



Manual Para Miembros

Tennessee

Números de teléfono GRATUITOS para pedir ayuda	
Wellpoint Llame sobre su atención médica	833-731-2153 (TRS 711)
Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo Wellpoint CHOICES Llame para solicitar CHOICES o para hablar con su Coordinador de Cuidados	866-840-4991 (TRS 711)
Employment and Community First CHOICES de Wellpoint Llame si necesita ayuda para completar un autorreferido o para hablar con su Coordinador de Apoyo	866-840-4991 (TRS 711)
Línea de Ayuda de Enfermería	866-864-2545 (TRS 711)
DentaQuest (Programa Dental de TennCare) Llame sobre atención dental	855-418-1622
OptumRx (Programa de Farmacia de TennCare) Llame sobre los servicios de farmacia de TennCare	888-816-1680
TennCare Connect Llame para: • Dar cambios de dirección, tamaño de la familia, trabajo o ingresos • Avisar que está embarazada y después de que nazca su bebé • Cómo completar su renovación • Apelaciones para recibir o conservar TennCare • Copagos de TennCare • Solicitar TennCare • Programas como cupones de alimentos o Families First	855-259-0701
Programa de Representación de TennCare Llame para ayuda con servicios de salud física o ayuda con servicios de salud conductual (salud mental, alcohol y trastorno por uso de sustancias)	800-758-1638 Línea TTY/TDD: 877-779-3103
Apelaciones Médicas para Miembros Llame para presentar apelaciones: • Cuando tenga problemas para recibir atención médica • Cuando se le niegue un servicio que pidió	800-878-3192 Línea TTY/TDD: 866-771-7043

• Cuando un servicio que estaba recibiendo está siendo cancelado o reducido • Cuando quiera cambiar su plan de seguro médico (MCO) • Cuando quiera que le reembolsen los gastos que cree que Wellpoint debería haber pagado • Cuando un proveedor le facture un beneficio que cree que Wellpoint debería pagar	
Línea para asistencia e información sobre Medicare Llame para asuntos relacionados con Medicare	800-633-4227
Línea de ayuda para SHIP Llame para ayuda con Medicare	877-801-0044
Administración del Seguro Social Llame para asuntos relacionados con el Seguro Social y discapacidad	800-772-1213
Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) Llame para reportar fraude o abuso en TennCare	800-433-3982
Servicios de transporte Llame para pedir transporte para ir a una consulta médica si no tiene como llegar	866-680-0633
Recursos Comunitarios Solicite ayuda para buscar bancos de alimentos, servicios de vivienda y otras necesidades de la vida.	833-731-2153 (TRS 711)

Nombres de los doctores	Números de teléfono

TennCare y su plan de seguro médico de Wellpoint

Manual para miembros 2024

¿Necesita un manual de TennCare en inglés? Para conseguir un manual en inglés, llame a **Wellpoint** al **833-731-2153 (TRS 711)**.

Su derecho a la privacidad

Hay leyes que protegen su privacidad. Esas leyes dicen que nosotros no podemos revelar 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 **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 1-8----- (TRS:711).
Kurdish:	کوردی ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریەکانی یارمەتی زمان، بەخۆراپی، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە بکە. 1-8----- (TRS:711).
Arabic:	العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (TRS:711). 1-8----- (8-1).
Chinese:	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 1-8---- (TRS: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 1-8----- (TRS:711).
Korean:	한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-8----- (TRS:711).번으로 전화해 주십시오.
French:	Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-8----- (TRS:711).
Amharic:	አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-8----- (መስማት ለተሳናቸው:TRS:711).
Gujarati:	ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-8----- (TRS:711) .
Laotian:	ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-8---- (TRS:711).
German:	Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-8----- (TRS:711).
Tagalog:	Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-8----- (TRS:711).

Hindi:	हिंदी
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-8----- (TRS:711) . पर कॉल करें।	
Serbo-Croatian:	Srpsko-hrvatski
OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-8----- (TRS- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).	
Russian:	Русский
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-8----- (телетайп: TRS:711).	
Nepali:	नेपाली
ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-8----- (टिटिवाइ: TRS:711 ।	
Persian:	فارسی
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-8----- (TRS: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 833-731-2153. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite. (Para TRS 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, 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, 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:

Wellpoint Nondiscrimination Coordinator

**22 Century Blvd., Suite 310
Nashville, TN 37214**

Email: tn.nondiscrimination@wellpoint.com

833-731-2153 (TRS 711)

Fax: 866-796-4532

TennCare Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road, 3W, Nashville, Tennessee 37243

Correo electrónico: HCFA.Fairtreatment@tn.gov Teléfono: 1-855-857-1673 (TRS 711)

Puede obtener un formulario de queja en línea en:

<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintform.pdf>

U.S. Department of Health & Human Services, Office for Civil Rights

200 Independence Ave SW, Rm 509F, HHH Bldg, Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019 (TDD): 800-537-7697

Puede obtener un formulario de queja en línea en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

O, puede presentar una queja en línea en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Contenido

Bienvenido a TennCare y a su plan de seguro médico, Wellpoint.....	3
Su Plan de Seguro Médico de TennCare	4
Su Plan de Seguro Médico Farmacéutico	5
Su Plan de Seguro Médico Dental.....	6
Parte 1: Cómo utilizar su plan de seguro médico de TennCare.....	7
Red de proveedores de Wellpoint	8
Cómo recibir ayuda gratuita con el idioma en sus consultas de atención médica.....	10
Cómo recibir ayuda con transporte a sus consultas de atención médica	10
Consultas con el doctor	10
Si tiene que cambiar de PCP.....	12
Atención de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental o de Trastorno por Uso de Substancias).....	13
Especialistas.....	14
Atención en el hospital.....	15
Emergencias de Salud Mental.....	15
Emergencias de Salud Mental.....	16
Atención de emergencia cuando está de viaje	18
Parte 2: Servicios que TennCare paga.....	20
Paquetes de beneficios	21
Atención con límites	37
Otros servicios de TennCare	43
Verificación Electrónica de Visitas (EVV)	46
Atención Médica Preventiva – atención para que conserve la salud.....	47
Atención preventiva para adultos	47
Tennessee Health Link.....	48
Atención Dental para Adultos	48
Embarazo y Salud de la Mujer.....	49
Después del nacimiento de su bebé.....	50
Atención Médica Preventiva para Niños (TennCare Kids – atención médica para su niño y adolescente)	52
Atención Dental para Niños.....	53
Atención de la vista (de los ojos) para niños	54
Servicios que no tienen cobertura	54
Parte 3: Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare	56
CHOICES	57
Employment and Community First CHOICES	86
Katie Beckett	112
Defensor para Atención a Largo Plazo.....	127

Defensor de Apoyo a la Vida Comunitaria (CLS)	128
Sistema de apoyo de beneficiarios	128
Parte 4: Cómo funciona el programa de TennCare	130
Lo que usted paga por su atención médica	131
Cómo funciona TennCare con otros seguros médicos y Medicare	136
Parte 5: Ayuda para problemas relacionados con su atención médica o con TennCare.....	140
Tipos de problemas y lo que usted puede hacer	141
¿Necesita una nueva tarjeta de TennCare?	141
¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor?	141
¿Necesita presentar una queja sobre su atención?	141
¿Necesita ayuda con transporte a sus consultas médicas?	142
¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?	142
¿Necesita ayuda para conseguir sus medicamentos con receta?	145
¿Necesita ayuda para recibir servicios de atención médica?	147
¿Pagó usted atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar? O ¿acaso le están cobrando atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar?	148
Formas en que podría terminar su TennCare.....	148
Parte 6: Apelaciones de TennCare	150
Dos tipos de apelaciones.....	151
Cómo apelar si tiene problemas con la atención médica.....	156
Apelaciones de Elegibilidad – Tener o conservar TennCare y otros problemas con TennCare.....	157
Parte 7: Sus derechos y obligaciones.....	160
Sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare y Wellpoint	161
Sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare y Wellpoint	164
Aviso de prácticas de privacidad de TennCare	167
Obligación de TennCare ante usted	170
Su obligación de reportar el fraude y el abuso	171
Parte 8: Documentos médicos que podría necesitar	173
Parte 9: Más información.....	190
TennCare Kids: Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT)	191
Definiciones legales.....	195
Glosario	196



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

Este 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 recibe 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. 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.

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

¿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 **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:

- Cambia la cantidad de sus ingresos.
- Se muda**.
- Obtiene o puede obtener seguro de salud colectivo.
- Cambia la cantidad de personas de su familia.
- Cambia de trabajo.

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 **855-259-0701** para darles su nueva dirección.

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

Después de llamar a TennCare Connect o al Seguro Social, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)** y díganos también su nueva dirección.

Su Plan de Seguro Médico de TennCare

Wellpoint es su plan de seguro médico de TennCare que le ayuda a obtener **atención médica física o conductual (servicios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias)**. 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 Organización de Atención Administrada o MCO (porque así se abrevia en inglés). Si tiene preguntas sobre cómo recibir atención médica física o conductual, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. La llamada es gratis. También puede llamarnos para pedir ayuda con CHOICES o Employment and Community First CHOICES.

Member Services representatives are available Monday through Friday from 7 a.m. to 5:30 p.m. Central time.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Necesita saber qué tipo de doctor debe consultar? Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería al **866-864-2544 (TRS 711)**. La llamada es gratis.

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

¿Es Wellpoint el plan de seguro médico que usted pidió? Si usted necesita o quiere cambiar su plan de seguro médico, 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 **800-878-3192**. Dígales que acaba de recibir su TennCare y que quiere cambiar su plan de seguro médico.

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 recibir atención médica o no puede encontrar un doctor? Llámenos gratis al **833-731-2153 (TRS 711)**. Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted no tiene que cambiar de plan de seguro médico para recibir la atención médica que necesite.

¿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.

- ¿Y 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.

Su Plan de Seguro Médico Farmacéutico

Si tiene cobertura de medicamentos con receta a través de TennCare, sus beneficios de medicamentos con receta 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. ¿Y 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 averiguar si una farmacia acepta TennCare, vaya a https://www.optumrx.com/oe_tenncare/find-a-network-pharmacy.

Escriba la información solicitada para buscar farmacias cercanas que aceptan TennCare. O, puede llamar al departamento de ayuda con farmacias de TennCare al **888-816-1680**.

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

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

Monitores continuos de glucosa y suministros afines

Los miembros de TennCare pueden conseguir monitores continuos de glucosa (CGM) y suministros afines a través del plan de farmacéutico O a través del plan de seguro médico. Con el plan farmacéutico, su proveedor médico puede enviar recetas de CGM y suministros afines a la farmacia de su preferencia dentro de la red.

Su Plan de Seguro Médico Dental

El plan de seguro dental de TennCare es DentaQuest. DentaQuest administrará los beneficios dentales para todos los miembros de TennCare. Los chequeos orales regulares son importantes para su salud en general. Los servicios dentales como limpieza dental, radiografías y otros beneficios dentales están cubiertos con límites.

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 **855-418-1622**.

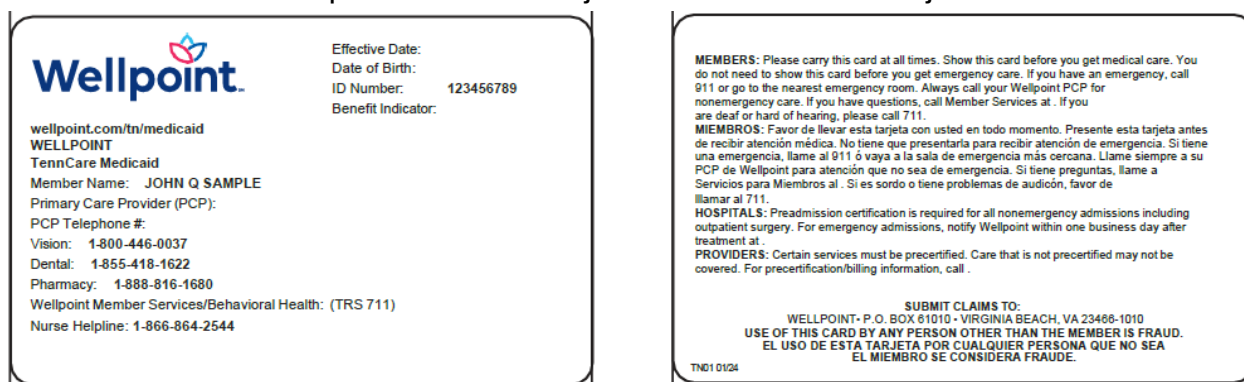
Puede leer más acerca de su cobertura dental en las Partes 1 y 2 de este manual o en el Manual de DentaQuest.

Parte 1:

Cómo utilizar su plan de seguro médico de TennCare



Todo miembro de Wellpoint tiene una tarjeta de miembro. Su tarjeta es como esta:



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

- **Member Name** es el nombre de la persona que puede usar esta tarjeta.
- **ID Number** es el número que nos informa quién es usted.
- **Primary Care Provider (PCP)** es la persona a quien usted acude cuando necesita atención médica.
- **Effective Date** es la fecha a partir de la cual puede comenzar a acudir al PCP que se indica en su tarjeta
- **Date of Birth** es su fecha de nacimiento.
- **Benefit Indicator** es el tipo de paquete de beneficios de TennCare que tiene usted. Su paquete de beneficios es el tipo de servicios o atención para el cual TennCare le proporciona cobertura.

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

Esta tarjeta es solamente para usted. No permita que nadie más use su tarjeta. Si extravía o le roban su tarjeta, o si alguno de los datos es incorrecto, llámenos al <phone> para que le enviemos una tarjeta nueva. La llamada es gratis.

Si tiene preguntas acerca de TennCare o Wellpoint:

Escribanos:

WELLPOINT
P.O. Box 62509
Virginia Beach,
VA 23466-2509



Llámenos:

833-731-2153 (TRS 711)



Red de proveedores de Wellpoint

Dentro de la Red



Los doctores y otros lugares que trabajan con Wellpoint 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 www.wellpoint.com/tn/medicaid. O llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)** 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. Pero el Directorio de Proveedores en línea se actualiza todas las semanas. También puede llamarnos al **833-731-2153 (TRS 711)** 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 **833-731-2153 (TRS 711)**. Nosotros le podemos ayudar a encontrar un proveedor que le pueda proporcionar la atención o tratamiento que necesite.

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

Pero si también tiene Medicare, **no** tiene que usar doctores que aceptan Wellpoint. 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 Wellpoint 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 **833-731-2153 (TRS 711)** para que le digan cómo.



Cómo recibir 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 recibir ayuda con servicios lingüísticos.

También puede consultar nuestro Directorio de Proveedores para buscar médicos que hablan otros idiomas www.wellpoint.com/tn/medicaid.

También puede recibir ayuda gratuita para comunicarse con su doctor, como un intérprete de lenguaje de señas, escribir notas o un guión gráfico. **Antes de su cita, llámenos o llámenos a su proveedor** para recibir esta ayuda.

Cómo recibir ayuda con transporte a sus consultas de atención médica

Si no tiene forma de llegar a sus consultas de atención médica, es posible que TennCare le pueda proporcionar transporte.

Puede recibir 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 o 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 **833-731-2153 (TRS 711)**.

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. ¿Y si el nombre de su PCP no se indica en su tarjeta? Llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)** para pedir el nombre de su PCP o para informarse sobre otros PCP de nuestra red. ¿Y si quiere cambiar de PCP?

En la siguiente página se explica cómo.

La mayoría de los PCP tienen horas hábiles de consulta. Pero, usted puede llamar a su PCP a cualquier hora. Si llama después de horas hábiles, ellos le dirán cómo comunicarse con el doctor. Si no le contestan después de horas hábiles, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**.

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 necesite. Pero aunque se sienta bien, debe llamar para pedir una consulta con su chequeo 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 Wellpoint cuando llame.
4. Diga que es miembro de Wellpoint y proporcione su número de ID de miembro. Informe a su PCP si tiene algún otro seguro.
5. Anote la fecha y la hora de su cita. Si es paciente nuevo, es posible que el proveedor le pida que acuda un poco más temprano. Anote la hora a la que le pidan que acuda.
6. Haga una lista de las preguntas que le quiere hacer a su PCP. Anote cualquier problema de salud que tiene.
7. Si necesita que lo lleven a la cita y no tiene ninguna otra manera de llegar, le podemos ayudar a conseguir transporte. Trate de llamar por lo menos 72 horas antes de su cita. La Página 10 y la Parte 5 de este manual explican más cómo pedir 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 identificación de Wellpoint. 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.

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 Wellpoint, 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 Wellpoint. Para encontrar un nuevo PCP, consulte el Directorio de Proveedores o puede ir a www.wellpoint.com/tn/medicaid, o llamar al **833-731-2153 (TRS 711)**.
2. Después, llame al PCP para verificar que él o ella pertenece a la red de proveedores de Wellpoint. **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, puede llamarnos al **833-731-2153 (TRS 711)** para decirnos el nombre de su nuevo PCP.

¿Necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP? Llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. Le ayudaremos a buscar a un nuevo PCP que esté aceptando pacientes nuevos.

Si cambia de PCP:



- Le enviaremos una nueva tarjeta de Wellpoint. La tarjeta tendrá el nombre de su nuevo PCP. La fecha en que su tarjeta entra en vigencia (effective date) es la fecha en que comenzaremos a pagar sus consultas con el nuevo PCP.
- Cualquier cita que le haya hecho su antiguo PCP tendrá que ser autorizada por su nuevo PCP. De manera que aunque su antiguo PCP le haya dado un referido para un especialista, tendrá que obtener un nuevo referido de su PCP nuevo.
- ¿Y si está cambiando de PCP porque cambió de plan de seguro médico? De todas maneras tiene que obtener una nueva autorización para atención médica de su nuevo PCP.
- Y si ya está en un plan de tratamiento, debe llamar inmediatamente a su nuevo PCP. Su nuevo PCP tiene que saber sobre toda la atención médica que ha estado recibiendo. Él o ella puede ayudarle a continuar recibiendo la atención que necesite.

Atención de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental o de Trastorno por Uso de Sustancias)

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, pregúntele a su proveedor si acepta Wellpoint.

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

Antes de su primera consulta:

- 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.
- Tenga lista su tarjeta de Wellpoint cuando llame para hacer su cita con el nuevo proveedor.
- Diga que es miembro de Wellpoint y proporcione su **número de identificación**. Si tiene otro seguro también dígame.
- 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.
- Haga una lista de las preguntas que le quiere hacer a su proveedor. Anote cualquier problema de salud que tiene.
- 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 142 se explica más cómo pedir transporte.



El día de su cita:

- Lleve todas sus medicinas y una lista de preguntas para que su proveedor sepa cómo ayudarle.
- Llegue a tiempo a su cita. Si no puede ir a su cita, llame a su proveedor para que le den otra cita.
- Lleve su tarjeta de identificación de Wellpoint. Es posible que su proveedor le saque una copia. Si tiene otro seguro, lleve también esa tarjeta de identificación.
- Si le corresponde un copago, páguelo. Puede encontrar más información sobre los copagos en la Parte 4 de este manual.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental o de trastorno por uso de sustancias, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. O, si tiene preguntas sobre servicios de salud mental o de trastorno por uso de sustancias, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. 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 el referido de su PCP. Nosotros pagaremos la consulta con el especialista solo si su PCP lo remite.

Sin embargo, si es mujer **no** tiene que ir primero a su PCP si necesita un chequeo con un doctor que se especializa en chequeos médicos de rutina para la mujer o atención prenatal. Al doctor que atiende a la mujer se le llama obstetra ginecólogo (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 de trastorno por uso de alcohol o sustancias.

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 Mental

Siempre lleve consigo su tarjeta de Wellpoint. 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.

Usualmente las siguientes cosas no son emergencias:	Las emergencias pueden ser cosas como:
• 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	• 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



• Artritis	• Cuando no se puede despertar a la persona • Sobredosis de drogas o medicamentos
--	--

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 recibir atención de emergencia si la necesita.

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 recibir atención para una emergencia de salud mental o relacionada con trastorno por uso de sustancias 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 mental o trastorno por uso de sustancias, llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org. También puede acudir



de inmediato al centro de atención sin cita previa para crisis de salud mental más cercano (<https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html>) o a la sala de emergencias. ¿Y 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 988. Estas llamadas son gratuitas.

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

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

Usualmente las siguientes cosas no son emergencias:	Las emergencias pueden ser cosas como:
• Necesitar una renovación de medicamento con receta • Asking for help to make an appointment	• Planear en hacerse daño • Pensar en hacerle daño a otra persona

Si tiene este tipo de emergencia:

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org
- Acuda al centro para atención de crisis mentales más cercano o a la sala de emergencias o
- Llame al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Menores de 18 años

Si es menor de 18 años o su hijo es menor de 18 años y tiene una emergencia de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias):

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org
- Acuda al centro para atención de crisis mentales más cercano o a la sala de emergencias o
- Llame al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Para comunicarse directamente con una agencia:

Youth Villages

(866) 791-9221 (North Middle TN)

(866) 791-9222 (South Middle TN)

(866) 791-9227 (Rural West TN)

(866) 791-9226 (Memphis Region)

(866) 791-9224 (East Region)



(866) 791-9225 (Southeast Region)

Mental Health Cooperative

(615) 726-0125 (Davidson County)

Frontier Health

(877) 928-9062 (Upper East TN)

McNabb Center

(865) 539-2409 (East TN)

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 al **833-731-2153 (TRS 711)**. Nosotros le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Siempre lleve consigo su tarjeta de Wellpoint. 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 mental o trastorno por uso de sustancias, llame o envíe un mensaje de texto al **988** o chatee con **988lifeline.org**. Debe llamar a su PCP y a su plan de seguro médico en un plazo de 24 horas de recibir la atención médica de emergencia cuando se encuentra lejos de casa.



Muestre su tarjeta de Wellpoint cuando reciba la atención de emergencia. Pida en la sala de emergencias que le manden la factura a Wellpoint. 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 **833-731-2153 (TRS 711)** 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 Wellpoint solamente pagarán las emergencias que sucedan en los Estados Unidos. No podemos pagar por atención médica que reciba fuera del país.



Parte 2: Bienvenido a TennCare y a su plan de seguro médico, Wellpoint

Servicios que TennCare paga



Paquetes de beneficios

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

La tarjeta que recibió tendrá un Indicador de Beneficios en el frente. El indicador dice a qué grupo pertenece y los beneficios que están cubiertos para usted, dependiendo de su grupo. Su Indicador de Beneficios puede ser diferente del de otros miembros de su familia. Si su tarjeta **no** tiene un Indicador de Beneficios al frente, por medio de las siguientes tablas puede determinar cuáles beneficios tiene. O llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**.

Menores de 21 años de edad

Vaya las páginas 23 – 25 para ver la lista de beneficios para los grupos A y H.

