



Tennessee



Bienvenido a la comunidad

TennCare

United
Healthcare
Community Plan

Números de teléfono importantes

Números de teléfono gratuitos para pedir ayuda	
UnitedHealthcare Community Plan Llame sobre su atención médica	1-800-690-1606
CHOICES in Long-Term Services and Support de UnitedHealthcare Community Plan Llame para solicitar CHOICES o para hablar con su Coordinador de Atención	1-800-690-1606
Employment and Community First CHOICES de UnitedHealthcare Community Plan Llame si necesita ayuda para completar un autorreferido o para hablar con su Coordinador de Atención	1-800-690-1606
Línea de Ayuda de Enfermería	1-800-690-1606
DentaQuest Llame para obtener información sobre el cuidado de los dientes para menores de 21 años o adultos inscritos en Employment and Community First CHOICES	1-855-418-1622
Programa de Farmacia de TennCare Llame sobre los servicios de farmacia de TennCare	1-888-816-1680
TennCare Connect Llame para: <ul style="list-style-type: none">• Informar cambio de dirección, trabajo o ingresos• Apelaciones para recibir o conservar TennCare• Copagos de TennCare• Solicitar TennCare• Programas como cupones de alimentos o Families First	1-855-259-0701

Números de teléfono gratuitos para pedir ayuda	
<p>Programa de Representación de TennCare Llame para ayuda con servicios de salud física o ayuda con servicios de salud conductual (salud mental, servicios de alcoholismo y drogadicción)</p>	<p>1-800-758-1638 Línea TTY/TDD: 1-877-779-3103</p>
<p>Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare Llame para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para recibir atención médica Problemas para recibir servicios cubiertos en CHOICES y en Employment and Community First CHOICES • Presentar una apelación médica 	<p>1-800-878-3192 Línea TTY/TDD: 1-866-771-7043</p>
<p>Línea para asistencia e información sobre Medicare Llame para asuntos relacionados con Medicare</p>	<p>1-800-633-4227</p>
<p>Línea de ayuda para SHIP Llame para ayuda con Medicare</p>	<p>1-877-801-0044</p>
<p>Administración del Seguro Social Llame para asuntos relacionados con el Seguro Social y discapacidad</p>	<p>1-800-772-1213</p>
<p>Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) Llame para reportar fraude o abuso en TennCare</p>	<p>1-800-433-3982</p>
<p>Servicios de transporte Llame para pedir transporte para ir a una consulta médica si no tiene como llegar</p>	<p>1-866-405-0238</p>

Nombres de los doctores	Números de teléfono

TennCare y su plan de seguro médico de UnitedHealthcare Community Plan

Manual para miembros 2021

¿Necesita un manual de TennCare en inglés? Para conseguir un manual en inglés, llame a UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-690-1606, TTY 711.

Su derecho a la privacidad

Hay leyes que protegen su privacidad. Esas leyes dicen que nosotros no podemos divulgar a otras personas cierta 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 TennCare, llame gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

Do you need free help with this letter?

If you speak a language other than English, help in your language is available for free. This page tells you how to get help in a language other than English. It also tells you about other help that's available.

Spanish: Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-690-1606 (TTY 711).

Kurdish: كوردی

ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قسه دهکهیت، خزمەتگوزاریهکانی یارمەتی زمان، بهخۆرای، بۆ تو بهردهسته. پهیهوهندی بکه به 800-690-1606 (TTY 711).

Arabic: العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-690-1606 رقم هاتف الصم والبكم (TTY 711).

Chinese: 繁體中文

繁體中文 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-690-1606 (TTY 711)。

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-690-1606 (TTY 711).

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-690-1606(TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-690-1606 (TTY 711).

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ፡ የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዙዎት ተዘጋጅተዋል፤ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-690-1606 (TTY 711)

Gujarati: ગુજરાતી

સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-690-1606 (TTY 711).

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮັບໃຊ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-690-1606 (TTY 711).

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-690-1606 (TTY 711).

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-690-1606 (TTY 711).

Hindi:	हिंदी
ध्यान दे: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-690-1606 (TTY 711). पर कॉल करें।	
Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski	
OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-690-1606 (TTY 711).	
Russian: Русский	
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-690-1606 (TTY 711).	
Nepali:	नेपाली
ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-800-690-1606 (TTY 771) मा फोन गर्नुहोस्।	
Persian:	
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-690-1606 (TTY 711) تماس بگیرید.	



- **¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos?**
- **¿Tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir atención o participar en alguno de nuestros programas o servicios?**
- **O, ¿acaso tiene más preguntas sobre su atención médica?**

Llámenos gratis al 1-800-690-1606. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite (para TTY llame al 711).

Nosotros acatamos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Piensa que no le ayudamos o que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo? Puede presentar una queja por correo postal, por correo electrónico o por teléfono.

Estos son tres lugares donde puede presentar una queja:

<p>TennCare Office of Civil Rights Compliance</p> <p>310 Great Circle Road, 3W Nashville, Tennessee 37243</p> <p>Correo electrónico: HCFA.Fairtreatment@tn.gov</p> <p>Teléfono: 1-855-857-1673 TRS: 711</p> <p>Puede obtener un formulario de queja en línea en: https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintform.pdf</p>	<p>UnitedHealthcare Community Plan</p> <p>Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 5220 Kingston, NY 12402-5220</p> <p>Teléfono: 1-800-690-1606 TTY: 711</p> <p>Puede obtener un formulario de queja en línea en: http://www.tn.gov/hcfa/article/civil-rights-compliance</p>	<p>U.S. Department of Health & Human Services</p> <p>Office for Civil Rights 200 Independence Ave SW Rm 509F, HHH Bldg Washington, DC 20201</p> <p>Teléfono: 1-800-368-1019 TDD: 1-800-537-7697</p> <p>Puede obtener un formulario de queja en línea en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</p> <p>O bien, puede presentar una queja en línea en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</p>
--	---	---

Tabla de contenido

Bienvenido a TennCare y a su plan de seguro médico, UnitedHealthcare Community Plan	11
Sus planes seguro médico de TennCare	13
Parte 1: Cómo utilizar su plan de seguro médico de TennCare	16
Red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan	17
Cómo obtener ayuda gratuita con el idioma en sus consultas de atención médica	18
Cómo obtener ayuda con transporte a sus consultas de atención médica	19
Consultas con el doctor	19
Si tiene que cambiar de PCP	21
Atención de salud conductual (servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	22
Especialistas	23
Atención en el hospital	23
Emergencias de salud física	24
Emergencias de salud mental	25
Atención de emergencia cuando está de viaje	27
Parte 2: Servicios que TennCare paga	28
Paquetes de beneficio	28
Atención con límites	50
Otros servicios de TennCare	57
Atención médica preventiva – Atención para que conserve la salud	60
Atención preventiva para adultos	61
Tennessee Health Link	62
Embarazo y salud de la mujer	63
Después del nacimiento de su bebé	64
Atención médica preventiva para niños (TennCare Kids – atención médica para su niño y adolescente)	65
Atención dental (de dientes) para niños	67
Atención de la visión (de los ojos) para niños	67
Servicios sin cobertura	68

8 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare (TennCare Long Term Services and Supports, LTSS)	<u>70</u>
CHOICES	<u>70</u>
¿Quién puede calificar para inscribirse en CHOICES?	<u>72</u>
Coordinación de la atención y la función del Coordinador de Atención	<u>77</u>
Administración por el Consumidor	<u>85</u>
Cómo pagar sus servicios y apoyos de largo plazo de CHOICES	<u>89</u>
Cómo cancelar su inscripción en CHOICES	<u>92</u>
Defensor para Atención a Largo Plazo	<u>94</u>
Employment and Community First CHOICES	<u>95</u>
Administración por el Consumidor	<u>108</u>
El pago de sus servicios en Employment and Community First CHOICES	<u>110</u>
Sistema de apoyo de beneficiarios	<u>118</u>
Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare	<u>120</u>
Lo que usted paga por su atención médica	<u>120</u>
Cómo funciona TennCare con otros seguros médicos y Medicare	<u>125</u>
Parte 5: Ayuda para problemas relacionados con su atención médica o con TennCare	<u>129</u>
Tipos de problemas y lo que usted puede hacer	<u>129</u>
Necesita una nueva tarjeta de TennCare	<u>129</u>
¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor?	<u>130</u>
¿Necesita presentar una queja sobre su atención?	<u>130</u>
¿Necesita ayuda con transporte a sus consultas médicas?	<u>130</u>
¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?	<u>130</u>
¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos de venta con receta?	<u>133</u>
¿Necesita ayuda para obtener sus servicios de atención médica?	<u>136</u>
¿Pagó usted atención médica que piensa que TennCare debería pagar? O ¿acaso le están cobrando atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar?	<u>136</u>
Formas en que podría terminar su TennCare	<u>137</u>

Parte 6: Apelaciones ante TennCare	139
Dos tipos de apelaciones	139
Cómo apelar si tiene problemas para obtener o conservar TennCare	144
Parte 7: Sus derechos y responsabilidades	147
Sus derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan	147
Sus derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan	150
Aviso de prácticas de privacidad de TennCare	153
Obligación de TennCare ante usted	157
Su responsabilidad de reportar el fraude y el abuso	159
Parte 8: Documentos médicos que podría necesitar	160
Solicitud de Cambio de Médico de Atención Primaria (PCP)	161
Formulario de queja de discriminación	162
Autorización para divulgar información	165
Apelación Médica de TennCare	167
Formulario de autorización de apelación	171
Certificado del proveedor de cabecera: Apelación acelerada de TennCare	172
Directivas adelantadas	173
Directiva adelantada para atención médica	175
Parte 9: Más información	179
TennCare Kids: Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT)	179
Definiciones legales	183
Glosario	184
Tabla de Beneficios de Employment and Community First CHOICES	187

Bienvenido a TennCare y a su plan de seguro médico, UnitedHealthcare Community Plan

Éste es su manual para miembros de TennCare. En este manual se explica cómo recibir 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 recibe 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 del útero)? 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 solamente para los menores de 19 años de edad que van a perder su TennCare Medicaid.¹ Cuando llegó el momento de ver si podrían conservar TennCare Medicare, 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.

Manual para Miembros de Tennessee TennCare

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 facturas médicas, para que sus ingresos sean más bajos. 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 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 sus fechas de TennCare, puede llamar gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

Importante: La ley estatal dice que usted debe informarnos sobre los cambios que puedan afectar su cobertura. Usted **debe** reportar esos cambios en un plazo de 10 días de que se produzca el cambio. Y, usted debe darle TennCare las pruebas que necesitan para hacer el cambio. Llame a TennCare Connect de inmediato si:

- Se muda*
- Cambia la cantidad de personas de su familia
- Cambia de trabajo
- Cambia la cantidad de sus ingresos
- Obtiene o puede obtener seguro de salud 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, usted **podría perder** su TennCare. Llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701** para darles su nueva dirección.

¹ Las categorías de elegibilidad para CHOICES y Employment y Community First CHOICES son técnicamente categorías de “TennCare Standard”. Sin embargo, las tarjetas de identificación de miembro, etc. identificarán a las personas inscritas en estas categorías como pertenecientes a TennCare Medicaid. Entonces, para los propósitos de este manual, son consideradas TennCare Medicaid.

¿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 llamar a TennCare Connect o al Seguro Social, llámenos al **1-800-690-1606** y díganos también su nueva dirección.

Sus planes seguro médico de TennCare

UnitedHealthcare Community Plan 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). Si está en CHOICES o Employment and Community First CHOICES, también le ayudamos a obtener atención a largo plazo. Puede leer más información sobre atención a largo plazo en la Parte 3 de este manual. 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 **1-800-690-1606**. La llamada es gratis. También puede llamarnos para pedir ayuda con CHOICES o Employment and Community First CHOICES.

Los representantes de servicio al cliente están disponibles de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. hora estándar central. Los miembros también pueden llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted llama cuando nuestras oficinas están cerradas, puede hablar con una enfermera de triaje. También puede solicitar tarjetas adicionales o tarjetas de identificación de reemplazo y verifique la elegibilidad y los beneficios a través de nuestro sistema telefónico.

Usted también puede visitarnos en internet para conocer muchas de sus necesidades de servicio al cliente. También existe la opción de enviarnos un correo electrónico a través de nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

¿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 **1-800-690-1606**. La llamada es gratis.

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

¿Es UnitedHealthcare Community Plan el plan de seguro médico que usted pidió? Si usted necesita o quiere cambiar su plan de seguro médico, usted tiene 90 días a partir de la fecha en que recibió su carta de TennCare. Para cambiar su plan de seguro médico en los primeros 90 días, llame gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **1-800-878-3192**. Dígalos que acaba de recibir su TennCare y que quiere cambiar su plan de seguro médico.

Manual para Miembros de Tennessee TennCare

Después de 90 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 90 días.

- ¿Quiere cambiar de plan de seguro médico porque tiene problemas para obtener atención médica o no puede encontrar un doctor? Llámenos gratis al **1-800-690-1606**. 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 plan de seguro médico nuevo. 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 de farmacia de TennCare se llama **OptumRx**. 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. Dígales que usted tiene TennCare.

Antes de acudir, verifique que la farmacia acepta TennCare. Para averiguarlo, visite <http://www.tn.gov/tenncare/topic/member-pharmacy> y siga estos pasos:

- Haga clic en el enlace para encontrar una farmacia ubicada cerca de la parte superior de la página
- Luego, haga clic en Buscar una farmacia o médico en la pestaña Miembro
- Luego, 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 ayuda con farmacias 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 buscar un dentista de DentaQuest, vaya a <http://www.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/>. Luego, haga clic en **Find a Dentist**. O puede llamarlos al **1-855-418-1622**.

Nota: TennCare **no** cubre ningún tipo de atención dental ni cirugía oral para adultos de 21 años de edad y mayores. Sin embargo, si está en Empleo y Community First CHOICES, los beneficios dentales son un servicio cubierto para usted. Puede encontrar más información sobre esto en la Parte 3 de este manual.

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 UnitedHealthcare Community Plan tiene una tarjeta de miembro. Su tarjeta es como esta:

 Health Plan (80840) 911-95378-08 Member ID: 001800319 Group Number: TNTNCARE Member: NEW M ENGLISH Payer ID: 95378 PCP Name: DYERSBURG CLINIC Date of Birth: 09/07/1998 Effective Date: 01/01/2014 COPAY : Office/ER/Hosp \$5/\$10/\$5 0501 TennCare Standard Benefit: A Administered by UnitedHealthcare Community Plan, Inc.	<p style="text-align: right;">Printed: 10/13/20</p> <p>You should always see your Primary Care Provider (PCP) before receiving medical treatment from any provider (except for emergencies). In a medical emergency, care may be obtained from the closest medical care provider. Notify both your Primary Care Provider and your local UnitedHealthcare office after receiving such care.</p> <table><tr><td>For Members:</td><td>www.myuhc.com/communityplan</td><td>800-690-1606</td></tr><tr><td>NurseLine:</td><td></td><td>800-690-1606</td></tr><tr><td>Dental:</td><td></td><td>855-418-1622</td></tr><tr><td>Mental Health:</td><td></td><td>800-690-1606</td></tr></table> <hr/> <table><tr><td>For Providers:</td><td>UHCprovider.com</td><td>800-690-1606</td></tr><tr><td>Medical Claims Address:</td><td colspan="2">PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220</td></tr></table>	For Members:	www.myuhc.com/communityplan	800-690-1606	NurseLine:		800-690-1606	Dental:		855-418-1622	Mental Health:		800-690-1606	For Providers:	UHCprovider.com	800-690-1606	Medical Claims Address:	PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220	
For Members:	www.myuhc.com/communityplan	800-690-1606																	
NurseLine:		800-690-1606																	
Dental:		855-418-1622																	
Mental Health:		800-690-1606																	
For Providers:	UHCprovider.com	800-690-1606																	
Medical Claims Address:	PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220																		

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

- **Member Name** (Nombre del miembro) es el nombre de la persona que puede usar esta tarjeta
- **ID Number** (Número de identificación) es el número que nos informa quién es usted
- **Group Number** (Número de grupo) nos dice en qué parte de Tennessee vive usted
- **Primary Care Provider (PCP)** (Proveedor de atención primaria – PCP) es la persona a quien usted acude cuando necesita atención médica
- **Effective Date** (Fecha de inicio) es la fecha a partir de la cual puede comenzar a acudir al PCP que se indica en su tarjeta
- **Date of Birth** (Fecha de nacimiento) es su fecha de nacimiento
- **Copays** (Copagos) son lo que usted paga por cada servicio de atención médica. No todas las personas tienen copagos
- **Benefit Indicator** (Paquete de beneficios) 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.

16 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

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

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 **1-800-690-1606** para que le enviemos una tarjeta nueva. La llamada es gratis. Si tiene preguntas acerca de TennCare o UnitedHealthcare Community Plan, puede:

Llámenos:



1-800-690-1606

Escríbanos:



UnitedHealthcare Community Plan
10 Cadillac Drive, Suite 200
Brentwood, TN 37027

Red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

Dentro de la red

Los doctores y otros lugares que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan se conocen como la **Red de Proveedores**. Esto incluye a los proveedores en CHOICES and Employment and Community First CHOICES. Todos esos proveedores se nombran en un **Directorio de Proveedores**. Hay directorios especiales para Proveedores en CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

También puede encontrar estos directorios de proveedores en línea en myuhc.com/CommunityPlan. O llámenos al **1-800-690-1606** 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 todas las semanas. También puede llamarnos al **1-800-690-1606** para saber de un proveedor está en nuestra red.

En ocasiones, es posible que su proveedor no pueda atenderlo o proporcionarle el tratamiento que necesite debido a razones éticas (morales) o religiosas. O llámenos al **1-800-690-1606**. Nosotros le podemos ayudar a encontrar un proveedor que le pueda proporcionar la atención o tratamiento que necesite. En el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan también puede buscar doctores que hablan otros idiomas.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 17
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

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

Usted **debe** acudir a doctores y otros proveedores que aceptan UnitedHealthcare Community Plan para que TennCare pague su atención médica.

Pero, si también tiene Medicare, **no** tiene que usar doctores que aceptan UnitedHealthcare Community Plan. 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 y otros proveedores que no están en la Red de Proveedores y que no aceptan UnitedHealthcare Community Plan se les llama **Proveedor Fuera de la Red**. En la mayoría de los casos, si usted acude a un doctor que está Fuera de la Red, **TennCare no pagará**.

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, primero 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 **1-800-690-1606** 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.

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

Si necesita transporte a su cita o quiere preguntar si alguien lo puede acompañar, llámenos al **1-866-405-0238**.

Trate de llamar **por lo menos 72 horas antes** de la consulta médica para asegurarse de que usted pueda conseguir 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 **1-800-690-1606** 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.

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

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 al **1-800-690-1606**.

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 usted ha bajo la atención o tratamiento de otro doctor. Queremos asegurarnos de que siga recibiendo la atención que necesita. Pero aunque se sienta bien, debe llamar para pedir una consulta con su PCP.

Antes de ir a la primera cita con su PCP:

1. Pídale a su antiguo doctor que envíe su expediente médico a su PCP. Esto no le costará nada. 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 UnitedHealthcare Community Plan cuando llame.
4. Diga que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y proporcione su número de identificación 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 de este manual explica más 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 ir a su cita, llame a su PCP para que le den otra cita.
3. Lleve su tarjeta de identidad de UnitedHealthcare Community Plan. Es posible que su PCP le saque una copia a la tarjeta. Si tiene otro seguro, lleve también esa tarjeta de identificación.
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.

20 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Si tiene que cambiar de PCP

Hay muchos motivos por los que posiblemente tenga que cambiar de PCP. Quizás le convendría acudir a un PCP cuyo consultorio esté más cerca a usted o su PCP podría dejar de trabajar con nosotros. Si su PCP deja de trabajar con UnitedHealthcare Community Plan, 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 UnitedHealthcare Community Plan. Para encontrar un nuevo PCP, consulte el Directorio de Proveedores o puede ir a myuhc.com/CommunityPlan o puede llamar al **1-800-690-1606**.
2. Después, llame al PCP para asegurar que él o ella pertenece a la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. **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 **1-800-690-1606** para decirnos el nombre de su nuevo PCP.

¿Necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP? Llámenos al **1-800-690-1606**. Le ayudaremos a buscar a un nuevo PCP que esté aceptando pacientes nuevos.

Si cambia de PCP:

- Le enviaremos una nueva tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. La tarjeta tendrá el nombre de su nuevo PCP. La fecha en que su tarjeta entra en vigencia (fecha efectiva) 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 una referencia para un especialista, tendrá que obtener un nuevo referido de su PCP nuevo.
- ¿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.
- 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 UnitedHealthcare Community Plan.

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 UnitedHealthcare Community Plan cuando llame para hacer su cita con el nuevo proveedor.
3. Diga que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y proporcione su **número de identificación** de miembro. Si tiene otro seguro también dígalos.
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 130 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 ir a su cita, llame a su proveedor para que le den otra cita.
3. Lleve su tarjeta de identidad de UnitedHealthcare Community Plan. 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. Puede encontrar más información sobre los copagos en la Parte 4 de este manual.

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

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción, llámenos al **1-800-690-1606**. O bien, si tiene preguntas sobre servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción, llámenos al **1-800-690-1606**. La llamada es gratis.

Especialistas

Un **especialista** es un doctor que trata ciertas enfermedades o una parte específica del cuerpo humano. 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 una referencia de su PCP. Nosotros no pagaremos la consulta con el especialista si su PCP no lo refirió.

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 atiende a la mujer se le llama ginecólogo obstetra (en inglés usan la abreviatura 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 de salud física

Siempre lleve consigo su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. 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:	Usualmente las siguientes cosas no son emergencias:
<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 caso de emergencia, puede ir a un hospital que no forme parte de 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.

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

Si necesita tratamiento de emergencia, no tiene que obtener una autorización de nadie antes de 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 Servicios para Crisis de Salud Mental al **1-855-CRISIS-1** (o **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.

Tennessee ha creado un documento legal que puede ayudarlo con su tratamiento de salud mental. Se llama Declaración para el tratamiento de salud mental (DMHT). Y cuando nos encontramos en una crisis, nos puede dar tranquilidad. El DMHT es un documento legal donde podemos anotar nuestros deseos en caso de una crisis de salud mental. Podemos anotar los tratamientos y medicamentos de salud mental que están bien para nosotros y los que no están bien para nosotros. Podemos escribir cómo se ve cuando estamos en una crisis de salud mental y necesitamos ayuda. A algunas personas les gusta anotar qué hospitales prefieren y qué agencias de salud mental prefieren también.

Puede ver la información del DMHT en: https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/Declaration_for_Mental_Health_Treatment-Form.pdf.

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

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:	Usualmente las siguientes cosas no son emergencias:
<ul style="list-style-type: none">• Planear en hacerse daño• Pensar en hacerle daño a otra persona	<ul style="list-style-type: none">• Necesitar una renovación de receta médica

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 de Crisis de Salud Mental para Adultos al 1-855-CRISIS-1 (o 1-855-274-7471)**. Estas llamadas son gratuitas.

Menores de 18 años de edad

Si es menor de 18 años de edad o su hijo es menor de 18 años y tiene una emergencia de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción):

- 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
 - Mental Health Co-op (Condado de Davidson) al 1-865-539-2409
 - Región de Knoxville Región – Helen Ross McNabb (condados de Knox, Blount, Sevier, Loudon y Monroe) al 1-866-791-9224
 - Sureste de Tennessee al 1-866-791-9225
 - Frontier Health (condados de Hancock, Greene, Hawkins, Washington, Unicoi, Carter y Johnson) al 1-877-928-9062

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

Youth Villages, Frontier Health, Helen Ross McNabb y Mental Health Co-Operative ofrecen servicios para crisis para menores de 18 años de edad en todo el estado. Si acude a la sala de emergencias, alguien de una de estas agencias de su área podría ir para ayudar a evaluar las necesidades de atención de su hijo.

