usted (o alguien en su nombre) puede llamar **Población de la Salud de Amerigroup al 1-800-600-4441**

Cuidados Paliativos
Cuidados Paliativos es un tipo de atención médica para los enfermos terminales. Tiene que utilizar los servicios de un proveedor que se encuentre en nuestra red. Si necesita ayuda con cuidados paliativos, llámenos al **1-800-600-4441.**

Esterilización es el tratamiento médico o cirugía por medio del cual ya no puede tener hijos. Para obtener este tratamiento, usted debe:

- Ser un adulto de 21 años de edad o mayor.
- Contar con todas sus facultades mentales y ser capaz de tomar decisiones sobre su salud.
- No encontrarse en una institución mental o en la cárcel.
- Completar un papel en el que usted da su autorización. A esto se le llama Formulario de Consentimiento para Esterilización. Nos puede llamar **al 1-800-600-4441** para obtener este papel.

Usted tiene que completar el papel por lo menos 30 días antes de recibir el tratamiento. Pero en una emergencia, como por ejemplo un parto prematuro o cirugía abdominal, usted puede completar el papel por lo menos 72 horas antes de recibir el tratamiento.

Aborto es el tratamiento médico que da fin a un embarazo. TennCare solamente paga este tratamiento si:

- Usted está embarazada a causa de violación o incesto o

- Tiene un problema físico, lesión o enfermedad que podría causarle la muerte si no le hacen un aborto.

Su doctor tiene que completar un papel que se llama Certificado de Necesidad Médica para un Aborto.

Histerectomía
Una **histerectomía** es una cirugía médica que extirpa los órganos reproductivos. La histerectomía puede estar cubierta cuando es necesaria para corregir otros problemas médicos. Después de una histerectomía, usted no será capaz de tener hijos. Pero, TennCare **no** pagará este tratamiento si sólo quiere que se lo hagan para no poder tener hijos. TennCare paga este tratamiento **únicamente si es médicamente necesario**.

Le tienen que informar oralmente y en forma escrita que si le hacen una histerectomía significa que no podrá tener hijos. Usted tiene que firmar un papel que se llama Declaración de Recibo de Información sobre la Histerectomía.

Atención Preventiva - atención para que conserve la salud

TennCare cubre la atención médica preventiva para adultos y niños. La atención médica preventiva le ayuda a conservar la salud y detecta temprano los problemas de salud.

¡Observación! Aunque tenga copagos para su atención médica, **no** tendrá que pagar copagos para la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:
- Chequeos para adultos y niños
- Atención para la mujer que está esperando un hijo
- Los chequeos de bebé
- Las vacunas y pruebas
- Información sobre anticonceptivos

Atención preventiva para adultos

Usted puede hacer algo por sí mismo para conservar la salud:
- Haga actividad física
- Coma sanamente
- Ejercicio
- No fume
- No beba alcohol ni use drogas
- Hágase sus autoexámenes
- Tome la medicina exactamente como lo haya indicado su doctor
- Acuda a chequeos periódicos

Usted puede acudir a su PCP para un chequeo para ayudar a conservar la salud. Es posible que su PCP quiera hacerle algunas pruebas para comprobar que está bien. Algunas de esas pruebas son para:
- Colesterol
- Azúcar en la sangre
- Cáncer de colon y cáncer rectal
- Densidad de los huesos (osteoporosis)
- Tiroides

- Enfermedades de transmisión sexual
- VIH y SIDA
- Problemas del corazón (electrocardiogramas)
- TB (tuberculosis)
- Chequeos de la mujer (Papanicolaou y mamografías)

También lo pueden inyectar en su chequeo. A esas inyecciones se les llama vacunas. Algunas de esas vacunas pueden ser para:

- Tétanos
- Hepatitis B
- Neumonía
- Influenza (gripe)
- Sarampión
- Paperas

Embarazo y Salud de la Mujer

Chequeos de la mujer

TennCare cubre algunos servicios de atención médica que son especiales para la mujer. Estos son chequeos médicos que le ayudan a conservar la salud. A este tipo de atención se le llama **atención preventiva**. Los chequeos médicos de la mujer no requieren **copagos**.

A partir de los 21 años de edad, todas las mujeres deben hacerse el **Papanicolaou** periódicamente**.** El Papanicolaou es un análisis para la detección del cáncer cervical (del cuello uterino) y otros problemas.
Las mujeres entre las edades de 50 y 74 años también deben hacerse una **mamografía** por lo menos cada 2 años. Una mamografía es una radiografía de los senos. Sirve para detectar el cáncer de mama y otros problemas.

A veces, si algún miembro de su familia tuvo cáncer cervical o de mama, su doctor podría recomendarle que empiece a hacerse los Papanicolaou y las mamografías a una edad más joven, para comprobar que está bien.

Los chequeos médicos de la mujer los puede hacer su PCP o un especialista que se llama obstetra/ginecólogo. A este tipo de especialista en inglés a veces se le llama **doctor OB/GIN**.

Usted **no** tiene que ir primero a su PCP para poder ir a un doctor OB/GIN. Sin embargo, el doctor OB/GIN tiene que estar en nuestro Directorio de Proveedores para que TennCare pague esos servicios.

Embarazo

Si está embarazada, debe acudir al doctor **ahora mismo**, para que pueda dar a luz sin riesgo. La atención médica durante el embarazo puede ayudarle a que su bebé nazca más sano. La atención médica antes de que su bebé nazca se llama **atención prenatal**. No hay copago para la atención prenatal.

Usted puede acudir a su PCP o a un especialista que se llama obstetra/ginecólogo para este tipo de atención. A este tipo de especialista en inglés a veces se le llama **doctor OB/GIN**.

Usted **no** tiene que ir primero a su PCP para poder ir a un doctor OB/GIN. Sin embargo, el doctor OB/GIN tiene que estar en nuestro Directorio de Proveedores para que TennCare pague esos servicios.

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y ya está acudiendo a un OB/GIN cuando obtiene su TennCare, usted puede continuar acudiendo a ese doctor para su atención médica. Sin embargo, él o ella tiene que aceptar la cantidad que TennCare paga. Llámenos al **1-800-600-4441** para que le informen si puede continuar acudiendo a ese doctor. Es posible que le pidamos que se cambie a un doctor OB/GIN que está en nuestro Directorio de Proveedores, siempre y cuando usted no corra riesgo al cambiarse.

Usted debe acudir a **todas** sus consultas con el OB/GIN, aunque se sienta bien. Su doctor le informará con qué frecuencia le hará los chequeos mientras está embarazada. Después de su primera consulta es probable que acuda a su doctor cada **4 semanas**. Luego, después de los **7** meses, es posible que acuda a su doctor cada **2 ó 3 semanas**. Cuando se acerque su fecha de parto, es posible que acuda a su doctor cada semana.

Haga lo que su doctor le indique y cuídese y cuide a su bebé. No se olvide de tomar las vitaminas que su doctor le indique. **No fume ni beba alcohol mientras está embarazada.**

Si su doctor le receta un medicamento mientras usted está embarazada, usted **no** tiene que pagar ningún copago en la farmacia. Pero, le tiene que informar al encargado de la farmacia que está embarazada para que no le cobre el copago.

Después de que nazca su bebé debe acudir a un chequeo para usted y su bebé. La atención médica después de que su bebé nazca se llama **atención postnatal**. La atención postnatal incluye la circuncisión realizada por un doctor y exámenes especiales para recién nacidos.

Tanto usted como su bebé necesitan atención médica de seguimiento. Debe acudir a su doctor **4 a 6** semanas después de que haya nacido su bebé. Su doctor la revisará para asegurarse de que está bien.

Usted le **tiene** que encontrar un PCP a su bebé. Es recomendable escoger a un PCP para su bebé antes de que él o ella nazca. El doctor del bebé debe estar en nuestro Directorio de Proveedores para que TennCare pague esos servicios de atención médica. El PCP debe hacerle un chequeo a su bebé poco tiempo después de nacer. Llame al doctor para hacer una cita para el chequeo de su bebé. Los chequeos médicos del bebé son Parte de **TENNderCare**. En las siguientes páginas puede leer más sobre **TENNderCare**.

TennCare cubrirá a su bebé cuando nazca.

¡Importante! Informe a Tennessee Health Connection del nacimiento de su bebé lo antes posible para asegurar que él o ella tenga TennCare. Esto es lo que usted debe hacer para asegurar que su bebé tenga TennCare:

- Después de que nazca su bebé, el hospital le dará los papeles para que le saque un número de Seguro Social a su bebé. **Llene esos papeles y envíelos a la oficina del Seguro Social.**

- **Informe a Tennessee Health Connection sobre su bebé en cuanto pueda.** Llámelos al **1-855-259-0701.** Dígales que ya completó los papeles para el número de Seguro Social de su bebé.
- Cuando le llegue por correo la tarjeta del Seguro Social de su bebé, llame otra vez a Tennessee Health Connection. Deles el número de Seguro Social de su bebé. Si **no** le informa el número de Seguro Social de su bebé, es posible que su bebé pierda su TennCare.

Es importante hacer estas cosas, si es posible, antes de que su bebé cumpla un mes de edad.

Atención preventiva para niños: TENNderCare – atención médica para su niño o adolescente

Registro, Chequeos y Seguimiento

TENNderCare es el nombre del programa de TennCare que tiene la finalidad de mantener sanos a los niños. Antes se llamaba EPSDT (Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano). Todo niño y adolescente **necesita** chequeos periódicos, aunque parezca estar sano. Esas consultas le ayudan al doctor **a encontrar y tratar los problemas temprano**.

En TENNderCare, los chequeos para niños son **gratuitos** hasta que cumplan 21 años de edad. TENNderCare también paga toda la atención médica y medicinas necesarias para tratar los problemas descubiertos en el chequeo. Esto incluye problemas médicos, dentales, del habla, del oído, de la vista y de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas).

Si su hijo no ha ido a un chequeo últimamente, llame hoy mismo al PCP de su hijo para hacer una cita. Pida un chequeo de TENNderCare. Puede acudir a su PCP o al Departamento de Salud para los chequeos de TENNderCare.

Y, si a alguna otra persona, como al maestro de su hijo, le preocupa la salud de su hijo, puede llevar a su hijo a que le hagan un chequeo de TENNderCare.

Los chequeos de TENNderCARE pueden incluir:

- Antecedentes de salud
- Examen físico completo
- Análisis de laboratorio (según corresponda)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Examen de la vista/oído
- Evaluaciones del desarrollo/conducta (según corresponda)
- Consejos sobre cómo mantener saludable a su hijo

Si el PCP (pediatra) de su hijo descubre cualquier problema, TENNderCare también le proporciona a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, del oído, de la vista y conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) que él o ella necesite.

Los niños deben ir al doctor a sus chequeos aunque no estén enfermos. Le deben hacer un chequeo de TENNderCare

- al nacer
- a los 3 a 5 días de nacidos
- a 1 mes de edad
- a los 2 meses de edad
- a los 4 meses de edad
- a los 6 meses de edad
- a los 9 meses de edad
- a los 12 meses de edad
- a los 15 meses de edad
- a los 18 meses de edad
- a los 24 meses de edad
- a los 30 meses de edad
- a los 3 años de edad
- y después una vez al año hasta los 21 años de edad

Las inyecciones de vacunas que son necesarias para los niños para que no se enfermen son para:

- ✓ Difteria
- ✓ Tétanos
- ✓ Tos ferina
- ✓ Poliomielitis
- ✓ Sarampión
- ✓ Paperas
- ✓ Rubéola (MMR)
- ✓ HIB
- ✓ Influenza
- ✓ Hepatitis A y B
- ✓ Varicela
- ✓ Neumocócica
- ✓ Rotavirus
- ✓ Virus del papiloma humano (HPV)
- ✓ Meningitis

Consulte el calendario de vacunas que se encuentra en la Parte 9 de este manual. Se llama **TENNderCare**: Programa de inmunización de niños y adolescentes. Le ayudará a saber cuándo le toca a su hijo que le pongan sus vacunas.

O bien, le puede preguntar al PCP de su hijo cuándo le deben poner sus vacunas.

En la Parte 9 de este manual puede leer más acerca de TENNderCare.

Atención dental para niños (para los dientes)

Si es menor de 21 años de edad, también tiene un plan dental para los dientes que se llama **DentaQuest**. Su teléfono es el **1-855-418-1622.** Puede llamar a DentaQuest para encontrar un dentista. O bien, puede llamarlos si tiene preguntas acerca del cuidado de los dientes de su hijo. La llamada es gratis.

Los dientes de los niños requieren atención especial. Los menores de 21 años de edad deben ir a un chequeo y limpieza cada seis meses. Los niños deben comenzar a acudir al dentista cuando cumplan los 3 años de edad. Algunos niños deben ir antes.

TennCare paga otros cuidados dentales sólo si son médicamente necesarios. El tratamiento de ortodoncia (frenos o brackets) **sólo** tiene cobertura si es médicamente necesario.

No es necesario acudir a su PCP antes de ir a un dentista. Sin embargo, el dentista tiene que pertenecer a DentaQuest.

Esta atención dental es únicamente para menores de 21 años de edad. TennCare no paga ninguna atención dental para adultos.

Atención de la vista para niños

Los ojos de los niños también requieren atención especial. Los menores de 21 años de edad pueden acudir a chequeos de los ojos y obtener lentes y armazones para gafas según sea médicamente necesario. Si extravía o rompe las lentes o armazones de los anteojos, los repondremos según sean médicamente necesarios. Su doctor de la vista de Amerigroup le mostrará el grupo de armazones entre los que puede escoger.

TennCare paga otros cuidados de la vista sólo si son médicamente necesarios. Las lentes de contacto sólo tienen cobertura si son médicamente necesarias.

Los niños no tienen que ir al PCP antes de ir a consulta con su doctor de los ojos de Amerigroup. Sin embargo, el doctor de los ojos tiene que estar en nuestro Directorio de Proveedores.

Servicios sin cobertura

Esta es una lista general de algunos de los servicios que TennCare **no** cubre para nadie. Puede encontrar la lista **completa** de los servicios que TennCare no paga en línea en las reglas de TennCare que se encuentran en http://www.tn.gov/tenncare/members.shtml. O nos puede llamar al **1-800-600-4441** para pedirnos la lista completa.

Algunos servicios sin cobertura son:

1. Los servicios que no son médicamente necesarios. Pero **sí** se cubre la atención preventiva (atención necesaria para conservar la salud).
2. Los servicios que son experimentales o de investigación.
3. La cirugía para su apariencia. Pero si le hicieron una mastectomía, **sí** se cubre la cirugía reconstructiva de los senos.
4. La inversión de la esterilización.
5. La inseminación artificial, la fertilización in vitro o cualquier otro tratamiento para producir un embarazo.
6. El tratamiento de la impotencia.
7. Cualquier tratamiento médico o de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) fuera de los Estados Unidos.
8. La autopsia o necropsia.
9. Los exámenes físicos exigidos por un trabajo nuevo.
10. Cualquier tratamiento médico o de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) si usted se encuentra en una cárcel o prisión local, estatal o federal.
11. Los servicios que tienen cobertura por medio del seguro de compensación del trabajador.
12. Los servicios que recibió antes de tener TennCare o después de que su TennCare termine.
13. Los artículos para higiene personal, lujo o conveniencia.
14. La Atención de Convalecientes y los Servicios de Niñera.
15. Servicios principalmente para atención de convalecencia o curas de reposo.
16. La atención de los pies para comodidad o apariencia como pies planos, callos, uñas.
17. Cirugía transexual y cualquier tratamiento relacionado con ésta.
18. Queratotomía radial u otra cirugía para corregir un error refractivo del ojo.
19. Los servicios que le sean prestados por algún familiar o cualquier persona que viva en su casa.

20. Las medicinas para:
    - crecimiento del cabello
    - fines cosméticos
    - controlar el apetito
    - tratamiento de la impotencia
    - tratamiento de la infertilidad
21. Las medicinas que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dice que son:
    - DESI - significa que la investigación dice que no son eficaces
    - LTE - significa que la investigación dice que no son tan eficaces
    - IRS - significa que los medicamentos son idénticos, relacionados o similares a las medicinas LTE.

Algunos servicios tienen cobertura para los menores de 21 años de edad pero no para los adultos.

Los servicios que **no tienen cobertura para adultos** incluyen:

1. La medicina de venta sin receta (excepto las vitaminas prenatales recetadas por un médico)
2. Medicamentos para la alergia que recibe de la farmacia, incluso si tiene una receta
3. La medicina para tratar el acné y la rosácea
4. Los Servicios Dentales

5. Los Servicios de clínica de metadona
6. Los anteojos, lentes de contacto o exámenes de los ojos para adultos de 21 años de edad y mayores. Pero si le hicieron cirugía para cataratas, **sí** tienen cobertura las primeras gafas o lentes de contacto para cataratas.
7. Los aparatos para sordera o los exámenes del oído para los adultos de 21 años de edad y mayores.

Parte 3: Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo TennCare CHOICES

¿Qué es CHOICES?

TennCare CHOICES in Long-Term Services and Supports (o "CHOICES" para abreviar) es el programa de TennCare para servicios y apoyos de largo plazo. Servicios y apoyos de largo plazo incluyen ayudarle a hacer las cosas de todos los días que posiblemente ya no pueda hacer usted a medida que envejece o si padece una discapacidad; son actividades como por ejemplo bañarse, vestirse, moverse por su casa, preparar comidas o hacer quehaceres domésticos. Los servicios y apoyos de largo plazo incluyen atención en una casa de convalecencia. Los servicios y apoyos de largo plazo también incluyen la atención en su propio hogar o en la comunidad con el fin de evitar por el mayor tiempo posible que tenga que ir a una casa de convalecencia. Los servicios de atención en el hogar a veces se conocen como Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services) o **HCBS**.

¿Cómo puedo presentar una solicitud para obtener CHOICES?

Si piensa que necesita servicios de atención a largo plazo, llámenos al **1-866-840-4991.** Cuando llame por teléfono posiblemente utilicemos un breve cuestionario por teléfono que nos ayudará a decidir si podría calificar para CHOICES. Si el cuestionario indica que posiblemente no califica para CHOICES, recibirá una carta que dice cómo puede finalizar su solicitud para CHOICES.

Si el cuestionario indica que posiblemente sí califica para CHOICES, o si no le hacemos las preguntas por teléfono, le enviaremos a un Coordinador de Cuidados a su hogar para que haga una evaluación.

El propósito de la evaluación en su hogar es ayudarle a solicitar CHOICES. También es para que sepamos:

- Qué tipos de ayuda necesita;
- Los tipos de cuidados que le proporcionan los miembros de su familia y otras personas para ayudarle a satisfacer sus necesidades;
- Y lo que le falta en cuidados que podría ser resuelto por servicios y apoyos de largo plazo pagados.

Si quiere recibir atención en su hogar o en la comunidad (en lugar de ser internado en una casa de convalecencia), la evaluación ayudará a decidir si sus necesidades pueden ser satisfechas sin riesgo en el hogar o la comunidad. Y, para el Grupo 2 de CHOICES (puede leer sobre todos los Grupos de CHOICES a continuación), nos ayudará a decidir si el costo de sus cuidados superaría el costo de la atención en una casa de convalecencia.

Esto **no** significa que usted recibirá servicios que asciendan al costo de su atención en una casa de convalecencia. CHOICES no pagará más servicios de los que requiere para satisfacer sin riesgo sus necesidades en el hogar. Además, CHOICES solamente paga servicios para satisfacer las necesidades y apoyos de largo plazo que no se pueden satisfacer de otros modos.

Los servicios de CHOICES que se le proporcionen en su hogar o en la comunidad no sustituirán los cuidados que le den sus familiares y amigos ni los servicios que ya recibe. Si recibe ayuda de

programas de la comunidad, si recibe servicios pagados por Medicare o algún otro seguro, o si cuenta con un miembro de la familia que lo cuida, esos servicios no serán sustituidos por cuidados pagados por medio de CHOICES. En su lugar, la atención en el hogar que reciba por medio de CHOICES trabajará en conjunto con la asistencia que ya recibe para ayudar a que se quede en su hogar y comunidad más tiempo. La atención en CHOICES será proporcionada de la manera más económica posible para que más personas que necesitan ayuda puedan obtenerla.

Sin embargo, si usted ha estado recibiendo servicios a través del programa Options financiado por el Estado, usted ya no tendrá derecho a recibir esos servicios. Son para las personas que no pueden obtener Medicaid. Y si usted ha estado recibiendo servicios de programas financiados por la Ley de Estadounidenses de Edad Avanzada (como Meals on Wheels, ama de casa o los programas nacionales de apoyo familiar para cuidadores) que ahora se puede obtener a través de CHOICES, obtendrá la atención que necesita a través de CHOICES.

Si desea atención en su hogar, el Coordinador de Cuidados también hará una evaluación de riesgo. Eso ayudará a identificar cualquier otro riesgo que usted pudiera correr como resultado de elegir que la atención se le proporcione en casa. También ayudará a identificar maneras de ayudar a reducir esos riesgos y a que no corra peligro y conserve la salud. Se le pedirá que firme un acuerdo de riesgo que dice que usted entiende los riesgos y lo que podría ocurrir y que ha elegido recibir los cuidados en su hogar.

Para ver si califica para inscribirse en CHOICES, llámenos al **1-866-840-4991.**

¿Conoce a alguien que no está en TennCare que quiere solicitar CHOICES? Dígale a la persona que llame gratis a la agencia local de Area Agency on Aging and Disability (AAAD) al **1-866-836-6678.** La agencia AAAD local le ayudará a investigar si califica para TennCare y CHOICES.

¿Quién puede calificar para inscribirse en CHOICES?

Por ahora, hay tres (3) grupos de personas que califican para inscribirse en CHOICES.

El Grupo 1 de CHOICES es para personas de todas las edades que reciben atención en una **casa de convalecencia**.
Para estar en el Grupo 1 de CHOICES, usted debe:

- Necesitar el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia;
- **Y** calificar para servicios y apoyos de largo plazo de Medicare;
- **Y** recibir servicios en una casa de convalecencia pagados por TennCare.

Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare decidirá si usted necesita el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia. Servicios al Miembro de TennCare decidirá si usted califica para servicios y apoyos de largo plazo de Medicaid. Nosotros le ayudaremos a completar los papeles necesarios para que TennCare decida. ¿Qué sucederá si TennCare dice que sí? Si usted está recibiendo servicios en una casa de convalecencia pagados por TennCare, TennCare lo inscribirá en el Grupo 1 de CHOICES. Si TennCare dice que usted no califica, usted recibirá una carta que dice por qué. Se le explicará cómo apelar si piensa que es un error.

El Grupo 2 de CHOICES es para ciertas personas que **califican para atención en una casa de convalecencia,** pero optan por **recibir atención en el hogar en su lugar**. Para estar en el Grupo 2 de CHOICES, usted debe:

- Necesitar el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia;
- **Y** califica para servicios y apoyos de largo plazo de Medicaid porque recibe pagos del SSI O porque necesita y **recibirá** servicios de atención en el hogar en lugar de atención en una casa de convalecencia.
- **Y** debe ser un adulto de 65 años de edad o mayor;
- **O** debe ser un adulto de 21 años de edad o mayor que tiene alguna discapacidad física.

Si necesita servicios de atención en el hogar pero no califica en ninguno de esos grupos no puede estar en el Grupo 2 de CHOICES, pero posiblemente califique para otros tipos de servicios y apoyos a largo plazo.

Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare decidirá si usted necesita el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia. Servicios al Miembro de TennCare decidirá si usted califica para servicios y apoyo de largo plazo de Medicaid por una de las razones indicadas arriba. Nosotros le ayudaremos a completar los papeles que ellos necesitan para decidir

Si TennCare dice que sí, para inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES y comenzar a recibir servicios de atención en el hogar:

- Es necesario que podamos satisfacer sus necesidades en su casa sin que usted corra riesgo.
- Y el costo de su atención en el hogar no puede ser más que el costo de la atención en la casa de convalecencia. El costo de su atención en el hogar incluye cualquier atención de enfermera privada o de servicio en el hogar que pudiera requerir.

Si no podemos satisfacer sus necesidades en el hogar sin que corra riesgo **o** si su atención costaría más que la atención en un centro de convalecencia, usted no puede estar en el Grupo 2 de CHOICES. Pero, es posible que califique para otros tipos de servicios y apoyos de largo plazo.

Si TennCare dice que usted no califica, usted recibirá una carta que dice por qué. Se le explicará cómo apelar si piensa que es un error.

El Grupo 3 de CHOICES es para ciertas personas que **no califican para atención en centro de convalecencia,** pero **necesitan cuidados en el hogar** para ayudarles a permanecer en casa sin correr riesgo.

Para estar en el Grupo 3 de CHOICES, usted debe:

- "Correr riesgo" de tener que estar en una casa de convalecencia a menos que reciba cuidados en el hogar;
- **Y** debe calificar para servicios y apoyos de largo plazo de Medicaid porque usted recibe pagos del SSI O porque necesita y **recibirá** servicios de atención en el hogar para que no tenga que ir a una casa de convalecencia.
- **Y** debe ser un adulto de 65 años de edad o mayor;
- **O** debe ser un adulto de 21 años de edad o mayor que tiene alguna discapacidad física.

Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare decidirá si usted "corre riesgo" de tener que ir a una casa de convalecencia. Servicios al Miembro de TennCare decidirá si usted califica para servicios y apoyo de largo plazo de Medicaid por una de las razones indicadas arriba. Nosotros le ayudaremos a completar los papeles que ellos necesitan para decidir

Si TennCare dice que sí, para inscribirse en el Grupo 3 de CHOICES y comenzar a recibir servicios de atención en el hogar:

- Tenemos que ser capaces de satisfacer sus necesidades sin riesgo en su hogar con el cuidado que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES.

Si no podemos satisfacer sus necesidades con la atención que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES, no se puede estar en el Grupo 3 de CHOICES. Pero, TennCare podría decidir si usted califica para otros tipos de servicios y apoyos de largo plazo, incluida la atención en una casa de convalecencia.

Límites en la inscripción en el Grupo 2 de CHOICES

Es posible que no todas las personas que califican para inscribirse el Grupo 2 de CHOICES puedan inscribirse. El Grupo 2 de CHOICES tiene un límite de inscripción. Es como un límite en la cantidad de personas que pueden estar en el grupo en un momento determinado. (A veces la cantidad de personas que se pueden inscribir se denomina "plazas".)
Esto sirve para asegurar que el programa no crezca más rápido que el dinero con el que cuenta el estado para pagar la atención en el hogar. También sirve para asegurar que haya suficientes proveedores de atención en el hogar para prestar los servicios.

El Estado dispone en las Reglas de TennCare el límite de plazas que se pueden ocupar en el Grupo 2 de CHOICES. No se aplica a las personas que se están mudando fuera de una casa de convalecencia. Además, posiblemente **no** se aplique a las personas que tienen TennCare que tendrían que ir a una casa de convalecencia inmediatamente si no se cuenta con atención en el hogar más económica. Tenemos que decidir su usted iría inmediatamente a una casa de convalecencia y proporcionarle pruebas de ello a TennCare. Además, debemos demostrarle a TennCare que contamos con proveedores de atención en el hogar dispuestos a atenderlo en su hogar.

