



manual

Guía para miembros de BlueCare | 2026



BlueCareSM

Números de teléfono GRATIS para obtener ayuda

Números de teléfono GRATIS para obtener ayuda

<p>BlueCare Llame para obtener atención médica</p>	<p>800-468-9698</p>
<p>BlueCare CHOICES en servicios y asistencia a largo plazo Llame para solicitar CHOICES o hablar con su coordinador de apoyo</p>	<p>800-468-9698</p>
<p>BlueCare Employment and Community First (ECF) CHOICES Llame si necesita ayuda para completar una autoderivación o para hablar con su coordinador de apoyo</p>	<p>800-468-9698</p>
<p>Línea de ayuda de enfermería</p>	<p>1-800-262-2873</p>
<p>Renaissance (Programa dental TennCare) Llame para atención dental</p>	<p>866-864-2526</p>
<p>OptumRx (Programa de farmacia TennCare) Llame para los servicios de farmacia de TennCare</p>	<p>888-816-1680</p>
<p>TennCare Connect Llame para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de dirección, cantidad de integrantes de la familia, trabajo o ingresos • Cuando está embarazada y cuando nace su bebé • Completar su renovación • Apelaciones para obtener o conservar TennCare • Copagos de TennCare • Solicitar TennCare • Programas como Food Stamps o Families First. 	<p>855-259-0701</p>
<p>Programa de defensa de TennCare Solicite ayuda con los servicios de salud física o con los servicios de salud conductual (salud mental, alcoholismo y trastornos por uso de sustancias).</p>	<p>800-758-1638 Línea TTY/TDD: 877-779-3103</p>

<p>Apelaciones médicas de los miembros de TennCare</p> <p>Llame para presentar apelaciones como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando tiene problemas para obtener atención médica • Cuando se le niega un servicio que solicitó • Cuando un servicio que estaba recibiendo se cancela o reduce • Cuando desea cambiar su plan de salud (Managed Care Organization, MCO) • Cuando desea que le reembolsen los gastos que cree que BlueCare debería haber pagado • Cuando un proveedor le facturó un beneficio que cree que BlueCare debería pagar 	<p>800-878-3192</p> <p>Línea TTY/TDD: 866-771-7043</p>
<p>Línea de información y asistencia de Medicare</p> <p>Llame sobre Medicare</p>	<p>800-633-4227</p>
<p>Línea de ayuda del Programa Estatal de Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)</p> <p>Llame para obtener ayuda con Medicare</p>	<p>877-801-0044</p>
<p>Administración del Seguro Social</p> <p>Llame por el Seguro Social y Discapacidad</p>	<p>800-772-1213</p>
<p>Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG)</p> <p>Llame para denunciar fraude o abuso de miembros de TennCare</p>	<p>800-433-3982</p>
<p>Oficina de Integridad del Programa de TennCare</p> <p>Llame para denunciar el fraude de proveedores de TennCare</p>	<p>833-687-9611</p>
<p>Servicios de transporte</p> <p>Llame para solicitar un traslado para llegar a su visita de atención médica si no tiene forma de llegar allí</p>	<p>1-866-473-7565</p>
<p>Recursos de la comunidad</p> <p>Visite Tennessee Community Compass para obtener ayuda para conectarse con bancos de alimentos, servicios de vivienda y otras necesidades cotidianas.</p>	<p>800-468-9698</p> <p>communitycompass.tn.gov/</p>

Nombres del médico	Números de teléfono

TennCare y su plan de salud BlueCare

Manual para miembros 2026

¿Necesita un manual de TennCare en español? Para conseguir un manual en español, llame a **BlueCare** al **800-468-9698**.

Su derecho a la privacidad

Existen leyes que protegen su privacidad. Dicen que no podemos contarles a los demás ciertos datos sobre usted. Lea más sobre sus derechos de privacidad en la Parte 7 de este manual.

IMPORTANTE:

Aunque no use su TennCare, el estado aún paga para que usted lo reciba. Si ya no necesita su TennCare, llame a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701**.

Do you need help?

We have free auxiliary aids and services, like large print, to communicate effectively with you. Call us at 800-468-9698 (TRS: 711). If you speak a language other than English, help in your language is available for free. We have free interpretation and translation services to help you.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-468-9698 (TRS/TTY:866-503-0264).

Arabic: العربية

برقم اتصل .مجانا لك متوفرة اللغوية المساعدة خدمات العربية اللغة تتكلم اذا :ملحوظة: 800-468-9698

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 800-468-9698

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 800-468-9698

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-468-9698 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-468-9698.

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በገጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-468-9698.

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-468-9698.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ້ນ ຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 800-468-9698.

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-468-9698 .

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-468-9698.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 800-468-9698 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 800-468-9698 .

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با
تماس بگیرید 800-468-9698

El [Sistema de Apoyo a Beneficiarios \(Beneficiary Support System, BSS\)](#) ayuda a las personas que están inscritas en CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES y el programa Katie Beckett. También ayudan a las personas que desean inscribirse en estos programas. Para obtener ayuda, llame al 888-723-8193.

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la [Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare](#) a:

Correo electrónico: HCFA.Fairtreatment@tn.gov

Sitio web: www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html

Correo postal: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243

Teléfono: 615-507-6474 (TRS 711).

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701.

Aviso de no discriminación

Protecciones

La discriminación es ilegal. TennCare cumple con las leyes federales y estatales sobre derechos civiles. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad o el sexo. TennCare no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable (diferente) por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ayuda que puede recibir

Ayuda relacionada con la discapacidad

TennCare proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables. Las modificaciones razonables son solicitudes razonables de cambios en una regla, política, práctica o servicio para ayudar a una persona con una necesidad relacionada con una discapacidad. TennCare cuenta con ayuda y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse de forma efectiva con usted. La ayuda y los servicios auxiliares son tipos de asistencia, como los siguientes:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas
- Información escrita en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, lectura de cartas, Braille u otros formatos

Ayuda con el idioma

TennCare ofrece ayuda lingüística gratuita a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Traducciones; información por escrito en otros idiomas

A quién contactar

TennCare Connect

¿Necesita ayuda, como solicitar o renovar su TennCare, necesita ayuda y servicios auxiliares o asistencia lingüística para hablar con TennCare? Llame a TennCare Connect en forma gratuita al 855-259-0701.

Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare

- Modificaciones razonables
Si necesita modificaciones razonables, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Compliance, OCRC) de TennCare.
- Quejas/reclamos

Si cree que TennCare no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante la OCRC de TennCare de la siguiente manera:

- Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov,
- Correo postal:
310 Great Circle Road Floor 3W
Nashville, TN 37243
- Por Internet: Sitio web de la OCRC en <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>,
- Teléfono: 615-507-6474 (TRS 711)

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a TennCare Connect de forma gratuita al 855-259-0701.

Información adicional

Puede encontrar formularios, políticas y más información sobre derechos civiles y ayuda para alimentos u otros temas en el sitio web de la OCRC:

<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de los Derechos Civiles:

- En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Por correo:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- Por teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en

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

Números de teléfono GRATIS para obtener ayuda.....	1
TennCare y su plan de salud BlueCare Manual para miembros 2026	4
Aviso de no discriminación	7
Protecciones	7
Ayuda que puede recibir	7
A quién contactar	7
Información adicional	8
Bienvenido a TennCare y a su plan de salud, BlueCare	11
Su plan de salud de TennCare	13
Su plan de salud de farmacia.....	14
Su plan de salud dental.....	14
Parte 1: Cómo utilizar su plan médico de TennCare	15
Su tarjeta de miembro.....	16
Red de proveedores de BlueCare.....	17
Cómo obtener ayuda lingüística gratuita en sus visitas de atención de la salud....	18
Cómo obtener ayuda con un traslado a sus consultas de atención de la salud	18
Consultas médicas.....	19
Cómo cambiar de PCP	21
Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias). 22	
Especialistas	23
Atención hospitalaria.....	23
Parte 2: Servicios que paga TennCare.....	28
Paquete de beneficios.....	29
Atención con límites	48
Servicios sustitutivos.....	55
Otros servicios de TennCare.....	55
Atención preventiva: atención para mantenerse saludable.....	60
Tennessee Health Link	61
Atención dental para adultos (para dientes).....	62
Salud de la mujer y embarazo	62
Atención preventiva para niños (TennCare Kids: atención de la salud para su hijo y adolescente)	66
Atención dental para niños.....	67
Atención de la visión para niños (para los ojos).....	68
Servicios no cubiertos	68
Parte 3: Programas de servicios y apoyos a largo plazo de TennCare (Long-Term Services and Supports, LTSS)	71

CHOICES.....	72
Employment and Community First CHOICES.....	103
Katie Beckett.....	132
¿Qué son abuso, negligencia y explotación?.....	146
Defensor de la atención a largo plazo.....	148
Defensor de los Servicios de Apoyo a la Vida en Comunidad (Community Living Supports, CLS).....	148
Sistema de apoyo para beneficiarios.....	149
Parte 4: Cómo funciona el programa TennCare para usted.....	151
Lo que paga por su atención de la salud: copagos.....	152
Parte 5: Ayuda para problemas con su atención de la salud o TennCare.....	162
Tipos de problemas y lo que puede hacer.....	163
Parte 6: Apelaciones de TennCare.....	173
Apelaciones de servicios médicos.....	174
Apelaciones de elegibilidad: obtener o conservar TennCare y otros problemas de TennCare.....	180
Parte 7: Sus derechos y responsabilidades.....	183
Tiene derecho a:.....	184
Usted tiene la responsabilidad de:.....	186
Otros derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y BlueCare... ..	187
Aviso de prácticas de privacidad de TennCare.....	190
Su responsabilidad de denunciar el fraude y el abuso.....	198
Parte 8: Documentos de atención de la salud que puede necesitar.....	200
Solicitud de cambio de médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).....	201
Formulario de queja por discriminación de TennCare.....	201
Formulario de apelación médica.....	201
Certificado del proveedor tratante: <i>Apelación acelerada</i> de TennCare.....	202
Directivas anticipadas.....	202
Parte 9: Información adicional.....	203
TennCare Kids: Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos de TennCare (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT).....	204
Definiciones legales.....	221
Glosario.....	222
Tablas de beneficios de CHOICES.....	225
Tabla de beneficios de Employment and Community First CHOICES.....	233
Tabla de beneficios de Katie Beckett.....	245

Bienvenido a TennCare y a su plan de salud, BlueCare

Este es su manual para miembros de TennCare. Este manual le informa cómo obtener atención. TennCare es el programa de atención de la salud de Tennessee. Funciona como un seguro médico para ayudar a pagar muchos servicios de atención de la salud.

Existen dos tipos de TennCare. TennCare Medicaid y TennCare Standard. Usted tiene TennCare Medicaid o TennCare Standard. La diferencia está en la forma en que recibió su TennCare.

TennCare Medicaid es el tipo de TennCare que tienen la mayoría de las personas. Las reglas para TennCare Medicaid establecen que sus ingresos y, a veces, sus recursos deben analizarse. Los recursos son cosas que usted posee o dinero que ha ahorrado.

También debe estar en un “grupo” determinado, como menores de 21 años o mujeres embarazadas.

En Tennessee, las personas que reciben beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) también reciben TennCare Medicaid. Puede solicitar los beneficios de SSI en la oficina del Seguro Social.

Algunas personas tienen TennCare Medicaid **y** otro seguro. La mayoría de las veces, está bien. El gobierno federal dice que usted puede tener Medicaid y otro seguro siempre y cuando cumpla con las reglas de Medicaid. ¿Tiene TennCare Medicaid porque está inscrito en el Programa de Cáncer de Mama o Cervical? Entonces no puede tener otro seguro, incluido Medicare, **si** el seguro cubre el tratamiento para el cáncer de mama o cervical.

TennCare Standard es el segundo tipo de TennCare. Solo ciertas personas califican para TennCare Standard. TennCare Standard es para menores de 19 años que están perdiendo su TennCare Medicaid.¹ Cuando llegó el momento de ver si podían mantener

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 miembro, etc., identificarán a las personas inscritas en estas categorías como miembros de TennCare Medicaid. Por lo tanto, a los fines de este manual, se consideran de TennCare Medicaid.

TennCare Medicaid, no eran elegibles. Sin embargo, las reglas de TennCare Standard establecen que estos jóvenes pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a un seguro médico grupal. A veces, también deben tener una afección médica.

No se permite el acceso a otro seguro, incluso a Medicare, para niños que tienen TennCare Standard.

¿Por qué es importante conocer el tipo de TennCare que tiene? Porque le ayuda a conocer el tipo de beneficios de TennCare que tiene. También le ayuda a saber si debe pagar copagos por los servicios de TennCare. Más adelante en este manual, le brindaremos más información sobre sus beneficios y copagos de TennCare.

TennCare le envió una carta para informarle que tiene TennCare y qué día comenzó su TennCare. Si tiene preguntas o problemas sobre sus fechas de TennCare, puede llamar a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701**.

IMPORTANTE: La ley estatal establece que debe informar a TennCare sobre cualquier cambio que pueda afectar su cobertura. **Debe** informar estos cambios dentro de los 10 días después de que ocurren. Además, debe proporcionar a TennCare la prueba que necesitan para realizar el cambio. Llame a TennCare Connect de inmediato si:

- Se muda.**
- Cambia la cantidad de miembros de su familia.
- Cambia de trabajo.
- Sus ingresos varían.
- Obtiene o puede obtener un seguro médico grupal.

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

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

Después de llamar a TennCare Connect o al Seguro Social, llámenos al **800-468-9698** e infórmenos también su nueva dirección.

Su plan de salud de TennCare

BlueCare es su plan de salud de TennCare que le ayuda a obtener **atención de salud física o conductual (servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias)**. Si está en CHOICES o en Employment and Community First CHOICES, también lo ayudamos a recibir atención a largo plazo. Puede leer más sobre la atención a largo plazo en la Parte 3 de este manual. A veces nos llaman Organización de atención de la salud gestionada, o MCO (Managed Care Organization). Si tiene preguntas sobre cómo obtener atención de salud física o conductual, llámenos al **800-468-9698**. Es una llamada gratuita. También puede llamarnos para obtener ayuda con CHOICES o con Employment and Community First CHOICES.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Necesita saber qué tipo de médico debe consultar? Llame a nuestra línea de enfermería al **1-800-262-2873**. Es una llamada gratuita.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

¿BlueCare es el plan de salud que solicitó? Si necesita o desea cambiar su plan de salud, tiene 90 días a partir del día en que recibió su carta de TennCare. Para cambiar su plan de salud en los primeros 90 días, llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **800-878-3192** de forma gratuita. Díales que acaba de obtener cobertura de TennCare y que desea cambiar su plan de salud.

Después de 90 días, es más difícil cambiar su plan de salud. La Parte 5 de este manual le brinda más información sobre cómo cambiar su plan de salud después de los primeros 90 días.

- ¿Desea cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir atención médica o no puede encontrar un médico? Llámenos gratis al **800-468-9698**. Le ayudaremos a solucionar el problema. No tiene que cambiar de plan de salud para recibir la atención que necesita.

¿Desea cambiar de plan de salud para poder consultar a un médico que acepte un plan de salud diferente? Primero, asegúrese de que **todos** sus médicos acepten su nuevo plan de salud. Solo podrá consultar a médicos que acepten su nuevo plan.

- ¿Qué sucede si desea cambiar su plan de salud, pero tiene nuestra aprobación para recibir atención que aún no ha recibido? Si cambia su plan de salud y aún necesita atención, tendrá que obtener una nueva aprobación de su nuevo plan.

Su plan de salud de farmacia

Si tiene cobertura de medicamentos recetados a través de TennCare, sus beneficios de medicamentos recetados serán proporcionados por un administrador de beneficios de farmacia, o PBM (Pharmacy Benefits Manager).

El plan de farmacia de TennCare se llama **OptumRx**. Debe tener una tarjeta de farmacia OptumRx. ¿Qué sucede si no tiene una tarjeta de farmacia? Puede descargar una en línea en www.optumrx.com o llamar al **888-816-1680**.

También puede informar a su farmacia que tiene TennCare.

Asegúrese de que la farmacia que utiliza acepte TennCare.

Para averiguar si una farmacia acepta TennCare, visite

https://www.optumrx.com/oe_tennCare/find-a-network-pharmacy

O bien, puede llamar a la mesa de ayuda de farmacias de TennCare al **888-816-1680**.

Conozca más sobre su cobertura de medicamentos recetados en las Partes 1 y 2 de este manual.

Monitores continuos de glucosa y suministros relacionados

Los miembros de TennCare pueden acceder a glucómetros continuos (MCG) y suministros relacionados a través del plan de salud de la farmacia Q del plan de salud médico. En virtud del plan de salud de farmacia, su proveedor médico puede enviar recetas de MCG y suministros relacionados a la farmacia de su elección dentro de la red.

Su plan de salud dental

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

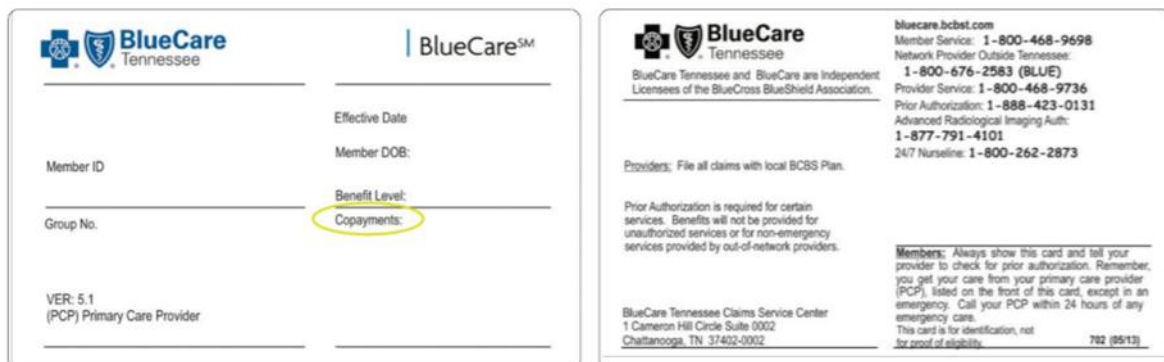
Pueden ayudarle si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista de Renaissance, visite <https://www.renmemberportal.com/mp/rengp>. Luego haga clic en **Find a Dentist (Buscar un dentista)**. O puede llamar al **866-864-2526**.

Conozca más sobre la cobertura dental en el Manual de Renaissance.

Parte 1: Cómo utilizar su plan médico de TennCare

Su tarjeta de miembro

Cada miembro de BlueCare tiene una tarjeta de miembro. Este es un ejemplo de cómo se ve su tarjeta:



Estas son algunas de las cosas que contiene su tarjeta:

- **Nombre del miembro** es el nombre de la persona que puede hacer uso de la tarjeta.
- **El número de identificación** es el número que nos indica quién es usted.
- **El número de grupo** nos indica en qué parte de Tennessee vive.
- **El proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)** es la persona a quien acude para su atención médica.
- **La fecha de entrada en vigencia** es la fecha en la que puede comenzar a visitar al médico de atención primaria indicado en su tarjeta.
- **La fecha de nacimiento** es el día de su cumpleaños.
- **El copago** es lo que paga por cada servicio de atención de la salud. No todas las personas tienen copagos.
- **El indicador de beneficios** es el tipo de paquete de beneficios de TennCare que tiene. Su paquete de beneficios es el tipo de servicio o atención que TennCare cubre por usted.

Lleve siempre su tarjeta con usted. Deberá presentarla cuando visite a su médico y cuando vaya al hospital.

Esta tarjeta es solo para usted. No deje que nadie más use su tarjeta. Si pierde o le roban su tarjeta, o si tiene información incorrecta, llámenos al **800-468-9698** para solicitar una tarjeta nueva. Es una llamada gratuita.

Si tiene preguntas sobre TennCare o BlueCare, puede hacer lo siguiente:



Llámenos:
800-468-9698



Escríbanos:
**Centro de servicios de
reclamaciones de BlueCare**
1 Cameron Hill Circle, Suite 0002
Chattanooga, TN 37402

Red de proveedores de BlueCare

Dentro de la red

Los médicos y otras personas y lugares que trabajan con BlueCare se denominan **Red de proveedores**. Esto incluye proveedores en CHOICES y Employment and Community First CHOICES. Los proveedores de nuestra red aparecen en el **Directorio de proveedores**. Existen directorios especiales para los Proveedores en CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Puede encontrar todos estos Directorios de proveedores en línea en **bluecare.bcbst.com**. O llámenos al **800-468-9698** para obtener una lista. Es posible que los proveedores se hayan registrado o retirado después de imprimir la lista. Sin embargo, el Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **800-468-9698** para averiguar si hay un proveedor en nuestra red.

A veces, su proveedor no puede brindarle la atención o el tratamiento que necesita debido a sus creencias personales. Llámenos al **800-468-9698**. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda brindarle la atención o el tratamiento que necesita. O bien, use nuestra herramienta Find Care (Buscar atención) en **bluecare.bcbst.com**.

Debe visitar médicos y otros proveedores que acepten BlueCare para que TennCare pague su atención de la salud.

Pero si también tiene Medicare, **no** tiene que consultar a médicos que toman BlueCare. Puede ir a cualquier médico que acepte Medicare. Para obtener más información sobre cómo funciona Medicare con TennCare, consulte la Parte 4 de este manual.

Fuera de la red

Un médico u otro proveedor que no está en la red de proveedores y no toma BlueCare se denomina **proveedor fuera de la red**. La mayoría de las veces, si acude a un médico u otro proveedor que se encuentra fuera de la red, **TennCare no pagará**.

Pero a veces, como en emergencias o para consultar a especialistas, TennCare pagará por un médico fuera de la red. A menos que sea una emergencia, primero debe tener una **aprobación**. Las secciones **Especialistas** y **Emergencias** le brindan más información sobre cuándo puede acudir a alguien que se encuentre fuera de la red.



Importante: Si ya estaba recibiendo atención o tratamiento cuando comenzó su cobertura de TennCare, es posible que pueda seguir recibiendo la atención sin una aprobación o derivación. Llámenos al **800-468-9698** para averiguar cómo hacerlo.

Cómo obtener ayuda lingüística gratuita en sus visitas de atención de la salud

Si el inglés no es su idioma principal, puede solicitar un intérprete cuando reciba la atención. Este es un servicio gratuito para usted. **Antes de su cita, llámenos a nosotros o a su proveedor** para que pueda obtener ayuda con los servicios de idiomas.

También puede consultar nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos que hablen otros idiomas. O bien, use nuestra herramienta Find Care (Buscar atención) en bluecare.bcbst.com.

También puede obtener ayuda gratuita para comunicarse con su médico, como un intérprete de lengua de señas, escribir notas o un guion gráfico. **Antes de su cita, llámenos a nosotros o a su proveedor** para obtener esta ayuda.

Cómo obtener ayuda con un traslado a sus consultas de atención de la salud

Si no tiene forma de ir a sus visitas médicas, TennCare puede brindarle el transporte que necesita.

Puede obtener ayuda con un traslado:

- **Solo** para servicios cubiertos por TennCare.
- **Solo** si no tiene otra forma de llegar allí.

Puede pedirle a alguien que lo acompañe a su cita si:

- Es menor de 21 años.
- tiene una discapacidad o necesita ayuda para obtener el servicio (como que alguien abra puertas por usted, empuje su silla de ruedas, lo ayude con la lectura o la toma de decisiones).

Si necesita que lo lleven a su cita, llame a Verida al **855-735-4660** o visite **member.verida.com**. Si usted es un menor que viaja solo o está viajando fuera del estado, o si tiene preguntas sobre cómo pedirle a alguien que lo acompañe, llámenos al **800-468-9698**.

Trate de llamar **al menos 2 días hábiles antes** de su cita de atención de la salud para asegurarse de poder obtener un traslado. Si cambia los horarios o cancela su visita médica, también debe cambiar o cancelar el transporte.

Consultas médicas

Su médico de atención primaria: la principal persona a la que usted recurre para recibir atención

Usted recurrirá a una persona principal para recibir atención médica. Puede ser un médico, un enfermero practicante o el asistente de un médico. Esta persona se denomina **médico de atención primaria** o **PCP (Primary Care Provider)**.

El nombre de su PCP a veces figura en el anverso de su tarjeta. ¿Qué sucede si su tarjeta no indica el nombre de su PCP? Llámenos al 800-468-9698 para obtener el nombre de su PCP o para informarse sobre otros PCP en nuestra red. ¿Qué pasa si desea cambiar su PCP?

La siguiente página le informa cómo hacerlo.

La mayoría de los PCP tienen un horario de atención regular. Sin embargo, puede llamar a su PCP en cualquier momento. Si llama después del horario de atención habitual, le indicarán cómo comunicarse con el médico. Si no puede hablar con alguien fuera del horario de atención, llámenos al **1-800-262-2873**.

Si su PCP es nuevo para usted, debe conocerlo. Llame para obtener una cita con su PCP lo antes posible. Esto es aun más importante si ha estado recibiendo atención o tratamiento a través de otro médico. Deseamos asegurarnos de que continúe recibiendo la atención que necesita. Pero aunque se sienta bien, debe llamar para realizarse un control con su PCP.

Antes de ir a su primera cita con su PCP:

1. Solicítele a su médico anterior que le envíe sus registros médicos a su PCP. Esto no le costará nada. Estos registros son suyos y ayudarán a su PCP a conocer su estado de salud.
2. Llame a su PCP para programar su cita.
3. Tenga su tarjeta de BlueCare lista cuando llame.
4. Diga que es miembro de BlueCare y facilite su número de identificación. Informe a su PCP si tiene algún otro seguro.
5. Anote la fecha y el horario de su cita. Si es un paciente nuevo, es posible que el proveedor le solicite que se presente más temprano. Anote el horario en que le piden que se presente.
6. Confeccione una lista de las preguntas que desee hacerle a su PCP. Enumere todos los problemas de salud que tenga.
7. Si necesita trasladarse hasta el lugar de la cita y no tiene ninguna otra forma de llegar hasta allí, podemos ayudarlo con el traslado. Trate de llamar al menos dos días hábiles antes de su cita. La página 19 y la Parte 5 de este manual le brindan más información sobre cómo obtener un traslado.

El día de su cita:

1. Lleve todos sus medicamentos y la lista de preguntas con usted, así su PCP sabrá cómo ayudarlo.
2. Llegue puntualmente a la visita. Si no puede asistir a la cita, llame a su PCP para acordar otra.
3. Lleve su tarjeta de identificación de BlueCare con usted. Es posible que su PCP haga una copia de esta. Si tiene algún otro seguro, lleve también la tarjeta de identificación correspondiente con usted.
4. Pague su copago si tiene uno. Puede obtener más información sobre los copagos en la Parte 4.

Su PCP le brindará la **mayoría** de su atención de la salud. Su PCP puede encontrar y tratar problemas de salud a tiempo. Él o ella tendrán sus registros médicos. Su PCP puede ver un panorama completo de su atención de la salud. Su PCP llevará un registro de toda la atención que reciba.

Cómo cambiar de PCP

Hay muchos motivos por los cuales puede necesitar cambiar su PCP. Es posible que desee ver a un PCP que tenga el consultorio más cerca a usted, o que su PCP deje de trabajar con nosotros. Si su PCP deja de trabajar con BlueCare, le enviaremos una carta en la que le solicitaremos que busque un nuevo PCP. Si no encuentra un nuevo PCP, nosotros lo haremos por usted para que pueda continuar recibiendo atención.

Para cambiar de PCP, haga lo siguiente:

1. Encuentre un nuevo PCP en la red BlueCare. Para encontrar un nuevo PCP, puede buscar en nuestro Directorio de proveedores, puede visitarnos online en **bluecare.bcbst.com** o llamar al **800-468-9698**.
2. Luego llame al nuevo PCP para asegurarse de que pertenezca a la red de proveedores de BlueCare. **Asegúrese de preguntar** si acepta nuevos pacientes.
3. Si el nuevo PCP está en nuestra red y acepta nuevos **pacientes, complete el Formulario de solicitud de cambio de PCP**, en la Parte 8 y envíenoslo por correo. O bien, puede llamarnos al **800-468-9698** para informarnos el nombre de su nuevo PCP.

¿Necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP? Llámenos al 800-468-9698.

Trabajaremos con usted para encontrar un nuevo proveedor de atención primaria que acepte nuevos pacientes.

Si cambia su PCP:

- Le enviaremos una tarjeta nueva de BlueCare. Tendrá el nombre de su nuevo PCP. La fecha de entrada en vigencia de su nueva tarjeta es el momento en que comenzaremos a pagar las visitas a su nuevo PCP.
- Cualquier atención que haya sido programada para usted por su PCP anterior debe ser aprobada nuevamente por su nuevo PCP. Por lo tanto, incluso si obtuvo una derivación a un especialista de su PCP anterior, tendrá que obtener una nueva derivación de su nuevo PCP.
- ¿Qué sucede si cambia de PCP porque cambió de plan de salud? Todavía tiene que obtener una nueva aprobación para su atención de su nuevo PCP.
- Y si está en medio de un plan de tratamiento, debe llamar a su nuevo PCP de inmediato. Su nuevo PCP debe conocer toda la atención que ha estado recibiendo. Él o ella pueden ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita.

Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)

No es necesario que consulte a su PCP antes de recibir servicios de salud conductual. Sin embargo, deberá recibir atención de alguien que esté en nuestra red. Si está recibiendo atención ahora, pregúntele a su proveedor si acepta BlueCare.

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

Antes de su visita:

1. Solicítele a su médico anterior que le envíe sus registros médicos a su nuevo proveedor. Ayudarán a su proveedor a conocer sus necesidades.
2. Tenga su tarjeta BlueCare a mano cuando llame para programar su cita con su nuevo proveedor.
3. Diga que es miembro de BlueCare y facilite su **número de identificación**. Infórmeles si tiene algún otro seguro.
4. Anote la fecha y el horario de su cita. Si es un paciente nuevo, es posible que el proveedor le solicite que se presente más temprano. Anote el horario en que le piden que se presente.
8. Haga una lista de las preguntas que desee hacerle a su proveedor. Enumere todos los problemas que tenga.
9. Si necesita trasladarse hasta el lugar de la cita y no tiene ninguna otra forma de llegar hasta allí, podemos ayudarlo con el traslado. Trate de llamar **al menos dos días hábiles** antes de su visita. La página 19 y la Parte 5 le brindan más información sobre cómo obtener un traslado.

El día de su cita:

1. Lleve todos sus medicamentos y la lista de preguntas con usted. De esta manera, su proveedor sabrá cómo ayudarlo.
2. Llegue puntualmente a la visita. Si no puede asistir a la cita, llame a su proveedor para acordar otra.
3. Lleve su tarjeta de identificación de BlueCare con usted. Es posible que su proveedor haga una copia de esta. Si tiene algún otro seguro, lleve también la tarjeta de identificación correspondiente con usted.
4. Pague su copago si tiene uno. Puede encontrar más información sobre los copagos en la Parte 4 de este manual.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias, llámenos al **800-468-9698**. O bien, si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias, llámenos al **800-468-9698**. Es una llamada gratuita.

Especialistas

Un **especialista** es un médico que brinda atención para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico que estudia el corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo que trata el cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.

Su PCP podría enviarlo a un especialista para recibir atención de la salud. Esto se denomina **referido**. Si su PCP desea que usted consulte a un especialista, este programará la cita con el especialista para usted.

Si el especialista no está en nuestra red de proveedores, su PCP debe obtener nuestra aprobación primero. Si tiene copagos, su copago es el mismo incluso si el especialista está fuera de la red.

IMPORTANTE: No puede acudir a un especialista sin la derivación de su PCP. Solo pagaremos una visita al especialista si su PCP lo remite.

Sin embargo, **no** es necesario que primero consulte a su PCP para consultar a un médico de salud de la mujer para realizarse chequeos de bienestar femenino o recibir atención prenatal. Un médico de salud de la mujer se denomina obstetra/ginecólogo. El especialista en salud de la mujer aún debe estar en nuestra red. Encontrará más información sobre la atención de la salud de la mujer en la Parte 2 de este manual.

Y recuerde que **no** es necesario que primero consulte a su PCP para consultar a un proveedor de salud conductual para recibir servicios de salud mental, y por abuso de alcohol o sustancias.