Descripción del Grupo	Indicador de Beneficios
- Menores de 21 años de edad y - No tiene Medicare.	A
- Menores de 21 años de edad y - Tiene Medicare.	H

Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Medicaid

Vaya a las páginas 26 – 28 para ver la lista de beneficios para los grupos B, E, J y L

Descripción del Grupo	Indicador de Beneficios
- Más de 21 años y - No tiene Medicare, y - No está recibiendo atención a largo plazo.	B
- Más de 21 años y - No tiene Medicare, y - Recibe atención a largo plazo aparte de CHOICES o ECF CHOICES.	E
- 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.	J
- 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.	L

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

Adultos de 21 años de edad y mayores que tienen TennCare Medicaid y Medicare
Vaya a las páginas 29 – 31 para la lista de beneficios de los grupos F, G, K y M

Descripción del Grupo	Indicador de Beneficios
• Más de 21 años y • Tiene Medicare y • No está recibiendo atención a largo plazo.	F
• Más de 21 años y • Tiene Medicare y • Recibe atención a largo plazo aparte de CHOICES o ECF CHOICES.	G
• 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.	K
• 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.	M

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

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 **833-731-2153 (TRS 711)**. O bien llame a TennCare Connect al **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>
<http://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20161229.pdf>

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

Servicios de TennCare	A	H
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Atención en un Centro de Enfermería (CHOICES)	Cubierto	La atención en un Centro de Enfermería está cubierta, pero Medicare es primario para servicios de Centro de Enfermería Especializada.
Atención para enfermos terminales (hospicio) (debe ser proporcionado por un hospicio certificado por Medicare)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Enfermería y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)	La atención en un Centro de Enfermería está cubierta CHOICES HCBS NO está cubierto	La atención en un Centro de Enfermería está cubierta, pero Medicare es primario para servicios de Centro de Enfermería Especializada. CHOICES HCBS no está cubierto
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	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES

Servicios de TennCare	A	H
CHOICES en la Parte 3 de este manual.		
Beneficios por trastorno por uso de sustancias para pacientes internados y pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Cirugía reconstructiva de mamas (consulte Embarazo y salud de la mujer para obtener más información)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Enfermera particular	Cubierto	Cubierto. Medicare no cubre esta atención.
Equipo médico duradero (DME)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Exámenes y chequeos físicos, servicios de diagnóstico y tratamiento (TennCare Standard)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Exámenes y Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT para menores de 21 años de edad) (TennCare Medicaid)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Materiales médicos	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios ambulatorios en el hospital	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de asistencia médica en el hogar	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental y trastorno por uso de sustancias)	Cubierto	Cubierto. Medicare no cubre esta atención.
Servicios de diálisis renal	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de farmacia	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.

Servicios de TennCare	A	H
Servicios de instalación para rehabilitación de paciente internado	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de internación hospitalaria	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Beneficios por trastorno por uso de sustancias para pacientes internados, residenciales y pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de la vista	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de laboratorio y radiografías	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de médico (para pacientes internados y ambulatorios)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Cubierto	Cubierto. Medicare no cubre esta atención.
Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias)	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de terapia del habla	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario. Debe ser prestado por un terapeuta del habla matriculado para ejercer para restaurar el habla. <i>Debe haber un progreso médico continuo después de una pérdida o deterioro.</i> Además, la pérdida o deterioro, no debe haber sido causado por un trastorno mental,

Servicios de TennCare	A	H
		psiconeurótico o de la personalidad.
Servicios de terapia física	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios en clínica de la comunidad	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios quiroprácticos	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Terapia ocupacional	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Transporte cuando no es una emergencia, incluido el transporte en ambulancia	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos donados	Cubierto	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad	Cubierto	Cubierto. Medicare no cubre esta atención.

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>

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

L	J	E	B	Servicios de TennCare
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Ambulancia aérea y terrestre para emergencias
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Atención para enfermos terminales (hospicio) (debe ser proporcionado por un hospicio certificado por Medicare)
Cubierto para personas inscritas en CHOICES Grupo 3 solamente y se limita a HCBS Grupo 3 solamente. La atención en un Centro de Enfermería no está cubierta.	Cubierto para personas inscritas en CHOICES solamente	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Enfermería y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS) Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual
Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (ciertos servicios basados en el hogar y la comunidad)
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cirugía reconstructiva de mamas (consulte Embarazo y salud de la mujer para

L	J	E	B	Servicios de TennCare
				obtener más información)
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Enfermera particular
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Equipo médico duradero (DME)
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Materiales médicos
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios ambulatorios en el hospital
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de análisis y radiografías
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Servicios de asistencia médica en el hogar
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias)
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de diálisis renal
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir	Cubierto – sin límite	Cubierto – sin límite	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a	Servicios de farmacia

L	J	E	B	Servicios de TennCare
de la página <37>.			partir de la página <37>.	
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de internación hospitalaria
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de internación paciente psiquiátrico
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Servicios de la vista
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de médico (para pacientes internados y ambulatorios)
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de rehabilitación psiquiátrica
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y trastorno por uso de sustancias)
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de terapia del habla
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de terapia física
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de trastorno por uso de sustancias para pacientes internados y pacientes ambulatorios
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios de tratamiento



L	J	E	B	Servicios de TennCare
				psiquiátrico residencial
Cubierto, con límites.	Cubierto, con límites.	Cubierto con límites.	Cubierto con límites.	Servicios dentales
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios en clínica de la comunidad
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Servicios quiroprácticos
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Terapia ocupacional
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Transporte cuando no es una emergencia
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos donados
Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad

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

M	K	G	F	Servicios de TennCare
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Ambulancia aérea y terrestre para emergencias
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Atención para enfermos terminales (hospicio) (debe ser proporcionado por un hospicio certificado por Medicare)
Cubierto solo para personas inscritas en CHOICES Grupo 3 y se limita a HCBS Grupo 3 únicamente. La atención en un Centro de Enfermería no está cubierta. Medicare cubre la atención en Centros de Enfermería Especializada.	Cubierto. Medicare es primario para la atención en un Centro de Enfermería Especializada.	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Enfermería y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS) Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual.
Cubierto para miembros inscritos en ECF CHOICES solamente.	Cubierto para miembros inscritos en ECF CHOICES	No tiene cobertura	No tiene cobertura	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.

M	K	G	F	Servicios de TennCare
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cirugía reconstructiva de mamas (consulte Embarazo y salud de la mujer para obtener más información)
Cubierto con límites Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página <xx> .	Cubierto con límites. Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página <xx> .	Cubierto con límites. Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página <xx> .	Cubierto con límites. Medicare no cubre este tipo de atención; Vea “Atención con límites” a partir de la página <xx> .	Enfermera particular
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Equipo médico duradero (DME)
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Materiales médicos
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios ambulatorios en el hospital
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de análisis y radiografías
Cubierto con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Medicare es primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Servicios de asistencia médica en el hogar
Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental y

M	K	G	F	Servicios de TennCare
				de trastorno por uso de sustancias)
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de diálisis renal
No tiene cobertura. Disponible a través 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. Se ofrece por medio de Medicare Parte D	Servicios de farmacia
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de internación hospitalaria
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de internación paciente psiquiátrico
Cubierto con límites. Medicare es el primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Medicare es el primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Medicare es el primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Medicare es el primario. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Servicios de la vista
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de médico (para pacientes internados y ambulatorios)
Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Servicios de rehabilitación psiquiátrica
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias)

M	K	G	F	Servicios de TennCare
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de terapia del habla
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de terapia física
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de trastorno por uso de sustancias para pacientes internados y pacientes ambulatorios
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial
Cubierto con límites, pero Medicare es el primario	Cubierto con límites, pero Medicare es el primario	Cubierto con límites, pero Medicare es el primario	Cubierto con límites, pero Medicare es el primario	Servicios dentales
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios en clínica de la comunidad
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Servicios quiroprácticos
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Terapia ocupacional
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Transporte cuando no es una emergencia
Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Cubierto Medicare es el primario	Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos donados
Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Cubierto Medicare no cubre esta atención	Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad

Paquetes de beneficios C y D (adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Standard)[11](#)

D	C	Servicios de TennCare
Cubierto	Cubierto	Ambulancia aérea y terrestre para emergencias
Cubierto	Cubierto	Atención para enfermos terminales (hospicio) (debe ser prestada por un hospicio certificado por Medicare)
No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios de CHOICES (Atención en un Centro de Enfermería y ciertos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad, HCBS)
No tiene cobertura	No tiene cobertura	Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (ciertos servicios basados en el hogar y la comunidad)
Cubierto	Cubierto	Cirugía reconstructiva de mamas (consulte Embarazo y salud de la mujer para obtener más información)
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Enfermera particular
Cubierto	Cubierto	Equipo médico duradero (DME)
Cubierto	Cubierto	Materiales médicos
Cubierto	Cubierto	Servicios ambulatorios en el hospital
Cubierto	Cubierto	Servicios de análisis y radiografías
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Servicios de asistencia médica en el hogar

D	C	Servicios de TennCare
Cubierto	Cubierto	Servicios de crisis de salud conductual (servicios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias)
Cubierto	Cubierto	Servicios de diálisis renal
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	No tiene cobertura	Servicios de farmacia
Cubierto	Cubierto	Servicios de internación hospitalaria
Cubierto	Cubierto	Servicios de internación paciente psiquiátrico
Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Cubierto con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página <37>.	Servicios de la vista
Cubierto	Cubierto	Servicios de médico (para pacientes internados y ambulatorios)
Cubierto	Cubierto	Servicios de rehabilitación psiquiátrica
Cubierto	Cubierto	Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y de trastorno por uso de sustancias)
Cubierto	Cubierto	Servicios de terapia del habla
Cubierto	Cubierto	Servicios de terapia física
Cubierto	Cubierto	Servicios de trastorno por uso de sustancias para pacientes internados y pacientes ambulatorios
Cubierto	Cubierto	Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial

D	C	Servicios de TennCare
Cubierto con límites	Cubierto con límites	Servicios dentales
Cubierto	Cubierto	Servicios en clínica de la comunidad
Cubierto	Cubierto	Servicios quiroprácticos
Cubierto	Cubierto	Terapia ocupacional
Cubierto	Cubierto	Transporte cuando no es una emergencia
Cubierto	Cubierto	Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos donados
Cubierto	Cubierto	Tratamiento Intensivo de Salud Conductual Basado en la Comunidad

¹ Las categorías de elegibilidad para CHOICES y Employment and Community First CHOICES técnicamente son categorías de "TennCare Standard". Sin embargo, las tarjetas de identificación de los miembros, etc. identificarán a las personas inscritas en estas categorías como TennCare Medicaid. Por lo tanto, para los fines de este manual, se consideran TennCare Medicaid. Esta tabla no es aplicable a los adultos en CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

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 medicinas 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. Análisis de orina para detección de drogas**
- 6. Servicios de enfermera privada y servicios médicos en el hogar**
- 7. Servicios de la vista**
- 8. Los Servicios Dentales**

1. Medicamento con receta

La mayoría de las personas, pero no todas en TennCare, tienen beneficios de farmacia. Si también tiene Medicare, hay un mensaje importante para usted en el recuadro de la página 31.

Los menores de 21 años que tienen beneficios de farmacia a través de TennCare **no** tienen un límite en la cantidad de medicamentos con receta 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 (se le llama 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 medicamentos con receta que TennCare pagará cada mes. TennCare Medicaid sólo pagará **5** medicamentos con receta o reabastecimientos cada mes. Y solamente **2 de los 5** medicamentos con receta pueden ser medicinas de marca. Eso significa que por lo menos **3** de las 5 tienen que ser genéricas. TennCare comenzará a contar sus medicamentos con receta y renovaciones el primer día de cada mes. Este límite incluye recetas para el cuidado de la salud física.

¿Cómo sé si TennCare cubre mis medicamentos con receta?

TennCare tiene una lista de medicamentos 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 recibir. 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.

¿Y si necesito más de 5 medicamentos con receta o reabastecimientos cada mes?

Hay una lista de medicinas que no cuentan contra su límite. Estas listas se denominan **Listas de Exención Automática** (las farmacias las llaman la lista de “Exención Automática” y la lista de “Certificación del Médico”).

Los medicamentos de estas listas están exentos de (no cuentan) contra su límite. Aún después de que haya recibido **5** medicamentos con receta o **2** medicamentos de marca en 1 mes, puede recibir medicamentos de las **Listas de Exención Automática**. Las listas pueden cambiar. Pero, TennCare y su farmacia se asegurarán de que las medicinas de las listas más actualizadas **no** cuenten contra su límite.



¿Necesita saber si la medicina que toma está en estas listas? **Pregúntele** al doctor o en la farmacia. Puede ver las listas más actualizadas en la Internet. Vaya al sitio web de TennCare en <http://www.tn.gov/tenncare/topic/member-pharmacy>. Haga clic en **“Exempt” (Excención)** or **“Attestation” (Certificación)**. O, llame a TennCare Connect al **855-259-0701**. Pídale que le envíen una copia.

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 de **Exención Automática** también requieran una autorización **PA**. De ser así, serán necesarias **ambas** autorizaciones para obtener una medicina de las **Listas de Exención Automática**. Su doctor puede ayudarle a obtener ambas autorizaciones si las necesita.

¿Y si una medicina de las Listas de Exención Automática también requiere una autorización **PA** y usted **no** la tiene? Entonces, TennCare de todas formas **no** pagará la medicina. Si su doctor pide una autorización **PA** y se la negamos, le enviaremos una carta indicando por qué. Se le explicará cómo apelar si piensa que cometimos un error.

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 su medicina está en las Listas de Exención Automática.
- Pídale a su doctor que le recete medicinas que están en la lista de medicamentos preferidos.
- Pídale a su doctor que le recete medicinas genéricas siempre que sea posible.
- Antes de ir a la farmacia, pregúntele a su doctor si su medicamento con receta requiere una autorización previa.

Si tiene preguntas acerca de su **cobertura de medicamentos con receta de TennCare**, llame al departamento de ayuda con farmacias de TennCare al **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 recibir sus medicamentos con receta, consulte la Parte 5 de este manual.

Importante si tiene Medicare:

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

Obtiene sus medicamentos 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 medicamentos 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 medicamentos con receta si:

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

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

2. Inyecciones en zonas reflexógenas

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

¿Y 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 1 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

La medicina 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. Análisis 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 los medicamentos con receta que pueden ser utilizados indebidamente, como Lortab®, Kadian® (morfina) y OxyContin®. TennCare sólo pagará **24 análisis de orina cada año** para los adultos de 21 años y mayores.

Ahora TennCare paga 24 análisis de orina para detección de drogas por año. TennCare también paga 12 análisis de orina de confirmación de detección de drogas por año. “Confirmación” significa que su prueba es “positiva” para sustancias ilegales o controladas. TennCare pagará para volver a verificar el resultado 12 veces al año. **TennCare continuará pagando hasta 24 análisis de orina para detección de drogas y 12 análisis de orina de confirmación de detección de drogas por año.**

Pero a veces el proveedor necesita análisis de orina para detección de drogas para saber qué tipo(s) de droga(s) usted está tomando. O, en el caso de medicamentos con receta, es posible que su proveedor necesite un análisis de orina para detección de drogas para asegurar que usted está tomando 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 12 análisis de orina de detección de drogas específicos por 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 necesarios por razones médicas 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 es 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 tener una Enfermera Privada, debe contar con un pariente u otra persona que pueda:

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

Si califica para PDN, **su enfermera sólo podrá ir con usted a las citas con el doctor, a la escuela y al trabajo.** Aunque la enfermera pueda ir con usted a esos lugares, la

enfermera no podrá manejar para llevarlo. Las reglas de TennCare dicen que su enfermera **no** puede llevarlo en automóvil a ningún lado.

¿Y si necesita cuidados en su hogar, pero no califica 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 recibir.

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)

¿Y 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 vista

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

8. Servicios Dentales

Para adultos de 21 años y mayores, consulte el Manual del Administrador de Beneficios Dentales para conocer los límites.

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 de edad y mayores) 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 (**H**ome and **C**ommunity **B**ased **S**ervices) 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.

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.

3. Servicios especiales

TennCare cubre algunos servicios **solamente en casos especiales**. Estos son servicios como:

- 1 Salud de la Población,**
- 2 Cuidados paliativos (*hospice*),**
- 3 Esterilización,**
- 4 Aborto e**
- 5 Histerectomía**

A continuación encontrará más información referente a estos servicios.

1. Los servicios de Salud de la Población le proporcionan información sobre cómo conservar la salud. Si tiene una enfermedad de largo plazo o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de Salud de la Población pueden ayudarle con cosas como:

- Entender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- Ayudarle a usted o a su hijo a buscar un médico de atención primaria y tener transporte a sus citas
- Preparar un plan de atención basado en el consejo su doctor o del doctor de su hijo para las necesidades médicas y de salud del conductual
- Ser un aliado suyo o de su hijo para coordinar la atención con todos sus proveedores de atención médica
- Tener un embarazo y parto saludables
- Ayuda para conseguir sus medicamentos recetados
- Ayudar a que usted o a su hijo no tenga que ser hospitalizado al atenderlo en la comunidad
- Identificar organizaciones comunitarias que puedan dar apoyo y recursos no médicos para mejorar la salud y el bienestar de usted o su hijo
- Ayudar con los cambios de estilo de vida que quiera hacer, como dejar de fumar o controlar su peso

- Ayudar a explicar información de salud importante para usted o a sus doctores

Los servicios de Salud de la Población se prestan independientemente de que esté sano, tenga un problema de salud crónico o sufra un terrible episodio de salud. 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 necesite.

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 la atención o si quiere participar en servicios de Salud de la Población, usted (o alguien en su nombre) puede llamar a **Salud de la Población de Wellpoint al 833-731-2153 (TRS 711).**

2. 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 833-731-2153 (TRS 711).

3. Esterilización es el tratamiento médico o cirugía por medio del cual ya no puede tener hijos. Para recibir 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. Debe completar esto con su proveedor.

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

4. El aborto solo se puede cubrir en casos limitados, como tener una enfermedad física de la que podría morir sin un aborto.

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



5. 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 solamente si es para una razón cubierta y es necesario por razones médicas.

Le tienen que informar oralmente y en forma escrita que si le hacen una histerectomía significa que no podrá tener hijos. Tiene que firmar un documento que se llama Formulario de Confirmación de Histerectomía.

Verificación Electrónica de Visitas (EVV)

La ley federal dispone 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, como los de atención médica domiciliaria y cuidado personal, deben utilizar EVV. **EVV** es una manera de asegurar que usted reciba los servicios de Medicaid para los que está aprobado. 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
- Su trabajador (el nombre de la persona que le prestó la atención)
- La fecha en que recibió la atención
- Dónde se prestó la atención
- La hora en que empezó
- La hora en que terminó

¿Cómo utilizarán la EVV sus cuidadores pagados?

Su proveedor de Servicios de Cuidado Personal o de Servicios de Atención Médica en el Hogar elegirá de qué manera su cuidador pagado reporta la información. Los medios para los informes pueden incluir una aplicación móvil en un teléfono inteligente o tableta. **Solo** su cuidador pagado debe usar el sistema EVV. Esto no es algo que usted hace.

Las cosas más importantes que debe saber:

- Sus servicios no cambiarán
- Su atención no cambiará
- La cantidad de atención que recibe no cambiará
- Su atención seguirá prestándose donde la recibe ahora

¿Con quién puede hablar si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre la EVV o la forma en que su cuidador pagado proporciona información, llame a su proveedor de Servicios de Cuidado Personal y Salud en el Hogar.

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

Atención preventiva para adultos

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

- No beba alcohol ni use medicamentos indebidamente
- Haga actividad física
- Hágase sus autoexámenes
- Coma sanamente
- No fume
- Haga ejercicio
- Acuda a chequeos periódicos
- Tome la medicina exactamente como lo haya indicado su doctor

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:

- Azúcar en la sangre
- Colesterol
- VIH y SIDA
- Cáncer de colon y cáncer de recto
- Problemas del corazón (electrocardiogramas)
- Densidad de los huesos (osteoporosis)
- TB (tuberculosis)
- Tiroides
- Chequeos médicos de rutina para la mujer (Papanicolaou y mamografía)
- Enfermedades de transmisión sexual

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 conductual se enfrentan a muchos problemas para recibir 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, centrada 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 utilice o
- una necesidad funcional.

Los profesionales de Health Link utilizan coordinación de cuidados y otros servicios para ayudar a los miembros con su salud conductual 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)
- Atención 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 conductual y física)
- Referido para apoyos sociales (por ejemplo, ayuda para encontrar el acceso a apoyos en la comunidad, incluyendo hacer citas y el seguimiento)

Atención Dental para Adultos

La atención dental para adultos de 21 años de edad y mayores está cubierta con límites. La atención dental incluye beneficios como chequeos, radiografías,

tratamientos orales y más. Consulte el Manual del administrador de beneficios dentales (DBM) para conocer los límites.

Su plan de atención dental se llama **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 **855-418-1622**. La llamada es gratis.

Embarazo y Salud de la Mujer

Chequeos médicos de rutina para la mujer

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

A partir de los 21 años de edad, todas las mujeres deben hacerse el **Papanicolaou** periódicamente. El Papanicolaou es un análisis para la detección del cáncer cervical (del cuello 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 o con más frecuencia para comprobar que está bien.

Los beneficios de mamografía para detección se ofrecen a:

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

Si tuvo cáncer de mama, la cirugía para restaurar un seno a una forma, apariencia y tamaño casi normales (cirugía reconstructiva del seno) después de una mastectomía tiene cobertura. Esto incluye: Cirugía reconstructiva de una mama cancerosa. Cirugía reconstructiva de una mama sin cáncer para que las mamas tengan el mismo tamaño y forma (para hacerlas simétricas). Esta cirugía está cubierta siempre y cuando se haga dentro de los cinco años posteriores a la cirugía reconstructiva en el seno enfermo.

Los chequeos médicos de rutina para 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 o para recibir atención para planificación familiar y suministros. Sin embargo, el doctor OB/GYN tiene que estar en nuestro Directorio de Proveedores para que TennCare pague esos servicios. Si recibe atención y/o suministros de planificación familiar de un doctor o clínica que NO está en nuestro Directorio de Proveedores, el doctor o la clínica debe llamarnos al **833-731-2153 (TRS 711)** e informarnos para que podamos pagar la atención y los suministros de planificación familiar.

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y ya está acudiendo a un OB/GYN cuando le den TennCare, 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 **<phone>** 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.

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 vaya 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 planea amamantar o extraerse leche para su bebé, puede consultar a una asesora en lactancia para que la ayude durante el embarazo y después.

IMPORTANTE: Informe a TennCare Connect de que está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses. Para informarnos de un cambio:

- Llame a TennCare Connect al 855-259-0701.
- Use su cuenta en línea para TennCare Connect en <http://tenncareconnect.tn.gov>.
- Vaya al Departamento de Salud local y pida ayuda para informar a TennCare de un embarazo.

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

¡Tanto usted como su bebé necesitan atención médica de seguimiento! La atención de la mamá después del parto se llama atención posparto. Asegúrese de

programar citas de seguimiento con su doctor para que pueda asegurarse de que está bien después de dar luz. Debe acudir a su doctor dos veces en los tres meses después de que haya nacido su bebé. Se recomienda que la primera consulta sea dentro de las primeras 3 semanas y la segunda consulta debe ser entre la semana 4 y la semana 12 después del parto. Si tiene complicaciones o problemas, es posible que su doctor quiera verla más seguido. Tanto su salud física como su salud mental son importantes. Hable con su doctor si se siente triste, llora mucho y no sabe por qué o si todo la hace sentir abrumada y sin esperanza.

Algunas mujeres a veces deben ir a su doctor de cabecera (PCP) o a un especialista en las semanas y los meses posteriores al parto para tratar cosas como la concentración elevada de azúcar en la sangre o la presión arterial alta.

Amamantar puede ser difícil. Usted y su bebé pueden consultar a una especialista en lactancia para recibir ayuda. Llame a Wellpoint si necesita ayuda para encontrar una especialista en lactancia cerca de usted.

Su bebé necesita un chequeo con un doctor (PCP) unas semanas después del nacimiento. TennCare cubrirá a su bebé cuando nazca. No se olvide informarnos de que nació su bebé. La atención médica después de que su bebé nazca se llama **atención postnatal**. La atención postnatal incluye la circuncisión practicada por un doctor y exámenes especiales para recién nacidos.

Usted **debe** buscar un PCP para su bebé y es mejor elegir un PCP para su bebé **antes** de que nazca. El doctor del bebé debe estar en nuestro directorio de proveedores para que TennCare pague esos servicios de atención médica.

Llame al doctor para hacer una cita para el chequeo de su bebé. Los chequeos médicos de rutina del bebé son parte de **TennCare Kids**. Lea más acerca de **TennCare Kids** en las siguientes páginas.

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 papeles para que le saque un número de Seguro Social. **Llene esos papeles y envíelos a la oficina del Seguro Social.**
- **Informe a TennCare Connect sobre su bebé en cuanto pueda.** Llámelos al **855-259-0701**. Dígales que ya completó los papeles para el número de Seguro Social de su bebé.
- Cuando le llegue por correo la tarjeta del Seguro Social de su bebé, llame otra vez a TennCare Connect. Déles 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 la conducta (problemas mentales o de trastorno por uso de sustancias).