Algunas plazas se reservarán para emergencias. Esto incluye cosas como cuando una persona va a salir del hospital y la internarán en una casa de convalecencia si no hay atención en el hogar. Las plazas reservadas no se usarán sino hasta que se hayan llenado todas las demás plazas. La cantidad de plazas reservadas y las pautas para calificar para una de esas plazas se disponen en las Reglas de TennCare. Si las únicas plazas que quedan son plazas reservadas, tendrá que satisfacer las pautas para plazas reservadas para poder inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES.

Si no satisface las pautas para plazas reservadas o no hay plazas y califica para inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES, lo pondrán en una lista de espera. O bien, puede elegir inscribirse en el Grupo 1 de CHOICES y recibir atención en una casa de convalecencia. No hay límite en la cantidad de personas que se pueden inscribir en el Grupo 1 y estar en una casa de convalecencia. (Pero, usted no tiene que ir a una casa de convalecencia a menos que quiera. En lugar de eso se puede esperar hasta que pueda recibir atención en su hogar.)

Las personas inscritas en el Grupo 2 de CHOICES que superan el límite de inscripción tienen que recibir las primeras plazas que se desocupen. (Esas son las personas que se han salido de hogares de convalecencia o las personas que ya tienen TennCare que habrían ido a una casa de

convalecencia inmediatamente si no hubiera atención en el hogar más económica.) Cuando todas las personas del Grupo 2 de CHOICES están por debajo del límite de inscripción y todavía hay plazas, TennCare puede inscribir a personas de la lista según sus necesidades.

¿Cuáles servicios de atención a largo plazo están cubiertos en CHOICES?

Los apoyos y servicios de largo plazo cubiertos que usted puede recibir en CHOICES dependen del Grupo de CHOICES en el que está inscrito. Si se inscribe en CHOICES, TennCare le dirá el Grupo que le corresponde. Hay tres (3) grupos de CHOICES.

Las personas que están en el **Grupo 1 de CHOICES** reciben atención en una **casa de convalecencia**.

Las personas que están en el **Grupo 2 de CHOICES** reciben **atención en el hogar** (o HCBS) en lugar de atención en una casa de convalecencia. Estos son los tipos de atención en el hogar cubiertos en el Grupo 2 de CHOICES. Algunos de estos servicios tienen límites. Eso significa que TennCare solamente pagará una cierta cantidad de esos servicios. El tipo y la cantidad de atención que recibirá en CHOICES dependen de lo que usted necesita.

- **Visitas para atención personal** (hasta 2 visitas por día, cada una visita de no más de 4 horas de duración; deben transcurrir por lo menos 4 horas entre cada visita.) – Ayuda física con su cuidado personal, como salir de la cama, bañarse, vestirse, tomar sus alimentos o ir al baño. ¿Necesita usted este tipo de ayuda física? Si es así, la persona que acude a las visitas personales a su casa también puede ayudarle con quehaceres como preparar alimentos, hacer la limpieza o la lavandería. Y también puede ayudar con mandados como hacer las compras del supermercado o ir a recoger su medicina. Le pueden ayudar solamente con cosas **para usted** y no para ningún otro miembro de la familia que no pertenece a CHOICES. Y solamente pueden ayudarle con esas cosas si no hay nadie más que las pueda hacer.

- **Cuidados a domicilio** (hasta 1,080 horas por año natural) – Los mismos tipos de ayuda que recibiría con visitas para atención personal, pero por periodos más largos (más de 4 horas por visita o menos de 4 horas entre visitas). Usted puede recibir cuidados a domicilio cuando sus necesidades no se pueden satisfacer con las visitas para atención personal.

  ¿Necesita ayuda activa con tareas de cuidado propio **y también** necesita ayuda con quehaceres domésticos o mandados? Si es así, su límite de cuidados a domicilio aumenta a 1,400 horas por año natural. Este límite mayor es **sólo** para las personas que **también** necesitan ayuda con los quehaceres domésticos o con los mandados. La cantidad de cuidados a domicilio que obtendrá depende de sus necesidades.

- **Comidas entregadas en el hogar** (hasta 1 comida por día).

- **Servicio personal de respuesta en emergencias** – Un botón de alarma para que pueda obtener ayuda en una emergencia cuando la persona que lo cuida no está.

- **Cuidado diurno para adultos** (hasta 2,080 horas por año natural) – Un lugar que proporciona cuidado supervisado y actividades durante el día.

- **Servicio auxiliar de apoyo familiar** (hasta 216 horas por año natural) – Alguien que vaya a su casa a quedarse con usted por un periodo corto para que la persona que lo cuida pueda descansar.

- **Servicio auxiliar de apoyo en institución** (hasta 9 días por año natural) – Una estancia corta en una casa de convalecencia o institución de atención asistida para que la persona que lo cuida pueda tomarse un descanso.

- **Tecnología adaptada a usuarios con necesidades especiales** (hasta $900 por año natural) – Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que pueden ayudarle a hacer las cosas con más facilidad o seguridad, como alcanzadores.

- **Modificaciones menores al hogar** (hasta $6,000 por proyecto; $10,000 por año natural; y $20,000 por toda la vida) – Ciertos cambios a su hogar que le ayudarán a moverse con más facilidad y seguridad en su hogar, como barandillas o una rampa para silla de ruedas.

- **Control de plagas** (hasta 9 unidades por año natural) - Eliminación de insectos o roedores.

- **Casa de convalecencia o institución de atención asistida** - Un lugar donde vive que le ayuda con necesidades de atención personal, servicios de ama de casa y a tomar su medicina. Usted tiene que pagar su pensión completa.)

- **Hogar de atención crítica para adultos** – Un hogar donde viven además de usted hasta otras 4 personas con un profesional médico que atiende sus necesidades especiales de salud y de largo plazo. (Por la ley estatal, sólo es para las personas que dependen de respirador o que han sufrido una lesión cerebral traumática. Usted tiene que pagar su pensión completa.)

- **Cuidador de planta** – Alguien a quien contrata para que viva con usted en su hogar con el fin de que le ayude con cuidados personales o servicios de ama de casa cuando lo necesite. (Sólo para las personas que están en el programa de Administración por parte del Consumidor que necesitan cuidado intermitente durante el día y la noche que no puede proporcionar un cuidador al que no se le paga. Y sólo cuando no cuesta más que otros tipos de atención en el hogar que serían adecuados para sus necesidades.)

- **Atención en un centro de convalecencia** (90 días por estancia) – Atención recibida en una casa de convalecencia cuando tiene una necesidad de corto plazo para este tipo de atención. Es posible que pueda recibir **hasta 90 días de atención a corto plazo en un centro de convalecencia**. Para obtener atención a corto plazo en un centro de convalecencia, debe estar recibiendo atención en el hogar **antes** de ir a la casa de convalecencia. Debe requerir el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia (se le llama nivel de atención de una casa de convalecencia) y **necesitar esta atención únicamente** por un periodo corto (no más de 90 días). Y debe tener previsto volver a su hogar en no más de 90 días. Si necesita atención por más de 90 días, lo podrían trasladar al Grupo 1 de CHOICES mientras recibe la atención en una casa de convalecencia. Si se queda en la casa de convalecencia por más de 90 días, **tendrá que pagar** el costo de su atención en la casa de convalecencia.

Las personas que están en el **Grupo 3 de CHOICES** reciben servicios en el hogar porque corren riesgo de ser internados en una casa de convalecencia. El costo total de los servicios de atención a domicilio se limita a $15,000 por año. Sin embargo, las modificaciones menores a la casa no cuentan para el límite de $15,000. Estos son los tipos de atención en el hogar cubiertos en el Grupo 3 de CHOICES. Algunos de estos servicios tienen límites. Eso significa que TennCare solamente pagará una cierta cantidad de esos servicios. El tipo y la cantidad de atención que recibirá en CHOICES dependen de lo que usted necesita. Tenga en cuenta que las personas en el Grupo 3 no son elegibles para el servicio de cuidador de planta ni servicios en una institución de atención asistida o una institución de cuidados para adultos en estado crítico.

- **Visitas para atención personal** (hasta 2 visitas por día, cada una visita de no más de 4 horas de duración; deben transcurrir por lo menos 4 horas entre cada visita.) – Ayuda física con su cuidado personal, como salir de la cama, bañarse, vestirse, tomar sus alimentos o ir al baño. ¿Necesita usted este tipo de ayuda física? Si es así, la persona que acude a las visitas personales a su casa también puede ayudarle con quehaceres como preparar alimentos, hacer la limpieza o la lavandería. Y también puede ayudar con mandados como hacer las compras del supermercado o ir a recoger su medicina. Le pueden ayudar solamente con cosas **para usted** y no para ningún otro miembro de la familia que no pertenece a CHOICES. Y solamente pueden ayudarle con esas cosas si no hay nadie más que las pueda hacer.

- **Cuidados a domicilio** (hasta 1,080 horas por año natural) – Los mismos tipos de ayuda que recibiría con visitas para atención personal, pero por periodos más largos (más de 4 horas por visita o menos de 4 horas entre visitas). Usted puede recibir cuidados a domicilio cuando sus necesidades no se pueden satisfacer con las visitas para atención personal.

  ¿Necesita ayuda activa con tareas de cuidado propio **y también** necesita ayuda con quehaceres domésticos o mandados? Si es así, su límite de cuidados a domicilio aumenta a 1,400 horas por año natural. Este límite mayor es **sólo** para las personas que **también** necesitan ayuda con los quehaceres domésticos o con los mandados. La cantidad de cuidados a domicilio que obtendrá depende de sus necesidades.

- **Comidas entregadas en el hogar** (hasta 1 comida por día).

- **Servicio personal de respuesta en emergencias** – Un botón de alarma para que pueda obtener ayuda en una emergencia cuando la persona que lo cuida no está.

- **Cuidado diurno para adultos** (hasta 2,080 horas por año natural) – Un lugar que proporciona cuidado supervisado y actividades durante el día.

- **Servicio auxiliar de apoyo familiar** (hasta 216 horas por año natural) – Alguien que vaya a su casa a quedarse con usted por un periodo corto para que la persona que lo cuida pueda descansar.

- **Servicio auxiliar de apoyo en institución** (hasta 9 días por año natural) – Una estancia corta en una casa de convalecencia o institución de atención asistida para que la persona que lo cuida pueda tomarse un descanso.

- **Tecnología adaptada a usuarios con necesidades especiales** (hasta $900 por año natural) – Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que pueden ayudarle a hacer las cosas con más facilidad o seguridad, como alcanzadores.

- **Modificaciones menores al hogar** (hasta $6,000 por proyecto; $10,000 por año natural; y $20,000 por toda la vida) – Ciertos cambios a su hogar que le ayudarán a moverse con más facilidad y seguridad en su hogar, como barandillas o una rampa para silla de ruedas. (Recuerde: las modificaciones al hogar no cuentan contra el límite de $15,000 por año en servicios de atención domiciliaria).

- **Control de plagas** (hasta 9 unidades por año natural) - Eliminación de insectos o roedores.

- **Atención en un centro de convalecencia** (90 días por estancia) – Atención recibida en una casa de convalecencia cuando tiene una necesidad de corto plazo para este tipo de atención. Es posible que pueda recibir **hasta 90 días de atención a corto plazo en un centro de convalecencia**. Para obtener atención a corto plazo en un centro de convalecencia, debe estar recibiendo atención en el hogar **antes** de ir a la casa de convalecencia. Debe requerir el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia (se le llama nivel de atención de una casa de convalecencia) y **necesitar esta atención únicamente** por un periodo corto (no más de 90 días). Y debe tener previsto volver a su hogar en no más de 90 días. Si necesita atención por más de 90 días, lo podrían trasladar al Grupo 1 de CHOICES mientras recibe la atención en una casa de convalecencia. Si se queda en la casa de convalecencia por más de 90 días, **tendrá que pagar** el costo de su atención en la casa de convalecencia.

La Coordinación de Cuidados y la función del Coordinador de Cuidados

En CHOICES, nosotros somos responsables de administrar todas sus necesidades de atención médica física, de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) y las necesidades de servicios y apoyos de largo plazo y los servicios que usted recibe para responder a esas necesidades. A esto se le llama coordinación de la atención.

Esas funciones son desempeñadas por un Coordinador de Cuidados. Le asignaremos a un Coordinador de Cuidados cuando se inscriba en CHOICES. Su Coordinador de Cuidados desempeñará un papel muy importante. Su Coordinador de Cuidados es su contacto principal y la primera persona a quien debe acudir si tiene alguna pregunta sobre sus servicios.

Su Coordinador de Cuidados…

- Le proporcionará información sobre CHOICES y contestará sus preguntas.
- Colaborará con usted para asegurar que usted cuente con toda la información que necesita para tomar buenas decisiones sobre su atención médica.
- Le ayudará a obtener el tipo de servicios y apoyos de largo plazo correctos y en el lugar apropiado de acuerdo con sus necesidades.
- Coordinará todas sus necesidades de atención médica física, de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) y servicios y apoyos de largo plazo.
- Ayudará a solucionar problemas y contestar las preguntas que usted tenga acerca de su cuidado.
- Asegurará que su plan de cuidados sea ejecutado y esté funcionado como es debido.
- Ser consciente de sus necesidades, incluso cuando cambien, actualizar su plan de atención cuando sea necesario (por lo menos una vez por año) y verificar que los servicios que usted recibe son apropiados para sus necesidades.
- Evaluará por lo menos cada año si usted continúa requiriendo el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia o, en el Grupo 3, continuar “corriendo riesgo” de tener que irse a una casa de convalecencia.
- Se comunicará con sus proveedores para asegurar que ellos saben lo que está ocurriendo con su atención médica y coordinará la prestación de los servicios que requiera.

Otras tareas realizadas por el Coordinador de Cuidados variarán ligeramente según el Grupo de CHOICES en el que usted esté inscrito.

Si usted recibe atención en una casa de convalecencia en el Grupo 1 de CHOICES, su Coordinador de Cuidados…

- Será parte de un proceso de planificación junto con la casa de convalecencia donde usted vive.
- Hará cualquier otra evaluación de necesidades que pudiera ser útil para el tratamiento de su salud y sus necesidades de servicios y apoyos largo plazo.
- Complementará (o aportará) al plan de cuidados de la casa de convalecencia si hay cosas que Amerigroup puede hacer para ayudar a controlar problemas de salud o coordinar otros tipos de atención médica física y de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) que necesite.

- Llevará a cabo visitas en persona por lo menos cada 6 meses.
- Coordinará con la casa de convalecencia cuando necesite servicios que la casa de convalecencia no tiene la obligación de proporcionar.
- Determinará si le interesa y puede mudarse de la casa de convalecencia a la comunidad y de ser así, ayudarle a que eso se haga de una manera oportuna.

Si usted recibe atención en el hogar en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES, su Coordinador de Cuidados…

- Colaborará con usted para hacer una evaluación completa e individual de su salud y sus necesidades de servicios y apoyos de largo plazo y determinar cuáles son los servicios más apropiados para responder a esas necesidades.
- Colaborará con usted para elaborar un plan de cuidados individualizado.
- Asegurará que se consulte a los profesionales médicos apropiados durante la planificación de su atención.
- Le dará información para ayudarle a elegir a proveedores de servicios y apoyos de largo plazo que trabajan con Amerigroup.
- Lo llamará por teléfono por lo menos una vez al mes y lo visitará en persona por lo menos una vez cada 3 meses si usted está en el Grupo 2 o, lo llamará por teléfono por lo menos una vez cada 3 meses y lo visitará en persona por lo menos una vez cada 6 meses si usted están en el Grupo 3.
- Asegurará que su plan de cuidados sea ejecutado y esté funcionado como es debido.
- Se asegurará de que esté recibiendo lo que necesita y que de inmediato se resuelvan lagunas en la atención.
- Le dará información sobre recursos de la comunidad que pudieran resultarle útiles.
- Se asegurará de que los servicios de cuidados en el hogar que recibe se basen en sus necesidades y no cuesten más que la atención en un centro de convalecencia, si está en el Grupo 2, o más de $15,000 si está en el Grupo 3.

Le avisaremos quién es su Coordinador de Cuidados y cómo comunicarse con él o ella. Si su Coordinador de Cuidados no será asignado en cuanto se inscriba en CHOICES, le enviaremos una carta que dice cómo comunicarse con la Unidad de Coordinación de Cuidados para ayuda mientras se le asigna un Coordinador de Cuidados.

Cómo solicitar una reevaluación de TennCare

Si está en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES, puede pedirle a TennCare que reevalúe sus necesidades o su plan de cuidados si tiene alguna duda y piensa que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare reevaluará la evaluación o el plan de cuidados y la información recopilada por su Coordinador de Cuidados. Si TennCare decide que usted tiene la razón, ellos colaborarán con nosotros para corregir el problema. Si TennCare piensa que usted está recibiendo los servicios que necesita, le enviaremos una carta que dice por qué.

Para solicitar una reevaluación objetiva de su evaluación de necesidades y su plan de cuidados, envíe una carta a:

TennCare Division of Long Term Services and Supports
c/o CHOICES Review
310 Great Circle Rd.
Nashville, TN 37243

Guarde una copia de su apelación. Escriba la fecha en que la envió a TennCare.

O, envíe su apelación por **fax** al **1-615-532-9140. Conserve la hoja** que dice que su fax pasó.

Cómo cambiar de Coordinador de Cuidados

Si no está a gusto con su Coordinador de Cuidados y desea uno diferente, nos puede pedir que lo cambiemos. Le podemos asignar a otro Coordinador de Cuidados si hay uno disponible. Eso no significa que usted puede elegir a quien desee para que sea su Coordinador de Cuidados. Tenemos que ser capaces de satisfacer las necesidades de todos los miembros de CHOICES y asignar el personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar un Coordinador de Cuidados diferente, llámenos al **1-866-840-4991.** Díganos por qué quiere cambiar de Coordinador de Cuidados. Si no le podemos asignar a un nuevo Coordinador de Cuidados, le diremos por qué. Y, le ayudaremos a resolver cualquier problema o duda que tenga con su Coordinador de Cuidados.

Puede haber ocasiones en que tendremos que cambiar su Coordinador de Cuidados. Eso puede ocurrir si su Coordinador de Cuidados ya no trabaja con Amerigroup, si por el momento no está trabajando o si tienen demasiados miembros para brindarles la atención que necesitan. Si esto sucede, le enviaremos una carta que dice quién será su nuevo Coordinador de Cuidados y cómo comunicarse con él o ella.

Si está en CHOICES, se puede comunicar con su Coordinador de Cuidados en cualquier momento que tenga alguna pregunta o duda sobre su atención médica –no tiene que esperar hasta que le toque una visita a su hogar o hasta que él o ella lo llame. Usted debe llamar a su Coordinador de Cuidados en cualquier momento que cambie su estado de salud o cualquier otra cosa que pudiera afectar el tipo o la cantidad de cuidados que recibe. Si necesita ayuda después de horas hábiles y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **1-866-840-4991.**

Representante del Consumidor en CHOICES

Además de su Coordinador de Cuidados, hay otra persona en Amerigroup para ayudarlo. Esa persona es el Representante del Consumidor en CHOICES. Él o ella puede:

- Proporcionar información sobre el programa CHOICES.
- Ayudarle a entender cómo funcionan las cosas en Amerigroup, por ejemplo cómo presentar una queja, cómo cambiar de Coordinador de Cuidados o conseguir la atención que necesita.
- Remitirlo al personal apropiado de Amerigroup.
- Ayudarle a resolver problemas con su atención.

Para hablar con el Defensor del Consumidor de CHOICES en Amerigroup, llame al **1-866-840-4991.** Pida hablar con el Representante del Consumidor de CHOICES.

Libertad de Selección

En CHOICES, si usted califica para el nivel de atención para el Grupo 1 y el Grupo 2, usted tiene el derecho de elegir dónde desea recibir la atención:

- En su hogar,
- O en otro lugar en la comunidad (como en un centro de atención asistida o un hogar para adultos en estado crítico),
- O en una casa de convalecencia.

Para obtener atención en su hogar o en la comunidad, usted debe satisfacer los requisitos y poder inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES o el Grupo 3 de CHOICES. (Consulte ¿***Quién puede calificar para inscribirse en CHOICES?)***

Si usted está en una casa de convalecencia, es posible que pueda mudarse de la casa de convalecencia a su propia casa y recibir los servicios si así lo desea. Si le interesa salirse del hogar de convalecencia y vivir en la comunidad, hable con su Coordinador de Cuidados.

Para recibir cuidados en su hogar o en la comunidad, debemos ser capaces de satisfacer con seguridad sus necesidades en ese lugar. Y, para el Grupo 2 de CHOICES, el costo de sus cuidados en el hogar no puede ser más que el costo de sus cuidados en una casa de convalecencia. Eso incluye el costo de sus cuidados en el hogar **y** cualquier atención de enfermera privada o de atención médica en el hogar que pudiera requerir. Para el Grupo 3 de CHOICES, el costo de su atención no puede ser más de $15,000 por año. Las modificaciones menores a su hogar y cualquier otro cuidado de enfermería o de atención en el hogar que pudiera requerir no cuentan para el límite de $15,000. El tipo y la cantidad de atención que recibirá dependen de lo que usted necesita.

¿Qué pasa si usted calificar para atención en un centro de convalecencia no quiere salirse de la casa de convalecencia y mudarse a la comunidad? Entonces, no lo obligaremos, aunque pensemos que la atención en la comunidad costaría menos. Siempre y cuando califique para atención en una casa de convalecencia, usted puede elegir que se la proporcionen.

Usted puede cambiar su decisión en cualquier momento, siempre y cuando satisfaga los requisitos y se pueda inscribir para recibir asistencia en el lugar que elija.

En CHOICES, también puede ayudar a elegir a los proveedores que lo atenderán. Esto podría ser un centro de atención asistida o una casa de convalecencia, o la agencia que le proporcionará atención en el hogar. También es posible que usted pueda contratar directamente a sus propios trabajadores para ciertos tipos de cuidados (a esto se le llama Administración por parte del Consumidor).

El proveedor que usted elija debe estar dispuesto y ser capaz de proporcionarle los cuidados que necesita. Su Coordinador de Cuidados tratará de ayudarle a conseguir al proveedor que elija. Pero, si usted no consigue al **proveedor** que desea, no puede apelar y obtener una audiencia imparcial. Si usted no recibe los **servicios** que cree que necesita, entonces puede presentar una apelación.

Uso de Proveedores de Servicios y Apoyos de Largo Plazo que trabajan con Amerigroup

Al igual que los servicios de salud física y de salud conductual, usted debe utilizar proveedores que trabajan con nosotros para la mayoría de los servicios y soportes de largo plazo. También puede encontrar el directorio en línea en **www.myamerigroup.com/TN.** O llámenos al **1-866-840-4991** para pedir una lista. A veces la lista impresa no es la más actualizada, ya que pueden haberse inscrito o dado de baja algunos proveedores después de la impresión. Sin embargo, el Directorio de Proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **1-866-840-4991** para saber de un proveedor está en nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe recibir los servicios de un proveedor de servicios y apoyos de largo plazo que está en esta lista para que TennCare pague sus servicios y apoyos de largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en que TennCare pagará para que usted obtenga atención a través de un proveedor de servicios y apoyos de largo plazo que normalmente no trabaja con nosotros. Pero, primero tenemos que darle autorización para usar un proveedor servicios y apoyos de largo plazo que normalmente no trabaja con Amerigroup.

Autorización previa para Servicios y Apoyos de Largo Plazo

A veces será necesario que obtenga nuestra **autorización** para sus servicios de salud física o de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) antes de recibirlos, aunque un doctor diga que necesita los servicios. A eso se le llama autorización previa. Los servicios que requieren una autorización previa antes de que los pueda recibir sólo se pagarán si los autorizamos **antes** de que le proporcionen el servicio.

Todos los servicios y apoyos de largo plazo requieren aprobación para que los paguemos. Todos los **servicios de atención en el hogar** deben ser aprobados **antes de recibirlos.** La atención en una casa de convalecencia a veces puede comenzar antes de que reciba la **autorización**, pero de todas maneras necesita la **autorización** para que los paguemos. No pagaremos ningún servicio de atención a largo plazo a menos que tenga una **autorización**.

Administración por el Consumidor

La Administración por el Consumidor es una manera de conseguir algunos de los tipos de cuidados en el hogar que usted necesita. La Administración por el Consumidor le ofrece más opciones y control sobre **quién** lo cuida en el hogar y **cómo** le brindan esos cuidados. Los servicios disponibles a través de Administración por el Consumidor son:

- Visitas para atención personal;
- Atención en su hogar;
- Servicio auxiliar de apoyo familiar; y
- Cuidador de planta (sólo si califica para el Grupo 2 de CHOICES y está inscrito en ese grupo)

En Administración por el Consumidor, usted de hecho contrata a las personas que le proporcionan algunos de los servicios de cuidados en el hogar; esto quiere decir que trabajan **para usted** (a diferencia de un proveedor). Usted debe ser capaz de hacer las cosas que haría un empleador. Eso incluye cosas como:

Contratar y capacitar a sus trabajadores:

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que le proporcionarán cuidados
- Definir los deberes de trabajo del empleado
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores

- Capacitar a sus trabajadores para que le proporcionen los cuidados de acuerdo con sus necesidades y sus preferencias

Determinar y controlar el horario de sus trabajadores

- Definir el horario en que sus trabajadores le prestarán servicios
- Asegurar que sus empelados utilicen el sistema telefónico al entrar y salir de cada visita
- Asegurar que sus trabajadores le proporcione *únicamente* los cuidados que han sido aprobados para usted
- Asegurar que ningún empleado que trabaja por hora le proporcione más de 40 horas de atención en una semana

Supervisar a sus trabajadores:

- Supervisar a sus trabajadores
- Evaluar el rendimiento de sus trabajadores en el empleo
- Resolver problemas o quejas con el rendimiento de sus trabajadores
- Despedir a un trabajador cuando sea necesario

Supervisar los salarios de los trabajadores y sus notas de servicio:

- Decidir cuánto les pagará a sus trabajadores (dentro de los límites fijados por el Estado)
- Revisar las horas reportadas por sus trabajadores para verificar su exactitud
- Asegurar que en su casa tenga buenos apuntes sobre los cuidados prestados por sus trabajadores

Tener y usar un plan de respaldo en caso necesario:

- Elaborar un plan de respaldo por si un trabajador no se presenta a trabajar (usted no puede decidir que simplemente no recibirá los servicios)
- Activar el plan de emergencia cuando sea necesario

¿Qué pasa si usted no puede hacer todas o algunas de estas cosas? Entonces, usted puede elegir a un miembro de la familia, a un amigo o a alguien cercano a usted para que él o ella haga esas cosas. A esa persona se le llama "Representante para Administración por el Consumidor". Es importante que elija a alguien que lo conoce muy bien y en quien usted puede confiar. Para ser su Representante para Administración por el Consumidor, la persona debe:

- Tener por lo menos 18 años de edad.
- Conocerlo muy bien a usted.
- Entender los tipos de cuidados que usted necesita y cómo quiere le proporcionen los cuidados
- Conocer su horario y su rutina.
- Conocer sus necesidades de atención médica y los medicamentos que usted toma.
- Estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieren para estar en Administración por el Consumidor.
- Vivir con usted en su hogar **o** estar presente en su casa con suficiente frecuencia para supervisar al personal. Esto generalmente significa por lo menos parte del turno de cada trabajador. Pero, puede ser menos tiempo, siempre que sea suficiente para asegurar que usted está recibiendo los cuidados de calidad que usted necesita.