Si no puede comunicarse con alguien en el número telefónico que se indica para su zona, llame a **1-800-690-1606**. Nosotros le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Siempre lleve consigo su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. 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 que está 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 para Crisis de Salud Mental al 1-855-CRISIS-1 (o 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 UnitedHealthcare Community Plan cuando obtenga la atención de emergencia. Pida a la Sala de Emergencias que le manden la factura a UnitedHealthcare Community Plan. Si la Sala de Emergencias dice que no, pregunte si le pueden mandar la factura a su casa. O si tiene que pagar la atención médica recibida, pida un recibo.

Cuando llegue a casa, llámenos al **1-800-690-1606** y avísenos que tuvo que pagar su atención médica o que le dieron una factura. Nosotros queremos colaborar con usted y el proveedor para presentar un reclamo por su atención.

Importante: TennCare y UnitedHealthcare Community Plan solamente pagarán las emergencias cuando está de viaje dentro de los Estados Unidos. No podemos pagar por atención médica que reciba fuera del país.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 27
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 2:

Servicios que TennCare paga

Paquetes de beneficio

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 **1-800-690-1606**.

Menores de 21 años de edad

Vaya a las páginas 32–36 para la lista de beneficios de los grupos A y H.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
A	<ul style="list-style-type: none">• Menores de 21 años de edad, y• No tiene Medicare.
H	<ul style="list-style-type: none">• Menores de 21 años de edad, y• Tiene Medicare.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Medicaid

Vaya a las páginas 37–41 o la lista de beneficios para los grupos B, E, J y L.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
B	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• No tiene Medicare, y• No está recibiendo atención a largo plazo.
E	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• No tiene Medicare, y• Recibe atención a largo plazo aparte de CHOICES o ECF CHOICES.
J	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• No tiene Medicare, y• Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 1 o 2 o ECF CHOICES* y cumple con el nivel institucional de atención.
L	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• No tiene Medicare, y• Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 3 o ECF CHOICES* y no cumple con el nivel de atención institucional, pero corre el riesgo de ser colocado en una institución.

* En la Parte 3 de este manual hay más información acerca de TennCare CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

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

Vaya a las páginas 41–47 para la lista de beneficios de los grupos F, G, K y M.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
F	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• Tiene Medicare, y• No está recibiendo atención a largo plazo.
G	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• Tiene Medicare, y• Recibe atención a largo plazo aparte de CHOICES o ECF CHOICES.
K	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• Tiene Medicare, y• Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 1 o 2 o ECF CHOICES* y cumple con el nivel institucional de atención.
M	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• Tiene Medicare, y• Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 3 o ECF CHOICES* y no cumple con el nivel de atención institucional, pero corre el riesgo de ser colocado en una institución.

* En la Parte 3 de este manual hay más información acerca de TennCare CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

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

Vaya a las páginas 47–49 para la lista de beneficios de los grupos C y D.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
C	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• No tiene Medicare, y• No está inscrito en Standard Spend Down (SSD), y• No está recibiendo atención a largo plazo.
D	<ul style="list-style-type: none">• Más de 21 años, y• No tiene Medicare, y• Está inscrito en Standard Spend Down (SSD)• No está recibiendo atención a largo plazo

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 necesarios por razones médicas** 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 al **1-800-690-1606**. O bien llame a TennCare Connect 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 de edad. 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 necesarios por razones médicas según la definición dispuesta en las reglas de TennCare. La definición de necesario por razones médicas se encuentra en la Parte 9 de este manual.

Para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos y las Exclusiones, vaya a:
<http://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20161229.pdf>

Parte 2: Servicios que TennCare paga

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 Enfermería tiene cobertura CHOICES HCBS NO tiene cobertura	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

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	A	H
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos	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
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (ciertos servicios basados en el hogar y la comunidad) Para más información, vea Employment and Community First CHOICES en la Parte 3 de este manual.	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES
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 el abuso 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

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	A	H
Servicios de laboratorio y radiografías	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario
Materiales médicos	Tiene cobertura	Tiene cobertura pero Medicare es el seguro médico primario
Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad	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	La atención en un Centro de Convalecencia tiene cobertura, pero Medicare es primario para servicios de Centro de Enfermería Especializada.
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

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	A	H
Servicios en hospital para pacientes ambulatorios	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

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	A	H
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 visión	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 necesarios por razones médicas según la definición dispuesta en las reglas de TennCare. La definición de necesario por razones médicas se encuentra en la Parte 9 de este manual.

Para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos y las exclusiones, vaya a:
<http://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20161229.pdf>

36 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

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) Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual.	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Tiene cobertura solo para personas inscritas en CHOICES	Tiene cobertura solo para personas inscritas en CHOICES Grupo 3 y se limita a HCBS Grupo 3 únicamente La atención en un Centro de Convalecencia no tiene cobertura

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios dentales	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Tiene cobertura, con límites, solo para adultos en Employment and Community First CHOICES	Tiene cobertura, con límites, solo para adultos en Employment and Community First CHOICES
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
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (ciertos servicios basados en el hogar y la comunidad)	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
Cuidados paliativos	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	B	E	J	L
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
Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad	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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 39
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-690-1606, TTY 711.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios de farmacia	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura – sin límite	Tiene cobertura – sin límite	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
Servicios de terapia física	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de médico	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Enfermera particular	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
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

40 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	B	E	J	L
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 visión	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50

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			
Servicios quiroprácticos	No tiene cobertura Medicare cubre este beneficio			
Servicios en clínica de la comunidad	Tiene cobertura Medicare es el primario			

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 41
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-690-1606, TTY 711.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	F	G	K	M
<p>Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Convalecencia y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)</p> <p>Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual.</p>	No tiene cobertura	No tiene cobertura	<p>Tiene cobertura</p> <p>Medicare es primario para la atención en un Centro de Enfermería Especializada</p>	<p>Tiene cobertura solo para personas inscritas en CHOICES Grupo 3 y se limita a HCBS Grupo 3 únicamente</p> <p>La atención en un Centro de Convalecencia no tiene cobertura</p> <p>Medicare cubre la atención en Centros de Enfermería Especializada</p>
Servicios dentales	<p>No tiene cobertura</p> <p>Medicare tiene cobertura dental limitada</p>	<p>No tiene cobertura</p> <p>Medicare tiene cobertura dental limitada</p>	<p>Tiene cobertura, con límites, solo para adultos en Employment and Community First CHOICES</p> <p>Medicare tiene cobertura dental limitada</p>	<p>Tiene cobertura, con límites, solo para adultos en Employment and Community First CHOICES</p> <p>Medicare tiene cobertura dental limitada</p>

42 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (ciertos servicios basados en el hogar y la comunidad) Para obtener más información, consulte ECF CHOICES en la Parte 3 de este manual.	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
Cuidados paliativos	Tiene cobertura Medicare es el primario			

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios por el abuso de sustancias para pacientes internados y pacientes externos	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Servicios de internación hospitalaria	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Servicios de análisis y radiografías	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Materiales médicos	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad	Tiene cobertura Medicare no cubre esta atención			
Transporte cuando no es una emergencia	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Terapia ocupacional	Tiene cobertura Medicare es el primario			

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios de salud conductual para pacientes externos (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	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 Disponble a través de Medicare Parte D
Servicios de terapia física	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Servicios de médico	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 50.	Tiene cobertura con límites Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 50.	Tiene cobertura con límites Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 50.	Tiene cobertura con límites Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página 50.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios de hospitalización paciente psiquiátrico	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Tiene cobertura Medicare no cubre esta atención			
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Cirugía plástica de mama	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Servicios de diálisis renal	Tiene cobertura Medicare es el primario			
Servicios de terapia del habla	Tiene cobertura Medicare es el primario			

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios de la visión	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50.	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50.	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50.	Tiene cobertura con límites Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50.

Paquetes de beneficios C y D (Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Standard)²

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

² Las categorías de elegibilidad para CHOICES y Employment y Community First CHOICES son técnicamente categorías de “TennCare Standard”. Sin embargo, las tarjetas de identificación de miembro, etc. identificarán a las personas inscritas en estas categorías como pertenecientes a TennCare Medicaid. Entonces, para los propósitos de este manual, son considerados TennCare Medicaid. Esta tabla no es aplicable para adultos en OPCIONES y Employment and Community First CHOICES.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	C	D
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (ciertos servicios basados en el hogar y la comunidad)	No tiene cobertura	No tiene cobertura
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
Cuidados paliativos	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios por el abuso 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
Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad	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

48 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Servicios de TennCare	C	D
Servicios de farmacia	No tiene cobertura	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
Servicios de terapia física	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Servicios de médico	Tiene cobertura	Tiene cobertura
Enfermera particular	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50
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 visión	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50	Tiene cobertura con límites Consulte “Atención con límites” a partir de la página 50

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 visión**

1. Medicamento con receta

La mayoría, pero no todos, en TennCare, tienen beneficios de farmacia. Si también tiene Medicare, hay un mensaje importante para usted en el cuadro de la página 53.

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 algunos adultos que reciben atención a largo plazo pagada por TennCare tampoco tienen un límite mensual de medicamentos con receta. Esto incluye:

- Las personas que reciben atención en una casa de convalecencia
- Las personas que reciben atención en una casa de convalecencia especial para personas con discapacidades intelectuales (llamado centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales) o ICF/IID, y
- Las personas que califican para recibir atención en una casa de convalecencia o ICF/IID pero que en cambio reciben atención en el hogar

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** medicamentos con receta 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 medicamentos con receta 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.

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? **Pregúntele** al doctor o en la farmacia. Para ver la lista más actualizada, puede hacerlo por la Internet. Vaya al sitio web de TennCare en <http://www.tn.gov/tenncare/topic/member-pharmacy>. Haga clic en “Exempt”. O bien, llame a TennCare Connect 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 recetas médicas o 2 medicinas 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 página 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).

Parte 2: Servicios que TennCare paga

¿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 recibe 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. Si esto es negado, 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 la razón. 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 una lista actualizada, puede hacerlo por Internet. Vaya al sitio web de TennCare en <http://www.tn.gov/tenncare/topic/member-pharmacy>. Haga clic en “Over the Limit”. O bien, llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701**. Pídale que le envíen una copia.

52 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

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 pídale que le surtan primero esas medicinas para que TennCare las pague.
- Pídale a su doctor o farmacia que averigüe si sus medicinas están en la Lista de Exenciones
- Pídale a su doctor que le recete 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 sus medicamentos con 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 a **1-888-816-1680**. La llamada es gratis.

Si tiene preguntas acerca de sus medicamentos con receta, llame primero a su doctor. Si tiene problemas para obtener sus medicamentos con receta, consulta la Parte 5 de este manual.

Importante si tiene Medicare:

¿Es adulto de 21 años de edad o más y también tiene Medicare?

Usted 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?

Usted 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.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

2. Inyecciones en zonas reflexógenas

El medicamento se administra mediante una inyección en los músculos que están contraídos 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 la rama medial para diagnosticar (determinar) la causa del dolor de espalda

Se administra medicina entumecedora con una aguja cerca de los nervios a cada lado de la columna. TennCare sólo pagará por **4 bloqueos de nervio medial cada año** administrados para diagnosticar la causa del dolor de espalda. Comenzaremos a contar el 1º de enero y dejaremos de contar el 31 de diciembre. Cada año pagaremos hasta 4 diagnósticos por bloqueos de la rama medial.

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.

TennCare pagará **2 análisis de orina para detección de drogas específicas para cada droga por año**. Recuerde, los análisis para detección de drogas buscan comprobar la presencia de sustancias ilegales o controladas en la orina. Las sustancias controladas son medicamentos con receta que se pueden abusar, como Lortab® y Kadian® (morfina).

Ahora TennCare paga 12 análisis de orina para detección de drogas por año. TennCare también paga 4 análisis de orina de confirmación de detección de drogas por año. “De confirmación” significa que si su análisis sale “positivo”, o sea que detecta drogas ilegales o sustancias controladas, TennCare pagará para volver a hacer el análisis y revisar el resultado 4 veces por año. **TennCare continuará pagando hasta 12 análisis de orina para detección de drogas y 4 análisis de orina de confirmación de detección de drogas por año.**

Pero a veces el proveedor necesita un análisis de orina para la detección e identificación de las drogas que usted está tomando. O, en el caso de medicamentos con receta, es posible que su proveedor necesite un análisis de orina para detectar las drogas y confirmar que usted toma la cantidad correcta. Cuando su proveedor pida este tipo de análisis, se llama un análisis de orina para detección de droga específica. **TennCare solamente pagará 2 análisis de orina para detección de drogas específicas para cada droga por año.**

Por ejemplo, su proveedor le puede pedir a TennCare que pague sus análisis de orina para detección de Lortab® 2 veces por año. Su proveedor también le puede pedir a TennCare que pague para que analicen si tiene Kadian® (morfina) en la orina 2 veces en ese mismo año.

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.

Servicios de Enfermería Privada son servicios de enfermería solo para personas que requieren 8 horas o más de enfermería continua de una enfermera con licencia en un período de 24 horas. Una persona que solo necesita servicios especializados intermitentes no califica para la enfermería privada.

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

Parte 2: Servicios que TennCare paga

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 el automóvil 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? Aun 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**.

7. Servicios de la visión

Para los adultos de 21 años de edad y mayores, los servicios de la visión se limitan a la evaluación médica y al tratamiento de afecciones anormales y trastornos de los ojos. Se cubren las primeras anteojos 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

El Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo TennCare CHOICES (o CHOICES para abreviar) es para adultos (de 21 años en adelante) con una discapacidad física y personas mayores (de 65 años en adelante). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propio hogar o en la comunidad. 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**. Estos servicios se pueden proporcionar en el hogar, en el trabajo o en la comunidad para ayudar con las actividades de la vida diaria y permitir que las personas trabajen y participen activamente en su comunidad local. CHOICES también presta atención en una casa de convalecencia si es necesario. En la Parte 3 de este manual puede leer más acerca de CHOICES.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Employment and Community First CHOICES

Employment and Community First CHOICES es para personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD). Esto incluye a las personas que tienen discapacidades considerables.

Los servicios ayudan a las personas con I/DD a lograr la mayor independencia posible. Las personas reciben apoyo para vivir con su familia o en la comunidad, no en una institución. Se ofrecen servicios residenciales para adultos con I/DD que no viven con la familia pero necesitan apoyo donde viven.

Employment and Community First CHOICES puede ayudar a la persona con I/DD a explorar la posibilidad de trabajar. Los servicios también pueden ayudar a las personas a aprender habilidades para el trabajo, encontrar un trabajo y conservar un trabajo. Esto podría ser un trabajo a tiempo parcial, un trabajo a tiempo completo o trabajo por cuenta propia. Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades, conocer nuevas personas y desempeñar un papel importante en su comunidad. El trabajo también puede ayudar a las personas a conservar la salud y generar confianza en sí mismas.

Otros servicios ayudan a las personas a aprender y hacer cosas en el hogar y en la comunidad que les ayudan a lograr sus objetivos. Si una persona vive en casa con su familia, los servicios ayudan a su familia a apoyar a la persona para que sea lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a involucrarse activamente en su comunidad e incluyen apoyo entre pares para la persona y su familia.

En la Parte 3 de este manual puede leer más acerca de Employment and Community First 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.

Los servicios de **Salud de la Población** le proporcionan 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 esté sano, tenga un problema de salud crónico o sufra un episodio de salud muy grave. 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 UnitedHealthcare Community Plan** al **1-800-690-1606**.

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 **1-800-690-1606**.

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 **1-800-690-1606** para obtener este documento.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Usted tiene que completar el documento 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 documento 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 documento que se llama Certificado de Necesidad Médica para un Aborto.

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 podrá 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 documento que se llama Declaración de Recibo de Información sobre la Histerectomía.

Atención médica 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 para que se puedan tratar.

Importante: 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

60 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Atención preventiva para adultos

Usted puede hacer algo por sí mismo para conservar la salud:

- Manténgase activo
- Coma sanamente
- Haga ejercicio
- Tome la medicina exactamente como lo haya indicado su doctor
- No beba alcohol ni use drogas
- Haga sus autoexámenes
- No fume
- 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
- Cáncer de colon y cáncer rectal
- Densidad de los huesos (osteoporosis)
- Tiroides
- Enfermedades de transmisión sexual
- Azúcar en la sangre
- VIH y SIDA
- Problemas del corazón (electrocardiogramas)
- TB (tuberculosis)
- Chequeos de la mujer (Papanicolaou y mamografía)

A veces también le ponen inyecciones 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

Tennessee Health Link

Los miembros de TennCare con necesidades de salud mental se enfrentan a muchos problemas para obtener la atención que necesitan en el sistema de atención médica. Tennessee Health Link puede ayudar con esto.

Tennessee Health Link es un equipo de profesionales que trabajan en una clínica de salud mental o proveedor de salud mental que pueden ayudar a estos miembros con su atención médica. Proporcionan atención médica integral, enfocada en el paciente y atención coordinada a los miembros asignados que padecen afecciones de salud mental.

Los miembros que son elegibles para los servicios de Health Link se identifican sobre la base de:

- Su diagnóstico,
- Ciertos servicios de atención médica que utilizan, o
- Una necesidad funcional.

Los profesionales de Health Link utilizan coordinación de la atención y otros servicios para ayudar a los miembros con su salud mental y física. Esto incluye:

- Administración integral de la atención (por ejemplo, la creación de planes de coordinación y de tratamiento)
- Coordinación de la atención (por ejemplo, servicios de extensión proactivos y seguimiento con los proveedores de atención primaria y los proveedores de salud mental)
- Fomento de la salud (por ejemplo, la educación del paciente y su familia sobre las aptitudes para la vida independiente)
- Cuidado de transición (por ejemplo, participando en el desarrollo de los planes de alta)
- Apoyo para el paciente y la familia (por ejemplo, apoyar la adherencia al tratamiento de salud mental y física)
- Remisión a apoyos sociales (por ejemplo, ayudando a encontrar el acceso a la apoyos en la comunidad, incluida la programación y el seguimiento)

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 una prueba para la detección del cáncer cervical (del cuello del útero) y otros problemas.

Las mujeres también deben hacerse mamografías como parte de sus chequeos médicos de rutina para la mujer. 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 beneficios de mamografía para detección se ofrecen a:

- Las mujeres de 35 a 40 años de edad, como mínimo una vez
- Las mujeres de 40 a 50 años de edad, cada 2 años o más a menudo si su doctor le dice que lo necesita
- Las mujeres de 50 años o más, cada año

Los chequeos médicos de rutina de la mujer se 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/GYN**.

Usted **no** tiene que ir primero a su PCP para poder ir a un doctor OB/GYN. Sin embargo, el doctor OB/GYN 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/GYN 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 **1-800-690-1606** para que le informen si puede continuar acudiendo a ese doctor. Es posible que le pidamos que se cambie a un doctor OB/GYN que esté en nuestro Directorio de Proveedores, siempre y cuando usted no corra riesgo al cambiarse.

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Vaya a **todas** sus consultas con el OB/GYN, 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 o 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 recomiende. **No fume ni beba alcohol mientras está embarazada.**

Si su doctor le receta medicina mientras está embarazada, usted **no** tiene que pagar un 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 del nacimiento de su bebé

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 **TennCare Kids**. Lea más acerca de **TennCare Kids** en las siguientes páginas.

TennCare cubrirá a su bebé cuando nazca.

Importante: Informe a TennCare Connect sobre su bebé tan pronto como sea posible para que pueda asegurarse de que él o ella tenga cobertura. 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 documentos para que le obtengan un número de Seguro Social a su bebé. **Llene esos documentos y envíelos a la oficina del Seguro Social.**
- **Informe a TennCare Connect sobre su bebé en cuanto pueda.** Llámelos al **1-855-259-0701**. Dígalos que ya completó los documentos para el número de Seguro Social de su bebé.

64 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Cuando le llegue por correo la tarjeta del Seguro Social de su bebé, llame otra vez al TennCare Connect. 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 médica preventiva para niños (TennCare Kids – atención médica para su niño y adolescente)

¡Registro, Chequeos y Seguimiento!

TennCare Kids es el nombre del programa de TennCare que tiene la finalidad de mantener sanos a los niños. El nombre federal del programa es EPSDT, pero en Tennessee, es TennCare Kids. 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 TennCare Kids, los chequeos para los menores son **gratuitos** hasta que cumplan 21 años de edad. TennCare Kids también paga toda la atención médica y medicinas necesarias para tratar los problemas descubiertos en el chequeo. Eso incluye problemas médicos, dentales, del habla, de la audición, de la vista y de conducta (problemas psiquiátricos y problemas relacionados con el alcohol y el uso indebido de las 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 TennCare Kids.

Además, 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 TennCare Kids.

Los chequeos de TennCare Kids pueden incluir:

- Antecedentes médicos
- Examen físico completo
- Análisis de laboratorio (si corresponde)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Le hacen un examen de la visión y audición
- Evaluaciones del desarrollo/conducta (según corresponda)
- Consejos sobre cómo mantener saludable a su hijo

Parte 2: Servicios que TennCare paga

Si el PCP (pediatra) de su hijo descubre cualquier problema, TennCare Kids también le proporciona a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, del oído, de la visión 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. A los niños se les deben hacer los chequeos de TennCare Kids:

- 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
- 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
- Poliomiелitis
- Sarampión
- Paperas
- Rubéola (MMR)
- HIB
- Influenza
- Hepatitis A y B
- Varicela
- Neumocócica
- Rotavirus
- Virus del papiloma humano (HPV)
- Meningitis

Consulte los calendarios de vacunas que se encuentra en la Parte 9 de este manual. Se llama TennCare Kids: Vacunas recomendadas 2021 para niños desde el nacimiento hasta los 6 años y Vacunas recomendadas 2021 para niños de 7 a 18 años. 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 TennCare Kids.

Atención dental (de dientes) para niños

Si es menor de 21 años de edad, también tiene un plan dental que se llama **DentaQuest**. El 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 niños menores de 21 años 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 (brackets o frenillos) sólo tiene cobertura si es necesario por razones médicas.

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, a menos que esté en Employment and Community First CHOICES.

Atención de la visión (de los ojos) 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 necesario por razones médicas. Si extravía o rompe las lentes o armazones de los anteojos, los repondremos según sean médicamente necesarios. Su doctor de la vista de UnitedHealthcare Community Plan 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 UnitedHealthcare Community Plan. 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: <https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20161229.pdf>.

O nos puede llamar al **1-800-690-1606** para pedirnos la lista completa.

Algunos servicios sin cobertura son:

1. Los servicios que no son necesarios por razones médicas. 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. Ningún tratamiento médico o de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción) si usted está en una cárcel o en una 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. Servicios que le presta alguien de su familia o cualquier persona que viva en su hogar, con las salvedades de la administración por el consumidor en CHOICES y Employment Community First CHOICES.
20. Las medicinas para:
 - Crecimiento del cabello
 - Fines estéticos
 - Controlar el apetito
 - El 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 son menos eficaces que los
 - 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 alergias que obtiene en la farmacia, incluso aunque tenga una receta.
3. La medicina para tratar el acné y la rosácea.
4. Servicios dentales (excepto los adultos que tienen Employment and Community First CHOICES).
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 de la audición para los adultos de 21 años de edad y mayores.