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. Puede acudir al PCP de su hijo para los chequeos 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)
- Examen de la vista/oído
- Evaluaciones del desarrollo/conducta (según corresponda)
- Consejos sobre cómo mantener saludable a su hijo

Si el PCP (pediatra) de su hijo descubre cualquier problema, TennCare Kids también le proporciona a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, del oído, de la vista y conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) 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:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| • A los 12 meses de edad | • Al nacer |
| • A los 15 meses de edad | • A los 3 a 5 días de nacidos |
| • A los 18 meses de edad | • A 1 mes de edad |
| • A los 24 meses de edad | • A los 2 meses de edad |

- A los 30 meses de edad
- Y después cada año hasta cumplir 21
- A los 4 meses de edad
- A los 6 meses de edad
- A los 9 meses de edad

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

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

Consulte el calendario de vacunas que se encuentra en la Parte 9 de este manual. Se llama TennCare Kids: Exámenes Periódicos de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano (EPSDT).

Le ayudará a saber cuándo le toca a su hijo que le pongan sus vacunas. O, 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 para Niños

También tiene un plan dental llamado **DentaQuest**. Su teléfono es el **1-855-418-1622**. Puede llamar a DentaQuest para encontrar un dentista. O, 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 ver a un dentista en el momento en que les salga el primer diente o a más tardar al cumplir un año.

TennCare paga algunos otros tipos de atención dental sólo si son necesarios por razones médicas. El tratamiento de ortodoncia (brackets o frenillos) **sólo** tiene cobertura si es necesario por razones médicas y solo para niños.

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

Atención de la vista (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 necesarios por razones médicas. Su doctor de los ojos de Wellpoint le mostrará el grupo de armazones entre los que puede escoger.

TennCare paga otros tipos de atención de la vista sólo si son necesarios por razones médicas. Las lentes de contacto sólo tienen cobertura si son necesarias por razones médicas.

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

Servicios que no tienen 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 **833-731-2153 (TRS 711)** para pedirnos la lista completa.

Algunos servicios que no tienen 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 debido al seno enfermo, 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 trastorno por uso de alcohol o sustancias) 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. La cirugía para la reasignación del sexo 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:
 - El tratamiento de la impotencia
 - Tratamiento de la infertilidad
 - Crecimiento del cabello
 - Fines estéticos
 - Controlar el apetito
21. Las medicinas que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dice que son:
 - DESI o Implementación del estudio de eficacia de los medicamentos—significa que la investigación dice que no son eficaces.
 - LTE o menos que eficaces – significa que la investigación dice que son menos eficaces que los IRS – significa que las medicinas son idénticas, 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. Los medicamentos de venta libre (excepto medicamentos en la lista OTC para “adultos cubiertos”).
2. Medicinas para alergias que obtiene en la farmacia, incluso aunque tenga una receta.
3. La medicina para tratar el acné y la rosácea.
4. 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.
5. Los aparatos para sordera o los exámenes del oído para los adultos de 21 años de edad y mayores.

Parte 3:

Programas de Servicios y Apoyos de Largo Plazo de TennCare

¿Qué es CHOICES?

El Programa de Servicios y Apoyos de Largo Plazo TennCare CHOICES (o CHOICES para abreviar) es para adultos (de 21 años de edad y mayores) 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 (**H**ome and **C**ommunity **B**ased **S**ervices) 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 CHOICES?

Si piensa que necesita servicios y apoyos de largo plazo, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. 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 completar la 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 Cuidados a su hogar para que haga una evaluación.

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

- Qué tipos de ayuda necesita;
- Los tipos de cuidados que le proporcionan los miembros de su familia y otras personas para ayudarle a satisfacer sus necesidades;
- Y lo que le falta en atención médica 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 su atención 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 otras maneras.

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 recibirla.

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 para Estadounidenses de Edad Avanzada (como Meals on Wheels, ama de casa o los programas nacionales de apoyo familiar para cuidadores o National Caregiver Family Support) que ahora se pueden obtener a través de CHOICES, recibirá la atención que necesite a través de CHOICES.

Si quiere atención en su hogar, el Coordinador de Cuidados también hará una evaluación de riesgo. Eso ayudará a identificar cualquier otro riesgo que usted pudiera correr como resultado de elegir que la atención se le proporcione en casa. También ayudará a identificar maneras de ayudar a reducir esos riesgos y a que no corra peligro y conserve la salud.

Para ver si califica para inscribirse en CHOICES, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**.

¿Conoce a alguien que no está en TennCare que quiere solicitar CHOICES? La persona debe comunicarse con la Agencia Local para la Senectud y la Incapacidad (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) llamando gratis al **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 para Miembros de TennCare decidirá si usted califica para servicios y apoyos de largo plazo de Medicaid. Nosotros le ayudaremos a completar los papeles necesarios para que TennCare decida. ¿Y 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.

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 para Miembros 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 una casa 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 servicios y apoyos de largo plazo de Medicaid porque recibe pagos del SSI **O** porque recibirá servicios de atención en el hogar en lugar de atención en una casa de convalecencia¹;
- **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 para Miembros 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:

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

Si no podemos satisfacer sus necesidades con la atención que recibiría en 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.

² Beginning July 1, 2024, Employment Services will be offered to eligible members through March 31, 2025.



Límites en la inscripción en CHOICES Grupo 2 y 3

No todas las personas que califican para inscribirse CHOICES Grupo 2 o Grupo 3 podrán inscribirse. CHOICES Grupo 2 y Grupo 3 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 y Grupo 3.

Para 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 o Grupo 3.

Si no satisface las pautas para plazas reservadas o no hay plazas y califica para inscribirse en CHOICES Grupo 2 o Grupo 3, lo pondrán en una lista de espera. O, si satisface las pautas para CHOICES Grupo 2, 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.

Recepción de servicios en el programa CHOICES

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

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

Las personas que están en **CHOICES Grupo 2** requieren el nivel de atención que se presta en una casa de convalecencia pero reciben **atención en el hogar** (o HCBS) en lugar de recibirlos en una casa de convalecencia. Todos los miembros de CHOICES Grupo 2 tienen un límite de neutralidad de costos individual que, por lo general, está relacionado con el costo promedio de la atención en una casa de convalecencia. Esta cantidad se actualiza cada año.

Las personas que están en **CHOICES Grupo 3** reciben **atención en el hogar** (o HCBS) para que no tengan que estar en una casa de convalecencia. Hay un límite de \$18,000 por año en los servicios de CHOICES Grupo 3.

Los **tipos** de atención o cuidados en el hogar cubiertos en CHOICES Grupo 2 y Grupo 3 se encuentran en la Parte 9 de este manual. 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 a domicilio** (hasta 1,080 horas por año natural) – Los mismos tipos de ayuda que recibiría con visitas para atención personal, pero por periodos más largos (más de 4 horas por visita o menos de 4 horas entre visitas). Usted puede recibir cuidados a domicilio solo cuando sus necesidades no se pueden satisfacer con las visitas para atención personal.
 - ¿Necesita ayuda activa con tareas de cuidado personal **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 recibir ayuda en una emergencia cuando la persona que lo cuida no está.
- **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 adaptada a usuarios con necesidades especiales** (hasta \$900 por año natural) – Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que pueden ayudarle a hacer las cosas con más facilidad o seguridad como alcanzadores.
- **Modificaciones menores al hogar** (hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año natural; y \$20,000 por toda la vida) – Ciertos cambios a su hogar que le ayudarán a moverse con más facilidad y seguridad en su hogar como barandillas o una rampa para silla de ruedas.
- **Control de plagas** (hasta 9 unidades por año natural) – Eliminación de insectos o roedores.
- **Casa de convalecencia o institución de atención asistida** – Un lugar donde vive que le ayuda con necesidades de atención personal, servicios de ama de casa y a tomar su medicina. Usted tiene que pagar su 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 atención 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.
- **La tecnología habilitadora es un nuevo servicio** (hasta \$5,000 por año natural y se puede utilizar hasta el 31 de marzo de 2025) – la tecnología habilitadora es el uso de diversas formas de dispositivos y tecnología para respaldar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de soporte remoto y otros dispositivos inteligentes. La tecnología habilitadora puede ayudar a una persona a navegar por su trabajo y comunidad, tener mayor control de su entorno y recibir asistencia remota y recordatorios para ayudarle a vivir independientemente.

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 trastorno por uso de sustancias) 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**.

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

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 apoyos de



largo plazo. También puede encontrar el directorio en línea en at www.wellpoint.com/tn/medicaid. O llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)** 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 **833-731-2153 (TRS 711)** para saber si un proveedor está en nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe recibir los servicios de un proveedor de servicios y apoyos de largo plazo que está en esta lista para que TennCare pague sus servicios y apoyos de largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en que TennCare pagará para que usted reciba 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 Wellpoint.

Administración por el Consumidor

La Administración por el Consumidor es una manera de conseguir algunos de los tipos de atención 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 de hecho contrata a las personas que le proporcionan algunos de los servicios de atención 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:

1. Contratar y capacitar a sus trabajadores

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que lo atenderán.
- Definir los deberes de trabajo del empleado.
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores.
- Capacitar a sus trabajadores para que lo atiendan de acuerdo con sus necesidades y sus preferencias.

2. 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



Verificación Electrónica de Visitas (EVV) **cada** vez que trabajen.

- Asegurar que sus trabajadores le proporcionen *únicamente* la atención que haya sido aprobada para usted.
- Asegurar que ningún empleado que trabaja por hora le proporcione más de 40 horas de atención en una semana.

3. 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.

4. 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 la atención prestada por sus trabajadores.

5. Tener y usar un plan de respaldo en caso necesario

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

¿Y 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 atención que usted necesita y cómo quiere lo atiendan.
- 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 la atención 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 un Agente Fiscal del Empleador (también llamado FEA). Usted recibirá 2 tipos de ayuda:

1. El FEA 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. El FEA 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 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.

El tipo y la cantidad de atención que usted recibirá dependen de lo que usted necesite. Esos servicios se enumeran en su plan de apoyo. Usted no podrá recibir más servicios al elegir estar en Administración por el Consumidor. Solamente puede recibir los servicios que se indican en su plan de apoyo.

Usted puede elegir recibir algunos de estos servicios por medio de Administración por el Consumidor y recibir algo de atención 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 Wellpoint para atención que no se puede obtener a través de Administración por el Consumidor.



¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que lo atienda en Administración por el Consumidor? Sí, usted 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 Servicios de Relevo en el hogar;
- Pagarle un miembro de la familia inmediata para proporcionar servicios de Cuidador de Planta. Un miembro de la familia inmediata es su cónyuge, padre, madre, abuelo, abuela, hijo, hija, nieta, nieto, hermano, hermana, suegra, suegro, cuñada, cuñado, nuera o yerno. En esta definición se incluyen los familiares adoptados y postizos;
- Pagarle a alguien que vive con usted ahora o que haya vivido con usted en los últimos 5 años para que le proporcione servicios de Cuidador de Planta.

Además, CHOICES no puede pagarles a miembros de la familia para que le proporcionen los cuidados que le habrían dado gratis. CHOICES sólo paga la atención 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 Cuidados le explicará sobre Administración por el Consumidor. Si quiere estar en Administración por el Consumidor, su Coordinador de Cuidados trabajará con usted para decidir cuáles 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 Wellpoint, a menos que **usted elija** esperar hasta que comiencen sus trabajadores de Administración por el Consumidor. Si opta por esperar a que comiencen sus trabajadores de Administración por el Consumidor, usted debe tener preparado lo necesario para recibir la atención que necesita.

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

Administración 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 hagan ciertos tipos de tareas de atención médica. Las tareas de atención médica son cosas que la mayoría de la gente hace por sí misma todos los días, como tomarse los medicamentos con receta. Por lo general, si usted no puede hacer las tareas de atención médica por sí mismo y no tiene un miembro de la familia que pueda hacerlas, las tendrá que hacer 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 hagan 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 Cuidados si tiene alguna pregunta acerca de la autoadministración de tareas de atención médica.

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 **Wellpoint** no pueda pagar la atención que reciba.

Wellpoint 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.



Coordinación de Cuidados y la función del Coordinador de Cuidados

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

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

¿No está seguro quién es su Coordinador de Cuidados o cómo comunicarse con él o ella? Nos puede llamar al **833-731-2153 (TRS 711)**.

Su Coordinador de Cuidados:

- Le proporcionará información sobre CHOICES y contestará sus preguntas.
- Le ayudará a recibir 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 trastorno por uso de sustancias) 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 Cuidados variarán ligeramente según el Grupo de CHOICES en el que usted esté inscrito.

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

- Será parte de un proceso de planificación junto con la casa de convalecencia donde usted vive.
- Hará cualquier otra evaluación de necesidades que pudiera ser útil para el tratamiento de su salud y sus necesidades de servicios y apoyos largo plazo.
- Complementará (o aportará) al plan de cuidados de la casa de convalecencia si



hay cosas que Wellpoint puede hacer para ayudar a controlar problemas de salud o coordinar otros tipos de atención médica física y de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) 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 prestar.
- Determinará si le interesa y puede mudarse de la casa de convalecencia a la comunidad y de ser así, ayudarlo a que eso se haga de una manera oportuna.

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

- 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.

Su Coordinador de Cuidados 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 atención en el hogar que recibe se basen en sus metas, necesidades y preferencias y que no cuesten más que la atención en una casa de convalecencia, si está en el Grupo 2, o más de \$18,000 si está en el Grupo 3.

Cómo cambiar de Coordinador de Cuidados

Si no está a gusto con su Coordinador de Cuidados y quiere uno diferente, nos puede pedir que lo cambiemos. Le podemos asignar a otro Coordinador de Cuidados si hay uno que pueda atenderlo. Eso no significa que usted puede elegir a quien quiera para que sea su Coordinador de Cuidados. Tenemos que ser capaces de satisfacer las necesidades de todos los miembros de CHOICES y asignar el personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar un Coordinador de Cuidados diferente, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. Díganos por qué quiere cambiar de Coordinador de Cuidados. Si no le podemos asignar a un nuevo Coordinador de Cuidados, le diremos por qué. Y, le ayudaremos a resolver cualquier problema o queja que tenga con su Coordinador de Cuidados.



Puede haber ocasiones en que tendremos que cambiar su Coordinador de Cuidados. Eso puede suceder si su Coordinador de Cuidados ya no trabaja con Wellpoint, si por el momento no está trabajando o está atendiendo a demasiados miembros para atenderlos como es debido. Si esto sucede, le enviaremos una carta que dice quién será su nuevo Coordinador de Cuidados y cómo comunicarse con él o ella.

Si está en CHOICES, se puede comunicar con su Coordinador de Cuidados en cualquier momento que tenga alguna pregunta o queja sobre su atención médica –no tiene que esperar hasta que le toque una visita a su hogar o hasta que él o ella lo llame. Usted debe llamar a su Coordinador de Cuidados en cualquier momento que cambie su estado de salud o cualquier otra cosa que pudiera afectar el tipo o la cantidad de cuidados que recibe. Si necesita ayuda después de horas hábiles y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al 866-840-4991 (TRS 711).

Su plan de apoyo centrado en la persona

En CHOICES, usted debe contar con un plan de apoyo centrado en la persona o (en inglés lo abrevian **PCSP**, 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 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 quiere alcanzar
- los servicios y apoyos (pagados y no pagados) 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 Cuidados ayuda a desarrollar su plan de apoyo. 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
- Asegura que usted reciba los servicios indicados en su plan de apoyo.

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

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 necesite para dirigir el proceso de planificación.
- Usted tenga la oportunidad de tomar decisiones y cuente con la información que necesite 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 quiere, puede hablar con su Coordinador de Cuidados 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. Wellpoint tratará de asignarle a 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.



¿Y si sus necesidades cambian y necesita más apoyo?

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.

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 queja 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 Cuidados. Si TennCare decide que usted tiene la razón, ellos colaborarán con nosotros para corregir el problema. Si TennCare piensa que usted está recibiendo los servicios que necesita, le enviaremos una carta que dice por qué.

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

Cómo solicitar una revisión de TennCare	
POR CARTA: TennCare Division of Long Term Services and Supports c/o CHOICES Review 310 Great Circle Rd. Nashville, TN 37243 Guarde una copia de su petición. Escriba la fecha en que la envió a TennCare.	
POR FAX: 615-532-9140 Conserve la hoja que dice que su fax pasó.	

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 quiere. 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 quiere deben estar cubiertos en el grupo de beneficios de CHOICES 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 gastos anual.

TennCare sólo puede pagar los servicios que están cubiertos en la parte de beneficios de CHOICES a la que pertenece. Si un servicio no está cubierto o si usted quiere más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no lo puede pagar.

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, si quiere comenzar a recibir un nuevo servicio.

Vaya a la Parte 6 de este manual para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones.

Representante del Consumidor en CHOICES

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



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

Para hablar con el Defensor del Consumidor de CHOICES en Wellpoint, llame al **833-731-2153 (TRS 711)**. Pida hablar con el Representante del Consumidor de CHOICES.

Usted decide

En CHOICES, si necesita el nivel de atención que se presta en una casa de convalecencia, usted tiene el derecho de elegir dónde quiere recibir la atención:

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

Para recibir 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?***)

Si 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 quiere. Si le interesa salirse del hogar de convalecencia y vivir en la comunidad, hable con su Coordinador de Cuidados.

Para recibir cuidados en su hogar o en la comunidad, debemos ser capaces de satisfacer con seguridad sus necesidades en ese lugar. Y, para CHOICES Grupo 2, el costo de su atención en el hogar no puede ser más que el costo de su atención en una casa de convalecencia. Eso incluye el costo de su atención 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 \$18,000 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 \$18,000. El tipo y la cantidad de atención que recibirá dependerán de sus necesidades.



¿Y si usted califica para atención en una casa de convalecencia pero no quiere salirse del centro 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 necesite. Su Coordinador de Cuidados tratará de ayudarle a conseguir al proveedor que elija. Pero, si usted no consigue al **proveedor** que quiere, no puede apelar y tener una audiencia imparcial. Si usted no recibe los **servicios** que cree que necesita, entonces puede presentar una apelación.

El pago de 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 y de sus gastos contables. Si usted tiene responsabilidad del paciente, en CHOICES usted la **tiene que** pagar. Si usted recibe atención en una residencia asistida o en hogar de cuidado de adultos, o en una casa de convalecencia, tendrá que pagar su responsabilidad del paciente a esa institución. Si usted recibe atención en su propio hogar, usted le pagará su responsabilidad del paciente a Wellpoint.

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

¿Y 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, Wellpoint podría decidir ya no ser su plan de seguro médico para CHOICES. No podemos satisfacer sus necesidades si no podemos encontrar proveedores dispuestos a proporcionarle atención. Tenemos que enviarle una carta que diga por qué ya no podemos ser su plan de seguro médico para CHOICES. Si piensa que estamos equivocados, usted puede presentar una apelación.
3. **Y** si usted no paga su responsabilidad del paciente, es posible que otros planes de seguro médico de TennCare tampoco estén dispuestos a ser su plan de seguro médico para CHOICES. Si eso ocurre, es posible que no pueda quedarse en CHOICES. Es posible que no reciba ningún servicio y apoyo de atención a largo plazo de TennCare. Si no puede quedarse en CHOICES, TennCare le enviará una carta que dice por qué. Si piensa que están equivocados, usted puede presentar una apelación.
4. **Y** si no se puede quedar en CHOICES, es posible que ya no califique para TennCare. Si la única manera que califica para TennCare es porque recibe servicios y apoyos de largo plazo, también podría perder su TennCare. Antes de que termine su TennCare, usted recibirá una carta en que se le explica cómo apelar si piensa que es un error.

¿Tiene cuentas 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, ¿tiene cuentas médicas por atención médica que recibió después de que TennCare comenzó, pero que TennCare no cubre? Esto incluye anteojos y audífonos 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 para 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.)



¿Y 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 fax al:

855-315-0669



Por carta:

TennCare Connect

P.O. Box 305240

Nashville, TN 37230-5240



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 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.

¿Y si tiene seguro de servicios y apoyos de largo plazo que le paga a usted? Entonces usted debe pagar la cantidad que reciba para ayudar a cubrir el costo de su atención en el hogar. Si usted recibe atención en una residencia asistida o en un hogar de cuidado de adultos, o en una casa de convalecencia, usted le pagará la cantidad recibida a esa institución. Si recibe atención en su propia casa, su Coordinador de Cuidados le dirá cómo pagar el dinero del seguro que reciba. Eso **no** reducirá la cantidad de cualquier responsabilidad del paciente que deba.

Usted tiene que pagar todo seguro de servicios y apoyos de largo plazo que reciba **y** su responsabilidad del paciente para cubrir el costo de su atención. Pero, usted no tendrá que pagar más que el costo total de los servicios y apoyos a largo plazo que reciba ese mes.

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

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. Nosotros podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro de CHOICES, pero TennCare tomará la decisión final. Algunas de las razones por las que podría ser dado de baja de CHOICES incluyen:



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

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

Decidimos que ya no podemos satisfacer sus necesidades en el hogar o la comunidad sin que usted corra riesgo y usted se niega a mudarse a una casa de convalecencia. Entre las razones por las que podríamos ser incapaces de satisfacer sus necesidades sin riesgo se incluyen cosas como:

- Usted se niega a permitir que su Coordinador de Cuidados entre a su hogar. Si un Coordinador de Cuidados no puede visitarlo en su casa, no podemos estar seguros de que usted está sano y salvo.
- El riesgo de daño a usted o a las personas que lo atienden en su casa es demasiado grande.
- A pesar de que hay proveedores dispuestos a proporcionar cuidados, ninguno de los proveedores está dispuesto proporcionarle cuidados a usted.
- Si se niega a recibir servicios que en su plan de 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 una casa de convalecencia. El costo de su atención incluye cualquier atención de enfermera privada o de servicio en el hogar que usted pudiera requerir.

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

Si decidimos que la atención en el hogar en su propia casa va a costar más que la atención en una casa de convalecencia, su Coordinador de Cuidados colaborará con usted para tratar de armar un plan de 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 Cuidados le ayudará a mudarse a una casa de convalecencia, que trabaje con Wellpoint, 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. Se le dará 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 \$18,000 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 pagados proporcionados por miembros de la familia y los amigos. Si decidimos que sus necesidades no pueden ser satisfechas con la atención que puede recibir en el Grupo 3, TennCare verá si reúne los requisitos para pasar a CHOICES Grupo 2 para recibir más atención en el hogar más o CHOICES Grupo 1 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.

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. TennCare tiene la obligación por ley federal de recuperar estos pagos después de la muerte del receptor de los servicios. Esto se conoce como “recuperación a través del patrimonio”. A continuación se enumeran los tipos de atención que deben reembolsarse.

Su “patrimonio” es la propiedad, pertenencias, dinero y otros activos que posee al momento de su muerte. 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. 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 más dinero del que se pagó. TennCare no le puede pedir a su familia que paguen de su propio bolsillo la atención médica que se le prestó 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.

¿Quién tiene que reembolsarle a TennCare su atención?

TennCare **tiene que** pedir el reembolso del dinero que gastó en su atención 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 con receta relacionados con sus servicios de atención a largo plazo.

¿Cuánto 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 ser diferente dependiendo del tipo de atención a largo plazo que tiene y en qué parte del estado vive.

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.