- Estar dispuesto a firmar un Acuerdo de Representante, indicando que está de acuerdo en hacer todas esas cosas.

No se le puede pagar a su Representante para que haga todas esas cosas.
Usted o su Representante recibirá ayuda para hacer algunas de las cosas que debe hacer como empleador. La ayuda será proporcionada por Public Partnerships, LLC. Usted recibirá 2 tipos de ayuda:

1. Public Partnerships, LLC le ayudará a usted y a sus trabajadores a llenar todos los papeles necesarios. Ellos le pagarán a sus trabajadores por los servicios de atención que le proporcionan. Y completarán y enviarán los formularios de impuestos de nómina que tiene que llenar como empleador.

2. Public Partnerships, LLC contratará a un Agente de Apoyo. Un Agente de Apoyo es una persona que le ayudará con los otros tipos de cosas que debe hacer como empleador. Eso son cosas como:
   - Encontrar y entrevistar a los trabajadores;
   - Escribir las descripciones de las funciones;
   - Capacitar a los trabajadores;
   - Programar a los trabajadores de acuerdo con su plan de atención; y
   - Crear un plan de emergencia para cuando un trabajador no se presente a trabajar.

Pero, su Agente de Apoyo **no** puede supervisar a sus trabajadores. Usted o su Representante debe ser capaz de hacer eso.

El tipo y la cantidad de cuidados que usted recibirá dependen de lo que usted necesita. Esos servicios se enumeran en su plan de cuidados. Usted no podrá obtener más servicios al elegir estar en Administración por el Consumidor. Solamente puede obtener los servicios que se indican en su plan de cuidados.
Usted puede elegir obtener algunos de estos servicios por medio de Administración por el Consumidor **y** obtener cuidados en el hogar por medio de los proveedores que trabajan con su plan de seguro médico de TennCare. Sin embargo, debe utilizar proveedores que trabajan con Amerigroup que no se puede obtener a través de Administración por el Consumidor.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le proporcione atención en Administración por el Consumidor? Sí, le puede pagar a un familiar, pero **no puede:**

- Pagarle a su cónyuge para que le proporcione servicios de atención;
- Pagarle a alguien que vive con usted para que le proporcione Servicios de Asistente en el Hogar, Cuidados Personales o servicio Auxiliar de Apoyo Familiar;

- Pagarle un miembro de la familia inmediata para proporcionar servicios de Cuidador de Planta. Un miembro de la familia inmediata es su cónyuge, padre, madre, abuelo, abuela, hijo, hija, nieta, nieto, hermano, hermana, suegra, suegro, cuñada, cuñado, nuera o yerno. En esta definición se incluyen los familiares adoptados y postizos;
- Pagarle a alguien que vive con usted ahora o que haya vivido con usted en los últimos 5 años para que le proporcione servicios de Cuidador de Planta.

Además, usted no puede pagar a miembros de la familia para que le proporcionen los cuidados que le habrían dado gratis. CHOICES sólo paga los cuidados para satisfacer necesidades que **no**

pueden ser satisfechas por miembros de la familia u otras personas que lo ayudan. Los servicios que usted requiere se detallan en su plan de cuidados.

Si usted está en CHOICES y necesita servicios que pueden ser administrados por el consumidor, su Coordinador de Cuidados le explicará sobre Administración por el Consumidor. Si quiere estar en Administración por el Consumidor, su Coordinador de Cuidados trabajará con usted para decidir cuál de los servicios administrará usted e iniciar el proceso para inscribirse en Administración por el Consumidor. Mientras se establece Administración por el Consumidor, usted recibirá los servicios que están en su plan de cuidados por medio de un proveedor que trabaja con Amerigroup, a menos que **usted elija** esperar a que comiencen sus trabajadores de Administración por el Consumidor. Si opta por esperar a que comiencen sus trabajadores de Administración por el Consumidor, usted debe tener preparado lo necesario para recibir la atención que necesita.

Usted puede decidir estar en Administración por el Consumidor en cualquier momento. Si usted está administrando uno o más servicios y decide que ya no quiere estar en Administración por el Consumidor, usted **no** dejará de recibir los servicios y apoyos de largo plazo. Seguirá estando en CHOICES. Usted obtendrá los servicios que necesita por medio de un proveedor que trabaja con Amerigroup.

Autoadministración de las tareas de atención de la salud

Si usted está en Administración por el Consumidor, también puede elegir que los trabajadores administrados por el consumidor realicen ciertos tipos de tareas de atención médica. Las tareas de atención médica son cosas como tomarse los medicamentos con receta que la mayoría de la gente hace por sí misma todos los días. Por lo general, si usted no puede realizar las tareas de atención médica por sí mismo y no tiene un miembro de la familia que pueda hacerlas, las tendrá que llevarse a cabo una enfermera con licencia para ejercer. Pero, en Administración por el Consumidor, si su doctor dice que está bien, usted puede pedirles a sus trabajadores administrados por el consumidor que lleven a cabo algunas de esas tareas de atención médica. Usted (o su Representante) debe ser capaz de capacitar a sus trabajadores sobre la manera de hacer cada tarea de atención médica y debe supervisarlos en el desempeño de la tarea.

Por ahora, las tareas de atención de salud se limitan a administrar medicamentos que no se inyectan con una aguja. Estos son medicamentos que se toman por la boca, o cosas como gotas para los ojos o lociones y cremas. Además, la receta de la medicina debe indicar que se debe tomar cierta dosis a una hora determinada (no según sea necesario).

Por favor, hable con su Coordinador de Cuidados si tiene alguna pregunta acerca de la autoadministración de tareas de atención médica.

Cómo pagar sus servicios y apoyos de largo plazo de CHOICES

Es posible que tenga que pagar parte del costo de su atención en CHOICES. Este pago se conoce como **"responsabilidad del paciente"**. La cantidad que usted paga depende de sus ingresos. Si usted tiene responsabilidad del paciente, en CHOICES usted la **tiene que** pagar. Si usted recibe atención en una residencia asistida o en hogar de cuidado de adultos, o en una casa de convalecencia, tendrá que pagar su responsabilidad del paciente a esa institución. Si usted recibe atención en su propio hogar, usted le pagará su responsabilidad del paciente a Amerigroup.

¿Qué pasa si NO paga la responsabilidad del paciente que debe? Podrían ocurrir 4 cosas:

1. Sus proveedores de atención en el hogar podrían decidir ya no cuidarlo en su hogar. Si usted recibe atención en una residencia asistida o en hogar de cuidado de adultos, o en una casa de convalecencia, podrían darlo de alta. Antes de hacerlo, ellos le tienen que enviar una carta que dice por qué lo van a dar de alta. Si piensa que están equivocados y que no les debe dinero, usted puede presentar una apelación.
2. **Y** si usted no paga su responsabilidad del paciente, es posible que otros proveedores de atención en el hogar tampoco estén dispuestos a cuidarlo. Si eso ocurre, Amerigroup podría decidir ya no ser su plan de seguro médico para CHOICES. No podemos satisfacer sus necesidades si no podemos encontrar proveedores dispuestos a proporcionarle atención. Tenemos que enviarle una carta que diga por qué ya no podemos ser su plan de seguro médico para CHOICES. Si piensa que estamos equivocados, usted puede presentar una apelación.
3. **Y** si usted no paga su responsabilidad del paciente, es posible que otros planes de seguro médico de TennCare tampoco estén dispuestos a ser su plan de seguro médico para CHOICES. Si eso ocurre, es posible que no pueda quedarse en CHOICES. Es posible que no reciba **ningún** servicio y apoyo de atención a largo plazo de TennCare. Si no puede quedarse en CHOICES, TennCare le enviará una carta que dice por qué. Si piensa que están equivocados, usted puede presentar una apelación.
4. **Y** si no se puede quedar en CHOICES, es posible que ya no califique para TennCare. Si la única manera que califica para TennCare es porque recibe servicios y apoyos de largo plazo, también podría perder su TennCare. Antes de que termine su TennCare, usted recibirá una carta en que se le explica cómo apelar si piensa que es un error.

Si tiene responsabilidad del paciente, es muy importante que la pague.

¿Tiene Medicare o algún otro seguro que ayuda a pagar sus servicios y apoyos de largo plazo? Si lo tiene, ese seguro tiene que pagar **primero.** TennCare no puede pagar la atención que está cubierta por Medicare u otro seguro. ¿Qué pasa si tiene seguro de servicios y apoyos de largo plazo que le paga a **usted?** Entonces usted debe pagar la cantidad que reciba para ayudar a cubrir el costo de su atención en el hogar. Si usted recibe atención en una residencia asistida o en un hogar de cuidado de adultos, o en una casa de convalecencia, usted le pagará la cantidad recibida a esa institución. Si recibe atención en su propia casa, su Coordinador de Cuidados le dirá cómo pagar el dinero del seguro que reciba. Eso **no** reducirá la cantidad de cualquier responsabilidad del paciente que deba. Usted tiene que pagar todo seguro de servicios y apoyos de largo plazo que reciba **y** su responsabilidad del paciente para cubrir el costo de su atención. Pero, usted no tendrá que pagar más que el costo total de los servicios y apoyos a largo plazo que reciba ese mes.

¿Qué pasa si usted recibe Beneficios de Asistencia a través del Departamento de Asuntos de Veteranos? Si es así, es importante que se lo diga a su Coordinador de Cuidados. Su Coordinador de Cuidados le dará información importante que le ayudará a tomar decisiones sobre cómo recibir los servicios y apoyos de largo plazo que usted necesita.

Programa Federal de Recuperación de Bienes – ¿Qué es y qué significa para usted?

Su **"patrimonio"** consiste en las cosas que son suyas y que usted deja al morir.
Incluye su dinero, su hogar, otros tipos de propiedad y otras cosas que son suyas.

La recuperación de bienes se refiere servirse del valor de las cosas que usted deja al fallecer para pagarle a TennCare la atención que recibió mientras vivía.

Por qué tiene que pagarle a TennCare su atención

TennCare, incluyendo los servicios de CHOICES, es subsidiado por el gobierno federal y el gobierno estatal. Si TennCare paga cualquier parte de sus cuidados, por ley federal, TennCare tiene la obligación de tratar de recuperar el costo de esa atención después de su fallecimiento.

TennCare **tiene que** pedir el reembolso del dinero que gastó en sus cuidados si usted:

- Recibió cuidados en una casa de convalecencia a cualquier edad y no se tenía previsto que regresara a casa
- O, tenía 55 años de edad o más y recibió cuidados en un centro de convalecencia, cuidados en el hogar, atención médica en el hogar o cuidados de enfermera privada.

TennCare **tiene que** pedir que se le reembolsen estos servicios:

- Atención en una casa de convalecencia
- Atención en el hogar (atención en el hogar por medio de CHOICES, así como cuidados médicos o de enfermera privada)
- Atención en el hospital y medicamentos con receta médica que recibió mientras tuvo CHOICES.

TennCare también debe pedir el reembolso del costo de **cualquier otro servicio** que hayamos pagado.

TennCare no puede pedir el reembolso del dinero sino hasta **después** de que usted fallezca. TennCare no puede pedir que se le reembolse más de la cantidad que pagamos por sus cuidados. Y, TennCare no le puede pedir a su familia que paguen sus cuidados de sus propios bolsillos.

A veces, no es necesario que TennCare recupere el dinero de su patrimonio.

Eso es cuando:

- Usted deja muy poco dinero o propiedad al fallecer
- Sus cuidados no costaron mucho
- Si las cosas que deja no se pueden usar para pagarles, por medio del tribunal de testamentarías, a las personas a quienes les debe dinero.
  Un ejemplo es dinero de una póliza de seguro de vida.

Pero esas ocasiones no se producen por sí solas. La persona que maneje sus asuntos después de que usted fallezca **debe obtener una exención de responsabilidad de TennCare**. Ese documento dice que usted no le debe dinero a TennCare. Si su propiedad tiene que pasar por el tribunal de testamentarías, la exención se tiene que presentar allí.

A veces TennCare debe permitir que su dinero o propiedad se quede más tiempo en la familia.

Eso ocurre cuando usted le deja su dinero o propiedad a:

- Su cónyuge superviviente
- Un hijo que es menor de 21 años de edad cuando usted fallezca
- O un hijo de cualquier edad que es ciego o discapacitado de manera permanente y total.

TennCare no intentará cobrar el dinero hasta que ese miembro de la familia fallezca o el hijo cumpla los 21 años de edad. Pero, la persona que maneja sus asuntos **debe** presentar la exención de responsabilidad de TennCare al tribunal de testamentarías.

A veces TennCare debe permitir que únicamente su HOGAR se quede más tiempo en la familia.

Eso ocurre cuando uno de los siguientes miembros de su familia vive en el hogar cuando usted fallezca:

- Su cónyuge superviviente
- Un hijo que es menor de 21 años de edad cuando usted fallezca
- O un hijo de cualquier edad que es ciego o discapacitado de manera permanente y total
- Un hijo que vivió en el hogar y lo cuidó si esos cuidados sirvieron para que usted no tuviera que estar en una casa de convalecencia o tuviera que recibir cuidados en el hogar por 2 años
- O su hermano o hermana que ayudó a hacer los pagos de la casa si vivieron allí por un año antes que usted tuviera que ser internado en una casa de convalecencia o requiriera cuidados en el hogar.

Por ley, TennCare no puede quitarle la casa hasta que esos miembros de la familia fallezcan o el hijo cumpla 21 años de edad. Pero, la persona que maneja sus asuntos **debe** presentar la exención de responsabilidad de TennCare al tribunal de testamentarías.

TennCare podría dejar su dinero y propiedad en la familia porque de lo contrario causaría dificultades excesivas.

Pero el Estado no lo hace con mucha frecuencia. La familia debe comprobar que perder el dinero o la propiedad de su patrimonio les causaría dificultades excesivas. Por ejemplo, si su propiedad consiste en una finca familiar y es el único ingreso de la familia, entonces la familia que maneja sus asuntos puede pedirle al Estado que no le quiten la propiedad. El Estado podría o no convenir.

La persona que maneje sus asuntos después de que usted fallezca puede solicitar una exención de responsabilidad de tres maneras:

1. Puede obtener el formulario de exención (Release) en línea en www.tn.gov/tenncare/forms/releaseform.pdf
2. Puede pedir el formulario de exención en la oficina administrativa del tribunal de testamentarías. El formulario se llama “Request for Release from Estate Recovery” (solicitud de exención de responsabilidad para recuperación de patrimonio).
3. Él o ella puede pedir el formulario a TennCare enviando una carta o fax a:

Oficina de TennCare
Estate Recovery Unit
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243
FAX: (615) 413-1941

Se tiene que proporcionar toda la información que se pide en el formulario. Y, además, tienen que proporcionar cualquier otra información que TennCare solicite para decidir si otorgarán la exención de responsabilidad.

Si tiene preguntas acerca de la recuperación de bienes, hable con su Coordinador de Cuidados.

Cómo cancelar su inscripción en CHOICES

Su inscripción en CHOICES y la recepción de servicios y apoyos de largo plazo puede terminar por varias razones y puede variar en función del Grupo de CHOICES en el que usted está inscrito in. Nosotros podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro de CHOICES, pero TennCare tomará la decisión final. Algunas de las razones por las que podría ser dado de baja de CHOICES incluyen:

- Usted ya no califica para Medicaid.
- Ya no necesita el nivel de atención que se proporciona en una casa de convalecencia y no corre riesgo de tener que estar en una casa de convalecencia.
- Ya no necesita ni recibe **ningunos** servicios ni apoyos de largo plazo.
- Usted no paga su responsabilidad del paciente.

Si usted está en el Grupo 2 o en el Grupo 3, su inscripción en CHOICES también puede terminar si...

- Decidimos que ya no podemos satisfacer sus necesidades en el hogar o la comunidad sin que usted corra riesgo y usted se niega a mudarse a una casa de convalecencia. Entre las razones por las que podríamos ser incapaces de satisfacer sus necesidades sin riesgo se incluyen cosas como:
    - Usted se niega a permitir que su Coordinador de Cuidados entre a su hogar. Si un Coordinador de Cuidados no puede visitarlo en su casa, no podemos estar seguros de que usted está sano y salvo.
    - El riesgo de daño a usted o a las personas que lo atienden en su casa es demasiado grande.
    - A pesar de que hay proveedores dispuestos a proporcionar cuidados, ninguno de los proveedores está dispuesto proporcionarle cuidados a usted.
    - Si se niega a recibir servicios que en su plan de atención se identifican como servicios requeridos.
    - Usted se niega a firmar un acuerdo de riesgo, o los riesgos para su salud y seguridad son demasiado elevados.

Si usted está en el Grupo 2, también puede ser dado de baja si:
El costo de la atención médica que necesita en el hogar o en la comunidad será más que el costo de la atención en un centro de convalecencia. El costo de su atención incluye cualquier atención de enfermera privada o de servicio en el hogar que usted pudiera requerir.

Su Coordinador de Cuidados comprobará periódicamente para asegurarse de que la atención que recibe en su propia casa o en la comunidad (incluidos los gastos de atención en el hogar y los servicios privados de enfermería) no superan el costo de la atención en casa de convalecencia.

Si decidimos que la atención en el hogar en su propia casa va a costar más que la atención en una casa de convalecencia, su Coordinador de Cuidados colaborará con usted para tratar de armar un plan de atención que satisfaga sus necesidades de manera segura y económica. Si decidimos que no es posible servirle en su casa o en la comunidad sin que corra riesgo por menos de lo que cuesta la atención en una casa de convalecencia, su Coordinador de Cuidados le ayudará a mudarse a la casa de

convalecencia (que trabaja con Amerigroup) que usted elija. Si decide no mudarse a una casa de convalecencia, ya no podrá recibir los servicios en su propia casa ni en la comunidad. Lo darán de baja de CHOICES.

Si usted está en el Grupo 3:

- Tenemos que ser capaces de satisfacer sus necesidades sin riesgo con el cuidado que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES. **Esto** incluye atención en el hogar de CHOICES hasta $15,000 por año (sin contar las modificaciones menores a su hogar), otros servicios de Medicaid que usted califica para recibir de su MCO, los servicios que usted puede conseguir a través de Medicare, seguro privado u otras fuentes de financiamiento y cuidados no remunerados proporcionados por miembros de la familia y los amigos. Si decidimos que sus necesidades no pueden ser satisfechas con la atención que puede obtener en el Grupo 3, TennCare verá si reúne los requisitos para pasar al Grupo 2 de CHOICES para recibir más atención en el hogar más o al Grupo 1 de CHOICES para atención en una casa de convalecencia. ¿Y si sus necesidades no pueden ser satisfechas en el hogar o en la comunidad (incluso con cuidado en el hogar hasta el costo de la atención en una casa de convalecencia) y decide no mudarse a una casa de convalecencia? Entonces será dado de baja de CHOICES.

Si lo dan de baja de CHOICES, permanecerá en TennCare, siempre y cuando califique para Medicaid. Sin embargo, ya no recibirá **ningún** servicio ni apoyo de largo plazo pagado por TennCare. Usted recibirá una carta que dice por qué terminará su CHOICES y cómo apelar si piensa que es un error.

Si la **única** manera que usted califica para Medicaid es porque recibe servicios y apoyos de largo plazo y le cancelan la inscripción de CHOICES, su TennCare también podría terminar. Antes de que termine, recibirá una carta que dice por qué. Usted tendrá la oportunidad de calificar en otro de los grupos cubiertos por Medicaid.

Abuso, Negligencia y Explotación

Los miembros de CHOICES tienen derecho a estar libres de abuso, negligencia y explotación. Es importante que usted entienda cómo identificar el abuso, la negligencia y la explotación y cómo reportarlos. **El abuso puede ser...**

- Maltrato físico;
- Maltrato emocional; o
- Abuso sexual.

Incluye infligir dolor, lesión o angustia mental, el confinamiento irracional y otras formas crueles de maltrato.

La negligencia puede ocurrir...

- Cuando un adulto es incapaz de cuidar de sí mismo u obtener el cuidado necesario, poniendo su salud o la vida en riesgo. Esto es “negligencia propia”.
- Cuando las necesidades básicas de un niño o un adulto que depende de los demás no son cumplidas por un cuidador, lo que resulta en un perjuicio o riesgo de perjuicio para la salud o la seguridad. La negligencia puede ser involuntaria, debido a que la persona encargada de la atención del enfermo no puede hacerlo ni puede hacer arreglos para la atención o los

servicios que requiere la persona. La negligencia también puede deberse a la falta intencional del cuidador de satisfacer las necesidades de la persona.

La explotación puede incluir...

- Fraude o coerción;
- Falsificación, o
- El uso no autorizado de cuentas bancarias o tarjetas de crédito.

La explotación económica ocurre cuando una persona a cargo del enfermo utiliza indebidamente los fondos destinados para el cuidado de un adulto o el aprovechamiento de dichos fondos por el adulto. Esos son fondos pagados al adulto o al cuidador por una agencia gubernamental.

Si usted piensa que es víctima de maltrato, negligencia o explotación, o que cualquier otro miembro de CHOICES es víctima de maltrato, negligencia o explotación, por favor notifique a su Coordinador de Cuidados.

Todo incidente de sospecha de abuso, negligencia o explotación de un **adulto** debe ser comunicado a los Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services, APS) al **1-888-277-8366.**

Todas las denuncias de maltrato o descuido de un **niño** se deben hacer a Servicios de Protección de Menores (Child Protective Services, CPS) llamando al **1-877-237-0004** o en línea en **https://reportabuse.state.tn.us/.**

Mediador para Atención a Largo Plazo

El programa de Mediador para Atención a Largo Plazo del Estado ofrece asistencia a las personas que viven en casa de convalecencia u otros centros residenciales de la comunidad, como vivienda asistida o un hogar de cuidados intensivos para adultos. El Mediador de Atención a Largo Plazo **no** trabaja para el centro, el Estado ni Amerigroup. De esta manera pueden ser justos y objetivos en la resolución de problemas y quejas.

El Mediador de Atención a Largo Plazo de cada zona del Estado puede:

- Proporcionar información sobre bajas y altas de los centros de servicios y apoyos de largo plazo.
- Proporcionar educación sobre los derechos y responsabilidades de los residentes.
- Ayudar a los residentes y sus familias a resolver dudas o problemas que tengan con el centro que no hayan podido resolver por sí solos. Eso podría incluir cosas como:
    - La calidad de la atención;
    - Los derechos de los residentes, o
    - Bajas, transferencias y altas

Para obtener más información sobre el programa de Mediador de Atención a Largo Plazo o para comunicarse con el Mediador de su zona, llame gratis a la Comisión de Tennessee para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (Tennessee Commission on Aging and Disability) al **1-877-236-0013.**

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

Lo que usted paga por su atención médica

Sus copagos

La atención preventiva es la atención que le ayuda a estar bien, como los chequeos médicos, las vacunas, atención del embarazo y el parto. Este tipo de atención siempre es gratuita. Usted no tiene que pagar copagos por la atención preventiva. En la Parte 2 se proporciona más información sobre la atención preventiva.

Para otros tipos de atención médica, como hospitalizaciones o consultas cuando su hijo está enfermo, **es posible** que tenga que pagar parte del costo. Los copagos son lo que usted paga por cada servicio de atención médica que recibe.

No todas las personas que tienen TennCare tienen copagos. En su tarjeta de Amerigroup se indica si tiene copagos y de cuánto son. Los copagos dependen de:

- el tipo de TennCare que usted tiene (TennCare Medicaid o TennCare Standard) y
- a veces en el ingreso mensual de su familia antes de impuestos y
- cuántas personas de su familia viven con usted.

¿Tiene otro seguro que paga su atención médica? Debido a que usted también tiene TennCare, usted **sólo** paga el copago de TennCare. Más adelante se explica más sobre cómo funciona TennCare con otro seguro médico.

La mujer embarazada **no tiene** que pagar copagos por las medicinas que recibe mientras está embarazada. Las personas que reciben cuidados paliativos **no tienen** copagos para las medicinas de venta con receta que reciben para sus cuidados paliativos. Si usted está embarazada o recibe cuidados paliativos, **tiene que informar** al encargado de la farmacia para que **no** le cobren el copago.

Usted sólo tiene que pagar el copago para recibir atención médica. **No** le deben cobrar el resto del costo de su atención médica. Si le cobran el resto del costo, usted puede apelar. Consulte la Parte 5 de este manual para saber qué hacer si recibe una cuenta por su atención médica.

Ninguno de los doctores o proveedores de servicios de salud de Amerigroup pueden **negarle** servicios médicamente necesarios por no pagar sus copagos.
Sin embargo, Amerigroup y sus proveedores pueden tomar medidas para cobrar cualquier copago que usted deba.

En sus tarjetas del plan de seguro médico se indica si usted tiene copagos.

En su tarjeta de Amerigroup se indica si usted tiene copagos para doctores, especialistas y visitas al hospital y a la sala de emergencias.

En su tarjeta del Plan de Farmacia de TennCare se indica si tiene copagos para medicinas de venta con receta.

En las páginas siguientes se explica más acerca de los copagos de TennCare y dónde llamar si tiene alguna pregunta.

Copagos de TennCare

¿Usted paga copagos por un PCP, especialista, visita a urgencias y hospitalización? ¿No está seguro? Revise su tarjeta de Amerigroup o llame a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701.

Miembro	Receta copago	PCP (médico general) copago	Especialista copago	Atención en la sala de emergencias (si no lo internan en el hospital)	Internación en el hospital copago
Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Medicaid	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Standard y que se encuentran por debajo del 100% del nivel de pobreza federal*	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Standard y que se encuentran entre el 100% y el 199% del nivel de pobreza federal*	$3 por medicinas de marca; $1.50 de copago por medicinas genéricas	$5	$5	$10	$5
Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Standard y que se encuentran al 200% o más del nivel de pobreza federal*	$3 para medicinas de marca; $1.50 de copago por medicinas genéricas	$15	$20	$50	$100
Adultos de 21 años y mayores con TennCare Medicaid, que reciben atención a largo plazo que TennCare paga	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Los adultos de **TennCare** mayores de 21 años, que están en el Grupo 3 de CHOICES	$3 para medicinas de marca; $1.50 de copago por medicinas genéricas	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Los **adultos** de 21 años de edad y mayores con TennCare Medicaid que **NO** reciben atención a largo plazo que TennCare paga	$3 para medicinas de marca; $1.50 de copago por medicinas genéricas	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno

*Para enterarse en qué porcentaje del nivel federal de pobreza se encuentra su familia, consulte las cantidades de ingresos en línea en: http://www.tn.gov/tenncare/forms/eligibilityrefguide.pdf

¿Tiene TennCare Medicaid? Puede pasar a la página 22.