Parte 3:

Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare (TennCare Long Term Services and Supports, LTSS)

CHOICES

¿Qué es CHOICES?

El Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo TennCare CHOICES (o CHOICES para abreviar) es para adultos (de 21 años en adelante) con una discapacidad física y personas mayores (de 65 años en adelante).

CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propio hogar o en la comunidad. 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**. Estos servicios se pueden proporcionar en el hogar, en el trabajo o en la comunidad para ayudar con las actividades de la vida diaria y permitir que las personas trabajen y participen activamente en su comunidad local. CHOICES también presta atención en una casa de convalecencia si es necesario.

¿Cómo puedo presentar una solicitud para obtener CHOICES?

Si piensa que necesita servicios de atención a largo plazo, llámenos al **1-800-690-1606**. 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, enviaremos a un Coordinador de Atención a su hogar para que haga una evaluación.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

El propósito de la evaluación en su hogar es ayudarlo 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 ayudarlo 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 CHOICES Grupo 2 (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 reciben Medicaid. Y si usted ha estado recibiendo servicios de programas financiados por la Ley de Americanos 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 quiere atención en su hogar, el Coordinador de Atención 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.

Para ver si califica para inscribirse en CHOICES, llámenos al **1-800-690-1606**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Conoce a alguien que no está en TennCare que quiere solicitar CHOICES? Dígale a la persona que llame gratis a la Agencia Local para la Senectud y la Incapacidad (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?

Hay (3) grupos de personas que pueden calificar para inscribirse en CHOICES.

CHOICES Grupo 1 es para personas de todas las edades que reciben atención en una casa de convalecencia. Para estar en CHOICES Grupo 1, 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 documentos 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 CHOICES Grupo 1. 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.

CHOICES Grupo 2 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 CHOICES Grupo 2, 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 CHOICES Grupo 2 posiblemente califique para otros tipos de servicios y apoyos a largo plazo.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de 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 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 CHOICES Grupo 2 y comenzar a recibir servicios de atención en el hogar:

- Es necesario que podamos satisfacer sus necesidades en su hogar 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 CHOICES Grupo 2. 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.

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

- “Correr riesgo” de tener que estar en una casa de convalecencia a menos que reciba cuidados en el hogar
- Y califica para los servicios y apoyos a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos de SSI
- 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 CHOICES Grupo 3 y comenzar a recibir servicios de atención en el hogar:

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

Si no podemos satisfacer sus necesidades con la atención que recibiría en CHOICES Grupo 3, no se puede estar en CHOICES Grupo 3. 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.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Límites en la inscripción en CHOICES Grupo 2

Es posible que no todas las personas que califican para inscribirse CHOICES Grupo 2 puedan inscribirse. CHOICES Grupo 2 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 CHOICES Grupo 2. 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 si 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 CHOICES Grupo 2.

Si no satisface las pautas para plazas reservadas o no hay plazas y califica para inscribirse en CHOICES Grupo 2, lo pondrán en una lista de espera. O bien, puede elegir inscribirse en CHOICES Grupo 1 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 CHOICES Grupo 2 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 y que habrían ido a una casa de convalecencia inmediatamente si no hubiera atención en el hogar más económica). Cuando todas las personas en CHOICES Grupo 2 están por debajo del límite de inscripción y todavía hay plazas, TennCare puede inscribir a personas de la lista según sus necesidades.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿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 **CHOICES Grupo 1** reciben atención en una **casa de convalecencia**.

Las personas que están en **CHOICES Grupo 2** requieren el nivel de cuidados que se prestan en una casa de convalecencia pero reciben **cuidados en el hogar** (o HCBS) en lugar de recibirlos en una casa de convalecencia.

Las personas que están en **CHOICES Grupo 3** reciben **cuidados en el hogar** (o HCBS) para que no tengan que estar en una casa de convalecencia.

A continuación se incluyen los tipos de atención o cuidados en el hogar cubiertos en CHOICES Grupo 2 y Grupo 3. 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.) — Alguien que le ayude con sus necesidades de cuidado personal y apoyo en su hogar, en el trabajo o en la comunidad.
¿Necesita usted este tipo de cuidado personal? 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 por un asistente** (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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 75
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

- **Cuidado diurno para adultos** (hasta 2,080 horas por año natural) — 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 de asistencia** (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 extensiones para alcanzar objetos.
- **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 alojamiento y comidas.
- **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 legislación 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). Los hogares de atención crítica para adultos son ÚNICAMENTE para los miembros del Grupo 2.
- **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 pertenecen al Grupo 2 y necesitan cuidado intermitente durante el día y la noche que no lo puede proporcionar un cuidador al que no se le paga. Y sólo cuando no cuesta más que otros tipos de cuidados en el hogar que serían adecuados para sus necesidades.)
- **Apoyos para Vivir en la Comunidad (CLS)** — Un hogar o departamento compartido donde viven usted y otras 3 personas máximo. La cantidad de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.
- **Apoyos para Vivir en la Comunidad – Modelo Familiar (CLS-FM)** — Un hogar o departamento compartido donde usted y otras 3 personas máximo viven con una familia de acogida capacitada. La cantidad de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.

Coordinación de la atención y la función del Coordinador de Atención

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

Su Coordinador de Atención:

- Le proporcionará información sobre CHOICES y contestará sus preguntas
- 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
- 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 Atención variarán ligeramente según el Grupo de CHOICES en el que usted esté inscrito.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Si recibe atención en una casa de convalecencia en CHOICES Grupo 1, su Coordinador de Atención:

- 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 UnitedHealthcare Community Plan 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 CHOICES Grupo 2 Grupo 3, su Coordinador de Atención:

- Hará una evaluación integral e individual de su salud y de los servicios y necesidades de apoyo a largo plazo, y
- Preparará un **Plan de Apoyo Centrado en la Persona**.

Este es su plan que le ayuda a guiar los servicios y apoyos que recibirá. Su plan de apoyo les dice a las personas que lo apoyarán:

- **Lo que le importa a usted** — las cosas que usted realmente considera importantes
- **Lo que es importante para usted** — los apoyos que necesita para mantenerse sano y seguro, y lograr sus objetivos, y
- **Cómo apoyarlo** para que tenga esas cosas en su vida

Su plan de apoyo debe incluir:

- Sus fortalezas y necesidades
- Los objetivos que desea alcanzar
- Los servicios y apoyos (remunerados y no remunerados) que recibirá para ayudarle a alcanzar sus objetivos
- Con qué frecuencia recibirá esos servicios y apoyos
- Quién se los prestará, y
- Los lugares donde se prestarán los servicios

78 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Su Coordinador de Atención ayuda a desarrollar su plan de apoyo.

Su Coordinador de Atención le ayudará a:

- Identificar los servicios y apoyos que necesita
- Explorar opciones de empleo y formas de ser parte de su comunidad y entablar relaciones
- Decidir qué servicios y apoyos necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos
- Desarrollar y tener acceso a otros servicios y apoyos no pagados de pago que también puedan ayudarlo
- Entender todos los servicios, proveedores y lugares entre los que puede elegir
- Elegir los servicios que recibirá, a su proveedor para cada servicio y los lugares donde recibirá los servicios
- Escribir su plan de apoyo partiendo de sus decisiones, preferencias y necesidades de apoyo, y
- Asegurarse de que usted obtenga los servicios indicados en su plan de apoyo

Su plan de apoyo es muy importante. CHOICES solamente puede pagar los servicios que forman parte de un plan de apoyo aprobado.

También es muy importante cómo se desarrolla su plan de apoyo. Su plan de apoyo se debe desarrollar de manera que asegure que:

- Usted tenga la oportunidad de encabezar el proceso de planificación
- Usted reciba la ayuda que necesita para dirigir el proceso de planificación
- Usted tenga la oportunidad de tomar decisiones y cuente con la información que necesita para tomar esas decisiones
- Usted tenga la ayuda de familiares, amigos, intercesores o cualquier otra persona que elija
- Usted tenga la oportunidad de hablar por sí mismo
- Usted pueda tener a alguien que hable por usted y elegir a esa persona
- Usted tenga y utilice un intérprete si el idioma que habla o entiende no es Inglés

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Su plan de apoyo también se debe desarrollar de una manera que asegure que:

- Si usted lo desea, pueda hablar con su Coordinador de Atención antes de la reunión de planificación
- Usted elija a quién invitar a la reunión (y decida si no quiere que alguien asista)
- La reunión de planificación se programe a la hora y en el lugar más conveniente para usted
- Usted tenga la oportunidad de ayudar a elegir a los proveedores de servicios antes de que empiecen los servicios y en cualquier momento durante el año si quieren cambiar de proveedor. UnitedHealthcare Community Plan tratará de asignarle los proveedores que desee. (El proveedor debe tener contrato con su MCO y estar dispuesto y ser capaz de proporcionarle sus servicios).
- Usted pueda, en cualquier momento, elegir dirigir (o dejar de dirigir) todos o algunos de los servicios que forman parte de la Administración por el Consumidor
- Usted firme su plan de apoyo
- Y, todos quienes proporcionarán servicios y apoyos (pagados y no pagados) firmen su plan de apoyo indicando que se comprometen a poner en práctica su plan tal como está escrito

Su plan de apoyo por lo general tiene vigencia por un año. Pero usted puede pedir que se cambie su plan de apoyo en cualquier momento durante el año si sus necesidades cambian o su situación cambia.

Su Coordinador de Atención también:

- Se asegurará de que su plan de apoyo 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
- 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. Estas visitas pueden ocurrir con más frecuencia si recibe servicios residenciales o según sus necesidades.
- Se asegurará de que los servicios de cuidados en el hogar que recibe se basen en sus metas, necesidades y preferencias y que 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 Atención y cómo comunicarse con él o ella. Si su Coordinador de Atención no será asignado en cuanto se inscriba en CHOICES, le enviaremos una carta que dice cómo comunicarse con la Unidad de Coordinación de Atención para ayuda mientras se le asigna un Coordinador de Atención.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Cómo solicitar una revisión de TennCare

Si está en CHOICES Grupo 2 o Grupo 3, puede pedirle a TennCare que reevalúe sus necesidades o su plan de apoyo si tiene alguna duda y piensa que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare reevaluará la evaluación o el plan de apoyo y la información recopilada por su Coordinador de Atención. 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 explicándoselo.

Para solicitar una reevaluación objetiva de su evaluación de necesidades y su plan de apoyo, envíe una carta.

Cómo solicitar una revisión de TennCare	
	<p>Correo Postal:</p> <p>TennCare Division of Long Term Services and Supports c/o CHOICES Review 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243</p> <p>Guarde una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió a TennCare.</p>
	<p>Fax: 1-615-532-9140</p> <p>Conserve la hoja que dice que su fax fue transmitido.</p>

Cómo cambiar de Coordinador de Atención

Si no está a gusto con su Coordinador de Atención y quiere uno diferente, nos puede pedir que lo cambiemos. Le podemos asignar a otro Coordinador de Atención si hay uno que pueda atenderlo. Eso no significa que usted puede elegir a quien desee para que sea su Coordinador de Atención. 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 Atención diferente, llámenos al **1-800-690-1606**. Díganos por qué quiere cambiar de Coordinador de Atención. Si no le podemos asignar a un nuevo Coordinador de Atención, le diremos por qué. Y, le ayudaremos a resolver cualquier problema o duda que tenga con su Coordinador de Atención.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Puede haber ocasiones en que tendremos que cambiar su Coordinador de Atención. Eso puede ocurrir si su Coordinador de Atención ya no trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, 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 Atención y cómo comunicarse con él o ella.

Si está en CHOICES, se puede comunicar con su Coordinador de Atención 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 Atención 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 **1-800-690-1606**.

Representante del Consumidor en CHOICES

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

- Proporcionar información sobre el programa CHOICES
- Ayudarlo a entender cómo funcionan las cosas en UnitedHealthcare Community Plan, por ejemplo cómo presentar una queja, cómo cambiar de Coordinador de Atención o conseguir la atención que necesite
- Remitirlo al personal apropiado de UnitedHealthcare Community Plan
- Ayudarlo a resolver problemas con su atención

Para hablar con el Defensor del Consumidor de CHOICES en UnitedHealthcare Community Plan, llame al **1-800-690-1606**. 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 CHOICES Grupo 2 o CHOICES Grupo 3. (Consulte **¿Quién puede calificar para inscribirse en CHOICES?**)

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

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 Atención.

Para recibir cuidados en su hogar o en la comunidad, debemos ser capaces de satisfacer con seguridad sus necesidades en ese lugar. Y, para CHOICES Grupo 2, 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 CHOICES Grupo 3, 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 dependerán de sus necesidades.

¿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 Atención 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.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Verificación electrónica de visitas

La ley federal dice que cualquier persona que preste ciertos tipos de atención pagada por Medicaid DEBE usar un sistema electrónico para registrar sus servicios. Esto se llama EVV (la sigla en inglés de Verificación Electrónica de Visita). Algunos de los servicios en CHOICES deben usar EVV. El sistema EVV recopila y registra información cada vez que su trabajador lo visita para prestarle servicios de atención. La ley dice que se **DEBE usar un sistema EVV Para registrar TODAS estas cosas:**

- Su nombre (el nombre de la persona que recibió la atención)
- El servicio que recibió
- El nombre de su trabajador (el nombre de la persona que le prestó servicios de atención)
- La fecha en que recibió la atención
- Dónde fue atendido
- La hora en que empezó
- La hora en que terminó

TODA esta información debe registrarse electrónicamente en el momento de CADA servicio que reciba. De lo contrario, es posible que UnitedHealthcare Community Plan no pueda pagar la atención que reciba.

UnitedHealthcare Community Plan puede proporcionarle una tableta para que la usen sus trabajadores. Si lo hacemos, es importante que mantenga cargada su tableta y lista para sus trabajadores. No debe usarla por otras razones.

Si no quiere una tableta, sus trabajadores pueden usar un teléfono inteligente o un teléfono en su hogar. Pero, **para cumplir con la ley federal, DEBEN registrar su llegada y salida CADA vez que vayan a su casa.** Recuérdeles a sus trabajadores que deben usar el sistema EVV cuando vayan a su casa todos los días. De lo contrario, es posible que TennCare no pueda pagar su atención.

Uso de Proveedores de Servicios y Apoyos de Largo Plazo que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan

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 myuhc.com/CommunityPlan. O llámenos al **1-800-690-1606** 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 todas las semanas. También puede llamarnos al **1-800-690-1606** para saber si un proveedor está en nuestra red.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

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 UnitedHealthcare Community Plan.

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. en CHOICES 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 CHOICES Grupo 2 y está inscrito en ese grupo).

En Administración por el Consumidor, usted es la persona que 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:

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

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
- Asegurarse de que sus trabajadores registren su llegada y salida utilizando un sistema EVV cada vez que trabajen
- Asegurar que sus trabajadores le proporcionen 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 respaldo cuando sea necesario

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿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:
 - Escribir las descripciones de las funciones;
 - Ayudarles a usted y a sus trabajadores con los trámites y la capacitación;
 - Programar a los trabajadores de acuerdo con su plan de atención; y
 - Crear un plan de emergencia inicial para cuando un trabajador no se presente a trabajar.

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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 87
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

El tipo y la cantidad de cuidados que usted recibirá dependen de lo que usted necesita. Esos servicios se enumeran en su plan de apoyo. 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 apoyo.

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 UnitedHealthcare Community Plan 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 relacionados por matrimonio.
- 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 apoyo.

Si usted está en CHOICES y necesita servicios que pueden ser administrados por el consumidor, su Coordinador de Atención le explicará sobre Administración por el Consumidor. Si quiere estar en Administración por el Consumidor, su Coordinador de Atención 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 apoyo por medio de un proveedor que trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, 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.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

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 UnitedHealthcare Community Plan.

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 actividades de rutina como tomarse los medicamentos de 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 favor, hable con su Coordinador de Atención 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. Esto se llama “responsabilidad del paciente”. La cantidad que usted paga depende de sus ingresos. Si usted tiene responsabilidad del paciente, en CHOICES usted **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 UnitedHealthcare Community Plan.

¿Tiene cuentas médicas de atención médica que recibió antes de que comenzara su TennCare? Esto incluye atención en una casa de convalecencia o copagos o deducibles de Medicare.

O bien, ¿tiene cuentas médicas por atención médica que recibió después de que TennCare comenzó, pero que TennCare no cubre? Esto incluye anteojos, aparatos para sordera y atención dental para adultos.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Es posible que podamos restar esas facturas de la responsabilidad del paciente que usted debe cada mes. Esto significa que su responsabilidad del paciente será menos. (Incluso podría ser cero). Continuaremos restando esas cuentas hasta que hayamos restado el costo total de sus cuentas médicas.

Esas cuentas deben ser por atención médica que usted recibió en los 3 meses anteriores al mes en que presentó su solicitud de TennCare. Por ejemplo, si presenta su solicitud de TennCare en abril, las facturas deben ser de enero, febrero, marzo.

Pueden ser facturas que usted ya pagó. O pueden ser facturas que aún no ha pagado. Pero la expectativa es que las pague. (Es decir, no tiene otro seguro que las pague). ¿Qué sucede si un miembro de la familia o alguna otra persona pagó esas cuentas? Envíelas únicamente si esa persona espera que usted le pague.

Si tiene facturas médicas de ese tipo, envíelas a TennCare. Hay 2 maneras de enviarlas.

Por correo a:



TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

Por fax al:



1-855-315-0669

En cada hoja que envíe, no se olvide de escribir “para responsabilidad del paciente” e incluir su nombre y número de seguro social.

¿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, UnitedHealthcare Community Plan 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.

90 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

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 Atención 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 Atención. Su Coordinador de Atención le dará información importante que le ayudará a tomar decisiones sobre cómo recibir los servicios y apoyos de largo plazo que usted necesita.

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 Atención entre a su hogar. Si un Coordinador de Atención 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 apoyo se identifican como servicios requeridos

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 Atención 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.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

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 Atención colaborará con usted para tratar de armar un plan de apoyo 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 Atención le ayudará a mudarse a la casa de convalecencia (que trabaja con UnitedHealthcare Community Plan) 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 CHOICES Grupo 3. 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.

Defensor para Atención a Largo Plazo

El programa de Defensor de 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 Defensor de Atención a Largo Plazo no trabaja para el centro, el Estado ni UnitedHealthcare Community Plan. De esta manera pueden ser justos y objetivos en la resolución de problemas y quejas.

El Defensor 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 Defensor de Atención a Largo Plazo o para comunicarse con el Defensor 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**.

Defensor para las personas que reciben apoyos de vida comunitaria en CHOICES

Los apoyos de vida comunitaria son servicios para personas que ya no pueden vivir solas, pero que no cuentan con una familia que pueda brindarles la ayuda que necesitan. Si está en CHOICES y quiere apoyos de vida comunitaria, tendrá un defensor (Ombudsman) que lo ayude. Este Defensor trabaja para la Agencia Local para la Senectud y la Incapacidad (Area Agency on Aging and Disability, AAAD). UnitedHealthcare Community Plan les dará su nombre y lo llamarán.

El Defensor le puede ayudar con lo siguiente:

- Entender sus derechos y responsabilidades. Esto incluye su derecho a decidir si desea estos servicios, quién le presta los servicios, dónde vive y con quién vive.
- Ejercer sus derechos cuando necesite ayuda
- Corregir problemas de calidad u otros problemas que no pueda solucionar con su proveedor o su plan de seguro médico
- Comunicarse con otros lugares que puedan ayudarlo cuando lo necesite
- Comprender, identificar e informar abuso, negligencia o explotación

Employment and Community First CHOICES

¿Qué es Employment and Community First CHOICES?

Employment and Community First CHOICES es para personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD). Esto incluye a las personas que tienen discapacidades considerables.

Los servicios ayudan a las personas con I/DD a lograr la mayor independencia posible. Las personas reciben apoyo para vivir con su familia o en la comunidad, no en una institución. Se ofrecen servicios residenciales para adultos con I/DD que no viven con la familia pero necesitan apoyo donde viven.

Employment and Community First CHOICES puede ayudar a la persona con I/DD a explorar la posibilidad de trabajar. Los servicios también pueden ayudar a las personas a aprender habilidades para el trabajo, encontrar un trabajo y conservar un trabajo. Esto podría ser un trabajo a tiempo parcial, un trabajo a tiempo completo o trabajo por cuenta propia. Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades, conocer nuevas personas y desempeñar un papel importante en su comunidad. El trabajo también puede ayudar a las personas a conservar la salud y generar confianza en sí mismas.

Otros servicios ayudan a las personas a aprender y hacer cosas en el hogar y en la comunidad que les ayudan a lograr sus objetivos. Si una persona vive en casa con su familia, los servicios ayudan a su familia a apoyar a la persona para que sea lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a involucrarse activamente en su comunidad e incluyen apoyo entre pares para la persona y su familia.

UnitedHealthcare Community Plan es su plan de seguro médico de TennCare. A veces se nos conoce como **MCO**, que es la sigla en inglés de Organización de Atención Médica Administrada. Le ayudaremos a obtener los servicios que necesita en Employment and Community First CHOICES. También le ayudaremos con su atención médica física o conductual (salud mental, alcoholismo y abuso de drogas).

Su Coordinador de Apoyo

En Employment and Community First CHOICES, usted tendrá un Coordinador de Apoyo. Usted debe saber quién es su Coordinador de Apoyo y cómo comunicarse con él o ella. Él o ella le ayudará a obtener los servicios de atención médica, atención mental y de apoyo que le sean más necesarios para vivir en la comunidad y ayudarle a alcanzar sus objetivos.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿No está seguro quién es su Coordinador de Apoyo o cómo comunicarse con él o ella?

Nos puede llamar al **1-800-690-1606**.

Si desea elegir un nuevo Coordinador de Apoyo, llámenos al **1-800-690-1606**. Eso no significa que usted puede elegir a quien desee para que sea su Coordinador de Apoyo. UnitedHealthcare Community Plan debe satisfacer las necesidades de todos los que están en el programa y asignar el personal de una manera que nos permita hacerlo. Si llama, díganos por qué quiere cambiar de Coordinador de Apoyo. Si no le podemos asignar un nuevo Coordinador de Apoyo, le diremos por qué. Y, trataremos cualquier problema o queja que tenga con su Coordinador de Apoyo.

Puede haber ocasiones en que UnitedHealthcare Community Plan tenga que cambiar su Coordinador de Apoyo. Esto puede suceder si su Coordinador de Apoyo ya no trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, está fuera por un tiempo o tiene demasiados miembros para atenderlos como es debido. Si eso ocurre, UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta que dice quién será su nuevo Coordinador de Apoyo y cómo comunicarse con él o ella.

Usted puede comunicarse con su Coordinador de Apoyo en cualquier momento que tenga una pregunta o queja acerca de sus servicios y apoyos. No es necesario esperar hasta que lo visiten o lo llamen. Usted debe llamar a su Coordinador de Apoyo en cualquier momento que cambie su estado de salud o cualquier otra cosa que pudiera afectar el tipo o la cantidad de atención que recibe. ¿Y si necesita ayuda después del horario normal de atención que no puede esperar hasta el día siguiente? Puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-690-1606**.