Atención hospitalaria

Si necesita atención hospitalaria, su PCP o proveedor de salud conductual la coordinará.

Debe tener la aprobación de su PCP para recibir atención hospitalaria.

A menos que sea una emergencia, solo pagaremos la atención hospitalaria si su PCP lo envía.

Emergencias de salud física

Siempre lleve consigo su tarjeta de BlueCare. En caso de emergencia, los médicos sabrán que usted tiene TennCare. Puede obtener atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite.

Las emergencias son momentos en los que podría haber un grave peligro o daño a su salud si no recibe atención de la salud de inmediato. Consulte la Parte 9 de este manual para obtener una definición completa de una emergencia.

Las emergencias pueden ser cosas como:	Por lo general, no son emergencias:
<ul style="list-style-type: none">• Falta de aire, incapacidad para hablar• Un corte grave, hueso roto o una quemadura• Sangrado que no se detiene• Dolor de pecho intenso que no desaparece• Dolor de estómago intenso que no se detiene• Convulsiones que hacen que alguien se desmaye• No poder mover las piernas o los brazos• Una persona que no se despierta• Sobredosis de drogas	<ul style="list-style-type: none">• Dolor de garganta• Resfríos o gripe• Dolor en la parte inferior de la espalda• Dolor de oído• Dolor de estómago• Cortes pequeños, no profundos• Hematomas• Dolor de cabeza, a menos que sea muy intenso y como nunca antes lo haya tenido• Artritis

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencia más cercana. En caso de emergencia, puede ir a un hospital que no esté en la red de proveedores. Si no puede llegar a la sala de emergencia, llame al 911 o a su servicio de ambulancia local.

Si no está seguro si se trata de una emergencia, llame a su PCP. Puede llamar a su PCP en cualquier momento. Su PCP puede ayudarlo a obtener cuidado de emergencia si lo necesita.

Si necesita cuidado de emergencia, no tiene que obtener una aprobación de nadie antes de recibirlo.

Después de que la sala de emergencias lo trate por la emergencia, también recibirá la atención que el médico le diga que necesita para mantenerse estable. Esto se denomina atención posestabilización.

Después de recibir cuidado de emergencia, debe informar a su PCP. Su PCP debe estar al tanto de la emergencia para ayudarlo con la atención de seguimiento más adelante.

Debe llamar a su PCP dentro de las 24 horas de recibir cuidado de emergencia.

Emergencias de salud mental

Puede obtener ayuda para una emergencia de salud mental o trastorno por uso de sustancias en cualquier momento, incluso si está lejos de su hogar. Y no es necesario que obtenga la aprobación de nadie antes de recibir cuidado 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 al centro de 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 emergencia de inmediato. ¿Qué sucede si no sabe dónde se encuentra su centro de crisis de salud mental más cercano? Llame a Servicios para crisis de salud mental al 988 de inmediato. Estas llamadas son gratis.

O bien, puede llamar a su proveedor. Su proveedor puede ayudarlo a obtener cuidado de emergencia si lo necesita. TennCare paga las emergencias de salud mental, incluso si el médico o el hospital no forman parte de la red de proveedores.

Las emergencias son momentos en los que podría haber un grave peligro o daño a su salud o a la de otra persona si no recibe ayuda de inmediato. Consulte la Parte 9 de este manual para obtener una definición completa de una emergencia.

Las emergencias pueden ser cosas como:

- Planar lastimarse
- Pensar en lastimar a otra persona

Por lo general, no son emergencias:

- Necesitar resurtir una receta
- Sentimientos de depresión o ansiedad sin ser un peligro para usted o para los demás

Si tiene este tipo de emergencia:

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org
- Vaya al centro de crisis de salud mental o sala de emergencia sin cita previa más cercano de inmediato o
- O bien, llame al 911. Estas llamadas son gratis.

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
- Vaya a la sala de emergencia más cercana
- Llame al 911 o

Para comunicarse directamente con una agencia:

- Youth Villages
 - (866) 791-9221 (norte central, TN)
 - (866) 791-9222 (sur central, TN)
 - (866) 791-9227 (oeste rural TN)
 - (866) 791-9226 (región de Memphis)
 - (866) 791-9224 (región este)
 - (866) 791-9225 (región sureste)
- Mental Health Cooperative
 - (615) 726-0125 (condado de Davidson)
- Frontier Health
 - (877) 928-9062 (noreste, TN)
- McNabb Center
 - (865) 539-2409 (este, TN)

Youth Villages, Frontier Health, Helen Ross McNabb y Mental Health Co-operative ofrecen servicios de crisis en todo el estado para niños menores de 18 años. Si acude a la sala de emergencia, es posible que alguien de una de estas agencias de su área lo ayude a evaluar la necesidad de atención de su hijo.

Si tiene problemas para comunicarse con alguien al número que figura en su área, llame al **800-468-9698**. Le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratis.

Siempre lleve consigo su tarjeta de BlueCare. En caso de emergencia, los médicos sabrán que usted tiene TennCare.

Después de que la sala de emergencia lo trate por la emergencia, también recibirá la atención que el médico le diga que necesita para mantenerse estable. Esto se denomina atención posestabilización.

Después de recibir cuidado de emergencia, debe informar a su proveedor. Su proveedor debe estar al tanto de la emergencia para ayudarlo con la atención de seguimiento más adelante. **Debe llamar a su proveedor dentro de las 24 horas de recibir cuidado de emergencia.**

Cuidado de emergencia lejos del hogar

El cuidado de emergencia lejos del hogar funciona como si estuviera en casa. **En caso de emergencia**, puede ir a un hospital fuera de la red. Diríjase a la sala de emergencia más cercana o llame al 911. Si tiene una emergencia de salud mental o por abuso de alcohol o drogas, puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** o chatear con **988lifeline.org**. Aún debe llamar a su PCP y plan de salud dentro de las 24 horas de recibir el cuidado de emergencia fuera de su hogar.

Muestre su tarjeta de identificación de BlueCare cuando reciba el cuidado de emergencia. Pídale al personal de la sala de emergencia que envíe la factura a BlueCare. Si se niegan, pregunte si le enviarán la factura a su hogar. O si tiene que pagar la atención, obtenga un recibo.

Cuando llegue a su casa, llámenos al **800-468-9698** e infórmenos que tuvo que pagar por su atención médica o que tiene una factura pendiente. Trabajaremos con usted y el proveedor para presentar una reclamación por su atención.

IMPORTANTE: TennCare y BlueCare solo pagarán el cuidado de emergencia fuera del hogar que se obtenga dentro de los Estados Unidos. No podemos pagar la atención que recibe fuera del país.

Parte 2: Servicios que paga TennCare

Paquete de beneficios

No todas las personas en TennCare tienen los mismos beneficios. Los beneficios que están cubiertos para usted dependen del grupo en el que se encuentre.

La tarjeta que reciba tendrá un indicador de beneficios en el frente. Le indica en qué grupo se encuentra y los beneficios que están cubiertos para usted según su grupo. Su indicador de beneficios puede ser diferente al de otros miembros de su familia. Si su tarjeta **no** tiene un indicador de beneficios en el frente, puede averiguar qué beneficios tiene en los cuadros a continuación. O llámenos al **800-468-9698**.

Menores de 21 años

Vaya a las páginas 32 a 35 para obtener la lista de beneficios de los grupos A y H.

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

Adultos mayores de 21 años con TennCare Medicaid

Vaya a las páginas 35 a 39 para consultar la lista de beneficios para los grupos B, E, J y L.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
B	<ul style="list-style-type: none">• Mayor de 21 años y• No tiene Medicare y• No recibe atención a largo plazo.
E	<ul style="list-style-type: none">• Mayor de 21 años y• No tiene Medicare y• Recibe atención a largo plazo que no sea CHOICES o ECF CHOICES.
J	<ul style="list-style-type: none">• Mayor 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 de atención institucional.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
L	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor 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 está en riesgo de colocación institucional.

Puede encontrar más información sobre TennCare CHOICES y Employment and Community First CHOICES en la Parte 3 de este manual.

Adultos mayores de 21 años con TennCare Medicaid y Medicare

Vaya a las páginas 40 a 43 para consultar la lista de beneficios para los grupos F, G, K y M.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
F	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 21 años y • Tiene Medicare y • No recibe atención a largo plazo.
G	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 21 años y • Tiene Medicare y • Recibe atención a largo plazo que no sea CHOICES o ECF CHOICES.
K	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 21 años y • Tiene Medicare y • Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 1 o 2 o ECF CHOICES* y cumple con el nivel de atención institucional.
M	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor 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 está en riesgo de colocación institucional.

*Puede encontrar más información sobre TennCare CHOICES y Employment and Community First CHOICES en la Parte 3 de este manual.

Los grupos de servicios están marcados **A a M**. Puede encontrar una lista de servicios para cada grupo en las páginas siguientes. Algunos de estos servicios tienen límites. Esto significa que TennCare pagará solo un determinado monto de esta atención. Los servicios que se clasifican **como médicamente necesarios** significan que usted puede recibir esos servicios si su médico, su plan de salud y TennCare están de acuerdo en que los necesita.

Si tiene preguntas acerca de los servicios de atención de la salud física o conductual que puede recibir, llámenos al **800-468-9698**. O llame a TennCare Connect al **855-259-0701**.

Beneficios para menores de 21 años

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

Todos los servicios cubiertos por TennCare deben ser médicamente necesarios según se define en las reglas de TennCare. La definición de médicamente necesario se encuentra en la Parte 9 de este manual.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos y las exclusiones, visite:

<https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20240807.pdf>

Paquetes de beneficios A y H (menores de 21 años)

Servicios de TennCare	A	H
Servicios ante crisis de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura Esta atención no está cubierta por Medicare.
Tratamiento comunitario intensivo de salud conductual	Con cobertura	Con cobertura Esta atención no está cubierta por Medicare.
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.

Servicios de TennCare	A	H
Beneficios de CHOICES (Atención en un centro de enfermería y determinados servicios en el hogar y la comunidad) (Home and Community Based Services, HCBS)	Se cubre la atención en un centro de enfermería. CHOICES HCBS no está cubierto.	La atención en un centro de enfermería está cubierta, pero Medicare es primario para los servicios en un centro de enfermería especializado. CHOICES HCBS NO está cubierto
Servicios de clínicas de salud comunitarias	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios dentales	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) (para menores de 21 años) (TennCare Medicaid)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Beneficios de Employment and Community First CHOICES (ECF) (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios) Para obtener más información, consulte Employment and Community First CHOICES en la Parte 3 de este manual.	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES.

Servicios de TennCare	A	H
Servicios de salud domiciliarios	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Atención en un centro de cuidados paliativos (debe ser proporcionada por un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Beneficios de trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados, residenciales y ambulatorios	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Suministros médicos	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Transporte para casos que no sean de emergencia, incluido el transporte en ambulancia	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Atención en un centro de enfermería (CHOICES)	Con cobertura	La atención en un centro de enfermería está cubierta, pero Medicare es primario para los servicios en un centro de enfermería especializado.
Terapia ocupacional	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.

Servicios de TennCare	A	H
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos de donantes	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios ambulatorios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de farmacia	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Exámenes físicos y controles, servicios de diagnóstico y tratamiento (TennCare Standard)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios médicos (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Enfermería privada	Con cobertura	Con cobertura Esta atención no está cubierta por Medicare.
Servicios en centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura	Con cobertura Esta atención no está cubierta por Medicare.
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.

Servicios de TennCare	A	H
Cirugía reconstructiva de mama (consulte Salud y embarazo de la mujer para obtener más información)	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de diálisis renal	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.
Servicios de terapia del habla	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario. Debe ser proporcionado por un terapeuta del habla con licencia para restaurar el habla. Debe haber progreso médico continuo después de una pérdida o deterioro. De igual manera, la pérdida o la disfunción no deben ser causadas por un trastorno mental, psiconeurótico o de la personalidad.
Servicios para la vista	Con cobertura	Cubierto, pero Medicare es el primario.

Beneficios para adultos de 21 años o más

Hay 10 paquetes de beneficios diferentes para adultos de 21 años y mayores que tienen TennCare. Consulte su tarjeta TennCare para averiguar qué paquete de beneficios tiene.

Todos los servicios cubiertos por TennCare deben ser médicamente necesarios, según se define en las reglas de TennCare. La definición de médicamente necesario se encuentra en la Parte 9 de este manual.

Para obtener más información sobre los servicios cubiertos y las exclusiones, visite:

<https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20240807.pdf>

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

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios de crisis de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Tratamiento comunitario intensivo de salud conductual	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de clínicas de salud comunitarias	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Los beneficios de CHOICES (atención en un centro de enfermería y ciertos servicios en el hogar y la comunidad [Home and Community Based Services, HCBS]). Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual.	Sin cobertura	Sin cobertura	Cubierto solo para individuos inscritos en CHOICES	Cubierto solo para individuos inscritos en el Grupo 3 de CHOICES y limitado solo a los HCBS del Grupo 3. La atención en centros de enfermería especializada no está cubierta.

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios dentales	Cubierto con limitaciones.	Cubierto con limitaciones.	Cubierto con limitaciones.	Cubierto con limitaciones.
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de Employment and Community First CHOICES (ECF) (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios)	Sin cobertura	Sin cobertura	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES
Servicios de salud domiciliarios	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Atención en un centro de cuidados paliativos (debe ser proporcionada por un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para trastornos por uso de sustancias en pacientes hospitalizados y ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Suministros médicos	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Transporte que no sea de emergencia	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Terapia ocupacional	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos de donantes	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios ambulatorios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de farmacia	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto: sin límite	Cubierto: sin límite	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios médicos (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Enfermería privada	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Servicios en centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Cirugía reconstructiva de mama (consulte Salud y embarazo de la mujer para obtener más información)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia del habla	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios para la vista	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.

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

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios de crisis de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención
Tratamiento comunitario intensivo de salud conductual	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención
Servicios quiroprácticos	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios de clínicas de salud comunitarias	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario

Servicios de TennCare	F	G	K	M
<p>Los beneficios de CHOICES (atención en un centro de enfermería y ciertos servicios en el hogar y la comunidad [Home and Community Based Services, HCBS]).</p> <p>Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual.</p>	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura Medicare es primario para la atención en un centro de enfermería especializado.	Cubierto solo para individuos inscritos en el Grupo 3 de CHOICES y limitado solo a los HCBS del Grupo 3. La atención en centros de enfermería especializada no está cubierta. Medicare cubre la atención en centros de enfermería especializada.
Servicios dentales	Cubierto con límites, pero Medicare es primario	Cubierto con límites, pero Medicare es primario	Cubierto con límites, pero Medicare es primario	Cubierto con límites, pero Medicare es primario
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Beneficios de Employment and Community First CHOICES (ECF) (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios) Para obtener más información, consulte ECF CHOICES en la Parte 3 de este manual.	Sin cobertura	Sin cobertura	Cubierto para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES.
Servicios de salud domiciliarios	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Atención en un centro de cuidados paliativos (debe ser proporcionada por un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios para trastornos por uso de sustancias en pacientes hospitalizados y ambulatorios	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Suministros médicos	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Transporte que no sea de emergencia	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Terapia ocupacional	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos de donantes	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios ambulatorios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios de farmacia	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare
Servicios de fisioterapia	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios médicos (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Enfermería privada	Cubierto con limitaciones. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Servicios en centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención	Con cobertura Medicare no cubre esta atención
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Cirugía reconstructiva de mama (consulte Salud y embarazo de la mujer para obtener más información)	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios de diálisis renal	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario
Servicios de terapia del habla	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario	Con cobertura Medicare es primario

Servicios de TennCare	F	G	K	M
Servicios para la vista	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.

Paquetes de beneficios C y D (adultos mayores de 21 años con TennCare Standard)¹

Servicios de TennCare	C	D
Servicios de crisis de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura
Tratamiento comunitario intensivo de salud conductual	Con cobertura	Con cobertura
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de clínicas de salud comunitarias	Con cobertura	Con cobertura
Los beneficios de CHOICES (atención en un centro de enfermería y ciertos servicios en el hogar y la comunidad [Home and Community Based Services, HCBS]).	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios dentales	Cubierto con limitaciones.	Cubierto con limitaciones.
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de TennCare	C	D
Beneficios de Employment and Community First CHOICES (ECF) (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios)	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de salud domiciliarios	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Atención en un centro de cuidados paliativos (debe ser proporcionada por un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para trastornos por uso de sustancias en pacientes hospitalizados y ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura	Con cobertura
Suministros médicos	Con cobertura	Con cobertura
Transporte que no sea de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Terapia ocupacional	Con cobertura	Con cobertura
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos de donantes	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de TennCare	C	D
Servicios ambulatorios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de farmacia	Sin cobertura	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios médicos (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura	Con cobertura
Enfermería privada	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.
Servicios en centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Con cobertura	Con cobertura
Cirugía reconstructiva de mama (consulte Salud y embarazo de la mujer para obtener más información)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia del habla	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de TennCare	C	D
Servicios para la vista	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.	Cubierto con limitaciones. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 46.

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

Atención con límites

Los beneficios para menores de 21 años están cubiertos como médicamente necesarios. Pero algunos beneficios de TennCare funcionan de manera diferente para los adultos de 21 años o más. Estos tipos de atención y medicamentos tienen límites para adultos de 21 años o más:

1. **Medicamentos recetados**
2. **Inyecciones en el punto reflexógeno**
3. **Bloqueos de nervios mediales utilizados para diagnosticar la causa del dolor de espalda**
4. **Inyecciones epidurales**
5. **Exámenes de detección de drogas en orina**
6. **Servicios médicos en el hogar o enfermería privada**
7. **Servicios para la vista**
8. **Servicios dentales**
9. **Tratamiento residencial o para pacientes hospitalizados por servicios para el trastorno por uso de sustancias**

1. Medicamentos recetados

La mayoría de las personas, pero no todas las que tienen TennCare, tienen beneficios de farmacia. Si también tiene Medicare, hay un mensaje importante para usted en la casilla 49.

Los menores de 21 años que tienen beneficios de farmacia a través de TennCare **no** tienen un límite en la cantidad de recetas que TennCare pagará cada mes. Y algunos adultos que reciben atención a largo plazo que paga TennCare tampoco tienen un límite mensual en las recetas. Esto incluye:

- Personas que reciben atención en una residencia de cuidados especializados
- Personas que reciben atención en un centro para personas con discapacidades intelectuales (denominado centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales) o ICF/IID.
- Personas que reúnen los requisitos para recibir atención en una residencia de cuidados especializados o ICF/IID, pero reciben atención domiciliaria en su lugar

Sin embargo, la **mayoría** de los adultos que tienen TennCare tienen un límite en la cantidad de recetas de marca que TennCare pagará cada mes. TennCare Medicaid solo pagará 2 recetas o resurtidos de marca por mes. No hay un límite en la cantidad de recetas genéricas que TennCare cubrirá cada mes. TennCare comenzará a contabilizar sus recetas y resurtidos el primer día de cada mes. Este límite incluye recetas para atención de la salud física.

¿Cómo sé si TennCare cubre mis medicamentos recetados?

TennCare tiene una lista de medicamentos recetados llamada **Lista de medicamentos preferidos** o **PDL (Preferred Drug List)**. La PDL es una lista de medicamentos que cubre TennCare.

- Hay medicamentos de marca y medicamentos genéricos en la Lista de medicamentos preferidos. La mayoría de los adultos de TennCare tienen copagos para medicamentos recetados. Puede encontrar más información sobre los copagos en la Parte 4.

Puede obtener muchos de estos medicamentos en su farmacia con una receta de su médico. Sin embargo, algunos de estos medicamentos deben tener la aprobación del Programa de Farmacia TennCare antes de que pueda obtenerlos. Esta autorización se llama **Autorización previa** o **PA (Prior Authorization)**. Su médico debe solicitar una PA para algunos de los medicamentos de la lista. A veces, su médico puede cambiar su receta por un medicamento que no necesita una PA. Pero si su médico dice que debe tener un medicamento que necesita una aprobación, debe solicitar una PA.

¿Qué sucede si necesito más de 2 recetas o resurtidos de marca por mes?

Hay listas de medicamentos que no cuentan para su límite. Estas listas se denominan **Listas de exención automáticas** (las tiendas de medicamentos las denominan "Exención automática" y "Certificación del recetador").

Los medicamentos de estas listas están exentos (no cuentan) del límite. Después de haber recibido **2** recetas de marca en 1 mes, aún puede obtener medicamentos de las **Listas de exención automáticas**. Las listas pueden cambiar. Sin embargo, TennCare y su farmacia se asegurarán de que los medicamentos de las listas más actuales **no** se tengan en cuenta para su límite.

¿Necesita averiguar si los medicamentos que toma están en estas listas? **Consulte** a su médico o a la farmacia. Para ver la lista más actualizada, puede usar Internet. Visite el sitio web de OptumRx/TennCare en <https://contenthub-aem.optumrx.com/content/dam/contenthub/onboarding/assets/TennCare/AutoExempt-Attestation-Drug-List.pdf>. O llame a TennCare Connect al **855-259-0701**. Pida que le envíen una copia por correo.

IMPORTANTE: Recuerde que algunos medicamentos necesitan la aprobación de TennCare incluso **antes** de que supere su límite. Eso es un tipo diferente de aprobación llamada **Autorización Previa** o **PA**. Los medicamentos de las Listas de exención automáticas también pueden necesitar una **PA**. Si es así, necesitará **ambas** aprobaciones para obtener un medicamento en las **Listas de exención automáticas**. Su médico puede ayudarle a obtener ambas aprobaciones si las necesita.

¿Qué sucede si un medicamento de las Listas de exención automáticas necesita una **PA** y **no** tiene una? Entonces, TennCare aún **no** pagará el medicamento. Si su médico solicita una **PA** y la rechazamos, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué. Se le indicará cómo puede apelar si cree que cometimos un error.

Consejos útiles:

- Si el medicamento que está tomando supera su límite, pregúntele a su médico si **necesita** todos los medicamentos que está tomando. Si lo hace, pídale a su farmacia que lo ayude a elegir los medicamentos más costosos. Todos los meses, abastézcalos primero para que TennCare los pague.
- Consulte a su médico o a la farmacia para averiguar si su medicamento está en las Listas de exención automáticas.
- Pídale a su médico que le recete medicamentos que estén en la PDL.
- Pídale a su médico que le recete medicamentos genéricos siempre que pueda.
- Pregúntele a su médico si su receta necesita una PA antes de ir a la farmacia.

Si tiene preguntas sobre su **cobertura de medicamentos recetados de TennCare**, llame a la mesa de ayuda de farmacia de TennCare al **888-816-1680**. Es una llamada gratuita.

Si tiene preguntas sobre sus medicamentos recetados, llame primero a su médico.

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos recetados, consulte la Parte 5 de este manual.

Información si tiene Medicare

Importante si tiene Medicare:

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

Recibe su medicamento recetado de la Parte D de Medicare, no del Programa de Farmacia de TennCare.

¿Es usted un menor de 21 años y tiene Medicare?

Usted obtiene la mayor parte de su medicamento recetado de la Parte D de Medicare. TennCare **no** paga el copago por los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare. TennCare **solo** pagará sus medicamentos recetados si:

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

La Parte 4 de este manual le brinda más información sobre cómo trabaja TennCare con Medicare.

2. Inyecciones en el punto reflexógeno

El medicamento se administra con una aguja en los músculos que están “anudados” o muy tensos. TennCare solo pagará **4 inyecciones en el punto reflexógeno para cada grupo muscular cada 6 meses** para adultos mayores de 21 años. Un grupo muscular se refiere a los músculos de una determinada área del cuerpo, como los músculos que conforman la parte superior del brazo o la espalda. Contaremos cada vez que reciba una inyección en un grupo muscular durante 6 meses consecutivos.

¿Qué sucede si recibe inyecciones con puntos reflexógenos en 2 grupos musculares, como en la parte superior del 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 nerviosos mediales utilizados para diagnosticar (determinar) la causa del dolor de espalda

El medicamento anestésico se administra con una aguja cerca de los nervios que están a cada lado de la columna vertebral. TennCare solo pagará **4 bloqueos de nervios mediales por año** administrados para diagnosticar el motivo del dolor de espalda. Comenzaremos a contar el 1 de enero y dejaremos de contar el 31 de diciembre. Cada año pagaremos hasta 4 bloqueos de nervios mediales de diagnóstico.

4. Inyecciones epidurales

El medicamento se administra con una aguja alrededor de la columna vertebral. TennCare solo pagará **3 inyecciones epidurales cada 6 meses** para adultos de 21 años en adelante.

Contaremos cada uno que reciba durante 6 meses consecutivos. **Sin embargo**, TennCare aún pagará las inyecciones epidurales que necesiten las mujeres durante el parto.

5. Exámenes de detección de drogas en orina

Estas son pruebas de drogas que buscan la presencia de sustancias ilegales o controladas en su orina. Las sustancias controladas son recetas que se pueden usar indebidamente, como Lortab[®], Kadian[®] (morfina) y OxyContin[®]. TennCare solo pagará **24 exámenes de detección de drogas en orina por año** para adultos de 21 años en adelante.

En este momento, TennCare paga 24 análisis de orina para la detección de drogas por año. TennCare también paga 12 pruebas de confirmación de drogas en orina por año. "Confirmación" significa si su prueba es "positiva" para sustancias ilegales o controladas. TennCare pagará para volver a verificar el resultado 12 veces al año. **TennCare seguirá pagando 24 pruebas de detección de drogas en orina y 12 pruebas de confirmación de drogas en orina por año.**

Pero, a veces, es posible que su proveedor necesite un análisis de orina para averiguar qué tipo de medicamento(s) está tomando. O bien, para las recetas, es posible que su proveedor necesite un análisis de orina para asegurarse de que usted recibe la cantidad correcta. Cuando su proveedor solicita este tipo de prueba, se denomina prueba de detección de drogas en orina específica. **TennCare solo pagará 12 pruebas específicas de drogas en orina por año.**

6. Servicios médicos en el hogar o enfermería privada

Los servicios de enfermería privada y los servicios de atención de la salud a domicilio están cubiertos como medicamento necesarios para menores de 21 años. Pero estos servicios funcionan de manera diferente para los adultos de 21 años en adelante.

Servicios de enfermería privada

Los servicios de enfermería privada son servicios de enfermería solo para personas que requieren 8 horas o más de enfermería continua de un enfermero con licencia en un período de 24 horas. Una persona que solo necesita servicios especializados intermitentes no califica para servicios de enfermería privada.

TennCare **no** cubrirá los servicios de enfermería privada (Private Duty Nursing, PDN) para adultos de 21 años o más **a menos que:**

- Dependencia de un respirador durante al menos 12 horas al día.
- **O** bien, tenga una traqueotomía en funcionamiento **y** también necesite otros tipos de atención de enfermería.

Para su seguridad, para obtener servicios de enfermería privada, debe tener un familiar u otra persona que pueda:

- Cuidarlo cuando el personal de enfermería privada no está con usted
- Y se ocupará de sus otras necesidades que no sean de enfermería.

Si reúne los requisitos para la PDN, **su enfermero solo podrá acompañarlo a las citas con el médico, la escuela y el trabajo.** Si bien el personal de enfermería puede acompañarlo a estos lugares, no puede llevarlo allí. Las reglas de TennCare establecen que su enfermero **no puede** llevarlo a ningún lugar.

¿Qué sucede si necesita atención en su hogar, pero no califica para los servicios de enfermería privada? Es posible que aún pueda recibir atención en su hogar. Esta atención se denomina atención médica a domicilio.

Atención médica a domicilio

Existen 2 tipos de atención médica a domicilio: Enfermería para la salud a domicilio y asistencia médica a domicilio. Existen límites en la cantidad de atención de enfermería para la salud a domicilio y asistencia médica a domicilio que puede obtener.

Atención de enfermería para la salud a domicilio a tiempo parcial e intermitente

Un enfermero de atención domiciliaria es alguien que puede visitarlo en su hogar para brindarle atención de la salud.

TennCare **solo** pagará lo siguiente:

- Hasta 1 visita de enfermería por día
- Cada visita debe durar menos de 8 horas
- Además, no más de 27 horas de atención de enfermería por semana (30 horas por semana si califica para recibir atención en una residencia de cuidados especializados)

Asistencia médica a domicilio

Un asistente médico a domicilio es alguien que lo ayuda con ciertas cosas que no puede hacer solo (como comer o bañarse).

TennCare **solo** pagará lo siguiente:

- Hasta 2 visitas del asistente médico a domicilio por día

- No más de 8 horas de atención del asistente médico a domicilio por día
- Además, no más de 35 horas a la semana de atención médica a domicilio (40 horas a la semana si califica para recibir atención en una residencia de cuidados especializados)

¿Qué sucede si necesita ambos: atención de enfermería y asistencia médica a domicilio?

TennCare **solo** pagará lo siguiente:

- Hasta 1 visita de enfermero por día
- Hasta 2 visitas diarias de un asistente médico a domicilio.
- No más de 8 horas de atención de enfermería y asistencia médica a domicilio **combinadas** cada día
- No más de 27 horas de atención de enfermería por semana (30 horas por semana si reúne los requisitos para recibir atención en una residencia de cuidados especializados)
- No más de 35 horas **combinadas** de atención de enfermería y asistencia médica a domicilio por semana (40 horas por semana si es elegible para recibir atención en una residencia de cuidados especializados)

TennCare **solo** pagará los servicios de enfermería si necesita atención que solo un enfermero puede brindar (atención que no puede brindar un asistente). Esto es atención como alimentación por sonda o cambio de vendas. TennCare **no** pagará por un enfermero si el único motivo por el que necesita un enfermero es porque es **posible** que deba tomar medicamentos. El enfermero **solo** permanecerá con usted mientras necesite atención de **enfermería**.

7. Servicios para la vista

Para los adultos mayores de 21 años, los servicios oftalmológicos se limitan a la evaluación médica y el manejo de afecciones y trastornos del ojo. Se cubre el primer par de anteojos para cataratas o lentes de contacto/lentes después de una cirugía de cataratas.

8. Servicios dentales

Para adultos mayores de 21 años, consulte su Manual del administrador de beneficios dentales (Dental Benefits Manager, DBM) para conocer los límites.

9. Tratamiento residencial o para pacientes hospitalizados por trastornos por uso de sustancias

TennCare cubre servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados o residenciales. Los centros de tratamiento con más de 16 camas se denominan Instituciones para Enfermedades Mentales o "IMD". Para adultos de 21 a 64 años, el tratamiento de trastornos por uso de sustancias en centros de IMD se limita a 30 días por año.

Servicios sustitutivos

BlueCare ofrece ciertos servicios que son sustituciones médicamente apropiadas y rentables para los servicios cubiertos por TennCare. Estos se denominan "servicios sustitutivos". BlueCare ofrece los siguientes servicios sustitutivos:

- Servicios en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados
- Mangas de presión arterial para mujeres embarazadas o posparto
- Días de tratamiento adicionales, hasta 15 días por mes, para servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias para adultos de 21 a 64 años en Instituciones para Enfermedades Mentales (además de los 30 días por año cubiertos por TennCare).

Los servicios sustitutivos están cubiertos cuando son médicamente necesarios para usted según su afección médica. Para obtener más información sobre los servicios sustitutivos, puede llamar a BlueCare.

Otros servicios de TennCare

1. Programa de Servicios y asistencia a largo plazo de TennCare CHOICES

El programa TennCare CHOICES, que significa Opciones de servicios y ayuda a largo plazo o CHOICES para abreviar, está orientado a adultos (a partir de 21 años) con discapacidad física y personas mayores (a partir de 65 años). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propia casa o en la comunidad. Estos servicios se denominan Servicios basados en el hogar y la comunidad (**H**ome and **C**ommunity **B**ased **S**ervices, 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 ofrece atención en un centro de cuidados si es necesario. Encontrará más información sobre CHOICES en la Parte 3 de este manual.

2. 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 (intellectual or developmental disability, I/DD). Esto incluye a personas que tienen discapacidades significativas.