La siguiente página solamente es importante para los miembros que tienen TennCare Standard.

¿Tiene TennCare Standard? Para saber lo que debe pagar en copagos por atención médica, mire su tarjeta de Amerigroup o llame a Tennessee Health Connection al número de teléfono indicado arriba.

Si tiene TennCare Standard, tendrá un límite en la cantidad total de copagos que pagará cada trimestre (cada tres meses). Debe haber recibido una carta de TennCare que dice cuánto será su límite. Los copagos que usted paga por cada menor en TennCare Standard se combinarán para ayudarle a llegar a su límite cada trimestre.

Así es como TennCare cuenta los trimestres en un año:

- 1er trimestre - enero, febrero y marzo
- 2do trimestre - abril, mayo y junio
- 3er trimestre - julio, agosto y septiembre
- 4to trimestre - octubre, noviembre y diciembre

El **límite** de copago de su familia cada 3 meses se basa en los ingresos que reporta a TennCare. Esto es lo **máximo** que usted pagará en copagos cada trimestre.

Es importante que conserve los recibos que demuestran lo que le cobraron en copagos durante el trimestre. Guárdelos juntos en un lugar seguro, pues los necesitará más adelante. **¿Por qué?** Si usted llega a su gasto de bolsillo máximo en un trimestre, no pagará ningún otro copago para ese trimestre. Pero usted nos tiene que avisarle a TennCare cuando haya llegado a su límite para el trimestre.

En cuanto sus recibos sumen su límite en un trimestre, llame gratis a la Unidad de Soluciones de TennCare (TennCare Solutions Unit) al **1-800-878-3192.** Dígales que ha llegado al límite de copagos de su familia. Ellos le pedirán que les envíe copias de sus recibos que demuestran su total. **Cada recibo debe indicar:**

- el tipo de atención que recibió,
- el nombre de la **persona** a quien atendieron,
- el nombre del **doctor u otro lugar** que atendió,
- la **fecha** en que recibió la atención **y**
- la **cantidad** que pagó por la atención.

¡Importante! Un recibo de caja, una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un recibo de tarjeta de crédito posiblemente no contenga toda la información que necesitamos.

Después de que TennCare revise sus recibos, usted recibirá una carta que dice que ha llegado a su límite para ese trimestre. Una vez que reciba esa carta, no tendrá que pagar ningún otro copago para ese trimestre. Cuando comience el nuevo trimestre, usted volverá a pagar sus copagos.

¿Qué sucede si los recibos del trimestre suman más de su límite? Llame a la Unidad de Soluciones de TennCare (TennCare Solutions) al **1-800-878-3192.** Dígales que ha cumplido el límite de copagos de su familia.

Si su ingreso cambia o el tamaño de su familia cambia, posiblemente también cambien sus copagos. Usted tiene que reportar todo cambio en el número de integrantes de su familia o en la cantidad de su ingreso a TennCare llamando a Tennessee Health Connection en cuanto antes.

¿Tiene preguntas sobre los copagos o el límite trimestral? Tennessee Health Connection puede responder a estas preguntas también. Llámelos gratis al **1-855-259-0701.**

Cómo funciona TennCare con otros seguros médicos y Medicare

Si usted tiene otro seguro médico, su TennCare funciona de una manera diferente.

TennCare y otro seguro médico

En la Parte 1 se explica la diferencia entre TennCare Medicaid y TennCare Standard. El tipo de beneficios que usted tiene, si debe o no debe pagar un copago y si puede o no puede tener otro seguro médico y seguir calificando para TennCare dependen del tipo de TennCare que tiene. En esta sección se explica cómo funciona TennCare con otro seguro médico.

*¿Tiene Medicare? En la siguiente página se explica más sobre cómo funciona TennCare con Medicare.

TennCare Medicaid y otro seguro médico:

La mayoría de las personas que tienen TennCare Medicaid **pueden** tener otro seguro médico. TennCare Medicaid funciona de la siguiente manera si usted tiene otro seguro médico.

- Su **otro seguro médico debe pagar primero**, antes de que su TennCare pague. A eso se le llama "seguro primario".
- Su TennCare paga los servicios cubiertos que su otro seguro médico no cubre. Por ejemplo, si su otro seguro médico cubre las medicinas de venta con receta, usted no puede usar su TennCare para comprar medicinas de venta con receta.

Si usted tiene otro seguro médico, debe informárselo:

- al **lugar** donde recibe su atención médica para ellos puedan enviar la cuenta al seguro correspondiente.
- a Tennessee Health Connection para que TennCare sepa sobre su otro seguro médico.

¿Qué debe hacer si le llega una cuenta por servicios que usted piensa que no tiene que pagar? Si usted tiene otro seguro médico aparte de TennCare, podría ser porque las diferentes compañías de seguro no están recibiendo las cuentas correctas. Llámenos gratis al **1-800-600-4441** para que le ayudemos.

Copagos

Si su seguro primario paga primero por un servicio cubierto por TennCare, usted sólo debe pagar su copago de TennCare.

Por ejemplo: su seguro primario tiene un copago de $25 por una consulta con el PCP. Pero, usted tiene TennCare Medicaid y no hay copago de TennCare para consulta con PCP. ¿Qué ocurrirá después? Su PCP no debe cobrarle el copago, pero debe presentar el reclamo de su consulta a su seguro primario.

TennCare Standard y otro seguro médico:

La mayoría de las personas que tienen TennCare Standard, **no pueden** tener otro seguro médico ni pueden tener "acceso" a un seguro médico colectivo. **"Acceso a un seguro médico colectivo"** significa que usted puede obtener seguro médico por medio de un empleador o algún otro plan de seguro médico colectivo. Para TennCare Standard no importa cuánto cueste el otro seguro ni los servicios que cubre. Lo que importa es que le han ofrecido el otro seguro o que está a su disposición.

Recuerde, TennCare Standard es para los menores de 19 años de edad que están perdiendo su TennCare Medicaid. Cuando llegó el momento de ver si podrían conservar TennCare Medicaid, no calificaron. Pero, las reglas de TennCare Standard dicen que esos menores se pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a un seguro médico colectivo.

Los menores que tienen TennCare Standard no pueden tener acceso a ningún otro seguro, ni siquiera Medicare.

¿Tuvo un accidente?
Algunas veces cuando sufre un accidente, otra persona es responsable de pagar su atención médica. El accidente podría ser vehicular o un accidente de trabajo. Usted nos debe informar quién debería pagar su atención médica si sufre un accidente. Llámenos gratis al 1-800-600-4441.

TennCare y Medicare

Medicare se cuenta igual que un seguro médico colectivo. Es para las personas de 65 años de edad y mayores y para algunas personas de cualquier edad que el Seguro Social considera discapacitadas. Las personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal también pueden tener Medicare.

Estas son las diferentes partes de Medicare:
La Parte A es para internaciones en el hospital, atención en un centro de enfermería especializado, atención médica en el hogar y cuidados paliativos.
La Parte B es para los servicios de su doctor y la atención de pacientes externos (no hospitalizados).
La Parte D es para las medicinas de venta con receta.

También hay otras maneras de tener Medicare. A esto se les llama **Planes de seguro médico de Medicare (a veces se les llama Medicare Parte C)**. Estos planes combinan las partes A, B y D en un solo plan.

Medicare le cobra primas, deducibles y copagos. Si usted no los puede pagar, puede presentar una solicitud para el programa que se llama **QMB**. QMB (la sigla en inglés de Beneficiario Calificado de Medicare) paga:

- Sus primas de Medicare.
- El deducible del hospital que Medicare no paga.
- La Parte de la cuenta de cada doctor que Medicare no paga.

Usted puede solicitar QMB llamando gratis a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701.

Si usted tiene Medicare y puede obtener SSI, entonces ya tiene QMB. No tiene que presentar la solicitud.

Para informarse más sobre **Medicare**, llame al **1-800-633-4227.** La llamada es gratis.

Otro lugar que le puede ayudar con Medicare se llama SHIP (que es la sigla en inglés del programa de asistencia con el seguro médico estatal). Para obtener ayuda con Medicare, puede llamar gratis a **SHIP** al **1-877-801-0044.**

Si usted tiene TennCare y Medicare, su TennCare funciona de una manera diferente.

- Su **Medicare es su primer seguro (su seguro primario).** Los hospitales, doctores y otros proveedores de salud le facturan a Medicare primero.

- Su **TennCare es su segundo seguro (su seguro secundario).** Después de que sus proveedores le facturen a Medicare, también le enviarán a TennCare la factura de sus copagos y deducibles de Medicare. **Recuerde que** TennCare **no pagará nada** por los medicamentos de venta con receta cuando los adultos tienen Medicare. ¿Es menor de 21 años de edad y tiene Medicare? Siga leyendo para enterarse cuándo TennCare paga sus medicamentos de venta con receta.

- ¿Tiene usted TennCare Medicaid porque está inscrito en el programa de cáncer de mama y/o cáncer cervical (BCC)? Entonces **no puede tener también** Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare mientras está inscrita en el programa BCC, TennCare le enviará una carta. En la carta le informarán que deben ver si califica para TennCare Medicaid de otra manera.

- Si necesita atención médica que no está cubierta por Medicare, pero está cubierta por TennCare, acuda a un doctor de Amerigroup para esos servicios cubiertos por TennCare, para que TennCare los pague.

- Para adultos de 21 años de edad y mayores que tienen Medicare, TennCare **no paga** las medicinas de venta con receta. Medicare Parte D paga sus medicinas de venta con receta.

- Para los menores de 21 años de edad que tienen TennCare y Medicare:
    - Medicare Parte D paga la mayoría de sus medicinas de venta con receta. TennCare **no paga** el copago de sus medicinas de venta con receta de Medicare.
    - Y, TennCare solamente pagará las medicinas cubiertas por TennCare que Medicare no cubre.

Parte 5: Ayuda con problemas relacionados con su atención médica o con TennCare

Tipos de problemas y lo que usted puede hacer

Es posible que enfrente diferentes tipos de problemas con su atención médica.

Algunos problemas se pueden resolver con tan sólo hacer una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas relacionados con su atención médica, llámenos al **1-800-600-4441** para que le ayudemos.

Algunos problemas pueden requerir más medidas. Estos son algunos ejemplos de diferentes tipos de problemas y algunas maneras para solucionarlos:

¿Necesita una nueva tarjeta de TennCare?

Si extravía o le roban su tarjeta o si la información de su tarjeta está mal, puede pedir una tarjeta nueva.

- Para pedir una tarjeta nueva de Amerigroup, llame al **1-800-600-4441.**
- Para pedir una nueva tarjeta farmacéutica, llame al servicio de ayuda de farmacia de TennCare al **1-888-816-1680.**

Usted no tiene que esperar a que le llegue su tarjeta nueva para obtener atención médica o medicina. Dígale a su doctor o al encargado de la farmacia que usted tiene TennCare.

¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor?

En la Parte 1 de este manual se explica cómo obtener un doctor nuevo.

¿Quiere cambiar de doctor porque no está satisfecho con el doctor que tiene? Por favor, díganos. Llámenos al **1-800-600-4441.** Queremos asegurarnos de que reciba buena atención.

¿Necesita presentar una queja sobre su atención?

Si no está a gusto con la atención médica que está recibiendo, llámenos al **1-800-600-4441**. Díganos que quiere presentar una queja.

Nadie le puede hacer nada malo si usted presenta una queja. Queremos ayudarle a que reciba buena atención.

¿Necesita ayuda con transporte a sus consultas médicas?

Si no tiene forma de llegar a sus consultas con el médico, es posible que TennCare le pueda proporcionar transporte. ¿Necesita ayuda con transporte al doctor? ¿No ha podido pedir transporte o llegar a sus citas a tiempo? Llámenos al **1-800-600-4441** para avisarnos que necesita ayuda.

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

- Si quiere cambiar de plan de seguro médico porque tiene problemas para obtener atención médica, infórmenos. Llámenos al **1-800-600-4441.** Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted **no tiene que** cambiar de plan de seguro médico para obtener la atención médica que necesita.
- ¿Quiere cambiar de plan de seguro médico para ver a un doctor que acepta ese plan?

- **Recuerde:** Tiene que verificar que todos sus doctores aceptan su nuevo plan de seguro médico nuevo. Usted sólo podrá acudir a los doctores que acepten su nuevo plan.
- ¿Qué puede hacer si su plan de seguro médico ya le autorizó atención médica que aún no ha recibido? Si cambia de plan y todavía necesita la atención médica, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan de seguro médico.

Revise estas cosas antes de decidirse a cambiar de plan de seguro médico:

1. ¿Acepta el doctor el plan de seguro médico al que usted se quiere cambiar?
2. El plan de seguro médico al que se quiere cambiar ¿está aceptando nuevos miembros de TennCare?

Hay dos ocasiones en que es fácil cambiar de plan de seguro médico.

1. Al principio de obtener TennCare, tiene **45 días** para cambiar su plan de seguro médico. Cuando tenga TennCare, le enviarán una carta. Esa carta dice cómo cambiar su plan de seguro médico en los primeros 45 días.
2. Una vez al año durante su "mes de inscripción abierta". **Cuándo** puede cambiar depende de dónde vive.

Encuentre su condado a continuación:

- **¿Vive usted en uno de estos condados del oeste de TN?** Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Dyer, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Lake, Lauderdale, Madison, McNairy, Obion, Shelby, Tipton o Weakley

  Si es así, usted puede cambiar su plan de seguro médico solamente durante el mes de **marzo.** Su nueva asignación del plan de salud que comenzaría el 1 de mayo. Hasta entonces, nosotros continuaremos atendiéndolo.

- **¿Vive usted en uno de estos condados del centro de TN?** Bedford, Cannon, Cheatham, Clay, Coffee, Cumberland, Davidson, DeKalb, Dickson, Fentress, Giles, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Marshall, Maury, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Smith, Stewart, Sumner, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson o Wilson

  Si es así, usted puede cambiar su plan de seguro médico solamente durante el mes de **mayo.** Su nueva asignación del plan de salud que comenzaría el 1 de julio. Hasta entonces, nosotros continuaremos atendiéndolo.

- **¿Vive usted en uno de estos condados del este de TN?** Anderson, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Carter, Claiborne, Cocke, Franklin, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hawkins, Jefferson, Johnson, Knox, Loudon, Marion, McMinn, Meigs, Monroe, Morgan, Polk, Rhea, Roane, Scott, Sequatchie, Sevier, Sullivan, Unicoi, Union o Washington

  Si es así, usted puede cambiar su plan de seguro médico **solamente** durante el mes de **julio.** Su nueva asignación del plan de salud que comenzaría el 1 de septiembre. Hasta entonces, nosotros continuaremos atendiéndolo.

¡Importante! Usted tiene hasta el **último día** de su mes de inscripción abierta para pedir que le cambien su plan de seguro médico.

Otras razones por las que puede cambiar su plan de seguro médico son si:

- Algún miembro de su familia está en el plan de seguro médico al que se quiere cambiar
- **O bien,** TennCare cometió un error al darle un plan de seguro médico que no presta servicios en el área donde usted vive

- **O,** usted se mudó y su plan de seguro médico no ofrece servicios en la zona donde usted vive ahora.

Es posible que pueda cambiar su plan si tiene una causa justificada por adversidad. Sin embargo, para satisfacer los criterios de adversidad, todas estas cosas deben ser ciertas en su caso:

1. Usted padece algún problema médico que requiere cuidados complicados, extensos y continuos y
2. Su especialista ya no acepta su plan de seguro médico y
3. Su plan de seguro médico ya no tiene un especialista que le pueda proporcionar la atención médica que usted necesita y
4. Su plan de seguro médico no puede trabajar con su especialista para que le proporcione la atención que necesita y
5. Su especialista acepta el plan de seguro médico al que usted se quiere cambiar y
6. El plan de seguro médico al que se quiere cambiar está aceptando nuevos miembros de TennCare.

Un **especialista es un doctor que trata ciertas enfermedades o una parte específica del cuerpo humano. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es el doctor que trata los problemas del corazón. Otro tipo es el oncólogo, el doctor que trata el cáncer. Hay muchos tipos diferentes de especialistas.

Para pedir que le cambien su plan de seguro médico, usted tiene que decirle a TennCare:

- Su **número de Seguro Social**. Si no tiene ese número, nos puede dar su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
- El nombre del **plan de seguro médico que quiere**.
- Y, **la razón por la que quiere cambiar su plan de seguro médico.**

Llame a la Unidad de Soluciones de TennCare (TennCare Solutions) al **1-800-878-3192.** Dígales que usted desea cambiar su plan de seguro médico.

O bien, puede enviarles una carta. Si envía una carta a la Unidad de Soluciones de TennCare (TSU), no se olvide de informarles:

- Su nombre completo (nombre, inicial, apellido)
- Su número de Seguro Social
- El nombre del plan de seguro médico indicado arriba al que se quiere cambiar
- El nombre y número de seguro social de cualquier otra persona de su familia que también tiene que cambiarse a ese plan de seguro médico
- Su número de teléfono para que llamemos durante el día y la mejor hora para llamar

Luego, envíe la carta por correo a:

TennCare Solutions
P.O. Box 820
Nashville, TN 37202-9968

O la puede enviar por fax al **1-866-581-5735.**

¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos de venta con receta?

En la Parte 2 de este manual se explica más detalladamente cómo funciona TennCare para las medicinas de venta con receta.

¿Necesita un doctor que le recete sus medicinas?
¿Qué puede hacer si necesita encontrar a un doctor o si su doctor no le quiere recetar la medicina que necesita? Llámenos al **1-800-600-4441**

¿Necesita una autorización de TennCare para obtener su medicina? A eso se le llama una "autorización previa" o PA.
Si su medicina requiere una autorización, llame a su doctor. Pídale a su doctor que:

- Llame al Programa Farmacéutico de TennCare para obtener la autorización de TennCare para esta medicina.
- O bien, pídale que le cambie su receta a una que no requiere autorización.

¿Qué puede hacer si el doctor no pide la autorización de TennCare ni le cambia su receta?
Entonces usted le puede pedir a TennCare que le autorice la medicina. Llame al **1-800-639-9156.**

¿Qué puede hacer si su doctor pide una autorización y TennCare dice que no?
Le puede pedir a su doctor que le recete una medicina diferente que no requiere una autorización.

O bien, si piensa que TennCare cometió un error, usted puede presentar una apelación. Usted tiene 30 días para apelar después de que TennCare diga que **no**. Para obtener más información sobre cómo apelar consulte la Parte 6 de este manual.

¿Recibió una carta que dice que usted le pidió a TennCare que pagara más de 5 medicinas de venta con receta o más de 2 medicinas de marca este mes?

- Llame a su doctor y pregúntele si necesita **todas** las medicinas que está tomando.
  ¿Y si le dice que sí las necesita? Entonces, quizás le convenga pedirle a su doctor que le ayude a escoger las medicinas que son más importantes.

  O bien, puede pedir en la farmacia que le ayuden a escoger las medicinas que cuestan más. Cada mes, pídales que le surtan **primero** esas medicinas para que TennCare las pague.

- Pida a su doctor o farmacia que investiguen si sus medicinas están en la **Lista de Exenciones.** (Esa es la lista de medicinas de TennCare que no cuenta contra su límite de medicinas de venta con receta.)
  Aunque usted haya obtenido **5** medicinas de venta con receta o **2** medicinas de marca en 1 mes, **podrá** obtener las medicinas de esa lista.

- Si le pidió a TennCare que pagara demasiadas **medicinas de marca**, pida a su doctor que le **recete medicinas genéricas**.

- También puede consultar a su doctor sobre la **Lista de medicinas Sobre el Límite (o Lista de certificación del médico).** Después de que haya llegado a su límite mensual (**5** medicinas de venta con receta o **2** medicinas de marca) su doctor puede obtener la **autorización** de TennCare para pagar sus medicinas de esa lista. (Las farmacias a veces la llaman la lista **"**Prescriber Attestation**"** (Lista de certificación del médico.)

  Para obtener más información sobre la **Lista de Exenciones** y la **Lista de Medicinas Sobre el Límite,** consulte la Parte 2 y la Parte 5 de este manual. Para obtener las listas más actualizadas, visite http://www.tn.gov/tenncare/mem-pharmacy.shtml.

O bien, si piensa que TennCare cometió un error al contar sus medicinas de venta con receta de este mes, usted puede presentar una apelación. En su apelación, diga a TennCare:

1. Su **número de Seguro Social**. Si no tiene ese número, nos puede dar su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
2. El **tipo de medicina** sobre el que está apelando
3. Y **la razón por la que desea apelar – en este caso que usted piensa que TennCare cometió un error al contar sus medicinas de venta con receta de este mes.** Proporciónenos toda la información que pueda sobre el problema.

No se olvide de incluir cualquier error que piensa que TennCare cometió. Envíe copias de todos los papeles que cree que nos podrían ayudar a entender su problema. Usted puede presentar su apelación por correo, por fax o por teléfono. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Parte 6 de este manual.

¿Le dijeron en la farmacia que usted ya no tiene cobertura farmacéutica de TennCare?
Hay dos motivos por los que eso podría ocurrir:

1. En el caso de los adultos que tienen Medicare **y** TennCare, TennCare ya no paga las medicinas de venta con receta. Usted debe obtener su medicina por medio de Medicare Parte D. Para ayuda con Medicare Parte D, llame a su plan de la Parte D. O, nos puede llamar **Medicare** al **1-800-633-4227.** A veces la farmacia también le puede ayudar con la Parte D de Medicare.
2. Si es un adulto que tiene TennCare Standard, su TennCare no paga sus medicinas de venta con receta. Para saber si puede obtener otro tipo de ayuda con sus medicinas, llame a Cover RX al **1-866-268-3786.**

¿Le dijeron en la farmacia que no le pueden surtir sus medicinas de venta con receta porque no tiene TennCare? Recibirá una carta por correo antes de que su TennCare termine. En la carta le dirán por qué está terminando su TennCare. La carta también explica cómo presentar una apelación. Sin embargo, si se muda de casa y no le avisa a TennCare, es posible que no le llegue la carta. Posiblemente no se enteraría de que su TennCare sino hasta llegar a la farmacia.

¿**Piensa** que TennCare cometió un error? Llame a **Tennessee Health Connection** al **1-855-259-0701.** Ellos pueden decirle si usted tiene TennCare o si ya se terminó. Si usted piensa que TennCare cometió un error, ellos le pueden decir si aún tiene tiempo para presentar una apelación.

¿Necesita ayuda para obtener sus servicios de atención médica?

En la Parte 2 de este manual se explica sobre los servicios de atención médica que TennCare paga.

Para problemas de atención médica física o de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas), siempre llámenos primero al **1-800-600-4441**

Si aún no puede obtener la atención médica que requiere, puede llamar a la **Unidad de Soluciones de TennCare** (TennCare Solutions) al **1-800-878-3192.** Llame de lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 4:30:00 p.m., horario del Centro. Pero si tiene una emergencia, puede llamar a cualquier hora.

¿Necesita una autorización para que TennCare pague su atención médica? A eso se le llama una "autorización previa" o PA. Si su atención médica requiere una autorización, llame a su doctor. Su doctor nos tiene que pedir una autorización.

¿Le dijimos que no cuando su doctor pidió una autorización para su atención médica? Llame a su doctor y/o a su proveedor de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) y dígale que dijimos que no.

Si usted o su doctor piensan que cometimos un error, usted puede presentar una apelación. Usted tiene 30 días para apelar después de que su plan de seguro médico diga que **no**. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte la Parte 6 de este manual.

¿Pagó usted atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar? O ¿acaso le están cobrando atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar? A veces, si el doctor no sabe que tiene TennCare, es posible que le envíe una cuenta. Cada vez que obtenga atención médica, usted **debe**:

- Informar al doctor o a cualquier otro lugar donde lo atiendan, que usted tiene TennCare.
- **Mostrar** su tarjeta de TennCare.

Si usted recibió atención médica que piensa que TennCare debería pagar, llámenos al **1-800-600-4441**. Si le están mandando cuentas por la atención médica, podemos ayudarle a enterarse por qué. Si usted pagó la atención médica, veremos si le podemos reembolsar el pago.

O bien, puede presentar una apelación. Si le están mandando cuentas, tiene 30 días a partir de la fecha en que recibió la primera cuenta para apelar. Si pagó la atención médica, tiene 30 días después de haber pagado para apelar.

Para obtener más información sobre apelaciones, consulte la Parte 6 de este manual.

Formas en que podría terminar su TennCare

Usted puede pedir que se termine su TennCare. Usted lo debe pedir por escrito. Envíe una carta a Tennessee Health Connection que dice que quiere terminar su TennCare. Incluya su nombre, número de seguro social y no se olvide de **firmar** la carta.

¡Importante! Si no **firma su carta** se retrasará su solicitud. Es posible que tenga que enviar una nueva solicitud que tenga su firma.

¿Desea que termine el TennCare de otros miembros de la familia? Anote también el nombre y el número de Seguro Social de cada una de esas personas en la carta.

Envíe su carta a: Tennessee Health Connection
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

O envíela por fax al: 1-855-315-0669

Otras razones por las que su TennCare puede terminar:

- Si alguna de sus circunstancias cambia y ya no satisface las reglas de TennCare.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de TennCare.
- Si no observa las reglas de Amerigroup o de TennCare en más de una ocasión
- Si no completa los papeles de redeterminación para su TennCare cuando se lo pidan. Los miembros de TennCare deben renovar su TennCare cada año. Cuando sea tiempo de determinar si sigue calificando para TennCare, TennCare le enviará una carta y los papeles de redeterminación por correo.

Antes de que su TennCare termine, usted recibirá una carta por correo. En la carta le dirán por qué está terminando su TennCare. También le indica cómo presentar una apelación si piensa que hemos cometido un error.

¿Necesita más ayuda con atención médica? O ¿acaso necesita más ayuda con un tratamiento para salud mental o para alcoholismo o drogadicción? O bien, ¿necesita ayuda con otros problemas de TennCare?

Llame al **Programa de Representación y Abogacía de TennCare (TennCare Advocacy Program).** Llame gratis al **1-800-758-1638.**

Parte 6: Apelaciones de TennCare

Si tiene problemas con su seguro médico o con TennCare, usted tiene el derecho de presentar una apelación.

Una apelación es una manera de corregir errores en TennCare. Cuando usted apela, lo que hace es pedir presentarse ante un juez para decirle el error que usted piensa que TennCare cometió. A eso se le llama una **audiencia imparcial.**

Su derecho a apelar y el derecho a un juicio imparcial se explican más en la Parte 7 de este manual.