Defensor de Miembros para Employment and Community First CHOICES

Además de su Coordinador de Apoyo, hay otra persona en UnitedHealthcare Community Plan para ayudarlo. Esta persona es el Defensor de Miembros para Employment and Community First CHOICES. Su Defensor de Miembros puede:

- Proporcionarle información y responder a preguntas sobre Employment and Community First CHOICES
- Ayudarlo a resolver problemas con sus servicios y apoyos
- Ayudarlo a presentar una queja, solicitar un cambio de Coordinador de Apoyo u obtener los servicios y apoyos que necesita
- Ayudarlo a hablar con el personal apropiado de UnitedHealthcare Community Plan

Para comunicarse con el defensor de miembros de UnitedHealthcare Community Plan para Employment and Community First CHOICES, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-690-1606**. Pida hablar con el Defensor de Miembros para Employment and Community First CHOICES.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Su plan de apoyo centrado en la persona

En Employment and Community First CHOICES, usted debe contar con un plan de apoyo centrado en la persona o (PCSP es la sigla que usan en inglés, pero para acortar, lo llamaremos “plan de apoyo”). Este es su plan que le ayuda a guiar los servicios y apoyos que recibirá. Su plan de apoyo le dice a las personas que lo apoyarán:

- **Lo que le importa a usted** — las cosas que usted realmente considera importantes;
- **Lo que es importante para usted** — los apoyos que necesita para mantenerse sano y seguro, y lograr sus objetivos; y
- **Cómo apoyarlo** para que tenga esas cosas en su vida.

Su plan de apoyo debe incluir:

- Sus fortalezas y necesidades
- Los objetivos que desea alcanzar
- Los servicios y apoyos (remunerados y no remunerados) que recibirá para ayudarle a alcanzar sus objetivos
- Con qué frecuencia recibirá esos servicios y apoyos
- Quién se los prestará y
- Los lugares donde se prestarán los servicios

Su Coordinador de Atención ayuda a desarrollar su plan de apoyo. Le ayudarán a:

- Identificar los servicios y apoyos que necesita
- Explorar opciones de empleo y formas de ser parte de su comunidad y entablar relaciones
- Decidir qué servicios y apoyos necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos
- Desarrollar y tener acceso a otros servicios y apoyos no pagados de pago que también puedan ayudarlo
- Entender todos los servicios, proveedores y lugares entre los que puede elegir
- Elegir los servicios que recibirá, a su proveedor para cada servicio y los lugares donde recibirá los servicios
- Escribir su plan de apoyo partiendo de sus decisiones, preferencias y necesidades de apoyo y
- Asegura que usted reciba los servicios indicados en su plan de apoyo

Su plan de apoyo y cómo se desarrolla es muy importante. Employment and Community First CHOICES sólo puede pagar por los servicios cubiertos que son parte de un plan de apoyo aprobado.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Su plan de apoyo se debe desarrollar de manera que asegure que:

- Usted tenga la oportunidad de encabezar el proceso de planificación
- Usted reciba la ayuda que necesita para dirigir el proceso de planificación
- Usted tenga la oportunidad de tomar decisiones y cuente con la información que necesita para tomar esas decisiones
- Usted tenga la ayuda de familiares, amigos, intercesores o cualquier otra persona que elija
- Usted tenga la oportunidad de hablar por sí mismo
- Usted pueda tener a alguien que hable por usted y elegir a esa persona
- Usted tenga y utilice un intérprete si el idioma que habla o entiende no es Inglés

Su plan de apoyo también se debe desarrollar de una manera que asegure que:

- Si usted lo desea, pueda hablar con su Coordinador de Apoyo antes de la reunión de planificación
- Usted elija a quién invitar a la reunión (y decida si **no** quiere que alguien asista)
- La reunión de planificación se programe a la hora y en el lugar más convenientes para usted
- Usted tenga la oportunidad de ayudar a elegir a los proveedores de servicios **antes** de que empiecen los servicios y en cualquier momento durante el año si quieren cambiar de proveedor. UnitedHealthcare Community Plan tratará de asignarle los proveedores que desee. (El proveedor debe tener contrato con su MCO y estar dispuesto y ser capaz de proporcionarle sus servicios).
- Usted pueda, en cualquier momento, elegir dirigir (o dejar de dirigir) todos o algunos de los servicios que forman parte de la Administración por el Consumidor
- Usted firme su plan de apoyo
- Y, todos quienes proporcionarán servicios y apoyos (pagados y no pagados) firmen su plan de apoyo indicando que se comprometen a poner en práctica su plan tal como está escrito

Su plan de apoyo por lo general tiene vigencia por un año. Pero usted puede pedir que se cambie su plan de apoyo en cualquier momento durante el año si sus necesidades cambian o su situación cambia.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Qué servicios están cubiertos en Employment and Community First CHOICES?

Los servicios que puede recibir en Employment and Community First CHOICES dependen del grupo de beneficios en el que se encuentra. **Hay cinco grupos de beneficios:**

- 1. Apoyos Esenciales para la Familia** o “servicios de Apoyo Familiar” para abreviar. (A esto a veces se llama “Grupo 4”). Los servicios de Apoyo para la Familia son únicamente para las personas que viven en casa con su familia. Los servicios le ayudarán a planificar y conseguir un trabajo y vivir de la manera más independientemente posible en la comunidad. Le ayudarán a hacer las cosas que desea hacer en la comunidad, para ayudar a entablar relaciones y alcanzar sus objetivos. También ayudarán a su familia a apoyarlo en la planificación y logro de sus metas.

El costo total de los servicios de Apoyo para la Familia que usted recibe no puede ser más de \$15,000 cada año. Este es su límite anual o “límite de costos”. Comienza el 1st de enero de cada año y termina el 31st de diciembre de cada año. Solamente en Apoyos Esenciales para la Familia su límite de costos no incluye el costo de ninguna Modificación Menor a su Hogar. Tampoco contaremos el costo de Apoyo entre Familias. Para obtener más información sobre estos y otros servicios, lea la tabla al final de estas páginas del manual.

- 2. Apoyos Esenciales para Trabajar y Vivir de Manera Independiente** o “servicios de Apoyo Esencial” para abreviar. (A esto a veces se llama “Grupo 5”). Estos servicios son únicamente para adultos de 21 años de edad y mayores.³ Le ayudarán a conseguir o conservar un trabajo y vivir de la manera más independientemente posible en la comunidad. Le ayudarán a hacer las cosas que desea hacer en la comunidad, para ayudar a entablar relaciones y alcanzar sus objetivos.

El costo total de los servicios de Apoyo Esencial que usted reciba no puede ser más de \$30,000 cada año. Este es su límite anual o “límite de costos”. Comienza el 1º de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Qué debe hacer si tiene una emergencia y necesita más servicios para permanecer en la comunidad? Es posible que pueda obtener más servicios de Apoyos Esenciales para ese año. Pero no pueden costar más de \$6,000.

También puede exceder su límite para recibir servicios de empleo O si necesita más ayuda por un corto tiempo para hacer la transición de manera segura a vivir en la comunidad. Aparte de esto, nadie puede recibir más de \$36,000 en servicios de Apoyo Esencial por año natural.

³ Caso por caso, TennCare podrá otorgar una excepción para permitir que un adulto de dieciocho (18) a veinte (20) años de edad con una I/DD que no vive en casa con su familia, incluidos los adultos jóvenes con una I/DD que se están transfiriendo fuera de la custodia del Estado, se inscriba en el Grupo 6, si cumple los criterios de elegibilidad

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

- 3. Apoyos Integrales para Trabajar y Vivir en la Comunidad** o “Servicios de Apoyo Integral” para abreviar. (A esto a veces se llama “Grupo 6”). Estos servicios son únicamente para los adultos de 21 años de edad y mayores que calificarían para recibir atención en una casa de convalecencia.⁴ (Pero estos servicios se proporcionan en la comunidad). Le ayudarán a conseguir o conservar un trabajo y vivir de la manera más independientemente posible en la comunidad. Le ayudarán a hacer las cosas que desea hacer en la comunidad, para ayudar a entablar relaciones y alcanzar sus objetivos.

Usted tendrá un límite (o “límite de costos”) en el costo total de los servicios de Apoyo Integral que puede recibir cada año. Su límite de costos anual se basa en una evaluación de su “nivel de necesidad”. Su “nivel de necesidad” nos dice la cantidad de apoyo que necesita. Para todas las personas que estén en el grupo de servicios de Apoyo Integral (Grupo 6 de CHOICES) se hará la evaluación de su “nivel de necesidad.” La evaluación no la hace TennCare ni su plan de seguro médico.

Nivel de necesidad evaluado	
Si la evaluación indica que su nivel de necesidad es bajo :	tendrá un límite de costos de \$45,000 cada año.
Si la evaluación indica que su nivel de necesidad es moderado :	tendrá un límite de costos de \$67,500 cada año.
Si la evaluación indica que su nivel de necesidad es alto :	tendrá un límite de costos de \$88,250 cada año.

El costo total de los servicios de Apoyo Integral que usted reciba no puede ser más que su límite de costos cada año. Comienza el 1º de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Qué debe hacer si tiene una emergencia y necesita más servicios para permanecer en la comunidad? SOLO si tiene un nivel de necesidad bajo, moderado o alto, es posible que pueda recibir más servicios de Apoyos Integrales para ese año. Pero no pueden costar más de \$7,500.

Solo si tiene un nivel de necesidad bajo, moderado o alto, es posible que también pueda superar su límite para recibir servicios de empleo. A excepción de estos, nadie puede obtener servicios de Apoyo Integral que cuestan más que su límite de costo cada año.

⁴ Caso por caso, TennCare podrá otorgar una excepción para permitir que un adulto de dieciocho (18) a veinte (20) años de edad con una I/DD que no vive en casa con su familia, incluidos los adultos jóvenes con una I/DD que se están transfiriendo fuera de la custodia del Estado, se inscriba en el Grupo 6, si cumple los criterios de elegibilidad

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Únicamente si la evaluación indica que tiene necesidades médicas y/o conductuales excepcionales: usted tendrá un límite de costos más alto. La cantidad se basa en el costo anual promedio de la atención médica en una institución que usted tendría derecho a recibir.

- Si usted tiene una **discapacidad intelectual**: Su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual) privado.
- Si tiene una **discapacidad del desarrollo**: Su límite de costos se basa en el costo promedio anual de la atención médica en una casa de convalecencia **más** el costo promedio de los servicios especiales que requeriría una persona con una discapacidad del desarrollo en un centro de convalecencia.

Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que usted recibirá los servicios en un ICF/IID o en una casa de convalecencia. Employment and Community First CHOICES presta servicios **en la comunidad**. Estas cantidades se utilizan para establecer el límite anual del costo total de los servicios de apoyo que usted puede recibir en la comunidad o sea, su límite de costos (pero **únicamente** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de costos se basa en el costo de la atención médica en un ICF/IID o en una casa de convalecencia, cualquier servicio de atención médica en el hogar o de enfermería privada que TennCare pague **también se contará** contra su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan contra su límite de costos. Con la **excepción** de los servicios de atención médica en el hogar o de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no cuentan contra el límite de costos.

TennCare obtendrá su evaluación y le dirá su límite de costos. Si tiene alguna pregunta, consulte a su Coordinador de Apoyo.

4. **Apoyos Familiares Conductuales Intensivos** (Esto a veces se llama “Grupo 7.”)

Este grupo es para una pequeña cantidad de menores de 21 años que viven con su familia y tienen I/DD y grandes necesidades de apoyo conductual que ponen al niño u otras personas en riesgo de sufrir daños graves. Los comportamientos son tan problemáticos que el menor corre el riesgo de que lo coloquen fuera de su hogar. Este grupo recibe tratamiento de salud mental y otros servicios en su hogar **con su familia**. (La familia debe estar dispuesta a ser parte del tratamiento del niño). Los servicios capacitarán y apoyarán a su familia para apoyar al menor a fin de que puedan seguir viviendo juntos sin riesgos.

Su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual) privado. Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que usted recibirá los servicios en un ICF/IID. Employment and Community First CHOICES presta servicios **en la comunidad**. Estas cantidades se utilizan para establecer el límite anual del costo total de los servicios de apoyo que usted puede recibir en la comunidad o sea, su límite de costos (pero **únicamente** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 101
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Cualquier atención médica en el hogar o de enfermería privada que TennCare pague además **contará** contra su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan contra su límite de costos. Con la excepción de los servicios de atención médica en el hogar o de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no cuentan contra el límite de costos.

TennCare le dirá su límite de costos. Si tiene alguna pregunta, consulte a su Coordinador de Apoyo.

5. Apoyos Conductuales Integrales para Trabajar y Vivir en la Comunidad

(Esto a veces se llama “Grupo 8.”)

Este grupo es para una pequeña cantidad de adultos que tienen una discapacidad intelectual y/o del desarrollo (I/DD) y grandes necesidades de apoyo conductual y se están mudando a la comunidad de un lugar con mucha estructura y supervisión. Esto podría ser un hospital de salud mental, el sistema de cuidado de crianza (foster), la cárcel o una casa de convalecencia. Estos servicios son **en su mayoría** para adultos de 21 años de edad y mayores. Pero a veces una persona de 18 a 20 años también puede recibirlos. Combinan servicios residenciales de 24/7 con tratamiento y apoyo de salud mental. Las personas suelen estar en este grupo a corto plazo. Una vez que la persona esté estable en la comunidad, se trasladará a un grupo de beneficios diferente que pueda satisfacer sus necesidades de manera segura.

- Para el primer año, su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual) privado
- Para el segundo año y cada año después, su límite de costo se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID privado

Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que usted recibirá los servicios en un ICF/IID. Employment and Community First CHOICES presta servicios **en la comunidad**. Estas cantidades se utilizan para establecer el límite anual del costo total de los servicios de apoyo que usted puede recibir en la comunidad o sea, su límite de costos (pero **únicamente** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de costos se basa en el costo de la atención médica en un ICF/IID o en una casa de convalecencia, cualquier servicio de atención médica en el hogar o de enfermería privada que TennCare pague **también se contará** contra su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan contra su límite de costos. Con la **excepción** de los servicios de atención médica en el hogar o de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no cuentan contra el límite de costos.

TennCare obtendrá su evaluación y le dirá su límite de costos. Si tiene alguna pregunta, consulte a su Coordinador de Apoyo.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Para el primer año que esté en Employment and Community First CHOICES, su límite del costo se “prorrata”. Esto significa que su límite de costos anual se dividirá entre los 365 días de un año y luego se multiplicará por la cantidad de días que usted esté en el programa ese año.

Independientemente de cuánto sea su límite de costos, **no** significa que usted vaya a recibir servicios hasta la cantidad del límite de costos. Employment and Community First CHOICES sólo pagará los servicios que usted tiene que recibir para satisfacer sus necesidades en el hogar o en su comunidad. Esto incluye los servicios que necesita para trabajar, vivir lo más independientemente posible, formar parte de su comunidad y alcanzar sus objetivos. Nosotros le ayudaremos a utilizar o desarrollar “apoyos naturales” cuando pueda. Estas son personas que pueden ayudar a proporcionar el apoyo que necesita sin que se les pague —como familiares, amigos y compañeros de trabajo. El aprovechamiento de apoyos naturales puede ayudarle a entablar relaciones y formar parte de su comunidad.

Los servicios que usted reciba en Employment and Community First CHOICES no sustituirán el apoyo que usted reciba de amigos y familiares ni los servicios que ya recibe. Si recibe ayuda de programas de la comunidad, servicios pagados por Medicare u otro seguro o si uno de los miembros de su familia le ayuda con su manutención, no queremos reemplazar eso con servicios pagados a través de Employment and Community First CHOICES. En su lugar, sus servicios en Employment and Community First CHOICES colaborarán con el apoyo que ya recibe para ayudarle a lograr sus objetivos de empleo y vida en la comunidad. Queremos proporcionar servicios de la manera más productiva posible. Esto permitirá que más personas que necesitan apoyo obtengan ayuda. Así es como el programa fue diseñado con aportes de las personas que necesitan servicios y sus familias.

¿Y si sus necesidades cambian y necesita más apoyo? Informe a su Coordinador de Apoyo. Su Coordinador de Apoyo le ayudará a repasar su plan de apoyo. Podría recibir diferentes servicios dependiendo de cómo hayan cambiado sus necesidades.

¿Y si necesita servicios que cuestan más que su límite anual o usted piensa que debería calificar para un límite de costos mayor? Puede solicitar una nueva evaluación. Si la evaluación demuestra que sus necesidades han cambiado, su límite de costos también podría cambiar. Sin embargo, no podrá recibir servicios que cuesten más de lo que su evaluación dice que necesita.

Cómo solicitar una revisión de TennCare

Si está en cualquiera de los grupos de Employment and Community First CHOICES, puede pedirle a TennCare que revise su evaluación de necesidades o su plan de apoyo si usted piensa que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare revisará la evaluación o plan de apoyo y la información recabada por su Coordinador de Atención. Si TennCare decide que usted tiene la razón, ellos colaborarán con UnitedHealthcare Community Plan 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 revisión objetiva de su evaluación de necesidades o plan de apoyo, puede enviar una solicitud por escrito a:

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 103
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Cómo solicitar una revisión de TennCare	
	<p>Correo Postal:</p> <p>TennCare Division of Long Term Services and Supports c/o CHOICES Review 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243</p> <p>Guarde una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió a TennCare.</p>
	<p>Fax: 1-615-532-9140</p> <p>Conserve la hoja que dice que su fax fue transmitido.</p>

Usted también tiene el derecho de presentar una apelación. Estos son algunos de sus derechos de apelación:

- Usted puede apelar si piensa que una evaluación realmente no está en línea con sus necesidades y cree que debería recibir más servicios o servicios diferentes
- Puede apelar si no está de acuerdo con los servicios dispuestos en su plan de apoyo
- Puede apelar si un servicio cubierto que usted quiere y necesita no está en su plan de apoyo
- Puede apelar si le niegan la petición de que se haga un cambio en su plan de apoyo o si su plan de apoyo no cambia lo suficiente para satisfacer sus necesidades
- Y, puede apelar si un servicio está en su plan de apoyo aprobado, pero usted no lo recibe o hay una demora en recibirlo

Si presenta una apelación, eso no significa que recibirá los servicios que desea. Pero, TennCare examinará otra vez lo que está pidiendo. Si TennCare está de acuerdo en que el servicio está cubierto y que usted lo necesita, usted recibirá el servicio.

¿Y si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que usted no lo necesita? Es posible que le den una audiencia imparcial. Para tener una audiencia imparcial, el servicio o los servicios que desea deben estar cubiertos en el grupo de beneficios de Employment and Community First al que usted pertenece. Eso incluye cualquier límite en el servicio o los servicios y en el costo total de los servicios que usted puede recibir, es decir su límite de costos anual.

TennCare sólo puede pagar los servicios que están cubiertos en el grupo de beneficios de Employment and Community First al que usted pertenece. Si un servicio no está cubierto o si usted quiere una cantidad mayor de un servicio que está cubierto, TennCare no lo puede pagar.

104 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Si presenta una apelación para conservar un servicio que ha estado recibiendo, es posible que pueda conservarlo durante la apelación. Para continuar recibiendo un servicio durante su apelación, debe ser un beneficio cubierto. Y, usted debe tener un plan de apoyo aprobado. TennCare solamente puede pagar los servicios que forman parte de un plan de apoyo aprobado.

Usted no puede recibir un servicio durante su apelación:

- Si el servicio no está cubierto
- Si usted no tiene un plan de apoyo aprobado que incluye el servicio
- O bien, si desea comenzar a recibir un nuevo servicio

Hay 3 maneras de presentar una apelación

	<p>Correo Postal: Puede enviar una hoja de apelación o una carta referente a su problema a:</p> <p>TennCare Member Medical Appeals P.O. Box 000593 Nashville, TN 37202-0593</p> <p>Puede obtener una hoja para apelación en nuestra página de Internet. Visite tn.gov/tenncare. Haga clic en “Members/Applicants” y luego en “How to file a medical appeal”. O, para que TennCare le envíe una hoja de apelación por correo, llámelos gratis al 1-800-878-3192.</p>
	<p>Fax: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al 1-888-345-5575.</p>
	<p>Llame a: Puede llamar gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 1-800-878-3192. Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 4:30 p.m., horario del Centro.</p>

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Servicios cubiertos en Employment and Community First CHOICES

Los tipos de servicios de apoyo cubiertos en Employment and Community First CHOICES se enumeran en una tabla al final de estas páginas del manual. Algunos de estos servicios tienen límites. Esto significa que TennCare solamente pagará cierta cantidad de esos servicios. La tabla indica cómo le puede ayudar cada servicio, cuáles grupos de beneficios lo cubren y los límites de ese servicio. Si tiene alguna pregunta acerca de un servicio, pregúntele a su Coordinador de Apoyo.

Apoyos para el empleo

Hay muchos tipos de servicios diferentes para ayudarle a obtener y conservar un trabajo.

Le ayudarán a:

- Decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían agrandar y para los cuales podría ser bueno
- Probar ciertos trabajos para ver cómo son y lo que necesita hacer para prepararse para esos trabajos
- Escribir un plan para conseguir un trabajo (o abrir su propio negocio) y llevar a cabo ese plan
- Conseguir a un asesor laboral que lo apoye desde que comience su trabajo hasta que pueda hacer el trabajo por sí mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo
- Conseguir un mejor trabajo, ganar más dinero
- Entender el impacto que el dinero que gana trabajando tendrá sobre otros beneficios que recibe, entre ellos el Seguro Social y TennCare

Los servicios de empleo se ofrecen a las personas en edad de trabajar en los tres grupos de beneficios. En Tennessee, la edad laboral comienza a los 16 años.

El objetivo de este programa es empleo “individual, integrado, competitivo”. Esto es lo que significa.

“**Individual**” significa que usted está empleado como individuo y no como parte de un pequeño grupo de personas con discapacidad. Esto no significa que usted no pueda trabajar con otras personas o ser parte de un equipo en su trabajo. También podría “trabajar por cuenta propia”. Esto significa que usted tiene un negocio y trabaja para sí mismo.

“**Integrado**” significa que su trabajo (o su negocio si usted trabaja por cuenta propia) está en la comunidad. Usted trabaja con (o presta servicios a) personas que no padecen discapacidades.

“**Competitivo**” significa que el salario que gana por su trabajo (o de su negocio, después de los gastos) es **por lo menos** el salario mínimo. Y debe ser el mismo salario que se paga a las personas que no tienen discapacidades que hacen el mismo trabajo.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Para algunas personas, un trabajo podría ser trabajo “a la medida”. Esto significa que su proveedor de empleo le ayuda a encontrar o desarrollar un trabajo que es sólo para usted. Él o ella toma en cuenta las cosas que a usted le gustan y para las que es bueno y busca necesidades del empleador que coincidan. Habrá un acuerdo especial entre usted y su empleador para que se satisfagan las necesidades de ambos. Es posible que el empleador acepte cambiar cosas del trabajo para que funcione para usted. Quizás usted haga tan sólo partes de un trabajo, comparta partes del trabajo con otra persona, o haga cosas que nadie más hace. El acuerdo también puede abarcar cosas como:

- Dónde trabaja
- Las horas que trabaja
- Los apoyos que necesita
- Cuánto le pagan

Si usted tiene mayores necesidades de apoyo, “empleo a la medida” puede ayudarle a encontrar un trabajo que sea adecuado para usted.

¿Y si cree que no desea trabajar? Antes de que se decida, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que podrían gustarle y para los que podría ser bueno. Queremos ayudarle a entender los beneficios de trabajar y contestar cualquier pregunta que tenga. Esto se llama **Decisión sobre el Empleo Basada en sus Conocimientos** (Employment Informed Choice). Significa que usted tiene la información que necesita para tomar una buena decisión acerca del trabajo.