Los servicios ayudan a las personas a vivir con su familia o en la comunidad, no en una institución. Los servicios residenciales están disponibles 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. Este podría ser un trabajo a tiempo parcial, un trabajo a tiempo completo o un trabajo por cuenta propia. Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades, conocer nuevas personas y desempeñar un papel importante en sus comunidades. El trabajo también puede ayudar a las personas a mantenerse saludables 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 ayudan a las personas a alcanzar sus objetivos. Si una persona vive en casa con su familia, los servicios ayudan a la familia a apoyar a la persona para que sea lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a involucrarse activamente en sus comunidades e incluyen apoyo de pares para la persona y para su familia.

Encontrará más información sobre Employment and Community First CHOICES en la Parte 3 de este manual.

3. Verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV)

Las leyes federales establecen que cualquier persona que proporcione ciertos tipos de atención pagada por Medicaid **DEBE** usar un sistema electrónico para registrar la atención que proporciona. Esto se denomina **verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV)**. Algunos de los servicios como los servicios de atención médica a domicilio y de atención personal deben usar la EVV. La **EVV** es una manera de asegurarse de que reciba los servicios de Medicaid que tiene aprobados. El sistema EVV recopila y registra información cada vez que su cuidador remunerado acude a brindarle atención. La ley dice que un sistema **EVV DEBE usarse para registrar TODO lo siguiente:**

- 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 los servicios)
- La fecha en la que recibió la atención
- Dónde se proporcionó la atención
- La hora a la que comenzó
- La hora a la que terminó

¿Cómo usarán la EVV sus cuidadores remunerados?

Su proveedor de servicios de atención personal y salud en el hogar elegirá cómo su cuidador remunerado informa la información. Las herramientas de informes pueden incluir una aplicación móvil en un teléfono inteligente o tableta. **Solo** su cuidador remunerado debe usar el sistema EVV. Esto no es para usted.

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 se seguirá proporcionando donde la recibe ahora

¿Con quién puede hablar si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre la EVV o la forma en que su cuidador remunerado informa la información, llame a su proveedor de servicios de atención médica a domicilio y de atención personal.

4. Tecnología de rehabilitación compleja (equipo especial para personas con problemas para desplazarse debido a una lesión o discapacidad)

BlueCare paga equipos especiales que ayudan a las personas con lesiones o discapacidades a moverse mejor. Este equipo se denomina tecnología de rehabilitación compleja (complex rehabilitation technology, CRT). Es parte del beneficio de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). La ley de Tennessee se asegura de que este equipo se revise cada año para detectar cualquier problema y se arregle cuando necesite reparaciones.

¿Necesita ver a un médico en persona para hablar sobre su TRC, pero no puede hacerlo debido a una lesión o discapacidad? La ley establece que los médicos tienen que ofrecerle una visita por video o llamada telefónica.

¿Tiene preguntas sobre el CRT o necesita más información? Llame a <MCO – if you have phone number, insert here>.

5. Servicios especiales

Algunos servicios están cubiertos por TennCare **solo en casos especiales**. Estos servicios incluyen:

- **Salud de la población**
- **Atención en un Centro de cuidados paliativos**
- **Esterilización**
- **Aborto**
- **Histerectomía**

Puede encontrar más información sobre estos servicios a continuación.

Salud de la población

Los servicios de Salud de la población le brindan información sobre cómo mantenerse saludable. Si tiene una enfermedad en curso o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de Salud de la población pueden ayudarlo a hacer cosas como las siguientes:

- Comprender su enfermedad y cómo sentirse mejor.
- Ayudarlos a usted o a su hijo a encontrar un proveedor de atención primaria y llegar a sus citas.
- Desarrollar un plan de atención basado en el consejo de su médico o del médico de su hijo para necesidades médicas y de salud conductual.
- Asociarse con usted para coordinar la atención con otros proveedores de atención de la salud.
- Tener un embarazo y un parto saludables.
- Ayuda para obtener sus medicamentos con receta.
- Ayudarlos a usted o a su hijo a mantenerse fuera del hospital al recibir atención en la comunidad.
- Identificar organizaciones comunitarias que puedan proporcionar apoyo y recursos no médicos para mejorar su salud y bienestar o el de su hijo.
- Ayudarlo con los cambios en el estilo de vida que desea hacer, como dejar de fumar o controlar su peso.
- Ayudar a explicar información de salud importante a usted o a sus médicos.

Los servicios de Salud de la población se brindan independientemente de que esté bien, tenga un problema de salud en curso o padezca un episodio de salud terrible. Los servicios de Salud de la población están disponibles para usted según sus riesgos de salud y la necesidad del servicio.

Salud de la población puede proporcionarle un administrador de la atención. Un administrador de la atención puede ayudarlo a obtener toda la atención que necesita. Es posible que pueda tener un administrador de la atención en los siguientes casos:

- Acude mucho a la sala de emergencias, o si tiene que ir mucho al hospital.
- Necesita atención de la salud antes o después de un trasplante.
- Tiene muchos médicos diferentes para diferentes problemas de salud.
- Tiene una enfermedad en curso con la que no sabe cómo lidiar.

Para saber si puede contar con un gestor de atención médica o si desea participar en los servicios de salud poblacional, usted (o alguien en su nombre) puede llamar a **BlueCare Population Health al 800-468-9698**.

Atención en un Centro de cuidados paliativos

La atención en un centro de cuidados paliativos es un tipo de atención de la salud para personas con enfermedades terminales. Debe utilizar un proveedor de cuidados paliativos que forme parte de nuestra red. Para obtener ayuda con la atención en un centro de cuidados paliativos, llámenos al 800-468-9698.

Esterilización

La esterilización es el tratamiento médico o la cirugía que le impide tener hijos. Para recibir este tratamiento, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un adulto de 21 años o mayor.
- Estar mentalmente estable y ser capaz de tomar decisiones sobre su salud.
- No estar en una institución psiquiátrica ni en prisión.
- Completar una documentación en la que otorgue su aprobación. Esto se denomina Formulario de consentimiento para esterilización. Debe completarlo con su proveedor.

Debe completar la documentación al menos 30 días antes de recibir el tratamiento. Pero en caso de emergencia, como un parto prematuro o una cirugía abdominal, puede completar la documentación al menos 72 horas antes de recibir el tratamiento.

Aborto

El aborto solo puede estar cubierto en casos limitados como, por ejemplo, si padece una enfermedad física que podría causarle la muerte si no se somete a un aborto.

Su médico debe completar un documento llamado Certificación de necesidad médica para el aborto.

Histerectomía

Una histerectomía es una cirugía médica que extirpa los órganos reproductivos. Se puede cubrir una histerectomía cuando se debe realizar para solucionar otros problemas médicos. Después de una histerectomía, no podrá tener hijos. Sin embargo, TennCare no pagará este tratamiento si lo recibe solo para no tener hijos. TennCare paga este tratamiento solo si es por un motivo cubierto y es médicamente necesario.

Se le debe informar oralmente y por escrito que someterse a una histerectomía significa que no podrá tener hijos. Debe firmar un documento llamado Formulario de acuse de recibo de histerectomía.

Atención preventiva: atención para mantenerse saludable

TennCare cubre la atención preventiva para adultos y niños. **La atención preventiva** le ayuda a mantenerse bien y detecta los problemas de salud en forma anticipada para que así puedan ser tratados.

NOTA: Incluso si tiene copagos por su atención de la salud, **no** tendrá copagos por la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:

- Chequeos para adultos y niños
- Atención para mujeres que esperan un bebé
- Atención para bebés sanos
- Vacunas y pruebas
- Información sobre anticonceptivos

Atención preventiva para adultos

Puede hacer algunas cosas para permanecer saludable:

- Manténgase activo.
- Aliméntese bien.
- Haga ejercicio.
- Tome los medicamentos según lo indique el médico.
- No beba alcohol ni use drogas.
- Realícese autoexámenes.
- No fume.
- Realice visitas de control regulares.

Puede acudir a su PCP para que le realice un examen físico para mantenerse saludable. Su PCP puede considerar conveniente realizar pruebas para asegurarse de que usted está en buenas condiciones. Algunas de estas pruebas son para controlar lo siguiente:

- Colesterol
- Azúcar en sangre
- Cáncer rectal y de colon
- VIH y SIDA
- Endurecimiento óseo (osteoporosis)
- Problemas cardíacos (electrocardiograma)
- Tiroides
- Tuberculosis
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Visitas de control para mujeres (prueba de Papanicolaou y mamografía)

También puede vacunarse en su chequeo. Estas vacunas se denominan **vacunas**. Algunas de estas vacunas pueden ser para:

- Tétanos
- Hepatitis B
- Pulmonía
- Gripe
- Sarampión
- Paperas

Tennessee Health Link

Los miembros de TennCare con necesidades de salud conductual enfrentan muchos problemas para obtener la atención que necesitan dentro del sistema de atención de la salud. Tennessee Health Link puede ayudarle con esto.

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

Los miembros que son elegibles para los servicios de Health Link se identifican en función de:

- Su diagnóstico
- Ciertos servicios de atención de la salud que usted usa
- Necesidad funcional

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

- Gestión integral de la atención, como creación de planes de tratamiento y coordinación de la atención
- Coordinación de la atención, como difusión proactiva y seguimiento con los proveedores de atención primaria y salud conductual
- Promoción de la salud, como educar al paciente y a su familia sobre las habilidades de la vida independiente
- Atención de transición, como participar en el desarrollo de planes de alta
- Apoyo al paciente y a la familia, como apoyar el cumplimiento del tratamiento de salud física y conductual
- Derivación a apoyos sociales, como ayudar a encontrar acceso a apoyos comunitarios, incluida la programación y el seguimiento

Atención dental para adultos (para dientes)

La atención dental para adultos de 21 años y mayores está cubierta con límites. La atención dental incluye beneficios como chequeos, radiografías, tratamientos bucales y más. Consulte su Manual del administrador de beneficios dentales (Dental Benefits Manager, DBM) para conocer los límites.

Su plan dental para sus dientes se llama **Renaissance**. Pueden ayudarle si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista, puede llamar al **866-864-2526**. Es una llamada gratuita.

Salud de la mujer y embarazo

Visitas de control para mujeres sanas

TennCare cubre algunos servicios de atención médica que son especiales para mujeres. Estas son visitas de control para “mujeres sanas” que las ayudan a mantenerse saludables. Este tipo de atención se denomina **atención preventiva**. **No hay copagos** para las visitas de control para mujeres sanas.

A partir de los 21 años, todas las mujeres deben realizarse **pruebas de Papanicolaou** regularmente. Una prueba de Papanicolaou es una prueba de detección para verificar la existencia de cáncer de cuello de útero y otros problemas.

Las mujeres también deben realizarse mamografías como parte de sus visitas de control del bienestar de la mujer. Una mamografía es una radiografía de la mama. Se usa para detectar cáncer de mama y otros problemas.

A veces, si tiene familiares que han tenido cáncer de mama o de cuello de útero, su médico le puede indicar que empiece a hacerse pruebas de Papanicolaou y mamografías anticipadamente o con mayor frecuencia solo para asegurarse de estar bien.

Hay beneficios disponibles para las mamografías:

- Para personas de 35 a 40 años, al menos una vez.
- Cada dos años para mujeres entre 40 y 50 años, o con mayor frecuencia si el médico indica que es necesario.
- Cada año para mujeres de 50 años o más.

Si ha padecido cáncer de mama, la cirugía para restaurar el seno a una forma, apariencia y tamaño lo más parecido posible a la normalidad (cirugía de reconstrucción mamaria) después de una mastectomía está cubierta. Esto incluye cirugía reconstructiva para una mama cancerosa y cirugía reconstructiva para una mama sin cáncer para que las mamas tengan el mismo tamaño y forma (para que sean simétricas).

Esta cirugía está cubierta siempre y cuando se realice dentro de los cinco años de la cirugía reconstructiva en la mama enferma.

Puede realizarse revisiones ginecológicas con su médico de cabecera o con un especialista llamado obstetra/ginecólogo. Este tipo de especialista a veces se llama **médico obstetra/ginecólogo (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN)**.

No es necesario que consulte primero con su médico de cabecera para ir a un obstetra/ginecólogo o para obtener servicios y suministros de planificación familiar. Sin embargo, el médico obstetra/ginecólogo debe estar dentro de nuestro Directorio de proveedores para que TennCare pague por los servicios. Si recibe atención o suministros de planificación familiar de un médico o clínica que **NO** está en nuestro Directorio de proveedores, el médico o la clínica deben llamarnos al **800-468-9698** e informarnos para que podamos pagar la atención y los suministros de planificación familiar.

Embarazo

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y ya está consultando a un obstetra/ginecólogo cuando recibe su TennCare, aún puede consultar a ese médico para recibir atención. Pero él o ella deben aceptar el monto que paga TennCare. Llámenos al **800-468-9698** para averiguar si aún puede consultar a este médico. Podemos pedirle que se cambie a un obstetra/ginecólogo que se encuentre en nuestro Directorio de proveedores si es seguro cambiarlo.

Acuda a **todas** sus visitas al obstetra/ginecólogo, incluso si se siente bien. Su médico le dirá con qué frecuencia debe realizarse controles durante el embarazo. Después de su primera visita, puede ver a su médico cada **4 semanas**. Luego, después de **7** meses, puede ver a su médico cada **2 o 3 semanas**. Cuando se acerque el momento del nacimiento de su bebé, puede ver a su médico todas las semanas.

Haga lo que su médico le diga para cuidar bien de usted y de su bebé. Recuerde tomar las vitaminas que le indique su médico. **No fume ni beba alcohol durante el embarazo.**

Si planifica amamantar o extraer leche para su bebé, puede consultar a un asesor especializado en lactancia para obtener ayuda durante su embarazo y después de este.

IMPORTANTE: Informe a TennCare Connect que está embarazada o ha estado embarazada en los últimos 12 meses. Así es como puede informarnos sobre un cambio:

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

Si su médico le receta medicamentos mientras está embarazada, **no** tiene que pagar un copago por ellos en la farmacia. Sin embargo, debe informar al farmacéutico que está embarazada para que no le cobre un copago.

Después del nacimiento del bebé

Tanto usted como su bebé necesitan atención de seguimiento. La atención de la madre después del parto se denomina atención posparto. Asegúrese de programar citas de seguimiento con su médico para que este pueda asegurarse de que está bien después de dar a luz. Debe consultar a su médico dos veces en los tres meses posteriores al nacimiento de su bebé. La primera visita se recomienda dentro de las primeras 3 semanas y la segunda visita debe realizarse entre la cuarta semana y las 12 semanas posteriores al parto. Si tiene complicaciones o problemas, es posible que su médico desee controlarla más. Tanto su salud física como su salud mental son importantes. Hable con su médico si se siente triste, llora mucho y no sabe por qué, o todo se siente abrumador y desesperanzado.

Es posible que algunas mujeres deban consultar a su médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o a un especialista en las semanas y meses posteriores al parto para que se ocupen de cosas como los niveles altos de azúcar en sangre o la presión arterial alta.

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

Su bebé necesita un examen físico con un médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) unas semanas después del nacimiento. La atención después del nacimiento de su bebé se denomina **atención posparto**. La atención posparto incluye circuncisiones realizadas por un médico y exámenes de detección especiales para recién nacidos.

Debe encontrar un PCP para su bebé y lo mejor es elegir uno **antes** de que nazca. El médico del bebé debe estar en nuestro directorio de proveedores para que TennCare pague los servicios de atención de la salud.

Llame al médico con anticipación para programar la cita para el examen físico de su bebé. Los exámenes físicos de bienestar del bebé forman parte de **TennCare Kids**. Lea más sobre **TennCare Kids** en las páginas siguientes.

Los niños menores de 2 años pueden recibir hasta 100 pañales por mes de ciertas farmacias. Encontrará una lista de las farmacias participantes en el sitio web de TennCare.

IMPORTANTE: Informe a TennCare Connect sobre su bebé lo antes posible para asegurarse de que reciba TennCare. Aquí le explicamos cómo asegurarse de que su bebé reciba TennCare:

- Después del nacimiento de su bebé, el hospital le entregará los documentos para obtener un número de Seguro Social de su bebé. **Complete esos documentos y envíelos por correo a la oficina del Seguro Social.**
- Informe a TennCare Connect sobre su bebé lo antes posible. Llámelos al **855-259-0701**. Dígalos que ha completado los documentos correspondientes al número de Seguro Social del bebé.
- Cuando reciba la tarjeta del Seguro Social de su bebé por correo, llame nuevamente a TennCare Connect. Entréguele el número de Seguro Social de su bebé. Si **no** les informa el número de Seguro Social de su bebé, su bebé puede perder TennCare.

Es importante que haga estas cosas antes de que su bebé tenga un mes, si es posible.

Atención preventiva para niños (TennCare Kids: atención de la salud para su hijo y adolescente)

¡Regístrese, haga el examen físico y controle nuevamente!

TennCare Kids es el nombre del programa de TennCare para mantener saludables a los niños. El nombre federal del programa es EPSDT, pero en Tennessee, es TennCare Kids. Sus hijos y adolescentes **necesitan** exámenes físicos periódicos, incluso si parecen estar sanos. Estas visitas ayudan a su médico **a encontrar y tratar los problemas en forma anticipada**.

En TennCare Kids, los chequeos para niños son **gratuitos** hasta que alcancen los 21 años. TennCare Kids también paga toda la atención y los medicamentos médicamente necesarios para tratar los problemas que se encuentren en el examen físico. Esto incluye servicios médicos, dentales, del habla, auditivos, de la vista y conductuales (salud mental o problemas de trastornos por uso de sustancias).

Si su hijo no se ha realizado un chequeo recientemente, llame al PCP de su hijo hoy mismo para programar una cita. Solicite un examen físico de TennCare Kids. Puede visitar al PCP de su hijo para realizar los exámenes físicos de TennCare Kids.

Y, si a otra persona, como el docente de su hijo, le preocupa la salud de su hijo, puede realizar un examen físico de TennCare Kids para su hijo.

Los exámenes físicos de TennCare Kids pueden incluir:

- Antecedentes médicos
- Examen físico completo
- Análisis de laboratorio (según sea necesario)
- Vacunas (inmunizaciones)
- Exámenes de la visión y la audición
- Examen de conducta/desarrollo (según sea necesario)
- Consejos sobre cómo mantener saludable a su hijo

Si el PCP (pediatra) de su hijo encuentra algo incorrecto, TennCare Kids también le brinda a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, auditivo, de la vista y conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) que necesite.

Los niños deben ir al médico para realizarse exámenes físicos incluso si no están enfermos. Deben realizarse exámenes físicos de TennCare Kids cuando:

- Nacen
- A los 3-5 días
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Y luego todos los años hasta los 21 años

Las vacunas que los niños deben recibir, para evitar enfermarse, son para:

- Difteria
- Tétanos
- Tos ferina
- Poliomielitis
- Sarampión
- Paperas
- Rubéola
- Haemophilus influenzae tipo B (Hib)
- Influenza (gripe)
- Hepatitis A y B
- Varicela
- Antineumocócicas
- Contra el rotavirus
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Meningitis

Consulte el cronograma de vacunas que figura en la Parte 9 de este manual. Se llama TennCare Kids: Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos de TennCare (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT).

Le ayudará a saber cuándo debe vacunarse su hijo. O bien, puede preguntarle al PCP de su hijo cuándo debe vacunarse.

Puede encontrar más información sobre los niños de TennCare en la Parte 9 de este manual.

Atención dental para niños

También tiene un plan dental para sus dientes llamado **Renaissance**. Su número de teléfono es **866-864-2526**. Puede llamar a Renaissance para encontrar un dentista. O bien, si tiene preguntas sobre el cuidado de los dientes de su hijo, puede llamarlos. Es una llamada gratuita.

Los dientes de los niños necesitan un cuidado especial. Los niños menores de 21 años deben realizarse un chequeo y una limpieza cada seis meses. Los niños deben comenzar a consultar a un dentista en el momento en que el primer diente llega a la boca o antes del primer cumpleaños.

TennCare pagará alguna otra atención dental si es médicamente necesaria. Los aparatos de ortodoncia están cubiertos **solo** si son médicamente necesarios y solo para niños.

No es necesario que consulte a su PCP antes de visitar a un dentista. Pero deberá visitar a un dentista de Renaissance.

Atención de la visión para niños (para los ojos)

Los ojos de los niños también necesitan atención especial. A los menores de 21 años se les puede hacer un examen de la vista y realizarse lentes y marcos de anteojos según sea médicamente necesario. Si los lentes o marcos de anteojos se rompen o pierden, los reemplazaremos según sea médicamente necesario. Su oftalmólogo de BlueCare le mostrará qué marcos puede elegir.

TennCare pagará otra atención oftalmológica si es médicamente necesaria. Los lentes de contacto están cubiertos solo si son médicamente necesarios.

Los niños **no** tienen que consultar a su PCP antes de consultar a su oftalmólogo de BlueCare. Sin embargo, el oftalmólogo aún debe estar en nuestro Directorio de proveedores.

Servicios no cubiertos

Esta es una lista general de algunos servicios que **no** están cubiertos por TennCare para nadie. Puede encontrar una lista **completa** de los servicios que TennCare no pagará, en las reglas de TennCare en línea en: <https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20250801.pdf>

O bien, puede llamarnos al **800-468-9698** para obtener una lista completa.

Algunos servicios que no están cubiertos son:

1. Servicios que no sean médicamente necesarios. Pero la atención preventiva (atención que necesita para mantenerse saludable) está cubierta.
2. Servicios que sean experimentales o de investigación.
3. Cirugía para su apariencia. Pero si se sometió a una mastectomía debido a una mama enferma, la cirugía reconstructiva de mama está cubierta.

4. Reversión de una esterilización.
5. Inseminación artificial, fertilización in vitro o cualquier otro tratamiento para crear un embarazo.
6. Tratamiento de la impotencia.
7. Cualquier tratamiento médico o de salud conductual (salud mental, trastorno por consumo de alcohol o sustancias) fuera de los Estados Unidos.
8. Autopsia o necropsia.
9. Exámenes físicos que un nuevo trabajo dice que usted necesita.
10. Cualquier tratamiento médico o de salud conductual (salud mental, abuso de alcohol o drogas) si está en una cárcel o prisión local, estatal o federal.
11. Servicios cubiertos por el seguro de compensación laboral.
12. Servicios que recibió antes de recibir TennCare o después de que finalice su TennCare.
13. Artículos de higiene personal, lujo o conveniencia.
14. Atención de convalecencia y servicios de niñera.
15. Servicios destinados principalmente a la atención de convalecencia o curas de descanso.
16. Cuidado de los pies para mayor comodidad o apariencia, como pies planos, callos, callosidades y uñas de los pies.
17. Cirugía de reasignación de sexo y cualquier tratamiento relacionado con ella.
18. Queratotomía radial u otra cirugía para corregir un error de refracción del ojo.
19. Servicios que le brinde alguien de su familia o cualquier persona que viva en su hogar, excepto según lo permitido por la dirección del consumidor en CHOICES y Employment Community First CHOICES.
20. Medicamentos para:
 - Crecimiento del cabello
 - Fines cosméticos
 - Control del apetito
 - Tratamiento de la impotencia
 - Tratamiento de la infertilidad
21. Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que son:
 - DESI o estudios de eficacia farmacológica: esto significa que las investigaciones indican que no son eficaces.
 - LTE o menos que eficaz: esto significa que las investigaciones indican que son IRS menos eficaces; esto significa que los medicamentos son idénticos, están relacionados o son similares a los medicamentos LTE.

Algunos servicios están cubiertos para menores de 21 años, pero no para adultos.

Los servicios que **no están cubiertos para adultos** incluyen los siguientes:

1. Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) (excepto medicamentos de la lista de OTC "adultos cubiertos").
2. Medicamentos para la alergia que obtiene de la farmacia, incluso si tiene una receta.
3. Medicamentos para tratar el acné y la rosácea.
4. Anteojos, lentes de contacto o exámenes de la vista para adultos mayores de 21 años. Pero si se sometió a una cirugía de cataratas, su primer par de anteojos o lentes de contacto está cubierto.
5. Audífonos o exámenes de audición para adultos mayores de 21 años.

Parte 3: Programas de servicios y apoyos a largo plazo de TennCare (Long-Term Services and Supports, LTSS)

¿Qué es CHOICES?

El programa TennCare CHOICES, que significa Opciones de servicios y ayuda a largo plazo o CHOICES para abreviar, está orientado a adultos (a partir de 21 años) con discapacidad física y personas mayores (a partir de 65 años). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propia casa o en la comunidad. Estos servicios se denominan Servicios basados en el hogar y la comunidad (**H**ome and **C**ommunity **B**ased **S**ervices, 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 ofrece atención en un centro de cuidados si es necesario.

¿Cómo presento una solicitud para CHOICES?

Si cree que necesita servicios y asistencia a largo plazo, llámenos al **800-468-9698**. Podemos usar un breve examen que se realizará por teléfono para ayudar a decidir si puede calificar para CHOICES. Si el examen muestra que usted no parece calificar para CHOICES, recibirá una carta que le indicará cómo puede finalizar su solicitud de CHOICES.

Si el examen muestra que usted podría calificar para CHOICES, o si no realizamos un examen por teléfono, enviaremos a un coordinador de la atención a su hogar para realizar una evaluación.

El propósito de la evaluación en el hogar es ayudarlo a presentar su solicitud para CHOICES. Es fácil averiguar:

- los tipos de ayuda que necesita;
- los tipos de atención que brindan los familiares y otros cuidadores para ayudar a satisfacer sus necesidades, y
- las brechas en la atención para la cual se pueden necesitar servicios y asistencia a largo plazo pagados.

Si desea recibir atención en su hogar o en la comunidad (en lugar de ir a una residencia de cuidados especializados), la evaluación ayudará a decidir si sus necesidades pueden satisfacerse de manera segura en el entorno del hogar o comunitario. Para el Grupo 2 de CHOICES (puede leer sobre todos los Grupos de CHOICES a continuación), la evaluación ayudará a decidir si el costo de su atención superaría el costo de la atención en un centro de cuidados.

Esto **no** significa que recibirá servicios hasta el costo de la atención en un centro de cuidados. CHOICES no pagará más servicios de los que debe tener para satisfacer de manera segura sus necesidades en su hogar. Y CHOICES solo paga los servicios para satisfacer las necesidades de servicios y asistencia a 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 reemplazarán la atención que reciba de familiares y amigos o los servicios que ya reciba.

Si recibe ayuda de programas comunitarios, recibe servicios pagados por Medicare u otro seguro, o tiene un familiar que lo atiende, estos servicios no se reemplazarán por atención pagada a través de CHOICES. En su lugar, la atención domiciliaria que reciba a través de CHOICES funcionará junto con la asistencia que ya reciba para ayudarlo a permanecer en su hogar y comunidad durante más tiempo. La atención en CHOICES se proporcionará de la manera más rentable posible para que más personas que necesiten atención puedan obtener ayuda.

Sin embargo, si ha estado recibiendo servicios a través del programa estatal Options, ya no calificará para recibir esos servicios. Están destinados para personas que no tienen Medicaid. Y si ha estado recibiendo servicios de programas financiados por la Ley de Estadounidenses Mayores (como Meals on Wheels, servicios domésticos o los Programas Nacionales de Apoyo Familiar para Cuidadores) que ahora puede obtener a través de CHOICES, obtendrá la atención que necesita a través de CHOICES.

Si desea recibir atención domiciliaria, el coordinador de la atención también evaluará los riesgos. Esto ayudará a identificar cualquier riesgo adicional que pueda enfrentar como resultado de elegir recibir atención en el hogar. También ayudará a identificar formas de ayudar a reducir esos riesgos y a mantenerlo seguro y saludable.

Para saber si es elegible para inscribirse en CHOICES, llámenos al **800-468-9698**.

¿Conoce a alguien que no esté en TennCare y desee presentar una solicitud para CHOICES? Debe ponerse en contacto con su Agencia Local para el Envejecimiento y la Discapacidad (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) de forma gratuita al **866-836-6678**. Su AAAD local le ayudará a averiguar si es elegible para TennCare y CHOICES.

¿Quiénes pueden calificar para inscribirse en CHOICES?

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

Grupo 1 de CHOICES es para personas de todas las edades que reciben atención en una residencia de cuidados especializados.

Para estar en el Grupo 1 de CHOICES, debe cumplir con lo siguiente:

- necesitar el nivel de atención proporcionado en una residencia de cuidados especializados;
- ser elegible para los servicios y asistencia a largo plazo de Medicaid, y
- recibir servicios en una residencia de cuidados especializados que paga TennCare.

Los servicios y apoyos a largo plazo de TennCare (Long-Term Services and Supports, LTSS) decidirán si necesita el nivel de atención que se brinda en una residencia de cuidados especializados. Servicios para Miembros de TennCare decidirá si califica para los servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid. Le ayudaremos a completar los documentos que TennCare necesita para tomar una decisión. ¿Qué sucede si TennCare dice que sí? Si recibe servicios en un centro de cuidados que TennCare pagará, TennCare lo inscribirá en el Grupo 1 de CHOICES. Si TennCare dice que usted no califica, recibirá una carta en la que se le explicará el motivo. Se le indicará cómo puede apelar si cree que se trata de un error.

Grupo 2 de CHOICES es para ciertas personas **que son elegibles para recibir atención en una residencia de cuidados especializados**, pero eligen **recibir atención en el hogar en su lugar**. Para estar en el Grupo 2 de CHOICES, debe cumplir con lo siguiente:

- necesitar el nivel de atención proporcionado en una residencia de cuidados especializados;
- cumplir los requisitos para recibir servicios y apoyos de atención a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos del SSI O porque necesitará y **recibirá** servicios de atención domiciliaria en lugar de atención en una residencia de cuidados especializados;
- **Y** ser un adulto mayor de 65 años, y
- **O** ser un adulto mayor de 21 años con una discapacidad física.

Si necesita servicios de atención domiciliaria pero no es elegible para pertenecer a ninguno de estos grupos, es posible que sea elegible para otros tipos de servicios y apoyos a largo plazo.

Los servicios y apoyo a largo plazo de TennCare decidirán si necesita el nivel de atención que se brinda en un centro de cuidados. Servicios para Miembros de TennCare decidirá si califica para los servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid por uno de los motivos mencionados anteriormente. Le ayudaremos a completar los documentos que necesitan para tomar una decisión. Si TennCare dice que sí, para inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES y comenzar a recibir servicios de atención domiciliaria:

- Debemos poder satisfacer de manera segura sus necesidades en el hogar.
- Y el costo de su atención domiciliaria no puede ser mayor que el costo de su atención domiciliaria de enfermería. El costo de la atención en su hogar incluye cualquier atención médica en el hogar o de enfermería privada que pueda necesitar.

Si no podemos satisfacer de manera segura sus necesidades en el hogar **o** si su atención costara más que la atención domiciliaria de enfermería, no puede estar en el Grupo 2 de CHOICES. Pero es posible que califique para otros tipos de servicios y apoyo a largo plazo.

Si TennCare dice que usted no califica, recibirá una carta en la que se le explicará el motivo. Se le indicará cómo puede apelar si cree que se trata de un error.

Grupo 3 CHOICES es para ciertas personas que **no son elegibles para la atención en una residencia de cuidados especializados**, pero **necesitan atención** domiciliaria para ayudarlas a permanecer en su hogar de manera segura.

Para estar en el Grupo 3 de CHOICES, debe cumplir con lo siguiente:

- Estar “en riesgo” de ir a una residencia de cuidados especializados a menos que reciba atención domiciliaria
- **Y** es elegible para recibir servicios y apoyos de atención a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos de SSI **O** porque recibirá servicios de atención domiciliaria en lugar de atención en una residencia de cuidados especializados;
- **Y** ser un adulto mayor de 65 años;
- **O** ser un adulto mayor de 21 años con una discapacidad física.

Servicios y apoyo a largo plazo de TennCare decidirá si usted está “en riesgo” de ir a un centro de cuidados. Servicios para Miembros de TennCare decidirá si califica para los servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid por uno de los motivos mencionados anteriormente. Le ayudaremos a completar los documentos que necesitan para tomar una decisión.

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

- Debemos poder satisfacer sus necesidades de forma segura con la atención que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES.

Si no podemos satisfacer de manera segura sus necesidades con la atención que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES, no puede estar en el Grupo 3 de CHOICES. Sin embargo, TennCare puede decidir que usted es elegible para otros tipos de servicios y asistencia a largo plazo, incluida la atención en una residencia de cuidados especializados.