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

Entonces debe informar a TennCare que vendió o regaló su casa, lo que puede afectar su elegibilidad para TennCare. También debe informar a TennCare sobre cualquier transferencia realizada cinco años antes de que usted recibiera TennCare. Si no les informa de la transferencia, ellos pueden 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 TennCare no procederá con acciones legales contra su patrimonio hasta una fecha posterior. TennCare difiere la recuperación a través del patrimonio de un individuo cuando:

- Tiene un cónyuge sobreviviente. TennCare no puede reclamar dinero de su patrimonio hasta el fallecimiento de su esposo o esposa.
- Usted tiene un hijo menor de 21 años de edad. TennCare no puede reclamar dinero de su patrimonio hasta que su hijo haya cumplido 21 años de edad.
- 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 que lo cuidó y por lo tanto usted no tuvo que ir a la casa de convalecencia **por lo menos** por dos años. TennCare no puede reclamar dinero de su patrimonio hasta que su hijo o hija deje de vivir en la propiedad.
- 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.

¿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:

5. Obtenga el formulario en línea en:
<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/releaseform.pdf>
6. Puede pedir el formulario en la oficina administrativa del tribunal de



testamentarias. El formulario se llama "Request for Release from Estate Recovery".

7. Puede pedirle el formulario a TennCare enviando una carta o fax:

Formulario de Petición de Desistimiento (Request for Release Form):	
	Correo electrónico RFR.TennCare@tn.gov .
	Fax: 615-413-1941
	Por carta: Division of TennCare Estate Recovery Unit 310 Great Circle Rd. 4 th Floor Nashville, TN 37243

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

Su familia o representante tiene muchas 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". 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.
3. Pueden solicitar un aplazamiento de la recuperación del patrimonio.



¿Tiene preguntas o necesita ayuda con la recuperación de propiedad?	
	CORREO ELECTRÓNICO: Estate.recovery@tn.gov
	POR CARTA: Division of TennCare Estate Recovery Unit 310 Great Circle Road, 3W Nashville, TN 37243
	POR FAX: 615-413-1941
	POR TELÉFONO: 844-629-0941

Redeterminación

Como ocurre con todos los programas de Medicaid, debemos asegurarnos de que todas las personas sigan calificando todos los años, lo que se denomina redeterminación. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las reglas médicas y financieras de CHOICES. Asegúrese de que TennCare tenga su dirección actual. Si se muda, llámenos inmediatamente. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información que TennCare necesitan para que su cobertura pueda continuar. Su plan



de seguro médico de TennCare puede ayudar, si usted lo pide. Si pierde CHOICES, debe haber una plaza abierta para que pueda volver a inscribirse.

Employment and Community First CHOICES

¿Qué es Employment and Community First CHOICES?

Employment and Community First CHOICES (ECF 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.

¿Cómo solicito Employment and Community First CHOICES?

Hay una cantidad limitada de fondos para atender a las personas cada año. Esto significa que no todas las personas que presenten una solicitud pueden inscribirse o recibir servicios de inmediato.

Hay una lista de espera para Employment and Community First CHOICES. Para que lo incluyan en la lista de espera, puede completar la solicitud usted mismo. Completar la remisión para Employment and Community First CHOICES no significa que quedará



inscrito en el programa. Usted debe calificar para inscribirse en el programa. Debe haber espacio en el programa para inscribirlo Y debe estar en uno de los grupos que pueden calificar para recibir servicios ahora.

Si necesita ayuda para completar su remisión para Employment and Community First CHOICES, llámenos al **866-840-4991 (TRS 711)**.

Los servicios de ECF 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 ECF CHOICES. En su lugar, la atención en el hogar que reciba por medio de ECF CHOICES complementará la asistencia que ya recibe para ayudar a que se quede en su hogar y comunidad más tiempo. Los cuidados en ECF CHOICES se darán de la manera más económica posible para que más personas que necesitan ayuda puedan recibirla.

Sin embargo, si usted ha estado recibiendo servicios a través del programa de apoyos familiares 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 otros programas estatales o federales (como Meals on Wheels, ama de casa o los programas nacionales de apoyo familiar para cuidadores o National Caregiver Family Support) que ahora se pueden obtener a través de ECF CHOICES, recibirá la atención que necesite a través de ECF CHOICES.

Para ver si califica para inscribirse en ECF CHOICES, llámenos al **866-840-4991 (TRS 711)**.

¿Conoce a alguien que no está en TennCare que quiere solicitar ECF CHOICES? La persona debe comunicarse con la oficina de admisión regional del Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (DIDD) en su área del estado.

- West Tennessee (866) 372-5709
- Middle Tennessee (800) 654-4839
- East Tennessee (888) 531-9876

Esta oficina le ayudará a investigar si califica para TennCare y ECF CHOICES.



¿Quién puede calificar para inscribirse en Employment and Community First CHOICES?

Hay 5 grupos de personas que pueden calificar para inscribirse en ECF CHOICES.

Apoyos Familiares Esenciales (esto a veces se llama “**Grupo 4**”).

Los servicios de apoyo familiar son para familias que cuidan a un hijo menor de 21 años que tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD). El menor debe vivir en casa con su familia (no con una familia de crianza).

Los adultos de 21 años con I/DD que viven en casa con su familia también pueden optar por inscribirse en este grupo si califican.

Apoyos Esenciales para Trabajar y Vivir de Manera Independiente (esto a veces se llama “**Grupo 5**”).

Los servicios de Apoyo Esencial son para adultos de 21 años de edad y mayores que tienen una I/DD pero que no califican para el nivel de atención en una casa de convalecencia..

- Una persona de 18 a 21 años con una I/DD puede inscribirse en este grupo si ya no puede vivir con su familia.
- Una persona que calificaría para recibir atención en una casa de convalecencia puede optar por inscribirse en este grupo si ECF CHOICES Grupo 6 está lleno y sus necesidades pueden satisfacerse con estos servicios.

Apoyos Integrales para Trabajar y Vivir en la Comunidad (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. (Esto no significa que la persona tiene que recibir atención en una casa de convalecencia. Este programa presta servicios en el hogar y en la comunidad. Solo necesita calificar para la atención en una casa de convalecencia).

- Una persona de 18 a 21 años con una I/DD puede inscribirse en este grupo si ya no puede vivir con su familia.

Los servicios de apoyo integral son para personas que necesitan más servicios para ayudarles a vivir en la comunidad y lograr sus objetivos de empleo y vida en la comunidad.

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 proporciona tratamiento de salud mental y otros servicios en el hogar con la 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. 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.

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 o 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.

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 para miembros de TennCare decidirá si cumple con las reglas de ingresos y recursos para calificar para los servicios y apoyos a largo plazo de Medicaid a través de ECF CHOICES. Nosotros le ayudaremos a completar los papeles que ellos necesitan para decidir Si TennCare dice que sí, para inscribirse en ECF CHOICES 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 límite de gastos para su Grupo de ECF CHOICES. 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 el límite de gastos para su Grupo de ECF CHOICES, no puede estar en ECF CHOICES. Pero es posible que califique para otros tipos de servicios y apoyos de largo plazo.

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



Límites en la inscripción en Employment and Community First CHOICES

Es posible que no todas las personas que califican para ECF CHOICES puedan inscribirse. Hay un límite de inscripción en los Grupos de ECF CHOICES. 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 los cuidados. También sirve para asegurar que haya suficientes proveedores de atención en el hogar para prestar los servicios.

Algunas plazas se reservarán para emergencias. Esto incluye cosas como cuando una persona tiene un cuidador principal que tiene por lo menos 75 años o el cuidador principal sufre una incapacitación permanente o fallece. 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 ECF CHOICES.

Si no satisface las pautas para plazas reservadas o no hay plazas y califica para inscribirse en ECF CHOICES, lo pondrán en una lista de espera.

Cuando hay espacios disponibles, TennCare puede inscribirse de la lista de espera según la prioridad. Estas reglas de prioridad se encuentran en las Reglas de TennCare.

Recepción de servicios en el programa ECF 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:**

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 ayudará a hacer las cosas que quiere 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 \$18,000 cada año. Este es su límite anual o “límite de gastos”. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. Solamente en Apoyos Esenciales para la Familia su límite de gastos 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.



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. Le ayudarán a conseguir o conservar un trabajo y vivir de la manera más independientemente posible en la comunidad. Le ayudará a hacer las cosas que quiere 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 \$36,000 cada año. Este es su límite anual o “límite de gastos”. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Y si tiene una emergencia y necesita más servicios para permanecer en la comunidad? Es posible que pueda recibir más servicios de Apoyo Esencial para ese año. Pero no pueden costar más de \$6,000.

También puede superar 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 \$42,000 en servicios de Apoyo Esencial por año natural.

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. (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 ayudará a hacer las cosas que quiere 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 gastos 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 (ECF CHOICES Grupo 6) 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	
tendrá un límite de gastos de \$54,000 cada año.	Si la evaluación indica que su nivel de necesidad es bajo :
tendrá un límite de gastos de \$82,000 cada año.	Si la evaluación indica que su nivel de necesidad es moderado :
Tendrá un límite de gastos anual de \$108,000 .	Si la evaluación indica que su nivel de necesidad es alto :

El costo total de los servicios de Apoyo Integral que usted reciba no puede ser más que su límite de gastos cada año. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Y 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 Apoyo Integral 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 recibir servicios de Apoyo Integral que cuesten más que su límite de costo cada año.

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 Atención Intermedia 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 una casa de convalecencia.

Estos gastos 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 gastos (pero **únicamente** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de gastos 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 gastos. 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 gastos.
Si tiene alguna pregunta, consulte a su Coordinador de Apoyo.

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 Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual) privado. Estos gastos 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 gastos (pero **únicamente** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Cualquier atención médica en el hogar o de enfermería privada que TennCare pague además **contará** contra tu límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan contra su límite de gastos. 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 gastos. Si tiene alguna pregunta, consulte a su Coordinador de Apoyo.



Apoyos Conductuales Integrales para Trabajar y Vivir en la Comunidad

(esto a veces se llama “**Grupo 8.**”) Este grupo es para una pequeña cantidad 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 gastos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (Centro de Atención Intermedia 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 gastos 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 gastos (pero **únicamente** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de gastos 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 gastos. 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 gastos.
Si tiene alguna pregunta, consulte a su Coordinador de Apoyo.

Para el primer año que esté en Employment and Community First CHOICES, su límite del costo se “prorratará”. Esto significa que su límite de gastos 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 gastos, **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 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 quiere trabajar y los tipos de trabajos que le podrían agradar 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.

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.

Habría 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 no cree que quiere 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 recibir para ayudarle a tomar una decisión informada sobre el empleo:

- **Exploración** – Le ayuda a decidir si quiere 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.



- **Autoadministración de Igual a Igual, 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.

¿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 quiere 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, 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 Igual a Igual.

¿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 recibir. 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.

La tecnología de habilitación es un servicio nuevo (hasta \$5,000 por año natural en combinación con tecnología de asistencia) – la tecnología habilitadora es el uso de varias formas de dispositivos y tecnología para apoyar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de apoyo remoto y otros dispositivos inteligentes. La tecnología habilitadora puede respaldar una persona a navegar por su trabajo y comunidad, tener mayor control de su entorno y recibir asistencia remota y recordatorios para ayudarle a vivir independientemente.



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 trastorno por uso de sustancias) 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 apoyo** deben ser aprobados en su plan de apoyo **antes de que los reciba**. 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**.

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

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 apoyos de largo plazo. También puede encontrar el directorio en línea en www.wellpoint.com/tn/medicaid. O llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)** 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 **833-731-2153 (TRS 711)** para saber si un proveedor está en nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe recibir los servicios de un proveedor de servicios y apoyos de largo plazo que está en esta lista para que TennCare pague sus servicios y apoyos de largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en que TennCare pagará para que usted reciba 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 Wellpoint.

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 da apoyo y **cómo** se proporciona ese apoyo. 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
- Relevos



- Transporte en la Comunidad

En Administración por el Consumidor, usted de hecho contrata a las personas que le proporcionan algunos de sus servicios de apoyo —trabajan **para usted** (en lugar de trabajar para un proveedor). Usted debe ser capaz de hacer las cosas que haría un empleador. Eso incluye cosas como:

1. Contratar y capacitar a sus trabajadores

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que lo atenderán.
- Definir los deberes de trabajo del empleado.
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores.
- Capacitar a sus trabajadores para que lo atiendan de acuerdo con sus necesidades y sus preferencias.

2. 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* la atención que haya sido aprobada para usted.
- Asegurar que ningún empleado que trabaja por hora le proporcione más de 40 horas de atención en una semana.

3. 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.

4. 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 la atención prestada por sus trabajadores.

5. Tener y usar un plan de respaldo en caso necesario

- Elaborar un plan de respaldo por si un trabajador no se presenta a trabajar (usted no puede decidir que simplemente no recibirá los servicios).



- Activar el plan de emergencia cuando sea necesario.

¿Y 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.

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 atención que usted necesita y cómo quiere lo atiendan.
- 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 la atención 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 un Agente Fiscal del Empleador (también llamado FEA). Usted recibirá 2 tipos de ayuda:

- El FEA 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.
- El FEA 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 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.

El tipo y la cantidad de servicios que recibirá depende de lo que necesite como apoyo y ayuda para alcanzar sus objetivos. Esos servicios se enumeran en su plan de apoyo. Usted no podrá recibir más servicios al elegir estar en Administración por el Consumidor. Solamente puede recibir los servicios que se indican en su plan de apoyo.

Usted puede elegir recibir algunos de estos servicios por medio de Administración por el Consumidor **y** recibir algo de atención 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 Wellpoint para atención 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, usted 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 dé Asistencia Personal, Atención de Apoyo en el Hogar, Transporte Comunitario o Relevó.

Además, Employment and Community First CHOICES no puede pagarles a miembros de la familia u otras personas para que le proporcionen los cuidados que le habrían dado gratis. Employment and Community First CHOICES sólo paga la atención 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 Employment and Community First CHOICES y necesita servicios que pueden ser administrados por el consumidor, su Coordinador de Cuidados le explicará sobre Administración por el Consumidor. Si quiere estar en Administración por el Consumidor, su Coordinador de Cuidados trabajará con usted para decidir cuáles de los servicios administrará usted e iniciar el proceso para inscribirse en Administración por el Consumidor. Mientras se establece Administración por el Consumidor, usted recibirá los servicios que están en su plan de apoyo por medio de un proveedor que trabaja con Wellpoint, a menos que **usted elija** esperar hasta que comiencen sus trabajadores de Administración por el Consumidor. Si opta por esperar a que comiencen sus trabajadores de Administración por el Consumidor, usted debe tener



preparado lo necesario para recibir la atención que necesita.

Usted puede decidir estar en Administración por el Consumidor en cualquier momento. Si usted está administrando uno o más servicios y decide que ya no quiere estar en Administración por el Consumidor, usted **no** dejará de recibir los servicios y apoyos de largo plazo. Seguirá en Employment and Community First CHOICES. Usted recibirá los servicios que necesite por medio de un proveedor que trabaja con Wellpoint.

Administración 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 hagan ciertos tipos de tareas de atención médica. Las tareas de atención médica son cosas que la mayoría de la gente hace por sí misma todos los días, como tomarse los medicamentos con receta. Por lo general, si usted no puede hacer las tareas de atención médica por sí mismo y no tiene un miembro de la familia que pueda hacerlas, las tendrá que hacer 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 hagan 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 Apoyo si tiene alguna pregunta acerca de la administración de tareas de atención médica.

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 ECF CHOICES deben usar EVV. El sistema EVV recopila y registra información cada vez que su trabajador lo visita para prestarse 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 **Wellpoint** no pueda pagar la atención que reciba.

Wellpoint 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.

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 recibir 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.

Su Coordinador de Apoyo desempeñará un papel muy importante. Su Coordinador de Apoyo es su contacto principal y la primera persona a quien debe recurrir si tiene alguna pregunta sobre sus servicios.

¿No está seguro quién es su Coordinador de Apoyo o cómo comunicarse con él o ella? Nos puede llamar al **833-731-2153 (TRS 711).**

Su Coordinador de Apoyo:

- Le proporcionará información sobre Employment and Community First CHOICES y contestará sus preguntas.
- Le ayudará a recibir 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 trastorno por uso de sustancias) 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 5, 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.

- 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**.

Cómo cambiar de Coordinador de Apoyo

Si no está a gusto con su Coordinador de Apoyo y quiere uno diferente, nos puede pedir que lo cambiemos. Le podemos asignar a otro Coordinador de Apoyo si hay uno que pueda atenderlo. Eso no significa que usted puede elegir a quien quiera para que sea su Coordinador de Apoyo. Tenemos que ser capaces de satisfacer las necesidades de todos los miembros de Employment and Community First CHOICES y asignar el personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar un Coordinador de Apoyo diferente, llámenos al **866-840-4991 (TRS 711)**. Díganos por qué quiere cambiar de Coordinador de Apoyo. Si no le podemos asignar un nuevo Coordinador de Apoyo, le diremos por qué. Y, le ayudaremos a resolver cualquier problema o queja que tenga con su Coordinador de Apoyo.

Puede haber ocasiones en que Wellpoint tenga que cambiar su Coordinador de Apoyo. Eso puede suceder si su Coordinador de Apoyo ya no trabaja con Wellpoint, si por el momento no está trabajando o está atendiendo a demasiados miembros para atenderlos como es debido. Si eso ocurre, Wellpoint 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. Si necesita ayuda después de horas hábiles y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **866-840-4991 (TRS 711)**.

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 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 quiere alcanzar
- los servicios y apoyos (pagados y no pagados) 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 Cuidados 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.

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 necesite para dirigir el proceso de planificación.
- Usted tenga la oportunidad de tomar decisiones y cuente con la información que necesite 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 quiere, puede 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. Wellpoint tratará de asignarle a 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. **¿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 gastos mayor? Puede solicitar una nueva evaluación. Si la evaluación demuestra que sus necesidades han cambiado, su límite de gastos 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 Apoyo. Si TennCare piensa que usted tiene la razón, ellos colaborarán con <MCO NAME> 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:



Cómo solicitar una revisión de TennCare	
POR CARTA: TennCare Division of Long Term Services and Supports c/o ECF CHOICES Review 310 Great Circle Rd. Nashville, TN 37243 Guarde una copia de su petición. Escriba la fecha en que la envió a TennCare.	
POR FAX: 615-532-9140 Conserve la hoja que dice que su fax pasó.	

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 quiere. 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 quiere 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 gastos 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.

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, si quiere comenzar a recibir un nuevo servicio.

Vaya a la Parte 6 de esta guía para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones

Defensor de Miembros para Employment and Community First CHOICES

Además de su Coordinador de Apoyo, hay otra persona en <MCO NAME> 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.
- Ayudarle a resolver problemas con sus servicios y apoyos.
- Ayudarle a presentar una queja, solicitar un cambio de Coordinador de Apoyo o recibir los servicios y apoyos que necesite.
- Ayudarle a hablar con el personal apropiado de Wellpoint.

Para comunicarse con el Defensor de Miembros de Wellpoint para Employment and Community First CHOICES, llame a Wellpoint al **833-731-2153 (TRS 711)**. Pida hablar con el Defensor de Miembros para Employment and Community First CHOICES.

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.

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

¿Y 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, Wellpoint podría decidir ya 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.
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, ¿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.) ¿Y 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 fax al:

855-315-0669



Por carta:

TennCare Connect

P.O. Box 305240

Nashville, TN 37230-5240



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.



Cancelación de la inscripción en Employment and Community First CHOICES

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

- Usted ya no califica para Medicaid.
- Ya no necesita el nivel de atención que se presta a través de Employment and Community First CHOICES.
- Usted se niega a permitir que su Coordinador de Apoyo entre a su hogar. Si un Coordinador de Apoyo 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.
- Ya no necesita ni recibe **ningunos** servicios ni apoyos de largo plazo.
- Usted no paga su responsabilidad del paciente.

También se puede cancelar su inscripción si:

El costo de la atención médica que necesita en el hogar o en la comunidad será más que su límite de gastos. Excepto en ECF CHOICES Grupo 4, el costo de su atención incluye cualquier atención de enfermera privada o de servicio en el hogar que usted pudiera requerir.

Su Coordinador de Apoyo 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 superen su límite de gastos.

Si la **única** manera que usted califica para Medicaid es porque recibe servicios y apoyos de largo plazo y le cancelan la inscripción de Employment and Community First 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.



Redeterminación

Como ocurre con todos los programas de Medicaid, debemos asegurarnos de que todas las personas sigan calificando todos los años, lo que se denomina redeterminación. Debemos asegurarnos de que siga cumpliendo las reglas médicas y financieras de Employment and Community First CHOICES. Asegúrese de que TennCare tenga su dirección actual. Si se muda, llámenos inmediatamente. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información que TennCare necesitan para que su cobertura pueda continuar. Su plan de seguro médico de TennCare puede ayudar, si usted lo pide. Si pierde Employment and Community First CHOICES, debe haber una plaza abierta para que pueda volver a inscribirse.

Katie Beckett

¿Qué es el Programa Katie Beckett?

El Programa Katie Beckett de TennCare atiende a menores de 18 años que tienen discapacidades o necesidades médicas complejas pero que no califican para Medicaid debido a los ingresos o recursos de sus padres. Ayuda con la atención de las necesidades médicas o la discapacidad del niño que el seguro privado no cubre. La atención se presta en el hogar del niño o en la comunidad.

¿Cómo presento la solicitud para el Programa Katie Beckett?

Si su hijo es elegible para TennCare, su hijo no es elegible para el Programa Katie Beckett. Hay una cantidad limitada de fondos para atender a las personas cada año. Esto significa que no todas las personas que presenten una solicitud pueden inscribirse o recibir servicios de inmediato.

¿Conoce a alguien que no está en TennCare que quiere presentar la solicitud para el Programa Katie Beckett? La persona debe comunicarse con la oficina de admisión regional del Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (DIDD) en su área del estado.

- West Tennessee (866) 372-5709
- Middle Tennessee (800) 654-4839
- East Tennessee (888) 531-9876

Esta oficina le ayudará a investigar si califica para el Programa Katie Beckett.



¿Quién puede calificar para inscribirse en el Programa Katie Beckett?

Hay **3 grupos** en el Programa Katie Beckett.

1. **Katie Beckett Parte A** (o “**Parte A**” para abreviar) es para niños que calificarían para recibir atención en una institución médica, como un hospital, una casa de convalecencia o ICF/IID (Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales). Pero, en su lugar, quieren recibir atención en su casa.
2. **Desviación de Medicaid, también conocida como Katie Beckett Parte B** (o “**Parte B**” para abreviar) es para niños que no califican para recibir atención en una institución. Pero “corren riesgo” de tener que ir a una a menos que puedan recibir servicios.
3. **Elegibilidad continua** (o “**Parte C**” para abreviar) es para niños que tienen Medicaid ahora, pero su Medicaid va a terminar porque los ingresos o recursos de sus padres aumentaron. La Parte C puede permitir que el niño conserve Medicaid si calificaría para inscribirse en la Parte A, pero no hay una plaza libre para el niño en este momento. (Abajo hablamos más sobre las “plazas”.)

Si un niño se inscribe en la Parte C y luego le dan una plaza de la Parte A, debe moverse a la Parte A. Ya no puede permanecer en la Parte C.

Límites de inscripción en el Programa Katie Beckett

Hay un límite en la cantidad de niños que pueden inscribirse en la Parte A y la Parte B. Los límites se basan en la cantidad de fondos aprobados para el programa.

La Parte A tiene fondos para atender **hasta** 300 niños. El número efectivo de niños atendidos en la Parte A dependerá del costo de los servicios que necesita cada niño. Si el costo de los servicios es menor de lo esperado, podemos atender a más niños. Si el costo de los servicios es mayor, atenderemos a menos niños.

La Parte B tiene fondos para atender **hasta** 4,000 niños.

A veces llamamos a estos límites para cada parte “plazas”. Para inscribir a su hijo en la Parte A o la Parte B, debe haber una plaza abierta en esa Parte *para su hijo*.

¿Cómo decide TennCare a quién se le da una plaza?

Las **plazas de la parte A** se llenan según **la necesidad**. Primero se atenderá a los niños con las necesidades médicas más complejas. Luego, se atenderá a los niños con las necesidades conductuales más complejas. Después de eso, se atenderá a otros niños que cumplan con el nivel de atención institucional.