Hay 2 tipos diferentes de apelaciones: Apelaciones administrativas y apelaciones médicas.

Apelaciones administrativas: son para problemas como obtener o conservar TennCare, no estar de acuerdo con el tipo de TennCare que usted tiene, o si cree que sus ingresos o cantidades de copago están equivocados. Las apelaciones administrativas pasan a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad en Tennessee Health Connection. La página 91 contiene más información sobre cómo presentar una apelación administrativa.

Apelaciones médicas: son para problemas con su salud. Para problemas sobre atención médica física o mental, siempre llámenos primero al **1-800-600-4441**.

Si **aún** no puede recibir la atención que necesita, puede presentar una apelación médica.

Apelaciones médicas

Usted tiene 30 días para presentar una apelación después de enterarse de que hay un problema.

- Si se trata de atención médica o medicina que aún necesita, usted tiene **30 días** a partir de la fecha en que TennCare o Amerigroup diga que no pagará la atención.
- Si se trata de cuentas por atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar, usted tiene **30 días** a partir de la fecha en que reciba su primera cuenta.
- Si se trata de atención médica que usted pagó, usted tiene **30 días** después de haber pagado la atención médica.

Cómo conservar su atención médica durante su apelación (continuación de beneficios)

Si ya está recibiendo atención médica es posible que pueda continuar recibiéndola durante la apelación. Para continuar recibiendo la atención durante la apelación, **todas** estas cosas tienen que ser ciertas:

1. Debe apelar antes de la fecha en que su atención cesará o cambiará (usualmente 2 ó 10 días).
2. En su apelación debe decir que quiere recibir obteniendo la atención durante la apelación.
3. La apelación debe ser para el **tipo** y **cantidad** de atención médica que ha estado recibiendo y que ha cesado o cesará.
4. Su apelación no puede ser por atención médica que ya recibió que usted quiere que TennCare pague.
5. Debe tener una orden del doctor para la atención médica (si es necesaria).
6. La atención médica debe ser algo que TennCare sigue cubriendo.

7. Usted no puede apelar para recibir más atención médica de la que TennCare paga. (Por ejemplo, la mayoría de los adultos tienen límites mensuales en las medicinas de venta con receta.)

¡Importante! ¿Qué debe hacer si quiere seguir recibiendo la atención médica **durante** su apelación y pierde su apelación? Es posible que tenga que reembolsarle a TennCare la atención médica que recibió durante su apelación.

¿Usted y su doctor piensan que tiene una emergencia?
Por lo general, su apelación se decide dentro de los **90 días** de que la presente. Pero, si tiene una emergencia, es posible que no pueda esperar 90 días.

Una emergencia significa que si usted no obtiene la atención médica o la medicina antes de 90 días:

- Correrá riesgo de problemas graves de salud **o** podría morir.
- **O bien**, le causará graves problemas del corazón, los pulmones u otras partes del cuerpo.
- **O bien,** tendrán que hospitalizarlo.

Si alguna de las anteriores cosas corresponde en su caso, usted puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia. En la **Parte 8** de este manual hay una hoja para apelación médica. Si su apelación es una emergencia, le puede pedir a su doctor que firme esa hoja.

¿Qué puede hacer si su doctor **no** firma una apelación de TennCare pero usted pide una apelación de emergencia? Entonces, **TennCare le preguntará a su doctor** si su apelación es una emergencia. ¿Qué ocurrirá si su doctor dice que su apelación **no es** una emergencia? Entonces, TennCare decidirá su apelación en un plazo de 90 días.

Algunos tipos de atención médica nunca se consideran una emergencia.

- Atención médica que ya recibió (que usted pagó o por la cual recibió una cuenta)
- Atención médica que TennCare nunca cubre
- Atención médica que le ayuda a conservar la salud (se le llama atención médica preventiva)
- Tratamiento de ortodoncia (frenos o brackets)

Cómo presentar una apelación de médica

Hay 2 maneras de presentar una apelación médica:

1. Puede apelar **por teléfono** llamando a la Unidad de Soluciones de TennCare (TennCare Solutions Unit) al 1-800-878-3192. Si tiene problemas de audición o del habla, puede llamar a TennCare por máquina TTY/TDD. El número **TTY/TDD** de TennCare es **1-866-771-7043.**

   Llame durante horas hábiles a menos que haya una emergencia. Las horas hábiles son de lunes a viernes de las 8:00 a.m. hasta las 4:30 p.m., hora del centro. Pero si tiene una emergencia, puede llamar a cualquier hora.

2. O, puede apelar **por escrito**. Puede usar la hoja de apelación médica que viene en la Parte 8 de este manual. Si usted lo autoriza, otra persona, como un amigo o su doctor, puede completar la hoja. Para imprimir una página de apelación que está en la Internet, vaya a: **www.tn.gov/tenncare/forms/medappeal.pdf.** Si necesita otra hoja apelación

médica o quiere que TennCare se la envíe, llame a la **Unidad de Soluciones de TennCare (TennCare Solutions) al 1-800-878-3192.** O bien, puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco.

Hay 2 maneras de enviar una apelación médica por escrito. Elija una de las siguientes opciones:

1. Por correo. Usted puede enviar una hoja de apelación o una carta referente a su problema a:

TennCare Solutions
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-0593

Guarde una copia de su apelación. Escriba la fecha en que la envió a TennCare.

2. O por fax. Si lo desea, puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al **1-888-345-5575.**

Conserve la hoja que dice que su fax pasó.

Para todas las apelaciones médicas, TennCare necesita:

- Su **nombre** (el nombre de la persona que desea apelar sobre su atención médica o medicina)
- Su **número de Seguro Social**. Si no tiene el número del Seguro Social, nos puede dar su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
- La **dirección** donde recibe su correo.
- El **nombre** de la persona a quien deben llamar si TennCare tiene alguna pregunta sobre su apelación (puede ser usted u otra persona).
- Un **número de teléfono** para llamar a esa persona **durante el día** (puede ser su propio número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).

¿Qué otra cosa necesita TennCare para tramitar su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial sobre problemas de atención médica, **las siguientes dos cosas tienen que ser ciertas:**

- Usted le debe proporcionar a TennCare **la información** que requieren para tramitar su apelación.
- Y, usted debe decirle a TennCare el **error** que usted piensa que cometimos. Debe ser algo que, en caso de que usted esté en lo correcto, significa que TennCare pagará esa atención.

Dependiendo de la razón por la que está presentando una apelación médica, los siguientes son otros tipos de información que debe decirle a TennCare:

¿Está apelando acerca de **atención médica o medicina que aún necesita?** Dígale a TennCare:

- El **tipo de atención médica o medicina** sobre la que está apelando.
- Y la **razón por la cual desea apelar.** Proporcione a TennCare toda la información que pueda sobre el problema. No se olvide decirnos cuál error que piensa que TennCare cometió. Envíe **copias** de todos los papeles que cree que podrían ayudar a TennCare a entender su problema.

¿Está apelando porque usted **quiere cambiar de plan de seguro médico?** Dígale a TennCare:

- El nombre del **plan de seguro médico que quiere**.
- Y, **la razón por la que quiere cambiar su plan de seguro médico.**

¿Está apelando por **atención médica que ya recibió** y que usted piensa que TennCare debería pagar? Dígale a TennCare:

- La **fecha** en que recibió la atención médica o medicina que usted quiere que TennCare pague.
- El nombre del **doctor** u **otro lugar** donde lo atendieron o donde le dieron la medicina. (Si los conoce, incluya la **dirección** y el **número de teléfono** del **doctor** u **otro lugar** donde le atendieron.)

  Si usted pagó la atención médica o medicina, proporcione a TennCare una **copia de un recibo** que compruebe que usted pagó. El recibo debe indicar:
  - El **tipo de atención** que recibió que quiere que TennCare pague
  - Y el nombre de la **persona** a quien atendieron
  - Y el nombre del **doctor u otro lugar** que atendió
  - Y la **fecha** en que lo atendieron
  - Y la **cantidad** que pagó por la atención

  Si le enviaron una cuenta por la atención médica o la medicina, dé a TennCare una **copia de la cuenta.** La cuenta debe indicar:
  - El **tipo de atención** por la que le están cobrando
  - Y el nombre de la **persona** a quien atendieron
  - Y el nombre del **doctor u otro lugar** que atendió
  - Y la **fecha** en que lo atendieron
  - Y la **cantidad** que le están cobrando

¿Qué hace TennCare cuando usted apela acerca de un problema de salud?

1. **Cuando TennCare reciba su apelación, ellos le enviarán una carta informándole que la recibieron.** Si usted pidió continuar recibiendo su atención médica durante su apelación, en la carta dirá si puede continuar recibiéndola. Si usted pidió una apelación de emergencia, dirá si puede tener una apelación de emergencia.

2. **Si TennCare necesita más información para tramitar su apelación, usted recibirá una carta indicando qué información necesitan.** Debe proporcionarle a TennCare toda la información que pidan, lo antes posible. Si no lo hace, podrían dar por terminada su apelación.

3. **TennCare debe decidir toda apelación ordinaria en un plazo de 90 días.** Si tiene una apelación de emergencia, deben decidir su apelación en 31 días. Si necesita más tiempo para obtener expedientes médicos, pueden tomarse más tiempo para completar su apelación. ¿Qué sucede si TennCare no completa su apelación a tiempo? Entonces, TennCare **tiene que** proporcionarle la atención médica que usted pidió hasta que su apelación se decida, *a menos que*:
   - La atención médica que usted quiere **es un tipo de atención médica que TennCare no cubre**.
   - O, la atención que usted quiere **no es segura** para usted.

- O, usted **no tiene una orden del doctor** para la atención médica que desea.
- O, **usted** es la razón por la cual la decisión se ha demorado. (Usted pidió más tiempo.)

4. **Es posible que se requiera una audiencia imparcial para decidir su apelación.** Para que le den una audiencia imparcial debe decir que TennCare cometió un error que, en caso de que usted esté en lo correcto, significa que usted recibirá la atención o servicio que solicita. **No** le pueden dar una audiencia imparcial si está pidiendo atención o servicios que TennCare no cubre. La audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que usted piensa que TennCare cometió. Si TennCare dice que usted puede tener una audiencia imparcial, usted recibirá una carta por correo informándole de la fecha de su audiencia. TennCare le enviará su carta 21 días por adelantado
(7 días si su apelación es una emergencia).

¿Qué sucede en una audiencia imparcial sobre problemas de atención médica?

1. **Su audiencia** puede ser una audiencia telefónica o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen:
    - un juez que no trabaja para TennCare,
    - un abogado de TennCare,
    - un testigo del estado (alguien como un doctor o una enfermera de TennCare) y usted.

    Usted puede hablar por sí mismo. O bien, puede llevar a otra persona, como un amigo o un abogado, para que hable en su nombre.

2. **Durante la audiencia**, usted tiene la oportunidad de decirle al juez sobre el error que usted piensa que TennCare cometió. Usted le puede dar al juez datos y comprobantes de su salud y su atención médica. El juez escuchará lo que todas las partes tengan que decir.
3. **Después de la audiencia** usted recibirá una carta informándole de la respuesta del juez. ¿Qué ocurriría si un juez dice que usted ganó su apelación? Entonces TennCare debe aceptar que es la decisión correcta sobre la base de los hechos de su caso. La ley federal dice que **la decisión de un juez no es final sino hasta que TennCare la apruebe**. Si TennCare anula la decisión de un juez, le tenemos que informar a usted por qué por escrito.

Recuerde, usted puede encontrar más información acerca de sus derechos a una audiencia imparcial, en la Parte 7 de este manual.

Apelaciones administrativas - Cómo apelar si tiene problemas para obtener o conservar TennCare y sobre otros problemas con TennCare

Una apelación sobre problemas de TennCare *aparte de atención médica* se llama una **apelación administrativa**. Las apelaciones administrativas pasan a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad en Tennessee Health Connection.

La apelación administrativa se utiliza para problemas de TennCare, como:

- Recibe una carta que dice que su TennCare terminará,
- O bien, su TennCare terminó pero usted no recibió una carta porque se mudó,
- O bien, usted piensa que sus copagos de TennCare son incorrectos,
- O bien, usted piensa que TennCare le ha dado el paquete de beneficios incorrecto.

Si usted tiene un problema como uno de los anteriores, llame a **Tennessee Health Connection** al **1-855-259-0701.** Ellos comprobarán para ver si se ha cometido un error. Si deciden que usted tiene razón, ellos corregirán el problema. Pero si dicen que no y usted sigue pensando que se cometió un error en su caso, **usted puede presentar una apelación.**

Cómo presentar una apelación administrativa

Hay 2 maneras de presentar una apelación administrativa:

1. Puede apelar **por teléfono** llamando gratis a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.**
2. O, puede apelar **por escrito**. Puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco.

Para presentar una apelación administrativa por escrito, debe incluir:

- Su **nombre completo** (nombre, inicial, apellido)
- Su **número de Seguro Social**
- Los **nombres de otras personas que viven con usted** que tienen el mismo problema
- Su **número de teléfono** para que llamemos **durante el día** y la mejor hora para llamar
- El **error específico** que piensa que TennCare cometió Proporciónenos toda la información que pueda sobre el problema.
- Envíe **copias** de cualquier documento que demuestre por qué usted piensa que se cometió ese error.

Luego, envíe por correo su carta sobre su problema a:

Tennessee Health Connection
Eligibility Appeals Unit
P.O. Box 23650
Nashville, TN 37202-3650

Guarde una copia de su apelación. Escriba la fecha en que la envió a TennCare.

Parte 7: Sus derechos y obligaciones

Sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare y Amerigroup

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con respecto y de una manera digna. Usted tiene el **derecho a la privacidad** y a que su información médica y financiera sea tratada con privacidad.
- Pedir y recibir información sobre Amerigroup, sus políticas, sus servicios, sus prestadores de servicios y los derechos y obligaciones de sus miembros.
- Pedir y obtener información sobre la forma en que Amerigroup paga a sus proveedores, incluso cualquier tipo de bonificación por atención médica que se base en costo o calidad.
- Pedir y obtener información sobre sus expedientes médicos como lo disponen las leyes federales y estatales. Usted puede examinar sus expedientes médicos, obtener copias de sus expedientes médicos y pedir que sus expedientes médicos sean corregidos si son incorrectos.
- **Obtener servicios sin ser tratado de manera diferente** debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión o discapacidad. Usted tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido tratado injustamente. Si se queja o presenta una apelación, usted tiene el derecho de continuar recibiendo atención médica sin temor a recibir mal trato por parte de Amerigroup, los proveedores o TennCare.
- Recibir atención médica sin temor a la contención física o al cautiverio como medio de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas acerca de Amerigroup o su atención médica. En la Parte 5 de este manual se explica cómo.
- Hacer sugerencias acerca de sus derechos y obligaciones o sobre el modo de operar de Amerigroup.
- Elegir a un nuevo PCP en la red de Amerigroup. Usted puede rechazar la atención médica de ciertos proveedores.
- Obtener atención que sea necesaria y apropiada para usted por motivos médicos (médicamente necesaria), cuando la necesite. Esto incluye recibir **servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**
- Que se le informe de una manera fácil de entender sobre su atención y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar para usted, independientemente de su costo o de que estén o no estén cubiertos.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Preparar un testamento vital o plan de atención por adelantado y que se le informe sobre las Directivas Médicas por Adelantado.
- Cambiar de plan de seguro médico. Si acaba de empezar en TennCare, puede cambiar de plan de seguro médico una vez durante los primeros 45 días de haber recibido TennCare. Después de eso, puede pedir un cambio de plan de seguro médico a través de un proceso de apelación. Hay ciertas razones por las que puede cambiar de plan de seguro médico. En las Parte 5 y 6 de este manual se explica más acerca de cómo cambiar de plan de seguro médico.

- Pedir a TennCare y Amerigroup que reexaminen cualquier error que usted piense que han cometido acerca de obtener o conservar TennCare o acerca de recibir atención médica.
- Terminar su TennCare en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin cambiar el trato que le da Amerigroup o sus proveedores.

Sus derechos de quedarse con Amerigroup

Como miembro de Amerigroup, usted **no puede** ser retirado de Amerigroup tan sólo porque:

- Su salud empeora.
- Ya tiene un problema médico. A esto se le llama afección preexistente.
- Su tratamiento médico es caro.
- Utiliza los servicios de cierta manera.
- Usted tiene un problema de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas)
- Sus necesidades especiales lo hacen actuar de una manera poco cooperativa o disruptiva.

Las únicas razones por las que pueden retirarlo de Amerigroup son:

- Si usted **cambia** de plan de seguro médico.
- Si se **muda** fuera del área de servicio de Amerigroup.
- Si permite que otra persona utilice sus tarjetas de identificación o si usa su TennCare para obtener medicinas y revenderlas.
- Si usted termina su TennCare o su TennCare termina por cualquier otra razón.
- Si no **renueva** su TennCare cuando le toca o si no le proporciona a TennCare la información que le piden cuando le toque renovar.
- Si usted no le informa a TennCare y a Amerigroup que se mudó y no pueden encontrarlo.
- Si miente para obtener o conservar su TennCare.
- Cuando usted fallezca.

Usted tiene la obligación de:

- Entender la información de su manual para miembros y otros papeles que le enviemos.
- Mostrar su tarjeta de Amerigroup siempre que reciba atención médica. Si tiene otro seguro, también debe mostrar esa tarjeta de identidad.
- Acudir a su PCP para toda su atención médica a menos que:
    - Su PCP lo envíe a un especialista para atención. Tiene que tener un referido de su PCP para ir a ver a un especialista.
    - Está embarazada o acude a chequeos médicos para la mujer.
    - Es una emergencia.
- Acude a proveedores que pertenecen a la red de proveedores de Amerigroup. Pero, usted puede acudir a cualquier doctor si es una emergencia. Y con un referido usted puede ver a cualquier doctor que haya sido aprobado.

- Informar a su PCP cuando haya tenido que acudir a la Sala de Emergencias. Usted (o alguien en su nombre) debe informar a su PCP antes de transcurridas 24 horas de que haya sido atendido en la Sala de Emergencias.
- Proporcionar información a Amerigroup y a sus proveedores de atención médica para que puedan atenderlo.
- Observar las instrucciones y reglas sobre su cobertura y beneficios que se encuentran en su manual. Usted también debe observar las instrucciones y reglas de las personas que lo están atendiendo.
- Ayudar a tomar las decisiones sobre su atención médica.
- Colaborar con su PCP para que pueda entender sus problemas de salud. También debe colaborar con su PCP para elaborar un plan de tratamiento que ambos deciden que le ayudará.
- Tratar a su proveedor de atención médica con respeto y dignidad.
- Acudir a sus citas médicas y llamar al consultorio si no puede acudir.
- No permitir que nadie más use su tarjeta de identificación de Amerigroup y avisarnos si la extravía o se la roban.
- Informe a Tennessee Health Connection de cualquier cambio como, por ejemplo:
    - Si usted o un miembro de su familia cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
    - Si el número de integrantes de su familia cambia.
    - Si usted o un miembro de su familia obtiene un trabajo, pierde su trabajo o cambia de trabajo.
    - Si usted o un miembro de la familia tiene otro seguro médico o puede obtener otro seguro médico.
- Pagar cualquier copago que le corresponda.
- Avisarnos si tiene otra compañía de seguro que debería pagar su atención médica. La otra compañía de seguro podría ser un seguro como seguro automovilístico, residencial o de compensación del trabajador.

Sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare y Amerigroup

Su derecho a recibir un trato justo

No permitimos el trato injusto ni en TennCare ni en Amerigroup. Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, idioma, lugar de nacimiento, discapacidad, religión, sexo, color de la piel o edad.

En TennCare, ser tratado de una manera injusta puede significar cosas como:

- No lo dejaron participar en las mismas cosas que a otras personas.
- Usted no obtuvo la ayuda que necesitaba para obtener su atención médica.
- Usted no obtuvo la atención médica que necesitaba.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si piensa que no ha sido tratado de manera imparcial. Por ley, nadie se puede vengar porque usted reclame. Si su queja tiene que ver con la atención física y/o la atención de la salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas), puede llamarnos al 1-800-600-4441o bien, nos puede escribir a:
Amerigroup Community Care
22 Century Blvd., Suite 220
Nashville, TN 37214

Si nos escribe, no se olvide de incluir:

- **Su nombre**
- **Su dirección**
- **Su número de teléfono durante el día y**
- **Su número de Seguro Social**

Proporciónenos toda la información que pueda sobre el problema. Puede escribirnos en una hoja de papel o puede usar la hoja titulada Queja por Trato Injusto en la Parte 8 de este manual.

Estos son algunos otros lugares a donde puede llamar o escribir si piensa que ha sido tratado injustamente:

Agencia	Números de teléfono	Dirección
TennCare	1-855-286-9085 sin cargo Para TTY, marque el 711 y pida el 855-286-9085. 615-253-2917 fax	Office of Non-Discrimination Oficina de TennCare 310 Great Circle Rd. Nashville, TN 37243
State of Tennessee	1-800-251-3589 sin cargo 615-253-1886 fax	Director Title VI Compliance Program Tennessee Human Rights Commission 312 Rosa Parks Blvd., 23rd Floor Nashville, TN 37243

U.S. Dept of Health and Human Services, Oficina de la Región IV	404-562-7859 Esta llamada no es gratis 404-562-7881 Este número de fax no es gratis	U.S. DHHS/Region IV Office of Civil Rights 61 Forsyth St. SW 3rd floor Suite 3B70 Atlanta, GA 30303
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Washington, D.C.	1-800-368-1019 llamada gratis 1-800-537-7697 TDD/TTY	U.S. DHHS/Office of Civil Rights 200 Union Ave. SW, Room 506F Washington, D.C. 20201

Su derecho de apelar problemas de atención médica en TennCare

En TennCare, usted recibe su atención médica mediante un plan de seguro médico de TennCare. Usted tiene derechos
cuando se hace algo que le impide obtener atención médica cuando la necesita.

1. Usted tiene el derecho de que su plan de seguro médico le dé una respuesta cuando usted o su doctor piden atención médica.

Para algunos tipos de atención médica, su doctor tiene que obtener la autorización del plan de seguro médico para que TennCare la pague. A eso se le llama una "autorización previa" o "PA". ¿Qué ocurrirá si su doctor le pide a su plan de seguro médico que autorice atención médica para usted? Su plan de seguro médico debe decidir en 14 días. Si usted no puede esperar 14 días para recibir la atención médica que necesita, puede pedirles que decidan más pronto. O bien, usted puede apelar **antes** de que hayan transcurrido los 14 días. Si ellos tardan más de 21 días en decidir, ellos **tienen que** darle la atención médica que usted pidió *a menos que*:

- La atención médica que usted quiere **es un tipo de atención médica que TennCare no cubre**.
- O, la atención que usted quiere **no es segura** para usted.
- O, usted **no tiene una orden del doctor** para la atención médica que desea.

2. Usted tiene el derecho de recibir una carta de su plan TennCare si:

- Su plan de seguro médico de TennCare dice que **no** cuando usted o sus doctores piden atención médica.
- O bien, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O bien, su plan de TennCare suspende o cambia su atención médica.

La carta debe decir **por qué** no puede obtener la atención médica y lo que **usted puede hacer** al respecto.

Si su **plan de seguro médico** decide cambiar la atención médica que está recibiendo, usted debe recibir una carta por lo menos **10 días antes** de que eso ocurra. Si deciden cambiar su atención en el **hospital**, usted debería recibir una carta **2 días hábiles** antes de que eso ocurra. ¿Qué ocurrirá si su **doctor** decide cambiar la atención médica que usted está recibiendo? Para estos tipos de atención médica, usted debe recibir una carta **2 días hábiles antes** de que eso ocurra:

- Tratamiento de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) para un miembro prioritario, lo cual incluye a un niño que padece un Trastorno Emocional

Grave (en inglés lo abrevian SED) o un adulto con una Enfermedad Mental Grave y Persistente (en inglés lo abrevian SPMI)

- Tratamiento de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) en un hospital u otro lugar donde se tiene que quedar para recibir la atención (servicios psiquiátricos en hospital o residencia)
- Atención para un problema de salud de largo plazo cuando su plan de seguro médico no puede darle el siguiente tipo de atención médica que necesita para ese problema.
- Servicios de asistencia médica en el hogar

Si su plan de seguro médico o su doctor no le envían la carta a tiempo, **no** le pueden cambiar su atención médica.

3. Usted tiene el derecho de apelar si:

- TennCare dice que **no** cuando usted o su doctor piden atención médica.
- O bien, TennCare suspende o cambia su atención médica.
- O bien, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O bien, tiene cuentas de atención médica que usted piensa que TennCare debería haber pagado pero no lo hizo.

Usted **solamente** tiene **30 días** para apelar después de enterarse de que hay un problema. Alguien que tenga derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación en su nombre.

4. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial sobre su apelación si piensa que TennCare cometió un error.

Para que le den una audiencia imparcial debe decir que TennCare cometió un error que, en caso de que usted esté en lo correcto, significa que usted recibirá la atención o servicio que solicita. **No** le pueden dar una audiencia imparcial si está pidiendo atención o servicios que TennCare no cubre. La audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que usted piensa que TennCare cometió.

¿Qué ocurriría si un juez dice que usted ganó su apelación? Entonces TennCare debe aceptar que es la decisión correcta sobre la base de los hechos de su caso. Si TennCare no está de acuerdo, podemos anular la decisión del juez. La ley federal le otorga este derecho a TennCare. Si TennCare anula la decisión de un juez, le tenemos que informar a usted por qué por escrito. Si TennCare no anula la decisión del juez, TennCare tiene 5 días hábiles para hacer lo que el juez ordenó.

5. Si usted tiene una emergencia, tiene el derecho de obtener una decisión sobre su apelación en un término de 31 días (pero a veces hasta 45 días).

Una emergencia significa que si usted no obtiene la atención médica o la medicina antes de 90 días:

- Correrá riesgo de problemas graves de salud O podría morir.
- O bien, le causará graves problemas del corazón, los pulmones u otras partes del cuerpo.
- O bien, tendrán que hospitalizarlo.

Si usted piensa que tiene una emergencia, puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia.

Su apelación podría ser más rápida si su doctor firma su apelación diciendo que es una emergencia. ¿Qué debe hacer si su doctor **no** firma su apelación pero **usted pide** una apelación de emergencia? **TennCare le preguntará a su doctor** si su apelación es una emergencia. Si su **doctor** dice que **no** es una emergencia, TennCare decidirá su apelación en un término de 90 días. Algunos tipos de atención **nunca** se consideran una emergencia. Para obtener una lista de esos tipos de atención médica, solicítela a TennCare.