Límites en la inscripción en los Grupos 2 y 3 de CHOICES

Es posible que no todas las personas que califiquen para inscribirse en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES puedan hacerlo. Existe un objetivo de inscripción para el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES. Es algo similar a un límite en la cantidad de personas que pueden estar en el grupo a la vez. (La cantidad de personas que pueden inscribirse a veces se denomina “vacantes”). Esto ayuda a garantizar que el programa no crezca más rápido que el dinero del estado para pagar la atención domiciliaria. También ayuda a garantizar que haya suficientes proveedores de atención domiciliaria para brindar los servicios necesarios.

El estado establecerá el objetivo de inscripción para la cantidad de vacantes que se pueden cubrir en el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES en las Normas de TennCare.

Para el Grupo 2 de CHOICES, no se aplica a las personas que se mudan de un centro de cuidados. Y es **posible** que no corresponda para algunas personas que están en TennCare que tendrían que ir a una residencia de cuidados especializados de inmediato si no hubiera atención domiciliaria menos costosa disponible. Debemos decidir si iría a un centro de cuidados de inmediato y proporcionar pruebas a TennCare. Y debemos demostrarle a TennCare que hay proveedores de atención domiciliaria listos para comenzar a brindarle atención domiciliaria.

Algunas vacantes se retendrán (o reservarán) para emergencias. Esto incluye casos como cuando una persona deja el hospital y debe ser admitido en un centro de cuidados si la atención domiciliaria no está disponible. Las vacantes reservadas no se utilizarán hasta que se hayan cubierto todas las demás vacantes. La cantidad de vacantes reservadas y las pautas para calificar para una de esas vacantes se encuentran en las Normas de TennCare. Si se reservan las únicas vacantes restantes, deberá cumplir con las pautas para las vacantes reservadas para inscribirse en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES.

Si no cumple con las pautas para vacantes reservadas o no hay vacantes disponibles y califica para inscribirse en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES, su nombre se colocará en una lista de espera. O bien, si cumple con las pautas para el Grupo 2 de CHOICES, puede elegir inscribirse en el Grupo 1 de CHOICES y recibir atención en un centro de cuidados. No hay un límite en la cantidad de personas que pueden inscribirse en el Grupo 1 e ingresar a un centro de cuidados. (Pero no está obligado a recibir atención en una residencia de cuidados especializados a menos que lo desee. En su lugar, puede esperar la atención domiciliaria).

Las personas inscritas en el Grupo 2 de CHOICES cuando ya se ha superado el objetivo de inscripción ocuparán las primeras vacantes que queden disponibles. (Se trata de personas que se mudaron de centros de cuidados o personas que ya tenían TennCare y hubieran ingresado a un centro de cuidados de inmediato si no hubiera atención domiciliaria menos costosa disponible).

Cuando todos los miembros del Grupo 2 de CHOICES están dentro del objetivo de inscripción y todavía quedan vacantes disponibles, TennCare puede inscribir a personas de la lista de espera, según la necesidad.

Cómo recibir servicios en el Programa CHOICES

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

Las personas del **grupo 1 de CHOICES** reciben **atención en residencias de ancianos**.

Las personas del **grupo 2 de CHOICES** necesitan el nivel de atención proporcionado en un hogar de ancianos, pero reciben **atención domiciliaria** (o HCBS) en lugar de la atención en el hogar de ancianos. Todos los que están en el Grupo 2 de CHOICES tienen un límite de neutralidad de costos individuales que normalmente está relacionado con el costo promedio de los cuidados en centros de cuidados. Este monto se actualiza cada año.

Las personas del **grupo 3 de CHOICES** reciben **atención domiciliaria** (o HCBS) para prevenir o retrasar la necesidad de atención en residencias de ancianos. Existe un límite de costo para los servicios del Grupo 3 de CHOICES. Este límite es establecido por TennCare.

A continuación, se enumeran **los tipos** de atención domiciliaria que se incluyen en los Grupos 2 y 3 de CHOICES. Algunos de estos servicios tienen límites. Esto significa que TennCare pagará solo un determinado monto de estos servicios. El tipo y la cantidad de atención que recibe en CHOICES dependen de sus necesidades.

- **Atención personal**

El servicio de cuidado personal permite visitas de hasta 2,580 horas por año calendario.

Esto significa que alguien le ayudará con sus necesidades de cuidado personal y le brindará apoyo en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Esto puede ser algo como ayudar con las tareas domésticas, como preparar comidas, limpiar o lavar la ropa. También pueden hacer recados por usted, como ir a comprar la comida o recoger sus medicamentos.

Este servicio de atención personal es solo para usted. El personal de atención hará estos servicios si nadie más en el hogar puede hacerlos por usted. Esto no es para otros miembros de la familia que no están inscritos en CHOICES.

- **Comidas con entrega en el hogar** (hasta 1 comida al día).
- **Sistema de respuesta a emergencias personales:** un botón de llamada para que pueda obtener ayuda en caso de emergencia cuando el cuidador no esté cerca.
- **Cuidado diurno para adultos** (hasta 2,080 horas por año calendario): un lugar que proporciona atención y actividades supervisadas durante el día.
- **Atención de relevo en el hogar** (hasta 216 horas por año calendario): alguien que viene y permanece con usted en su casa durante un breve período para que el cuidador pueda descansar un poco.
- **Atención de relevo para paciente hospitalizado** (hasta 9 días por año calendario): una estadía corta en un centro de cuidados o en un centro de vida asistida para que el cuidador pueda descansar un poco.
- **Tecnología de asistencia** (hasta \$900 por año calendario): ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que le ayudan a hacer las cosas de manera más fácil o segura en su hogar, como agarradores para alcanzar las cosas.
- **Modificaciones menores en el hogar** (hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año calendario; y \$20,000 de por vida): ciertos cambios en su hogar que lo ayudarán a moverse de manera más fácil y segura en su hogar, como barras de apoyo o una rampa para sillas de ruedas.
- **Control de plagas** (hasta 9 unidades por año calendario): desinfección del hogar en busca de insectos o ratones.

- **Centro de vida asistida:** un lugar donde vive que lo ayuda con las necesidades de cuidado personal, los servicios de ama de casa y la toma de medicamentos. Debe pagar por su habitación y la pensión.
- **Hogar de cuidados críticos para adultos:** un hogar donde usted y no más de 4 personas viven con un profesional de atención médica que se ocupa de sus necesidades especiales de salud y de la atención a largo plazo. (En virtud de la ley estatal, disponible solo para personas dependientes de respirador o que tienen traumatismo craneoencefálico. Debe pagar por la habitación y la pensión). Los hogares de cuidados críticos para adultos están disponibles SOLO para miembros del Grupo 2.
- **Cuidado de acompañantes:** alguien a quien contrata que vive con usted en su casa para que lo ayude con el cuidado personal o la limpieza superficial cuando lo necesite. (Disponible solo para personas en virtud de Dirección del consumidor que están en el Grupo 2 y que necesitan cuidados durante el día y la noche que no pueden proporcionar los cuidadores no remunerados. Y solo cuando no cueste más que otros tipos de cuidados domiciliarios que cubrirían sus necesidades).
- **Ayuda para la vida en la comunidad (Community Living Supports, CLS):** un hogar o departamento compartido donde viven usted y no más de 3 personas. El nivel de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otras ayudas necesarias para permanecer en la comunidad.
- **Ayuda para la vida en la comunidad – Modelo de familia (Community Living Supports, Family Model, CLS-FM):** un hogar o departamento compartido donde viven usted y no más de 3 personas con una familia capacitada. El nivel de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otras ayudas necesarias para permanecer en la comunidad.
- **Tecnología instrumental:** (hasta \$5,000 por año calendario): la tecnología instrumental es el uso de varias formas de dispositivos y tecnología para apoyar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de soporte remoto y otros dispositivos inteligentes. La tecnología facilitadora puede ayudar a una persona transitar por sus trabajos y comunidades, obtener más control de su entorno y proporcionar apoyo remoto y recordatorios para ayudar a una persona en la vida independiente.
- **Apoyos laborales:** existen muchos tipos diferentes de servicios para ayudarle a obtener y mantener un trabajo. Lo ayudarán a:
 - Decidir si desea trabajar, los trabajos que podrían gustarle y en los que es bueno.
 - Probar ciertos trabajos para ver cómo son y qué debe hacer para prepararse para esos trabajos.
 - Escribir un plan para obtener un trabajo (o iniciar su propio negocio) y llevar a cabo ese plan.

- Contar con un asesor de trabajo para que le brinde apoyo cuando comience su trabajo hasta que pueda hacerlo usted mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.
- Obtener un mejor trabajo y ganar más dinero.
- Comprender cómo el dinero que gane al trabajar afectará otros beneficios que reciba, incluido el Seguro Social y TennCare.

Los servicios de empleo están disponibles para las personas de los Grupos 2 y 3 de CHOICES para mayores de 16 años.

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

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

“**Integrado**” significa que su trabajo (o su negocio si es un trabajador por cuenta propia) se encuentra en la comunidad. Trabaja con personas que no tienen discapacidades (o les brinda servicios).

“**Competitivo**” significa que el salario que gana por su trabajo (o de su negocio, después de los gastos) es *al 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 puede ser “personalizado”. Esto significa que su proveedor de empleo lo ayuda a encontrar o desarrollar un trabajo que sea solo para usted. Combinan los tipos de cosas que le gustan y en las que es bueno con las necesidades de un empleador.

Habrá un acuerdo especial entre usted y su empleador para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de ambos. El empleador puede acordar cambiar cosas sobre el trabajo para que funcione para usted. Solo puede hacer partes de un trabajo, compartir partes del trabajo con otra persona o hacer cosas que nadie más hace. El acuerdo también puede cubrir cosas como:

- Dónde trabaja.
- Las horas que trabaja.
- El apoyo que necesita.
- Cuánto le pagan.

Si tiene mayores necesidades de apoyo, el “empleo personalizado” puede ayudar a encontrar un trabajo adecuado para usted.

¿Qué sucede si cree que no desea trabajar? Antes de decidir, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que le pueden gustar y en los que puede ser bueno. Queremos ayudarle a comprender los beneficios del trabajo y responder cualquier pregunta que tenga. Esto se denomina **Elección Informada de Empleo**. Significa que tiene los datos que necesita para tomar una buena decisión sobre trabajar.

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

Exploración: le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría ser realmente bueno visitando lugares de trabajo que se adapten a sus habilidades e intereses. También lo ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el trabajo.

Autorización previa de servicios y asistencia a largo plazo

A veces, es posible que deba obtener nuestra **aprobación para sus** servicios de salud física o conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) antes de recibirlos, aun cuando un médico le diga que necesita los servicios. Esto se denomina autorización previa. Los servicios que deben tener una autorización previa antes de que los reciba solo se pagarán si lo aceptamos **antes** de que se presten los servicios.

Todos los servicios y asistencia a largo plazo deben ser aprobados antes de que paguemos por ellos. Todos los **servicios de atención domiciliaria** deben ser aprobados en su plan de asistencia **antes de que los reciba**. A veces, los cuidados en el hogar de ancianos pueden comenzar antes de que obtenga la **aprobación**, pero aún necesita una **aprobación** antes de que paguemos por ello. No pagaremos ningún servicio y asistencia a largo plazo a menos que cuenta con una **aprobación**.

Uso de proveedores de servicios y asistencia a largo plazo que trabajan con BlueCare

Al igual que con los servicios de salud física y conductual, debe utilizar proveedores que trabajen con nosotros para la mayoría de los servicios y asistencia a largo plazo. Puede buscarlos en el Directorio de proveedores en línea en bluecare.bcbst.com. O llámenos al **800-468-9698** para obtener una lista. Es posible que los proveedores se hayan registrado o retirado después de imprimir la lista. No obstante, el Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **800-468-9698** para averiguar si hay un proveedor en nuestra red.

En la mayoría de los casos, debe recibir los servicios y asistencia a largo plazo de un proveedor de esta lista para que TennCare pague sus servicios y asistencia a largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en las que TennCare pagará para que usted reciba servicios y asistencia a largo plazo de un proveedor que normalmente no trabaja con nosotros. Pero, primero debemos decir que está bien usar un proveedor de servicios y asistencia a largo plazo que normalmente no trabaja con BlueCare.

Dirección del consumidor

La Dirección del consumidor es una forma de obtener algunos de los tipos de cuidados domésticos que necesita. Ofrece más opciones y control sobre **quién** le brinda atención en el hogar y **cómo** se la brinda. En CHOICES, los servicios disponibles a través de Dirección del consumidor son:

- Visitas de cuidado personal;
- Cuidado de relevo en el hogar; y
- Atención de un acompañante (solo si reúne los requisitos y está inscrito en el grupo 2 de CHOICES)

En la Dirección del consumidor, usted realmente emplea a las personas que prestan algunos de sus servicios de atención domiciliaria: trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor). Debe ser capaz de hacer las cosas que un empleador haría: Estas incluyen cosas como las siguientes:

1. Contratación y formación de sus trabajadores

- Encuentre, entreviste y contrate a trabajadores para que le brinden atención.
- Defina las obligaciones laborales de los trabajadores.
- Desarrolle una descripción del trabajo para sus trabajadores.
- Capacite a los trabajadores para que brinden su atención según sus necesidades y preferencias.

2. Establecimiento y gestión del horario de sus trabajadores
 - Establezca el horario en el que sus trabajadores le brindarán atención.
 - Asegúrese de que sus trabajadores registren la entrada y la salida con un sistema de verificación electrónico de visita (Electronic Visit Verification, EVV) **cada** vez que concurran a su trabajo.
 - Asegúrese de que sus trabajadores proporcionen *solo* la atención que tiene aprobación para recibir.
 - Asegúrese de que ningún trabajador por hora le brinde más de 40 horas de atención en una semana.

3. Supervisión de los trabajadores
 - Supervise a sus trabajadores.
 - Evalúe el rendimiento laboral de sus trabajadores.
 - Aborde los problemas o las inquietudes relacionados con el rendimiento de sus trabajadores.
 - Despida a un trabajador cuando sea necesario.

4. Supervisión del pago de los trabajadores y las notas de servicio
 - Decida cuánto les pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el estado).
 - Revise el tiempo que sus trabajadores registran para verificar que sea correcto.
 - Asegúrese de que haya buenas notas en su casa sobre la atención que proporcionan sus trabajadores.

5. Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario
 - Desarrolle un plan de respaldo para abordar la situación cuando un trabajador no se presente en su horario programado (no puede decidir simplemente quedarse sin servicios).
 - Active el plan de respaldo cuando sea necesario.

Representante de Dirección del consumidor

¿Qué pasa si no puede hacer algunas o todas estas cosas? Puede elegir a un familiar, amigo o alguien cercano para que haga estas cosas por usted. Se denomina "Representante para Dirección del consumidor". Es importante que elija a alguien que lo conozca muy bien y en quien pueda confiar. Para ser su Representante para la dirección del consumidor, la persona debe:

- Tener al menos 18 años de edad.
- Conocerlo muy bien.
- Conocer los tipos de atención que necesita y cómo desea que se le brinde atención.
- Conocer sus horarios y su rutina.
- Conocer sus necesidades de atención médica y los medicamentos que toma.
- Estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieran para realizar las tareas de Dirección del consumidor.
- Vivir con usted en su casa o estar presente en su casa con la frecuencia suficiente para supervisar al personal. Esto suele significar al menos parte del turno de cada trabajador. Pero puede ser menos tiempo siempre que sea suficiente para asegurarse de que recibe la calidad de la atención que necesita.
- Firmar un Acuerdo de representante, diciendo que acepta hacer estas cosas.

No se le puede pagar a su representante por hacer estas cosas.

Usted o su representante tendrán ayuda para hacer algunas de las cosas que debe hacer como empleador. La ayuda será proporcionada por un Agente Fiscal del Empleador (Fiscal Employer Agent, FEA). Hay dos (2) tipos de ayuda que recibirá:

1. El FEA los ayudará a usted y a sus trabajadores a completar toda la documentación requerida. Ellos les pagarán a sus trabajadores por la atención que brindan. Además, completarán y archivarán los formularios de impuestos de nómina que usted debe completar como empleador.
2. El FEA empleará o contratará a un agente de asistencia para usted. Un agente de asistencia es una persona que le ayudará con otro tipo de cosas que debe hacer como empleador. Cosas como las siguientes:
 - Escribir las descripciones de los trabajos
 - Ayudarlo a usted y a sus trabajadores con la documentación y capacitación
 - Programar los horarios de los trabajadores según su plan de asistencia
 - Desarrollar un plan de respaldo inicial para abordar las situaciones en las que un trabajador no se presente a trabajar según lo programado

Su agente de apoyo lo llamará al menos una vez al mes. Y lo visitarán al menos una vez cada 6 meses. Estos controles garantizan que su salud, seguridad y bienestar no estén en riesgo. También supervisan la calidad de los servicios que se proporcionan en la Dirección del consumidor.

Pero su agente de asistencia **no puede** ayudarlo a supervisar a sus trabajadores. Usted o su representante deben poder hacerlo.

El tipo y la cantidad de atención que reciba dependen de sus necesidades. Estos servicios se enumeran en su plan de asistencia. No podrá obtener más servicios si elige formar parte de la Dirección del consumidor. Usted solo recibe los servicios que necesita que están enumerados en su plan de asistencia.

Puede optar por obtener algunos de estos servicios a través de Dirección del consumidor **y** recibir atención domiciliaria de proveedores que trabajan con su plan de salud TennCare. Sin embargo, debe usar proveedores que trabajen con BlueCare para obtener atención que no pueda obtener a través de Dirección del consumidor.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinde atención en Dirección del consumidor? Sí, puede pagarle a un familiar, pero no puede:

- Pagarle a su cónyuge para que le brinde atención;
- Pague a alguien que viva con usted para que le proporcione servicios de cuidado personal, transporte comunitario o servicios de relevo a domicilio;
- Pagarle a un familiar directo para que le brinde cuidados de acompañante. Se define a un familiar directo como cónyuge, padre o madre, abuelo o abuela, hijo o hija, nieto o nieta, hermano o hermana, suegra, suegro, cuñada, cuñado, nuera y yerno. Las personas con lazos de adopción y familia ensamblada están incluidas en esta definición;
- Pagarle a alguien que viva con usted ahora o en los últimos 5 años para que le proporcione cuidados de acompañante.

Y CHOICES no puede pagar a familiares u otras personas para que le proporcionen la atención que habrían brindado de forma gratuita. CHOICES solo paga por la atención para satisfacer necesidades que **no pueden** satisfacer los familiares u otras personas que lo ayudan. Los servicios que necesita están enumerados en su plan de asistencia.

Si usted está en CHOICES y necesita servicios que puedan ser dirigidos por el consumidor, su coordinador de la atención hablará con usted sobre la Dirección del consumidor. Si desea participar en la Dirección del consumidor, su coordinador de la atención trabajará con usted para decidir cuáles de los servicios dirigirá e iniciará el proceso para inscribirlo en la Dirección del consumidor. Hasta que se establezca la Dirección del consumidor, obtendrá los servicios que se encuentran en su plan de asistencia de un proveedor que trabaje con BlueCare, a menos **que elija** esperar a que comiencen sus trabajadores dirigidos por el consumidor. Si decide esperar a que comiencen sus trabajadores dirigidos por el consumidor, debe contar con asistencia para recibir la atención que necesita.

Puede decidir participar en Dirección del consumidor en cualquier momento. Si dirige uno o más servicios y decide no seguir en Dirección del consumidor, **no** dejará de recibir servicios y asistencia a largo plazo. Seguirá estando en CHOICES. Obtendrá los servicios que necesita de un proveedor que trabaje con BlueCare en su lugar.

Autodirección de las tareas de atención médica

Puede dirigir y administrar trabajadores remunerados para completar tareas de atención de la salud por usted. Esto se denomina Autogestión de las Tareas de Atención Médica o SDHCT. Un trabajador remunerado hará cosas como administrarle medicamentos. Usted o la persona autorizada para tomar decisiones sobre atención de la salud pueden elegir la tarea. SDHCT no es lo mismo que la Dirección del Consumidor o la Autogestión de HCBS.

Las tareas y funciones de SDHCT son completadas por un trabajador dirigido por el consumidor o un profesional de apoyo directo. Este servicio cubierto con CHOICES apoya al miembro que está autorizado a recibir, en función de la decisión, la dirección y la supervisión de un miembro de CHOICES que recibe HCBS o la persona autorizada para tomar decisiones de atención de la salud del miembro.

Las tareas de autogestión de la atención de la salud pueden realizarse en el hogar de una persona o durante el empleo o las actividades comunitarias integradas fuera del hogar, como un componente de los HCBS.

Converse con su coordinador de atención si tiene alguna pregunta sobre la autodirección de las tareas de atención médica.

Coordinación de la atención y función del coordinador de la atención

En CHOICES, tenemos la responsabilidad de gestionar toda su salud física, salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) y servicios y asistencia a largo plazo, así como los servicios que recibe para abordar estas necesidades. Esto se denomina coordinación de la atención.

Estas funciones las lleva a cabo un coordinador de la atención. Le asignaremos un coordinador de la atención cuando se inscriba en CHOICES. Su coordinador de la atención desempeñará un papel muy importante. Su coordinador de la atención es su contacto principal y la primera persona a la que debe acudir si tiene preguntas sobre sus servicios.

¿No está seguro de quién es su coordinador de la atención o cómo ponerse en contacto con esta persona? Puede llamarnos al 800-468-9698.

Su coordinador de atención hará lo siguiente:

- Proporcionará información sobre CHOICES y responderá sus preguntas.
- Lo ayudará a obtener los servicios y la asistencia a largo plazo correctos en el entorno adecuado para sus necesidades.
- Coordinar todas sus necesidades de asistencia para su salud física, conductual (salud mental o por trastorno por consumo de sustancias) y los servicios y asistencia a largo plazo.
- Ayuda para a solucionar problemas y responder las preguntas que tenga sobre su atención.
- Verificará al menos una vez al año que sigue necesitando el nivel de atención proporcionado en una residencia de cuidados especializados o, para el Grupo 3, que sigue estando “en riesgo” de acudir a una residencia de cuidados especializados.
- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que sepan lo que está sucediendo con su atención médica y para coordinar la prestación de servicios.

Otras tareas realizadas por el coordinador de la atención variarán ligeramente dependiendo del grupo de CHOICES en el que esté inscrito.

Si recibe atención en un centro de cuidados en el Grupo 1 de CHOICES, su coordinador de la atención hará lo siguiente:

- Será parte de la planificación de la atención con el centro de cuidados de enfermería donde vive.
- Realizará cualquier evaluación adicional de necesidades que pueda ser útil para gestionar su salud y los servicios y asistencia a largo plazo para satisfacer sus necesidades.
- Suplementará (o sumará al) el plan de atención del centro de cuidados si hay cosas que BlueCare puede hacer para ayudar a solucionar problemas de salud o coordinar otros tipos de atención de salud física y conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) que necesite.
- Realizará visitas presenciales al menos cada 6 meses.
- Trabaja con el centro de cuidados cuando necesite servicios que este no es responsable de proporcionar.
- Determinará si usted está interesado y puede mudarse del centro de cuidados a la comunidad y, de ser así, ayudará a asegurar que esto suceda de manera oportuna.

Si recibe atención domiciliaria en el grupo 2 o el grupo 3 de CHOICES, su coordinador de la atención trabajará con usted para:

- Realizar una evaluación integral e individual de su salud y servicios y apoyos a largo plazo para satisfacer sus necesidades.
- Desarrollar un plan de asistencia centrado en la persona.

Su coordinador de la atención también hará lo siguiente:

- Garantizará que su plan de atención se lleve a cabo y funcione de la forma que necesita.
- Verificará que esté recibiendo lo que necesita y que las brechas en la atención se aborden de inmediato.
- Se pondrá en contacto con usted por teléfono al menos una vez al mes y lo visitará en persona al menos una vez cada 3 meses si está en el Grupo 2 o se podrá en contacto con usted por teléfono al menos una vez cada 3 meses y lo visitará en persona al menos una vez cada 6 meses si está en el Grupo 3. Estas visitas pueden tener lugar con más frecuencia si recibe servicios residenciales o en función de sus necesidades.
- Verificará que los de atención domiciliaria que reciba se basen en sus objetivos, necesidades y preferencias y no cuestan más que la atención en una residencia de ancianos, si está en el Grupo 2, o más de \$18,000 si está en el Grupo 3.

Cambio de coordinadores de atención

Si no está satisfecho con su coordinador de la atención y le gustaría tener uno diferente, puede pedirnos un cambio. Puede tener un nuevo coordinador de la atención si hay uno disponible. Eso no significa que pueda elegir a quien quiera que sea su coordinador de la atención. Debemos poder satisfacer las necesidades de todos los miembros de CHOICES y asignar personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar un coordinador de la atención diferente, llámenos al **800-468-9698**. Díganos por qué desea cambiar de coordinador de la atención. Si no podemos asignarle un nuevo coordinador de la atención, le diremos por qué. Y le ayudaremos a abordar cualquier problema o inquietud que tenga con su coordinador de la atención.

Puede haber ocasiones en las que tengamos que cambiar de coordinador.

Esto puede suceder si su coordinador de atención ya no está en BlueCare, no está trabajando temporalmente o tiene demasiados miembros para darles la atención que necesitan. En este caso, le enviaremos una carta que le indicará quién será su nuevo coordinador de atención y cómo ponerse en contacto con esta persona.

Si se encuentra en CHOICES, puede ponerse en contacto con su coordinador de apoyo en cualquier momento que tenga alguna pregunta o inquietud sobre su atención de la salud; no es necesario que espere hasta una visita en el hogar o una llamada telefónica. Debe ponerse en contacto con su coordinador de la atención cada vez que haya un cambio en su estado de salud u otras cosas que puedan afectar el tipo o la cantidad de atención que necesita. Si necesita ayuda después del horario laboral habitual que no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **800-262-2873**.

Su plan de asistencia centrado en la persona

En CHOICES, debe tener un plan de asistencia centrado en la persona (**Person-Centered Support Plan, PCSP** o “plan de asistencia” para abreviar). Este es su plan que ayudará a guiar los servicios y la asistencia que recibirá. Su plan de asistencia les dice a las personas que lo ayudarán:

- **lo que considera importante:** las cosas que realmente le importan
- **lo que es importante para usted:** la asistencia que necesita para mantenerse sano y seguro, y lograr sus objetivos, y
- **cómo ayudarlo para** tener esas cosas en su vida.

Su plan de asistencia debe incluir:

- sus fortalezas y necesidades
- los objetivos que quiere alcanzar
- los servicios y la asistencia (con o sin pago) que recibirá para ayudarlo a cumplir sus objetivos
- con qué frecuencia recibirá esos servicios y asistencia
- quién los proporcionará, y
- los entornos (o lugares) en los que se proporcionarán

Su coordinador de atención ayuda a desarrollar su plan de asistencia. Lo ayudarán a:

- Identificar los servicios y asistencia que necesita.
- Explorar opciones de empleo y formas de hacer parte de su comunidad y construir relaciones.
- Decidir qué servicios y asistencia necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos.
- Desarrollar y acceder a otros servicios y asistencia no pagos que también lo ayudarán.
- Comprender todos los servicios, proveedores y entornos entre los que puede elegir.

- Elegir los servicios que recibirá, su proveedor para cada servicio y los entornos (lugares) donde recibirá esos servicios.
- Escribir su plan de asistencia en función de sus elecciones, preferencias y necesidades de soporte.
- Asegurarse de obtener los servicios en su plan de asistencia.

Su plan de asistencia y cómo se desarrolla es muy importante. CHOICES solo puede pagar servicios cubiertos que formen parte de un plan de asistencia aprobado.

Su plan de asistencia debe desarrollarse de una manera que garantice que:

- Usted puede dirigir el proceso de planificación.
- Recibe la ayuda que necesita para liderar el proceso de planificación.
- Puede tomar decisiones y tener la información que necesita para tomar esas decisiones.
- Cuenta con la ayuda de familiares, amigos, defensores o cualquier otra persona que elija.
- Puede hablar por sí mismo.
- Puede hacer que alguien hable por usted y elegir a esa persona.
- Tiene y utiliza un intérprete si el idioma que habla o entiende no es el inglés.

Su plan de asistencia también debe desarrollarse de una manera que garantice que:

- Puede hablar con su coordinador de apoyo antes de la reunión de planificación si lo desea.
- Puede elegir a quién invitar a la reunión (y decidir si **no** quiere a alguien allí).
- La reunión de planificación se celebra en los momentos y lugares que mejor le convengan.
- Puede ayudar a elegir proveedores de servicios **antes** de que comiencen los servicios, y en cualquier momento del año si desea cambiar de proveedor. BlueCare intentará brindarle los proveedores que desea. (El proveedor debe tener contrato con su MCO y estar dispuesto y capacitado para prestar sus servicios).
- Puede optar por dirigir (o dejar de dirigir) algunos o todos los servicios que forman parte de la Dirección del consumidor en cualquier momento.
- Usted firma su plan de asistencia.
- Y, todos los que prestarán servicios y asistencia (con o sin pago) firman su plan de asistencia diciendo que están comprometidos a implementar su plan tal como está escrito.

¿Qué sucede si sus necesidades cambian y necesita más asistencia?

Su plan de asistencia suele tener vigencia durante un año. Pero puede solicitar cambiar su plan de asistencia en cualquier momento del año si sus necesidades cambian o se modifica su situación.

Cómo solicitar de una revisión de TennCare

Si está en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES, puede pedir a TennCare que revise su evaluación de necesidades o plan de asistencia si tiene inquietudes y cree que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare revisará la evaluación o el plan de asistencia y la información recopilada por su coordinador de atención. Si TennCare cree que usted tiene razón, trabajará con nosotros para solucionar el problema. Si TennCare cree que está recibiendo los servicios que necesita, le enviará una carta que le indicará los motivos.

Para solicitar una revisión objetiva de su evaluación de necesidades y plan de asistencia, debe enviar una solicitud por escrito.

Cómo solicitar una revisión de TennCare



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

Guarde una copia para sus registros. Anote la fecha en que la envió a TennCare.



FAX: 615-532-9140

Conserve la página que muestra que se envió el fax.

Cómo presentar una apelación

También tiene derecho a presentar una apelación. Estos son algunos de sus derechos de apelación:

- Puede apelar si cree que una evaluación no se ajusta realmente a sus necesidades, y cree que debería obtener más servicios o servicios diferentes.

- Puede apelar si no está de acuerdo con los servicios de su plan de asistencia.
- Puede apelar si un servicio cubierto que quiere y necesita no está en su plan de asistencia.
- Puede apelar si se rechaza su solicitud de cambio de plan de asistencia o si su plan de asistencia no se modifica lo suficiente para satisfacer sus necesidades.
- Y, puede apelar si un servicio está en su plan de asistencia, pero no lo recibe, o si hay una demora en su prestación.

Si presenta una apelación, no significa que obtendrá los servicios que desea. Pero TennCare revisará lo que está pidiendo. Si TennCare acepta que el servicio está cubierto **y** que usted lo necesita, usted recibirá el servicio.

¿Qué sucede si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que usted no lo necesita? Puede solicitar una audiencia imparcial. Para obtener una audiencia imparcial, el (los) servicio(s) que desea deben estar cubiertos en el grupo de beneficios de CHOICES en el que se encuentra. Esto incluye cualquier límite en el/los servicio(s) y en el costo total de los servicios que puede recibir, su límite de costo anual.

TennCare solo puede pagar los servicios cubiertos en el grupo de beneficios de CHOICES en el que se encuentra. Si un servicio no está cubierto, o si desea más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no puede pagarlo.

Si presenta una apelación para conservar un servicio que ha estado recibiendo, es posible que *pueda* conservarlo durante la apelación. Para seguir recibiendo un servicio durante su apelación, debe ser un beneficio cubierto. Y debe contar con un plan de asistencia aprobado. TennCare solo puede pagar servicios cubiertos que formen parte de un plan de asistencia aprobado.

No puede obtener un servicio durante su apelación:

- Si el servicio no está cubierto.
- Si no tiene un plan de asistencia aprobado que incluya el servicio.
- O bien, si desea comenzar a obtener un nuevo servicio.