Hay 2 servicios que puede obtener para ayudarle a tomar una decisión sobre el empleo basada en sus conocimientos:

- **Exploración** — Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y para los que podría ser realmente bueno visitando lugares de trabajo que coincidan con sus aptitudes e intereses. También le ayuda (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder a sus preguntas sobre el trabajo.
- **Asesoramiento de pares, Empleo y Apoyo de la Comunidad y Navegación** — Orientación y apoyo de otra persona con discapacidad que tiene experiencia y capacitación para ayudar a usted y responder a sus preguntas. Incluye apoyo para ayudarle a:
 - Administrar su plan de apoyo
 - Administrar sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal en Administración por el Consumidor)
 - **Considerar y probar** opciones de empleo o de vida en la comunidad y probarlas

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Tiene entre 16 y 62 años de edad? Debe acuerdo en completar el proceso de Decisión sobre el Empleo Basada en sus Conocimientos antes de que pueda recibir ciertos otros tipos de Apoyos para Vivir de Forma Independiente en la Comunidad. Entonces, puede recibir otros tipos de servicios al mismo tiempo. Estos incluyen:

- **Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad** — Le ayuda a hacer las cosas que desea hacer en la comunidad. Asistir a una clase, inscribirse en un club, ofrecerse como voluntario, adquirir mejor salud o conservar la salud, hacer algo divertido, entablar relaciones y alcanzar sus objetivos.
- **Capacitación en aptitudes de la vida independiente** — Le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de una manera más independiente. Estas aptitudes pueden ayudarle a cuidarse a sí mismo, atender su hogar o manejar su dinero.

Para completar el proceso de Decisión sobre el Empleo Basada en sus Conocimientos, usted debe recibir **por lo menos** el servicio de Exploración. También puede **elegir** recibir el servicio de Apoyo de pares.

¿Y si recibe por lo menos el servicio de Exploración y aún no quiere trabajar en este momento?

Entonces debe firmar una hoja que dice que ha recibido toda la información y aún no quiere trabajar. Luego, si necesita Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad o Capacitación en Aptitudes de la Vida Independiente, los puede obtener. Pero se limitarán a no más de 20 horas a la semana en forma **combinada**. Usted solamente puede recibir estos servicios si **no** recibe servicios residenciales como Apoyos para Vivir en la Comunidad (incluido el Modelo Familiar). Si recibe Apoyos para Vivir en la Comunidad, la ayuda para hacer estas cosas es parte del servicio residencial que recibe.

Administración por el Consumidor

Administración por el Consumidor es una manera de recibir algunos de los tipos de apoyos que necesita en Employment and Community First CHOICES. Administración por el Consumidor le da más opciones y control sobre QUIÉN le brinda apoyo y CÓMO se proporciona ese apoyo.

En Administración por el Consumidor, usted contrata a las personas que le proporcionan algunos de sus servicios de apoyo —trabajan para usted (en lugar de trabajar para un proveedor). Esto significa que usted debe hacer las cosas un empleador haría —como contratar, capacitar, fijar horarios, supervisar e incluso despedir a los trabajadores. También tiene que ser capaz de administrar los servicios que necesita dentro de su presupuesto aprobado para cada servicio.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿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”. Si decide inscribirse en Administración por el Consumidor y necesita un Representante, su Coordinador de Apoyo le dirá quién reúne los requisitos para ser un Representante. La persona que elija no puede recibir pago por prestarle ninguno de sus servicios de apoyo en Administración por el Consumidor. Es importante que elija a alguien que lo conoce muy bien y en quien usted puede confiar.

En Employment and Community First CHOICES, los servicios que puede manejar a través de Administración por el Consumidor son:

- **Asistencia Personal**
- **Atención de Apoyo en el Hogar**
- **Relevo**
- **Transporte en la Comunidad**

Para obtener estos servicios en Administración por el Consumidor, deben estar en su plan de apoyo. El tipo y la cantidad de servicios que recibirá depende de lo que necesite como apoyo y ayuda para alcanzar sus objetivos.

Usted tendrá un presupuesto para cada servicio que elija recibir a través de Administración por el Consumidor. El presupuesto se basará en la cantidad de dicho servicio que su plan de apoyo dice que usted necesita. La mayoría de los servicios tendrán un presupuesto mensual. Esto incluye la Asistencia Personal o Atención de Apoyo en el Hogar. Usted programará a sus trabajadores para que le brinden los apoyos que necesite. Usted solamente puede pagarles a los trabajadores hasta la cantidad de su presupuesto mensual para ese servicio. Asegúrese de no pedirles (ni permitir) que proporcionen más. Si utiliza todo su presupuesto mensual para un servicio en la primera parte del mes, no puede recibir más servicios aprobados por el resto del mes. Si no puede administrar sus servicios dentro de su presupuesto mensual, es posible que no pueda permanecer en Administración por el Consumidor.

El Transporte en la Comunidad también tiene un presupuesto mensual. Usted puede decidir cómo utilizar su presupuesto mensual de transporte para pagar la ayuda que necesita para ir adonde quiere ir.

Si obtiene un relevo a través de administración por el consumidor, tendrá un presupuesto anual (del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de cada año). Puede pagarles a los trabajadores para que proporcionen hasta un total de 216 horas. En Administración por el Consumidor el relevo **solamente** puede ser por hora.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le proporcione atención en Administración por el Consumidor?

Sí. Los trabajadores que contrate pueden ser personas que conoce, incluso miembros de la familia o amigos. Pero TennCare no les pagará a los miembros de la familia u otras personas por proporcionarle apoyo que le habrían dado de forma gratuita. TennCare sólo paga los cuidados para satisfacer necesidades que no pueden ser satisfechas por miembros de la familia u otras personas que lo ayudan. Y usted no puede pagarle a ninguna persona que viva en el hogar con usted para proporcionarle Asistencia Personal, Atención de Apoyo en el Hogar ni Relevo.

Puede decidir si desea inscribirse en Administración por el Consumidor o utilizar a proveedores bajo contrato con UnitedHealthcare Community Plan para la prestación de sus servicios. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento.

Si se inscribe en ECF CHOICES y decide no inscribirse en Administración por el Consumidor, usted recibirá los servicios que necesita a través de proveedores que tienen contrato con UnitedHealthcare Community Plan.

El pago de sus servicios en Employment and Community First CHOICES

Es posible que tenga que pagar una parte del costo de los servicios que reciba en Employment and Community First CHOICES. Esto se llama “responsabilidad del paciente.” La cantidad que usted paga depende de sus ingresos. Usted tendrá responsabilidad del paciente únicamente si tuvo que establecer un fideicomiso conocido como **Qualifying Income Trust (QIT)** para calificar para Medicaid. Algunas veces a un QIT se le llama fideicomiso Miller. Si usted debe responsabilidad del paciente, usted **tiene que** pagar su responsabilidad del paciente en Employment and Community First CHOICES.

Usted pagará su responsabilidad del paciente a su plan de seguro médico, a menos que obtenga Community Living Supports (Apoyos para Vivir en la Comunidad). Su plan de seguro médico le dirá cuánto debe y cómo pagarlo.

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

1. Sus proveedores podrían decidir ya no prestarle servicios en Employment and Community First CHOICES.
2. Y si no paga su responsabilidad del paciente, UnitedHealthcare Community Plan podría decidir no prestarle sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Ellos no pueden satisfacer sus necesidades si no pueden encontrar proveedores dispuestos a darle servicios. Ellos tienen que enviarle una carta que diga por qué ya no le pueden proporcionar estos servicios. Si piensa que están equivocados, usted puede presentar una apelación. En la carta que ellos le manden se le explicará cómo presentar la apelación.

110 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

3. Y si no paga su responsabilidad del paciente, es posible que otros planes de seguro médico de TennCare no estén dispuestos a prestarle servicios en Employment and Community First CHOICES. Si eso ocurre, es posible que no pueda quedarse en Employment and Community First CHOICES. Si no puede quedarse en Employment and Community First CHOICES, TennCare le enviará una carta que dice por qué. Si piensa que estamos equivocados, usted puede presentar una apelación. En la carta se le explicará cómo presentar la apelación.
4. Y si no se puede quedar en Employment and Community First CHOICES, es posible que ya no califique para TennCare. Si la única manera que califica para TennCare es porque recibe servicios en Employment and Community First CHOICES, 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 estamos equivocados.

¿Tiene facturas médicas de atención médica que recibió ANTES de que comenzara su TennCare? Esto incluye atención en una casa de convalecencia o copagos o deducibles de Medicare.

O bien, ¿tiene facturas médicas por atención médica que recibió DESPUÉS de que TennCare comenzó, pero que TennCare no cubre? Esto incluye anteojos, aparatos para sordera y atención dental para adultos.

Es posible que podamos restar esas facturas de la responsabilidad del paciente que usted debe cada mes. Esto significa que su responsabilidad del paciente será menos. (Incluso podría ser cero.) Continuaremos restando esas cuentas hasta que hayamos restado el costo total de sus cuentas médicas.

Esas cuentas deben ser por atención médica que usted recibió en los 3 meses anteriores al mes en que presentó su solicitud de TennCare. Por ejemplo, si presenta su solicitud de TennCare en abril, las cuentas deben ser de enero, febrero y marzo.

Pueden ser facturas que usted ya pagó. O pueden ser facturas que aún no ha pagado. Pero la expectativa es que las pague. (Es decir, no tiene otro seguro que las pague.) ¿Qué sucede si un miembro de la familia o alguna otra persona pagó esas cuentas? Envíelas únicamente si esa persona espera que usted le pague.

Si tiene facturas médicas de ese tipo, envíelas a TennCare. Hay 2 maneras de enviarlas.

Por correo a:



TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

Por fax al:



1-855-315-0669

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 111
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

En cada hoja que envíe, no se olvide de escribir “for patient liability/para responsabilidad del paciente” e incluir su nombre y número de seguro social.

¿Tiene Medicare o algún otro seguro que ayude a pagar atención a 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.

¿Tiene seguro de atención a largo plazo que le paga a usted? Entonces usted debe pagar la cantidad que reciba para ayudar a cubrir el costo de sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Eso **no** reducirá la cantidad de cualquier responsabilidad del paciente que deba. Usted tiene que pagar todo seguro de atención a largo plazo que reciba y toda responsabilidad del paciente que deba.

Para obtener más información sobre los beneficios y servicios de Employment Community First CHOICES consulte el Apéndice A.

Reembolso a TennCare por los servicios que recibe en Servicios y Apoyos de Largo Plazo: Recuperación a través del patrimonio

¿Qué es la recuperación a través del patrimonio?

La recuperación a través del patrimonio es la forma en que TennCare recauda dinero de las propiedades de las personas que fallecieron y recibieron servicios y apoyos a largo plazo de TennCare. A continuación se enumeran los tipos de atención que deben reembolsarse. TennCare está obligado por ley federal a recuperar* estos pagos después de la muerte del destinatario. Esto se conoce como “recuperación a través del patrimonio”.

La recuperación de bienes se refiere a utilizar el valor de las propiedad que usted deja al fallecer para pagarle a TennCare la atención que recibió mientras vivía. Su “patrimonio” es la propiedad, pertenencias, dinero y otros activos que posee al momento de su muerte. Siga leyendo para averiguar quién tiene que devolverle el dinero a TennCare y cuánto tendrá que devolver su patrimonio.

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. TennCare no le puede pedir a su familia que paguen de su propio bolsillo la atención médica que se le restó a usted.

Si el valor de todos sus activos al momento de su muerte es menor que la factura de TennCare, TennCare solo tiene derecho al valor de sus activos y nada más. Por ejemplo, si lo único que posee al momento de su muerte es una casa valorada en \$50,000 pero TennCare tiene una factura de \$75,000, entonces TennCare solo tiene derecho a cobrar \$50,000. TennCare no puede solicitar el reembolso de la cantidad restante a su familia.

112 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Quién tiene que reembolsarle a TennCare su atención?

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

- Tiene 55 años de edad o más y recibió atención en una casa de convalecencia o ICF/IID, lo que se conoce como servicios basados en el hogar y la comunidad o HBCS, atención médica en el hogar o servicios de enfermería privada

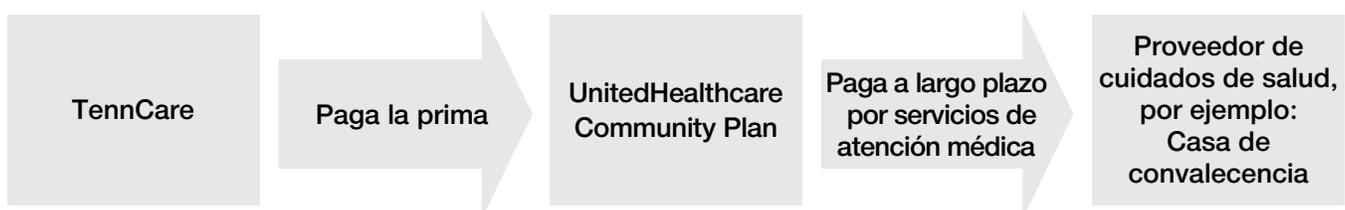
¿Qué tipos de atención se le deben reembolsar a TennCare?

TennCare debe pedir que se le reembolse:

- Atención en una casa de convalecencia o ICF/IID
- Estos se denominan servicios basados en el hogar y la comunidad o HCBS
- Atención médica en el hogar o enfermería privada
- Atención hospitalaria y medicamentos recetados relacionados con sus servicios de atención a largo plazo

¿Qué cantidad tendrá que reembolsarle su patrimonio a TennCare por su atención?

Para prestar servicios de atención a largo plazo, TennCare contrata a una compañía de seguros médicos (también denominada “organización de atención administrada” o “MCO”.) Cuando alguien recibe TennCare, TennCare paga una prima mensual a la compañía de seguros. La prima mensual se llama “tasa de capitación”. A cambio, la compañía de seguros le paga al proveedor de atención médica (como un centro de enfermería u otra entidad que preste servicios de atención a largo plazo en el hogar/comunidad) por la atención de la persona. En virtud de la ley federal, TennCare debe solicitar el reembolso del pago de la prima que hizo a la compañía de seguros en su nombre.



El pago de la prima que se hace a su compañía de seguros es el mismo cada mes, independientemente de los servicios que de hecho reciba ese mes. El pago de la prima también puede variar dependiendo del tipo de atención a largo plazo que tiene y en qué parte del estado en que vive.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 113
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

Es posible que TennCare no tenga que recuperar el dinero de su patrimonio si:

- No tiene dinero, propiedad u otros activos cuando muere, o
- Las cosas que dejó no se pueden usar para pagarles, por medio del tribunal de testamentarias, a las personas a quienes les debe dinero. Un ejemplo es dinero de una póliza de seguro de vida.

¿Qué pasa si vendo o cedo mi casa mientras estoy recibiendo TennCare?

Debe informar a TennCare que vendió o regaló su casa, lo que puede afectar su elegibilidad para TennCare. También debe divulgar cualquier transferencia realizada cinco años antes de recibir TennCare. Si no divulga la transferencia, TennCare puede hacer que se anule la transferencia y buscará el reembolso de su patrimonio, miembros de su familia o cualquier otra persona que participó en la transferencia.

¿Cuáles son las razones por las que TennCare puede retrasar la recuperación a través del patrimonio?

En algunas situaciones, la recuperación a través del patrimonio se retrasa o “difiere”, lo que significa que no se lleva a cabo hasta una fecha posterior. TennCare difiere la recuperación a través del patrimonio de un individuo cuando:

- Tiene un cónyuge sobreviviente. Es posible que TennCare no recurra a la recuperación a través del patrimonio hasta la muerte de su cónyuge.
- Usted tiene un hijo menor de 21 años de edad. Es posible que TennCare no recurra a la recuperación a través del patrimonio hasta que su hijo tenga más de 21 años.
- Tiene un hijo ciego o discapacitado permanentemente. TennCare no procurará la recuperación a través del patrimonio hasta que fallezca el hijo discapacitado.
- Tiene un hijo o una hija que lo cuidó y por lo tanto usted no tuvo que ir a la casa de convalecencia por lo menos dos años. El hijo o la hija debe residir en la propiedad durante este tiempo y continuar residiendo allí después de que usted fallezca para que el aplazamiento continúe existiendo. Si el hijo o la hija vende o ya no vive en la casa, TennCare puede cobrar su reclamo.
- Tiene un hermano o hermana que lo cuidó y por lo tanto usted no tuvo que ir a la casa de convalecencia y él o ella vivió en su hogar por lo menos un año **antes** de que usted recibiera atención en una casa de convalecencia o atención en el hogar. Si el hermano o la hermana fallece o ya no reside en la propiedad, entonces el aplazamiento ya no existe.
- Si la propiedad es el único ingreso de la familia, como una granja familiar

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Cómo se enterará su familia si su patrimonio le debe dinero a TennCare?

Para saber si el patrimonio le debe dinero a TennCare, su familia o representante debe enviar un Formulario de Petición de Desistimiento (Request for Release) a TennCare de una de estas tres maneras:

1. Obtenga el formulario en línea en:
<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/releaseform.pdf>
2. Puede pedir el formulario en la oficina administrativa del tribunal de testamentos. El formulario se llama “Request for Release from Estate Recovery”.
3. Puede pedirle el formulario a TennCare enviando una carta o fax:

Por correo a:



Division of TennCare
Estate Recovery Unit
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243

Por fax al:



1-615-413-1941

¿Y si tiene que pagarle dinero a TennCare de su patrimonio?

Su familia o representante tiene varias opciones si hay un reclamo de TennCare:

1. Pueden pagar el reclamo de TennCare con sus pertenencias restantes.
2. Su patrimonio puede ser admitido a “Probate” (legalización testamentaria). Cuando esto sucede, un tribunal designará a alguien conocido como administrador (o si tiene un testamento, esta persona se conoce como albacea) para vender su propiedad, pagar las deudas que pudiera haber tenido en vida y luego entregar a sus herederos la propiedad restante/dinero si queda algo. Su familia o TennCare puede solicitar que se nombre un administrador para su patrimonio.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

3. Pueden solicitar un aplazamiento de la recuperación del patrimonio.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda con la recuperación de propiedad?	
	Correo Postal: Division of TennCare Estate Recovery Unit 310 Great Circle Road, 3W Nashville, TN 37243
	Fax: 1-615-413-1941
	Llame a: 1-844-629-0941

Abuso, negligencia y explotación

Los miembros de TennCare que están en Employment and Community First CHOICES tienen el derecho a no sufrir abuso, negligencia y explotación. Es importante que usted entienda cómo identificar y cómo reportar abuso, negligencia y explotación

El **abuso** puede ser ...

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

Incluye lesión, confinamiento poco razonable, intimidación o castigo que resulta en daño físico, dolor o angustia mental. Todo tipo de abuso es un acto “consciente” o “intencional”.

La **negligencia** es la falta de servicios y apoyos que son necesarios para evitar el daño físico, la angustia mental o la enfermedad mental y que tiene como resultado lesión o riesgo probable de causar daños graves. La negligencia puede ser o no ser intencional.

La **explotación** es cuando a alguien le quitan o esconden su dinero o sus pertenencias o los utilizan de manera indebida. Aunque sólo se lo quiten por un tiempo breve o la persona haya dado su consentimiento, podría ser explotación.

116 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

La explotación puede incluir ...

- Fraude o coacción;
- Falsificación, o
- El uso no autorizado de dinero en efectivo, cuentas bancarias o tarjetas de crédito.

Si usted piensa que es víctima de maltrato, negligencia o explotación, o que cualquier otro miembro de ECF CHOICES es víctima de maltrato, negligencia o explotación, por favor notifique a su Coordinador de Apoyo. Los Coordinadores de Apoyo y los proveedores deben informar de cualquier caso en que se sospeche abuso, negligencia o explotación al Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (Department of Intellectual and Developmental Disabilities, DIDD). **Usted, su familia, las personas que lo apoyan o cualquier ciudadano puede reportar cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación directamente a la Unidad de Investigaciones del DIDD las 24 horas del día.**

El número al que debe llamar depende de dónde viva. Los números de teléfono gratuitos para cada región son:

Este de Tennessee **1-800-579-0023**

Centro de Tennessee **1-888-633-1313**

Oeste de Tennessee **1-888-632-4490**

Usted no tiene que decirles quién es cuando llame. El DIDD colaborará con la policía, según sea necesario y con Servicios de Protección de Adultos (Adult Protective Services) y con Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services).

¿Padece una enfermedad mental y necesita ayuda con esta información? En la Línea de Representación y Abogacía de TennCare Partners (TennCare Partners Advocacy Line) le pueden ayudar. Llámelos gratis al **1-800-758-1638**.

Si tiene un problema de audición o de habla, nos puede llamar por medio de una máquina TTY/TDD. Nuestro número de TRS es el **711**.

Sistema de apoyo de beneficiarios

TennCare tiene contrato con Disability Rights TN (DRT) para ayudar a las personas que solicitan o se inscriben en CHOICES o Employment and Community First CHOICES. A esto lo llamamos un sistema de apoyo para beneficiarios (BSS).

Aquí hay cosas en las que DRT puede ayudarle:

- Ponerlo en contacto con ayuda para que pueda solicitar CHOICES o Employment and Community First CHOICES
- Explicarle sus derechos y responsabilidades
- Contestar preguntas sobre TennCare, incluso sobre CHOICES o Employment and Community First CHOICES
- Presentar y resolver inquietudes o quejas
- Presentar apelaciones o averiguar sobre una apelación que haya presentado
- Proporcionar datos sobre las audiencias imparciales estatales

Ningún servicio cuesta. DRT puede colaborar con TennCare y su plan de salud para obtener respuestas si necesita más ayuda.

Estas son algunas formas en las que puede pedir ayuda a DRT:	
	<p>Completar el formulario en línea.</p> <p>Vaya al sitio web de DRT en https://www.ltsshelptn.org/.</p>
	<p>Llame a DRT gratis al 1 888-723-8193.</p>
	<p>Envíe un mensaje por correo electrónico a DRT en esta dirección: benefitshelp@disabilityrightstn.org</p> <p>Asegúrese de poner en su correo electrónico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Su nombre o el nombre de la persona que necesita ayuda• Número de teléfono para que se comuniquen• Mejor hora para llamar

Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

DRT cuenta con servicios de interpretación, servicios de traducción y otras ayudas sin costo para usted. Dígale a DRT si necesita este tipo de ayuda.

Después de pedirle ayuda a DRT, un Especialista en Soporte revisará su solicitud. Esto es lo que podría suceder después:

- Podría recibir útil información y recursos
- Podría ser remitido al equipo de admisión de DRT para recibir más ayuda
- Podrían remitirlo a TennCare, a su plan de seguro médico de TennCare o a otra persona para los próximos pasos. DRT puede ayudar con estos siguientes pasos.

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 conservar la salud, como chequeos, vacunas, atención del embarazo y el parto. Este tipo de atención es siempre 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 internaciones en el hospital 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 UnitedHealthcare Community Plan 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 los ingresos mensuales de su familia antes de impuestos, y
- El número de personas en su familia que 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 factura por su atención médica.

120 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

Ninguno de los doctores o prestadores de servicios de salud de UnitedHealthcare Community Plan pueden negarle servicios médicamente necesarios por no pagar sus copagos.

Sin embargo, UnitedHealthcare Community Plan 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.