Usualmente, usted tiene el derecho de obtener una decisión sobre su apelación de emergencia en un término de 31 días. Si TennCare necesita más tiempo para obtener expedientes médicos, podemos tardar hasta 45 días para completar su apelación de emergencia. ¿Qué ocurrirá si TennCare no completa su apelación a tiempo? Entonces, TennCare **tiene que** proporcionarle la atención médica que usted pidió hasta que su apelación se decida, *a menos que*:

- La atención médica que usted quiere **es un tipo de atención médica que TennCare no cubre**.
  (La atención médica que TennCare no cubre **nunca** es una emergencia.)
- O, la atención que usted quiere **no es segura** para usted.
- O, usted **no tiene una orden del doctor** para la atención médica que desea.
- O, **usted** es la razón por la cual la decisión se ha demorado.
  (Usted pidió más tiempo.)

6. Usted tiene el derecho de obtener una decisión sobre su apelación en un término de 90 días si no es una emergencia. ¿Qué ocurrirá si TennCare no completa su apelación a tiempo? Entonces, TennCare **tiene que** proporcionarle la atención médica que usted pidió hasta que su apelación se decida, *a menos que*:

- La atención médica que usted quiere **es un tipo de atención médica que TennCare no cubre**.
- O, la atención que usted quiere **no es segura** para usted.
- O, usted **no tiene una orden del doctor** para la atención médica que desea.
- O, **usted** es la razón por la cual la decisión se ha demorado. (Usted pidió más tiempo.)

7. Si usted ya está recibiendo la atención médica es posible que tenga el derecho de continuar recibiéndola durante la apelación. Para continuar recibiendo la atención durante la apelación, **todas** estas cosas tienen que ser ciertas:

- Debe apelar antes de la fecha en que su atención cesará o cambiará **(usualmente 2 ó 10 días).**
- En su apelación debe decir que quiere recibir obteniendo la atención durante la apelación.
- Su apelación no puede ser por más atención ni por un tipo de atención diferente del que ha estado recibiendo. (Usted sólo puede pedir **conservar** atención médica **que haya estado recibiendo** durante su apelación.)
- Su apelación debe ser por atención **que sigue necesitando**. ¿Qué debe hacer si ya recibió toda la atención médica y quiere que TennCare la pague? No recibirá más durante su apelación.
- Si necesita la orden de un médico para recibir la atención médica, seguirá siendo necesaria la orden de un médico para continuar recibiendo la atención durante su apelación.
- La atención médica debe ser algo que TennCare sigue cubriendo.

- Su apelación no puede ser para recibir más atención médica de la que TennCare paga. (La mayoría de los adultos tienen límites mensuales en las medicinas de venta con receta.)

¿Qué debe hacer si sigue recibiendo la atención médica durante su apelación y pierde su apelación? Es posible que tenga que reembolsarle a TennCare la atención médica que recibió durante su apelación.

Su derecho a una audiencia imparcial en TennCare

Usted tiene el derecho de:

1. Tener una audiencia imparcial con un juez si piensa que TennCare cometió un error. Recuerde que **no** le pueden dar una audiencia imparcial si está pidiendo atención médica o servicios que TennCare no cubre.
2. Saber acerca de la audiencia 3 semanas antes de tiempo (1 semana para una apelación de emergencia).
3. Acudir a la audiencia en persona o por teléfono.
4. Hablar por sí mismo en la audiencia.
5. Contar con alguien que le ayude en la audiencia.
6. Ver la información que TennCare y su plan de seguro médico usaron para decidir sobre su atención médica. Usted puede ver esa información **antes** de la audiencia.
7. Examinar sus expedientes médicos y usarlos como comprobantes.
8. Proporcionarle al juez otros comprobantes que demuestren por qué TennCare tomó la decisión incorrecta.
9. Tener testigos con usted.
10. Pedir que el juez cite a sus testigos.
11. Interrogar a los testigos de TennCare.
12. Pedir que un doctor que no trabaja para TennCare diga cuál es la atención médica que usted necesita. Usted **no** tiene que pagar esto.
13. Obtener una decisión por escrito en un plazo de 90 días (antes si se trata de una apelación de emergencia).
14. Cuando se demora una decisión, obtener la atención médica mientras se toma la decisión, *a menos que*:
    - La atención médica que usted quiere **es un tipo de atención médica que TennCare no cubre**.
    - O, la atención que usted quiere **no es segura** para usted.
    - O, usted **no tiene una orden del doctor** para la atención médica que desea.
    - O, **usted** es la razón por la cual la decisión se ha demorado. (Usted pidió más tiempo.)

15. Si TennCare anula la decisión de un juez, TennCare le tiene que informar por qué por escrito.

Aviso de prácticas de privacidad de TennCare

Enmendado, efectivo a partir del 23 de septiembre de 2013

En este aviso se describe de qué manera se puede utilizar y divulgar su información médica particular. También se describe cómo puede usted obtener acceso a esa información.

Su TennCare **no** está cambiando. Usted no tiene que hacer nada.

Estos papeles le avisan qué hacemos para mantener la privacidad de su información médica. El gobierno federal dice que tenemos que darle estos papeles. Estos papeles le dicen:

1. los tipos de información médica que tenemos
2. cómo la divulgamos
3. a quién la divulgamos
4. qué hacer si no quiere que le divulguemos su información de salud a ciertas personas
5. **y** sus derechos referentes a su información médica.

Su información médica es privada

Sabemos que usted valora la privacidad de su Información Médica Amparada (**IMA**). A esto nosotros también le llamamos su datos de salud o IMA (en inglés le dicen PHI). La IMA es cualquier información que se usa para identificarlo y para registrar su historia médica y de salud.

La ley federal dice que debemos observar las reglas de privacidad para mantener en privacidad su IMA. Esta ley comenzó el 14 de abril del 2003. Todos quienes trabajan con nosotros y para nosotros también deben observar estas reglas de privacidad.

1. Los tipos de IMA que tenemos

Cuando usted solicitó TennCare, usted nos proporcionó cierta información. Como por ejemplo su nombre, dónde vive y cuánto dinero gana. También tenemos información médica como:

- Una lista de los servicios y tratamientos médicos que usted recibe
- Observaciones o expedientes de su doctor, su farmacia u hospital u otros proveedores de servicios médicos
- Listas de los medicamentos que usted toma ahora o que haya tomado en el pasado
- Resultados de radiografías y análisis clínicos
- Información genética (la "genética" son características personales como el color del pelo o color de los ojos. También puede consistir en las afecciones de salud que usted tiene en común con sus parientes naturales.)

2. Cómo divulgamos su IMA

Sólo podemos divulgar la información que la ley nos permita. Las reglas de privacidad nos permiten divulgar IMA para su atención médica, para pagar sus reclamaciones médicas y para administrar nuestro programa. Nosotros divulgamos su IMA para:

- Demostrar que tiene TennCare y ayudarle a obtener la atención médica que necesita.
- Pagar su plan de seguro médico y a sus proveedores de servicios médicos.
- Comprobar cómo se están utilizando los beneficios de TennCare y para determinar si hay fraude de seguros.

3. ¿A quién podemos divulgar su IMA?

- A usted. Podemos ayudarle a programar chequeos y enviarle avisos sobre servicios de salud.

- Otras personas involucradas en su atención, como miembros de su familia o personas que lo cuidan. Usted nos puede pedir que no le divulguemos su IMA a ciertas personas.

Y podemos divulgar su IMA a todas las personas que trabajan con TennCare, como, por ejemplo:

- Proveedores de servicios médicos como médicos, enfermeras, hospitales y clínicas.
- Su plan de seguro médico u otras compañías que tienen contratos con TennCare.
- La gente que le ayuda con apelaciones si usted presenta una apelación de TennCare. Su apelación puede ser en persona o por teléfono. Es posible que otras personas estén con usted en su audiencia de apelación.
- Agencias del gobierno federal, estatal o local que proporcionan o evalúan atención médica.

¿A quién más podemos divulgar su IMA? Las reglas de privacidad también dicen que podemos divulgar IMA a gente como:

- Funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas o proveedores que trabajan con servicios como trasplantes de órganos.
- Investigadores médicos. Deben mantener la privacidad de su IMA.
- Agencias de salud pública para actualizar actas de nacimiento o defunción o para hacer seguimiento de enfermedades.
- El tribunal cuando la ley disponga que debemos hacerlo o se nos ha ordenado hacerlo.
- La policía o con otros fines jurídicos. Podemos reportar casos de abuso o negligencia.
- Otros Agencias – como para actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos divulgar su IMA si eliminamos la información que dice quién es usted. **Pero, no podemos divulgar su IMA a cualquiera.** Y no podemos divulgar su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para TennCare.

Algunas veces necesitamos que usted nos autorice por escrito para que podamos divulgar su IMA. Le pediremos que firme un papel en el cual nos da su autorización en caso de que necesitemos:

1. Utilizar o divulgar las notas que toma un terapeuta durante las sesiones de terapia (se llaman notas de psicoterapia);
2. Utilizar o divulgar IMA a las empresas que utilizarán la información para tratar de conseguir más negocio (para fines de mercadotecnia); y
3. Divulgar la IMA a otra persona por dinero.

¿Puede usted retirar su autorización? Sí. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento. Pero nos debe informar por escrito. No podemos deshacer lo que ya hayamos divulgado.

4. ¿Qué debe hacer si no quiere que divulguemos toda su IMA?

Nos debe pedir por escrito que no divulguemos cierta información sobre su salud. Nos debe decir cuál IMA no quiere que divulguemos y a **quién** no quiere que se la divulguemos.

Hay otros momentos en los que no divulgaremos su IMA si nos lo pide. Si podemos, le diremos que Sí. Pero, es posible que no podamos decir que SÍ si usted es menor de edad **o** si la ley nos permite divulgar la IMA. Si no podemos decir que SÍ, le enviaremos una carta que dice por qué.

5. Sus derechos sobre información médica

- Usted puede retirar su autorización en cualquier momento, pero nos debe informar por escrito. No podemos deshacer lo que ya hayamos divulgado.
- Usted puede ver y obtener copias de sus expedientes impresos en papel o si los tenemos en formato electrónico los puede obtener en ese formato. Nos tiene que pedirlo por escrito. Es posible que tenga que pagar dinero por el costo de las copias y del envío postal de las copias. Si no podemos proporcionarle la IMA que quiere, le enviaremos una carta que dice por qué.
- Usted puede hablar con TennCare acerca de cómo divulgamos su IMA.

Y, usted tiene el derecho de:

- Pedirnos por escrito que no divulguemos cierta información sobre su salud.
- Pedirnos que no incluyamos su IMA en ciertos expedientes.
- Pedirnos que modifiquemos la IMA que sea incorrecta. Usted nos lo debe pedir por escrito y decirnos por qué debemos cambiarla. Si no podemos cambiarla, le enviaremos una carta que dice por qué.
- Pedirnos por escrito que nos comuniquemos con usted por otro método o en otro lugar. Si enviarle correspondencia a cierta dirección o llamarle a cierto número significa un peligro, avísenos.
- Pedirnos por escrito una lista de las personas a quienes le hemos divulgado su IMA. La lista dirá quién recibió sus datos de salud en los seis (6) años previos a la fecha de su solicitud. Pero, no indicará las veces que hemos divulgado información con su autorización. Las reglas de privacidad indican otras ocasiones que no estarán en la lista. Como cuando usamos la IMA para:
  - ayudarle a recibir atención médica o
  - ayudarle con el pago de su atención médica o
  - administrar nuestro programa o
  - dársela a la policía si estamos obligados por ley a hacerlo.

Obligación de TennCare ante usted

TennCare salvaguarda su IMA para proteger su privacidad y seguridad. Si su IMA no está a salvo y se fuga, tenemos que notificarlo a usted y a las autoridades federales. Pero sólo tenemos que notificarle:

- Si el tipo de IMA que se fugó identificaría quién es usted (como su nombre, su número de Seguro Social o su fecha de nacimiento) o sus expedientes de tratamiento,
- Dependiendo de fue la persona que utilizó o vio a su IMA,
- Si alguien en realidad utilizó o vio su IMA,
- Lo que hicimos para disminuir el riesgo de que su IMA haya sido utilizada.

Pedidos – nos tiene que pedir por escrito

Sus pedidos tienen que ser por escrito. No se olvide de indicarnos qué es lo que nos está pidiendo que hagamos. Escriba su nombre y su número de identificación de TennCare **o** su Número de Seguro Social en su carta. Envíe su carta a:

TennCare Privacy Officer
Bureau of TennCare
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243

Conserve una copia de la carta para su archivo. ¿Tiene usted preguntas? ¿Necesita ayuda con su pedido? Llame gratis a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701**.

Cambios en este aviso

Las políticas y procedimientos de TennCare referentes a pedidos pueden cambiar sin previo aviso. Usaremos las políticas y procedimientos vigentes cuando usted haga su pedido.

Las reglas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de TennCare también podrían cambiar. Si se producen cambios importantes, le enviaremos los cambios por escrito. Nosotros tenemos el derecho de aplicar los cambios a toda la información médica que tenemos. O sólo a nueva información médica que recibamos.

Los cambios de este aviso comienzan el 23 de septiembre de 2013 y se aplican a toda la información médica que tenemos. Si necesita una copia nueva o quiere ver si hay cambios, visite www.tn.gov/tenncare/forms/notice.pdf. O llame gratis a Tennessee Health Connection.

Preguntas o quejas

TennCare no permite el trato injusto. Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. Usted no recibirá ningún castigo por quejarse ni por pedir ayuda. ¿Tiene usted preguntas? ¿Piensa que han sido violados sus derechos de privacidad? ¿Cree que lo han tratado injustamente? Llame gratis a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701**. O puede enviar correspondencia a:

TennCare Privacy Officer
Bureau of TennCare
310 Great Circle Rd.
Nashville, TN 37243
1-855-259-0701

O

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Atlanta Federal Center, Suite 3 B70
61Forsyth St. SW
Atlanta, GA 30303-8909
1-404-562-7886

Su obligación de reportar el fraude y el abuso

La mayoría de los miembros y proveedores de TennCare son honestos. No obstante, unas cuantas personas poco honradas pueden dañar el programa de TennCare. La gente que miente a propósito para obtener TennCare está sujeta a multas o encarcelamiento.

Si se entera de algún caso de fraude y abuso en el programa de TennCare, nos debe informar. Pero no nos tiene que decir su nombre.

En TennCare el fraude y el abuso pueden ser cosas como:

- Mentir sobre información para obtener o conservar TennCare.
- Ocultar cualquier hecho para que pueda obtener o conservar TennCare.
- Dejar que otra persona use su tarjeta de identificación de TennCare.
- Vender o darle sus medicinas de venta con receta a cualquier otra persona.

En TennCare el fraude y el abuso por parte de los proveedores pueden ser cosas como:

- Facturar a TennCare por servicios que nunca se prestaron.
- Facturar a TennCare dos veces por el mismo servicio.

Para informarnos sobre fraude y abuso, llame a **Amerigroup gratis al 1-800-600-4441.**

Estos son algunos otros lugares a los que puede llamar o enviar una carta para informarnos sobre fraude y abuso:

Agencia	Teléfono	Dirección
Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG)	1-800-433-3982 sin cargo	Office of Inspector General P.O. Box 282368 Nashville, TN 37228
Departamento de Investigaciones de Tennessee (Tennessee Bureau of Investigation, TBI)	1-800-433-5454 sin cargo	TBI Medicaid Fraud Control Unit 901 R.S. Glass Blvd. Nashville, TN 37216

También nos puede informar sobre fraude y abuso en línea. Visite http://tn.gov/tnoig. Luego, haga clic en “Report Fraud” (Reportar fraude) del lado izquierdo de la página.

Parte 8: Documentos relacionados con atención médica que podría requerir

Solicitud de Cambio de Médico de Atención Primaria (PCP)

Complete este formulario y envíelo a: **Amerigroup Community Care**
22 Century Blvd., Suite 220
Nashville, TN 37214

Cuando usted elije un PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación.
Usted puede comenzar a acudir a su nuevo PCP en la fecha efectiva indicada en su nueva tarjeta.

Información del miembro:

Su nombre:_____
Apellido Nombre Inicial

Su dirección: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ C. postal:_____

Su número de identificación: _____Su fecha de nacimiento: ____/___/_____
Mes Día Año

Su número de teléfono: (____)_____
Código de área Número

1er PCP seleccionado:

Nombre del PCP que desea: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Número de teléfono: (____)_____
Código. área Número

Número de identificación del proveedor (figura en el Directorio de Proveedores): _____

2do PCP seleccionado:

Nombre del PCP que desea: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Número de teléfono: (____)_____
Código. área Número

Número de identificación del proveedor (figura en el Directorio de Proveedores): _____

AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Usted tiene el derecho a que lo traten de una manera justa. Si piensa que ha sido tratado injustamente, esta página le dice con quién comunicarse.

TennCare no permite el trato injusto. Las leyes federales y estatales protegen a su familia contra el tratamiento injusto. Nadie lo puede tratar de una manera diferente debido a su:

- Raza
- Lugar de nacimiento
- Sexo
- Discapacidad
- Color de la piel
- Idioma
- Religiosas
- Edad

En TennCare, ser tratado de una manera injusta podría significar muchas cosas: Podría significar que alguien lo trató de una manera diferente debido a una de las cosas indicadas arriba. Por ejemplo:

- Quizás no lo dejaron participar en las mismas cosas que a otra gente.
- Quizás no le dieron la ayuda que necesitaba para obtener servicios de atención de la salud.
- Quizás usted no recibió la atención de la salud que necesitaba.

¿Cree que lo han tratado injustamente? Usted se puede comunicar con cualquiera de los lugares indicados abajo para obtener ayuda.
Usted también tiene el derecho a reclamar. Por ley, nadie se puede vengar porque usted reclame.

Estos son los contactos para comunicarse si lo tratan injustamente en TennCare.

¿Está relacionado su problema con:

- **atención física o de salud conductual?**
  Entonces llame a su plan de seguro médico.
- **la atención de su salud dental?**
  Entonces llame a su plan de seguro dental.

El número de cada plan se indica en su Manual para miembros. Pida hablar con el Coordinador de Cumplimiento sobre Discriminación

Oficina de TennCare
Puede llamar a la Oficina sobre Discriminación al: (615) 507-6474

Puede llamar a la Oficina sobre Discriminación gratis al: 1-855-286-9085

O puede enviar una carta a:

Office of Non-discrimination
Oficina de TennCare
310 Great Circle Rd.
Nashville, TN 37243

Email: hcfa.fairtreatment@tn.gov
Fax: (615) 253-2917

Para TTY, marque el 711 y pida el 855-286-9085.

Departamento de Salud y Servicios Humanos - Oficina de Derechos Civiles
Puede llamar gratis al 1-800-368-1019
O puede enviar una carta a:

Director - Office of Civil Rights
U.S. Department of Human Services
200 Independence Ave., SW –Room 506 F
Washington, DC 20201

TTY/TDD: Llamada gratuita 1-800-537-7697

Departamento de Salud y Servicios Humanos - Región IV, Oficina de Derechos Civiles
Puede llamar al: (404) 562-7859

O puede enviar una carta a:
U.S. DHHS / Region IV Office for Civil Rights
61 Forsyth Street, SW - 3rd Floor, Suite 3B70
Atlanta, Georgia 30303

Fax: (404) 562-7881

THRC - Programa de Cumplimiento del Título VI de Tennessee
Puede llamar al (615) 532-4882

O puede enviar una carta a:

Director, THRC
312 Rosa Parks Blvd., 23rd Floor
Nashville, TN 37243

Fax: (615) 253-1886

AMERIGROUP COMMUNITY CARE

QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Las leyes federales y estatales no permiten que el programa TennCare lo trate de manera diferente debido a su **raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad/impedimento, edad, sexo, religión ni cualquier otro grupo protegido por la ley.** ¿Piensa que ha sido tratado de una manera diferente a los demás por esas razones? Utilice estas hojas para reportar una queja a TennCare.

Tiene que contestar la información marcada con un asterisco (*). Si necesita más espacio para decirnos lo que pasó, utilice otras hojas de papel y envíelas por correo con su queja.

1.* Escriba su nombre y dirección.

Nombre:

_____

Dirección:

_____

_____ Cód. postal _____

Teléfono: Casa: (_____)_____ Trabajo o móvil: (_____)_____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del MCO/plan de seguro médico:

_____

2.* ¿Está reportando esta queja en nombre de otra persona? Sí: _____ No: _____

Si respondió Sí, ¿a quién piensa que trataron de manera diferente debido a su **raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad/impedimento, edad, sexo, religión ni cualquier otro grupo protegido por la ley?**

Nombre:

_____

Dirección:

_____

_____ Cód. postal _____

Teléfono: Casa: (_____)_____ Trabajo o móvil: (_____)_____

¿Qué relación guarda con esta persona (cónyuge, hermano, amigo)?

_____

Nombre del MCO/plan de seguro médico de esta persona:

_____

3.* ¿Qué parte del Programa TennCare piensa que lo trató de manera diferente:

Servicios médicos____ Servicios dentales____ Servicios de farmacia_____
Servicios y Apoyos de Largo Plazo_____ Servicios de elegibilidad_____
Apelaciones_____

4.* ¿Cómo piensa que fue tratado de una manera diferente? ¿Fue su

Raza___ Lugar de nacimiento____ Color de la piel____ Sexo____ Edad____
Discapacidad/impedimento____ Religión____ Otra cosa_____

5. ¿Cuál es la mejor hora para hablar con usted sobre esta queja?

_____

6.* ¿Cuándo le sucedió? ¿Sabe la fecha?

Fecha en que comenzó: _____

Fecha de la última vez que sucedió: _____

7. Las quejas se deben reportar dentro de los 6 meses siguientes a la fecha en que usted piensa que lo trataron de una manera diferente. Usted puede tener más de 6 meses para denunciar su queja si tiene una causa justificada (como un fallecimiento en su familia o una enfermedad) por la que esperó.

_____

_____

_____

8.* ¿Qué ocurrió? ¿Cómo y por qué piensa que sucedió? ¿Quién lo hizo? ¿Piensa que alguna otra persona fue tratada de una manera diferente? Usted puede escribir en otras hojas y enviarlas en estas hojas si necesita más espacio.

_____

_____

_____

9. ¿Alguien vio cuando lo trataron de manera diferente? Si sí, díganos su:

Nombre **Dirección** **Teléfono**

_____

_____

_____

10. ¿Tiene más información que desea darnos?

_____

_____

_____

11.* No podemos aceptar una queja que no esté firmada. Por favor, escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el representante autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme abajo. Como representante autorizado, usted debe tener un comprobante legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres o el tutor debe firmar en su nombre. **Declaración:** *Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para investigar mi queja.*

_____

(Firme aquí si usted es la persona de quien trata esta queja) (Fecha)

_____

(Firme aquí si usted es el representante autorizado)

¿Usted está reportando esta queja en nombre de otra persona, pero usted **no** es el representante autorizado de la persona? Firme abajo. **La persona para quien está reportando esta queja debe firmar arriba o debe informar a su plan de seguro médico o a TennCare que está bien que la otra persona firme en su nombre. Declaración:** *Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para que se comunique conmigo sobre esta queja.*

_____

(Firme aquí si está reportando esto en nombre de otra persona) (Fecha)

¿Es usted un ayudante de TennCare o del MCO/plan de seguro médico que está ayudando al miembro de buena fe con la finalización de la queja? Si es así, por favor firme abajo:

_____

(Firme aquí si usted es ayudante de TennCare o del MCO/plan de seguro médico) (Fecha)

Está bien reportar una queja a TennCare o a su MCO/plan de seguro médico. La información contenida en esta queja se trata de manera confidencial. Los nombres u otra información acerca de las personas nombradas en la presente queja sólo se divulgan cuando sea necesario. Por favor, envíe por correo una Autorización para divulgar información con su queja. Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a esa persona que firme la Autorización para divulgar información y envíela con la queja. Guarde una copia de todo lo que mande. Envíe por correo las hojas de la **Queja completada y la Autorización para divulgar información firmada** a:

HCFA ONCC
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243
Fax: 1-615-253-2917
Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

Teléfono: 1-615-507-6474 o gratis en el 1-855-857-1673
Para TTY gratuito, llame al 711 y pida el 855-286-9085

Para obtener ayuda en otro idioma, llame a uno de los siguientes números:

العربية ***(Árabe)***	1-800-758-1638
Bosanski ***(Bosniano)***	1-800-758-1638
کوردی — بادینانی ***(Curdo-Badinani)***	1-800-758-1638
کوردی — سۆرانی ***(Curdo-Sorani)***	1-800-758-1638
Soomaali ***(Somalí)***	1-800-758-1638
Español	1-800-758-1638
Ngươi Việt ***(Vietnamita)***	1-800-758-1638

AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Autorización para divulgar información

Para poder investigar una queja es posible que, TennCare y Amerigroup tengan que informar a otras personas o agencias que importan en esta queja su nombre u otros datos suyos.

Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo una copia de esta Autorización para divulgar información con su queja. Conserve una copia para usted.

• Entiendo que durante la investigación de mi reclamo, TennCare y Amerigroup pueden tener la necesidad de dar mi nombre y otros datos a otras personas y agencias. Por ejemplo, si yo reporto que mi doctor me trató de manera diferente debido al color de mi piel, es posible que Amerigroup tenga que hablar con mi doctor.

• Usted no tiene que estar de acuerdo en que se divulgue su nombre y otros datos. No siempre es necesario hacerlo para investigar una queja. Aunque no firme la autorización, trataremos de investigar su queja. Pero, si no está de acuerdo en permitirnos usar su nombre u otros detalles, eso podría limitarnos o impedirnos investigar su queja. Y, tal vez tengamos que cerrar su caso. Sin embargo, antes de cerrar su caso si no podemos investigar su queja debido a que usted no firmó la autorización, podríamos ponernos en contacto con usted para preguntarle si quiere firmar una autorización de manera que se pueda continuar la investigación.

Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, necesitamos que esa persona firme la Autorización para divulgar información. ¿Está firmando esto como un Representante Autorizado? Entonces también debe darnos una copia de los documentos que lo nombran Representante Autorizado.

Al firmar esta Autorización para divulgar información, afirmo que he leído y entiendo mis derechos escritos anteriormente. Estoy de acuerdo en que TennCare divulgue mi nombre u otros datos sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado de esta queja.

Al firmar esta Autorización para divulgar información, afirmo que he leído y entiendo mis derechos escritos anteriormente. Estoy de acuerdo en que Amerigroup **divulgue mi nombre u otros datos sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado de esta queja.**

Esta Autorización para divulgar información tiene vigencia hasta que se produzca el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare o a Amerigroup sin cancelar su queja. Si cancela su autorización, la información que ha haya sido divulgada no se puede recuperar.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta):
_____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Necesita ayuda? ¿Necesita reportar un cambio? Envíe por correo las hojas de **la Queja firmada y la Autorización para divulgar información firmada** a:

HCFA ONCC
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243
Fax: 1-615-253-2917
Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

Teléfono: 1-615-507-6474 o gratis en el 1-855-857-1673
Para TTY gratuito, llame al 711 y pida el 855-286-9085

Para obtener ayuda en otro idioma, llame a uno de los siguientes números:

العربية ***(Árabe)***	1-800-758-1638
Bosanski ***(Bosniano)***	1-800-758-1638
کوردی — بادینانی ***(Curdo-Badinani)***	1-800-758-1638
کوردی — سۆرانی ***(Curdo-Sorani)***	1-800-758-1638
Soomaali ***(Somalí)***	1-800-758-1638
Español	1-800-758-1638
Ngươi Việt ***(Vietnamita)***	1-800-758-1638

O

Llame a Amerigroup al **1-800-600-4441.**

¿Tiene problemas para obtener atención médica o medicina en TennCare?