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

Defensor del consumidor de CHOICES

Además de su coordinador de atención, hay otra persona en BlueCare que puede ayudarlo. Esta persona es el defensor del consumidor de CHOICES. El defensor del consumidor CHOICES está disponible para:

- Brindar información sobre el programa CHOICES.
- Ayudarlo a averiguar cómo funcionan las cosas en BlueCare, como presentar una queja, cambiar de coordinador de apoyo u obtener la atención que necesita.
- Realizar derivaciones al personal adecuado de BlueCare.
- Ayudar a solucionar problemas con su atención.

Para comunicarse con el Defensor del consumidor de BlueCare CHOICES, llámenos al **800-468-9698**. Solicite hablar con el defensor del consumidor de CHOICES.

Libertad de elección

En CHOICES, si necesita el nivel de atención proporcionado en un hogar de ancianos, tiene derecho a elegir recibir atención:

- En su hogar,
- O en otro lugar de la comunidad (como un centro de vivienda asistida o un centro de cuidados críticos para adultos),
- O en una residencia de cuidados especializados.

Para recibir atención en su hogar o en la comunidad, debe reunir los requisitos para poder inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES o el Grupo 3 de CHOICES. (Consulte *¿Quiénes pueden calificar para inscribirse en CHOICES?*)

Si se encuentra en una residencia de cuidados especializados, es posible que pueda trasladarse de la una residencia de cuidados especializados a su hogar y recibir servicios si lo desea. Si está interesado en mudarse de la residencia de cuidados especializados a la comunidad, hable con su coordinador de apoyo.

Para recibir atención en su hogar o en la comunidad, debemos poder satisfacer de forma segura sus necesidades en ese entorno. Y, para el Grupo 2 de CHOICES, el costo de su atención no puede ser mayor que el costo de su atención en una residencia de cuidados especializados. Esto incluye el costo de su atención domiciliaria y cualquier atención de médica en el hogar o de enfermería que pueda necesitar. Para el Grupo 3 de CHOICES, el costo de su atención no puede ser superior a \$19,764 por año. Las modificaciones menores en el hogar, y cualquier atención de la salud o de enfermería en el hogar que pueda necesitar no cuentan para el límite de \$19,764. El tipo y la cantidad de atención que recibirá dependerán de sus necesidades.

¿Qué sucede si es elegible para recibir atención en una residencia de cuidados especializados pero no quiere dejarlo para mudarse a la comunidad? Entonces, no lo obligaremos, aunque creamos que la atención en la comunidad costaría menos. Siempre que sea elegible para recibir atención en la residencia de cuidados especializados, puede optar por recibirla.

Puede cambiar su elección en cualquier momento, siempre y cuando reúna los requisitos y podamos inscribirlo para recibir atención en el entorno que desee.

En CHOICES, también puede ayudar a elegir los proveedores que le brindarán atención. Podría ser una residencia de vida asistida o una residencia de ancianos, o la agencia que le brindará atención en su casa. También puede contratar a sus propios trabajadores para algunos tipos de atención (denominado Dirección del consumidor).

El proveedor que elija debe estar dispuesto y poder brindarle atención. Su coordinador de atención intentará ayudarlo a conseguir el proveedor que elija. Pero, si no obtiene el **proveedor** que desea, no puede apelar y solicitar una audiencia imparcial. Si no recibe los **servicios** que cree que necesita, entonces puede presentar una apelación.

Pago de sus servicios y asistencia a largo plazo de CHOICES

Es posible que tenga que pagar parte del costo de su atención en CHOICES. Esto se denomina "**responsabilidad del paciente**". El monto que paga depende de sus ingresos y gastos contables. Si existe una responsabilidad del paciente, **debe** pagarla en CHOICES. Si recibe atención en una residencia de vida asistida o en una residencia de adultos, o en un hogar de ancianos, pagará la responsabilidad del paciente con respecto a esa residencia. Si recibe atención en su propia casa, pagará la responsabilidad del paciente a BlueCare.

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

¿Qué sucede si NO paga la responsabilidad del paciente que adeuda? Podrían suceder 4 cosas:

1. Su proveedor de atención CHOICES podría decidir no seguir brindándole atención. Si recibe atención en una residencia de vida asistida o en una residencia de adultos, o en un hogar de ancianos, podrían darle el alta. Antes de que lo hagan, deben enviarle una carta que diga los motivos del alta. Si cree que no tienen razón respecto de la deuda, puede apelar.

2. **Y** si usted no paga la responsabilidad del paciente, es posible que otros proveedores tampoco estén dispuestos a prestarle atención. Si eso sucede, BlueCare podría decidir dejar de ser su plan de salud para CHOICES. No podemos satisfacer sus necesidades si no podemos encontrar proveedores que estén dispuestos a brindarle atención. Debemos enviarle una carta que indique los motivos por los cuales ya no podemos ser su plan de salud para CHOICES. Si cree que estamos equivocados, puede apelar.

3. **Y** si no paga la responsabilidad del paciente, es posible que otros planes de salud TennCare tampoco estén dispuestos a ser su plan de salud para CHOICES. Si eso sucede, es posible que no pueda permanecer en CHOICES. Es posible que TennCare no le proporcione ningún servicio y asistencia a largo plazo. Si no puede quedarse en CHOICES, TennCare le enviará una carta indicando el motivo. Si cree que están equivocados, puede apelar.

4. **Y** si no puede quedarse en CHOICES, es posible que ya no sea elegible para TennCare. Si la única forma de reunir los requisitos para TennCare es la prestación de servicios y asistencia a largo plazo, también podría perder su membresía en TennCare. Antes de que termine su TennCare, recibirá una carta que le indicará cómo apelar si cree que es un error.

¿Tiene facturas médicas por la atención que recibió antes de que comenzara su TennCare? Esto incluye la atención en una residencia de cuidados especializados, o copagos o deducibles de Medicare.



O, ¿tiene facturas médicas por la atención que recibió después de que TennCare comenzara 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 adeuda cada mes. Esto significa que su responsabilidad del paciente será menor. (Incluso puede ser cero). Seguiremos restando esas facturas hasta que se haya restado el costo total de sus facturas médicas.

Las facturas deben ser por la atención que recibió en los 3 meses anteriores al mes en que solicitó TennCare. Por ejemplo, si solicita TennCare en abril, las facturas deben ser de enero, febrero y marzo.

Pueden ser facturas que ya haya pagado. O pueden ser facturas que aún no ha pagado. Pero debe esperarse que las pague. (No tiene otro seguro que las pague). ¿Qué sucede si un familiar u otra persona pagó estas cuentas? Envíelas solo si esperan que usted les devuelva el dinero.

Si tiene facturas médicas como esta, envíelas a TennCare. Tiene 2 formas de hacerlo.

Dónde enviar facturas médicas

	Correo postal: TennCare Connect P.O. Box 305240 Nashville, TN 37230-5240
	Fax al: 855-315-0669

En cada página que envíe, asegúrese de escribir “por responsabilidad del paciente” e incluir su nombre y número de seguro social.

¿Tiene Medicare u otro seguro que lo ayude a pagar sus servicios y asistencia a largo plazo? Si tiene otro seguro, ese seguro debe pagar primero. TennCare no puede pagar la atención cubierta por Medicare u otro seguro.

¿Qué sucede si tiene servicios y asistencia a largo plazo de un seguro que **las paga**? Entonces debe pagar el monto que obtenga para ayudar a cubrir el costo de su atención. Si recibe atención en una residencia de vida asistida o en una residencia de adultos, o en una residencia de cuidados especializados, pagará el monto que obtenga a esa residencia. Si recibe atención en su propia casa, su coordinador de atención le dirá cómo pagar el dinero del seguro que recibe. Esto **no** reducirá el monto de la responsabilidad del paciente que adeude.

Debe pagar cualquier servicio y asistencia a largo plazo con el seguro que reciba **y** la responsabilidad del paciente para ayudar a cubrir el costo de su atención. Sin embargo, no pagará más que el costo total de los servicios y asistencia a largo plazo que reciba ese mes.

¿Qué sucede si recibe ayuda y beneficios de asistencia a través del Departamento de Asuntos de Veteranos? En ese caso, es importante que se lo comunique a su coordinador. Su coordinador de atención le proporcionará información importante que lo ayudará a tomar decisiones sobre cómo recibirá los servicios y asistencia a largo plazo que necesita.

Cancelación de la inscripción en CHOICES

Su inscripción en CHOICES y la recepción de servicios y asistencia a largo plazo pueden finalizar por varios motivos y pueden variar dependiendo del Grupo de CHOICES en el que esté inscrito. Podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro en CHOICES, pero será TennCare quien tomará la decisión final. Algunos de los motivos por los que se podría cancelar su inscripción en CHOICES incluyen:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Ya no necesita el nivel de atención proporcionado en una residencia de cuidados especializados y no corre el riesgo de ir a una residencia de cuidados especializados.
- Ya no necesita y no recibe **ningún** servicio y asistencia a largo plazo.
- No paga la responsabilidad del paciente.

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

Decidimos que ya no podemos satisfacer de forma segura sus necesidades en el hogar o la comunidad, y usted se niega a mudarse a una residencia de ancianos. Los motivos por los que es posible que no podamos satisfacer sus necesidades de forma segura incluyen cosas como:

- Usted se niega a permitir que un Coordinador de atención ingrese en su casa. Si un coordinador de atención no puede visitarlo en su casa, no podemos estar seguros de que esté seguro y sano.
- El riesgo de daño para usted o para las personas que le brindan atención en su hogar es demasiado grande.
- Aunque hay proveedores disponibles para proporcionar atención, ninguno de esos proveedores está dispuesto a proporcionar su atención.
- Se niega a recibir servicios que se identifican en su plan de asistencia centrado en la persona como servicios necesarios.

Si está en el Grupo 2, también puede cancelar su inscripción si:

El costo de la atención que necesita en el hogar o en la comunidad será mayor que el costo de la atención en una residencia de cuidados especializados. El costo de la atención incluye cualquier atención médica en el hogar o de enfermería privada que pueda necesitar.

Su coordinador de atención comprobará regularmente que la atención que reciba en su propio hogar o en la comunidad (incluido el costo de la atención médica en el hogar y la enfermería privada) no supere el costo de la atención en una residencia de ancianos.

Si decidimos que la atención en el hogar costará más que la atención en una residencia de ancianos, su coordinador de atención trabajará con usted para intentar elaborar un plan de asistencia que satisfaga sus necesidades de forma segura y rentable. Si decidimos que no es posible prestarle servicios de forma segura en su hogar o en la comunidad por un costo no superior al de la atención en una residencia de cuidados especializados, su coordinador de atención lo ayudará a mudarse a una residencia de cuidados especializados de su elección que trabaje con BlueCare. Si decide no mudarse a una residencia de cuidados especializados, ya no podrá recibir servicios en su propio hogar ni en la comunidad. Se cancelará su inscripción en CHOICES.

Si está en el Grupo 3:

Debemos poder satisfacer sus necesidades de forma segura con el cuidado que puede obtener en el Grupo 3 de CHOICES. **Esto** incluye la atención en el hogar de CHOICES con un máximo de \$18,000 por año (sin contar las modificaciones menores en el hogar), otros servicios de Medicaid para los que usted es elegible para recibir de su MCO, servicios que puede obtener a través de Medicare, seguro privado u otras fuentes de financiamiento, y atención no pagada proporcionada por familiares y amigos. Si decidimos que sus necesidades no se pueden satisfacer con la atención que puede recibir en el Grupo 3, TennCare verá si es elegible para pasar al Grupo 2 de CHOICES para recibir más atención en el hogar o al Grupo 1 de CHOICES para recibir atención en una residencia de cuidados especializados. ¿Qué sucede si sus necesidades no se pueden satisfacer en el hogar o en la comunidad (incluso con atención en el hogar hasta el costo de la atención en una residencia de cuidados especializados) y usted decide no mudarse a un hogar de ancianos? Entonces, se cancelará su inscripción en CHOICES.

Si se cancela su inscripción en CHOICES, permanecerá en TennCare siempre que siga siendo elegible para Medicaid. Sin embargo, ya no recibirá **ningún** servicio y asistencia a largo plazo a cargo de TennCare. Recibirá una carta que indicará los motivos por los cuales se cancela su inscripción en CHOICES y cómo apelar si cree que es un error.

Si es elegible para Medicaid **solo** porque recibe servicios y asistencia a largo plazo y se cancela su inscripción en CHOICES, su TennCare también podrá terminar. Antes de hacerlo, recibirá una carta que le indicará el motivo. Tendrá la oportunidad de reunir los requisitos para otro de los grupos que cubre Medicaid.

Recuperación de bienes

¿Qué es la recuperación de bienes?

El cobro del acervo hereditario es la forma en que TennCare recauda dinero del acervo hereditario (bienes) de las personas que recibieron servicios y apoyo a largo plazo de TennCare y fallecieron. TennCare está obligado por ley federal a recuperar estos pagos después del fallecimiento del destinatario. Esto se conoce como "recuperación de bienes". A continuación, se enumeran los tipos de cuidados que deben devolverse.

Su "acervo hereditario" consta de sus bienes, pertenencias, dinero y otros activos que usted posee al momento de su fallecimiento. El cobro del acervo hereditario implica usar el valor de su propiedad después de su fallecimiento para reembolsarle a TennCare la atención que usted recibió. Siga leyendo para averiguar quién tiene que realizar la devolución a TennCare y cuánto tendrá que devolver su acervo hereditario.

TennCare no puede solicitar que le devuelvan el dinero sino hasta **después** de su fallecimiento. TennCare no puede pedir más dinero del que se pagó. TennCare no puede pedirle a su familia que pague la atención que recibió de sus propios bolsillos.

Si el valor de todos sus activos al momento de su fallecimiento es inferior a la factura de TennCare, TennCare solo tiene permitido cobrarse el valor de sus activos y a nada más. Por ejemplo, si lo único que usted posee al momento de su fallecimiento es una casa valuada en \$50,000, pero TennCare tiene una factura de \$75,000, entonces TennCare solo puede cobrarse \$50,000. TennCare no puede pedirle a su familia que pague el monto restante.

¿Quién tiene que devolver el costo de su atención a TennCare?

TennCare **debe** solicitar que se le reembolse el dinero que gastó en su atención si usted:

- Tiene 55 años o más y recibió atención en una residencia de cuidados especializados o ICF/IID, atención domiciliaria, llamados servicios en el hogar y comunitarios o HCBS, atención de la salud en el hogar domiciliaria o enfermería privada.

¿Qué tipo de atención se debe devolver a TennCare?

TennCare **debe** solicitar el reembolso de lo siguiente:

- Atención en un centro de cuidados o ICF/IID.
- Atención domiciliaria, conocida como servicios en el hogar y comunitarios (Home and Community-Based Services, HCBS).
- Servicios médicos en el hogar o enfermería privada.
- Atención hospitalaria y medicamentos recetados relacionados con sus servicios de atención a largo plazo.

¿Cuánto tendrá que pagar con su acervo hereditario a TennCare por su atención?

Para proporcionar atención a largo plazo, TennCare contrata a una compañía de seguros médicos (también llamada "organización de atención gestionada" o "MCO"). Cuando alguien recibe TennCare, TennCare paga una prima mensual a la compañía de seguros. La prima mensual se denomina "tasa de capitalización". A cambio, la compañía de seguros paga al proveedor de atención médica (como un centro de enfermería u otra entidad que proporciona atención a largo plazo en el hogar/la comunidad) por la atención de la persona. Conforme a las leyes federales, TennCare debe solicitar que se le reembolse el pago de la prima que realizó a la compañía de seguros por usted.

El pago de la prima realizado a la compañía de seguros es el mismo cada mes, independientemente de los servicios que realmente reciba ese mes. El pago de la prima también puede variar según el tipo de atención a largo plazo que reciba y la parte del estado en la que viva.

Es posible que TennCare no recupere el dinero de su acervo hereditario si:

- Usted no tiene dinero, bienes u otros activos cuando fallece.
- Las cosas que ha dejado no se pueden usar para pagar a las personas con quienes tiene una deuda a través de un tribunal de sucesiones. Un ejemplo es el dinero del seguro de vida.

¿Qué sucede si vendo o regalo mi casa mientras recibo 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 cualquier transferencia realizada cinco años antes de recibir TennCare. Si usted no les informa acerca de la transferencia, pueden anular la transferencia y solicitar el pago de su acervo hereditario, familiares o cualquier otra persona que haya participado en la transferencia.

¿Cuáles son los motivos por los que TennCare puede retrasar el cobro del acervo hereditario?

En algunas situaciones, el cobro del acervo hereditario se retrasa o “difiere”, lo que significa que TennCare no se cobrará de su acervo hereditario hasta una fecha posterior. TennCare difiere el cobro del acervo hereditario de una persona cuando:

- Tiene un esposo o esposa que vive. TennCare no puede cobrar dinero de su acervo hereditario hasta el fallecimiento de su esposo o esposa.
- Tiene un hijo menor de 21 años. TennCare no puede cobrar dinero de su acervo hereditario hasta que su hijo sea mayor de 21 años.
- Tiene un hijo ciego o discapacitado de forma permanente. TennCare no puede cobrar el dinero hasta el fallecimiento del hijo discapacitado.
- Tiene un hijo o hija cuya atención le impidió permanecer en el centro de cuidados durante **al menos** dos años. TennCare no puede cobrar dinero de su acervo hereditario hasta que su hijo o hija ya no viva en la propiedad.
- Su hermano o hermana cuya atención le impidió permanecer en el centro de cuidados, vivió en su casa durante un año **antes** de que usted recibiera atención en el centro de cuidados o atención domiciliaria. Si el hermano o la hermana fallece o ya no reside en la propiedad, el diferimiento ya no existe.
- Si la propiedad representa el único ingreso de la familia, como una granja familiar.

¿Cómo averiguará su familia si su acervo hereditario le debe dinero a TennCare?

Para averiguar si el acervo hereditario le debe dinero a TennCare, su familia o representante debe enviar un Formulario de solicitud de liberación a TennCare de una de las tres maneras siguientes:

- Obtenga la Solicitud de liberación en línea en:
<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/releaseform.pdf>.
- Obtenga la Solicitud de liberación de la Secretaría del Tribunal de sucesiones solicitando una “Solicitud de liberación de cobro del acervo hereditario”.
- **Obtenga la solicitud de liberación de TennCare enviando una carta o un fax a:**
-

Formulario de solicitud de divulgación 1



Correo electrónico: RFR.Tenncare@tn.gov.

**Correo postal:**

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

**Fax: 615-413-1941*****¿Qué sucede si tiene que pagarle dinero a TennCare de su acervo hereditario?***

Su familia o representante tiene muchas opciones si existe una reclamación de TennCare:

1. Pueden pagar la reclamación de TennCare haciendo uso de sus pertenencias restantes
2. Su acervo hereditario queda sujeto "validación". Cuando esto suceda, un Tribunal nombrará a alguien conocido como administrador (o si usted tiene un testamento, esta persona se conoce como albacea) para vender su propiedad, para pagar cualquier deuda que pueda haber tenido mientras estaba vivo, y luego les dará a sus herederos la propiedad/dinero restante si queda algo. Su familia o TennCare pueden solicitar que se designe un albacea para su acervo hereditario.
3. Pueden solicitar un aplazamiento del cobro del acervo hereditario.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda con la recuperación de bienes?

Preguntas sobre la recuperación de patrimonio

**CORREO ELECTRÓNICO:** Estate.recovery@tn.gov



POR CORREO POSTAL: Division of TennCare
Estate Recovery Unit
310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243



FAX: 615-413-1941



LLAME AL: 844-629-0941

Renovaciones

Al igual que con todos los programas de Medicaid, tenemos la obligación de verificar que todos sigan siendo elegibles todos los años, lo que se denomina renovaciones. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las normas médicas y financieras de CHOICES. Compruebe que TennCare tenga su dirección actual. Si planea mudarse, comuníquenoslo de inmediato. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información de TennCare para que su cobertura pueda continuar. Su plan de salud TennCare puede ayudarlo si lo necesita. Si pierde CHOICES, debe haber una oportunidad 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 (intellectual or developmental disability, I/DD). Esto incluye a personas que tienen discapacidades significativas.

Los servicios ayudan a las personas con I/DD a obtener la mayor independencia posible. Las personas reciben apoyo para vivir con su familia o en la comunidad, no en una institución. Los servicios residenciales están disponibles 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. Este podría ser un trabajo a tiempo parcial, un trabajo a tiempo completo o un trabajo por cuenta propia.

Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades, conocer nuevas personas y desempeñar un papel importante en sus comunidades. El trabajo también puede ayudar a las personas a mantenerse saludables 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 ayudan a las personas a alcanzar sus objetivos. Si una persona vive en casa con su familia, los servicios ayudan a la familia a apoyar a la persona para que sea lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a involucrarse activamente en sus comunidades e incluyen apoyo de pares para la persona y para su familia.

¿Cómo solicito Employment and Community First CHOICES?

Existe una cantidad limitada de fondos para brindar servicios a las personas cada año. Esto significa que no todos los que quieren solicitar pueden inscribirse u obtener servicios de inmediato.

Hay una lista de derivaciones para Employment and Community First CHOICES. Para entrar en la lista de derivaciones, puede completar una autoderivación. Completar la autoderivación para Employment and Community First CHOICES no significa que usted será inscrito en el programa. 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 con una autoderivación para Employment and Community First CHOICES, llámenos al **800-468-9698**.

Los servicios de ECF CHOICES que se le proporcionen en su hogar o en la comunidad no reemplazarán la atención que reciba de familiares y amigos o los servicios que ya reciba.

Si recibe ayuda de programas comunitarios, recibe servicios pagados por Medicare u otro seguro, o tiene un familiar que lo atiende, estos servicios no se reemplazarán por atención pagada a través de ECF CHOICES. En su lugar, la atención domiciliaria que reciba a través de ECF CHOICES funcionará junto con la asistencia que ya reciba para ayudarlo a permanecer en su hogar y comunidad durante más tiempo. La atención en ECF CHOICES se proporcionará de la manera más rentable posible para que más personas que necesiten atención puedan obtener ayuda.

Sin embargo, si ha estado recibiendo servicios a través del programa de apoyo familiar financiado por el estado o de los programas alternativos de Medicaid (Medicaid Alternative Pathways, MAPS), ya no podrá optar a esos servicios. Están destinados para personas que no tienen Medicaid. Y si ha estado recibiendo servicios de programas financiados por otros programas estatales o federales (como Meals on Wheels, servicios de asistencia a domicilio o los Programas Nacionales de Apoyo a Familias Cuidadoras) que ahora puede obtener a través de ECF CHOICES, recibirá la atención que necesita a través de ECF CHOICES.

Para saber si es elegible para inscribirse en ECF CHOICES, llámenos al **800-468-9698**.

¿Conoce a alguien que no esté en TennCare y desee presentar una solicitud para CHOICES? Debe comunicarse con la oficina regional de admisiones del Departamento de Discapacidad y Envejecimiento (Department of Disability and Aging, DDA) en su área del estado.

- Oeste de Tennessee (866) 372-5709
- Centro de Tennessee (800) 654-4839
- Este de Tennessee (888) 531-9876

Esta oficina les ayudará a averiguar si son elegibles para TennCare y ECF CHOICES.

¿Quién puede ser elegible para inscribirse en el programa Employment and Community First CHOICES?

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

Apoyo familiar esencial (esto a veces se denomina "Grupo 4").

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

Los adultos de 21 años con I/DD que viven en casa con su familia también pueden elegir inscribirse en este grupo si son elegibles.

Apoyos esenciales para el empleo y la vida independiente (esto a veces se denomina "Grupo 5").

Los servicios de apoyo esencial son para adultos mayores de 21 años que tienen una I/DD, pero no califican para el nivel de atención en un hogar de ancianos.

- Una persona de 18 a 21 años con I/DD puede inscribirse en este grupo si ya no puede vivir con su familia.
- Una persona que sería elegible para recibir atención en una residencia de cuidados especializados puede elegir inscribirse en este grupo si el Grupo 6 de ECF CHOICES está lleno y sus necesidades pueden satisfacerse con estos servicios.

Apoyos integrales para el Empleo y Vida Comunitaria (esto a veces se denomina "Grupo 6").

Estos servicios son solo para adultos mayores de 21 años que serían elegibles para recibir atención en una residencia de cuidados especializados. (Esto no significa que la persona deba recibir atención en un hogar de anciano. Este programa proporciona servicios en el hogar y en la comunidad. Solo necesitan calificar para recibir atención en un hogar de ancianos).

- Una persona de 18 a 21 años con 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 ayudarlas a vivir en la comunidad y alcanzar sus objetivos de empleo y vida comunitaria.

Apoyos intensivos conductuales para la familia (esto a veces se denomina "Grupo 7").

Este grupo es para una pequeña cantidad de niños menores de 21 años que viven con su familia y tienen I/DD y necesidades graves de apoyo conductual que ponen al niño u otras personas en riesgo de sufrir daños graves. Los comportamientos son tan desafiantes que el niño corre el riesgo de ser colocado fuera del hogar. Este grupo proporciona tratamiento de salud mental y otros servicios en el hogar con la familia. (La familia debe estar dispuesta a formar parte del tratamiento del niño). Los servicios capacitarán y ayudarán a la familia a apoyar al niño para que puedan seguir viviendo de

manera segura juntos. Las personas generalmente están 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 de manera segura sus necesidades.

Apoyos conductuales integrales para el Empleo y la Vida Comunitaria (esto a veces se denomina "Grupo 8").

Este grupo está destinado a una pequeña cantidad de adultos que tienen I/DD y necesidades graves de apoyo conductual y se están trasladando a la comunidad desde un lugar con mucha estructura y supervisión. Esto podría ser desde un hospital de salud mental, el sistema de cuidado tutelar, una prisión o un hogar de ancianos. Estos servicios son principalmente para adultos de 21 años y mayores. Pero a veces, una persona de entre 18 y 20 años también puede recibirlos. Combinan servicios residenciales las 24 horas del día, los 7 días de la semana con tratamiento y apoyo de salud mental. Las personas generalmente están 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 de manera segura sus necesidades.

Los servicios y asistencia a largo plazo de TennCare decidirá si cumple con las reglas del nivel de atención para inscribirse en ECF CHOICES. El departamento de Servicios para Miembros de TennCare decidirá si cumple con las reglas de ingresos y recursos para ser elegible para recibir los servicios y asistencia a largo plazo de Medicaid a través de ECF CHOICES. Le ayudaremos a completar los documentos que necesitan para tomar una decisión. Si TennCare da su aprobación, podrá inscribirse en ECF CHOICES y comenzar a recibir servicios de atención domiciliaria:

- Debemos poder satisfacer de manera segura sus necesidades en el hogar.
- Además, el costo de la atención domiciliaria no puede superar el límite de gasto establecido para su grupo de ECF CHOICES. El costo de la atención en su hogar incluye cualquier atención médica en el hogar o de enfermería privada que pueda necesitar.

Si no podemos satisfacer sus necesidades de forma segura en su domicilio, ● si su atención médica costaría más que el límite de gasto establecido para su grupo de ECF CHOICES, no podrá participar en el programa ECF CHOICES. Pero es posible que califique para otros tipos de servicios y apoyo a largo plazo.

Si TennCare dice que usted no califica, recibirá una carta en la que se le explicará el motivo. Se le indicará cómo puede apelar si cree que se trata de un error.

Límites en la inscripción en Employment and Community First CHOICES

Es posible que no todas las personas que califiquen para inscribirse en ECF CHOICES puedan hacerlo. Existe un objetivo de inscripción para los Grupos de ECF CHOICES. Es algo similar a un límite en la cantidad de personas que pueden estar en el grupo a la vez. (La cantidad de personas que pueden inscribirse a veces se denomina “vacantes”). Esto ayuda a garantizar que el programa no crezca más rápido que el dinero del estado para pagar la atención. También ayuda a garantizar que haya suficientes proveedores de atención domiciliaria para brindar los servicios necesarios.

Algunas vacantes se retendrán (o reservarán) para emergencias. Esto incluye cosas como cuando una persona tiene un cuidador primario que tiene al menos 75 años o el cuidador primario está incapacitado de forma permanente o ha fallecido. La cantidad de vacantes reservadas y las pautas para calificar para una de esas vacantes se encuentran en las Normas de TennCare. Si se reservan las únicas vacantes restantes, deberá cumplir con las pautas para las vacantes reservadas para inscribirse en ECF CHOICES.

Si no cumple con las pautas para vacantes reservadas o no hay vacantes disponibles y califica para inscribirse en ECF CHOICES, su nombre se colocará en una lista de derivación.

Cuando haya puestos disponibles, TennCare puede inscribir personas de la lista de derivación según la prioridad. Estas reglas de prioridad se encuentran en Reglas de TennCare.

Cómo recibir 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 encuentre. **Existen cinco grupos de beneficios:**

Apoyo familiar esencial

O “Servicios de apoyo familiar” para abreviar.

(Esto a veces se denomina “**Grupo 4**”).

Los servicios de apoyo familiar son solo para personas que viven en casa con su familia. Lo ayudarán a planificar y a conseguir un trabajo, y a vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Lo ayudarán a hacer cosas en la comunidad que desea hacer, para ayudarlo a construir relaciones y alcanzar sus objetivos. También ayudarán a su familia a brindarle apoyo para planificar y alcanzar sus objetivos.

El costo total de los servicios de apoyo familiar que recibe no puede exceder el límite de costos cada año. TennCare establece el límite de costos todos los años. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. Solo en Essential Family Supports, su límite de costos no incluye el costo de ninguna modificación menor en el hogar. Tampoco contaremos el costo del apoyo de familia a familia. Para obtener más información sobre estos y otros servicios, lea el cuadro al final de estas páginas del manual.

Apoyos esenciales para el empleo y la vida independiente

O "servicios de apoyo esencial" para abreviar.

(Esto a veces se denomina "**Grupo 5**").

Estos servicios son **solo** para adultos de 21 años y mayores.² Lo ayudarán a obtener o mantener un trabajo y vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Lo ayudarán a hacer cosas en la comunidad que desea hacer, para ayudarlo a construir relaciones y alcanzar sus objetivos.

El costo total de los servicios de apoyo esencial que recibe no puede exceder el límite de costos cada año. TennCare establece el límite de costos todos los años. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Qué sucede si tiene una emergencia y necesita más servicios para permanecer en la comunidad? Es posible que pueda obtener más servicios de apoyo esencial para ese año. Pero no pueden costar más de \$6,000.

También puede revisar su tope para obtener servicios de empleo O si necesita más ayuda durante un período breve para hacer la transición de manera segura a vivir en la comunidad.

Apoyos integrales para el empleo y la vida comunitaria

O "Servicios de apoyo integral" para abreviar.

(Esto a veces se denomina "**Grupo 6**").

Estos servicios son **solo** para adultos mayores de 21 años que serían elegibles para recibir atención en una residencia de cuidados especializados.³ (Pero estos servicios se proporcionan **en la comunidad**).

Lo ayudarán a obtener o mantener un trabajo y vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Lo ayudarán a hacer cosas en la comunidad que desea hacer, para ayudarlo a construir relaciones y alcanzar sus objetivos.

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 costo anual se basa en una evaluación de su "nivel de necesidad". Su "nivel de necesidad" nos indica cuánto apoyo necesita. Todos los miembros del grupo de Servicios de apoyo integral (ECF CHOICES Grupo 6) tendrán un "nivel de necesidad" evaluado. Ni TennCare ni su plan de salud realizan la evaluación.

El costo total de los servicios de apoyo integral que recibe no puede ser superior a su límite de costos cada año. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Qué sucede 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 obtener 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, también puede revisar su límite para obtener servicios laborales. Excepto por estos, nadie puede obtener servicios de apoyo integral que cuesten más que su límite de costos cada año.

Solo si se le evalúa que tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales: tendrá un límite de costo más alto. El monto se basa en el costo anual promedio de la atención en una institución para la que sería elegible.

- Si tiene una **discapacidad intelectual**: Su límite de costo se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales) privado.
- Si tiene una **discapacidad del desarrollo**: Su límite de costos se basa en el costo anual promedio de la atención en una residencia de cuidados especializados **más** el costo promedio de los servicios especiales que una persona con una discapacidad del desarrollo necesitaría en una residencia de cuidados especializados.

Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que recibirá servicios en un ICF/IID o en una residencia de cuidados especializados. Employment and Community First CHOICES brinda servicios **en la comunidad**. Estos montos se utilizan para establecer el límite anual en el costo total de los servicios de apoyo que puede recibir en la comunidad: su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de costo se basa en el costo de la atención en un ICF/IID o una residencia de cuidados especializados, cualquier atención de la salud a domicilio o de enfermería privada que TennCare pague también **se tendrá en cuenta** en su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan para su límite de costos. **Excepto** para servicios de salud en el hogar y de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no se toman en cuenta para su límite de costos.

TennCare recibirá su evaluación y le informará cuánto será su límite de costos. Si tiene preguntas, consulte a su coordinador de apoyo.

Apoyos conductuales intensivos para la familia

(Esto a veces se denomina "**Grupo 7**").

Este grupo es para una pequeña cantidad de niños menores de 21 años que viven con su familia y tienen I/DD y necesidades graves de apoyo conductual que ponen al niño u otras personas en riesgo de sufrir daños graves. Los comportamientos son tan desafiantes que el niño corre el riesgo de ser colocado fuera del hogar. Este grupo proporciona tratamiento de salud mental y otros servicios en el hogar con la familia. (La familia debe estar dispuesta a formar parte del tratamiento del niño). Los servicios capacitarán y ayudarán a la familia a apoyar al niño para que puedan seguir viviendo de manera segura juntos.

Su límite de costo se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales) privado. Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que recibirá servicios en un ICF/IID. Employment and Community First CHOICES brinda servicios **en la comunidad**. Estos montos se utilizan para establecer el límite anual en el costo total de los servicios de apoyo que puede recibir en la comunidad: su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Cualquier atención de la salud a domicilio o servicio de enfermería privado que TennCare pague **también se tendrá en cuenta** en su tope. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan para su límite de costos. **Excepto** para servicios de salud en el hogar y de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no se toman en cuenta para su límite de costos.

TennCare le informará cuál será su límite de costos. Si tiene preguntas, consulte a su coordinador de apoyo.

Apoyos conductuales integrales para el empleo y la vida comunitaria

(Esto a veces se denomina "**Grupo 8**").

Este grupo está destinado a una pequeña cantidad de adultos que tienen I/DD y necesidades graves de apoyo conductual y se están trasladando a la comunidad desde un lugar con mucha estructura y supervisión. Esto podría ser desde un hospital de salud mental, el sistema de cuidado tutelar, una prisión o un hogar de ancianos. Estos servicios son *principalmente* para adultos de 21 años y mayores. Pero a veces, una persona de entre 18 y 20 años también puede recibirlos. Combinan servicios residenciales las 24 horas del día, los 7 días de la semana con tratamiento y apoyo de salud mental. Las personas generalmente están 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 de manera segura sus necesidades.

- Durante el primer año, su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID público (centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales).
- Para el segundo año y cada año después, su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID privado.

Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que recibirá servicios en un ICF/IID. Employment and Community First CHOICES brinda servicios **en la comunidad**. Estos montos se utilizan para establecer el límite anual en el costo total de los servicios de apoyo que puede recibir en la comunidad: su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de costo se basa en el costo de la atención en un ICF/IID o una residencia de cuidados especializados, cualquier atención de la salud a domicilio o de enfermería privada que TennCare pague también **se tendrá en cuenta** en su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan para su límite de costos. **Excepto** para servicios de salud en el hogar y de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no se toman en cuenta para su límite de costos.

TennCare recibirá su evaluación y le informará cuánto será su límite de costos. Si tiene preguntas, consulte a su coordinador de apoyo.

Durante el primer año que esté en Employment and Community First CHOICES, su límite de costo será "prorratedo". Esto significa que su límite de costo anual se dividirá por los 365 días del año y luego se multiplicará por la cantidad de días que realmente participará en el programa ese año.

No importa cuánto sea su límite de costo, **no** significa que recibirá servicios hasta el monto del límite de costo. Employment and Community First CHOICES solo pagará los servicios que deba tener para satisfacer sus necesidades en su hogar o comunidad.

Esto incluye servicios que necesita para trabajar, vivir de la manera más independiente posible, formar parte de su comunidad y alcanzar sus objetivos.

Le ayudaremos a usar o desarrollar "apoyos naturales" cuando pueda. Estas son personas que pueden ayudar a brindarle el apoyo que necesita sin que se les pague, como familiares, amigos y compañeros de trabajo. Usar apoyos naturales puede ayudarle a construir relaciones y ser parte de su comunidad.

Los **tipos** de servicios de apoyo que se incluyen en el programa 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 pagará solo un determinado monto de estos servicios. El cuadro le indica cómo puede ayudarlo cada servicio, qué grupos de beneficios lo cubren y los límites de ese servicio. Si tiene preguntas sobre un servicio, consulte a su coordinador de apoyo.

Asistencia para empleo

Existen muchos tipos diferentes de servicios para ayudarlo a obtener y mantener un trabajo. Lo ayudarán a:

- Decida si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría ser realmente bueno.
- Probar ciertos trabajos para ver cómo son y qué debe hacer para prepararse para esos trabajos.
- Escribir un plan para obtener un trabajo (o iniciar su propio negocio) y llevar a cabo ese plan.
- Contar con un asesor de trabajo para que le brinde apoyo cuando comience su trabajo hasta que pueda hacerlo usted mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.
- Obtener un mejor trabajo y ganar más dinero.
- Comprender cómo el dinero que gane al trabajar afectará otros beneficios que reciba, incluido el Seguro Social y TennCare.

Los servicios de empleo están disponibles para personas en edad laboral 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 y competitivo”. Esto es lo que significa.

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

“Integrado” significa que su trabajo (o su negocio si es un trabajador por cuenta propia) se encuentra en la comunidad. Trabaja con personas que no tienen discapacidades (o les brinda servicios).

“Competitivo” significa que el salario que gana por su trabajo (o de su negocio, después de los gastos) es *al 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 puede ser “personalizado”. Esto significa que su proveedor de empleo lo ayuda a encontrar o desarrollar un trabajo que sea solo para usted. Combinan los tipos de cosas que le gustan y en las que es bueno con las necesidades de un empleador.

Habrán un acuerdo especial entre usted y su empleador para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de ambos. El empleador puede acordar cambiar cosas sobre el trabajo para que funcione para usted. Solo puede hacer partes de un trabajo, compartir partes del trabajo con otra persona o hacer cosas que nadie más hace. El acuerdo también puede cubrir cosas como:

- Dónde trabaja.
- Las horas que trabaja.
- El apoyo que necesita.
- Cuánto le pagan.

Si tiene mayores necesidades de apoyo, el “empleo personalizado” puede ayudar a encontrar un trabajo adecuado para usted.

¿Qué sucede si cree que no desea trabajar? Antes de decidir, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que le pueden gustar y en los que puede ser bueno. Queremos ayudarle a comprender los beneficios del trabajo y responder cualquier pregunta que tenga. Esto se denomina **Elección Informada de Empleo**. Significa que tiene los datos que necesita para tomar una buena decisión sobre trabajar.

Hay 2 servicios que puede obtener para ayudarle a tomar una decisión informada sobre el empleo:

- **Exploración:** le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría ser realmente bueno visitando lugares de trabajo que se adapten a sus habilidades e intereses. También lo ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el trabajo.
- **Autogestión entre pares, apoyo y navegación para el empleo y la comunidad:** orientación y apoyo de otra persona con discapacidades que tiene experiencia y capacitación para ayudarlo y responder sus preguntas. Incluye apoyo para ayudarle:

- A dirigir su plan de apoyo.
- A dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal en la dirección del consumidor).
- **A pensar y probar** opciones de empleo o vida comunitaria.

¿Tiene entre 16 y 62 años? Debe aceptar completar el proceso de elección informada de empleo **antes** de poder obtener ciertos tipos de apoyos para la vida comunitaria independiente. Luego, puede obtener otros tipos de servicios **al mismo tiempo**. Estos incluyen:

- **Servicios de apoyo de integración comunitaria:** le ayuda a hacer cosas en la comunidad que desea hacer. Tome una clase, únase a un club, sea voluntario, manténgase saludable, haga algo divertido, establezca relaciones y alcance sus objetivos.
- **Capacitación en habilidades de vida independiente:** le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de manera más independiente. Estas habilidades pueden ayudarle a cuidarse a usted mismo, a su hogar o a su dinero.

Para completar el proceso de elección informada de empleo, debe recibir *al menos* el servicio de exploración. También puede *elegir* recibir el servicio de apoyo entre pares.

¿Qué sucede si recibe al menos el servicio de Exploración y aún no desea trabajar en este momento? Luego, debe firmar una página que diga que ha recibido todos los datos y que aún no desea trabajar. Luego, si necesita servicios de apoyo de integración comunitaria o capacitación en habilidades de vida independiente, puede obtenerlos. Pero se limitarán a no más de 20 horas por semana **combinadas**. Solo puede obtener estos servicios si **no** recibe servicios residenciales como apoyos para la vida en comunidad (incluido el modelo familiar). Si recibe apoyo para la vida comunitaria, la ayuda para hacer estas cosas forma parte del servicio residencial que recibe.

Tecnología instrumental

La tecnología instrumental es un nuevo servicio (hasta \$5,000 por año calendario, en combinación con la tecnología de asistencia). La tecnología instrumental consiste en el uso de diversos tipos de dispositivos y tecnologías para facilitar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de soporte remoto y otros dispositivos inteligentes. Habilitar la tecnología puede ayudar a una persona transitar por sus trabajos y comunidades, obtener más control de su entorno y proporcionar apoyo remoto y recordatorios para ayudar a una persona en la vida independiente.

Autorización previa de servicios y asistencia a largo plazo

A veces, es posible que deba obtener nuestra **aprobación** para sus servicios de salud física o conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) antes de recibirlos, aun cuando un médico le diga que necesita los servicios. Esto se denomina autorización previa. Los servicios que deben tener una autorización previa antes de que los reciba solo se pagarán si lo aceptamos **antes** de que se presten los servicios.

Todos los servicios y asistencia a largo plazo deben ser aprobados antes de que paguemos por ellos. Todos **los servicios de apoyo** deben estar aprobados en su plan de apoyo **antes de que pueda recibirlos**. A veces, los cuidados en el hogar de ancianos pueden comenzar antes de que obtenga la **aprobación**, pero aún necesita una **aprobación** antes de que paguemos por ello. No pagaremos ningún servicio y asistencia a largo plazo a menos que cuenta con una **aprobación**.

Uso de proveedores de servicios y asistencia a largo plazo que trabajan con BlueCare

Al igual que con los servicios de salud física y conductual, debe utilizar proveedores que trabajen con nosotros para la mayoría de los servicios y asistencia a largo plazo. Puede buscarlos en el Directorio de proveedores en línea en **bluecare.bcbst.com**. O llámenos al **800-468-9698** para obtener una lista. Es posible que los proveedores se hayan registrado o retirado después de imprimir la lista. No obstante, el Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **800-468-9698** para averiguar si hay un proveedor en nuestra red.

En la mayoría de los casos, debe recibir los servicios y asistencia a largo plazo de un proveedor de esta lista para que TennCare pague sus servicios y asistencia a largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en las que TennCare pagará para que usted reciba servicios y asistencia a largo plazo de un proveedor que normalmente no trabaja con nosotros. Pero, primero debemos decir que está bien usar un proveedor de servicios y asistencia a largo plazo que normalmente no trabaja con BlueCare.

Dirección del consumidor

La dirección del consumidor es una manera de obtener algunos de los tipos de apoyo que necesita en Employment and Community First CHOICES. La Dirección del consumidor le brinda más opciones y control sobre **quién** le brinda su apoyo y **cómo** se le brinda. En Employment and Community First CHOICES, los servicios que puede dirigir como consumidor son:

- Asistencia personal
- Atención domiciliaria de apoyo

- Atención de relevo
- Transporte comunitario

En la Dirección del consumidor, usted realmente emplea a las personas que prestan algunos de sus servicios de apoyo: trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor de servicio). Debe ser capaz de hacer las cosas que un empleador haría: Estas incluyen cosas como las siguientes:

Contratación y formación de sus trabajadores

- Encuentre, entreviste y contrate a trabajadores para que le brinden atención.
- Defina las obligaciones laborales de los trabajadores.
- Desarrolle una descripción del trabajo para sus trabajadores.
- Capacite a los trabajadores para que brinden su atención según sus necesidades y preferencias.

Establecimiento y gestión del horario de sus trabajadores

- Establezca el horario en el que sus trabajadores le brindarán atención.
- Asegúrese de que sus trabajadores registren la entrada y la salida con un sistema EVV **cada vez** que concurran a su trabajo.
- Asegúrese de que sus trabajadores proporcionen *solo* la atención que tiene aprobación para recibir.
- Asegúrese de que ningún trabajador por hora le brinde más de 40 horas de atención en una semana.

Supervisión de los trabajadores

- Supervise a sus trabajadores.
- Evalúe el rendimiento laboral de sus trabajadores.
- Aborde los problemas o las inquietudes relacionados con el rendimiento de sus trabajadores.
- Despida a un trabajador cuando sea necesario.

Supervisión del pago de los trabajadores y las notas de servicio

- Decida cuánto les pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el estado).

- Revise el tiempo que sus trabajadores registran para verificar que sea correcto.
- Asegúrese de que haya buenas notas en su casa sobre la atención que proporcionan sus trabajadores.

Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario

- Desarrolle un plan de respaldo para abordar la situación cuando un trabajador no se presente en su horario programado (no puede decidir simplemente quedarse sin servicios).
- Active el plan de respaldo cuando sea necesario.

Representante de Dirección del consumidor

¿Qué pasa si no puede hacer algunas o todas estas cosas? Puede elegir a un familiar, amigo o alguien cercano para que haga estas cosas por usted. Se denomina "Representante para Dirección del consumidor". Si decide unirse a la dirección del consumidor y necesita un representante, su coordinador de apoyo le informará quién es elegible para ser un representante. La persona que elija no puede recibir un pago por brindar ninguno de sus servicios de apoyo en la dirección del consumidor. Es importante que elija a alguien que lo conozca muy bien y en quien pueda confiar.

Para ser su Representante para la dirección del consumidor, la persona debe:

- Debe tener al menos 18 años de edad.
- Conocerlo muy bien.
- Conocer los tipos de atención que necesita y cómo desea que se le brinde atención.
- Conocer sus horarios y su rutina.
- Conocer sus necesidades de atención de la salud y los medicamentos que toma.
- Estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieran para realizar las tareas de Dirección del consumidor.
- Vivir con usted en su casa **o** estar presente en su casa con la frecuencia suficiente para supervisar al personal. Esto suele significar al menos parte del turno de cada trabajador. Pero puede ser menos tiempo siempre que sea suficiente para asegurarse de que recibe la calidad de la atención que necesita.
- Estar dispuesto a firmar un Acuerdo de representante, diciendo que acepta hacer estas cosas.

No se le puede pagar a su representante por hacer estas cosas.

Usted o su representante tendrán ayuda para hacer algunas de las cosas que debe hacer como empleador. La ayuda será proporcionada por un Agente Fiscal del Empleador (Fiscal Employer Agent, FEA). Hay dos (2) tipos de ayuda que recibirá:

- El FEA los ayudará a usted y a sus trabajadores a completar toda la documentación requerida. Ellos les pagarán a sus trabajadores por la atención que brindan. Además, completarán y archivarán los formularios de impuestos de nómina que usted debe completar como empleador.
- El FEA empleará o contratará a un agente de asistencia para usted. Un agente de asistencia es una persona que le ayudará con otro tipo de cosas que debe hacer como empleador. Cosas como las siguientes:
 - Escribir las descripciones de los trabajos
 - Ayudarlo a usted y a sus trabajadores con la documentación y capacitación
 - Programar los horarios de los trabajadores según su plan de asistencia
 - Desarrollar un plan de respaldo inicial para abordar las situaciones en las que un trabajador no se presente a trabajar según lo programado

Su agente de apoyo lo llamará al menos una vez al mes. Y lo visitarán una vez cada 6 meses. Estos controles ayudan a garantizar que su salud, seguridad y bienestar no estén en riesgo. También supervisan la calidad de los servicios que se proporcionan en la Dirección del consumidor.

Pero su agente de asistencia **no puede** ayudarlo a supervisar a sus trabajadores. Usted o su representante deben poder hacerlo.

El tipo y la cantidad de servicios que recibirá dependen de lo que necesite para brindarle apoyo y ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Estos servicios se enumeran en su plan de asistencia. No podrá obtener más servicios si elige formar parte de la Dirección del consumidor. Usted solo recibe los servicios que necesita que están enumerados en su plan de asistencia.

Puede optar por obtener algunos de estos servicios a través de Dirección del consumidor **y** recibir atención domiciliar de proveedores que trabajan con su plan de salud TennCare. Sin embargo, debe usar proveedores que trabajen con BlueCare para obtener atención que no pueda obtener a través de Dirección del consumidor.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinden atención en Dirección del consumidor?

Sí, puede pagarle a un familiar, pero no puede:

- Pagarle a su cónyuge para que le brinde atención;
- Puede pagarle a alguien que viva con usted para que le brinde asistencia personal, atención domiciliaria de apoyo, transporte comunitario o servicios de relevo para cuidadores.

Y Employment and Community First CHOICES no puede pagar a familiares u otras personas para que le proporcionen la atención que habrían brindado de forma gratuita. Employment and Community First CHOICES solo paga por el apoyo para satisfacer necesidades que **no pueden** satisfacer los familiares u otras personas que lo ayudan. Los servicios que usted necesita están enumerados en su plan de asistencia.

Si usted está en Employment and Community First CHOICES y necesita servicios que puedan ser dirigidos por el consumidor, su coordinador de apoyo hablará con usted sobre la Dirección del consumidor. Si desea participar en la Dirección del consumidor, su coordinador de apoyo trabajará con usted para decidir cuáles de los servicios dirigirá e iniciará el proceso para inscribirlo en la Dirección del consumidor. Hasta que se establezca la Dirección del consumidor, obtendrá los servicios que se encuentran en su plan de asistencia de un proveedor que trabaje con BlueCare, a menos **que elija** esperar a que comiencen sus trabajadores dirigidos por el consumidor. Si decide esperar a que comiencen sus trabajadores dirigidos por el consumidor, debe contar con asistencia para recibir la atención que necesita.

Puede decidir participar en Dirección del consumidor en cualquier momento. Si dirige uno o más servicios y decide no seguir en Dirección del consumidor, **no** dejará de recibir servicios y asistencia a largo plazo. Aún estará en Employment and Community First CHOICES. Obtendrá los servicios que necesita de un proveedor que trabaje con BlueCare en su lugar.

Autodirección de las tareas de atención médica

Puede dirigir y administrar trabajadores remunerados para completar tareas de atención de la salud por usted. Esto se denomina Autogestión de las Tareas de Atención Médica o SDHCT. Un trabajador remunerado hará cosas como administrarle medicamentos. Usted o la persona autorizada para tomar decisiones sobre atención de la salud pueden elegir la tarea. SDHCT no es lo mismo que la Dirección del Consumidor o la Autogestión de HCBS.

Las tareas y funciones de SDHCT son completadas por un trabajador dirigido por el consumidor o un profesional de apoyo directo. Este es un servicio cubierto con apoyo de ECF CHOICES.

El miembro está autorizado a recibir, en función de la decisión, la dirección y la supervisión de un miembro de ECF CHOICES que recibe HCBS o la persona autorizada para tomar decisiones de atención de la salud del miembro.

Las tareas de autogestión de la atención de la salud pueden realizarse en el hogar de una persona o durante el empleo o las actividades comunitarias integradas fuera del hogar, como un componente de los HCBS.

Converse con su coordinador de atención si tiene alguna pregunta sobre la autodirección de las tareas de atención médica.

Su coordinador de apoyo

En Employment and Community First CHOICES, tendrá un coordinador de apoyo. Debe saber quién es su coordinador de apoyo y cómo comunicarse con él. Ellos lo ayudarán a obtener los servicios de salud, salud mental y apoyo que más necesita para vivir en la comunidad y le ayudarán 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 la que debe acudir si tiene preguntas sobre sus servicios.

¿No está seguro de quién es su Coordinador de apoyo o cómo ponerse en contacto con esta persona? Puede llamarnos al 800-468-9698.

Su coordinador de apoyo hará lo siguiente:

- Proporcionará información sobre Employment and Community First CHOICES y responderá sus preguntas.
- Lo ayudará a obtener los servicios y la asistencia a largo plazo correctos en el entorno adecuado para sus necesidades.
- Coordinar todas sus necesidades de asistencia para su salud física, conductual (salud mental o por trastorno por consumo de sustancias) y los servicios y asistencia a largo plazo.
- Ayuda para solucionar problemas y responder las preguntas que tenga sobre su atención.

- Verificará al menos una vez al año que sigue necesitando el nivel de atención proporcionado en una residencia de cuidados especializados o, para el Grupo 5, que sigue estando “en riesgo” de acudir a una residencia de cuidados especializados.
- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que sepan lo que está sucediendo con su atención médica y para coordinar la prestación de servicios.
- Realizar una evaluación integral e individual de su salud y servicios y apoyos a largo plazo para satisfacer sus necesidades.
- Desarrollar un plan de asistencia centrado en la persona.

Cambio de coordinadores de apoyo

Si no está satisfecho con su coordinador de apoyo y le gustaría tener uno diferente, puede pedirnos un cambio. Puede tener un nuevo coordinador de apoyo si hay uno disponible. Eso no significa que pueda elegir a quien quiera que sea su coordinador de apoyo. Debemos poder satisfacer las necesidades de todos los miembros de Employment and Community First CHOICES y asignar personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar otro coordinador de apoyo, llámenos al **800-468-9698**. Díganos por qué desea cambiar de coordinador de apoyo. Si no podemos asignarle un nuevo coordinador de apoyo, le diremos por qué. Y le ayudaremos a abordar cualquier problema o inquietud que tenga con su coordinador de apoyo.

Puede haber ocasiones en las que BlueCare tenga que cambiar de coordinador de apoyo. Esto puede suceder si su coordinador de apoyo ya no está en BlueCare, no está trabajando temporalmente o tiene demasiados miembros para darles la atención que necesitan. En este caso, BlueCare le enviará una carta que le indicará quién será su nuevo coordinador de apoyo y cómo ponerse en contacto con esta persona.

Puede comunicarse con su coordinador de apoyo en cualquier momento si tiene alguna pregunta o inquietud sobre sus servicios y apoyo. No es necesario que espere hasta que lo visiten o lo llamen. Debe ponerse en contacto con su coordinador de apoyo cada vez que haya un cambio en su estado de salud u otras cosas que puedan afectar el tipo o la cantidad de apoyo que necesita. Si necesita ayuda después del horario laboral habitual que no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **800-262-2873**.

Su plan de asistencia centrado en la persona

En Employment and Community First CHOICES, debe tener un plan de asistencia centrado en la persona (**Person-Centered Support Plan, PCSP** o “plan de asistencia” para abreviar). Este es su plan que ayudará a guiar los servicios y la asistencia que recibirá. Su plan de asistencia les dice a las personas que lo ayudarán:

- **lo que considera importante:** las cosas que realmente le importan
- **lo que es importante para usted:** la asistencia que necesita para mantenerse sano y seguro, y lograr sus objetivos, y
- **cómo ayudarlo para** tener esas cosas en su vida.

Su plan de asistencia debe incluir:

- sus fortalezas y necesidades
- los objetivos que quiere alcanzar
- los servicios y la asistencia (con o sin pago) que recibirá para ayudarlo a cumplir sus objetivos
- con qué frecuencia recibirá esos servicios y asistencia
- quién los proporcionará, y
- los entornos (o lugares) en los que se proporcionarán.

Su coordinador de apoyo ayuda a desarrollar su plan de asistencia. Lo ayudarán a:

- Identificar los servicios y asistencia que necesita.
- Explorar opciones de empleo y formas de formar parte de su comunidad y construir relaciones.
- Decidir qué servicios y asistencia necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos.
- Desarrollar y acceder a otros servicios y asistencia no pagos que también lo ayudarán.
- Comprender todos los servicios, proveedores y entornos entre los que puede elegir.
- Elegir los servicios que recibirá, su proveedor para cada servicio y los entornos (lugares) donde recibirá esos servicios.
- Escribir su plan de asistencia en función de sus elecciones, preferencias y necesidades de soporte.
- Asegurarse de obtener los servicios en su plan de asistencia.

Su plan de asistencia y cómo se desarrolla es muy importante. Employment and Community First CHOICES solo puede pagar servicios cubiertos que formen parte de un plan de apoyo aprobado.

Su plan de asistencia debe desarrollarse de una manera que garantice que:

- Usted puede dirigir el proceso de planificación.
- Recibe la ayuda que necesita para liderar el proceso de planificación.
- Puede tomar decisiones y tener la información que necesita para tomar esas decisiones.
- Cuenta con la ayuda de familiares, amigos, defensores o cualquier otra persona que elija.
- Puede hablar por sí mismo.
- Puede hacer que alguien hable por usted y elegir a esa persona.
- Tiene y utiliza un intérprete si el idioma que habla o entiende no es el inglés.

Su plan de asistencia también debe desarrollarse de una manera que garantice que:

- Puede hablar con su coordinador de apoyo antes de la reunión de planificación si lo desea.
- Puede elegir a quién invitar a la reunión (y decidir si **no** quiere a alguien allí).
- La reunión de planificación se celebra en los momentos y lugares que mejor le convengan.
- Puede ayudar a elegir proveedores de servicios **antes** de que comiencen los servicios, y en cualquier momento del año si desea cambiar de proveedor. BlueCare intentará brindarle los proveedores que desea. (El proveedor debe tener contrato con su MCO y estar dispuesto y capacitado para prestar sus servicios).
- Puede optar por dirigir (o dejar de dirigir) algunos o todos los servicios que forman parte de la Dirección del consumidor en cualquier momento.
- Usted firma su plan de asistencia.
- Y, todos los que prestarán servicios y asistencia (con o sin pago) firman su plan de asistencia diciendo que están comprometidos a implementar su plan tal como está escrito.



Su plan de asistencia suele tener vigencia durante un año. **¿Qué sucede si sus necesidades cambian y necesita más apoyo?** Informe a su coordinador de apoyo. Su coordinador de apoyo lo ayudará a analizar su plan de apoyo. Puede obtener diferentes servicios según cómo hayan cambiado sus necesidades.

¿Qué sucede si necesita servicios que cuestan más de su límite anual o cree que debería ser elegible para un límite de costo más alto? Puede solicitar una nueva evaluación. Si la evaluación muestra que sus necesidades han cambiado, su límite de costos también podría cambiar. Pero no podrá obtener servicios que cuesten más de lo que su evaluación dice que necesita.

Cómo solicitar de una revisión de TennCare

Si pertenece a algún grupo de Employment and Community First CHOICES, puede solicitar a TennCare que revise su evaluación de necesidades o su plan de apoyo si cree que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare revisará la evaluación o el plan de apoyo y la información recopilada por su coordinador de apoyo. Si TennCare cree que usted tiene razón, trabajará con **BlueCare** para solucionar el problema. Si TennCare cree que está recibiendo los servicios que necesita, le enviará una carta que le indicará los motivos. Para solicitar una revisión objetiva de su evaluación de necesidades y plan de apoyo, debe enviar una solicitud por escrito.

Cómo solicitar una revisión de TennCare 1

	<p>Por correo postal: TennCare Division of Long Term Services and Supports c/o Revisión de ECF CHOICES 310 Great Circle Rd. Nashville, TN 37243</p>
	<p>Guarde una copia para sus registros. Anote la fecha en que la envió a TennCare.</p> <p>FAX: 615-532-9140</p> <p>Conserve la página que muestra que se envió el fax.</p>

Cómo presentar una apelación

También tiene derecho a presentar una apelación. Estos son algunos de sus derechos de apelación:

- Puede apelar si cree que una evaluación no se ajusta realmente a sus necesidades, y cree que debería obtener más servicios o servicios diferentes.

- Puede apelar si no está de acuerdo con los servicios de su plan de asistencia.
- Puede apelar si un servicio cubierto que quiere y necesita no está en su plan de asistencia.
- Puede apelar si se rechaza su solicitud de cambio de plan de asistencia o si su plan de asistencia no se modifica lo suficiente para satisfacer sus necesidades.
- Y, puede apelar si un servicio está en su plan de asistencia, pero no lo recibe, o si hay una demora en su prestación.

Si presenta una apelación, no significa que obtendrá los servicios que desea. Pero TennCare revisará lo que está pidiendo. Si TennCare acepta que el servicio está cubierto **y** que usted lo necesita, usted recibirá el servicio.

¿Qué sucede si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que usted no lo necesita? Puede solicitar una audiencia imparcial. Para obtener una audiencia imparcial, el (los) servicio(s) que desea deben estar cubiertos en el grupo de beneficios de Employment and Community First en el que se encuentra. Esto incluye cualquier límite en el/los servicio(s) y en el costo total de los servicios que puede recibir, su límite de costo anual.

TennCare solo puede pagar los servicios cubiertos en el grupo de beneficios de Employment and Community First en el que se encuentra. Si un servicio no está cubierto, o si desea más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no puede pagarlo.

Si presenta una apelación para conservar un servicio que ha estado recibiendo, es posible que *pueda* conservarlo durante la apelación. Para seguir recibiendo un servicio durante su apelación, debe ser un beneficio cubierto. Y debe contar con un plan de asistencia aprobado. TennCare solo puede pagar servicios cubiertos que formen parte de un plan de asistencia aprobado.

No puede obtener un servicio durante su apelación si:

- El servicio no está cubierto.
- No tiene un plan de apoyo aprobado que incluya el servicio.
- Desea comenzar a obtener un nuevo servicio.

Consulte la Parte 6 de esta guía para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones.

Defensor de los miembros para Employment and Community First CHOICES

Además de su coordinador de apoyo, hay otra persona en BlueCare que puede ayudarlo. Esta persona es el Defensor de los miembros de Employment and Community First CHOICES. Su Defensor de los miembros está disponible para:

- Proporcionar información sobre Employment and Community First CHOICES y responder a sus preguntas.
- Ayudar a resolver problemas con sus servicios y apoyo.
- Ayudarlo a presentar una queja, solicitar un cambio de coordinadores de apoyo u obtener los servicios y apoyo que necesita.
- Ayudarlo a hablar con el personal adecuado de BlueCare.

Para comunicarse con el Defensor de los miembros de BlueCare para Employment and Community First CHOICES, llame a BlueCare al **800-468-9698**. Pida hablar con el Defensor de los miembros de Employment and Community First CHOICES.

Pagar sus servicios en Employment and Community First CHOICES

Es posible que deba pagar parte del costo de los servicios que recibe en Employment and Community First CHOICES. Esto se denomina "responsabilidad del paciente". El monto que paga depende de sus ingresos. Solo tendrá la responsabilidad del paciente si tuvo que establecer un Fideicomiso de Ingresos Calificados (Qualifying Income Trust, QIT) para ser elegible para Medicaid. A veces, una QIT se denomina fideicomiso Miller. Si adeuda una responsabilidad del paciente, debe pagarla en Employment and Community First CHOICES.

Pagará su responsabilidad del paciente a su plan de salud, a menos que reciba apoyo para la vida en comunidad. Su plan de salud le dirá cuánto debe y cómo pagar.

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

¿Qué sucede si NO paga la responsabilidad del paciente que adeuda?

Pueden suceder cuatro cosas:

1. Sus proveedores podrían decidir ya no brindarle servicios en Employment and Community First CHOICES.

2. Y si no paga su responsabilidad del paciente, BlueCare podría decidir no prestar sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Ellos no pueden satisfacer sus necesidades si no pueden encontrar proveedores que estén dispuestos a brindarle atención. Deben enviarle una carta que indique por qué ya no pueden prestar estos servicios. Si cree que están equivocados, puede apelar. Su carta le indicará cómo apelar.
3. Y si no paga su responsabilidad del paciente, es posible que otros planes de salud de TennCare no estén dispuestos a prestar sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Si eso sucede, es posible que no pueda permanecer en Employment and Community First CHOICES. Si no puede quedarse en Employment and Community First CHOICES, TennCare le enviará una carta indicando el motivo. Si cree que estamos equivocados, puede apelar. En esa carta, se indicará cómo apelar.
4. Y si no puede quedarse en Employment and Community First CHOICES, es posible que ya no sea elegible para TennCare. Si la única forma de ser elegible para TennCare es la prestación de servicios en Employment and Community First CHOICES, también podría perder su membresía en TennCare. Antes de que termine su TennCare, recibirá una carta que le indicará cómo apelar si cree que es un error.