¿Y si hay un empate, por ejemplo que 2 niños tienen las mismas necesidades médicas o conductuales y solo hay 1 plaza? TennCare decidirá quién recibe la plaza en función de cosas como:



- Si estado del niño está empeorando;
- Los tipos de atención médica que ha recibido el niño;
- Los tipos de atención médica y de otro tipo que el niño necesita a diario; y
- Otras cosas que afectan a los cuidadores familiares.

Los niños con las mayores necesidades serán atendidos primero en la Parte A.

Las **plazas de la parte B** se llenan **en orden de llegada**. Se inscribirá a los niños en las plazas abiertas de la Parte B según el momento en que hayan presentado la solicitud o se hayan puesto en la lista de espera de la Parte B.

Recepción de servicios en el Programa Katie Beckett

Los servicios que su hijo puede recibir en el Programa Katie Beckett dependen de la Parte en la que esté inscrito.

Parte A. Los niños en la Parte A califican para todos los beneficios de Medicaid para niños. Esto incluye cosas como:

- Consultas con el doctor y en el hospital;
- Atención dental;
- Atención médica en el hogar;
- Servicios de enfermería en el hogar;
- Equipos y suministros médicos;
- Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla; y
- Transporte cuando no es una emergencia(NEMT).

Los servicios deben ser necesarios por razones médicas. El seguro privado debe pagar *primero*. TennCare ayudará a pagar las cosas que el seguro privado no cubra, incluidos los deducibles y copagos del seguro. Se espera que los proveedores acepten Medicaid como pago total por los beneficios de Medicaid. No deben facturarle después de que TennCare haya pagado, incluso aunque TennCare no pague la cantidad total.

Los niños en la Parte A también pueden recibir ayuda adicional para su discapacidad. Esto incluye servicios que ayudan a la familia a satisfacer las necesidades de su hijo en el hogar. Estos servicios se llaman Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services) o **HCBS**. El costo total de los servicios HCBS de un niño en la Parte no puede ser más de \$15,000 cada año. Este es el límite anual del niño. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año.

Los niños en la Parte A reciben atención hasta el costo comparable de atención institucional



En Katie Beckett Parte A y Parte C, TennCare ayudará a pagar el cuidado de su hijo en el hogar. La cantidad que TennCare pagaría por la atención de un niño en el hogar no puede ser más de lo que costaría prestarle la atención médica en una institución. Esto se denomina “costo comparable de la atención institucional”. Si costaría más cuidar a su hijo en el hogar, su hijo no califica para la Parte A ni la Parte C. Esto es parte de la ley federal y estatal y de la exención Katie Beckett de TennCare.

El costo de la atención de su hijo incluye TODA la atención que paga TennCare, como las consultas con el doctor, las hospitalizaciones y los medicamentos con receta. Su hijo recibiría algunos tipos de atención en una institución o en el hogar. Por lo tanto, para el costo de la atención en el hogar, contamos las cosas que un niño no recibiría en una institución. Eso son cosas como: atención médica en el hogar, enfermería privada, equipo médico personal, terapia para pacientes ambulatorios o en el hogar, servicios de salud mental basados en la comunidad (incluido el tratamiento residencial) y otros servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS).

El costo de la atención de su hijo en una institución depende del tipo de atención que su hijo pueda necesitar y calificar para recibir, como un hospital o una casa de convalecencia. TennCare utiliza los expedientes médicos para decidir para cuál tipo de atención institucional calificaría su hijo. Para estar en Katie Beckett Parte A o Parte C, el cuidado de su hijo en el hogar no puede costar más que el cuidado en una institución.

En Katie Beckett, debe firmar un formulario que dice que comprende que los costos totales de su hijo no pueden ser más que su costo comparable de atención institucional.

Parte B. Los niños en la Parte B no recibirán beneficios de Medicaid. Pero, el niño recibirá servicios (HCBS) para ayudar a la familia a satisfacer las necesidades del niño en el hogar. Esto incluye ayuda para pagar el seguro del niño y el cuidado que el niño necesite que el seguro no cubra. El costo total de los servicios HCBS de un niño en la Parte B no puede ser más de \$10,000 cada año. Este es el límite anual del niño. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año.

Parte C. Los niños en la Parte C califican para todos los beneficios de Medicaid para niños. Los niños en la Parte C **no** reciben HCBS.

Los tipos de servicios cubiertos en cada Parte del Programa Katie Beckett se indican en una tabla al final de estas páginas. Algunos de los servicios tienen límites. Esto significa que TennCare solamente pagará cierta cantidad de esos servicios. Para HCBS, la tabla indica cómo le puede ayudar a su hijo cada servicio, qué Partes lo cubren y los límites de ese servicio. Si tiene preguntas acerca de un servicio, pregúntele a su plan de seguro médico de TennCare o al DIDD.



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 trastorno por uso de sustancias) 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**.

Uso de proveedores de HCBS de Katie Beckett que trabajan con su plan de seguro médico de TennCare o el DIDD Debe utilizar proveedores que trabajen con su plan de seguro médico de TennCare (o en la Parte B, con el DIDD) para HCBS. En la Parte A, su plan de seguro médico le indicará cómo encontrar esos proveedores en una lista, denominada Directorio de Proveedores. El Directorio de Proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamar a su plan de seguro médico de TennCare para preguntar si un proveedor está en su red. En la Parte B, su Administrador de Casos de Katie Beckett le dará una lista de proveedores para elegir.

¿Qué es la Administración por el Consumidor?

La Administración por el Consumidor es una manera de recibir **algunos** de los servicios que su hijo necesita en el Programa Katie Beckett. Administración por el Consumidor le da más opciones y control sobre **quién** le da apoyo y **cómo** se proporciona ese apoyo. En Katie Beckett Parte A y Parte B, los servicios que puede administrar incluyen solamente:

- Relevo
- Atención de Apoyo en el Hogar
- Transporte en la Comunidad

En Administración por el Consumidor, usted de hecho contrata a las personas que le prestan algunos de los servicios a su hijo —trabajan **para usted** (en lugar de trabajar para un proveedor). Esto significa que usted debe ser capaz de hacer las cosas que haría un empleador. Esto incluye cosas como:



Contratar y capacitar a sus trabajadores

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que lo atenderán.
- Definir los deberes de trabajo del empleado.
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores.
- Capacitar a sus trabajadores para que lo atiendan 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* la atención que haya sido aprobada 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 la atención prestada por sus trabajadores.

Tener y usar un plan de respaldo en caso necesario

- Desarrollar y usar un plan de respaldo para cuando un trabajador programado no se presente, (para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de su hijo).
- Activar el plan de emergencia cuando sea necesario.

También debe administrar la atención que su hijo necesita dentro del presupuesto aprobado para su hijo por cada servicio.



¿Y si usted no puede hacer todas o algunas de estas cosas? Entonces 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. Aprenderá más sobre eso si elige Administración por el Consumidor.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que lo atienda 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 ayudan a su hijo. Y usted **no** puede pagarle a ninguna persona que viva en el hogar con usted para proporcionarle Asistencia Relevo ni Atención de Apoyo en el Hogar.

Administración 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 hagan ciertos tipos de tareas de atención médica para su hijo. Las tareas de atención médica son cosas que la mayoría de la gente hace por sí misma todos los días, como tomarse los medicamentos con receta. Por lo general, si usted no puede hacer las tareas de atención médica por sí mismo y no tiene un miembro de la familia que pueda hacerlas, las tendrá que hacer 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 hagan algunas de esas tareas de atención médica para su hijo. 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 Administrador de Caso si tiene alguna pregunta acerca de la administración de tareas de atención médica.

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 Katie Beckett 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 su hijo. De lo contrario, es posible que su plan de seguro médico o el DIDD no pueda pagar la atención.

En la Parte A, su plan de seguro médico puede darle una tableta para que la usen los trabajadores de su hijo. Es importante que mantenga cargada su tableta y lista para los trabajadores. No debe usarla por otras razones.

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

Su Enfermero Administrador de Cuidados

En Katie Beckett Parte A, tendrá un Enfermero Administrador de Cuidados. Usted debe saber quién es su Enfermero Administrador de Cuidados y cómo comunicarse con él o ella. Él o ella le ayudará a recibir 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.

Su Enfermero Administrador de Cuidados desempeñará un papel muy importante. Su Enfermero Administrador de Cuidados es su contacto principal y la primera persona a quien debe recurrir si tiene alguna pregunta sobre sus servicios.

¿No está seguro quién es su Enfermero Administrador de Cuidados o cómo comunicarse con él o ella? Nos puede llamar al **833-731-2153 (TRS 711).**

Su Enfermero Administrador de Cuidados:

- Le proporcionará información sobre el Programa Katie Beckett y contestará sus preguntas.
- Le ayudará a recibir 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 trastorno por uso de sustancias) y servicios y apoyos de largo plazo.



- Ayudará a solucionar problemas y contestar las preguntas que usted tenga acerca de su cuidado.
- 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.
- 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**.

Si quiere cambiar su Enfermero Administrador de Cuidados

Si no está a gusto con su Enfermero Administrador de Cuidados y quiere uno diferente, nos puede pedir que lo cambiemos. Le podemos asignar a otro Enfermero Administrador de Cuidados si hay uno que pueda atenderlo. Eso no significa que usted puede elegir a quien quiera para que sea su Enfermero Administrador de Cuidados. Tenemos que ser capaces de satisfacer las necesidades de todos los miembros de Katie Beckett y asignar el personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar un Enfermero Administrador de Cuidados diferente, llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. Díganos por qué quiere cambiar de Enfermero Administrador de Cuidados. Si no le podemos asignar a un nuevo Enfermero Administrador de Cuidados, le diremos por qué. Y, le ayudaremos a resolver cualquier problema o preocupación que tenga con su Enfermero Administrador de Cuidados.

Puede haber ocasiones en que Wellpoint tenga que cambiar su Enfermero Administrador de Cuidados. Eso puede suceder si su Enfermero Administrador de Cuidados ya no trabaja con Wellpoint, si por el momento no está trabajando o está atendiendo a demasiados miembros para atenderlos como es debido. Si eso ocurre, <MCO NAME> le enviará una carta que dice quién será su nuevo Enfermero Administrador de Cuidados y cómo comunicarse con él o ella.

Usted puede comunicarse con su Enfermero Administrador de Cuidados 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 Enfermero Administrador de Cuidados en cualquier momento que cambie su estado de salud o cualquier otra cosa que pudiera afectar el tipo o la cantidad de cuidados que recibe. Si necesita ayuda después de horas hábiles y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **866-840-4991 (TRS 711)**.

Su plan de Apoyo Centrado en la Persona

En Katie Beckett Parte A y Parte B, cada niño debe tener un plan de apoyo. (En la Parte A, lo llaman **PCSP**). En la parte B, se llama **ISP**.) Este es el plan que le ayuda a guiar los servicios y apoyos que el niño recibirá. 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 quiere alcanzar
- los servicios y apoyos (pagados y no pagados) que recibirá para ayudarlo 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 Enfermero Administrador de Cuidados o Administrador de Caso de Katie Beckett 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
- asegurarse de que usted obtenga los servicios indicados en su plan de apoyo.

Su plan de apoyo y cómo se desarrolla es muy importante. Katie Beckett Parte A y Parte B sólo puede pagar por los HCBS cubiertos que son parte de un plan de apoyo aprobado.

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

- Usted ayuda a guiar el proceso de planificación.
- Usted reciba la ayuda que necesite para dirigir el proceso de planificación.
- Usted tenga la oportunidad de tomar decisiones y cuente con la información que necesite 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 quiere, puede hablar con su Enfermero Administrador de Cuidados o Administrador de Caso de Katie Beckett del DIDD 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. Su plan de seguro médico o el DIDD tratará de asignarle los proveedores que quiere. (El proveedor debe tener contrato con su plan de seguro médico o el DIDD y estar dispuesto y ser capaz de prestarle 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.

¿Y si las necesidades de su hijo cambian y su hijo necesita más apoyo?

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

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



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

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

TennCare sólo puede pagar los servicios que están cubiertos en la parte de beneficios a la que pertenece su hijo. Si un servicio no está cubierto o si quiere más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no lo puede pagar.

Si presenta una apelación para conservar un servicio que su hijo 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, su hijo 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, si quiere comenzar a recibir un nuevo servicio.

Vaya a la Parte 6 de este manual para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones.

Otros requisitos para el Programa Katie Beckett

Cómo obtener y conservar un seguro privado

Para inscribirse en la Parte A, un niño debe tener y conservar un seguro privado. Este es el seguro que sus padres reciben a través de su trabajo o que compran por separado. Si un niño no tiene seguro privado cuando presenta la solicitud, TennCare permitirá que el niño se inscriba y que espere hasta el siguiente período de inscripción abierta para comprar un seguro.

¿Y si el niño no tiene seguro privado y no lo recibe antes del 15 de enero del año siguiente? Ya no calificarán para la Parte A. ¿Y si un niño tiene un seguro privado



pero lo pierde después de inscribirse? Debe informar a TennCare de inmediato. Tendrá 60 días después de que termine para volver a obtener un seguro privado.

El nuevo seguro médico privado debe cumplir las reglas de cobertura mínima esencial. Si su hijo no tiene un seguro médico privado a más tardar en la fecha de vencimiento, ya no calificará para conservar Katie Beckett.

¿Y si no puede le alcanza para pagar un seguro privado?

Si un niño que solicita Katie Beckett no tiene seguro privado, la familia puede solicitar una **excepción por dificultades económicas**. Una excepción por dificultades económicas solo puede aprobarse **SI** una de estas cosas es cierta:

- El costo del seguro privado para el niño es más del 5% de los ingresos de sus padres.
- El empleador de los padres no ofrece seguro médico en el trabajo y los ingresos de la familia son inferiores al 400% del nivel de pobreza federal. (Esto se debe a que la familia no calificará para recibir asistencia con las primas para ayudar a comprar un seguro en el mercado federal).

Una excepción por dificultades económicas SOLO corresponde cuando un niño solicita Katie Beckett por primera vez Y aún no tiene seguro privado. No puede pedir una excepción por dificultades económicas si su hijo ya tiene un seguro privado O si pierde el seguro privado más adelante.

Si TennCare decide que el niño califica para excepción por dificultades económicas, la familia aún tendrá que comprar un seguro privado para el niño. Pero TennCare ayudará a pagar la parte del niño de ese seguro. Usted debe proporcionar prueba del costo del seguro privado del niño para recibir esta ayuda.

¿Cómo se calculará la parte del seguro privado del niño?

El costo del seguro privado para el niño se calculará dividiendo la prima total por el número de miembros de la familia cubiertos por la póliza. Es probable que esto exagere la parte del costo del niño, ya que el seguro generalmente cuesta más para los adultos. Este es un método sencillo que favorece el interés de las familias.

Primas de Katie Beckett Parte A

Para calificar para la Parte A, los padres del niño deben pagar una prima mensual si sus ingresos superan el 150% del nivel federal de pobreza. La cantidad de la prima dependerá de los ingresos de la familia, el número de miembros de la familia y el costo del seguro privado del niño. La cantidad que pagan los padres por la parte del seguro privado del niño se deducirá de la cantidad de la prima de la Parte A. Hay ejemplos de cómo funciona esto en los sitios web de TennCare y DIDD Katie Beckett. Las



cantidades de las primas se pueden ajustar cada año para tener en cuenta los cambios en el nivel federal de pobreza (FPL).

El primer mes de prima se debe pagar *antes* de que un niño pueda inscribirse en la Parte A. Si la prima del primer mes no se paga en un plazo de 60 días, la plaza se asignará a otro niño. Su hijo tendrá que volver a solicitar Katie Beckett.

Las familias pagan las primas mensualmente mediante giro bancario automático. Tiene que pagar su prima todos los meses. Si una familia no paga la prima de la Parte A cada mes, se cancelará la inscripción del niño en el programa.

- Si el pago de la prima tiene más de 30 días de retraso, el niño dejará de recibir los servicios hasta que se pague.
- Si el pago de la prima tiene más de 60 días de retraso, se cancelará la inscripción del niño en la Parte A.

Se enviará un aviso antes de que suceda cualquiera de estas cosas. La familia puede apelar si cree que hay un error.

Si su hijo es dado de baja de la Parte A por no pagar las primas, tendrá que volver a solicitar Katie Beckett. Usted tendrá que pagar las primas que adeuda antes de que el niño pueda calificar otra vez. Y debe haber una plaza abierta. No se apartará la plaza del niño.

Cancelación del Programa Katie Beckett

La inscripción de su hijo en el Programa Katie Beckett y la recepción de servicios y apoyos a largo plazo pueden terminar por varias razones. Nosotros podemos recomendar la cancelación de un miembro del Programa Katie Beckett. TennCare tomará la decisión final. Algunas de las razones por las que se podría cancelar su inscripción en el Programa Katie Beckett incluyen:

- No paga las primas a tiempo.
- Su hijo ya no necesita el nivel de atención que se presta a través del Programa Katie Beckett.
- Su hijo es admitido en una institución médica por un período de por lo menos 30 días a menos que se espere razonablemente que el niño sea dado de alta pronto.
- Se determina que su hijo es elegible para Medicaid en otra categoría.

Si se cancela la inscripción de su hijo en el Programa Katie Beckett, su TennCare también terminará. 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.



Renovación de la cobertura de Katie Beckett cada año

Como ocurre con todos los programas de Medicaid, debemos asegurarnos de que todos los niños sigan calificando todos los años, lo que se denomina redeterminación. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las reglas médicas y financieras de Katie Beckett. Asegúrese de que TennCare tenga su dirección actual. Si se muda, llámenos inmediatamente. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información que TennCare o el DIDD necesitan para que su cobertura pueda continuar. En la Parte A y la Parte C, su plan de seguro médico de TennCare puede ayudar, si usted lo pide. Si un niño pierde Katie Beckett, debe haber una plaza abierta para que pueda volver a inscribirse. El DIDD renovará Katie Beckett cada año para los niños en la Parte B.

¿Qué es abuso, negligencia y explotación?

Los miembros de TennCare tienen derecho a vivir libres de 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 no prestar los servicios y apoyos que sean 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.

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 usted o alguna persona que conoce es víctima de maltrato, negligencia o explotación, o que cualquier otro miembro es víctima de maltrato, negligencia o explotación, por favor notifique a su Coordinador de Cuidados, Coordinador de Apoyo o Administrador de Casos.

Los Coordinadores de Cuidados, los Administradores de Apoyo, los Administradores de Casos y los proveedores denunciar al DIDD todo caso de sospecha de abuso, negligencia o explotación.

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.

La línea directa del DIDD para denunciar abuso es: **888-633-1313**

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).

Defensor para Atención a Largo Plazo

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

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

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

Defensor de Apoyo a la Vida Comunitaria (CLS)

CLS es un tipo de apoyo que puede recibir en su hogar si está inscrito en CHOICES o en los programas de Employment and Community First (ECF) CHOICES.

Este Defensor trabaja para la Agencia Local para la Senectud y la Incapacidad. Wellpoint les dará su nombre y lo llamarán. Su Defensor puede ayudarle a:

- Entender sus derechos y obligaciones. Esto incluye su derecho a decidir si quiere 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.

También puede llamar gratis al 1-866-836-6678 desde cualquier parte del estado para que le digan dónde se encuentra la Agencia Local para la Senectud y la Incapacidad (AAAD) más cercana.

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, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett. 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, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett.
- Explicarle sus derechos y obligaciones
- Contestar preguntas sobre TennCare, incluso sobre CHOICES, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett
- 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 seguro médico para obtener respuestas si necesita más ayuda.

Estas son algunas formas en las que puede pedir ayuda a DRT:	
	Completar el formulario en línea. Vaya al sitio web de DRT en https://www.ltsshelptn.org/
	Llame a DRT gratis al 888-723-8193.
	Envíe un mensaje por correo electrónico a DRT en esta dirección: Benefitshelp@disabilityrightstn.org Asegúrese de poner esto en su correo electrónico: • Su nombre o el nombre de la persona que necesita ayuda • Número de teléfono para que se comuniquen • Mejor hora para llamar

DRT cuenta con servicios de interpretación, servicios de traducción y otras ayudas sin costo para usted. Dígle 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 Wellpoint 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 los medicamentos 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.

Ninguno de los doctores o prestadores de servicios de salud de Wellpoint pueden negarle servicios necesarios por razones médicas por no pagar sus copagos.

Sin embargo, Wellpoint y sus proveedores pueden tomar medidas para cobrar cualquier copago que usted deba.



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



En su tarjeta de Wellpoint se indica si usted tiene copagos para doctores, especialistas y atención en el hospital y en la sala de emergencias.

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

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

Copagos de TennCare

¿Usted paga copagos por un PCP, especialista, visita a urgencias y hospitalización?
¿No está seguro? Revise su tarjeta de Wellpoint o llame a TennCare Connect al
855-259-0701.

Copago por internación en el hospital	Copago por atención en la sala de emergencias (si no lo internan en el hospital)	Copago para especialista	Copago para PCP (médico general)	Copago por medicamento con receta	Miembro
ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Medicaid



Copago por internación en el hospital	Copago por atención en la sala de emergencias (si no lo internan en el hospital)	Copago para especialista	Copago para PCP (médico general)	Copago por medicamento con receta	Miembro
ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Standard y que se encuentran por debajo del 134% del nivel de pobreza federal*
\$5	\$8.20	\$5	\$5	\$3 por medicinas de marca; \$1.50 de copago por medicinas genéricas	Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Standard y que se encuentran entre el 134% y el 199% del nivel de pobreza federal*
\$100	\$50	\$20	\$15	\$3 para medicinas de marca; \$1.50 de copago para medicinas genéricas	Menores de 21 años de edad que tienen TennCare Standard y que se encuentran en el 200% o más del nivel de pobreza federal*
ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	Adultos de 21 años y mayores con TennCare Medicaid, que reciben atención a largo plazo pagada por TennCare y que podrían recibir atención en una institución si así lo quisieran (CHOICES 1, CHOICES 2, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 6,



Copago por internación en el hospital	Copago por atención en la sala de emergencias (si no lo internan en el hospital)	Copago para especialista	Copago para PCP (médico general)	Copago por medicamento con receta	Miembro
					ECF CHOICES 7, ECF CHOICES 8)
ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	\$3 para medicinas de marca; \$1.50 de copago para medicinas genéricas	Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare, que reciben atención a largo plazo pagada por TennCare y que no califican para recibir atención en una institución (CHOICES 3, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 5)
ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	\$3 para medicinas de marca; \$1.50 de copago para medicinas genéricas	Adultos de 21 años de edad y mayores con TennCare Medicaid que NO reciben atención a largo plazo que TennCare paga

**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/tenncare/documents/eligibilityrefguide.pdf>

¿Tiene TennCare Medicaid? Puede pasar a la página 7.

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 Wellpoint o llame a TennCare Connect al **855-259-0701**.



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:

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

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 **800-878-3192**. Dígales que ha llegado al límite de copago 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.



¿Y si los recibos del trimestre suman más de su límite? Llame gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **800-878-3192**. Dígales 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 **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.

Si usted tiene otro seguro médico, debe informárselo:

- Al lugar donde recibe su atención médica para que 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 **833-731-2153 (TRS 711)** para que le ayudemos.

TennCare Medicaid cubre los servicios de transporte en ambulancia aérea. Estos servicios no tienen ningún costo de bolsillo para los miembros. Las compañías de ambulancia aérea no son lo mismo que la cobertura de seguro, los miembros no pueden inscribirse en un plan de membresía con una compañía de ambulancia aérea.

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 **833-731-2153 (TRS 711)**.



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 los medicamentos con receta.

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



Medicare le cobra primas, deducibles y copagos. Si usted no los puede pagar, puede presentar una solicitud para el programa que se llama **QMB**.

QMB (la sigla en inglés de Beneficiario Calificado de Medicare) paga:

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

Usted puede solicitar QMB llamando gratis a TennCare Connect al 855-259-0701.