¿Necesita ayuda para presentar una apelación médica?
- Llame gratis al **1-800-878-3192**.

Use esta hoja **únicamente** para presentar una

Apelación Médica de TennCare.

Complete **ambas** páginas. Esta es **información que debemos tener para tramitar su apelación.** Si no nos dice todo lo que tenemos que saber, es posible que no podamos decidir sobre su apelación. Es posible que **no** le den una audiencia imparcial. ¿Necesita ayuda para entender qué información necesitamos? Llámenos gratis al **1-800-878-3192.** Si llama, también podemos aceptar **su apelación por teléfono.**

1. ¿Quién es la persona que quiere apelar?

Nombre completo_____ F. de nacim.___/___/_____

Número de Seguro Social_____-____-_____ o núm. en su tarjeta de TennCare_____

Dirección postal actual_____

Ciudad_____ Estado _____ Código postal_____

El nombre de la persona a quien debemos llamar si tenemos preguntas sobre esta apelación:

_____

Número telefónico de esa persona durante el día (_____)_____-_____

2. ¿Quién completó este formulario?

Si **no** es la persona que quiere apelar, díganos el nombre de usted.

_____

¿Es usted: ____ padre/madre, pariente o amigo ____ Representante o abogado ____ Médico o proveedor de servicios médicos

3. ¿Para qué es la apelación? (Escriba una **X** al lado de la respuesta correcta a continuación.)

___ Quiere **cambiar de plan de seguro médico.** (Complete la **Parte A** en la página 2.)

___ **Necesita atención o medicina.** (Complete la **Parte B** en la página 2.)

___ Tiene **cuentas o pagó atención médica o medicina** que usted piensa que TennCare debería pagar. (Complete la **Parte C** en la página 2.)

4. ¿Piensa que tiene una emergencia?

Por lo general, su apelación se decide dentro de los **90 días** de que la presente. Pero, **si tiene una emergencia**, es posible que no pueda esperar 90 días. **Una emergencia significa que si usted no obtiene la atención médica o la medicina antes de 90 días:**

- Correrá riesgo de problemas graves de salud o podría morir.
- O bien, le causará graves problemas del corazón, los pulmones u otras partes del cuerpo.
- O bien, tendrán que hospitalizarlo.

¿SIGUE pensando que tiene una emergencia? Si es así, puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia.

Su apelación podría ser más rápida si su médico firma abajo diciendo que esta apelación es una emergencia. ¿Qué debe hacer si su doctor **no** firma abajo pero **usted pide** una apelación de emergencia? **TennCare le preguntará a su doctor** si su apelación es una emergencia. Si su **doctor** dice que **no** es una emergencia, TennCare decidirá su apelación en un término de 90 días. Algunos tipos de atención **nunca** se consideran una emergencia. Para obtener una lista de esos tipos de atención médica, solicítela a TennCare.

Si USTED quiere pedirle a TennCare una APELACIÓN DE EMERGENCIA, marque esta casilla.
☐

Su DOCTOR puede leer y firmar aquí para pedirle a TennCare una apelación de emergencia. Declaro bajo pena de perjurio, que yo soy el médico a cargo del paciente en cuyo nombre se presenta esta apelación y que esta apelación es una **emergencia**. Si se le exige a este paciente que espere 90 días para recibir la atención médica, él/ella corre riesgo de graves problemas de salud o la muerte, impedimentos graves de órganos o partes del cuerpo o internación en el hospital. Entiendo que cualquier acción intencional de mi parte por proporcionar información falsa se considera un acto de fraude en virtud del Programa TennCare del Estado y el Título XIX de la Ley del Seguro Social.

Firma del médico:_____ Fecha:_____ No. de licencia de Tennessee:_____

5. Díganos por qué quiere apelar este problema. Incluya cualquier error que piensa que TennCare cometió. Y, envíe copias de todos los papeles que cree que nos podrían ayudar a entender su problema.

_____

_____

_____

Para ver cuál(es) Parte(s) debe llenar a continuación, consulte el número **3** en la página 1.

Parte A. Quiero cambiar de plan de seguro médico.

Nombre del plan de seguro médico que quiere _____

Parte B. Necesito atención o medicina.

¿De qué clase? Sea específico _____

¿Cuál es el problema?
___ No puedo obtener nada de atención médica ni medicina.
___ No puedo obtener toda la atención médica o medicina que necesito.
___ Me están reduciendo o suspendiendo la atención médica o medicina.
___ Tengo que esperar demasiado tiempo para obtener la atención médica o medicina.

¿Le recetó el médico la atención médica o la medicina? ___Sí ___No
Si respondió sí, el nombre del doctor_____

¿Le ha pedido a su plan de seguro médico esta atención médica o medicina? ___Sí ___No
Si respondió Sí, ¿cuándo? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Le llegó una carta sobre este problema? ___Sí ___No
Si respondió sí, la fecha de la carta _____

¿Quién le envió la carta? _____

¿Está recibiendo ahora esta atención médica o medicina por medio de TennCare? ___ Sí ___ No

¿Quiere ver si puede continuar recibiéndola durante su apelación? ___ Sí ___ No

¿Su médico dice que la sigue necesitando? ___ Sí ___ No Si respondió sí, nombre del doctor_____

Si sigue recibiendo la atención médica o la medicina durante su apelación y pierde es posible que le tenga que rembolsar los gastos a TennCare.

Parte C. Cuentas de atención médica o medicina que usted piensa que TennCare debería pagar.

La fecha en que recibió la atención o medicina _____

El nombre del doctor, farmacia u otro lugar que lo atendió o le dio la medicina _____

El número de teléfono (_____)_____-_____

La dirección _____

¿Pagó usted la atención o medicina y quiere que le reembolsen? ___ Sí ___ No

Si respondió Sí, debe enviar una copia de un **recibo** que compruebe que usted pagó la atención médica o la medicina.

Si no pagó, **¿le va a llegar una cuenta?** ___ Sí ___ No
Si le va a llegar y usted piensa que TennCare debería pagar, debe enviar una copia de una **cuenta.**
Díganos la fecha en que recibió la primera cuenta (si la sabe). _____

Cómo presentar su apelación médica

Haga una copia de las hojas completadas y guárdela.

Luego, **envíe por correo** estas hojas y otros datos a:

TennCare Solutions
P.O. Box 593
Nashville, TN 37202-0593

O envíe por fax (gratis) al **1-888-345-5575. Conserve una copia** de la hoja que dice que su fax pasó.

Para apelar por **teléfono**, llame gratis al **1-800-878-3192.**
¿Tiene problemas del habla o del oído? Llame gratis a nuestra línea TTY/TDD al 1-866-771-7043.

TennCare no permite el trato injusto.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o aprendizaje. Si piensa que lo han tratado injustamente, llame gratis a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.**

Directivas adelantadas

Las Instrucciones por Adelantado son sus deseos por escrito sobre lo que usted quiere que suceda, si se enferma al grado de no poder decirlo.

Última voluntad en cuanto a la prolongación artificial de la vida o <u>Plan de atención por adelantado</u>

Las máquinas y la medicina puede mantener viva a la gente que de otra manera podría morir. Los doctores eran quienes decidían cuánto tiempo se debería mantener viva a una persona. En virtud de la Ley de Derecho a la Muerte Natural de Tennessee, usted puede tomar su propia decisión. **Usted puede decidir si desea que se le mantenga con vida por medio de máquinas y por cuánto tiempo llenando una** Última voluntad en cuanto a la prolongación artificial de la vida o testamento vital. En 2004, la ley de Tennessee cambió el testamento vital al **Plan de Atención por Adelantado**. Cualquiera de los dos es aceptable.

Debe completar el Testamento Vital o el Plan de Atención por Adelantado cuando todavía tiene sus facultades. Estos papeles informan a sus amigos y familiares lo que usted quiere que suceda, si se enferma al grado de no poder decirlo.

Usted tiene que firmar los papeles y tener testigos o llevarlos al notario.

Si tiene testigos de su firma en sus documentos, los papeles deben ser firmados en presencia de dos personas, sus testigos. Estas personas:

- Una de estas personas no puede estar relacionada con usted por sangre o matrimonio.
- No puede recibir nada de usted cuando usted fallezca.
- No puede ser su doctor ni cualquier miembro del personal que trabaja en el lugar donde recibe atención médica.

Una vez que estén firmados por todos, esta es su regla. Así se queda a menos que usted cambie de parecer.

Poder Notarial Duradero de Tennessee para Atención Médica o <u>Designación de un Agente para Atención Médica</u>

El Poder Notarial para Atención Médica es un papel que le permite nombrar a otra persona para que tome decisiones médicas por usted. En el 2004, la legislación de Tennessee cambió el Poder Notarial Duradero para Atención Médica a **Designación de un Agente para Atención Médica.** Cualquiera de los dos es aceptable.

Esta persona sólo puede tomar decisiones si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones. Él o ella puede decir que sus deseos en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo. Su enfermedad puede ser temporal.

Usted tiene que firmar los papeles y tener testigos o llevarlos al notario. Una vez que estén firmados por todos, esta es su regla. Así se queda a menos que usted cambie de parecer.

Estos papeles sólo se utilizarán si se enferma al grado de no poder decir lo que usted quiere que suceda. Mientras todavía tenga sus facultades, **usted mismo** puede decidir sobre su atención médica.

Si usted llena estos documentos, haga **3** copias:

- **Entregue** 1 copia a su PCP para que la ponga en su expediente médico.

- **Entregue** 1 copia a la persona que va a tomar una decisión médica en su nombre.
- **Guarde** una copia para poner con sus papeles importantes.

¡Importante! Usted **no** tiene que llenar estos papeles. Usted decide. Quizás le convendría hablar con un abogado o un amigo antes de llenar estos papeles.

ADVANCE CARE PLAN

Instructions: Competent adults and emancipated minors may give advance instructions using this form or any form of their own choosing. To be legally binding, the Advance Care Plan must be signed and <u>either</u> witnessed or notarized.

I, _____ , hereby give these advance instructions on how I want to be treated by my doctors and other health care providers when I can no longer make those treatment decisions myself.

<u>Agent</u>: I want the following person to make health care decisions for me:

Name: _____ Phone #: _____ Relation: _____
Address: _____

<u>Alternate Agent</u>: If the person named above is unable or unwilling to make health care decisions for me. I appoint as alternate:

Name: _____ Phone #: _____ Relation: _____

Address: _____

<u>Quality of Life</u>:

I want my doctors to help me maintain an acceptable quality of life including adequate pain management. A quality of life that is unacceptable to me means when I have any of the following conditions (**you can check as many of these items as you want**):

- ☐ **<u>Permanent Unconscious Condition</u>:** I become totally unaware of people or surroundings with little chance of ever waking up from the coma.
- ☐ **<u>Permanent Confusion</u>:** I become unable to remember, understand or make decisions. I do not recognize loved ones or cannot have a clear conversation with them.
- ☐ **<u>Dependent in all Activities of Daily Living</u>:** I am no longer able to talk clearly or move by myself. I depend on others for feeding, bathing, dressing and walking. Rehabilitation or any other restorative treatment will not help.
- ☐ **<u>End-Stage Illnesses</u>:** I have an illness that has reached its final stages in spite of full treatment. Examples: Widespread cancer that does not respond anymore to treatment; chronic and/or damaged heart and lungs, where oxygen needed most of the tune and activities are limited due to the feeling of suffocation.

<u>Treatment:</u>

If my quality of life becomes unacceptable to me and my condition is irreversible (that is, it will not improve), I direct that medically appropriate treatment be provided as follows. **Checking "yes" means I WANT the treatment. Checking "no" means I DO NOT want the treatment.**

☐ Yes ☐ No	**<u>CPR (Cardiopulmonary Resuscitation):</u>** To make the heart beat again and restore breathing after it has stopped. Usually this involves electric shock, chest compressions, and breathing assistance.
☐ Yes ☐ No	**<u>Life Support / Other Artificial Support:</u>** Continuous use of breathing machine. IV fluids. medications, and other equipment that helps the lungs, heart, kidneys and other organs to continue to work.
☐ Yes ☐ No	**<u>Treatment of New Conditions:</u>** Use of surgery. blood transfusions, or antibiotics that will deal with a new condition but will not help the main illness.
☐ Yes ☐ No	**<u>Tube feeding/IV fluids:</u>** Use of tubes to deliver food and water to patient's stomach or use of IV fluids into a vein which would include artificially delivered nutrition and hydration.

PLEASE SIGN ON PAGE 2

Other instructions, such as burial arrangements, hospice care, etc.:_____

_____

_____

_____

_____

(Attach additional pages if necessary)

Organ donation (optional): Upon my death, I wish to make the following anatomical gift (please mark one):

□ Any organ/tissue □ My entire body □ Only the following organs/tissues: _____

_____

_____

SIGNATURE

Your signature should either be witnessed by two competent adults or notarized. If witnessed, neither witness should be the person you appointed as your agent, and at least one of the witnesses should be someone who is not related to you or entitled to any part of your estate.

Signature: _____ DATE: _____

(Patient)

Witnesses:

1. I am a competent adult who is not named as the agent. I witnessed the patient s signature on this form.

_____

Signature of witness number 1

2. I am a competent adult who is not named as the agent. I am not related to the patient by blood, marriage, or adoption and I would not be entitled to any portion of the patient's estate upon Signature of witness number 2 his or her death under any existing will or codicil or by operation of law. I witnessed the patient's signature on tills form.

_____

Signature of witness number 2

This document may be notarized instead of witnessed:

STATE OF TENNESSEE
COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for die State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person who signed as the "patient". The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires:_____ _____

Signature of Notary Public

WHAT TO DO WITH THIS **ADVANCE DIREC TTVE**

- Provide a copy to your physician(s)
- Keep a copy in your personal files where it is accessible to others
- Tell your closest relatives and friends what is in the document
- Provide a copy to the person(s) you named as your health care agent

Approved by Tennessee Department of Health, Board for Licensing Health Care Facilities, February 3, 2005
Acknowledgement to Project GRACE for inspiring the development of this form.

APPOINTMENT OF HEALTH CARE AGENT
(Tennessee)

I, _____, give my agent named below permission to make health care decisions for me if I cannot make decisions for myself, including any health care decision that I could have made for myself if able. If my agent is unavailable or is unable or unwilling to serve, the alternate named below will take the agent's place.

Agent:	Alternate:
_____ Name	_____ Name
_____ Address	_____ Address
_____ City State Zip Code	_____ City State Zip Code
(_____) _____ Area Code Home Phone Number	(_____) _____ Area Code Home Phone Number
(_____) _____ Area Code Work Phone Number	(_____) _____ Area Code Work Phone Number
(_____) _____ Area Code Mobile Phone Number	(_____) _____ Area Code Mobile Phone Number
_____ Patient's name (please print or type) Date	_____ Signature of patient (must be at least 18 or emancipated minor)

To be legally valid, **either** block A **or** block B must be properly completed and signed.

Block A Witnesses (2 witnesses required)

1. I am a competent adult who is not named above. I witnessed the patient's signature on this form.

_____ Signature of witness number 1

2. I am a competent adult who is not named above. I am not related to the patient by blood, marriage, or adoption and I would not be entitled to any portion of the patient's estate upon his or her death under any existing will or codicil or by operation of law. I witnessed the patient's signature on this form.

_____ Signature of witness number 2

Block B Notarization

STATE OF TENNESSEE
COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is shown above as the "patient." The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires: _____

_____ Signature of Notary Public

Approved by Tennessee Department of Health, Board for Licensing Health Care Facilities, February 3, 2005

Parte 9: Más información

TENNderCARE:
Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT)

En virtud de TENNderCare/EPSDT <u>para menores de 21 años de edad,</u> cubrimos:

- Los chequeos regulares, de forma periódica con el doctor para ver si el niño se está desarrollando normalmente y para ver si él o ella tiene algún problema físico, de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas), dental o algún otro problema médico. Estas consultas se llaman chequeos de rutina y tienen que ocurrir según el calendario de la Academia Americana de Pediatría (AAP).

  Por ejemplo:
  - Los niños desde el nacimiento hasta los 30 meses de edad tienen derecho a obtener 12 chequeos de rutina
  - Los niños desde los 3 hasta los 11 años de edad tienen derecho a obtener 9 chequeos de rutina
  - Los niños desde los 12 hasta los 20 años de edad tienen derecho a obtener 9 chequeos de rutina

  * Además, un niño tiene derecho a un chequeo cada vez que el niño sea remitido a un doctor por alguien como un maestro que se da cuenta de un cambio en la salud o la conducta del niño.

- Los chequeos de TENNderCare/EPSDT incluyen lo siguiente:

  - Una historia clínica completa de salud y desarrollo;
  - Un examen físico completo sin ropa;
  - Las inmunizaciones (vacunas) correspondientes;
  - Los exámenes apropiados de la vista y la audición;
  - Análisis de laboratorio apropiados;
  - Evaluaciones del desarrollo/conducta (según corresponda)
    Educación de salud (consejos sobre cómo mantener sano a su hijo)

Usted también obtiene otros servicios además de los servicios de chequeos de detección:

- El tratamiento, incluida la rehabilitación, por cualquier problema de salud (física, mental o del desarrollo) u otros problemas médicos descubiertos durante un chequeo de detección. También puede obtener ayuda para hacer las citas para estos servicios.
- Consultas periódicas con un dentista para chequeos y tratamiento;
- Exámenes regulares y periódicos de la audición y de la vista del niño. Incluye el tratamiento de los problemas de la audición y de la vista;
- Las inmunizaciones (vacunas) contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, las paperas, la rubéola (MMR), HIB, gripe, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y la meningitis, neumococos y
- Análisis de laboratorio de rutina. **(Tenga en cuenta** que le harán al niño un análisis de plomo en la sangre y un análisis de anemia de células falciformes si el niño se encuentra en una situación que podría ponerlo en riesgo de una o ambas de estas cosas)
- Harán investigaciones de plomo si su hijo tiene un nivel elevado de plomo en la sangre. Si usted piensa que su hijo ha estado en contacto con cosas que tienen un alto contenido de plomo, tales como pintura vieja, dígale a su doctor, y
- Educación en salud, y
- Transporte y ayuda para hacer las citas: Si no tiene forma de llevar a su hijo a sus consultas con el doctor, es posible que pueda obtener transporte. Le podemos ayudar con transporte y a hacer las citas si tiene que ir muy lejos para que los atiendan. La ayuda con transporte para un niño incluye gastos de viaje, gastos de comidas y un lugar para quedarse. También puede incluir a alguien que vaya con el niño si es necesario. Llame a su plan de seguro médico para hacer su cita de **TENNderCare** y apartar transporte, y
- Otros servicios necesarios de atención médica, diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos, prevenir que empeoren los defectos; si su hijo tiene enfermedades físicas o mentales descubiertas en los chequeos de detección, se les da tratamiento.
- La educación básica en salud para el niño y los padres es parte de los servicios de prevención prestados por TennCare.

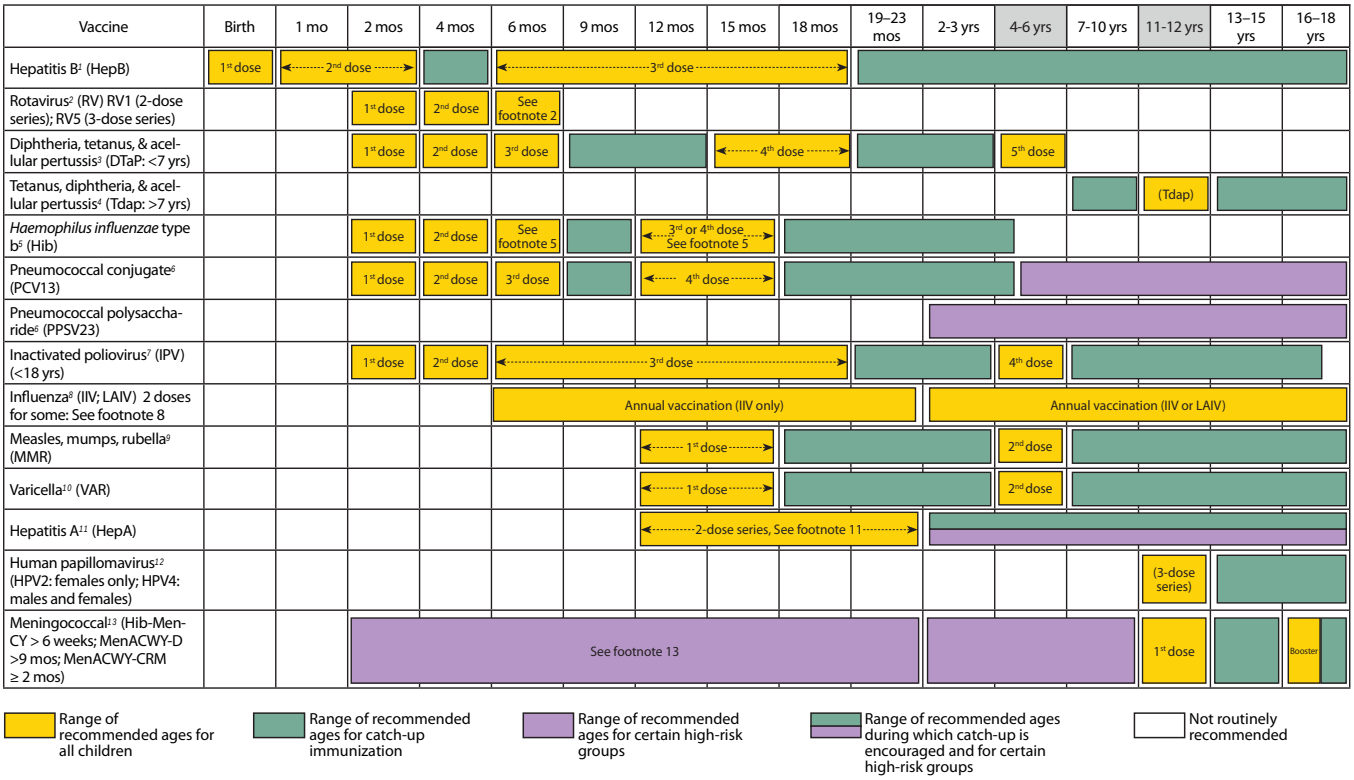
No se requieren copagos para los servicios preventivos.

TENNderCARE: Children and Teen Immunization Schedule

Figure 1. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years – United States, 2014.

(FOR THOSE WHO FALL BEHIND OR START LATE, SEE THE CATCH-UP SCHEDULE [FIGURE 2]).

These recommendations must be read with the footnotes that follow. For those who fall behind or start late, provide catch-up vaccination at the earliest opportunity as indicated by the green bars in Figure 1. To determine minimum intervals between doses, see the catch-up schedule (Figure 2). School entry and adolescent vaccine age groups are in bold.



This schedule includes recommendations in effect as of January 1, 2014. Any dose not administered at the recommended age should be administered at a subsequent visit, when indicated and feasible. The use of a combination vaccine generally is preferred over separate injections of its equivalent component vaccines. Vaccination providers should consult the relevant Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) statement for detailed recommendations, available online at http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html. Clinically significant adverse events that follow vaccination should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) online (http://www.vaers.hhs.gov) or by telephone (800-822-7967).Suspected cases of vaccine-preventable diseases should be reported to the state or local health department. Additional information, including precautions and contraindications for vaccination, is available from CDC online (http://www.cdc.gov/vaccines/recs/vac-admin/contraindications.htm) or by telephone (800-CDC-INFO [800-232-4636]).

This schedule is approved by the Advisory Committee on Immunization Practices (http//www.cdc.gov/vaccines/acip), the American Academy of Pediatrics (http://www.aap.org), the American Academy of Family Physicians (http://www.aafp.org), and the American College of Obstetricians and Gynecologists (http://www.acog.org).

NOTE: The above recommendations must be read along with the footnotes of this schedule.

FIGURE 2. Catch-up immunization schedule for persons aged 4 months through 18 years who start late or who are more than 1 month behind —United States, 2014.

The figure below provides catch-up schedules and minimum intervals between doses for children whose vaccinations have been delayed. A vaccine series does not need to be restarted, regardless of the time that has elapsed between doses. Use the section appropriate for the child's age. Always use this table in conjunction with Figure 1 and the footnotes that follow.

Persons aged 4 months through 6 years					
Vaccine	Minimum Age for Dose 1	Minimum Interval Between Doses			
		Dose 1 to dose 2	Dose 2 to dose 3	Dose 3 to dose 4	Dose 4 to dose 5
Hepatitis B[1]	Birth	4 weeks	8 weeks and at least 16 weeks after first dose; minimum age for the final dose is 24 weeks		
Rotavirus[2]	6 weeks	4 weeks	4 weeks[2]		
Diphtheria, tetanus, & acellular pertussis [3]	6 weeks	4 weeks	4 weeks	6 months	6 months[3]
Haemophilus influenzae type b[5]	6 weeks	4 weeks if first dose administered at younger than age 12 months 8 weeks (as final dose) if first dose administered at age 12 through 14 months No further doses needed if first dose administered at age 15 months or older	4 weeks[5] if current age is younger than 12 months and first dose administered at < 7 months old 8 weeks and age 12 months through 59 months (as final dose)[5] if current age is younger than 12 months and first dose administered between 7 through 11 months (regardless of Hib vaccine [PRP-T or PRP-OMP] used for first dose); OR if current age is 12 through 59 months and first dose administered at younger than age 12 months; OR first 2 doses were PRP-OMP and administered at younger than 12 months. No further doses needed if previous dose administered at age 15 months or older	8 weeks (as final dose) This dose only necessary for children aged 12 through 59 months who received 3 (PRP-T) doses before age 12 months and started the primary series before age 7 months	
Pneumococcal[6]	6 weeks	4 weeks if first dose administered at younger than age 12 months 8 weeks (as final dose for healthy children) if first dose administered at age 12 months or older No further doses needed for healthy children if first dose administered at age 24 months or older	4 weeks if current age is younger than 12 months 8 weeks (as final dose for healthy children) if current age is 12 months or older No further doses needed for healthy children if previous dose administered at age 24 months or older	8 weeks (as final dose) This dose only necessary for children aged 12 through 59 months who received 3 doses before age 12 months or for children at high risk who received 3 doses at any age	
Inactivated poliovirus[7]	6 weeks	4 weeks[7]	4 weeks[7]	6 months[7] minimum age 4 years for final dose	
Meningococcal[13]	6 weeks	8 weeks[13]	See footnote 13	See footnote 13	
Measles, mumps, rubella[9]	12 months	4 weeks			
Varicella[10]	12 months	3 months			
Hepatitis A[11]	12 months	6 months			
Persons aged 7 through 18 years					
Tetanus, diphtheria; tetanus, diphtheria, & acellular pertussis[4]	7 years[4]	4 weeks	4 weeks if first dose of DTaP/DT administered at younger than age 12 months 6 months if first dose of DTaP/DT administered at age 12 months or older and then no further doses needed for catch-up	6 months if first dose of DTaP/DT administered at younger than age 12 months	
Human papillomavirus[12]	9 years	Routine dosing intervals are recommended[12]			
Hepatitis A[11]	12 months	6 months			
Hepatitis B[1]	Birth	4 weeks	8 weeks (and at least 16 weeks after first dose)		
Inactivated poliovirus[7]	6 weeks	4 weeks	4 weeks[7]	6 months[7]	
Meningococcal[13]	6 weeks	8 weeks[13]			
Measles, mumps, rubella[9]	12 months	4 weeks			
Varicella[10]	12 months	3 months if person is younger than age 13 years 4 weeks if person is aged 13 years or older			

NOTE: The above recommendations must be read along with the footnotes of this schedule.