 Health Plan (80840) 911-95378-08 Member ID: 001800319 Group Number: TNTNCARE Member: NEW M ENGLISH Payer ID: 95378 PCP Name: DYERSBURG CLINIC Date of Birth: 09/07/1998 Effective Date: 01/01/2014 COPAY : Office/ER/Hosp \$5/\$10/\$5 0501 TennCare Standard Benefit: A Administered by UnitedHealthcare Community Plan, Inc.	Printed: 10/13/20 You should always see your Primary Care Provider (PCP) before receiving medical treatment from any provider (except for emergencies). In a medical emergency, care may be obtained from the closest medical care provider. Notify both your Primary Care Provider and your local UnitedHealthcare office after receiving such care. For Members: www.myuhc.com/communityplan 800-690-1606 NurseLine: 800-690-1606 Dental: 855-418-1622 Mental Health: 800-690-1606 For Providers: UHCprovider.com 800-690-1606 Medical Claims Address: PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220
--	---

En su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan 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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 121
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

Copagos de TennCare

¿Usted paga copagos por un PCP, especialista, visita a urgencias y hospitalización? ¿No está seguro? Revise su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan o llame a TennCare Connect 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	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

122 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

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
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 CHOICES Grupo 3	\$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: <https://www.tn.gov/content/dam/tn/tennicare/documents/eligibilityrefguide.pdf>

¿Tiene TennCare Medicaid? Puede pasar a la página 125.

La siguiente sección 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 UnitedHealthcare Community Plan o llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 123 o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

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 ayudarlo 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
- 3to 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 Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **1-800-878-3192**. Dígalos 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.

124 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

¿Qué sucede si los recibos del trimestre suman más de su límite? Llame gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **1-800-878-3192**. Dígalos que ha cumplido el límite de copagos de su familia.

Si sus ingresos cambian 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 sus ingresos a TennCare llamando a TennCare Connect en cuanto antes.

¿Tiene preguntas sobre los copagos o el límite trimestral? TennCare Connect puede contestar 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 de este manual se repasa 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 Medicaid.

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

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

Si usted tiene otro seguro médico, debe informárselo:

- Al lugar donde recibe su atención médica para ellos puedan enviar la factura al seguro
- A TennCare Connect para que TennCare sepa sobre su otro seguro médico.

¿Y si le llega una factura 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 facturas correctas. Llámenos gratis al **1-800-690-1606** 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 Medicare, 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?

A veces, cuando tiene un accidente, hay alguien más que debería pagar por 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 **1-800-690-1606**.

126 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

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 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 TennCare Connect 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.

Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare

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 recibir 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 inscrita 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 UnitedHealthcare Community Plan 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 medicamentos 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 para 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 **1-800-690-1606** 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 UnitedHealthcare Community Plan, llame al **1-800-690-1606**
- 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?

Puede aprender cómo buscar un nuevo doctor en la Parte 1 de este manual.

¿Quiere cambiar de doctor porque no está satisfecho con el doctor que tiene? Por favor, díganos. Llámenos al **1-800-690-1606**. 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 **1-800-690-1606**. 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 **1-800-690-1606** 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 **1-800-690-1606**. Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted **no** tiene que cambiar de plan de seguro médico para obtener la atención médica que necesite.

- ¿Quiere cambiar de plan de seguro médico para ver a un doctor que acepta ese plan?
- **Recuerde:** Usted debe verificar que todos sus doctores acepten 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.

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

Verifique estas cosas antes de decidir cambiar de plan de seguro médico:

- ¿El doctor acepta el plan de seguro médico al que se quiere cambiar?
- 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 **90 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 dentro de los primeros 90 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 seguro médico comenzaría el 1 de mayo. Hasta entonces, continuaremos prestándole servicios de atención médica.
- **¿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 seguro médico que comenzaría el 1 de julio. Hasta entonces, continuaremos prestándole servicios de atención médica.
- **¿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 seguro médico que comenzaría el 1 de septiembre. Hasta entonces, continuaremos prestándole servicios de atención médica.

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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 131
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

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

Otras razones por las que puede pedir que cambien 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

¿Recibe usted LTSS (Servicios y Apoyos de Largo Plazo)? También puede solicitar cambiar de plan de seguro médico si la atención que necesita no se ofrece en su plan actual, pero sí en un plan de seguro médico diferente. Las reglas de dificultad económica a continuación también se aplican a LTSS CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Es posible que pueda cambiar su plan de seguro médico si por adversidad necesita hacerlo. 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 atención médica difícil, amplia y continua, y
2. Su especialista* ya no acepta su plan de seguro médico, y
3. Su plan de seguro médico no cuenta con un especialista* que le pueda prestarle la atención médica que usted necesita, y
4. Su plan de seguro médico no puede trabajar con especialista* para prestarle la atención médica que usted 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, es decir, un doctor que trata problemas del corazón. Otro es un oncólogo, es decir, un 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

132 ¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

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

Llame gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **1-800-878-3192**. Dícales que quiere cambiar su plan de seguro médico.

O escríbales en una hoja de papel en blanco. Si manda una carta a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare, asegúrese de decirles:

- Su nombre (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

Envíe su petición por correo a:



TennCare Member Medical Appeals
P.O. Box 820
Nashville, TN 37202-9968

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 **1-800-690-1606**.

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

¿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

¿Y si el doctor no pide la autorización de TennCare ni le cambia su medicamento con 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 60 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, pídale 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 medicamentos 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)**. Una vez que haya alcanzado su límite mensual (de 5 medicamentos con receta o 2 medicamentos de marca), su doctor puede pedirle a TennCare la **autorización** para pagar los medicamentos de esta lista. (Las farmacias la llaman la lista “Certificación del médico”).

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

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, vaya a:

Lista exenta — <https://www.optumrx.com/content/dam/openenrollment/pdfs/TennCare/pharmacist/program-information/AutoExempt%20List.pdf>

Sobre el límite — <https://www.optumrx.com/content/dam/openenrollment/pdfs/TennCare/pharmacist/program-information/Attestation%20Drug%20List.pdf>

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. Proporcionémos 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, puede llamar a **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 ver si usted puede conseguir otro tipo de ayuda con su medicamento, llame a Cover RX al **1-866-268-3786**.

¿Le dijeron en la farmacia que no le pueden surtir sus medicamentos 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 **TennCare Connect 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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 135
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

¿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 **1-800-690-1606**.

Si aún no puede recibir la atención médica que necesita, puede llamar a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **1-800-878-3192**. Llame de lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 4:30 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 o proveedor de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción) y dígame que dijimos que no.

Si usted o su doctor piensa que cometimos un error, usted puede presentar una apelación. Usted tiene 60 días para apelar después de que su plan de seguro médico diga que no. Para obtener información sobre las apelaciones, pase a la Parte 6 de este manual.

¿Pagó usted atención médica que 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 factura. Cada vez que obtenga atención médica, usted **debe**:

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

Si usted recibió atención médica que piensa que TennCare debería pagar, llámenos al **1-800-690-1606**. 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.

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

O bien, puede presentar una apelación. Si le están mandando facturas, tiene 60 días a partir de la fecha en que recibió la primera factura para apelar. Si pagó la atención médica, tiene 60 días después de haber pagado para apelar.

Para obtener información sobre las apelaciones, pase a la Parte 6 de este manual.

Formas en que podría terminar su TennCare

Usted puede pedir que se termine su TennCare

Hay 2 maneras de renovar su cobertura:	
	Correo Postal: Envíe una carta a TennCare Connect que diga que quiere terminar TennCare. Incluya su nombre, número de seguro social y no se olvide de firmar la carta.
	Llame a: Llame gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701 . Avíseles que quiere terminar su TennCare.

Importante: Si no firma la carta retrasará su solicitud. Es posible que tenga que enviar otra solicitud con 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.

Por correo a:	Por fax al:
 TennCare Connect P.O. Box 305240 Nashville, TN 37230-5240	 1-855-315-0669

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 137
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

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

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 UnitedHealthcare Community Plan o de TennCare en más de una ocasión
- Si no completa su Paquete de Renovación para su TennCare cuando se lo pidan. Los miembros de TennCare deben renovar su TennCare cada año. Cuando llegue el momento de determinar si sigue calificando para TennCare, TennCare le enviará una carta y el Paquete de Renovación 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 han cometido un error.

¿Necesita más ayuda con atención médica? O ¿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 Abogacía de TennCare. Llámelos gratis al **1-800-758-1638**.

Parte 6:

Apelaciones ante TennCare

Dos tipos de apelaciones

La diferencia entre Apelaciones Administrativas y Apelaciones de Servicios Médicos

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:

Las 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 TennCare Connect. La página 145 contiene más información sobre cómo presentar una apelación administrativa.

Apelaciones de Servicios Médicos:

Las Apelaciones de Servicios Médicos son para personas que tienen TennCare. Las Apelaciones de Servicios Médicos son para problemas como lograr que su plan de seguro médico apruebe un servicio que su doctor dice que necesita o que lo asignen al plan de seguro médico que usted quiere. Las apelaciones de Servicios Médicos van a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare. En la página 142 se proporciona más información sobre cómo presentar una apelación de servicios médicos.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si se rechaza la petición de su doctor para que reciba un medicamento o servicio médico. UnitedHealthcare Community Plan también le enviará una carta si intentamos detener o reducir la atención que ha estado recibiendo. En la carta le diremos cómo presentar una apelación.

Parte 6: Apelaciones ante TennCare

Siempre que necesite un servicio que UnitedHealthcare Community Plan haya negado, tiene derecho a presentar una apelación ante TennCare. Si se trata de problemas para recibir atención médica, siempre llame primero al **1-800-690-1606**.

Si **aún** no puede recibir la atención médica que necesita, puede presentar una apelación médica llamando a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **1-800-878-3192**.

Usted tiene 60 días para presentar una apelación después de enterarse de que hay un problema. Entonces, si recibe una carta de denegación de UnitedHealthcare Community Plan, tiene 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación.

- Si se trata de atención médica o medicina que aún necesita, usted tiene **60 días** a partir de la fecha en que TennCare o UnitedHealthcare Community Plan diga que no pagará la atención
- Si se trata de cuentas por atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar, usted tiene **60 días** a partir de la fecha en que reciba su primera cuenta
- Si se trata de atención médica que usted pagó, tiene **60 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 recibéndola 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 se interrumpirá o cambiará o dentro del plazo de 10 días de la fecha en la carta de su plan de seguro médico (la fecha que sea posterior).
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. Debe tener una orden del doctor para la atención médica (si es necesaria).
5. La atención médica debe ser algo que TennCare sigue cubriendo.

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.

¿Piensa que tiene una emergencia?

Por lo general, su apelación se decide en un plazo de **90 días** de que la presente. Pero, si tiene una emergencia y su plan de seguro médico está de acuerdo en que es una emergencia, obtendrá una apelación **acelerada**. Una apelación acelerada se decide en aproximadamente una semana. Podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos.

Una emergencia significa que esperar 90 días para una decisión de “sí” o “no” podría **poner en verdadero peligro su vida o su salud física o mental**.

Si alguna de las anteriores cosas corresponde en su caso, usted puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia. Su **doctor** también puede pedirle a TennCare este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que su doctor tenga su **permiso (autorización) por escrito**. **Escriba su nombre, fecha de nacimiento, el nombre de su doctor y su permiso para que él o ella apele en su nombre** en una hoja de papel. Luego, envíela por fax o por correo a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare (vea abajo).

¿Y si no le envía su autorización a TennCare y su doctor solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará un formulario para completar, firmar y devolverlo a ellos (TennCare).

Después de autorizar por escrito a su doctor, puede ayudarlo completando un “Certificado de Apelación Acelerada del Proveedor”, como la que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es una emergencia, le puede pedir a su doctor que firme el certificado de apelación acelerada del proveedor. Pídale al doctor que envíe el certificado por fax al **1-888-345-5575**.

TennCare y su plan de seguro médico evaluarán su apelación y decidirán si debe ser acelerada. **Si es así**, usted recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde, podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos. Pero, si su plan de seguro médico decide que su apelación no debe ser acelerada, entonces recibirá una audiencia en un plazo de 90 días de la fecha en que presentó su apelación.

Parte 6: Apelaciones ante TennCare

Cómo presentar una apelación médica	
	<p>Correo Postal: Usted puede enviar una hoja de apelación o una carta referente a su problema a:</p> <p>TennCare Medical Member Appeals P.O. Box 000593 Nashville, TN 37202-0593</p> <p>Puede usar la hoja de apelación médica que se encuentra 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 hoja de apelación de la Internet, vaya a: https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf. Si necesita otra hoja de apelación médica o quiere que TennCare se la envíe, llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 1-800-878-3192. O bien, puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco.</p> <p>Conserve una copia de su apelación. Escriba la fecha en que se la envió a TennCare.</p>
	<p>Fax: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al 1-888-345-5575.</p> <p>Conserve la hoja que dice que su fax pasó.</p>
	<p>Llame al: Puede llamar gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 1-800-878-3192. Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 4:30 p.m., horario del Centro.</p>

Para todas las apelaciones médicas, TennCare necesita:

- Su **nombre** (el nombre de la persona que quiere 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)

142 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

¿Qué otra cosa necesita TennCare para tramitar su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial sobre problemas de atención médica, **usted tiene que hacer las siguientes dos cosas:**

- 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 usted piensa que TennCare cometió. Envíe copias de todos los documentos 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

Parte 6: Apelaciones ante TennCare

- Si le enviaron una factura por la atención médica o la medicina, dele a TennCare una copia de la factura. La factura 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

Cómo apelar si tiene problemas para obtener o conservar TennCare

¿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 recibéndola. 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, tratarán de decidir su apelación en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus expedientes).
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.

¿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 TennCare Connect.

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 mencionados arriba, llame a TennCare Connect 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**.

Parte 6: Apelaciones ante TennCare

Cómo presentar una Apelación Administrativa	
	<p>Correo Postal: O, puede apelar por escrito. Puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco.</p> <p>Luego, envíe por correo su carta sobre su problema a:</p> <p>TennCare Connect Eligibility Appeals P.O. Box 23650 Nashville, TN 37202-3650</p>
	<p>Llame a: Puede apelar por teléfono llamando gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701.</p>

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 se cometió. Proporcionémos toda la información que pueda sobre el problema.
- Envíe copias de cualquier documento que demuestre por qué usted piensa que se cometió ese error

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

Parte 7:

Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan

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 UnitedHealthcare Community Plan, sus políticas, sus servicios, sus prestadores de servicios y los derechos y responsabilidades de sus miembros
- Pedir y obtener información sobre la forma en que UnitedHealthcare Community Plan 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 maltrato por parte de UnitedHealthcare Community Plan, los proveedores o TennCare.
- Recibir atención médica sin temor a la contención física o al cautiverio como medio de intimidación, disciplina, conveniencia o represalia
- Presentar apelaciones o quejas acerca de UnitedHealthcare Community Plan o su atención médica. En la Parte 5 de este manual se explica cómo.
- Hacer sugerencias acerca de sus derechos y responsabilidades o sobre el modo de operar de UnitedHealthcare Community Plan
- Elegir a un nuevo PCP en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede rechazar la atención médica de ciertos proveedores.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

- Obtener atención que es necesaria por razones médicas y apropiada para usted, 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 90 días de haber recibido TennCare. Después de eso, puede pedir un cambio de plan de seguro médico a través de un proceso de apelación. Existen 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.
- Pídale a TennCare y a UnitedHealthcare Community Plan que revisen de nuevo por cualquier error que usted piense que se cometió al obtener o para 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 UnitedHealthcare Community Plan o sus proveedores

Sus derechos de quedarse con UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted **no puede** ser retirado de UnitedHealthcare Community Plan 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
- Tiene un problema de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción)
- Sus necesidades especiales lo hacen actuar de una manera poco cooperativa o disruptiva

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

Las únicas razones por las que pueden retirarlo de UnitedHealthcare Community Plan son:

- Si usted **cambia** de plan de seguro médico
- Si se **muda** fuera del área de servicio de UnitedHealthcare Community Plan
- 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 UnitedHealthcare Community Plan que se mudó y no pueden encontrarlo
- Si miente para obtener o conservar su TennCare
- Cuando usted fallezca

Usted tiene la responsabilidad de:

- Entender la información de su manual para miembros y otros papeles que le enviemos
- Mostrar su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan 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 de mujer sana
 - Es una emergencia
- Acude a proveedores que pertenecen a la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. 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 UnitedHealthcare Community Plan 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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 149
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

- 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 UnitedHealthcare Community Plan y avisarnos si la extravía o se la roban
- Informe a TennCare Connect de cualquier cambio como:
 - 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
- Informarnos si tiene otra compañía de seguro que debería pagar su atención médica. La otra compañía de seguro podría ser un seguro como automovilístico, residencial o de compensación del trabajador.

Sus derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan

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.

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. ¿Y 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, alcoholismo o drogadicción) en un hospital u otro lugar en el que debe quedarse para recibir la atención (servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados o residenciales)
- 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

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 facturas de atención médica que usted piensa que TennCare debería haber pagado pero no lo hizo

Usted **solamente** tiene **60 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.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

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 72 horas para hacer lo que el juez ordenó.

5. **Si tiene una emergencia, tiene derecho a obtener una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana (pero podría llevar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos.)**

Una emergencia significa que esperar 90 días para una decisión de “sí” o “no” podría poner en peligro su vida o su salud física o mental.

Si usted piensa que tiene una emergencia, puede pedirle a TennCare una apelación acelerada llamando al **1-800-878-3192**. Su doctor también puede pedir este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que su doctor tenga su **permiso (autorización) por escrito**. Escriba su nombre, fecha de nacimiento, el nombre de su doctor y su permiso para que él o ella apele en su nombre en una hoja de papel. Luego, envíela por fax o por correo a TennCare (vea la Parte 6 de este manual para la dirección y el número de fax).

¿Y si no nos envía su autorización y su doctor solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará un formulario para completar, firmar y devolverlo.

Después de que dé su autorización por escrito, su doctor puede ayudarle completando un “Certificado de apelación acelerada del proveedor”, como la que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es una emergencia, le puede pedir a su doctor que firme el certificado de apelación acelerada del proveedor. Pídale al doctor que envíe el certificado por fax al **1-866-211-7228**. TennCare y su plan de seguro médico evaluarán su apelación y decidirán si debe ser acelerada. **Si es así**, usted recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana.

Recuerde, podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos. Pero, si su plan de seguro médico decide que su apelación no debe ser acelerada, entonces recibirá una audiencia en un plazo de 90 días de la fecha en que presentó su apelación.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

6. Usted tiene el derecho de obtener una decisión sobre su apelación en un término de 90 días si no es una emergencia.
7. Si usted ya está recibiendo la atención médica es posible que tenga el derecho de continuar recibéndola 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 se interrumpirá o cambiará o dentro del plazo de 10 días de la fecha en la carta de su plan de seguro médico (la fecha que sea posterior)
- En su apelación debe decir que quiere recibir obteniendo la atención durante la apelación
- Sólo puede pedir **conservar** atención médica **que ya haya estado recibiendo** 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

¿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.

Aviso de prácticas de privacidad de TennCare

En este aviso se describe de qué manera se puede utilizar y divulgar su información personal. También se describe cómo puede usted obtener acceso a esa información. **Por favor, léalo con atención.**

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

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

1. **Los tipos de información personal que tenemos.**
2. **Cómo utilizamos o divulgamos su información personal.**
3. **A quién podemos divulgar su información personal y sin obtener su permiso.**
4. **Si no quiere que divulguemos toda su Información.**
5. **Sus derechos sobre información médica.**

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 153
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

1. Los tipos de información personal 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 referirse a problemas de salud que usted tiene en común con sus parientes de sangre.)

Sus información médica es privada

En nuestra función de la agencia de Medicaid de Tennessee, la Ley Federal nos permite conservar y usar este tipo de información. La ley federal dice que debemos observar las reglas de privacidad para mantener en privacidad su información personal. Todos quienes trabajan con nosotros y para nosotros también deben observar estas reglas de privacidad.

2. Cómo utilizamos o divulgamos su información personal:

Sólo podemos utilizar o divulgar la información personal que la ley nos permita. Las reglas de privacidad nos permiten usar o divulgar información personal sin pedir su permiso 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 información personal sin obtener su permiso?

- 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 divulguemos su Información Personal a ciertas personas.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

Y podemos divulgar su Información Personal 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 Información Personal? Las reglas de privacidad también dicen que podemos divulgar Información Personal 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 Información Personal.
- 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.
- Otras Agencias — como para actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos divulgar su Información Personal si eliminamos la información que dice quién es usted. Pero, no podemos divulgar su Información Personal a cualquiera. Incluso cuando la divulgamos, solo podemos divulgar la información que la persona necesite para hacer su trabajo. Y no podemos divulgar su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para TennCare.

Algunas veces necesitamos que usted nos dé su autorización por escrito antes de que podamos divulgar información médica. Le pediremos que firme un documento en el cual nos da su autorización en caso de que lo necesitemos:

- Para utilizar o divulgar las notas que toma un terapeuta durante las sesiones de terapia (se llaman las notas de psicoterapia);
- Para usar o divulgar su Información Personal a empresas que utilizarán la información para tratar de acaparar a los clientes de otras empresas (para fines comerciales); y
- Divulgar la Información Personal a otra persona por dinero.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

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

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

Debe solicitarnos por escrito si no desea que divulguemos su Información Personal. Nos debe decir cuál Información Personal no quiere que divulguemos y a quién no quiere que se la divulguemos. Por ejemplo, nos puede pedir que no divulguemos su Información Personal si:

- Pagó por su atención de su propio bolsillo, y
- Usted le pidió a su doctor que no divulgara su Información Personal para esa atención.

Hay otras ocasiones en las que no divulgaremos su Información Personal 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 Información Personal. Si no podemos decir que sí, le enviaremos una carta que dice por qué. ¿Qué pasa si no nos pide que no divulguemos su Información Personal? Podemos usarla y divulgarla solo como se explica en este aviso.

5. Sus derechos sobre información médica:

- Usted puede ver y obtener copias de sus expedientes en papel. O bien, si los tenemos en formato electrónico, puede obtenerlos electrónicamente. Nos lo tiene que pedir 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 Información Personal que quiere, le enviaremos una carta que dice por qué.
- Nos puede pedir por escrito que no divulguemos cierta información sobre su salud
- Nos puede pedir que no mostremos su Información Personal en ciertos expedientes
- Puede pedirnos que no le enviemos cartas sobre recaudación de fondos
- Puede pedirnos que cambiemos la Información Personal que está mal. 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.
- Puede 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.

- Puede pedirnos por escrito una lista de las personas a quienes le hemos divulgado su Información Personal. La lista dirá quién recibió su información médica en los seis (6) años previos a la fecha de su solicitud. Pero no mostrará las veces que la divulgamos con su autorización u otras veces cuando la ley dice que no necesitamos obtener su permiso. Como cuando usamos la Información Personal 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 mantiene su Información Personal a salvo. Protegemos su privacidad y seguridad. Si su Información Personal se divulga, debemos informarle a usted y a las autoridades federales. Pero sólo tenemos que notificarle:

- Si el tipo de Información Personal que fue revelada puede identificar quién es usted (como su número de Seguro Social o su fecha de nacimiento) o sus expedientes de tratamiento, y
- Si alguien en realidad utilizó o vio su Información Personal, y
- Dependiendo de quién fue la persona que utilizó o vio su Información Personal, y
- Lo que hicimos para disminuir el riesgo de que su Información Personal haya sido utilizada.

Solicitudes – Nos tiene que solicitar por escrito

Sus solicitudes tienen que ser por escrito. No se olvide de indicarnos qué es lo que nos está solicitando que hagamos. Escriba su nombre, fecha de nacimiento y su número de identificación de TennCare o los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social en su carta. Envíe su carta a:

Por correo a:



TennCare Privacy Office
Division of TennCare
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37228

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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 157
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

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 hacer los cambios a toda la información médica que tenemos. O solo a los nuevos datos médicos que recibamos. Este aviso se actualizó el 13 de mayo de 2016 y se aplica a todos los datos médicos que tenemos. Si necesita una copia nueva o quiere ver si hay cambios, vaya: <https://www.tn.gov/tenncare/legal/hipaa-privacy-information.html>.