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

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

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

- ¿Tiene usted TennCare Medicaid porque está inscrito en el programa de cáncer de mama y/o cáncer cervical (en inglés lo llaman programa 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 proveedor de Wellpoint 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** los medicamentos con receta. Medicare Parte D paga sus medicamentos 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 medicamentos 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 **833-731-2153 (TRS 711)** 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 Wellpoint, llame al **833-731-2153 (TRS 711)**.
- Para pedir una nueva tarjeta farmacéutica, llame al servicio de ayuda de farmacia de TennCare al **888-816-1680**.

Usted no tiene que esperar a que le llegue su tarjeta nueva para recibir 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 **833-731-2153 (TRS 711)**. 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 **833-731-2153 (TRS 711)**. 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 de atención médica, 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 **833-731-2153 (TRS 711)** para avisarnos que necesita ayuda.

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

Si quiere cambiar de plan de seguro médico porque tiene problemas para recibir atención médica, infórmenos. Llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**. Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted **no** tiene que cambiar de plan de seguro médico para recibir 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. Usted sólo podrá acudir a los doctores que acepten su nuevo plan.
- **¿Y 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.

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

- ¿Acepta el doctor 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. A partir del momento en que le den 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 en 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 de West 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, nosotros continuaremos atendiéndolo.

¿Vive usted en uno de estos condados de Middle 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, nosotros continuaremos atendiéndolo.

¿Vive usted en uno de estos condados East 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, nosotros continuaremos atendiéndolo.

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

Otras razones por las que puede 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**, 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 dificultades económicas 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 dificultades económicas necesita hacerlo. Sin embargo, para satisfacer los criterios de dificultades económicas, 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**.

Llame gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **800-878-3192**. Dígales 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



Por fax al:

888-345-5575



Envíe su apelación por correo a :

TennCare Member Medical Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-0593



¿Necesita ayuda para conseguir sus medicamentos con receta?

En la Parte 2 de este manual se explica más detalladamente cómo funciona TennCare para los medicamentos con receta.

¿Necesita un doctor que le recete sus medicinas?

¿Y si necesita encontrar a un doctor o si su doctor no le quiere recetar la medicina que necesita? Llámenos al **833-731-2153 (TRS 711)**.

¿Necesita una autorización de TennCare para recibir 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, 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 **800-639-9156**.

¿Y 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, 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 medicamentos 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, 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.
- Le puede preguntar a la farmacia o a su doctor si su medicina está en las Listas de Exención Automática. (Esa es la lista de medicinas de TennCare que no cuenta contra su límite de medicamentos con receta.)
- Aunque haya recibido **5** medicamentos con receta genéricos o **2** medicamentos de marca en 1 mes, **puede** recibir las medicinas de esas listas.
- Si le pidió a TennCare que pagara demasiadas **medicinas de marca**, pida a su doctor que le **recete medicinas genéricas**.

Para obtener más información sobre las Listas de Exención Automática, consulte la Parte 2 y la Parte 5 de este manual. Para obtener las listas más actualizadas, vaya a:

<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/pharmacy.html>
<http://www.tn.gov/tenncare/mem-pharmacy.shtml>.

O, si piensa que TennCare cometió un error al contar sus medicamentos de marca 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 quiere apelar – en este caso que usted piensa que TennCare cometió un error al contar sus medicamentos con receta de este mes**. Proporcionenos 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 los medicamentos con receta. Usted debe recibir 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 **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 medicamentos con receta. Para ver si usted puede conseguir otro tipo de ayuda con su medicina, llame a Cover RX al **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 **855-259-0701**. Ellos pueden decirle si usted tiene TennCare o si ya se terminó. Si usted piensa que TennCare cometió un error, ellos le pueden decir si aún tiene tiempo para presentar una apelación.

¿Necesita ayuda para recibir servicios de atención médica?

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

Para problemas sobre atención de la salud física y/o conductual (salud mental o trastorno por uso de alcohol o sustancias), siempre llámenos primero al **833-731-2153 (TRS 711)**.

Si aún no puede recibir la atención médica que necesita, puede llamar a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **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 o trastorno por uso de sustancias) 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, vaya a la Parte 6 de este manual.



¿Pagó usted atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar? O ¿acaso le están cobrando atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar?

A veces, si el doctor no sabe que tiene TennCare, es posible que le envíe una 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 **833-731-2153 (TRS 711)**. Si le están mandando cuentas por la atención médica, podemos ayudarle a enterarse por qué. Si usted pagó la atención médica, veremos si le podemos reembolsar el pago.

O, 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, vaya 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 pedir que terminen su cobertura de TennCare:

Hay 2 maneras de pedir que terminen su cobertura de TennCare:	
POR CARTA: 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.	



POR TELÉFONO: Llame gratis a TennCare Connect al **855-259-0701**.

Avíseles que quiere terminar su TennCare.



IMPORTANTE: Si no **firma su carta** se retrasará su petición. Es posible que tenga que enviar otra solicitud con su firma.

¿Quiere 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 fax al:

855-315-0669



Por carta:

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



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 Wellpoint 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, ¿necesita ayuda con otros problemas de TennCare?



Llame al **Programa de Abogacía de TennCare**. Llámelos gratis al **800-758-1638**.



Parte 6:

Apelaciones de TennCare



Dos tipos de apelaciones

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 de Elegibilidad y Apelaciones de Servicios Médicos.

Apelaciones de Elegibilidad:

Las Apelaciones de ELEGIBILIDAD 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. Una apelación de elegibilidad se presenta ante TennCare Connect y luego se dirige a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad de TennCare. La página 152 contiene más información sobre cómo presentar una apelación de elegibilidad.

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 157 se proporciona más información sobre cómo presentar una apelación de servicios médicos.

Wellpoint le enviará una carta si se rechaza la petición de su doctor para que reciba una medicina o servicio médico. Wellpoint 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.

Siempre que necesite un servicio que Wellpoint haya negado, tiene derecho a pedirle una apelación a TennCare. Si se trata de problemas para recibir atención médica, siempre llame primero al **833-731-2153 (TRS 711)**.

Si **aún** no puede recibir la atención médica que necesita, puede presentar una apelación médica llamando a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **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 Wellpoint, 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 Wellpoint 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 seguir recibiendo 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: ¿Y 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.

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 **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 decisión de la audiencia en un plazo de 90 días de la fecha en que presentó su apelación.



Cómo presentar una apelación médica	
	En línea: Use su cuenta TennCare Connect en tenncareconnect.tn.gov .
	POR TELÉFONO: Puede llamar gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 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.
	POR CARTA: Usted puede enviar una hoja de apelación o una carta referente a su problema a: TennCare Medical Member Appeals P.O. Box 000593 Nashville, TN 37202-0593 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/medicalappeal.pdf. Si necesita otra hoja de apelación médica o quiere que TennCare se la envíe, llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 800-878-3192. O, puede escribir su apelación en una hoja de papel normal. Conserve una copia de su apelación. Escriba la fecha en que se la envió a TennCare.
	POR FAX: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al 888-345-5575. Conserve la hoja que dice que su fax pasó.

Para todas las apelaciones médicas, TennCare necesita:

1. Su **nombre** (el nombre de la persona que quiere apelar sobre su atención



médica o medicina).

2. 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.
3. La **dirección** donde recibe su correo.
4. El **nombre** de la persona a quien deben llamar si TennCare tiene alguna pregunta sobre su apelación (puede ser usted u otra persona).
5. Un **número de teléfono** para llamar a esa persona **durante el día** (puede ser su propio número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).

¿Qué otra cosa necesita TennCare para tramitar su apelación?

Para tener una audiencia imparcial sobre problemas de atención médica, **debe 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?** Díglele a TennCare:

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

¿Está apelando porque usted **quiere cambiar de plan de seguro médico?** Díglele 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? Díglele 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 lo atendió
 - Y la **fecha** en que lo atendieron
 - Y la **cantidad** que pagó por la atención
- 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 lo atendió
 - Y la **fecha** en que lo atendieron
 - Y la **cantidad** que le están cobrando

Cómo apelar si tiene problemas con la atención médica

¿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 administrativo
 - Un abogado de TennCare
 - Un testigo para TennCare (alguien como un doctor o una enfermera de TennCare) y
 - Usted puede hablar por sí mismo. O, 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. ¿Y 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. La carta le indicará qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de TennCare.

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

Apelaciones de Elegibilidad – Tener o conservar TennCare y otros problemas con TennCare

Una apelación sobre problemas de TennCare *aparte de atención médica* se llama una **apelación de elegibilidad**. Las apelaciones de elegibilidad pasan a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad en TennCare.

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

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

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



Cómo presentar una apelación de elegibilidad	
	Online: Puede presentar una apelación a través de su cuenta en TennCare Connect. Vaya a tenncareconnect.tn.gov.
	POR TELÉFONO: Puede llamar a TennCare Connect gratis al 855-259-0701 en cualquier momento de lunes a viernes de las 7:00 a. m. a 6:00 p. m., horario del Centro.
	POR CARTA: Puede apelar por escrito. Puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco. Luego, envíe por correo su carta sobre su problema a: TennCare Connect Eligibility Appeals P.O. Box 23650 Nashville, TN 37202-3650 Puede obtener un formulario para apelación en nuestra página de Internet. Vaya a https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html y haga clic en el enlace Eligibility Appeal (Apelación de elegibilidad). Guarde una copia de su apelación. Escriba la fecha en que la envió a TennCare Connect.





POR FAX: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al
844-202-5618.

Conserve la hoja que dice que su fax pasó.

Para presentar una apelación de elegibilidad 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. Proporcionenos 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 obligaciones



Sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare y Wellpoint

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 Wellpoint, sus políticas, sus servicios, sus prestadores de servicios y los derechos y obligaciones de sus miembros.
- Pedir y recibir información sobre la forma en que Wellpoint les 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, recibir copias de sus expedientes médicos y pedir que sus expedientes médicos sean corregidos si están mal.
- **Recibir servicios sin ser tratado de una manera diferente** debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Usted tiene el derecho de reportarlo o presentar una queja si piensa que ha sido tratado de manera diferente. Ser tratado de manera diferente significa que lo han discriminado. Si se queja, usted tiene el derecho de continuar recibiendo atención médica sin temor a recibir mal trato por parte de Wellpoint, los proveedores o TennCare. Para presentar una queja u obtener más información sobre sus derechos, visite:
 - <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>
- Recibir atención médica sin temor a la contención física o al cautiverio como medio de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas acerca de Wellpoint o su atención médica. En la Parte 5 y la Parte 6 de este manual se explica cómo.
- Hacer sugerencias acerca de sus derechos y obligaciones o sobre el modo de operar de Wellpoint.
- Elegir a un nuevo PCP en la red de Wellpoint. Usted puede rechazar la atención médica de ciertos proveedores.
- Recibir 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.

- Pedirle a TennCare y a Wellpoint que revisen otra vez cualquier error que usted piense que cometieron sobre obtener o conservar TennCare o acerca de recibir atención médica.
- Terminar su TennCare en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin cambiar el trato que le da Wellpoint o sus proveedores.

Sus derechos de quedarse con Wellpoint

Como miembro de Wellpoint, usted **no puede** ser retirado de Wellpoint 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 o trastorno por uso de sustancias).
- Sus necesidades especiales lo hacen actuar de una manera poco cooperativa o disruptiva.

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

- Si usted **cambia** de plan de seguro médico.
- Si se **muda** fuera del área de servicio de Wellpoint.
- Si permite que otra persona utilice sus tarjetas de identificación o si usa su TennCare para recibir 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 Wellpoint que se mudó y no pueden encontrarlo.
- Si miente para obtener o conservar su TennCare.
- Cuando usted fallezca.

Usted tiene la obligación de:

- Entender la información de su manual para miembros y otros papeles que le enviemos.
- Mostrar su tarjeta de Wellpoint 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 está recibiendo chequeos médicos de rutina para la mujer.
 - Es una emergencia.
- Acude a proveedores que pertenecen a la red de proveedores de Wellpoint. 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 Wellpoint y a sus proveedores de atención médica para que puedan atenderlo.
- Observar las instrucciones y reglas sobre su cobertura y beneficios que se encuentran en su manual. Usted también debe observar las instrucciones y reglas de las personas que lo están atendiendo.
- Ayudar a tomar las decisiones sobre su atención médica.
- Colaborar con su PCP para que pueda entender sus problemas de salud. También debe colaborar con su PCP para elaborar un plan de tratamiento que ambos deciden que le ayudará.
- Tratar a su proveedor de atención médica con respeto y dignidad.
- Acudir a sus citas médicas y llamar al consultorio si no puede acudir.
- No permitir que nadie más use su tarjeta de identificación de Wellpoint 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 obligaciones como miembro de TennCare y Wellpoint

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 recibir atención médica cuando la necesite.

Usted tiene el derecho a 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”. ¿Y 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.

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, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O, su plan de TennCare suspende o cambia su atención médica.

La carta debe decir **por qué** no puede recibir 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 trastorno por uso de sustancias) para un miembro prioritario, lo cual incluye a un niño que padece un Trastorno Emocional Grave (en inglés lo abrevian SED) o un adulto con una Enfermedad Mental Grave y Persistente (en inglés lo abrevian SPMI)
- Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) en un hospital u otro lugar en el que debe quedarse para recibir la atención (servicios psiquiátricos para pacientes internados 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



Usted tiene el derecho de apelar si:

- TennCare dice que **no** cuando usted o su doctor piden atención médica.
- O, TennCare suspende o cambia su atención médica.
- O, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O, 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.

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.

¿Y 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.

Si tiene una emergencia, tiene derecho a tener 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 **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 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 **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.

Usted tiene el derecho de tener una decisión sobre su apelación en un término de 90 días si no es una emergencia.

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 seguir recibiendo 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.

¿Y 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 revelar su Información Médica Personal. También se describe cómo usted puede tener acceso a esa información. **Tenga la bondad de leerlo 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 Médica Personal. El gobierno federal dice que tenemos que darle estos papeles. Estos papeles le dicen:

- **Los tipos de información personal que tenemos,**
- **Cómo utilizamos o revelamos su Información Médica Personal,**
- **A quién podemos revelar su Información Médica Personal sin obtener su permiso,**
- **Qué hacer si no quiere que revelemos toda su Información Médica Personal,**
- **Sus derechos sobre su Información Médica.**

Los tipos de Información Médica 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 las medicinas 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 y estatal dice que debemos observar las reglas de privacidad para mantener en privacidad su Información Médica Personal. Todos quienes trabajan con nosotros y para nosotros también deben observar estas reglas de privacidad.

Cómo utilizamos o revelamos su Información Médica Personal:



Sólo podemos utilizar o revelar la Información Médica Personal que la ley nos permita. Las reglas de privacidad nos permiten usar o revelar Información Médica Personal sin pedir su permiso para:

- Demostrar que tiene TennCare y ayudarle a recibir la atención médica que necesite.
- 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.

¿A quién podemos revelar su Información Médica Personal sin obtener su permiso?

- A usted. Podemos ayudarle a programar chequeos y enviarle avisos sobre servicios de salud.
- A otras personas involucradas en su atención, como miembros de su familia o personas que lo cuidan. Usted nos puede pedir que no revelemos su Información Médica Personal a ciertas personas.

Y podemos revelar su Información Médica 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 revelar su Información Médica Personal? Las reglas de privacidad también dicen que podemos revelar Información Médica 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 Médica 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.
- Otros Agencias – como para actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos revelar sus datos si eliminamos la información que dice quién es usted. Pero, no podemos revelar su Información Médica Personal a cualquiera. E incluso cuando la revelemos, solo podremos revelar la información que la persona



necesite para hacer su trabajo. Y no podemos revelar 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 revelar su información médica. Le pediremos que firme un papel en el cual nos da su autorización en caso de que la necesitemos:

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

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

¿Y si no quiere que revelemos toda su Información Médica Personal?

Debe solicitarnos por escrito si no quiere que revelemos su Información Médica Personal. Nos debe decir cuál Información Médica Personal no quiere que revelemos y a quién no quiere que le revelemos su Información Médica Personal. Por ejemplo, nos puede pedir que no revelemos su Información Médica Personal si:

- Pagó por su atención de su propio bolsillo **y**
- Usted le pidió a su doctor que no revelar su Información Médica Personal para esa atención médica.

Hay otras ocasiones en las que no revelaremos su Información Médica 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 revelar la Información Médica Personal. Si no podemos decir que sí, le enviaremos una carta que dice por qué. ¿Y si no nos pide que no revelemos su Información Médica Personal? Podemos usarla y revelarla solo como se explica en este aviso.

Sus derechos sobre información médica:

- Usted puede ver y recibir copias de sus expedientes en papel. O, si los tenemos en formato electrónico, puede recibirlos 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 Médica Personal que quiere, le enviaremos una carta que dice por qué.
- Nos puede pedir por escrito que no revelemos cierta información sobre su salud.
- Puede pedirnos que no mostremos su Información Médica Personal en ciertos expedientes.



- Puede pedirnos que no le enviemos cartas sobre recaudación de fondos.
- Puede pedirnos que cambiemos la Información Médica 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 revelado su Información Médica Personal. La lista dirá quién recibió su información médica en los seis (6) años previos a la fecha de su solicitud. Pero no indicará las veces que la revelamos con su autorización u otras veces cuando la ley dice que no necesitamos obtener su permiso. Como cuando usamos la Información Médica 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 salvaguarda su Información Médica Personal. Protegemos su privacidad y seguridad. Si su Información Médica Personal se fuga, debemos informarle a usted y a las autoridades federales. Pero sólo tenemos que notificarle:

- Si el tipo de Información Médica Personal que se fugó podría identificar quién es usted (como su número de Seguro Social
- o su fecha de nacimiento) o sus expedientes de tratamiento y
- Si alguien de hecho utilizó o vio su Información Médica Personal y
- Dependiendo de quién fue la persona que utilizó o vio su Información Médica Personal y
- Lo que hicimos para disminuir el riesgo de que su Información Médica Personal fuera utilizada por quien la recibió.

Pedidos – nos tiene que pedir por escrito

Sus pedidos tienen que ser por escrito. No se olvide de indicarnos qué es lo que nos está pidiendo que hagamos. Escriba su nombre, 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 carta:



Oficina de Privacidad de
TennCare
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 **855-259-0701**.

Cambios en este aviso

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

Las reglas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de TennCare también podrían cambiar. Si se producen cambios importantes, le enviaremos los cambios por escrito. Nosotros tenemos el derecho de hacer los cambios a toda la información médica que tenemos. O sólo a nueva información médica que recibamos. Este aviso 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/content/dam/tn/tenncare/documents/notice.pdf>.

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 **855-259-0701**. O comuníquese con:

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: 866-627-7748	Division of TennCare Attn: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 Teléfono: 866-797-9469
Sitio web: www.hhs.gov/ocr	Correo electrónico: Privacy.TennCare@tn.gov

Su obligación de reportar el fraude y el abuso

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

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

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

- Mentir sobre información para obtener o conservar TennCare.
- Ocultar cualquier hecho para que pueda obtener o conservar TennCare.
- Dejar que otra persona use su tarjeta de identificación de TennCare.
- Vender o darle sus 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 **Wellpoint gratis al 833-731-2153 (TRS 711)**.

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

Dirección	Teléfono	Agencia
Office of Inspector General P.O. Box 282368 Nashville, TN 37228	800-433-3982 Gratis	Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG)
TBI Medicaid Fraud Control 901 R.S. Glass Blvd. Nashville, TN 37216	800-433-5454 Gratis	Departamento de Investigaciones de Tennessee (Tennessee Bureau of Investigation, TBI)

También nos puede informar sobre fraude y abuso en línea en:

Fraude de Miembros: <https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html>

Fraude de Proveedores: <https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html>



Parte 8:

Documentos médicos que podría necesitar



Solicitud de Cambio de Médico de Atención Primaria (PCP)

Complete este formulario y envíelo a: **Wellpoint**

P.O. Box 62509

Virginia Beach, VA 23466-2509

Cuando usted elija a un PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación.

Usted puede comenzar a acudir a su nuevo PCP en la fecha efectiva indicada en su nueva tarjeta.

Información del miembro:

Su nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Su dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código. 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 quiere: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____
Código de área Número

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

2do PCP seleccionado:

Nombre del PCP que quiere: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____
Código de área Número

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



QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DE TENNCARE

Las leyes federales y estatales no permiten que el programa TennCare lo trate de manera diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, edad, sexo, religión ni cualquier otro grupo protegido por la ley. ¿Piensa que ha sido tratado de una manera diferente a los demás por esas razones? Utilice estas hojas para reportar una queja a TennCare.

Tiene que contestar la información marcada con un asterisco (*). Si necesita más espacio para decirnos lo que pasó, utilice otras hojas de papel y envíelas por correo con su queja.

1.* Escriba su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____ 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 ni cualquier otro grupo protegido por la ley?

Nombre: _____

Dirección: _____ Código postal _____

Teléfono de casa: (____) _____ 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____ Salud conductual____ Servicios y Apoyos de Largo Plazo____ Servicios de elegibilidad____
Apelaciones Medicas____ Apelaciones de elegibilidad____

4.* ¿Por qué cree que lo trataron de una manera diferente? Fue por 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 escribir en otras hojas y enviarlas en estas hojas si necesita más espacio.

9. ¿Alguien vio que cuando lo trataban de manera diferente? Si no es así, díganos su:

Nombre

Dirección

Teléfono

10. ¿Tiene más información que quiere darnos?

11.* No podemos aceptar una queja que no esté firmada. Por favor, escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el representante autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme abajo. Como representante autorizado, usted debe tener un comprobante legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres o 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 está reportando esta queja debe firmar arriba o debe informar a su plan de seguro médico o a TennCare que está bien que la otra persona firme en su nombre. Declaración: *Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para que se comunique conmigo sobre esta queja.*

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

¿Es usted ayudante de TennCare o de MCO/plan de seguro médico y está ayudando de buena fe al miembro a presentar la queja? Si es así, por favor firme abajo:

(Firme aquí si es un ayudante de TennCare o de MCO/plan de seguro médico) (Fecha)

Está bien reportar una queja a TennCare o a su MCO/plan de seguro médico. La información contenida en esta queja se trata de manera privada. Los nombres y otros datos sobre las personas que aparecen en esta queja sólo se revelan cuando es necesario. Envíe por correo una Autorización para Revelar Información con su queja. Si está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a la persona que firme la hoja de Autorización para Revelar Información y envíela por correo con esta queja. Conserve una copia de todo lo que envíe. Envíe por correo las hojas de la Queja completada y la Autorización para Revelar Información firmada a:

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

También puede llamarnos si necesita ayuda con esta información.



TennCare – Autorización para revelar información

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

Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo una copia de este Acuerdo para Revelar Información con su queja. Conserve una copia para usted.

- Entiendo que durante la investigación de mi queja TennCare posiblemente tenga que revelar mi nombre, fecha de nacimiento, información médica y otros datos sobre mí a otras personas u organizaciones. Y es posible que TennCare necesite recopilar esta información sobre usted a través de individuos u organizaciones. Por ejemplo, si reporto que mi doctor me trató de manera diferente debido mi color, es posible que TennCare tenga que hablar con mi doctor y pedir mis expedientes médicos.
- Usted no tiene que estar de acuerdo en que se revele su nombre y otros datos. No siempre se necesita para investigar una queja. Aunque usted no firme la autorización, trataremos de investigar su queja. 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 debido a que usted no firmó la autorización, podríamos comunicarnos 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 el Acuerdo para Revelar Información. ¿Está firmando esto como un Representante Autorizado? Entonces también debe darnos una copia de los documentos que lo nombran Representante Autorizado.

Al firmar este Acuerdo para Revelar Información, afirmo que leí y que entiendo mis derechos escritos arriba. Estoy de acuerdo con que TennCare revele mi nombre u otra información acerca de mí a otras personas u organizaciones importantes para esta queja durante la investigación y el desenlace.