¿Tiene facturas médicas por la atención que recibió ANTES de que comenzara su TennCare? Esto incluye la atención en una residencia de cuidados especializados, o copagos o deducibles de **Medicare**.

O, ¿tiene facturas médicas por la atención que recibió DESPUÉS de que TennCare comenzara que TennCare no cubre? Esto incluye anteojos, audífonos y atención dental para adultos.



Es posible que podamos restar esas facturas de la responsabilidad del paciente que usted adeuda cada mes. Esto significa que su responsabilidad del paciente será menor. (Incluso puede ser cero). Seguiremos restando esas facturas hasta que se haya restado el costo total de sus facturas médicas.

Las facturas deben ser por la atención que recibió en los 3 meses anteriores al mes en que solicitó TennCare. Por ejemplo, si solicita TennCare en abril, las facturas deben ser de enero, febrero y marzo.

Pueden ser facturas que ya haya pagado. O pueden ser facturas que aún no ha pagado. Pero debe esperarse que las pague. (No tiene otro seguro que las pague). ¿Qué sucede si un familiar u otra persona pagó estas cuentas? Envíelas solo si esperan que usted les devuelva el dinero.

Si tiene facturas médicas como esta, envíelas a TennCare. Tiene 2 formas de hacerlo.

Dónde enviar facturas médicas

	Correo postal: TennCare Connect P.O. Box 305240 Nashville, TN 37230-5240
	Fax al: 855-315-0669

En cada página que envíe, asegúrese de escribir “por responsabilidad del paciente” e incluir su nombre y número de seguro social.

¿Tiene Medicare u otro seguro que lo ayude a pagar sus servicios y atención a largo plazo?

Si tiene otro seguro, ese seguro debe pagar **primero**. TennCare no puede pagar la atención cubierta por Medicare u otro seguro.

¿Tiene un seguro de atención a largo plazo que **le pague?** Luego, debe pagar el monto que obtiene para ayudar a cubrir el costo de sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Esto **no** reducirá el monto de la responsabilidad del paciente que adeude. Usted debe pagar cualquier seguro de atención a largo plazo que obtenga **y** cualquier responsabilidad que adeude como paciente.

Cancelación de la inscripción en Employment Community First CHOICES

Su inscripción en Employment and Community First CHOICES y la recepción de servicios y asistencia a largo plazo pueden finalizar por varios motivos y pueden variar dependiendo del grupo de Employment and Community First CHOICES en el que esté inscrito. Podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro en Employment and Community First CHOICES, pero será TennCare quien tomará la decisión final. Algunos de los motivos por los que se podría cancelar su inscripción en Employment and Community First CHOICES incluyen:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Ya no necesita el nivel de atención proporcionado a través de Employment and Community First CHOICES.
- Se niega a permitir que un coordinador de apoyo ingrese en su casa. Si un coordinador de apoyo no puede visitarlo en su casa, no podemos estar seguros de que esté seguro y sano.
- El riesgo de daño para usted o para las personas que le brindan atención en su hogar es demasiado grande.
- Aunque hay proveedores disponibles para proporcionar atención, ninguno de esos proveedores está dispuesto a proporcionar su atención.
- Se niega a recibir servicios que se identifican en su plan de asistencia centrado en la persona como servicios necesarios.
- Ya no necesita y no recibe ningún servicio y asistencia a largo plazo.
- No paga la responsabilidad del paciente.

También se puede cancelar su inscripción si:

El costo de la atención que necesita en su domicilio o en la comunidad será superior al límite máximo de gasto establecido. Excepto en el caso del Grupo 4 de ECF CHOICES, el costo de la atención incluye cualquier servicio de atención médica a domicilio o de enfermería privada que pueda necesitar.

Su coordinador de apoyo verificará periódicamente que la atención que recibe en su propio hogar o en la comunidad (incluido el costo de la atención médica a domicilio y la enfermería privada) no supere su límite de gasto.

Si es la **única** manera de cumplir los requisitos para recibir Medicaid es a través de los servicios y apoyos a largo plazo, y se le da de baja del programa Employment and Community First CHOICES, su cobertura de TennCare también podría finalizar. Antes de hacerlo, recibirá una carta que le indicará el motivo. Tendrá la oportunidad de reunir los requisitos para otro de los grupos que cubre Medicaid.

Renovaciones

Al igual que con todos los programas de Medicaid, tenemos la obligación de verificar que todos sigan siendo elegibles todos los años, lo que se denomina renovaciones. Debemos asegurarnos de que usted siga cumpliendo los requisitos médicos y financieros del programa Employment and Community First CHOICES. Compruebe que TennCare tenga su dirección actual. Si planea mudarse, comuníquenoslo de inmediato. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información de TennCare para que su cobertura pueda continuar. Su plan de salud TennCare puede ayudarlo si lo necesita. Si pierde Employment and Community First CHOICES, debe haber una oportunidad abierta para que pueda volver a inscribirse.

Katie Beckett

¿Qué es el Programa Katie Beckett?

El Programa Katie Beckett de TennCare es para niños menores de 18 años con discapacidades o necesidades médicas complejas que no son elegibles para Medicaid debido a los ingresos o activos de sus padres. Ayuda a brindar atención para las necesidades médicas o la discapacidad del niño que el seguro privado no cubre. La atención se brinda en el hogar del niño o en la comunidad.

¿Cómo solicito el Programa Katie Beckett?

Si su hijo es elegible para TennCare, no es elegible para el Programa Katie Beckett. Existe una cantidad limitada de fondos para brindar servicios a las personas cada año. Esto significa que no todos los que quieren solicitar pueden inscribirse u obtener servicios de inmediato.

¿Conoce a alguien que no esté en TennCare y desee presentar una solicitud para el programa Katie Beckett? Debe comunicarse con la oficina regional de admisiones del Departamento de Discapacidad y Envejecimiento (Department of Disability and Aging, DDA) en su área del estado.

- Oeste de Tennessee (866) 372-5709
- Centro de Tennessee (800) 654-4839
- Este de Tennessee (888) 531-9876

Esta oficina les ayudará a averiguar si son elegibles para el Programa Katie Beckett.

¿Quién puede ser elegible para inscribirse en el Programa Katie Beckett?

Hay 3 grupos en el Programa Katie Beckett.

1. **La Parte A de Katie Beckett** (o **"Parte A"** para abreviar) es para niños que serían elegibles para recibir atención en una institución médica, como un hospital, una residencia de cuidados especializados o un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID). Pero quieren atención en casa.
2. **La derivación de Medicaid, también conocida como Katie Beckett Parte B** (o **"Parte B"** para abreviar), es para niños que no son elegibles para recibir atención en una institución. Pero están "en riesgo" de entrar en una a menos que puedan obtener servicios.
3. **La elegibilidad continua** (o **"Parte C"** para abreviar) es para niños que tienen Medicaid ahora, pero su cobertura de Medicaid finaliza porque los ingresos o recursos de sus padres aumentaron. La Parte C puede permitir que el niño mantenga Medicaid si fuera elegible para inscribirse en la Parte A, pero no hay un cupo disponible para el niño en este momento. (Le brindamos más información sobre "cupos" a continuación).

Si un niño se inscribe en la Parte C y luego recibe un cupo de la Parte A, debe pasar a la Parte A. Ya no puede permanecer en la Parte C.

Límites en la inscripción en el Programa Katie Beckett

Existe 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 cuenta con fondos para brindar servicios a **hasta** 300 niños. La cantidad real de niños atendidos en la Parte A dependerá del costo de los servicios que cada niño necesite. Si el costo de los servicios es menor de lo esperado, podemos atender a más niños. Si el costo de los servicios es mayor, brindaremos servicios a menos niños.

La Parte B cuenta con fondos para brindar servicios a **hasta** 4,700 niños.

A veces, estos límites para cada Parte se denominan "cupo". Para inscribir a su hijo en la Parte A o la Parte B, debe haber un cupo abierto en esa Parte *para su hijo*.

¿Cómo decide TennCare quién recibe un cupo?

Los **cupos de la Parte A** se cubren según la **necesidad**. Los niños con las necesidades médicas más complejas serán atendidos primero. A continuación, se atenderán los niños con las necesidades conductuales más complejas. Después de eso, se atenderá a otros niños que cumplan con el nivel de atención institucional.

¿Qué sucede si hay un empate? Dos niños tienen las mismas necesidades médicas o conductuales y solo hay 1 cupo. TennCare decidirá quién obtiene el cupo en función de cosas como:

- Si la afección del niño empeora.

- Los tipos de atención de la salud que el niño ha recibido.
- Los tipos de atención de la salud y de otro tipo que el niño necesita a diario; y
- Otras cosas que afectan a los cuidadores familiares.

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

Los **cupos de la Parte B** se cubren **por orden de llegada**. Los niños se inscribirán en cupos abiertos de la Parte B según el momento de su solicitud o que fueron incluidos en la lista de espera de la Parte B.

Recibir 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.

Servicios de la Parte A

Los niños de la Parte A son elegibles para todos los beneficios de Medicaid para niños. Esto incluye los siguientes motivos:

- Visitas a médicos y hospitales
- Atención dental
- Atención médica a domicilio
- Servicios de enfermería en el hogar
- Equipos y suministros médicos
- Terapia ocupacional, fisioterapia, y terapia del habla
- Traslado que no es de emergencia (Non-Emergency Transportation, NEMT)

Los servicios deben ser médicamente necesarios. El seguro privado debe pagar *primero*. TennCare le ayudará a pagar aquellas cosas que el seguro privado no cubre, incluidos los deducibles y copagos del seguro. Se espera que los proveedores acepten Medicaid como pago total de los beneficios de Medicaid. No deben facturarle después de que TennCare haya pagado, incluso si TennCare no paga el monto total.

Los niños de la Parte A también pueden obtener ayuda adicional para su discapacidad. Esto incluye servicios que ayudan a la familia a satisfacer las necesidades de su hijo en el hogar. Estos se denominan servicios domiciliarios y comunitarios (**Home and Community Based Services**) o **HCBS**. El costo total de los HCBS que recibe un hijo de la Parte A no puede ser superior a \$15,000 por 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 de la Parte A reciben atención hasta el costo comparable de la atención institucional.

En las Partes A y C de Katie Beckett, TennCare ayudará a pagar la atención de su hijo en el hogar. El monto que TennCare paga por la atención del niño en el hogar no puede ser más de lo que costaría proporcionar su atención en una institución. Esto se denomina "Costo comparable de la atención institucional". Si le costaría más brindar atención a su hijo en el hogar, su hijo no es elegible para la Parte A o la Parte C. Esto es parte de la ley federal y estatal, y la exención de Katie Beckett de TennCare.

El costo de la atención de su hijo incluye TODA la atención que TennCare paga, como consultas médicas, estadías en el hospital y medicamentos recetados. 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 cosas que un niño no recibiría en una institución. Estos son los siguientes: atención de la salud domiciliaria, servicios de enfermería privada, equipo médico personal, terapia ambulatoria o domiciliaria, servicios comunitarios de salud mental (incluido el tratamiento residencial) y otros servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community Based Services, 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 residencia de cuidados especializados. TennCare utiliza registros médicos para decidir el tipo de atención institucional para el que su hijo es elegible. Para estar en la Parte A o la Parte C de Katie Beckett, la atención de su hijo en el hogar no puede costar más que la atención en una institución.

En Katie Beckett, debe firmar un formulario en el que declara que entiende que los costos totales de su hijo no pueden ser superiores al costo comparable de la atención institucional.

Servicios de la Parte B

Los niños de la Parte B no recibirán beneficios de Medicaid. Sin embargo, el niño recibirá servicios (Home and Community Based Services, HCBS) para ayudar a la familia a satisfacer sus necesidades en su hogar. Esto incluye ayuda para pagar el seguro del hijo y la atención que el hijo necesita que el seguro no cubre. El costo total de los HCBS que recibe un hijo en la Parte B no puede ser superior a \$10,000 por 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.

Servicios de la Parte C

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

Los tipos de servicios cubiertos en cada Parte del Programa Katie Beckett se enumeran en un cuadro al final de estas páginas. Algunos de estos servicios tienen límites. Esto significa que TennCare pagará solo un determinado monto de estos servicios. Para HCBS, el cuadro le indica cómo cada servicio puede ayudar a su hijo, qué Partes lo cubren y los límites en ese servicio. Si tiene preguntas sobre un servicio, consulte a su plan de salud o DDA de TennCare.

Autorización previa de servicios y asistencia a largo plazo

A veces, es posible que deba obtener nuestra **aprobación** para sus servicios de salud física o conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) antes de recibirlos, aun cuando un médico le diga que necesita los servicios. Esto se denomina autorización previa. Los servicios que deben tener una autorización previa antes de que los reciba solo se pagarán si lo aceptamos **antes** de que se presten los servicios.

Todos los servicios y asistencia a largo plazo deben ser aprobados antes de que paguemos por ellos. Todos los **servicios de atención domiciliaria** deben ser aprobados en su plan de asistencia **antes de que los reciba**. A veces, los cuidados en el hogar de ancianos pueden comenzar antes de que obtenga la **aprobación**, pero aún necesita una **aprobación** antes de que paguemos por ello. No pagaremos ningún servicio y asistencia a largo plazo a menos que cuenta con una **aprobación**.

Uso de proveedores de HCBS de Katie Beckett que trabajan con su plan de salud TennCare o DDA

Debe usar proveedores que trabajen con su plan de salud TennCare (o en la Parte B, con DDA) para los HCBS. En la Parte A, su plan de salud le indicará cómo encontrar una lista de esos proveedores, llamada Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamar a su plan de salud TennCare para averiguar si un proveedor está en su red. En la Parte B, su administrador de casos de Katie Beckett compartirá una lista de proveedores de los que puede elegir.

¿Qué es la Dirección del consumidor?

La Dirección del consumidor es una manera de obtener **algunos** de los servicios que su hijo necesita en el Programa Katie Beckett. La Dirección del consumidor le brinda más opciones y control sobre **quién** le brinda el apoyo a su hijo y **cómo** se lo brinda. En la Parte A y la Parte B de Katie Beckett, los servicios que puede dirigir incluyen solo:

- Atención de relevo
- Atención domiciliaria de apoyo
- Transporte comunitario

En la Dirección del consumidor, usted mismo contrata a las personas que prestan algunos de los servicios a su hijo; ellas trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor). Esto significa que usted debe ser capaz de hacer las cosas que haría un empleador. Estas incluyen cosas como las siguientes:

Contratación y formación de sus trabajadores

- Encuentre, entreviste y contrate a trabajadores para que le brinden atención.
- Defina las obligaciones laborales de los trabajadores.
- Desarrolle una descripción del trabajo para sus trabajadores.
- Capacite a los trabajadores para que brinden su atención según sus necesidades y preferencias.

Establecimiento y gestión del horario de sus trabajadores

- Establezca el horario en el que sus trabajadores le brindarán atención.
- Asegúrese de que sus trabajadores registren la entrada y la salida con un sistema EVV **cada vez** que concurran a su trabajo.
- Asegúrese de que sus trabajadores proporcionen *solo* la atención que tiene aprobación para recibir.
- Asegúrese de que ningún trabajador por hora le brinde más de 40 horas de atención en una semana.

Supervisión de los trabajadores

- Supervise a sus trabajadores.
- Evalúe el rendimiento laboral de sus trabajadores.
- Aborde los problemas o las inquietudes relacionados con el rendimiento de sus trabajadores.
- Despida a un trabajador cuando sea necesario.

Supervisión del pago de los trabajadores y las notas de servicio

- Decida cuánto les pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el Estado).

- Revise el tiempo que sus trabajadores registran para verificar que sea correcto.
- Asegúrese de que haya buenas notas en su casa sobre la atención que proporcionan sus trabajadores.

Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario

- Desarrolle un plan de respaldo para abordar los momentos en que un trabajador programado no se presenta (para asegurarse de que se satisfagan las necesidades de su hijo).
- Active el plan de respaldo cuando sea necesario.

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

¿Qué pasa si no puede hacer algunas o todas estas cosas? Entonces puede elegir a otro familiar, amigo o persona cercana para que haga estas cosas por su hijo. Aprenderá más sobre eso si elige la Dirección del consumidor.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinde atención en Dirección del consumidor?

Sí. Los trabajadores que contrata pueden ser personas que conoce, incluidos familiares o amigos. Pero TennCare no pagará a los familiares ni a otras personas por brindar el apoyo que habrían brindado de forma gratuita. TennCare solo cubre la atención médica para satisfacer las necesidades que **no pueden** ser cubiertas por los familiares u otras personas que ayudan a su hijo. Además, **no puede** pagarse a usted mismo ni a nadie que viva en el hogar con su hijo para proporcionar Relevo o atención domiciliaria de apoyo.

Autodirección de las tareas de atención médica

Si usted se encuentra en Dirección del consumidor, también puede optar por que los trabajadores contratados directamente por usted realicen ciertos tipos de tareas de atención médica para su hijo. Las tareas de atención médica son cosas de rutina como tomar los medicamentos recetados que la mayoría de las personas hacen por sí mismas todos los días. Por lo general, si no puede realizar las tareas de atención de la salud usted mismo y no tiene un familiar que las haga por usted, debe realizarlas un enfermero autorizado.

Pero, en Dirección del consumidor, si su médico dice que está bien, puede hacer que sus trabajadores dirigidos realicen ciertos tipos de tareas de atención de la salud por su hijo. Usted (o su representante) debe ser capaz de capacitar a sus trabajadores sobre cómo realizar cada tarea de atención médica y debe supervisarlos en la realización de la misma.

Converse con su administrador de casos si tiene alguna pregunta sobre la autodirección de las tareas de atención de la salud.

Administrador de atención de enfermería

En la Parte A de Katie Beckett, tendrá un administrador de atención de enfermería. Debe saber quién es su administrador de atención de enfermería y cómo comunicarse con él. Ellos lo ayudarán a obtener los servicios de salud, salud mental y apoyo que más necesita para vivir en la comunidad y le ayudarán a alcanzar sus objetivos.

Su administrador de atención de enfermería desempeñará un papel muy importante. Su administrador de atención de enfermería es su contacto principal y la primera persona a la que debe acudir si tiene preguntas sobre sus servicios.

¿No está seguro de quién es su administrador de atención de enfermería o cómo ponerse en contacto con esta persona? Puede llamarnos al 800-468-9698.

Su administrador de atención de enfermería hará lo siguiente:

- Proporcionar información sobre el Programa Katie Beckett y responder a sus preguntas.
- Lo ayudará a obtener los servicios y la asistencia a largo plazo correctos en el entorno adecuado para sus necesidades.
- Coordinar todas sus necesidades de asistencia para su salud física, conductual (salud mental o por trastorno por consumo de sustancias) y los servicios y asistencia a largo plazo.
- Ayuda para solucionar problemas y responder las preguntas que tenga sobre su atención.
- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que sepan lo que está sucediendo con su atención médica y para coordinar la prestación de servicios.
- Realizar una evaluación integral e individual de su salud y servicios y apoyos a largo plazo para satisfacer sus necesidades.
- Desarrollar un plan de asistencia centrado en la persona.

Cambio de administrador de atención de enfermería

Si no está satisfecho con su administrador de atención de enfermería y le gustaría tener uno diferente, puede pedirnos un cambio. Puede tener un nuevo administrador de atención de enfermería si hay uno disponible. Eso no significa que pueda elegir a quien quiera que sea su administrador de atención de enfermería. Debemos ser capaces de satisfacer las necesidades de todos los miembros del programa Katie Beckett y asignar al personal de una manera que nos permita lograrlo. Para solicitar un administrador de atención de enfermería diferente, llámenos al **800-468-9698**. Díganos por qué desea cambiar de administrador de atención de enfermería. Si no podemos asignarle un nuevo administrador de atención de enfermería, le diremos por qué. Y le ayudaremos a abordar cualquier problema o inquietud que tenga con su administrador de atención de enfermería.

Es posible que haya ocasiones en las que BlueCare deba cambiar su administrador de atención de enfermería. Esto puede suceder si su administrador de atención de enfermería ya no está en BlueCare, no está trabajando temporalmente o tiene demasiados miembros para darles la atención que necesitan. En este caso, BlueCare le enviará una carta que le indicará quién será su nuevo administrador de atención de enfermería y cómo ponerse en contacto con esta persona.

Puede comunicarse con su administrador de atención de enfermería en cualquier momento si tiene alguna pregunta o inquietud sobre sus servicios y apoyo. No es necesario que espere hasta que lo visiten o lo llamen. Debe ponerse en contacto con su administrador de atención de enfermería cada vez que haya un cambio en su estado de salud u otras cosas que puedan afectar el tipo o la cantidad de apoyo que necesita. Si necesita ayuda después del horario laboral habitual que no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **800-262-2873**.

Su plan de asistencia centrado en la persona

En la Parte A y la Parte B de Katie Beckett, cada hijo debe tener un plan de apoyo. (En la Parte A, se denomina **Person-Centered Support Plan** o **PCSP**. En la Parte B, se denomina **Individual Support Plan** o **ISP**.) Este es el plan que ayudará a guiar los servicios y la asistencia que recibirá el niño. Les dice a las personas que lo ayudarán:

- lo que considera importante: las cosas que realmente le importan
- lo que es importante para usted: la asistencia que necesita para mantenerse sano y seguro, y lograr sus objetivos, y
- cómo ayudarlo para tener esas cosas en su vida.

Su plan de asistencia debe incluir:

- sus fortalezas y necesidades
- los objetivos que quiere alcanzar
- los servicios y la asistencia (con o sin pago) que recibirá para ayudarlo a cumplir sus objetivos
- Con qué frecuencia recibirá esos servicios y asistencia.
- quién los proporcionará, y
- los entornos (o lugares) en los que se proporcionarán.

Su administrador de atención de enfermería o su administrador de casos de Katie Beckett ayudan a desarrollar su plan de apoyo. Lo ayudarán a:

- Identificar los servicios y asistencia que necesita.
- Explorar opciones de empleo y formas de formar parte de su comunidad y construir relaciones.
- Decidir qué servicios y asistencia necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos.
- Desarrollar y acceder a otros servicios y asistencia no pagos que también lo ayudarán.
- Comprender todos los servicios, proveedores y entornos entre los que puede elegir.
- Elegir los servicios que recibirá, su proveedor para cada servicio y los entornos (lugares) donde recibirá esos servicios.
- Escribir su plan de asistencia en función de sus elecciones, preferencias y necesidades de soporte.
- Asegurarse de obtener los servicios en su plan de asistencia.

Su plan de asistencia y cómo se desarrolla es muy importante. La Parte A y la Parte B de Katie Beckett solo pueden pagar los HCBS cubiertos que formen parte de un plan de apoyo aprobado.

Su plan de asistencia debe desarrollarse de una manera que garantice que:

- Usted puede ayudar a dirigir el proceso de planificación.
- Recibe la ayuda que necesita para liderar el proceso de planificación.
- Puede tomar decisiones y tener la información que necesita para tomar esas decisiones.
- Cuenta con la ayuda de familiares, amigos, defensores o cualquier otra persona que elija.

- Puede hablar por sí mismo.
- Puede hacer que alguien hable por usted y elegir a esa persona.
- Tiene y utiliza un intérprete si el idioma que habla o entiende no es el inglés.

Su plan de asistencia también debe desarrollarse de una manera que garantice que:

- Puede hablar con su administrador de atención de enfermería o con el administrador de casos de DDA de Katie Beckett antes de la reunión de planificación si lo desea.
- Puede elegir a quién invitar a la reunión (y decidir si **no** quiere a alguien allí).
- La reunión de planificación se celebra en los momentos y lugares que mejor le convengan.
- Puede ayudar a elegir proveedores de servicios **antes** de que comiencen los servicios, y en cualquier momento del año si desea cambiar de proveedor. Su plan de salud o DDA intentará brindarle los proveedores que desea. (El proveedor debe tener contrato con su plan de salud o DDA y estar dispuesto y capacitado para prestar sus servicios).
- Puede optar por dirigir (o dejar de dirigir) algunos o todos los servicios que forman parte de la Dirección del consumidor en cualquier momento.
- Usted firma su plan de asistencia.
- Y, todos los que prestarán servicios y asistencia (con o sin pago) firman su plan de asistencia diciendo que están comprometidos a implementar su plan tal como está escrito.

¿Qué sucede si las necesidades de su hijo cambian y necesita más asistencia?

El plan de asistencia de su hijo suele tener vigencia durante un año. Pero puede solicitar cambiar el plan de asistencia de su hijo en cualquier momento del año si sus necesidades cambian o se modifica su situación.

Cómo presentar una apelación

También tiene derecho a presentar una apelación. Estos son algunos de sus derechos de apelación:

- Puede apelar si cree que una evaluación no se ajusta realmente a las necesidades de su hijo, y cree que debería obtener más servicios o servicios diferentes.
- Puede apelar si no está de acuerdo con los servicios del plan de asistencia de su hijo.

- Puede apelar si un servicio cubierto que su hijo necesita no está en su plan de asistencia.
- Puede apelar si se rechaza su solicitud de cambio de plan de asistencia de su hijo o si el plan de asistencia de su hijo no se modifica lo suficiente para satisfacer sus necesidades.
- Y puede apelar si un servicio está en el plan de asistencia de su hijo, pero no lo recibe, o si hay una demora en su prestación.

Si presenta una apelación, no significa que obtendrá los servicios que desea. Pero TennCare revisará lo que está pidiendo. Si TennCare acepta que el servicio está cubierto **y** que su hijo lo necesita, su hijo recibirá el servicio.

¿Qué sucede si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que su hijo no lo necesita? Puede solicitar una audiencia imparcial. Para obtener una audiencia imparcial, el(los) servicio(s) que desea deben estar cubiertos en el grupo de beneficios en el que se encuentra su hijo. Esto incluye cualquier límite en el(los) servicio(s) y en el costo total de los servicios que su hijo puede recibir, es decir, el límite de costo anual de su hijo.

TennCare solo puede pagar los servicios cubiertos en el grupo de beneficios en el que se encuentra su hijo. Si un servicio no está cubierto, o si desea más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no puede pagarlo.

Si presenta una apelación para mantener un servicio que su hijo ha estado recibiendo, *es posible* que pueda seguir recibéndolo durante el proceso de apelación. Para seguir recibiendo un servicio durante su apelación, debe ser un beneficio cubierto. Además, su hijo debe contar con un plan de apoyo aprobado. TennCare solo puede pagar servicios cubiertos que formen parte de un plan de asistencia aprobado.

No puede obtener un servicio durante su apelación:

- Si el servicio no está cubierto.
- Si no tiene un plan de asistencia aprobado que incluya el servicio.
- O bien, si desea comenzar a obtener un nuevo servicio.

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

Otros requisitos para el Programa Katie Beckett

Obtener y mantener un seguro privado

Para inscribirse en la Parte A, un hijo debe tener y mantener un seguro privado. Este es el seguro que sus padres obtienen de su trabajo o compran por separado. Si un hijo no tiene seguro privado cuando lo solicita, TennCare le permitirá al niño inscribirse y esperar el próximo período de inscripción abierta para adquirir el seguro.

¿Qué sucede si el hijo no tiene seguro privado y no lo recibe antes del 15 de enero del año siguiente? Ya no será elegible para la Parte A. ¿Qué sucede si un hijo tiene un seguro privado, pero lo pierde después de inscribirse? Debe informar a TennCare de inmediato. Tendrán 60 días después de que finalice para obtener un seguro privado nuevamente.

El nuevo seguro privado debe cumplir con las normas federales para la cobertura esencial mínima. Si su hijo no tiene seguro médico privado antes de la fecha límite, su hijo ya no será elegible para seguir inscrito en Katie Beckett.

¿Qué sucede si no puede pagar un seguro privado?

Si un niño que solicita Katie Beckett no tiene seguro privado, la familia puede solicitar una **excepción por dificultades financieras**. Una excepción por dificultades financieras solo puede aprobarse **SI** una de las siguientes situaciones es verdadera:

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

Una excepción por dificultades SOLO está disponible cuando un hijo solicita inscribirse por primera vez a Katie Beckett Y aún no tiene seguro privado. No puede solicitar una excepción por dificultades financieras si su hijo ya tiene un seguro privado O si pierde el seguro privado más adelante.

Si TennCare decide que el hijo califica para las dificultades financieras, la familia tendrá que adquirir un seguro privado para el hijo. Pero TennCare ayudará a pagar la parte de ese seguro del niño. Debe proporcionar pruebas del costo del seguro privado del niño para obtener esta ayuda.

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

El costo del seguro privado del hijo se calculará dividiendo la prima total por la cantidad de miembros de la familia cubiertos por la póliza. Esto probablemente sobreestime la parte del costo del niño, ya que el seguro generalmente cuesta más para los adultos. Este es un método simple que favorece el interés de las familias.

Primas de la Parte A de Katie Beckett

Para calificar para la Parte A, los padres del hijo deben pagar una prima mensual si sus ingresos superan el 150 % del nivel federal de pobreza. El monto de la prima dependerá de los ingresos de la familia, la cantidad de personas en la familia y el costo del seguro privado del hijo. El monto que un padre paga por la parte del seguro privado del hijo se deducirá del monto de la prima de la Parte A. Puede encontrar ejemplos de cómo funciona esto en los sitios web de TennCare y DDA Katie Beckett. Los montos de las primas se pueden ajustar cada año para tener en cuenta los cambios en el nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

El primer mes de la prima debe pagarse *antes* de que un niño pueda inscribirse en la Parte A. Si la prima del primer mes no se paga dentro de los 60 días, se le dará el lugar a otro niño. Su hijo tendrá que volver a solicitar la inscripción en Katie Beckett.

Las familias pagarán las primas mensualmente a través de un giro automático. Debe pagar su prima todos los meses. Si una familia no paga la prima de la Parte A todos los meses, se cancelará la inscripción de un hijo en el programa.

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

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

Si se cancela la inscripción de su hijo en la Parte A por no pagar las primas, deberá volver a solicitar la inscripción en Katie Beckett. Tendrá que pagar las primas que adeuda antes de que el niño pueda volver a ser elegible. Además, debe haber un cupo disponible. No se reservará el cupo del niño.

Cancelación de la inscripción en el programa Katie Beckett

La inscripción de su hijo en el Programa Katie Beckett y la recepción de servicios y apoyo a largo plazo pueden finalizar por varios motivos. Podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro en el programa Katie Beckett, pero será TennCare quien tomará la decisión final. Algunos de los motivos por los que se podría cancelar su inscripción en el programa Katie Beckett incluyen:

- No efectúa el pago de sus primas puntualmente.
- Su hijo ya no necesita el nivel de atención proporcionado a través del Programa Katie Beckett.
- Su hijo es admitido en una institución médica durante un período de al menos 30 días, a menos que se espere razonablemente que el niño reciba el 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 plan TennCare también finalizará. Antes de hacerlo, recibirá una carta que le indicará el motivo. Tendrá la oportunidad de reunir los requisitos para otro de los grupos que cubre Medicaid.

Renovación anual de la cobertura de Katie Beckett

Al igual que con todos los programas de Medicaid, tenemos la obligación de verificar que todos sigan siendo elegibles todos los años, lo que se denomina renovación. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las reglas médicas y financieras de Katie Beckett. Compruebe que TennCare tenga su dirección actual. Si planea mudarse, comuníquenoslo de inmediato. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información de TennCare o DDA para que la cobertura de su hijo pueda continuar. En la Parte A y la Parte C, su plan de salud TennCare puede ayudarlo, si lo solicita. Si su hijo pierde Katie Beckett, debe haber un cupo disponible para que pueda volver a inscribirse. La DDA renovará el Programa Katie Beckett todos los años para los niños de la Parte B.

¿Qué son abuso, negligencia y explotación?