El aviso se encuentra bajo “Aviso de prácticas de privacidad”.

Preguntas o quejas sobre la privacidad

¿Tiene preguntas? ¿Piensa que han sido violados sus derechos de privacidad? Usted no recibirá ningún castigo por quejarse ni por pedir ayuda. Llame gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**. O comuníquese con:

Division of TennCare Attn: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243	U.S. Dept. of Health and Human Services Region IV, Office of Civil Rights Medical Privacy Complaint Division Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8931
Teléfono: 1-615-507-6820 Fax: 1-615-734-5289	Teléfono: 1-866-627-7748
Correo electrónico: Privacy.TennCare@tn.gov	Sitio web: www.hhs.gov/ocr

Su responsabilidad 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 medicamentos con receta a cualquier otra persona

En TennCare el fraude y el abuso por parte de los proveedores de TennCare 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 **UnitedHealthcare Community Plan gratis al 1-800-690-1606**.

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 Gratis	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 Gratis	TBI Medicaid Fraud Control 901 R.S. Glass Blvd. Nashville, TN 37216

También nos puede informar sobre fraude y abuso por internet en:

<https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse.html>

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 159
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Parte 8:

Documentos médicos que podría necesitar

Solicitud de Cambio de Médico de Atención Primaria (PCP)

Complete este formulario y envíelo a:

UnitedHealthcare Community Plan
10 Cadillac Drive, Suite 200
Brentwood, TN 37027

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(s) 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(s) 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(s) Nombre

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____
Código área Número

Número de identificación del proveedor (figura en el Directorio de Proveedores): _____

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 161
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)



Formulario de queja de discriminación

Las leyes federales y estatales no permiten a TennCare tratarlo de manera diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad/minusvalía, edad, sexo, religión o 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: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

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, lugar de nacimiento, discapacidad/impedimento, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley?

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué relación tiene usted con esta persona (cónyuge, hermano, amigo)?

Nombre del MCO/plan de seguro médico de esa persona: _____

3.* ¿Qué parte del Programa TennCare piensa que lo trató de manera diferente?

Servicios médicos Servicios dentales Servicios de farmacia

Servicios de salud conductual Servicios y Apoyos de Largo Plazo

Servicios de elegibilidad Apelaciones

162 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

4.* **¿Por qué cree que lo trataron de una manera diferente? Fue a causa de su:**

- Raza Lugar de nacimiento Color Sexo Edad
 Discapacidad Religión Otro _____

5. **¿Cuál es la mejor hora para llamarlo acerca de esta queja?**

6.* **¿Cuándo le sucedió? ¿Sabe la fecha?**

Fecha en que comenzó: _____

Última fecha en que sucedió: _____

7. **Las quejas deben reportarse no más de 6 meses después de la fecha en que piensa que fue tratado 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 emplear más hojas y añadir las a este envío.**

9. **¿Alguien vio cuando usted fue tratado de manera diferente?
Si es así, por favor proporcione la siguiente información de esa persona:**

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 el Representante Autorizado, usted debe tener un comprobante de que puede actuar en nombre de esta persona. Si la persona es menor de 18 años de edad, uno de los padres o 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 que investigue mi queja.

(Firme aquí si usted es la persona de quien trata esta queja)

(Fecha)

(Firme aquí si usted es el Representante Autorizado)

(Fecha)

¿Está presentando esta queja para otra persona, pero usted no es el Representante Autorizado de la persona? Firme abajo. La persona para quien usted está reportando esta queja debe firmar arriba o debe informar a su plan de salud o a TennCare que está bien que ellos firmen en su lugar.

Declaración: Afirmo que la información en esta queja es verdadera y correcta y doy mi autorización para que TennCare se comunice conmigo acerca de esta queja.

(Firme aquí si está reportando en nombre de otra persona)

(Fecha)

¿Es usted un asistente de TennCare o del MCO/plan de salud que está ayudando al miembro de buena fe a presentar la queja? Si es así, por favor firme abajo:

(Firme aquí si usted es un asistente de TennCare o del MCO/plan de salud)

(Fecha)

Está bien informar una queja a su MCO/Plan de salud o TennCare. La información contenida en esta queja se trata de forma privada. Los nombres u otra información sobre las personas utilizadas en esta queja se comparten solo cuando es necesario. Envíe por correo una página firmada del Autorización para divulgar información con su queja. Si presenta esta queja en nombre de otra persona, pídale a esa persona que firme la página del Autorización para divulgar información y envíela por correo con esta queja. Guarde una copia de todo lo que envíe. Envíenos por correo postal o correo electrónico la Queja completada y firmada y la Autorización para divulgar información firmada a::

TennCare, Office of Civil Rights Compliance
310 Great Circle Road, Floor 3W • Nashville, TN 37243
615-507-6474 o gratuitamente al 855-857-1673 (TRS 711)
HCFA.fairtreatment@tn.gov

También puede llamarnos si necesita ayuda con esta información.

164 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.



Autorización para divulgar información

Para investigar su queja, es posible que TennCare tenga que divulgar su nombre u otra información sobre usted a otras personas o agencias importantes en esta queja.

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 queja, TennCare puede necesitar compartir mi nombre, fecha de nacimiento, información de reclamos, información médica u otra información sobre mí con otras personas u organizaciones. Y es posible que TennCare necesite recopilar esta información sobre usted de personas u organizaciones. Por ejemplo, si informo que mi médico me trató de una manera diferente debido a mi color, es posible que TennCare deba hablar con mi médico y recopilar mis registros médicos.
- Usted no tiene que estar de acuerdo en divulgar su nombre u otra información. No siempre se necesita para investigar una queja. Aunque usted 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. Tal vez tengamos que cerrar su caso. 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 para 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 leí y que entiendo mis derechos escritos arriba. Estoy de acuerdo con que TennCare divulgue mi nombre u otra información acerca de mí a otras personas o agencias importantes para esta queja durante la investigación y el desenlace.

Esta Autorización para Divulgar Información tiene vigencia hasta que se pronuncie el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare sin cancelar su queja. Si cancela su contrato, la información que ya se ha compartido no se puede hacer desconocida.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Necesita ayuda? ¿Quiere presentar una queja? Comuníquese o envíe por correo un formulario de Queja completado y firmado y una Autorización para divulgar información firmada a:

TennCare OCRC

310 Great Circle Road, 3W

Nashville, TN 37243

Teléfono: 1-615-507-6474 o gratuitamente al 1-855-857-1673 (TRS 711)

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

¿Tiene problemas para obtener atención médica o medicina en TennCare?

Use esta página únicamente para presentar una

Apelación Médica de TennCare

¿Necesita ayuda para presentar una apelación médica?
Llame gratis al 1-800-878-3192.

Complete todas las hojas. 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 recibir su apelación por teléfono.

1. ¿Quién es la persona que quiere apelar?

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de Seguro Social ____-____-____ O número en su tarjeta TennCare _____

Dirección postal actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

El nombre de la persona a quien deberíamos llamar si tenemos preguntas sobre esta apelación: _____

Un número de teléfono diurno para comunicarnos con esa persona (____) _____ - _____

2. ¿Quién completó este formulario?

Si no es la persona que quiere apelar, díganos su nombre. _____

Díganos si es: Padre, pariente o amigo Defensor o abogado

Doctor o proveedor de atención médica *

(*Necesita el permiso por escrito de su paciente para presentar esta apelación. Vea la cuarta página.)

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 169.)

___ Necesita atención o medicina. (Complete la **Parte B** en la página 169.)

___ Tiene facturas o pagó atención médica o medicina que usted piensa que TennCare debería pagar. (Complete la **Parte C** en la página 170.)

4. ¿Piensa que tiene una emergencia?

Por lo general, su apelación se decide en un plazo de **90 días** de que la presente. Pero, si tiene una emergencia y su plan de seguro médico está de acuerdo en que es una emergencia, obtendrá una apelación **acelerada**. Una apelación acelerada se decide en aproximadamente una semana. Podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos. Una emergencia significa que esperar 90 días para una decisión de “sí” o “no” **podría poner en peligro su vida o su salud física o mental**:

¿Sigue pensando que tiene una emergencia? Si es así, puede pedirle a TennCare una apelación **acelerada** llamando al 1-800-878-3192. Su doctor también puede pedir este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que su doctor tenga su **permiso (autorización) por escrito**. Escriba su nombre, fecha de nacimiento, el nombre de su doctor y su permiso para que apelen en su nombre en una hoja de papel. Luego, envíela por fax o por correo a TennCare (vea **Hay 3 maneras de presentar una apelación** para nuestra dirección y número de fax). ¿Y si no nos envía su autorización y su doctor solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará un formulario para completar, firmar y devolverlo.

Después de que dé su autorización por escrito, su doctor puede ayudarlo completando un “Certificado de apelación acelerada del proveedor”. Su doctor puede obtener la hoja en nuestro sitio web. **Vaya a tn.gov/tenncare**. Haga clic en “Providers” y luego en “Miscellaneous Provider Forms”. Su doctor debe enviar por fax este certificado y sus expedientes médicos a TennCare. TennCare y su plan de seguro médico evaluarán su apelación y decidirán si debe ser acelerada. **Si es así**, usted recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde, podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos.

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 abajo, mire el número 3 en la página 167.

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 ni 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 sí, nombre del doctor _____

¿Le ha pedido a su plan de seguro médico esta atención médica o medicina? _____ Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Le llegó una carta sobre este problema? _____ Sí No

En caso afirmativo, 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 recibéndola durante su apelación? _____ Sí No

¿Su doctor dice que sigue necesitándola? _____ Sí No

Si sí, el 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 médica o medicina _____

El nombre del doctor, farmacia u otro lugar que lo atendió o le dio medicina _____

El número de teléfono de la persona (_____) _____ - _____

Su 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 ha llegado una factura? _____ Sí No

Si le llegó y usted piensa que TennCare debería pagar, debe enviar una copia de la factura.

Díganos en qué fecha recibió una factura (si la sabe). _____

Cómo presentar su apelación médica

Haga una copia de las páginas completadas para conservar.
Luego, envíe por correo estas hojas y otros datos a:

TennCare Solutions
P.O. Box 593
Nashville, TN 37202-0593

O, 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 **1-800-878-4290**.

¿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, idioma, sexo, edad, religión o discapacidad. Si cree que lo han tratado injustamente, llame gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

170 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.



STATE OF TENNESSEE
DIVISION OF TENNCARE
TennCare Member Medical Appeals
P.O. Box 000593
Nashville, Tennessee 37202-0593

Formulario de autorización de apelación

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del doctor en letra de molde: _____

Sí, me gustaría solicitar una audiencia imparcial de TennCare:

(Medicamento, artículo o servicio)

- Le doy permiso a mi doctor para presentar una solicitud de audiencia imparcial en mi nombre.
- Quiero seguir recibiendo los servicios que he estado recibiendo hasta que mi apelación termine. Entiendo que mi plan de salud analizará mi caso y decidirá si puedo seguir recibiendo esta atención durante mi apelación.

Firma del paciente Fecha

Dirección

Número de teléfono

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 171
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-690-1606, TTY 711.

Certificado del proveedor de cabecera: Apelación acelerada de TennCare

Una apelación típica para un servicio médico se decide dentro de noventa (90) días. Sin embargo, una apelación acelerada debido a la salud de un paciente se debe decidir en una semana (o hasta tres semanas si el plan de seguro médico tiene tiempo adicional para obtener y evaluar el expediente clínico del paciente). Una apelación solamente se acelerará si esperar hasta noventa (90) días para una decisión “podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del afiliado o su capacidad de conservar, recuperar o mantener plena función.”

Para solicitar una apelación acelerada para su paciente:

1. Lea la siguiente afirmación. Si está de acuerdo, indíquelo en su certificación y firme y escriba la fecha en los espacios provistos.

Afirmo que soy el médico responsable del paciente mencionado más abajo, y que la presentación aguda de esta afección es de tal gravedad que esperar hasta noventa (90) días para la toma de una decisión podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del afiliado o su capacidad de conservar, recuperar o mantener plena función.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

2. Identifique el servicio deseado: _____

3. Identifique al paciente:

(Nombre)

(No. de SS)) o (fecha de nacimiento)

4. A su discreción, adjunte una narrativa y/o expedientes médicos que apoyen esta solicitud.

5. **Adjunte una copia del membrete** de su consultorio para que TennCare tenga su información de contacto.

6. Envíe este formulario completado y la documentación correspondiente por fax a **Division of TennCare al 1-866-211-7228**. (AVISO: Si su paciente ya solicitó esta apelación acelerada a TennCare, sírvase enviar este certificado y la documentación lo más pronto posible.)

172 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Directivas adelantadas

Las Directivas adelantadas son sus deseos por escrito sobre lo que usted quiere que suceda, si se enferma al grado de no poder decirlo.

Testamento Vital o Plan de Atención por Adelantado

Las máquinas y la medicina pueden 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 completando un testamento vital.** En el 2004, la ley de Tennessee cambió el Testamento Vital a un **Plan de Atención por Adelantado.** Cualquiera de los dos es aceptable.

Debe completar el Testamento Vital o el Plan de Atención Médica por Adelantado cuando todavía tiene sus facultades mentales. 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 pueden ser beneficiarios de usted por su fallecimiento
- No pueden ser su doctor ni cualquier miembro del personal que trabaja en el lugar donde recibe atención médica. Una vez que estén firmados por todos, sus disposiciones son legales hasta que usted las cambie.

Poder Notarial Duradero de Tennessee para Atención Médica o Designación de un Agente para la Atención Médica

El Poder Notarial para la Atención Médica es un documento 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 la 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 informar en su nombre de cuales son sus deseos si usted no puede hablar por sí mismo. Su enfermedad puede ser temporal.

Parte 8: Documentos médicos que podría necesitar

Estos documentos tienen que estar firmados y tener testigos o sello de notario. Una vez que estén firmados por todos, son sus disposiciones legales hasta que usted las cambie.

Estos documentos sólo se utilizarán si se enferma al grado de no poder decir lo que usted quiere que suceda. Mientras todavía tenga sus facultades mentales, **usted mismo** puede decidir sobre su atención médica.

Si usted llena estos documentos, asegúrese de sacar **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 formularios. Usted decide. Es posible que desee hablar con un abogado o un amigo antes de llenar estos documentos.

Instrucciones: Las partes 1 y 2 se pueden usar juntas o de forma independiente. Por favor marque/anule cualquier parte no utilizada. La Parte 5, Bloque A o Bloque B debe completarse para todos los propósitos.

Directiva adelantada para atención* médica

(Tennessee)

Yo, _____, por medio de la presente, doy estas directivas anticipadas sobre cómo quiero que me traten mis doctores y otros proveedores de atención médica cuando yo ya no pueda tomar esas decisiones sobre mi tratamiento.

Parte I

Agente: Quiero que la siguiente persona tome decisiones de atención médica por mí. Esto incluye cualquier decisión de atención médica que yo podría haber tomado para mí, de ser posible, excepto que mi agente debe seguir mis instrucciones a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Mobile Phone: _____ Otro teléfono: _____

Agente suplente: Si la persona nombrada arriba no puede o no quiere tomar decisiones de atención médica por mí, designo como alternativa a la siguiente persona para que tome las decisiones de atención médica por mí. Esto incluye cualquier decisión de atención médica que yo podría haber tomado para mí, de ser posible, excepto que mi agente debe seguir mis instrucciones a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Mobile Phone: _____ Otro teléfono: _____

Mi agente también es mi representante personal para los efectos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluida la ley HIPAA.

Vigencia (marque una):

- Le doy permiso a mi agente para tomar decisiones de atención médica en cualquier momento, incluso si tengo capacidad para tomar decisiones por mí mismo
- No doy ese permiso (este formulario se aplica solo cuando yo ya no tenga capacidad).

Firme en la página 3.

Página 1 de 4

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 175
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

Parte 2

Indique sus deseos de calidad de vida: Al marcar “sí” a continuación, he indicado los estados de salud con los que estaría dispuesto a vivir si recibiera la atención adecuada y manejo del dolor. Al marcar “no” a continuación, he indicado los estados de salud con los que no estaría dispuesto a vivir (que para mí crearía una calidad de vida **inaceptable**).

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado inconsciente permanente: Me vuelvo totalmente inconsciente de las personas o el entorno con pocas posibilidades de despertar del coma.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Confusión permanente: Me vuelvo incapaz de recordar, comprender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación clara con ellos.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependiente en todas las actividades de la vida diaria: Ya no puedo hablar o comunicarme claramente o moverme solo. Yo dependo de otros para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. La rehabilitación o cualquier otro tratamiento restaurativo no ayudará.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades en etapa terminal: Tengo una enfermedad que ha llegado a sus etapas finales a pesar de haber recibido un tratamiento completo. Ejemplos: cáncer generalizado que ya no responde al tratamiento; corazón y pulmones crónicos y/o dañados, donde se necesita oxígeno la mayor parte del tiempo y las actividades son limitadas debido a la sensación de asfixia.

Indique sus deseos de tratamiento: Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí (como se indica arriba en uno o más de los estados de salud marcados con “no”) y mi afección es irreversible (es decir, no mejorará), ordeno que se proporcione el tratamiento apropiado por razones médicas de la siguiente manera. Al marcar “sí” a continuación, he indicado el tratamiento que deseo. Al marcar “no” a continuación, he indicado el tratamiento que **no** deseo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RCP (resucitación cardiopulmonar): Para hacer que el corazón vuelva a latir y restaurar la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, esto implica descargas eléctricas, compresiones torácicas y asistencia respiratoria.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mantenimiento vital/otro Mantenimiento artificial: Uso continuo de respirador, líquidos intravenosos, medicamentos, y otros equipos que ayudan a que los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos continúen funcionando.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de nuevas afecciones: Uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos que tratarán una nueva afección pero que no ayudarán a la enfermedad principal.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alimentación por sonda/líquidos por vía intravenosa: Uso de sondas para administrar alimentos y agua al estómago de un paciente o uso de líquidos por vía intravenosa, que incluiría nutrición e hidratación administradas artificialmente.

Firme en la página 3.

Página 2 de 4

176 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Parte 3

Otras instrucciones, como atención en una casa para enfermos desahuciados arreglos funerarios, etc.:

(Si es necesario, puede adjuntar más hojas.)

Parte 4

Donación de órganos: A mi muerte, deseo hacer la siguiente donación anatómica para fines de trasplante, investigación y/o educación (marque una):

- Cualquier órgano/tejido Mi cuerpo entero
- Solo los siguientes órganos/tejidos: _____
- Ninguna donación de órganos/tejidos

Firma

Parte 5

Su firma debe ser presenciada ya sea por dos adultos competentes (“Bloque A”) o por un notario público (“Bloque B”).

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Firme en la página 3.

Página 3 de 4

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 177
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

Bloque A

Ninguno de los testigos puede ser la persona que designó como su agente o suplente y por lo menos uno de los testigos debe ser alguien que no esté relacionado con usted o no tenga derecho a ninguna parte de su patrimonio.

Testigos:

1. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado como el agente. Yo fui testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 1

2. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado como el agente. No estoy relacionado con el paciente por sangre, matrimonio ni adopción y no tendría derecho a ninguna porción del patrimonio del paciente de su muerte en virtud de un testamento o codicilo existente o por disposición legal. Fui testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 2

Bloque B

Usted puede elegir que un notario público sea testigo de su firma en lugar de los testigos descritos en el Bloque A.

STATE OF TENNESSEE

COUNTY OF _____

Soy un notario público en y para el estado y condado arriba mencionados. Yo conozco a la persona (o me demostrado con pruebas satisfactorias) que se firmó en este instrumento y sé que es la persona cuyo nombre aparece anteriormente como el "paciente". El paciente compareció personalmente ante mí y firmó arriba o reconoció la firma anterior como propia. Declaro bajo pena de perjurio que el paciente parece estar en su sano juicio y sin coacción, fraude o influencia indebida.

My commission expires: _____

Signature of Notary Public

Qué hacer con esta Directiva Adelantada:

1. Proporcione una copia a su(s) doctor(es);
2. Conserve una copia en sus archivos personales a los que los demás tengan acceso;
3. Dígalas a sus familiares y amigos más cercanos lo que está en el documento;
4. Proporcione una copia a la(s) persona(s) que nombró como su agente de atención médica.

* Este formulario reemplaza los formularios anteriores de poder notarial duradero para atención médica, testamento vital, designación de agente y plan de atención médica anticipada, y elimina la necesidad de cualquiera de esos documentos.

Firme en la página 3.

Página 4 de 4

178 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

Parte 9:

Más información

TennCare Kids: Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT)

En TennCare Kids/EPSDT para menores de 21 años de edad cubrimos:

- Consultas periódicas, regulares con el doctor para ver si el niño se está desarrollando normalmente y para ver si él o ella tiene algún problema de salud física o conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción), dental u otra afección. Estas consultas se denominan chequeos y es necesario que ocurran de acuerdo con el calendario de la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Por ejemplo:

Los niños desde el nacimiento hasta la edad de 30 meses tienen derecho a obtener 12 chequeos;

Los niños desde los 3 años hasta los 11 años de edad tienen derecho a recibir 9 chequeos;

Los niños desde los 12 años hasta los 20 años de edad tienen derecho a recibir 9 chequeos.

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 TennCare Kids/EPSDT incluyen lo siguiente:
 - Una historia clínica completa de salud y desarrollo;
 - Un examen físico completo, sin ropa;
 - Inmunizaciones (vacunas) apropiadas;
 - Exámenes de la vista y la audición apropiados;
 - Análisis de laboratorio apropiados;
 - Evaluaciones del desarrollo/conducta (según corresponda)
 - Educación en salud (consejos sobre cómo mantener sano a su hijo)

Parte 9: Más información

Usted también obtiene otros servicios además de los servicios de chequeos de detección:

- El tratamiento, incluida la rehabilitación, para cualquier problema de salud (física, mental o del desarrollo) u otras afecciones descubiertas durante un chequeo. También puede obtener asistencia para concertar 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 cualquier problema de 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. (**Nota:** tenga en cuenta que le harán al niño una prueba 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)
- Si su hijo tiene una concentración elevada de plomo en la sangre, se harán investigaciones acerca de la presencia de plomo. Si usted piensa que su hijo ha estado en contacto con cosas que tienen un alto contenido de plomo, tales como pintura vieja, dígame 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. Cuente con transporte y ayuda para pedirlo cuando tiene que ir muy lejos de casa para recibir atención médica.
- 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 para **TennCare Kids** y 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.

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

2021: Vacunas recomendadas para los niños desde los 7 hasta los 18 años de edad

Hable con el médico o la enfermera de su hijo acerca de las vacunas recomendadas para su edad. La vacunación contra el COVID-19 se recomienda para algunos adolescentes.

	Vacuna contra la influenza (gripe)	Vacuna Tdap (tétanos, difteria, tosferina)	Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano)	Vacuna antimeningocócica		Vacuna anti-neumocócica	Vacuna contra la hepatitis B	Vacuna contra la hepatitis A	Vacuna contra la poliomielitis	Vacuna MMR (sarampión, paperas, rubéola)	Varicela
				MenACWY	MenB						
7-8 años	■	■				■	■	■	■	■	■
9-10 años		■	■				■	■	■	■	■
11-12 años		■	■				■	■	■	■	■
13-15 años		■	■				■	■	■	■	■
16-18 años		■	■		■	■	■	■	■	■	■

Más información:

Todas las personas de 6 meses de edad o más deben ser vacunadas todos los años contra la influenza.