Este Acuerdo para Revelar 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 haya revelado no se puede hacer desconocida.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____



Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Necesita ayuda? ¿Quiere reportar una queja? Llame o envíe por correo las hojas firmadas de la Queja y la Autorización para Revelar Información a:

TennCare OCRC

310 Great Circle Road, 3W

Nashville, TN 37243

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

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

¿Necesita ayuda con esta carta? ayuda gratuita en su idioma. Esta página le no sea Inglés. También le informa acerca de otro tipo de ayuda que está disponible.	
Español:	Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1- 855- 259- 0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Kurdish:	کوردي ئاگاداری: ئه‌گهر به زمانی کوردی قهسه دهکەیت، خزمەتگوزاریه‌کانی یارمەتی زمان، به‌خۆرای، پۆ تو به‌رده‌سته. پهیوهندی به TTY (1-800-848-0298) 0701-259-855 -1 بکه.
Arabic:	العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 0701-259-855-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-848-0298).
Chinese:	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 1-855-259-0701 (TTY 1-800-848-0298)。
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 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Korean:	한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298)번으로 전화해 주십시오.
French:	Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-259-0701 (ATS : 1-800-848-0298).
Amharic:	አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-259-0701 (መስማት ለተሳናቸው፡ 1-800-848-0298)፡፡
Gujarati:	ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Laotian:	ລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

German:	Deutsch
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).	
Tagalog:	Tagalog
PATINAWA • Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng sa 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).	
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) पर कॉल करें।	
Serbo-Croatian:	Srpsko-hrvatski
OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-259-0701 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1- 800-848-0298).	
Russian:	Русский
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-259-0701 (телетайп: 1-800-848-0298).	
Nepali:	नेपाली
ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरु निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-259-0701 (टिटिवाइ: 1-800-848-0298) ।	
Persian:	
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. (TTY: 1-800-848-0298) 1-855-259-0701 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 1-855-259-0701. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite.
(Para TTY llame al: 1-800-848-0298)**

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

Use esta página únicamente para presentar una **Apelación Médica de TennCare**.

Complete **ambas** páginas. Esta es **información que debemos tener para tramitar su apelación**. Si no nos dice todo lo que tenemos que saber, es posible que no podamos decidir sobre su apelación. Es posible que **no** le den una audiencia imparcial. ¿Necesita ayuda para entender qué información necesitamos? Llámenos gratis al **1-800-878-3192**. Si llama, también podemos aceptar **su apelación por teléfono**.

1. ¿Quién es la persona que quiere apelar?

Nombre completo _____ F. de nacim. ____/____/____

Número de Seguro Social ____-____-____ o número de la tarjeta de TennCare _____

Dirección postal actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

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

Número telefónico de esa persona durante el día (____)____-_____

2. ¿Quién completó este formulario?

Si **no** es la persona que quiere apelar, díganos el nombre de usted. _____

¿Es usted: ____ Padre/madre, pariente o amigo ____ Representante o abogado

____ Médico o proveedor de servicios médicos*

(*Necesita el permiso por escrito del paciente para presentar esta apelación. Vea la tercera página.)

3. ¿Para qué es la apelación? (Escriba una **X** junto a la respuesta correcta abajo.)

____ Quiere **cambiar de plan de seguro médico**. (Complete la **Parte A** en la página 2.)

____ **Necesita atención o medicina**. (Complete la **Parte B** en la página 2.)

____ Tiene **cuentas o pagó atención médica o medicina** que usted piensa que TennCare debería pagar.
(Complete la **Parte C** en la página 2.)

4. ¿Piensa que tiene una emergencia?

Por lo general, su apelación se decide 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 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 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 tardar más 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 cuáles Partes debe llenar, vea el número **3** en la página 1.

Parte A. Quiero cambiar de plan de seguro médico. Nombre del plan de seguro médico que quiere _____

Parte B. Necesito atención o medicina. ¿De qué clase? Sea específico

¿Cuál es el problema? ☐ No logro recibir ni la atención médica ni la medicina.
☐ No logro recibir toda la atención médica o medicina que necesito.
☐ Me están reduciendo o suspendiendo la atención médica o medicina.
☐ Tengo que esperar demasiado tiempo para recibir la atención médica o medicina.

¿Le recetó el médico la atención médica o la medicina? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, el nombre del doctor _____

¿Le ha pedido a su plan de seguro médico esta atención médica o medicina? ☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, ¿cuándo? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Le llegó una carta sobre este problema? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, la fecha de la carta _____

¿Quién le envió la carta? _____

¿Está recibiendo ahora esta atención médica o medicina por medio de TennCare?
☐ Sí ☐ No

¿Quiere ver si puede continuar recibéndola durante su apelación? ☐ Sí ☐ No

¿Su médico dice que sigue necesiéndola? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, nombre del doctor _____

Si sigue recibiendo la atención médica o la medicina durante su apelación y pierde es posible que le tenga que rembolsar los gastos a TennCare.

Parte C. Cuentas de atención médica o medicina que usted piensa que TennCare debería pagar.

La fecha en que recibió la atención médica o la medicina _____
Nombre del doctor, la farmacia u otro lugar que lo atendió o le dio la medicina _____
El número de teléfono del doctor, farmacia u otro lugar (____)____-_____

La dirección del doctor, farmacia u otro lugar _____

¿Pagó usted la atención o medicina y quiere que le reembolsen? ☐ Sí ☐ No

Si sí, debe enviar una copia de un **recibo** que compruebe que usted pagó la atención médica o la medicina.

Si no pagó, ¿le va a llegar una factura? ____ Sí ____ No Si le va a llegar y usted piensa que TennCare debería pagar, debe enviar una copia de una factura. Díganos la fecha en que recibió la primera factura (si la sabe). _____

Cómo presentar su apelación médica Haga una copia de las hojas completadas y guárdela.

Luego, envíe las hojas y otra información por **correo** a: TennCare Member Medical Appeals
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-0593

O, envíela gratis por **fax** al **1-888-345-5575**. **Conserve una copia** de la hoja que dice que su fax pasó.

Para apelar por **teléfono**, llame gratis al **1-800-878-3192**.

¿Tiene problemas del habla o del oído? Llame gratis a nuestra línea TTY/TDD line for al **1-866-771-7043**.

TennCare no permite el trato injusto.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión o discapacidad. Si piensa que lo han tratado injustamente, llame gratis a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701**.





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 imprenta _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Nombre del doctor en letra de imprenta _____

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 seguro médico analizará mi caso y decidirá si puedo seguir recibiendo esta atención durante mi apelación.

Firma del paciente **Fecha**

Dirección _____

Número de teléfono _____



Certificado del proveedor de cabecera: Apelación acelerada de TennCare

Una apelación típica para un servicio médico se decide en hasta 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 que quiere:

3. Identifique al paciente.

(Nombre)

(No. 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 888-345-5575**. (AVISO: Si su paciente ya solicitó esta apelación acelerada a TennCare, sírvase enviar este certificado y la documentación lo más pronto posible.)



Instrucciones por Adelantado

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

Testamento Vital o Plan de Atención por Adelantado

Las máquinas y la medicina puede mantener viva a la gente que de otra manera podría morir. Los doctores eran quienes decidían cuánto tiempo se debería mantener viva a una persona. En virtud de la Ley de Derecho a la Muerte Natural de Tennessee, usted puede tomar su propia decisión. **Usted puede decidir si quiere 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 por Adelantado cuando todavía tiene sus facultades. Estos papeles informan a sus amigos y familiares lo que usted quiere que suceda, si se enferma al grado de no poder decirlo.

Usted tiene que firmar los papeles y tener testigos o llevarlos al notario.

Si tiene testigos de su firma en sus documentos, los papeles deben ser firmados en presencia de dos personas, sus testigos. Estas personas:

- Una de estas personas no puede estar relacionada con usted por sangre o matrimonio.
- No puede recibir nada de usted cuando usted fallezca.
- No puede ser su doctor ni cualquier miembro del personal que trabaja en el lugar donde recibe atención médica.

Una vez que estén firmados por todos, esta es su regla. Así se queda a menos que usted cambie de parecer.

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

El Poder Notarial para Atención Médica es un papel que le permite nombrar a otra persona para que tome decisiones médicas por usted. En el 2004, la legislación de Tennessee cambió el Poder Notarial Duradero para Atención Médica a **Designación de un Agente para Atención Médica**. Cualquiera de los dos es aceptable.

Esta persona sólo puede tomar decisiones si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones. Él o ella puede decir que sus deseos en su nombre si usted no puede hablar por sí mismo. Su enfermedad puede ser temporal.

Estos papeles tienen que estar firmados y tener testigos o sello de notario. Una vez que estén firmados por todos, esta es su regla. Así se queda a menos que usted cambie de parecer.

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

Si usted llena estos papeles, 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 papeles. Usted decide. Es posible que desee hablar con un abogado o un amigo antes de llenar estos papeles.

**DIRECTIVA PARA ATENCIÓN MÉDICA
POR ADELANTADO***

(Tennessee)

Yo, _____, doy estas instrucciones adelantadas sobre cómo quiero ser tratado por mis doctores y otros proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar esas decisiones sobre el tratamiento yo mismo.

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: _____ Teléfono móvil: _____ 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: _____ Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

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

Vigencia (marque una): ☐ Doy permiso a mi agente para tomar decisiones de atención médica en cualquier momento, incluso aunque yo pudiera hacerlo. ☐ No doy ese permiso (este formulario se aplica solo cuando yo ya no tenga capacidad).

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).

Estado permanente de inconsciencia: Me vuelvo totalmente inconsciente de las personas o el entorno con poca posibilidad de despertar del coma.	☐ ☐ Sí 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.	☐ ☐ Sí No
Depender de alguien para todas las actividades de la vida diaria: Ya no puedo hablar ni comunicarme claramente o moverme por mí mismo. Dependo de los demás para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. La rehabilitación o cualquier otro tratamiento restaurador no ayudará.	☐ ☐ Sí No
Enfermedades en etapa terminal: Tengo una enfermedad que ha llegado a su etapa final a pesar del tratamiento completo. Ejemplos: Cáncer generalizado que ya no responde al tratamiento; corazón y pulmones crónicos y/o dañados, y se necesita oxígeno la mayor parte del tiempo y las actividades son limitadas debido a la sensación de asfixia.	☐ ☐ Sí No

Indique sus deseos de tratamiento: Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí (como lo indica 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 médico apropiado de la siguiente manera. Al marcar “sí” a continuación, he indicado el tratamiento que quiero. Al marcar “no” a continuación, he indicado el tratamiento que **no quiero**.

Reanimación cardiopulmonar: Para hacer que el corazón vuelva a latir y restaurar la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, esto implica una descarga eléctrica, compresiones de pecho y asistencia respiratoria.	☐ ☐ Sí No
Soporte vital/otro soporte 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.	☐ ☐ Sí No
Tratamiento de nuevas afecciones: El uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos que se ocuparán de una nueva afección, pero no ayudarán a la enfermedad principal.	☐ ☐ Sí No
Alimentación por sonda/líquidos intravenosos: El uso de tubos para administrar alimentos y agua al estómago del paciente o el uso de líquidos por vía intravenosa que incluiría nutrición e hidratación administradas artificialmente.	☐ ☐ Sí No

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 el siguiente regalo anatómico para fines de trasplante, investigación y/o educación (marque una):

- ☐ Cualquier órgano/tejido ☐ Todo mi cuerpo ☐ 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)

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 luego 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 _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. Yo conozco a la persona (o me demostró con pruebas satisfactorias) que firmó este instrumento y sé que es la persona cuyo nombre aparece anteriormente como el “paciente”. The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires: _____ Signature of Notary Public _____

QUÉ HACER CON ESTA DIRECTIVA POR ADELANTADO: (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) dígales 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 por adelantado, y elimina la necesidad de cualquiera de esos documentos.

Parte 9:

Más información

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

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

8. 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 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 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.

9. 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)

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

10. El tratamiento, incluida la rehabilitación, para cualquier problema de salud (física, mental o del desarrollo) u otras afecciones descubiertas durante un chequeo. También puede recibir asistencia para hacer citas para servicios.
11. Consultas periódicas con un dentista para chequeos y tratamiento;
12. 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;
13. 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

14. Análisis de laboratorio de rutina. **(Tenga en cuenta** que le harán al niño un análisis de plomo en la sangre y un análisis de anemia de células falciformes si el niño se encuentra en una situación que podría ponerlo en riesgo de una o ambas de estas cosas)
15. Si su hijo tiene una concentración elevada de plomo en la sangre, se harán investigaciones 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, díglele a su doctor, y
16. Educación en salud, y
17. Transporte y ayuda para hacer las citas: Si no tiene manera de llevar a su hijo a sus consultas con el doctor, es posible que pueda tener transporte. Cuente con transporte y ayuda para pedirlo cuando tiene que ir muy lejos de casa para recibir atención médica.
18. 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
19. 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.
20. 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.

TennCare Kids: Programa de inmunización de niños y adolescentes



¿Su hijo o hija necesita vacunas a medida que crece!

2024: Vacunas o productos de inmunización recomendados para niños, desde el nacimiento hasta los 6 años

¿Desea saber más?

Escanee este código QR para saber qué vacunas podría necesitar su hijo o hija. O visite: www2a.cdc.gov/vaccines/childquiz/default-sp.asp



VACUNAS O ANTICUERPOS PREVENTIVOS	NACIMIENTO	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19 MESES	20-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
Anticuerpos contra el VRS	Depende del estado de vacunación contra el VRS de la madre							Depende del estado de salud del niño						
Vacuna contra la hepatitis B	Dosis 1	Dosis 2					Dosis 3							
Vacuna contra el rotavirus			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3									
Vacuna DTap			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3					Dosis 4				Dosis 5
Vacuna contra Hib			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4						
Vacuna antineumocócica			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4						
Vacuna antipoliomielítica			Dosis 1	Dosis 2			Dosis 3							Dosis 4
Vacuna contra el COVID-19					Al menos 1 dosis de una vacuna contra el COVID-19 actualizada (fórmula 2023-2024)									
Vacuna contra la influenza/gripe					Cada año: Dos dosis para algunos niños									
Vacuna MMR								Dosis 1						Dosis 2
Vacuna contra la varicela								Dosis 1						Dosis 2
Vacuna contra la hepatitis A								2 dosis con un intervalo de 6 meses						

CLAVE

- TODOS los niños se deberían vacunar a esta edad
- ALGUNOS niños deberían recibir esta dosis de la vacuna o anticuerpos preventivos a esta edad

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija para obtener más orientación si:

1. Su hijo o hija tiene una condición médica que conlleva mayor riesgo de infecciones.
2. Su hijo o hija va a viajar fuera de los Estados Unidos.
3. A su hijo o hija le falta una vacuna recomendada para su edad.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: www.cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html



¿Contra qué enfermedades protegen estas vacunas?

DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS

ENFERMEDAD PREVENIBLE CON VACUNAS	COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD
VRS (virus respiratorio sincitial) Infección viral contagiosa de la nariz, la garganta y a veces los pulmones; se propaga a través del aire y el contacto directo	Infección de los pulmones (neumonía) y vías respiratorias pequeñas de los pulmones; especialmente peligroso para los bebés y niños pequeños
Hepatitis B Infección viral contagiosa del hígado; se propaga a través del contacto con líquidos corporales infectados, como la sangre o el semen	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte
Rotavirus Infección viral contagiosa de los intestinos; se propaga a través de la boca por contacto con las manos y los alimentos contaminados con heces	Diarrea intensa, deshidratación, muerte
Difteria* Infección bacteriana contagiosa de la nariz, la garganta y a veces los pulmones; se propaga a través del aire y el contacto directo	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, parálisis, muerte
Tosferina (pertussis)* Infección bacteriana contagiosa de los pulmones y las vías respiratorias; se propaga a través del aire y el contacto directo	Infección de los pulmones (neumonía), muerte; especialmente peligrosa para los bebés
Tétanos (trismo)* Infección bacteriana del cerebro y los nervios causada por esporas que se encuentran en la tierra y el polvo en todas partes; las esporas ingresan al cuerpo a través de heridas o cortes en la piel	Convulsiones, huesos fracturados, dificultad para respirar, muerte
Hib (Haemophilus influenzae tipo b) Infección bacteriana contagiosa de los pulmones, el cerebro y la médula espinal o el torrente sanguíneo; se propaga a través del aire y el contacto directo	Depende de la parte del cuerpo infectada, pero puede incluir daño al cerebro, pérdida auditiva, pérdida de un brazo o una pierna, muerte
Enfermedad neumocócica Infecciones bacterianas del oído, los senos paranasales (sinusitis), los pulmones o el torrente sanguíneo; se propaga a través del contacto directo con gotitas respiratorias como saliva o mucosidad	Depende de la parte del cuerpo infectada, pero puede incluir infección de los pulmones (neumonía), septicemia, infección del revestimiento del cerebro y la médula espinal, muerte
Poliomielitis Infección viral contagiosa de los nervios y el cerebro; se propaga a través de la boca por contacto con las manos, los alimentos o líquidos contaminados con heces, y a través del aire y el contacto directo	Parálisis, muerte
COVID-19 Infección viral contagiosa de la nariz, la garganta o los pulmones; podría sentirse como un resfriado o la influenza. Se propaga a través del aire y el contacto directo	Infección de los pulmones (neumonía); trombos o coágulos de sangre; daño en el hígado, el corazón o los riñones; COVID-19 persistente, muerte
Influenza (gripe) Infección viral contagiosa de la nariz, la garganta y a veces los pulmones; se propaga a través del aire y el contacto directo	Infección de los pulmones (neumonía); infecciones de los senos paranasales (sinusitis) y del oído; empeoramiento de condiciones médicas subyacentes del corazón y los pulmones, muerte
Sarampión (rubéola)* Infección viral contagiosa que causa fiebre alta, tos, ojos enrojecidos, moqueo y sarpullido; se propaga a través del aire y el contacto directo	Inflamación del cerebro, infección de los pulmones (neumonía), muerte
Paperas* Infección viral contagiosa que causa fiebre, cansancio, hinchazón de las mejillas y sensibilidad e hinchazón en la mandíbula; se propaga a través del aire y el contacto directo	Inflamación del cerebro, dolor o inflamación en los testículos o los ovarios, sordera, muerte
Rubéola (sarampión alemán)* Infección viral contagiosa que causa fiebre baja, dolor de garganta y sarpullido; se propaga a través del aire y el contacto directo	Muy peligrosa en las personas embarazadas; puede causar aborto espontáneo o muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento graves
Varicela Infección viral contagiosa que causa fiebre, dolor de cabeza y un sarpullido con ampollas y picazón; se propaga a través del aire y el contacto directo	Llagas infectadas, inflamación del cerebro, infección de los pulmones (neumonía), muerte
Hepatitis A Infección viral contagiosa del hígado; se propaga por alimentos o bebidas contaminados, o por el contacto cercano con una persona infectada	Insuficiencia hepática, muerte

*La DTap protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina

*La MMR protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola

Actualizado en marzo del 2024

¡Los niños más grandes y los adolescentes también necesitan vacunas!

2024: Vacunas o productos de inmunización recomendados para los niños desde los 7 hasta los 18 años

¿Desea saber más?
Escanee este código QR para saber qué vacunas podría necesitar su hijo o hija. O visite:
www2a.cdc.gov/vaccines/childquiz/default-sp.asp



VACUNAS RECOMENDADAS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS
Vacuna contra el VPH												
Vacuna Tdap ¹												
Vacuna antimeningocócica ACWY												
Vacuna antimeningocócica B												
Vacuna contra la influenza/gripe	Cada año. Dos dosis para algunos niños											
Vacuna contra el COVID-19	Al menos 1 dosis de una vacuna contra el COVID-19 actualizada (fórmula 2023-2024)											
Vacuna contra el VRS												
Vacuna contra la viruela simica (mpox)												
Vacuna contra el dengue												

¹ Se recomienda una dosis de la Tdap durante cada embarazo

CLAVE

- TODOS los niños en este grupo de edad deberían recibir la vacuna
- ALGUNOS niños en este grupo de edad deberían recibir la vacuna
- TODOS los niños en este grupo de edad pueden recibir la vacuna
- Los padres o cuidadores deberían hablar con el proveedor de atención médica para decidir si esta vacuna es adecuada para su hijo o hija.

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija para obtener más orientación si:

- Su hijo o hija tiene alguna condición médica que conlleva mayor riesgo de infecciones o está en estado de embarazo.
- Si su hijo o hija va a viajar fuera de los Estados Unidos.
- A su hijo o hija le falta alguna de las vacunas recomendadas para su edad, o para bebés y niños pequeños.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: www.cdc.gov/vaccines/parents/index-sp.html



<INSERT CURRENT CDC IMMUNIZATION SCHEDULES HERE>

Definiciones legales

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 exención 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.

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:

21. grave peligro para la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto);
22. daño grave a las funciones corporales; o c. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

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

23. 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;
24. Debe ser indispensable para diagnosticar o tratar la enfermedad de un afiliado;
25. Debe ser seguro y eficaz;
26. No puede ser experimental ni de investigación; y
27. 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 internados, 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 recibir 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.

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.

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.

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 tener un referido 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.