Footnotes — Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years—United States, 2014

For further guidance on the use of the vaccines mentioned below, see: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.
For vaccine recommendations for persons 19 years of age and older, see the adult immunization schedule.

Additional information

- For contraindications and precautions to use of a vaccine and for additional information regarding that vaccine, vaccination providers should consult the relevant ACIP statement available online at http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.
- For purposes of calculating intervals between doses, 4 weeks = 28 days. Intervals of 4 months or greater are determined by calendar months.
- Vaccine doses administered 4 days or less before the minimum interval are considered valid. Doses of any vaccine administered ≥5 days earlier than the minimum interval or minimum age should not be counted as valid doses and should be repeated as age-appropriate. The repeat dose should be spaced after the invalid dose by the recommended minimum interval. For further details, see *MMWR, General Recommendations on Immunization and Reports* / Vol. 60 / No. 2; Table 1. *Recommended and minimum ages and intervals between vaccine doses* available online at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6002.pdf.
- Information on travel vaccine requirements and recommendations is available at http://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/list.
- For vaccination of persons with primary and secondary immunodeficiencies, see Table 13, "*Vaccination of persons with primary and secondary immunodeficiencies*," in General Recommendations on Immunization (ACIP), available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6002.pdf.; and American Academy of Pediatrics. Immunization in Special Clinical Circumstances, in Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS eds. *Red Book: 2012 report of the Committee on Infectious Diseases. 29th ed.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

1. Hepatitis B (HepB) vaccine. (Minimum age: birth)

Routine vaccination:

At birth:

- Administer monovalent HepB vaccine to all newborns before hospital discharge.
- For infants born to hepatitis B surface antigen (HBsAg)-positive mothers, administer HepB vaccine and 0.5 mL of hepatitis B immune globulin (HBIG) within 12 hours of birth. These infants should be tested for HBsAg and antibody to HBsAg (anti-HBs) 1 to 2 months after completion of the HepB series, at age 9 through 18 months (preferably at the next well-child visit).
- If mother's HBsAg status is unknown, within 12 hours of birth administer HepB vaccine regardless of birth weight. For infants weighing less than 2,000 grams, administer HBIG in addition to HepB vaccine within 12 hours of birth. Determine mother's HBsAg status as soon as possible and, if mother is HBsAg-positive, also administer HBIG for infants weighing 2,000 grams or more as soon as possible, but no later than age 7 days.

Doses following the birth dose:

- The second dose should be administered at age 1 or 2 months. Monovalent HepB vaccine should be used for doses administered before age 6 weeks.
- Infants who did not receive a birth dose should receive 3 doses of a HepB-containing vaccine on a schedule of 0, 1 to 2 months, and 6 months starting as soon as feasible. See Figure 2.
- Administer the second dose 1 to 2 months after the first dose (minimum interval of 4 weeks), administer the third dose at least 8 weeks after the second dose AND at least 16 weeks after the **first** dose. The final (third or fourth) dose in the HepB vaccine series should be administered no earlier than age 24 weeks.
- Administration of a total of 4 doses of HepB vaccine is permitted when a combination vaccine containing HepB is administered after the birth dose.

Catch-up vaccination:

- Unvaccinated persons should complete a 3-dose series.
- A 2-dose series (doses separated by at least 4 months) of adult formulation Recombivax HB is licensed for use in children aged 11 through 15 years.
- For other catch-up guidance, see Figure 2.

2. Rotavirus (RV) vaccines. (Minimum age: 6 weeks for both RV1 [Rotarix] and RV5 [RotaTeq])

Routine vaccination:

Administer a series of RV vaccine to all infants as follows:

1. If Rotarix is used, administer a 2-dose series at 2 and 4 months of age.
2. If RotaTeq is used, administer a 3-dose series at ages 2, 4, and 6 months.
3. If any dose in the series was RotaTeq or vaccine product is unknown for any dose in the series, a total of 3 doses of RV vaccine should be administered.

Catch-up vaccination:

- The maximum age for the first dose in the series is 14 weeks, 6 days; vaccination should not be initiated for infants aged 15 weeks, 0 days or older.
- The maximum age for the final dose in the series is 8 months, 0 days.
- For other catch-up guidance, see Figure 2.

3. Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis (DTaP) vaccine. (Minimum age: 6 weeks. Exception: DTaP-IPV [Kinrix]: 4 years)

Routine vaccination:

- Administer a 5-dose series of DTaP vaccine at ages 2, 4, 6, 15 through 18 months, and 4 through 6 years. The fourth dose may be administered as early as age 12 months, provided at least 6 months have elapsed since the third dose.

Catch-up vaccination:

- The fifth dose of DTaP vaccine is not necessary if the fourth dose was administered at age 4 years or older.
- For other catch-up guidance, see Figure 2.

4. Tetanus and diphtheria toxoids and acellular pertussis (Tdap) vaccine. (Minimum age: 10 years for Boostrix, 11 years for Adacel)

Routine vaccination:

- Administer 1 dose of Tdap vaccine to all adolescents aged 11 through 12 years.
- Tdap may be administered regardless of the interval since the last tetanus and diphtheria toxoid-containing vaccine.
- Administer 1 dose of Tdap vaccine to pregnant adolescents during each pregnancy (preferred during 27 through 36 weeks gestation) regardless of time since prior Td or Tdap vaccination.

Catch-up vaccination:

- Persons aged 7 years and older who are not fully immunized with DTaP vaccine should receive Tdap vaccine as 1 (preferably the first) dose in the catch-up series; if additional doses are needed, use Td vaccine. For children 7 through 10 years who receive a dose of Tdap as part of the catch-up series, an adolescent Tdap vaccine dose at age 11 through 12 years should NOT be administered. Td should be administered instead 10 years after the Tdap dose.
- Persons aged 11 through 18 years who have not received Tdap vaccine should receive a dose followed by tetanus and diphtheria toxoids (Td) booster doses every 10 years thereafter.
- Inadvertent doses of DTaP vaccine:
  - If administered inadvertently to a child aged 7 through 10 years may count as part of the catch-up series. This dose may count as the adolescent Tdap dose, or the child can later receive a Tdap booster dose at age 11 through 12 years.
  - If administered inadvertently to an adolescent aged 11 through 18 years, the dose should be counted as the adolescent Tdap booster.
- For other catch-up guidance, see Figure 2.

5. *Haemophilus influenzae* type b (Hib) conjugate vaccine. (Minimum age: 6 weeks for PRP-T [ACTHIB, DTaP-IPV/Hib (Pentacel) and Hib-MenCY (MenHibrix)], PRP-OMP [PedvaxHIB or COMVAX], 12 months for PRP-T [Hiberix])

Routine vaccination:

- Administer a 2- or 3-dose Hib vaccine primary series and a booster dose (dose 3 or 4 depending on vaccine used in primary series) at age 12 through 15 months to complete a full Hib vaccine series.
- The primary series with ActHIB, MenHibrix, or Pentacel consists of 3 doses and should be administered at 2, 4, and 6 months of age. The primary series with PedvaxHib or COMVAX consists of 2 doses and should be administered at 2 and 4 months of age; a dose at age 6 months is not indicated.
- One booster dose (dose 3 or 4 depending on vaccine used in primary series) of any Hib vaccine should be administered at age 12 through 15 months. An exception is Hiberix vaccine. Hiberix should only be used for the booster (final) dose in children aged 12 months through 4 years who have received at least 1 prior dose of Hib-containing vaccine.

For further guidance on the use of the vaccines mentioned below, see: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

5. ***Haemophilus influenzae* type b (Hib) conjugate vaccine (cont'd)**
   - For recommendations on the use of MenHibrix in patients at increased risk for meningococcal disease, please refer to the meningococcal vaccine footnotes and also to *MMWR* March 22, 2013; 62(RR02);1-22, available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6202.pdf.

   Catch-up vaccination:
   - If dose 1 was administered at ages 12 through 14 months, administer a second (final) dose at least 8 weeks after dose 1, regardless of Hib vaccine used in the primary series.
   - If the first 2 doses were PRP-OMP (PedvaxHIB or COMVAX), and were administered at age 11 months or younger, the third (and final) dose should be administered at age 12 through 15 months and at least 8 weeks after the second dose.
   - If the first dose was administered at age 7 through 11 months, administer the second dose at least 4 weeks later and a third (and final) dose at age 12 through 15 months or 8 weeks after second dose, whichever is later, regardless of Hib vaccine used for first dose.
   - If first dose is administered at younger than 12 months of age and second dose is given between 12 through 14 months of age, a third (and final) dose should be given 8 weeks later.
   - For unvaccinated children aged 15 months or older, administer only 1 dose.
   - For other catch-up guidance, see Figure 2. For catch-up guidance related to MenHibrix, please see the meningococcal vaccine footnotes and also *MMWR* March 22, 2013; 62(RR02);1-22, available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6202.pdf.

   Vaccination of persons with high-risk conditions:
   - Children aged 12 through 59 months who are at increased risk for Hib disease, including chemotherapy recipients and those with anatomic or functional asplenia (including sickle cell disease), human immunodeficiency virus (HIV) infection, immunoglobulin deficiency, or early component complement deficiency, who have received either no doses or only 1 dose of Hib vaccine before 12 months of age, should receive 2 additional doses of Hib vaccine 8 weeks apart; children who received 2 or more doses of Hib vaccine before 12 months of age should receive 1 additional dose.
   - For patients younger than 5 years of age undergoing chemotherapy or radiation treatment who received a Hib vaccine dose(s) within 14 days of starting therapy or during therapy, repeat the dose(s) at least 3 months following therapy completion.
   - Recipients of hematopoietic stem cell transplant (HSCT) should be revaccinated with a 3-dose regimen of Hib vaccine starting 6 to 12 months after successful transplant, regardless of vaccination history; doses should be administered at least 4 weeks apart.
   - A single dose of any Hib-containing vaccine should be administered to unimmunized* children and adolescents 15 months of age and older undergoing an elective splenectomy; if possible, vaccine should be administered at least 14 days before procedure.
   - Hib vaccine is not routinely recommended for patients 5 years or older. However, 1 dose of Hib vaccine should be administered to unimmunized* persons aged 5 years or older who have anatomic or functional asplenia (including sickle cell disease) and unvaccinated persons 5 through 18 years of age with human immunodeficiency virus (HIV) infection.

   ** Patients who have not received a primary series and booster dose or at least 1 dose of Hib vaccine after 14 months of age are considered unimmunized.*

6. **Pneumococcal vaccines. (Minimum age: 6 weeks for PCV13, 2 years for PPSV23)**

   Routine vaccination with PCV13:
   - Administer a 4-dose series of PCV13 vaccine at ages 2, 4, and 6 months and at age 12 through 15 months.
   - For children aged 14 through 59 months who have received an age-appropriate series of 7-valent PCV (PCV7), administer a single supplemental dose of 13-valent PCV (PCV13).

   Catch-up vaccination with PCV13:
   - Administer 1 dose of PCV13 to all healthy children aged 24 through 59 months who are not completely vaccinated for their age.
   - For other catch-up guidance, see Figure 2.

   Vaccination of persons with high-risk conditions with PCV13 and PPSV23:
   - All recommended PCV13 doses should be administered prior to PPSV23 vaccination if possible.
   - For children 2 through 5 years of age with any of the following conditions: chronic heart disease (particularly cyanotic congenital heart disease and cardiac failure); chronic lung disease (including asthma if treated with high-dose oral corticosteroid therapy); diabetes mellitus; cerebrospinal fluid leak; cochlear implant; sickle cell disease and other hemoglobinopathies; anatomic or functional asplenia; HIV infection; chronic renal failure; nephrotic syndrome; diseases associated with treatment with immunosuppressive drugs or radiation therapy, including malignant neoplasms, leukemias, lymphomas, and Hodgkin disease; solid organ transplantation; or congenital immunodeficiency:
     1. Administer 1 dose of PCV13 if 3 doses of PCV (PCV7 and/or PCV13) were received previously.
     2. Administer 2 doses of PCV13 at least 8 weeks apart if fewer than 3 doses of PCV (PCV7 and/or PCV13) were received previously.

6. **Pneumococcal vaccines (cont'd)**
     3. Administer 1 supplemental dose of PCV13 if 4 doses of PCV7 or other age-appropriate complete PCV7 series was received previously.
     4. The minimum interval between doses of PCV (PCV7 or PCV13) is 8 weeks.
     5. For children with no history of PPSV23 vaccination, administer PPSV23 at least 8 weeks after the most recent dose of PCV13.
   - For children aged 6 through 18 years who have cerebrospinal fluid leak; cochlear implant; sickle cell disease and other hemoglobinopathies; anatomic or functional asplenia; congenital or acquired immunodeficiencies; HIV infection; chronic renal failure; nephrotic syndrome; diseases associated with treatment with immunosuppressive drugs or radiation therapy, including malignant neoplasms, leukemias, lymphomas, and Hodgkin disease; generalized malignancy; solid organ transplantation; or multiple myeloma:
     1. If neither PCV13 nor PPSV23 has been received previously, administer 1 dose of PCV13 now and 1 dose of PPSV23 at least 8 weeks later.
     2. If PCV13 has been received previously but PPSV23 has not, administer 1 dose of PPSV23 at least 8 weeks after the most recent dose of PCV13.
     3. If PPSV23 has been received but PCV13 has not, administer 1 dose of PCV13 at least 8 weeks after the most recent dose of PPSV23.
   - For children aged 6 through 18 years with chronic heart disease (particularly cyanotic congenital heart disease and cardiac failure), chronic lung disease (including asthma if treated with high-dose oral corticosteroid therapy), diabetes mellitus, alcoholism, or chronic liver disease, who have not received PPSV23, administer 1 dose of PPSV23. If PCV13 has been received previously, then PPSV23 should be administered at least 8 weeks after any prior PCV13 dose.
   - A single revaccination with PPSV23 should be administered 5 years after the first dose to children with sickle cell disease or other hemoglobinopathies; anatomic or functional asplenia; congenital or acquired immunodeficiencies; HIV infection; chronic renal failure; nephrotic syndrome; diseases associated with treatment with immunosuppressive drugs or radiation therapy, including malignant neoplasms, leukemias, lymphomas, and Hodgkin disease; generalized malignancy; solid organ transplantation; or multiple myeloma.

7. **Inactivated poliovirus vaccine (IPV). (Minimum age: 6 weeks)**

   Routine vaccination:
   - Administer a 4-dose series of IPV at ages 2, 4, 6 through 18 months, and 4 through 6 years. The final dose in the series should be administered on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.

   Catch-up vaccination:
   - In the first 6 months of life, minimum age and minimum intervals are only recommended if the person is at risk for imminent exposure to circulating poliovirus (i.e., travel to a polio-endemic region or during an outbreak).
   - If 4 or more doses are administered before age 4 years, an additional dose should be administered at age 4 through 6 years and at least 6 months after the previous dose.
   - A fourth dose is not necessary if the third dose was administered at age 4 years or older and at least 6 months after the previous dose.
   - If both OPV and IPV were administered as part of a series, a total of 4 doses should be administered, regardless of the child's current age. IPV is not routinely recommended for U.S. residents aged 18 years or older.
   - For other catch-up guidance, see Figure 2.

8. **Influenza vaccines. (Minimum age: 6 months for inactivated influenza vaccine [IIV], 2 years for live, attenuated influenza vaccine [LAIV])**

   Routine vaccination:
   - Administer influenza vaccine annually to all children beginning at age 6 months. For most healthy, nonpregnant persons aged 2 through 49 years, either LAIV or IIV may be used. However, LAIV should NOT be administered to some persons, including 1) those with asthma, 2) children 2 through 4 years who had wheezing in the past 12 months, or 3) those who have any other underlying medical conditions that predispose them to influenza complications. For all other contraindications to use of LAIV, see *MMWR* 2013; 62 (No. RR-7):1-43, available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6207.pdf.

   For children aged 6 months through 8 years:
   - For the 2013–14 season, administer 2 doses (separated by at least 4 weeks) to children who are receiving influenza vaccine for the first time. Some children in this age group who have been vaccinated previously will also need 2 doses. For additional guidance, follow dosing guidelines in the 2013-14 ACIP influenza vaccine recommendations, *MMWR* 2013; 62 (No. RR-7):1-43, available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6207.pdf.
   - For the 2014–15 season, follow dosing guidelines in the 2014 ACIP influenza vaccine recommendations.

   For persons aged 9 years and older:
   - Administer 1 dose.

For further guidance on the use of the vaccines mentioned below, see: http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

9. **Measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine. (Minimum age: 12 months for routine vaccination)**
Routine vaccination:
- Administer a 2-dose series of MMR vaccine at ages12 through 15 months and 4 through 6 years. The second dose may be administered before age 4 years, provided at least 4 weeks have elapsed since the first dose.
- Administer 1 dose of MMR vaccine to infants aged 6 through 11 months before departure from the United States for international travel. These children should be revaccinated with 2 doses of MMR vaccine, the first at age 12 through 15 months (12 months if the child remains in an area where disease risk is high), and the second dose at least 4 weeks later.
- Administer 2 doses of MMR vaccine to children aged 12 months and older before departure from the United States for international travel. The first dose should be administered on or after age 12 months and the second dose at least 4 weeks later.

Catch-up vaccination:
- Ensure that all school-aged children and adolescents have had 2 doses of MMR vaccine; the minimum interval between the 2 doses is 4 weeks.

10. **Varicella (VAR) vaccine. (Minimum age: 12 months)**
Routine vaccination:
- Administer a 2-dose series of VAR vaccine at ages 12 through 15 months and 4 through 6 years. The second dose may be administered before age 4 years, provided at least 3 months have elapsed since the first dose. If the second dose was administered at least 4 weeks after the first dose, it can be accepted as valid.

Catch-up vaccination:
- Ensure that all persons aged 7 through 18 years without evidence of immunity (see *MMWR* 2007; 56 [No. RR-4], available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5604.pdf) have 2 doses of varicella vaccine. For children aged 7 through 12 years, the recommended minimum interval between doses is 3 months (if the second dose was administered at least 4 weeks after the first dose, it can be accepted as valid); for persons aged 13 years and older, the minimum interval between doses is 4 weeks.

11. **Hepatitis A (HepA) vaccine. (Minimum age: 12 months)**
Routine vaccination:
- Initiate the 2-dose HepA vaccine series at 12 through 23 months; separate the 2 doses by 6 to 18 months.
- Children who have received 1 dose of HepA vaccine before age 24 months should receive a second dose 6 to 18 months after the first dose.
- For any person aged 2 years and older who has not already received the HepA vaccine series, 2 doses of HepA vaccine separated by 6 to 18 months may be administered if immunity against hepatitis A virus infection is desired.

Catch-up vaccination:
- The minimum interval between the two doses is 6 months.

Special populations:
- Administer 2 doses of HepA vaccine at least 6 months apart to previously unvaccinated persons who live in areas where vaccination programs target older children, or who are at increased risk for infection. This includes persons traveling to or working in countries that have high or intermediate endemicity of infection; men having sex with men; users of injection and non-injection illicit drugs; persons who work with HAV-infected primates or with HAV in a research laboratory; persons with clotting-factor disorders; persons with chronic liver disease; and persons who anticipate close, personal contact (e.g., household or regular babysitting) with an international adoptee during the first 60 days after arrival in the United States from a country with high or intermediate endemicity. The first dose should be administered as soon as the adoption is planned, ideally 2 or more weeks before the arrival of the adoptee.

12. **Human papillomavirus (HPV) vaccines. (Minimum age: 9 years for HPV2 [Cervarix] and HPV4 [Gardasil])**
Routine vaccination:
- Administer a 3-dose series of HPV vaccine on a schedule of 0, 1-2, and 6 months to all adolescents aged 11 through 12 years. Either HPV4 or HPV2 may be used for females, and only HPV4 may be used for males.
- The vaccine series may be started at age 9 years.
- Administer the second dose 1 to 2 months after the first dose (minimum interval of 4 weeks), administer the third dose 24 weeks after the first dose and 16 weeks after the second dose (minimum interval of 12 weeks).

Catch-up vaccination:
- Administer the vaccine series to females (either HPV2 or HPV4) and males (HPV4) at age 13 through 18 years if not previously vaccinated.
- Use recommended routine dosing intervals (see above) for vaccine series catch-up.

13. **Meningococcal conjugate vaccines. (Minimum age: 6 weeks for Hib-MenCY [MenHibrix], 9 months for MenACWY-D [Menactra], 2 months for MenACWY-CRM [Menveo])**
Routine vaccination:
- Administer a single dose of Menactra or Menveo vaccine at age 11 through 12 years, with a booster dose at age 16 years.
- Adolescents aged 11 through 18 years with human immunodeficiency virus (HIV) infection should receive a 2-dose primary series of Menactra or Menveo with at least 8 weeks between doses.
- For children aged 2 months through 18 years with high-risk conditions, see below.

Catch-up vaccination:
- Administer Menactra or Menveo vaccine at age 13 through 18 years if not previously vaccinated.
- If the first dose is administered at age 13 through 15 years, a booster dose should be administered at age 16 through 18 years with a minimum interval of at least 8 weeks between doses.
- If the first dose is administered at age 16 years or older, a booster dose is not needed.
- For other catch-up guidance, see Figure 2.

Vaccination of persons with high-risk conditions and other persons at increased risk of disease:
- Children with anatomic or functional asplenia (including sickle cell disease):
  1. For children younger than 19 months of age, administer a 4-dose infant series of MenHibrix or Menveo at 2, 4, 6, and 12 through 15 months of age.
  2. For children aged 19 through 23 months who have not completed a series of MenHibrix or Menveo, administer 2 primary doses of Menveo at least 3 months apart.
  3. For children aged 24 months and older who have not received a complete series of MenHibrix or Menveo or Menactra, administer 2 primary doses of either Menactra or Menveo at least 2 months apart. If Menactra is administered to a child with asplenia (including sickle cell disease), do not administer Menactra until 2 years of age and at least 4 weeks after the completion of all PCV13 doses.
- Children with persistent complement component deficiency:
  1. For children younger than 19 months of age, administer a 4-dose infant series of either MenHibrix or Menveo at 2, 4, 6, and 12 through 15 months of age.
  2. For children 7 through 23 months who have not initiated vaccination, two options exist depending on age and vaccine brand:
     a. For children who initiate vaccination with Menveo at 7 months through 23 months of age, a 2-dose series should be administered with the second dose after 12 months of age and at least 3 months after the first dose.
     b. For children who initiate vaccination with Menactra at 9 months through 23 months of age, a 2-dose series of Menactra should be administered at least 3 months apart.
     c. For children aged 24 months and older who have not received a complete series of MenHibrix, Menveo, or Menactra, administer 2 primary doses of either Menactra or Menveo at least 2 months apart.
- For children who travel to or reside in countries in which meningococcal disease is hyperendemic or epidemic, including countries in the African meningitis belt or the Hajj, administer an age-appropriate formulation and series of Menactra or Menveo for protection against serogroups A and W meningococcal disease. Prior receipt of MenHibrix is not sufficient for children traveling to the meningitis belt or the Hajj because it does not contain serogroups A or W.
- For children at risk during a community outbreak attributable to a vaccine serogroup, administer or complete an age- and formulation-appropriate series of MenHibrix, Menactra, or Menveo.
- For booster doses among persons with high-risk conditions, refer to *MMWR* 2013; 62(RR02);1-22, available at http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6202a1.htm.

Catch-up recommendations for persons with high-risk conditions:
1. If MenHibrix is administered to achieve protection against meningococcal disease, a complete age-appropriate series of MenHibrix should be administered.
2. If the first dose of MenHibrix is given at or after 12 months of age, a total of 2 doses should be given at least 8 weeks apart to ensure protection against serogroups C and Y meningococcal disease.
3. For children who initiate vaccination with Menveo at 7 months through 9 months of age, a 2-dose series should be administered with the second dose after 12 months of age and at least 3 months after the first dose.
4. For other catch-up recommendations for these persons, refer to *MMWR* 2013; 62(RR02);1-22, available at http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6202a1.htm.

For complete information on use of meningococcal vaccines, including guidance related to vaccination of persons at increased risk of infection, see *MMWR* March 22, 2013; 62(RR02);1-22, available at http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6202.pdf.

Definiciones legales

Estado de emergencia médica – el comienzo repentino de una enfermedad médica que se exhibe a través de síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor severo) tales que una persona laica, con conocimientos típicos de salud y medicina, podría esperar que si no recibe atención médica inmediata, podría dar lugar a:

peligro grave para la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto), b. lesión grave a las funciones corporales, o c. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Atención a largo plazo – atención médica personal en una casa de convalecencia, centro para el desarrollo de las personas con retraso mental (ICF-MR), o el programa Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) que TennCare paga. Los adultos que tienen TennCare Medicaid deben calificar para recibir atención a largo plazo reembolsada por TennCare.

Necesario por razones médicas – Para ser necesario por razones médicas, un artículo o servicio médico debe satisfacer cada uno de los siguientes criterios:

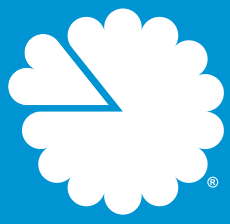
a) Debe ser recomendado por un médico autorizado para ejercer que esté tratando al afiliado o por otro proveedor de servicios médicos que esté ejerciendo dentro de los derechos de su autorización y que esté tratando al afiliado;

b) Debe ser indispensable para diagnosticar o tratar la enfermedad de un afiliado.

c) Debe ser seguro y eficaz;

d) No puede ser experimental ni de investigación; y

e) Debe ser el medio de diagnóstico o tratamiento alternativo más económico que sea adecuado para la enfermedad del afiliado.

Cuando se aplica a la atención de los pacientes hospitalizados, significa además que el problema médico del miembro requiere que los servicios no se puedan proporcionar sin riesgo al miembro en un centro ambulatorio;

Cuando se aplica a los miembros menores de 21 años, los servicios serán prestados para cumplir los requisitos de 42 CFR Parte 441, Subparte B, y OBRA de 1989.