Todas las personas entre los 11 y 12 años deben recibir una dosis de la vacuna Tdap.

Todas las personas entre los 11 y 12 años deben recibir una serie de 2 dosis de la vacuna contra el VPH. Aquellos con el sistema inmunitario debilitado y quienes comiencen la serie a los 15 años o más necesitan una serie de 3 dosis.

Todas las personas entre los 11 y 12 años deben recibir una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY). Se recomienda una dosis de refuerzo a los 16 años.

Los adolescentes de 16 a 18 años, pueden recibir la vacuna antimeningocócica del serogrupo B (MenB).



Estas casillas sombreadas indican cuándo se recomienda la vacuna para todos los niños, a menos que el médico le diga que su hijo no puede recibir en forma segura la vacuna.



Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se debe administrar a un niño que esté poniéndose al día con las vacunas.



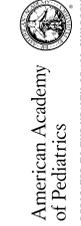
Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se recomienda para niños con ciertas afecciones o situaciones de estilo de vida que los ponen en mayor riesgo de enfermedades graves. Consulte las recomendaciones específicas de la vacuna en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/



Esta casilla sombreada indica que los niños que no tengan mayor riesgo pueden recibir la vacuna si así se desea, después de hablar con un proveedor de atención médica.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention



AAFP
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

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:

- Grave peligro para la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto)
- Daño grave a las funciones corporales; o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Atención a largo plazo — atención personal y médica en una casa de convalecencia, centro de atención intermedia para individuos con discapacidades intelectuales (ICF-MR), o el programa de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) que TennCare paga, incluidos CHOICES y Employment and Community First CHOICES. Las personas que tienen TennCare deben calificar para recibir atención a largo plazo reembolsada por TennCare.

Necesario por razones médicas — Para ser necesario por razones médicas o, un artículo o servicio médico debe satisfacer cada uno de los siguientes criterios:

- 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;
- Debe ser indispensable para diagnosticar o tratar la enfermedad de un afiliado;
- Debe ser seguro y eficaz;
- No puede ser experimental ni de investigación; y
- 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.

Glosario

Apelación: Cuando su plan de seguro médico de TennCare dice que usted no califica para un servicio, usted recibirá una carta que dice por qué. La carta que recibe se llama “Aviso de determinación adversa de beneficios”. Si cree que su plan de seguro médico de TennCare cometió un error, y considera que si califica para el servicio, puede presentar una apelación ante TennCare. Esta carta le dirá cómo. Una “apelación” es una solicitud para que TennCare le otorgue una audiencia imparcial. En su audiencia imparcial, un juez decidirá si su plan de seguro médico de TennCare cometió un error.

Atención de Enfermería Especializada: Ciertos servicios especializados que solo pueden realizar enfermeras con licencia en su hogar o en una casa de convalecencia.

Atención de urgencia: Atención de una enfermedad, lesión o afección que no sea una emergencia pero que requiere atención inmediata.

Atención en sala de emergencias: Servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencias.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: Atención en un hospital que normalmente no requiere pasar la noche.

Atención Médica en el Hogar: Servicios de atención médica que una persona recibe en casa a través de enfermeras o asistentes de salud en el hogar.

Autorización previa: Una decisión de su plan de seguro médico de TennCare sobre un servicio o medicamento con receta o si es necesario para usted por razones médicas. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su plan de seguro médico de TennCare puede exigir una autorización previa para poder obtener ciertos servicios, suministros o medicamentos, excepto en una emergencia.

Cobertura de medicamentos con receta: Plan de seguro médico que ayuda a pagar medicamentos con receta y medicinas.

Condición médica de emergencia: La aparición repentina de una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

Copagos: Un cargo o cuota pagadero cuando se proporciona un servicio cubierto.

Equipo Médico Duradero (DME): Equipo médico ordenado por un doctor para ayudar con una discapacidad, enfermedad o lesión. Por ejemplo, los equipos de oxígeno, las sillas de ruedas o las muletas son tipos de DME.

184 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Especialista: Un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Para consultar a un especialista, los miembros de TennCare deben obtener una remisión de su proveedor de atención primaria.

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente internado y generalmente requiere una estadía de una noche.

Medicamentos con receta: Medicinas y medicamentos que por ley requieren una receta.

Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el doctor u otro proveedor de atención médica al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención médica que necesite para conservar la salud. Él o ella también puede hablar con otros doctores y proveedores sobre su atención y luego remitirlo a ellos. Por lo general, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Necesario por razones médicas: Servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas. Para ser necesarios por razones médicas, estos servicios deben cumplir con los requisitos de TennCare.

Plan: Su Gerente de Beneficios de Farmacia de TennCare, Gerente de Beneficios Dentales u Organización de Atención Administrada.

Prima: La cantidad que debe pagarse por el seguro médico.

Proveedor no participante: Un proveedor de atención médica que no está en la red de su plan de salud de TennCare. También llamado proveedor fuera de la red.

Proveedor participante: Un proveedor de atención médica que no está en la red de su plan de seguro médico de TennCare. También llamado proveedor de la red.

Proveedor: Cualquier doctor, hospital, agencia u otra persona que tenga una licencia o esté aprobado para prestar servicios de atención médica. Un proveedor también puede ser una clínica, farmacia o centro.

Queja: Una queja que presenta sobre su plan de seguro médico de TennCare que involucra algo más que una determinación adversa de beneficios.

Red: Las instalaciones, los proveedores y los suministradores con los que su plan de salud de TennCare ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Parte 9: Más información

Seguro médico: Un contrato que requiere que una seguro de salud pague parte o la totalidad de su atención médica a cambio de que usted (o su empleador) pague una cantidad acordada cada mes o cada año. La cantidad que usted paga se llama su “prima”. Medicare, TennCare, TRICARE y COBRA también se consideran “seguro médico”.

Servicios de cuidados paliativos: Servicios para aliviar el dolor y brindar apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Servicios de emergencia: Evaluación de un estado médico de emergencia y tratamiento para evitar que empeore.

Servicios de Médico: Servicios de atención médica proporcionados o coordinados por un médico con licencia.

Servicios de rehabilitación: Servicios de atención médica que lo ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Servicios excluidos: Los servicios que su plan de seguro médico de TennCare no paga ni cubre.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios o equipos que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios.

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia.

Tabla de Beneficios de Employment and Community First CHOICES

Clave para títulos de columnas:

Grupo 4 = Apoyos esenciales para la familia

Grupo 5 = Apoyos esenciales para trabajar y vivir de manera independiente

Grupo 6 = Apoyos integrales para trabajar y vivir en la comunidad

Grupo 7 = Apoyos, estabilización y tratamiento intensivo conductual centrado en la familia

Grupo 8 = Servicios intensivos conductuales para la transición y estabilización en la comunidad

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual					
<p>Exploración</p> <p>Le ayuda a decidir si usted desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que usted sería realmente bueno al visitar sitios de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También le ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder a sus preguntas acerca del trabajo.</p> <p>Límites:</p> <p>No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si usted no tiene empleo ni recibe otros apoyos laborales y no ha decidido si quiere trabajar.</p>	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual (continuación)					
<p>Descubrimiento</p> <p>Alguien para ayudarle a identificar los tipos de trabajo que quiere hacer, las habilidades y fortalezas que aportaría a su trabajo y lo que necesita para tener éxito. Esta información se puede utilizar para ayudarle a escribir un plan para conseguir un trabajo o abrir su propio negocio.</p> <p>Límites:</p> <p>No más de una vez cada 3 años y sólo si usted no está empleado o recibiendo otros apoyos de empleo y tiene una meta para conseguir un trabajo en los próximos 12 meses.</p>	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Observación y evaluación de la situación</p> <p>Una oportunidad de probar ciertos trabajos para ver cómo son y lo que necesita hacer para prepararse para esos trabajos.</p> <p>Límites:</p> <p>No más de una vez cada 3 años y sólo si usted no está empleado o recibiendo otros apoyos de empleo y tiene una meta de conseguir un trabajo en los próximos 12 meses.</p>	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual (continuación)					
<p>Plan de desarrollo de trabajo o plan para trabajar por su cuenta</p> <p>Alguien que le ayude a elaborar un plan para conseguir un trabajo (o iniciar su propio negocio).</p> <p>Límites:</p> <p>No más de una vez cada 3 años y sólo si usted no está empleado o recibiendo otros apoyos de empleo y tiene una meta de conseguir un trabajo en los próximos 12 meses.</p>	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Desarrollo laboral o ayuda para iniciar su propio negocio</p> <p>Alguien que le ayude a realizar su plan de conseguir un trabajo (o abrir su propio negocio).</p> <p>Límites:</p> <p>No más de una vez al año (por lo menos 365 días entre servicios) y sólo si usted no está empleado o recibiendo otros apoyos para el empleo y tiene la meta de conseguir un trabajo en un plazo de 9 meses.</p>	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual (continuación)					
<p>Asesoramiento laboral</p> <p>Un asesor laboral que lo apoye desde que comience su trabajo hasta que pueda hacer el trabajo por sí mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 40 horas por semana de Asesoramiento laboral o apoyos de compañero de trabajo, servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación en aptitudes de la vida independiente y las horas que trabaja combinadas, si usted trabaja en la comunidad o tiene su propio negocio en la comunidad • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas si usted trabaja en la comunidad o tiene su propio negocio en la comunidad y en el que trabaja por lo menos 30 horas por semana 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual (continuación)					
<p>Asesoramiento laboral para abrir su propio negocio</p> <p>Un asesor laboral que lo apoye desde que abra su negocio hasta que lo maneje usted solo.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 40 horas por semana de asesoramiento laboral o apoyo de compañero de trabajo, servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación en aptitudes para la vida independiente y las horas que trabaja combinadas, si usted trabaja en la comunidad o tiene su propio negocio en la comunidad • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas si usted trabaja en la comunidad o tiene su propio negocio de la comunidad en el que trabaja por lo menos 30 horas por semana 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual (continuación)					
<p>Apoyo de compañero de trabajo</p> <p>Pagarle a un compañero de trabajo para que le ayude en su trabajo en lugar de pagarle a un asesor laboral.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 40 horas por semana de Asesoramiento Laboral o Apoyos de Compañero de Trabajo, Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad, Capacitación en Aptitudes de la Vida Independiente y las horas que trabaja combinadas si usted trabaja en la comunidad o tiene su propio negocio de la comunidad • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas si usted trabaja en la comunidad o tiene su propio negocio de la comunidad en el que trabaja por lo menos 30 horas por semana 	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Avance laboral</p> <p>Servicios para ayudarle a obtener un mejor trabajo donde gane más dinero.</p> <p>Límites:</p> <p>No más de una vez cada 3 años para conseguir un ascenso o segundo trabajo.</p>	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo individual (continuación)					
<p>Asesoramiento acerca de los beneficios</p> <p>Alguien que le ayude a comprender como el dinero que usted gana trabajando afectará a otros beneficios que usted recibe, como el seguro social y TennCare.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solamente si usted no puede obtener el servicio a través de otro programa • Asesoramiento inicial hasta por 20 horas solamente una vez cada 2 años • Hasta por 6 horas solamente y no mas de 3 veces por año para considerar un nuevo trabajo, una promoción o para abrir su propio trabajo • Hasta 8 horas extra 4 veces al año para ayudarle a continuar trabajando o seguir trabajando en su propio negocio 	✓	✓	✓	✓	✓
Apoyos para el empleo – Apoyos para el empleo en grupo pequeño					
<p>Empleo con apoyo – Grupo pequeño</p> <p>Apoyo para usted y 1 o 2 personas adicionales para que trabajen juntos en un grupo pequeño. Le ayudará a prepararse para un trabajo que puede usted hacer solo.</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta 30 horas por semana de empleo con apoyo, en grupo pequeño, servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación en aptitudes de la vida independiente combinadas.</p>	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para el empleo – Capacitación pre-vocacional					
Servicios integrados para la trayectoria laboral Capacitación de tiempo limitado para ayudarle a prepararse para el trabajo en la comunidad. Límites: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 12 meses; puede aumentar hasta 12 meses más si se está esforzando para conseguir un trabajo • Hasta 30 horas por semana de servicios integrados para la trayectoria laboral o empleo con apoyo para la integración en la comunidad y capacitación en aptitudes de la vida independiente, combinados. 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para la vida independiente en la comunidad					
<p>Servicios de apoyo para la integración en la comunidad</p> <p>Le ayuda a hacer las cosas que desea hacer en la comunidad. Asistir a una clase, inscribirse en un club, ofrecerse como voluntario, adquirir mejor salud o conservar la salud, hacer algo divertido, entablar relaciones y alcanzar sus objetivos.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se cubre como un servicio separado si usted recibe apoyos para vivir en la comunidad (es parte de ese beneficio) • Si usted no trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta por 20 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación en aptitudes de la vida independiente combinadas después de empezar un proceso de decisión acerca del empleo basado en sus conocimientos. • Si usted ya trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 30 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación en aptitudes de la vida independiente, asesoramiento laboral, apoyos de compañero de trabajo y las horas que trabaja, todo combinado. • Si está trabajando (o en un trabajo individual, no de grupo en la comunidad) o tiene su propio negocio: Hasta 40 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación en aptitudes de la vida independiente, asesoramiento laboral, apoyos de compañero de trabajo y las horas que trabaja, todo combinado. • Si está trabajando o tiene su propio negocio en la comunidad por lo menos 30 horas a la semana: Hasta 30 horas a la semana de todos estos servicios y las horas de trabajo combinadas. 	✓	✓	✓	✓	

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para la vida independiente en la comunidad (continuación)					
<p>Capacitación en aptitudes de la vida independiente</p> <p>Le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de manera más independiente. Estas aptitudes pueden ayudarle a cuidarse a sí mismo, atender su hogar o manejar su dinero.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se cubre como un servicio separado si usted recibe apoyo para vivir en la comunidad (es parte de ese beneficio) • Si usted no trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 20 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación en aptitudes de la vida independiente combinadas después de empezar un proceso de decisión acerca del empleo basado en sus conocimientos. • Si usted ya trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 30 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación en aptitudes de la vida independiente y apoyos para el empleo en grupo combinados. • Si está trabajando (en un trabajo individual, no de grupo en la comunidad) o tiene su propio negocio: Hasta 40 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación en aptitudes de la vida independiente, asesoramiento laboral, apoyos de compañero de trabajo y las horas de trabajo, todo combinado. • Si está trabajando o tiene su propio negocio en la comunidad por lo menos 30 horas a la semana: Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas. 	✓	✓	✓	✓	

196 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para la vida independiente en la comunidad (continuación)					
<p>Transporte en la comunidad</p> <p>Le ayuda a llegar al trabajo o a otros lugares en la comunidad cuando no hay transporte público o usted no tiene ninguna otra manera de llegar.</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta \$225 por mes si usted obtiene este servicio a través de administración para el consumidor.</p> <p>Si obtiene este servicio de un proveedor y no recibe otro servicio inmediatamente antes o después:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No más de 2 viajes de ida o vuelta por día • No más de 12 viajes de ida o vuelta por semana para el trabajo • No más de 6 viajes de ida o vuelta por semana para hacer cosas integradas a la comunidad (además del trabajo) • No más de 12 viajes en combinación de ida o vuelta 	✓	✓	✓	✓	

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para la vida independiente en la comunidad (continuación)					
<p>Asistencia personal</p> <p>Alguien que le ayude en su hogar con sus necesidades personales de la vida diaria, en el trabajo o en la comunidad.</p> <p>Incluye ayuda con sus actividades domésticas o mandados. La persona le puede ayudar con cosas como levantarse de la cama, bañarse y vestirse para que esté listo para ir a trabajar o salir a la comunidad. También le puede ayudar con sus actividades domésticas (pero no para otras personas con las que vive). Esto incluye cosas como la limpieza y lavandería, ayudarlo a preparar sus comidas y a comer y hacer sus mandados. Y pueden apoyarlo en la comunidad para hacer las cosas que usted quiere hacer. También incluye ayuda para capacitar a alguien que conozca para que le proporcione este tipo de apoyo.</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta 215 horas al mes.</p>		✓	✓		
<p>Tecnología de asistencia, equipos para adaptación y suministros</p> <p>Ciertos artículos que le ayudan a ser más independiente en su hogar o en la comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación acerca de la manera de como utilizarlos.</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año).</p>	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para la vida independiente en la comunidad (continuación)					
<p>Modificaciones menores en su hogar</p> <p>Ciertos cambios a su hogar que le ayudarán a moverse con más facilidad y seguridad en su hogar, como barras de sujeción o una rampa para silla de ruedas.</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año natural; y \$20,000 de por vida.</p>	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Apoyos para vivir en la comunidad y Apoyos para vivir en la comunidad – Modelo familiar</p> <p>Apoyo con las actividades de la vida cotidiana y otras tareas que le ayudan a vivir en la comunidad y participar en la vida comunitaria.</p> <p>Por lo general, en un arreglo de vivienda pequeña compartida o con una familia (pero no la suya) que le proporciona los apoyos que necesita. Usted tiene que pagar su alojamiento y comidas.</p>		✓	✓		

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para familiares cuidadores					
<p>Relevo</p> <p>Alguien que lo apoye por corto tiempo para que su cuidador pueda tener un descanso. (Solamente para los familiares u otros cuidadores que lo cuidan de manera rutinaria y a quienes no se les paga por apoyarlo.)</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta 30 días por año natural o 216 horas por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año). Usted tiene que elegir una opción.</p> <p>En la administración por el consumidor, el relevo solamente puede ser por hora.</p>	✓	✓	✓		
<p>Atención de apoyo en el hogar</p> <p>Es similar a la asistencia personal, pero indicada para las personas que viven en casa con su familia. Alguien que le ayude con sus necesidades de aseso personal o las actividades cotidianas con las que su familia no le puede ayudar. Esta ayuda podría ser en su casa, en el trabajo o en la comunidad.</p> <p>Incluye ayuda con sus actividades domésticas (pero no para el resto de la familia). La persona le puede ayudar a hacer cosas como levantarse de la cama, bañarse y vestirse para que esté listo para ir a trabajar o salir a la comunidad. Ellos pueden ayudar con su limpieza y lavandería; ayudarle a preparar y comer sus comidas. También pueden apoyarlo en la comunidad para hacer las cosas que usted quiere hacer.</p>	✓				

200 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para familiares cuidadores (continuación)					
<p>Estipendio para familiares o cuidadores (en lugar de la atención de apoyo en el hogar)</p> <p>Un pago mensual a su cuidador principal si él o ella le ayuda con sus necesidades de aseo personal y del vida cotidiana (en lugar de la atención de apoyo en el hogar). Este dinero ayuda compensar la pérdida de ingresos o el pago de artículos que usted necesita pero que no se cubren por ECF CHOICES. Pero usted debe recibir los servicios que necesita para trabajar y ser parte de la comunidad.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo si usted recibe los servicios que necesita para trabajar en la comunidad y ser parte de ella • Hasta \$500 por mes para niños de hasta 18 años de edad • Hasta \$1,000 por mes para personas de 18 o más años de edad 	✓				
Apoyos para la autodefensa					
<p>Educación y capacitación individual</p> <p>Ayuda para pagar talleres y capacitación que le ayudarán a aprender a abogar por sí mismo y dirigir su planificación y apoyos.</p> <p>Límites:</p> <p>Hasta \$500 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año).</p>		✓	✓		✓

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 201 o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para la autodefensa (continuación)					
<p>Apoyo y asesoría por pares para la planificación enfocada en la persona, su auto-administración, integración del empleo por cuenta propia y vida independiente en la comunidad</p> <p>Orientación y apoyo de otra persona con discapacidad que tiene experiencia y capacitación para contestar a sus preguntas y ayudarle a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar su plan de apoyo • Administrar sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal) • Considerar opciones de empleo o de vida en la comunidad y ensayarlas <p>Límites:</p> <p>Hasta \$1,500 por toda la vida.</p>		✓	✓		✓
<p>Apoyos para la toma de decisiones</p> <p>Ayuda para entender las opciones para proteger los derechos y la libertad de los adultos con discapacidad, al mismo tiempo que se proporciona el apoyo que necesitan para tomar decisiones.</p> <p>Puede incluir ayuda para pagar gastos jurídicos de estas opciones primero tiene que recibir el servicio de asesoramiento.</p> <p>Límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$500 por toda la vida • Debe recibir servicio de asesoramiento primero 	✓	✓	✓	✓	✓

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos para empoderar a la familia					
Desarrollo, organización y asesoría en la comunidad Ayuda para usted y para otras personas con discapacidad y a sus familias: <ul style="list-style-type: none"> • Conocerse y ayudarse mutuamente y • Encontrar y utilizar los recursos de su comunidad 	✓			✓	
Educación y capacitación de cuidadores familiares Ayuda a pagar por talleres y capacitación que ayudará a los cuidadores y familiares a entender y abogar por usted a la vez de ayudarlo a defenderse por usted mismo. Límites: Hasta \$500 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año).	✓			✓	
Apoyo entre familias Orientación y apoyo de parte de los padres de una persona con discapacidad, quienes tengan experiencia y entrenamiento.	✓			✓	
Asesoramiento acerca del seguro médico y asistencias con los formularios Capacitación y apoyo para ayudarle a entender y utilizar sus beneficios de seguro (incluidos TennCare, Medicare y seguros privados). Límites: Hasta 15 horas por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año).	✓			✓	

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 203
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

[Tabla de contenido](#)

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Dental					
Servicios dentales para adultos Atención dental básica para los adultos mayores de 21 años, que incluye exámenes dentales, limpiezas y empastes. (Los niños menores de 21 años ya tienen atención dental a través de TennCare.) Límites: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año) • No más de \$7,500 en tres años naturales seguidos 	✓	✓	✓		✓
Apoyos para terapia					
Consulta y capacitación especializada La ayuda de un profesional para evaluar, planificar y enseñar a otros a apoyarlo, incluye a personal pagado y cuidadores no remunerados. Los tipos de ayuda profesional y capacitación incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios conductuales • Terapia del habla • Terapia ocupacional • Terapia física • Nutrición • Orientación y movilidad • Enfermería Límites: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año) • Hasta \$10,000 si su evaluación indica que usted tiene necesidades médicas y/o conductuales excepcionales 		✓	✓		✓

204 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY 711.

Servicio Cómo puede ayudarle Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?				
	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8
Apoyos intensivos conductuales					
<p>Apoyos, estabilización y tratamiento intensivo conductual enfocado en la familia (IBFCTSS)</p> <p>Combina el tratamiento de salud mental y otros apoyos basados en el hogar con enfoque en la familia. Son solo para un número limitado de menores que viven con su familia y tienen necesidades de apoyo por tener una conducta difícil.</p> <p>Los servicios capacitarán y apoyarán a su familia para que lo apoyen a fin de que puedan seguir viviendo juntos sin riesgos.</p>				✓	
<p>Servicios intensivos conductuales para la transición y estabilización en la comunidad (IBCTSS)</p> <p>Combina servicios residenciales a corto plazo 24 horas al día, 7 días a la semana con tratamiento de salud mental y apoyo para un número limitado de adultos con necesidades mayores de apoyo conductual. Los servicios le ayudarán a hacer una transición segura a la comunidad.</p>					✓



Estamos aquí para usted

Recuerde, nosotros siempre estamos listos para responder a cualquier pregunta que usted pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio en internet en UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
10 Cadillac Drive, Suite 200
Brentwood, TN 37027

UHCCommunityPlan.com

1-866-600-4985, TTY **711**

**United
Healthcare
Community Plan**

206 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