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 seguro médico 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 a 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 seguro médico de TennCare ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Seguro Médico: Un contrato que requiere que una aseguradora 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 apoyar 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 Habilidad: 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 CHOICES

Servicios de Asistencia para Cuidadores de CHOICES					
Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?			Cómo puede ayudarle	Servicio
2,080 horas por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año).	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 1	Un lugar que proporciona cuidado supervisado y actividades durante el día.	Centro diurno para adultos
	✓	✓			
216 horas por año natural (1 de enero al 31 de diciembre de cada año)	✓	✓		Alguien que se quede con usted en su hogar 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.)	Servicio en el hogar para que descanse la persona que lo cuida
9 días por año natural (1 de enero al 31 de diciembre de cada año)	✓	✓		Una estadía corta en una casa de convalecencia o en un centro de asistencia para que su cuidador pueda descansar. (Solamente para los familiares u otros cuidadores que lo cuidan de manera rutinaria y a quienes no se les paga por apoyarlo.)	Servicio de Relevo para Descanso del Cuidador de Paciente Internado
Alternativas Residenciales Basadas en la Comunidad de CHOICES					
Límites	Cuáles grupos de beneficios lo cubren			Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 1	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.	Centro Residencial de Atención Asistida
	✓	✓			
Se limita a adultos que dependen de un ventilador o que tienen una lesión cerebral traumática		✓		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 ventilador o que han sufrido una lesión cerebral traumática. Usted tiene que pagar su alojamiento y comidas.	Hogar de Atención Crítica para Adultos
Sólo para los miembros del Grupo 2 que están en el programa de administración por el consumidor y que necesitan cuidado durante el día y la noche que no puede proporcionar un cuidador al que no se le paga. Y sólo cuando cuesta menos que otros tipos de cuidados en el hogar que serían adecuados para sus necesidades.		✓		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.	Cuidador en su casa

	✓	✓		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. Por lo general, en un arreglo de vivienda pequeña compartida o con una familia (pero no la suya) que le proporciona los apoyos que necesite. Usted tiene que pagar su alojamiento y comidas.	Apoyos para Vivir en la Comunidad y Apoyos para Vivir en la Comunidad – Modelo Familiar
--	---	---	--	---	--

Servicios Prácticos de CHOICES

Límites	Cuáles grupos de beneficios lo cubren			Cómo puede ayudarle	Servicio
Hasta 2 visitas por día, cada una de una duración máxima de 4 horas. Debe haber un intervalo mínimo de 4 horas entre cada visita.	Grupo 3 ✓	Grupo 2 ✓	Grupo 1	Alguien que le ayude con sus necesidades de cuidado personal y apoyo en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Si necesita atención personal, también puede recibir ayuda con los quehaceres domésticos y los mandados, pero solo para usted (no para otros miembros de la familia).	Cuidados personales Visitas
1,080 horas por año natural (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año); hasta 1,400 horas por año natural si también se necesitan servicios de ama de casa	✓	✓		El mismo tipo de ayuda que recibe con las visitas de cuidado personal, pero por períodos de tiempo más largos.	Cuidados a domicilio

Servicios Adicionales de CHOICES

Límites	Cuáles grupos de beneficios lo cubren			Cómo puede ayudarle	Servicio
Hasta \$900 por año natural (Del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).	Grupo 3 ✓	Grupo 2 ✓	Grupo 1	Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que pueden ayudarle a hacer las cosas con más facilidad o seguridad, como alcanzadores.	Tecnología asistencial
\$6,000 por proyecto; \$10,000 por año natural (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año); y \$20,000 por vida (no se cuenta como parte del límite general de servicios para los miembros de CHOICES 3).	✓	✓		Cambios a su hogar que le ayudarán a moverse con más facilidad y seguridad, como barras de sujeción o una rampa para silla de ruedas.	Modificaciones menores a su hogar
	✓	✓		Un botón de llamada que puede usar para recibir ayuda en una emergencia.	Sistema personal de respuesta en emergencias

Tabla de Beneficios de Employment and Community First CHOICES

Grupos de beneficios:



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 Centrados en la Familia

Grupo 8: Servicios Intensivos Conductuales para la Transición y Estabilización en la Comunidad

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
						Apoyos para el Empleo	
						--Apoyos para el Empleo Individual	
No más de una vez al año (por lo menos 365 días entre servicios) y sólo si no está empleado o no recibe otros apoyos de empleo y no ha decidido si quiere trabajar.	✓	✓	✓	✓	✓	Le ayuda a decidir si quiere 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.	Exploración
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	✓	✓	✓	✓	✓	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.	Descubrimiento
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	✓	✓	✓	✓	✓	Una oportunidad de probar ciertos trabajos para ver cómo son y lo que necesita hacer para prepararse para esos trabajos.	Observación y Evaluación de la Situación
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	✓	✓	✓	✓	✓	Alguien que le ayude a elaborar un plan para conseguir un trabajo (o iniciar su propio negocio)	Plan de Desarrollo de Trabajo o Plan para Trabajo por Cuenta Propia

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
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	✓	✓	✓	✓	✓	Alguien que le ayude a realizar su plan de conseguir un trabajo (o abrir su propio negocio)	Desarrollo Laboral o Ayuda para Abrir Su Propio Negocio
-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	✓	✓	✓	✓	✓	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.	Asesoramiento Laboral
	✓	✓	✓	✓	✓	Un asesor laboral que lo apoye desde que abra su negocio hasta que lo maneje usted solo	Asesoramiento Laboral para Abrir su Propio Negocio
	✓	✓	✓	✓	✓	Pagarle a un compañero de trabajo para que le ayude en su trabajo en lugar de pagarle a un asesor laboral	Apoyo de Compañero de Trabajo
No más de una vez cada 3 años para conseguir un ascenso o segundo trabajo	✓	✓	✓	✓	✓	Servicios para ayudarle a obtener un mejor trabajo donde gane más dinero	Avance Laboral
-Solamente si no se puede recibir el servicio a través de otro programa -Asesoramiento inicial de hasta 20 horas no más de una vez cada 2 años -Hasta 6 horas más no más de 3 veces al año para considerar un trabajo nuevo, una promoción o abrir su propio negocio -Hasta 8 horas extra 4 veces al año para ayudarle a continuar trabajando o seguir trabajando en su propio negocio	✓	✓	✓	✓	✓	Alguien que le ayude a entender de qué manera el dinero que gana trabajando tendrá un impacto en otros beneficios que recibe, entre ellos el Seguro Social y TennCare	Asesoramiento sobre Beneficios

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
						Apoyos para el Empleo	
						Apoyos para el Empleo en Grupo Pequeño	
Hasta 30 horas por semana de Empleo con Apoyo – Grupo Pequeño, Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad y Capacitación en Aptitudes de la Vida Independiente combinadas	✓	✓	✓	✓	✓	Apoyo para usted y 1 o 2 personas adicionales para que trabajen juntos en un grupo pequeño. Le ayuda a prepararse para un trabajo donde puede trabajar solo	Empleo con Apoyo – Grupo pequeño
						--Capacitación pre-Vocacional	
-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 – Grupo Pequeño, Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad y Capacitación en Aptitudes de la Vida Independiente combinadas	✓	✓	✓	✓	✓	Capacitación de tiempo limitado para ayudarle a prepararse para el trabajo en la comunidad	Servicios Integrados para la Trayectoria Laboral
						Apoyos para la Vida Independiente en la Comunidad	
-No está cubierto como un servicio separado si usted recibe Apoyos para Vivir en la Comunidad (es parte de ese beneficio) -Si usted <u>no</u> 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		✓	✓	✓	✓	Le ayuda hacer las cosas que quiere 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.	Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
y Capacitación en Aptitudes de la Vida Independiente combinadas <i>después</i> de empezar un proceso de Decisión sobre el Empleo Basada 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 o Apoyos para el Empleo en Grupo combinados -Si está trabajando (en un trabajo individual, no un 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 combinadas -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		✓	✓	✓	✓	Le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de manera más independiente. Estas aptitudes pueden ayudarle a cuidarse, atender su hogar o manejar su dinero.	Capacitación en Aptitudes de la Vida Independiente

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
Hasta \$225 por mes si usted recibe este servicio a través de administración por el consumidor Si obtiene este servicio de un proveedor y no recibe otro servicio justo antes o después: 28. No más de 2 viajes de ida o vuelta por día 29. No más de 12 viajes de ida o vuelta por semana por trabajo 30. No más de 6 viajes de ida o vuelta por semana para hacer cosas integradas en la comunidad (además del trabajo) 31. No más de 12 viajes de ida o vuelta de combinación		✓	✓	✓	✓	Le ayuda a llegar a trabajar o a otros lugares en la comunidad cuando no hay transporte público y no tiene ninguna otra manera de llegar.	Transporte en la Comunidad
Hasta 215 horas al mes			✓	✓		Alguien que le ayude con sus necesidades de aseo personal o actividades de la vida cotidiana en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Incluye ayuda con sus quehaceres domésticos o mandados. 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. También le puede ayudar con sus quehaceres domésticos (pero no de las otras personas con las que vive). Esto incluye cosas como su 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 quiere hacer. También incluye ayuda para capacitar a alguien que conozca para	Asistencia Personal

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
						que le proporcione este tipo de apoyo.	
Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)	✓	✓	✓	✓	✓	Ciertos artículos que le ayudan a hacer las cosas de manera más independiente en su hogar o en la comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre la forma de utilizarlos.	Tecnología de Asistencia, Equipos para Adaptación y Suministros
Se limita a \$5,000 por persona por año natural. La tecnología de asistencia, el equipo de adaptación y los suministros están incluidos en este límite.	✓	✓	✓	✓	✓	Equipos y/o dispositivos que respaldan una mayor independencia en su hogar, comunidad y/o lugar de trabajo	Tecnología habilitadora
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 barras de sujeción o una rampa para silla de ruedas.	Modificaciones Menores a su Hogar
			✓	✓		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. 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.	Apoyos para Vivir en la Comunidad y Apoyos para Vivir en la Comunidad – Modelo Familiar

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
Apoyos para Familiares Cuidadores							
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. En Administración por el Consumidor el relevo solamente puede ser por hora.			✓	✓	✓	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.)	Relevo
					✓	Es como asistencia personal, pero para las personas que viven en casa con su familia. Alguien que le ayude con sus necesidades de aseo 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. Incluye ayuda con sus quehaceres domésticos (pero no los de toda 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; ayudarlo a preparar y comer sus comidas. También pueden apoyarlo en la comunidad para hacer las cosas que quiere hacer.	Atención de Apoyo en el Hogar
32. Sólo si usted recibe los servicios 33. necesita trabajar en la comunidad y ser parte de ella 34. Hasta \$500 por mes para niños de hasta 18 años de edad 35. Hasta \$1,000 por mes los de 18 años o más de edad					✓	Un pago mensual a su cuidador principal si él o ella le ayuda con sus necesidades de aseo personal y de la vida cotidiana (en lugar de Atención de Apoyo en el Hogar). Este dinero ayuda a compensar la pérdida de ingresos o a pagar cosas que usted necesita que no están	Estipendio para Familiares Cuidadores (en lugar de Atención de Apoyo en el Hogar)

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
						cubiertas en ECF CHOICES . (Pero usted tiene que recibir los servicios que necesita para trabajar y formar parte de su comunidad.)	
						Soportes para la Autodefensa	
Hasta \$500 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)	✓		✓	✓		Ayuda para pagar talleres y capacitación que le ayudarán a aprender a abogar por sí mismo y dirigir su planificación y apoyos.	Educación y Capacitación Individual
Hasta \$1,500 por toda la vida	✓		✓	✓		Orientación y el apoyo de otra persona con discapacidades que tenga experiencia y capacitación para responder a sus preguntas y ayudarlo a: - Dirigir su plan de apoyo. - Dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal) - Pensar y planear opciones de empleo o de vida en comunidad.	Apoyo y navegación entre pares para la planificación centrada en la persona, la autodirección, el empleo integrado/autoe mpleo y la vida independiente
Hasta \$500 por toda la vida Debe recibir servicio de asesoramiento primero	✓	✓	✓	✓	✓	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. Puede incluir ayuda para pagar gastos jurídicos de estas opciones primero tiene que recibir el servicio de asesoramiento.	Apoyos para la Toma de Decisiones
						Apoyos para Empoderar a la Familia	
		✓			✓	Ayuda a usted y a otras personas con discapacidad y a sus familias a: - Conocerse y ayudarse mutuamente y Encontrar y utilizar los recursos de su comunidad	Desarrollo, Organización y Navegación de Apoyo en la Comunidad

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
Hasta \$500 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)		✓			✓	Ayuda a pagar talleres y capacitación que ayudarán a los cuidadores familiares a entender, apoyar y abogar por usted y ayudarle a defenderse a sí mismo.	Educación y capacitación de cuidadores familiares
		✓			✓	Orientación y apoyo del padre o la madre de una persona con discapacidad que tiene experiencia y capacitación.	Apoyo entre Familias
Hasta 15 horas por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)		✓			✓	Capacitación y apoyo para ayudarle a entender y utilizar sus beneficios de seguro (incluidos TennCare, Medicare y seguros privados).	Asesoramiento sobre seguro médico/Asistencia con formularios
						Dental	
36. Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año) 37. No más de \$7,500 en tres años naturales consecutivos	✓		✓	✓	✓	Atención dental para adultos de 21 años de edad y mayores, incluidos servicios como exámenes dentales, limpiezas, empastes, coronas, endodoncias y dentaduras postizas. (Los niños menores de 21 años ya tienen atención dental a través de TennCare.)	Servicios Dentales para Adultos
						Apoyos para Terapia	
38. Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año) 39. Hasta \$10,000 si su evaluación indica que tiene necesidades médicas y/o conductuales excepcionales	✓		✓	✓		La ayuda de un profesional para evaluar, planificar y enseñar a otros a apoyarlo, incluye a personal pagado y cuidadores a quienes no se les paga. Los tipos de ayuda profesional y capacitación incluyen: - Servicios conductuales - Terapia del habla - Terapia ocupacional - Terapia física - Nutrición	Consulta y Capacitación Especializada

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?					Cómo puede ayudarle	Servicio
	Grupo 8	Grupo 7	Grupo 6	Grupo 5	Grupo 4		
						- Orientación y movilidad - Enfermería	
						Apoyos Intensivos Conductuales	
		✓				Combina el tratamiento de salud mental y otros apoyos basados en el hogar de una manera centrada en la familia. Son solo para un número limitado de menores que viven con su familia y tienen necesidades de apoyo por conducta dificultosa. Los servicios capacitan a su familia para que lo apoyen y puedan seguir viviendo juntos sin riesgos.	Apoyos, Estabilización y Tratamiento Intensivo Conductual Centrados en la Familia (IBFCTSS)
	✓					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 grandes necesidades de apoyo conductual. Los servicios le ayudarán a hacer una transición segura a la comunidad.	Servicios Intensivos Conductuales para la Transición y Estabilización en la Comunidad (IBCTSS)

Tabla de beneficios de Katie Beckett

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?			Cómo puede ayudarle	Servicio
	Elegibilidad Continua Parte C	Medicaid Diversion Parte B	Katie Beckett Parte A		
	✓		✓	Toda la atención de salud física y conductual que Medicaid debe cubrir para niños, incluidas consultas con el doctor, atención hospitalaria, terapias, enfermería, atención médica domiciliaria, equipos y suministros médicos, y servicios dentales, de la vista y de farmacia	Beneficios de Medicaid para niños, que incluyen evaluaciones periódicas tempranas, diagnóstico y servicios de tratamiento
		✓	✓ Solo para dificultades económicas	Ayuda para pagar el gasto del seguro médico privado solo para el niño	Asistencia con los pagos de primas
		✓		Una tarjeta de débito para pagar lo que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) dice que son gastos médicos, como copagos de médicos, hospitales y farmacias.	Reembolso automático de gastos de atención médica y relacionados
		✓		Recibir un reembolso por la atención aprobada que su hijo necesita para su discapacidad (aunque el IRS no lo consideraría un gasto médico)	Reembolso de Apoyo Terapéutico Individualizado
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. Usted solo puede recibir relevo por hora en Administración por el Consumidor.		✓	✓	Alguien que lo apoye por corto tiempo para que pueda tener un descanso. (Solamente para los familiares u otros cuidadores a quienes no se les paga por apoyar a su hijo.) Usted puede contratar a los cuidadores de relevo de su hijo, lo cual se conoce como Administración por el Consumidor. O puede elegir una agencia proveedora para facilitar el cuidado de relevo para su hijo en su hogar.	Relevo

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?			Cómo puede ayudarle	Servicio
	Elegibilidad Continua Parte C	Medicaid Diversion Parte B	Katie Beckett Parte A		
		✓	✓	Alguien que ayude con las necesidades de cuidado personal de su hijo o con las actividades de la vida diaria en su hogar o en la comunidad (pero no en la escuela). Usted puede contratar a los cuidadores de su hijo, lo cual se conoce como Administración por el Consumidor. O puede elegir una agencia proveedora para atender a su hijo en su hogar.	Atención de Apoyo en el Hogar
Hasta \$5,000 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)		✓	✓	Ciertos artículos que le ayudan a su hijo a hacer las cosas de manera más independiente en su hogar o en la comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre la forma de utilizarlos.	Tecnología de Asistencia, Equipos para Adaptación y Suministros
Hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año natural; y \$20,000 de por vida		✓	✓	Ciertos cambios a su hogar que le ayudarán a su hijo a moverse con más facilidad y seguridad en su hogar, como barras de sujeción o una rampa para silla de ruedas	Modificaciones Menores a su Hogar
Hasta \$10,000 por año natural y \$20,000 de por vida		✓	✓	Ciertos cambios en su vehículo que lo ayudarán a transportar a su hijo de manera más fácil y segura	Modificaciones de vehículos
Hasta 20 horas por semana		✓	✓	Ayuda a su hijo a hacer cosas en la comunidad que su hijo quiere hacer. Tomar una clase, inscribirse en un club, ser voluntario, adquirir o conservar la salud, hacer algo divertido, entablar relaciones y lograr sus metas	Servicios de Apoyo para la Integración en la Comunidad
Hasta \$225 por mes si recibe este servicio a través de administración por el consumidor		✓	✓	Ayuda a su hijo a ir a lugares en la comunidad si usted u otra persona no puede llevarlo. En Administración por el Consumidor, esto se puede usar para pagarle a alguien gasolina, para el costo del autobús, servicio de taxi, etc. O puede elegir a un proveedor para ayudar a transportar a su hijo. (Esto no es para citas médicas. Pero para los niños de la Parte A y la Parte C, TennCare también cubre ese transporte, llamado transporte médico que no es de emergencia.)	Transporte en la Comunidad

Límites	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?			Cómo puede ayudarle	Servicio
	Elegibilidad Continua Parte C	Medicaid Diversion Parte B	Katie Beckett Parte A		
- Hasta \$500 por toda la vida - Debe recibir servicio de asesoramiento primero		✓	✓	Ayuda para entender las opciones para proteger los derechos y la libertad de los niños con discapacidad a medida que se convierten en adultos, al mismo tiempo que se proporciona el apoyo que necesitan para tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar los honorarios legales de estas opciones pero primero tiene que conseguir el servicio de asesoramiento.	Apoyos para la Toma de Decisiones
Hasta \$500 por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)		✓	✓	Ayuda para pagar talleres y capacitación que ayudarán a los cuidadores familiares a entender, apoyar y abogar por su hijo y ayudar a su hijo a defenderse a sí mismo	Educación y Capacitación de Cuidadores Familiares
		✓	✓	Orientación y apoyo del padre o la madre de un niño con discapacidad que tiene experiencia y capacitación	Apoyo entre Familias
		✓	✓	Le ayuda a su hijo y a otros con discapacidad y a sus familias a: - Conocerse y ayudarse mutuamente y - Encontrar y utilizar los recursos de su comunidad	Desarrollo, Organización y Navegación de Apoyo en la Comunidad
Hasta 15 horas por año natural (1 de enero a 31 de diciembre de cada año)		✓	✓	Capacitación y apoyo para ayudarle a entender y utilizar los beneficios de seguro de su hijo (incluidos TennCare, Medicare y seguros privados).	Asesoramiento sobre seguro médico/ asistencia con formularios

Cambios importantes al manual para miembros de Wellpoint

A continuación se indican los cambios al manual para miembros de Wellpoint. Por favor, conserve este documento con su manual para miembros.

Parte 2 | Otros servicios de TennCare

Tecnología de Rehabilitación Compleja

(equipo especial para personas con problemas para moverse debido a una lesión o discapacidad)

Wellpoint paga el equipo especial que ayuda a las personas con lesiones o discapacidades a moverse mejor. Este equipo se llama tecnología de rehabilitación compleja (CRT). Es parte del

beneficio de equipo médico duradero (DME). La ley de Tennessee asegura que este equipo se revise cada año en busca de problemas y se repare cuando sea necesario.

¿Necesita ver a un médico en persona para hablar sobre su CRT, pero no puede debido a una lesión o discapacidad? La ley dice que los médicos deben ofrecerle una consulta por video o por llamada telefónica.

¿Tiene preguntas sobre la CRT o necesita más información? Llame a Wellpoint – **833-731-2153 (TRS 711)**.

Parte 3 | Recepción de servicios en el programa CHOICES

Apoyos para el Empleo²

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

- Decidir si quiere trabajar y los tipos de trabajos que le podrían agradar 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 Grupos 2 y 3 de CHOICES. 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 tienen 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.

² Beginning July 1, 2024, Employment Services will be offered to eligible members through March 31, 2025.

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 toman en cuenta las cosas que a usted le gustan y para las que es bueno y busca necesidades del empleador que coincidan.

Habría 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 no cree que quiere 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.

Puede recibir Exploración para ayudarle a tomar una decisión informada sobre el empleo.

Exploración – Le ayuda a decidir si quiere 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.

Servicio	¿Cómo puede ayudarle?	¿Cuáles grupos de beneficios lo cubren?		Límites
		Grupo 2	Grupo 3	
Apoyos para el Empleo				
Apoyos Individuales para el Empleo				
Exploración – Empleo Integrado Individualizado	Le ayuda a decidir si quiere 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	✓	✓	No más de una vez al año (por lo menos 365 días entre servicios) y sólo si no está empleado o no recibe otros apoyos de empleo y no ha decidido si quiere trabajar

	responder a sus preguntas sobre el trabajo.			
Exploración – Trabajo por cuenta propia	Le ayuda a decidir si quiere iniciar su propio negocio y el tipo de negocio que sería adecuado para usted. También le ayuda (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder a sus preguntas sobre el trabajo.			No más de una vez al año (por lo menos 365 días entre servicios)
Descubrimiento	Alguien para ayudarlo 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 ayudarlo a escribir un plan para conseguir un trabajo o abrir su propio negocio.			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
Observación y Evaluación de la Situación	Una oportunidad de probar ciertos trabajos para ver cómo son y lo que necesita hacer para prepararse para esos trabajos.			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

Plan de Desarrollo de Trabajo o Plan para Trabajo por Cuenta Propia	Alguien que le ayude a elaborar un plan para conseguir un trabajo (o iniciar su propio negocio)	✓	✓	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
Ayuda para empezar Desarrollo Laboral o Ayuda para Abrir su Propio Negocio	Alguien que le ayude a realizar su plan de conseguir un trabajo (o abrir su propio negocio)	✓	✓	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
Asesoramiento Laboral	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.	✓	✓	Máximo de 40 horas por semana; 50 si trabaja por lo menos 30 horas en empleo individual integrado.
Asesoramiento Laboral para Abrir su Propio Negocio	Un asesor laboral que lo apoye desde que abra su negocio hasta que lo maneje usted solo	✓	✓	Máximo de 40 horas por semana; 50 si trabaja por lo menos 30 horas en empleo por cuenta propia.
Apoyo de Compañero de Trabajo	Pagarle a un compañero de trabajo para que le ayude en su trabajo en lugar de pagarle a un asesor laboral	✓	✓	Máximo de 40 horas por semana; 50 si trabaja por lo menos 30 horas en empleo individual integrado.
Avance Laboral	Servicios para ayudarle a obtener un mejor trabajo donde gane más dinero	✓	✓	No más de una vez cada 3 años para conseguir un ascenso o segundo trabajo
Asesoramiento sobre Beneficios	Alguien que le ayude a entender de qué manera el dinero que gana trabajando tendrá un impacto en otros beneficios que recibe, entre ellos el	✓	✓	• Solamente si no se puede recibir el servicio a través de otro programa

	Seguro Social y TennCare			• Asesoramiento inicial de hasta 20 horas no más de una vez cada 2 años • Hasta 6 horas más no más de 3 veces al año para considerar un trabajo nuevo, una promoción o abrir su propio negocio • Hasta 8 horas extra 4 veces al año para ayudarle a continuar trabajando o seguir trabajando en su propio negocio
Capacitación pre-Vocacional				
Servicios Integrados para la Trayectoria Laboral	Capacitación de tiempo limitado para ayudarle a prepararse para el trabajo en la comunidad	✓	✓	• Hasta 12 meses; puede aumentar hasta 12 meses más si se está esforzando para conseguir un trabajo • Hasta 30 horas por semana
Apoyos para la Vida Independiente en la Comunidad				
Transporte en la Comunidad	Le ayuda a llegar a trabajar o a otros lugares en la comunidad cuando no hay transporte público y no tiene ninguna otra manera de llegar.	✓	✓	Hasta \$225 por mes si usted recibe este servicio a través de administración por el consumidor. Si obtiene este servicio de un proveedor y no recibe otro servicio justo antes o después: • No más de 2 viajes de ida o vuelta por día • No más de 12 viajes de ida o vuelta por semana por trabajo • No más de 6 viajes de ida o vuelta por semana para hacer cosas integradas en la comunidad (además del trabajo)

				• No más de 12 viajes de ida o vuelta de combinación
--	--	--	--	---

Cambios en el cuidado personal y los cuidados a domicilio

TennCare combinó los servicios de cuidado personal y los cuidados a domicilio en un solo servicio. Este servicio se llama Cuidado Personal. Le concede más tiempo para hacer cita con su proveedor. No es necesario solicitar un nuevo servicio si se necesita otro servicio.

Cuidado Personal concede hasta 2,580 horas de visitas por año natural.

Esto significa que alguien le ayudará con sus necesidades de cuidado personal y apoyo en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Pueden ser cosas como ayudar con quehaceres, como preparar comidas, limpiar o lavar la ropa. O puede ayudar con mandados como hacer las compras del supermercado o ir a recoger su medicina.

Este servicio de Cuidado Personal es sólo para usted. Cuidado Personal prestará estos servicios si nadie más en el hogar puede hacerlo por usted. Esto no es para otros miembros de la familia que no estén inscritos en CHOICES.





TennCare — 833-731-2153 (TRS 711) | wellpoint.com/tn/medicaid
CHOICES and Employment and Community First — 866-840-4991 (TRS 711)