Los miembros de TennCare tienen derecho a estar libres de abuso, negligencia y explotación. Es importante que comprenda **cómo identificar** y **cómo denunciar** abusos, negligencia y explotación.

El abuso puede ser...

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

Incluye lesiones, confinamiento no razonable, intimidación o castigo que causen daño físico, dolor o angustia mental.

El abuso de todas las formas es un acto con “conocimiento” o “voluntario”.

La negligencia es la falta de prestación de servicios y apoyo que son necesarios para evitar el daño físico, la angustia mental o la enfermedad mental y que provocan lesiones o probable riesgo de daño grave.

La negligencia puede o no ser intencional.

La explotación significa que el dinero o las pertenencias de una persona se toman, extravían o usan indebidamente de manera intencional. Incluso si solo se los toma durante un período breve o la persona dio su consentimiento, aún puede ser explotación.

La explotación puede incluir lo siguiente:

- fraude o coerción;
- Falsificación.
- uso no autorizado de efectivo, cuentas bancarias o tarjetas de crédito.

Si cree que usted o alguien que conoce es víctima de abuso, negligencia o explotación, o que cualquier otro miembro es víctima de abuso, negligencia o explotación, informe a su coordinador de atención, coordinador de apoyo o administrador de casos.

Los coordinadores de atención, coordinadores de apoyo, administradores de casos y proveedores deben informar cualquier sospecha de un caso de abuso, negligencia o explotación a la DDA.

Usted, su familia, las personas que lo apoyan a usted o a cualquier ciudadano privado pueden denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación directamente a la Unidad de Investigaciones de la DDA las 24 horas del día.

La Línea directa para denuncias de abuso de la DDA es: **1-888-633-1313**

No tiene que decirles quién es cuando informa. La DDA trabajará con las fuerzas de seguridad según sea necesario, y con los Servicios de Protección para Adultos y los Servicios de Protección de Niños.

Defensor de la atención a largo plazo

El programa del Defensor de la atención a largo plazo del Estado ofrece asistencia a personas que viven en una residencia de cuidados especializados u otros entornos residenciales comunitarios, como una residencia de vida asistida o una residencia de cuidados críticos para adultos. El programa del Defensor de la atención a largo plazo **no** trabaja para el centro, el estado ni BlueCare. Esto les ayuda a ser justos y objetivos en la resolución de problemas e inquietudes.

El programa del Defensor de la atención a largo plazo en cada área del estado puede hacer lo siguiente:

- Proporcionar información sobre la admisión y el alta de centros de servicios y apoyos a largo plazo.
- Proporcionar educación sobre los derechos y responsabilidades de los residentes.
- Ayudar a los residentes y a sus familias a resolver preguntas o problemas que no han podido abordar por su cuenta con el centro. Las inquietudes pueden incluir cosas como:
 - calidad de la atención;
 - derechos de los residentes; o
 - ingresos, traslados y altas.

Para obtener más información sobre el programa de Defensor de atención a largo plazo, o para comunicarse con el Defensor de su área, llame gratis a la Comisión de Tennessee para el Envejecimiento y la Discapacidad al **877-236-0013**.

Defensor de los Servicios de Apoyo a la Vida en Comunidad (Community Living Supports, CLS)

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

Este defensor trabaja para la Agencia del Área sobre la Vejez y la Discapacidad en su área. BlueCare les dará su nombre y lo llamarán. Su defensor puede ayudarle a:

- Comprender sus derechos y responsabilidades. Esto incluye su derecho a decidir si desea estos servicios, quién proporciona sus servicios, dónde vive y con quién vive.
- Ejercer sus derechos cuando necesite ayuda.
- Solucionar inquietudes sobre la calidad u otros problemas que no pueda solucionar con su proveedor o plan de salud.
- Comunicarse con otros lugares que puedan ayudarlo cuando lo necesite.
- Comprender, identificar e informar abuso, negligencia o explotación.

También puede llamar al 1-866-836-6678 de forma gratuita desde cualquier lugar del estado para ser dirigido a la Agencia del Área sobre la Tercera Edad y las Discapacidades (Area Agency on Aging and Disabilities, AAAD) más cercana.

Sistema de apoyo para beneficiarios

TennCare tiene un contrato con Disability Rights TN (Disability Rights TN, DRT) para ayudar a las personas que solicitan o están inscritas en CHOICES, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett. A esto lo llamamos un sistema de apoyo para beneficiarios (Beneficiary Support System, BSS).

Estas son las cosas con las que DRT puede ayudarle:

- Conectarlo con ayuda para que pueda solicitar CHOICES, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett.
- Explicarle sus derechos y responsabilidades.
- Responder preguntas sobre TennCare, incluido 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.
- Brindar información sobre las audiencias imparciales del estado.

No hay costo por ningún servicio. El DRT puede trabajar con TennCare y su plan de salud para obtener respuestas si necesita más ayuda.

Estas son las formas en las que puede solicitar ayuda al DRT:

Formas de solicitar ayuda al DRT

	<p>Complete el formulario en línea.</p> <p>Visite el sitio web de DRT en https://www.ltsshelptn.org/</p>
	<p>Llame al DRT de forma gratuita al 888-723-8193.</p>
	<p>Envíe un correo electrónico al DRT a esta dirección: benefitshelp@disabilityrightstn.org</p> <p>Asegúrese de incluir la siguiente información en su correo electrónico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Su nombre o el nombre de la persona que necesita ayuda• Número de devolución de llamada• Mejor hora de devolución de llamada

DRT cuenta con servicios de interpretación, servicios de traducción y otras ayudas disponibles sin costo alguno para usted. Informe al DRT si necesita este tipo de ayuda.

Después de solicitar ayuda al DRT, un especialista en apoyo revisará su solicitud. Esto es lo que puede suceder a continuación:

- Puede obtener la información y los recursos que necesita.
- Es posible que lo deriven al equipo de admisión de DRT para obtener más ayuda.
- Es posible que lo deriven a TennCare, a su plan de salud de TennCare o a otra persona para los próximos pasos. La DRT puede ayudar con estos próximos pasos.

Parte 4: Cómo funciona el programa TennCare para usted

Lo que paga por su atención de la salud: copagos

Sus copagos

La atención preventiva es la atención que le ayuda a mantenerse saludable, como controles, vacunas, atención durante el embarazo y parto. Este tipo de atención es siempre gratuita. No tiene copagos para la atención preventiva. Encontrará más información sobre la atención preventiva en la Parte 2.

Para otra atención, como estadías en el hospital o visitas de niños enfermos, es **posible** que deba pagar parte del costo. Los copagos son lo que paga por cada servicio de atención de la salud que recibe.

No todas las personas de TennCare tienen copagos. Su tarjeta de BlueCare le informará si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen de lo siguiente:

- El tipo de TennCare que tiene (TennCare Medicaid o TennCare Standard) y
- A veces, en los ingresos mensuales de su familia antes de impuestos, y
- Cuántas personas de su familia viven con usted.

¿Tiene otro seguro que pague su atención de la salud? Debido a que también tiene TennCare, **solo** paga el copago de TennCare. Más adelante en este manual, obtendrá más información sobre cómo trabaja TennCare con otro seguro.

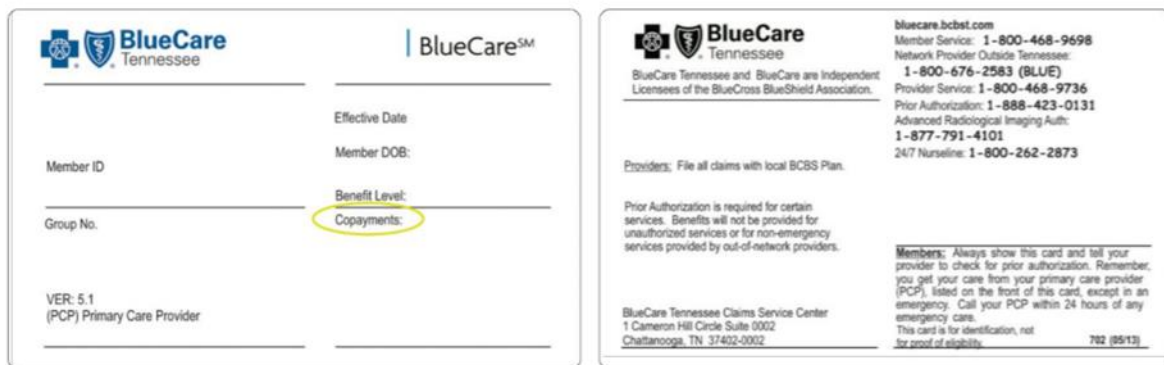
Las mujeres embarazadas **no** tienen copagos por los medicamentos que reciben durante el embarazo. Las personas que reciben atención en un centro de cuidados paliativos **no** tienen copagos por los medicamentos recetados que obtienen para cuidados paliativos. Si está embarazada o recibe atención en un centro de cuidados paliativos, **debe informar** al farmacéutico para que **no** se le cobre su copago.

Solo debe pagar su copago por su atención. **No** se le debe facturar el resto del costo de su atención. Si se le factura el resto del costo, puede apelar. Consulte la Parte 5 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su atención.



Importante: Ninguno de los médicos o proveedores de atención de la salud de BlueCare puede negarse a brindarle servicios médicamente necesarios porque usted no paga sus copagos. Sin embargo, BlueCare y sus proveedores pueden tomar medidas para cobrar cualquier copago que usted deba.

Las tarjetas de su plan de salud le indican si tiene copagos.



Su tarjeta de BlueCare le indica si tiene copagos por las visitas a médicos, especialistas, hospitales y sala de emergencia.

Su tarjeta del plan de farmacia de TennCare le indica si tiene copagos por los medicamentos recetados.

Las siguientes páginas le brindan más información sobre los copagos de TennCare y a dónde llamar si tiene preguntas.

Copagos de TennCare

¿Paga copagos por visita a un PCP, especialista, sala de emergencia y estadía en el hospital? ¿No está seguro? Consulte su tarjeta de BlueCare o llame a TennCare Connect al **855-259-0701**.

Tabla de copagos de TennCare

Miembro	Copago de medicamentos recetados	Copago al PCP (médico general)	Copago por especialista	Uso de la sala de emergencia (si no es admitido)	Copago por estadía en el hospital
Niños menores de 21 años de TennCare Medicaid	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Menores de 21 años de TennCare Standard, por debajo del 134 % del nivel federal de pobreza*	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Menores de 21 años de TennCare Standard, del 134 % al 199 % del nivel federal de pobreza*	\$3 de copago para medicamentos de marca; \$1.50 de copago por medicamentos genéricos	\$5	\$5	\$8.20	\$5
TennCare Standard para menores de 21 años, al 200% y por encima del nivel federal de pobreza*	\$3 por medicamentos de marca; \$1.50 de copago por medicamentos genéricos	\$15	\$20	\$50	\$100

Miembro	Copago de medicamentos recetados	Copago al PCP (médico general)	Copago por especialista	Uso de la sala de emergencia (si no es admitido)	Copago por estadía en el hospital
<p>Adultos mayores de 21 años de TennCare Medicaid, que reciben atención a largo plazo que paga TennCare y podrían recibir atención en una institución si lo desearan (Planes CHOICES 1, CHOICES 2, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 6, ECF CHOICES 7, ECF CHOICES 8)</p>	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
<p>Adultos de TennCare de 21 años en adelante, que reciben atención a largo plazo que paga TennCare y que no son elegibles para la atención en una institución (CHOICES 3, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 5)</p>	\$3 por medicamentos de marca; \$1.50 de copago por medicamentos genéricos	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Miembro	Copago de medicamentos recetados	Copago al PCP (médico general)	Copago por especialista	Uso de la sala de emergencia (si no es admitido)	Copago por estadía en el hospital
Adultos de TennCare Medicaid mayores de 21 años, que NO reciben atención a largo plazo que paga TennCare	\$3 por medicamentos de marca; \$1.50 de copago por medicamentos genéricos	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno

*Para averiguar qué porcentaje del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) es su hogar, consulte los montos de ingresos en línea en la Guía de referencia de elegibilidad de TennCare:

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

¿Tiene TennCare Medicaid? Puede ir a la página 152.

La siguiente sección solo es importante para los miembros que tienen TennCare Standard.

¿Tiene TennCare Standard?

Para averiguar qué debe pagar en copagos por atención de la salud, consulte su tarjeta de BlueCare 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). Debería haber recibido una carta de TennCare en la que se le informaba cuánto sería su límite. Los copagos que paga por cada niño en TennCare Standard se combinarán para ayudarle a alcanzar su límite cada trimestre.

Así es como TennCare cuenta los trimestres en un año:

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

El **límite** de copago de su familia cada 3 meses se basa en los ingresos que usted informa a TennCare. Este límite es el **monto máximo** que pagará en copagos cada trimestre.

Asegúrese de conservar los recibos que muestran lo que se le cobró en copagos durante el trimestre. Guárdelos juntos en un lugar seguro porque los necesitará más adelante. **¿Por qué?** Si alcanza su máximo de gastos de bolsillo en un trimestre, no pagará más copagos para ese trimestre. Pero debe informar a TennCare cuando haya alcanzado su límite para el trimestre.

Tan pronto como sus recibos sumen su límite durante un trimestre, llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare de forma gratuita al **800-878-3192**. Dícales que ha alcanzado el límite de copago de su familia. Le pedirán que les envíe copias de sus recibos que muestren su total.

Cada recibo debe mostrar:

- El tipo de atención que recibió,
- El nombre de la **persona** que recibió la atención.
- El nombre del **médico u otro lugar** que le brindó la atención.
- La **fecha** en la que recibió la atención.
- El **monto** que se le cobró por la atención.

IMPORTANTE: Es posible que un recibo de caja, un recibo de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un recibo de la tarjeta de crédito no muestre todo lo que necesitamos.

Después de que TennCare revise sus recibos, recibirá una carta en la que se le informará que ha alcanzado su límite para ese trimestre. Una vez que reciba esa carta, no tendrá que pagar más copagos para ese trimestre. Cuando comience el nuevo trimestre, volverá a pagar sus copagos.

¿Qué sucede si sus recibos del trimestre superan su límite? Llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **800-878-3192**. Dícales que ha alcanzado el límite de copago de su familia.

Si sus ingresos cambian o el tamaño de su familia cambia, sus copagos también pueden cambiar. Debe informar cualquier cambio en el tamaño de la familia o los ingresos a TennCare llamando a TennCare Connect lo antes posible.

¿Tiene preguntas sobre los copagos o su límite trimestral? TennCare Connect también puede responder esas preguntas. Llámelos gratis al **855-259-0701**.

Cómo trabaja TennCare con otros seguros y Medicare

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

La Parte 1 de este manual explica la diferencia entre TennCare Medicaid y TennCare Standard. El tipo de beneficios que tiene, si debe pagar un copago y si puede tener otro seguro y seguir siendo elegible para TennCare dependen del tipo de TennCare que tenga. Esta sección repasará cómo funciona TennCare con otro seguro.

*¿Tiene Medicare? La siguiente página le informa cómo funciona TennCare con Medicare.

Medicaid de TennCare y otro seguro

La mayoría de las personas que tienen TennCare Medicaid **pueden** tener otro seguro médico. Así es como funciona TennCare Medicaid si tiene otro seguro.

- Su otro **seguro médico debe pagar primero**, antes que TennCare. Esto se denomina "seguro primario".
- TennCare paga los servicios cubiertos que su otro seguro de salud no cubre.

Si tiene otra cobertura de seguro de salud, debe decirnos:

- El lugar donde recibe atención de la salud para que puedan facturarle al seguro adecuado.
- TennCare Connect para que TennCare esté al tanto de su otro seguro médico.

¿Qué sucede si recibe una factura por servicios que cree que no debería tener que pagar? Si tiene otro seguro además de TennCare, podría ser porque sus diferentes compañías de seguros médicos no se facturan correctamente. Llámenos al **800-468-9698** para obtener ayuda.

TennCare cubre los servicios de transporte en ambulancia aérea. No hay costo de desembolso directo para los miembros por obtener estos servicios. 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 un servicio cubierto por TennCare, solo debe pagar su copago de TennCare.

Por ejemplo: su seguro primario tiene un copago de \$25 por una visita al consultorio del PCP. Sin embargo, usted tiene TennCare Medicaid y no hay copago de TennCare para un PCP. ¿Qué sucede luego? Su PCP no debe cobrarle el copago, pero debe presentar la reclamación de su visita a su seguro primario.

TennCare Standard y otro seguro

La mayoría de las personas que tienen TennCare Standard **no pueden** tener otro seguro o tener "acceso" a un seguro médico grupal. "**Acceso a un seguro de salud grupal**" significa que puede obtener un seguro de salud a través de un empleador o de algún otro plan de salud grupal. Para TennCare Standard, no importa cuánto cuesta el otro seguro ni qué servicios cubre. Lo importante es si el otro seguro se le ha ofrecido o está disponible para usted.

Recuerde que TennCare Standard es para menores de 19 años que están perdiendo su TennCare Medicaid. Cuando llegó el momento de ver si podían mantener TennCare Medicaid, no eran elegibles. Sin embargo, las reglas de TennCare Standard establecen que estos jóvenes pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a un seguro médico grupal.

No se permite el acceso a otro seguro, incluso a Medicare, para niños que tienen TennCare Standard.



Importante: ¿Ha tenido un accidente?

A veces, cuando sufre un accidente, hay otra persona que debe pagar la atención de su salud. Puede ser un accidente automovilístico o un accidente en el trabajo.

Debe informarnos quién debe pagar la atención de su salud si sufre un accidente. Llámenos gratis al

800-468-9698.

TennCare y Medicare

Medicare se cuenta de la misma manera que el seguro de salud grupal. Es para personas de 65 años o más, y para algunas personas de cualquier edad que el Seguro Social dice que están discapacitadas. Las personas con enfermedad renal terminal también pueden tener Medicare.

Estas son las diferentes partes de Medicare:

La Parte A cubre las estadías en el hospital, la atención en centros de enfermería especializada, la atención médica a domicilio y la atención en un centro de cuidados paliativos.

La Parte B cubre los servicios del médico y la atención ambulatoria.

La Parte D es para medicamentos recetados.

También hay otras maneras de tener Medicare. Estos se denominan **planes de salud de Medicare (estos planes a veces se denominan Parte C de Medicare)**. Estos planes reúnen las partes A, B y D para usted en un solo plan.



Importante: Medicare le cobra primas, deducibles y copagos. Si no puede pagarlos, puede solicitar un programa llamado **Beneficiario calificado de Medicare o QMB**.

QMB paga lo siguiente:

- Sus primas de Medicare.
- El deducible hospitalario que Medicare no paga.
- La parte de cada factura del médico que Medicare no paga.

Solicite QMB llamando a TennCare Connect al 855-259-0701.

Si tiene Medicare y recibe SSI, ya tiene QMB. No es necesario que lo solicite.

Para obtener más información sobre **Medicare**, llame al **800-633-4227**. Es una llamada gratuita.

Otro lugar que puede ayudarle con Medicare se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener ayuda con Medicare, puede llamar al **SHIP** de forma gratuita al **877-801-0044**.

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

- Su **Medicare es su primer seguro (primario)**. Los hospitales, médicos y otros proveedores de atención de la salud cobrarán primero a Medicare.
- Su **TennCare es su segundo seguro (secundario)**. Después de que sus proveedores facturen a Medicare, también le facturarán a TennCare sus copagos y deducibles de Medicare. **Recuerde que** TennCare **no pagará nada** por los medicamentos recetados cuando los adultos tengan Medicare. ¿Es menor de 21 años y tiene Medicare? Siga leyendo para averiguar cuándo TennCare paga sus medicamentos recetados.
- ¿Tiene TennCare Medicaid porque está inscrito en el Programa de Cáncer de Mama o Cervical (Breast and/or Cervical Cancer, BCC)? Entonces **no puede** tener también Medicare. Si se vuelve elegible para tener Medicare mientras está inscrito en el programa BCC, TennCare le enviará una carta. Dirá que deben ver si usted es elegible para TennCare Medicaid de otra manera.
- Si necesita atención de la salud que no está cubierta por Medicare, pero está cubierta por TennCare, consulte a un proveedor de BlueCare para esos servicios cubiertos por TennCare, para que TennCare los pague.
- Para los adultos mayores de 21 años con Medicare, TennCare **no** paga los medicamentos recetados. La Parte D de Medicare paga sus medicamentos recetados.
- Para menores de 21 años que tienen tanto TennCare como Medicare:
 - La Parte D de Medicare paga la mayoría de sus medicamentos recetados. TennCare **no** paga el copago por sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Además, TennCare pagará solo aquellos medicamentos cubiertos por TennCare que Medicare no cubre.

Parte 5: Ayuda para problemas con su atención de la salud o TennCare

Tipos de problemas y lo que puede hacer

Puede tener diferentes tipos de problemas con su atención de la salud.

Puede solucionar algunos problemas simplemente haciendo una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas sobre su atención de la salud, llámenos al **800-468-9698** para obtener ayuda.

Algunos problemas pueden requerir más trabajo para solucionarlos. Estos son algunos ejemplos de diferentes tipos de problemas y formas en que puede solucionarlos.

¿Necesita una nueva tarjeta de TennCare?

Si su tarjeta se pierde o se la roban, o si la información de su tarjeta es incorrecta, puede obtener una nueva.

- Para obtener una nueva tarjeta de BlueCare, llame al **800-468-9698**.
- Para obtener una nueva tarjeta de medicamentos recetados, llame a la mesa de ayuda de farmacia de TennCare al 888-816-1680.

No tiene que esperar su nueva tarjeta para recibir atención o medicamentos. **Informe a su médico o a la farmacia que tiene TennCare.**

¿Necesita encontrar un médico o cambiar de médico?

Puede aprender a encontrar un nuevo médico en la Parte 1 de este manual.

¿Está cambiando porque no está conforme con el médico que tiene? Infórmenos al respecto. Llámenos al **800-468-9698**. Queremos estar seguros de que reciba una buena atención.

¿Cómo presentar una queja sobre la atención de su salud?

Si no está satisfecho con la atención que recibe, llámenos al **800-468-9698**. Díganos que necesita presentar una queja.

Nadie puede hacerle nada malo si presenta una queja. Queremos ayudarle a obtener una buena atención.

¿Necesita ayuda para trasladarse a su cita de atención de la salud?

Si no tiene forma de ir a sus visitas de atención de la salud, TennCare puede brindarle el transporte que necesita. ¿Necesita ayuda con un traslado? ¿Tiene problemas para programar su traslado o llegar a su cita a tiempo? Llámenos al **800-468-9698** para informarnos que necesita ayuda.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

Si desea cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir atención de la salud, infórmenos. Llámenos al **800-468-9698**. Le ayudaremos a solucionar el problema.

No tiene que cambiar de plan de salud para recibir la atención que necesita.

- ¿Desea cambiar de plan de salud para poder consultar a un médico que acepte ese plan?
- **RECUERDE:** Debe asegurarse de que todos sus médicos acepten su nuevo plan de salud. Solo podrá consultar a médicos que acepten su nuevo plan.
- **¿Qué sucede si tiene la aprobación de su plan de salud para recibir atención que no ha recibido?** Si cambia de plan y aún necesita la atención, tendrá que obtener una nueva aprobación de su nuevo plan.

Revise estas cosas antes de decidir cambiar de plan de salud:

- ¿El médico acepta el plan de salud al que desea cambiar?
- ¿El médico al que desea cambiarse acepta nuevos miembros de TennCare?

Hay dos ocasiones en las que es fácil cambiar su plan de salud.

1. Cuando recibe TennCare por primera vez, tiene **90** días para cambiar su plan de salud. Cuando recibe TennCare, le envían una carta. Esa carta indica cómo cambiar su plan de salud dentro de los primeros 90 días.
2. Una vez al año durante su "**mes de inscripción abierta**". Cuándo puede cambiar depende de dónde viva.

Encuentre su condado a continuación:

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

Si es así, puede cambiar su plan de salud **solo** durante el mes de **marzo**. Su nueva asignación de plan de salud comenzaría el 1 de mayo. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

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

Si es así, puede cambiar su plan de salud **solo** durante el mes de **mayo**. Su nueva asignación de plan de salud comenzaría el 1 de julio. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

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

Si es así, puede cambiar su plan de salud **solo** durante el mes de **julio**. Su nueva asignación de plan de salud comenzaría el 1 de septiembre. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

IMPORTANTE: Tiene hasta el **último día** de su mes de inscripción abierta para solicitar cambiar su plan de salud.

Otros motivos por los que puede solicitar cambiar su plan de salud son los siguientes:

- Tiene familiares en el plan de salud al que desea cambiar
- **O** bien, TennCare cometió un error al brindarle un plan de salud que no hace negocios en el área donde vive.
- **O** bien, se mudó y su plan de salud no trabaja en el área donde vive ahora.

¿Recibe usted servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)? También puede solicitar cambiar de plan de salud si la atención que necesita no está disponible en su plan actual, pero está disponible en un plan de salud diferente. Las reglas de dificultades financieras a continuación también se aplican a LTSS CHOICES y a Employment and Community First CHOICES.

Es posible que pueda cambiar su plan de salud si tiene un motivo de dificultad para cambiar. Pero para cumplir con los requisitos para las dificultades financieras, todas estas cosas deben ser verdaderas para usted:

1. Tiene una afección médica que requiere una atención difícil, extensa y continua, y
2. Su especialista** ya no acepta su plan de salud, y
3. Su plan de salud no tiene un especialista que pueda brindarle la atención que necesita, y
4. Su plan de salud no puede trabajar con su especialista para brindarle la atención que necesita, y
5. Su especialista toma el plan de salud al que desea cambiar, y
6. El plan de salud al que desea cambiar está aceptando nuevos miembros de TennCare.

Para solicitar cambiar su plan de salud, debe informar a TennCare:

- Su **número de Seguro Social**. Si no tiene ese número, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
- El nombre del plan de salud que desea.
- Y, el motivo por el que quiere cambiar de plan de salud.

Llame al departamento de apelaciones médicas para miembros de TennCare al **800-878-3192**. Dígalos que desea cambiar su plan de salud.

O bien, puede escribirles en papel simple. Si escribe a Apelaciones médicas de los miembros de TennCare, asegúrese de informarles lo siguiente:

- Su nombre (nombre, inicial del segundo nombre y apellido)
- Su número de Seguro Social
- El nombre del plan de salud mencionado anteriormente al que desea cambiar
- El nombre y el número de Seguro Social de cualquier otra persona de su familia que también deba cambiarse a este plan de salud.
- El número de teléfono al que podemos llamarte durante el día y la mejor hora para llamarte.

Un **especialista es un médico que brinda atención para una determinada enfermedad o partes del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico que lo trata por problemas cardíacos. Otro es un oncólogo, que es un médico que lo trata por cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.



Envíe su solicitud a la siguiente dirección:

Apelaciones médicas de los miembros de TennCare
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-0593



Fax al:

888-345-5575

¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta?

La Parte 2 de este manual le informa cómo funciona TennCare para los medicamentos recetados.

¿Necesita que un médico le recete su medicamento?

¿Qué sucede si necesita encontrar un médico o su médico no le recetará el medicamento que necesita? Llámenos al **800-468-9698**.

¿Necesita la aprobación de TennCare para obtener su medicamento? Esto se denomina "autorización previa", o PA (Prior Authorization).

Si su medicamento necesita una aprobación, llame a su médico. Pida a su médico que:

- Llame al Programa de Farmacia de TennCare para obtener la aprobación de TennCare para este medicamento.
- O bien, cambie su receta por una que no necesite una aprobación.

¿Qué sucede si su médico no solicita la aprobación de TennCare o no cambia su receta? Luego, puede pedirle a TennCare que apruebe su medicamento. Llame al **800-639-9156**.

¿Qué sucede si su médico solicita una aprobación y TennCare la rechaza?

Puede pedirle a su médico que le recete un medicamento diferente que no requiera autorización previa. O bien, si cree que TennCare cometió un error, puede apelar. Tiene 60 días para apelar después de que TennCare dice **no**. Para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones, consulte la Parte 6 de este manual.

¿Recibió una carta en la que le dijeron que le pidió a TennCare que pagara más de 2 medicamentos de marca este mes?

- Llame a su médico para ver si necesita **todos** los medicamentos que está tomando.
- **¿Qué sucede si le dicen que sí?** Luego, le recomendamos que le pida a su médico que le ayude a elegir los medicamentos más importantes.
 - O bien, puede pedirle a su farmacia que lo ayude a elegir los medicamentos que más cuestan. Todos los meses, abastézcalos **primero** para que TennCare los pague.
- Puede preguntarle a la farmacia o a su médico si su medicamento está en las **Listas de exención automáticas**. (Estas son las listas de medicamentos de TennCare que no se tendrán en cuenta para su límite de medicamentos recetados).
- Incluso si ha recibido **2** medicamentos de marca en 1 mes, aún **puede** obtener medicamentos de esas listas.
- Si le pidió a TennCare que pagara demasiados **medicamentos de marca**, pídale a su médico que le **recete medicamentos genéricos**.

Para obtener más información sobre las Listas de exención automáticas, consulte la Parte 2 y la Parte 5 de este manual. Para obtener una lista actualizada de ambos, visite:

<https://contenthub-aem.optumrx.com/content/dam/contenthub/onboarding/assets/TennCare/AutoExempt-Attestation-Drug-List.pdf>

O bien, si cree que TennCare cometió un error al contar sus recetas este mes, puede apelar. En su apelación, informe a TennCare:

1. Su **número de Seguro Social**. Si no tiene ese número, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
2. El **tipo de atención** por el que presenta la apelación
3. Y el **motivo por el que desea apelar: que cree que TennCare cometió un error al contar sus recetas este mes**. Cuéntenos todo lo que pueda sobre el problema.

Asegúrese de incluir cualquier error que considere que cometió TennCare. Envíe copias de cualquier documentación que considere que pueda ayudarnos a comprender su problema. Puede apelar por correo, fax o teléfono. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Parte 6 de este manual.

¿La farmacia le dijo que ya no tiene cobertura de medicamentos con receta de TennCare?

Hay dos maneras en que esto podría suceder:

1. Para los adultos que tienen Medicare **y** TennCare, TennCare ya no paga los medicamentos recetados. Debe obtener su medicamento a través de la Parte D de Medicare. Para obtener ayuda con la Parte D de Medicare, llame a su plan de la Parte D. O bien, puede llamar a **Medicare** al **800-633-4227**. A veces, su farmacia también puede ayudarlo con la Parte D de Medicare.
2. Si usted es un adulto con TennCare Standard, su TennCare no paga sus recetas. Para ver si puede obtener otra ayuda con su medicamento, llame a CoverRX al **866-268-3786**.

¿La farmacia dijo que no pueden surtir sus recetas porque usted no tiene TennCare? Antes de que finalice su TennCare, recibirá una carta por correo. La carta dirá por qué su TennCare está terminando. También le dirá cómo apelar. Sin embargo, si se muda y no le informa a TennCare, es posible que no reciba la carta. Es posible que no descubra que su TennCare finalizó hasta que vaya a la farmacia.

¿Cree que TennCare cometió un error? Llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701**. Pueden decirle si tiene TennCare o si finalizó. Si cree que TennCare cometió un error, pueden decirle si aún tiene tiempo de apelar.

¿Necesita ayuda para obtener sus servicios de salud?

La Parte 2 de este manual le informa sobre los servicios que paga TennCare.

Si tiene problemas relacionados con la atención de salud física o conductual (salud mental, trastorno por uso de alcohol o sustancias), llámenos siempre primero al **800-468-9698**.

Si aún no puede recibir la atención que necesita, puede llamar a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **800-878-3192**. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora del centro. Pero si tiene una emergencia, puede llamar en cualquier momento.

¿Necesita una aprobación antes de que TennCare pague la atención de su salud? Esto se denomina “autorización previa”, o PA (Prior Authorization). Si su atención necesita una aprobación, llame a su médico. Su médico debe solicitarnos una aprobación.

¿Le dijimos que no cuando su médico solicitó una aprobación para su atención?

Llame a su médico o proveedor de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) e infórmele que rechazamos su solicitud.

Si usted o su médico consideran que cometimos un error, puede apelar. Tiene 60 días después de que su plan de salud diga **no** para apelar. Consulte la Parte 6 de este manual para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones.

¿Pagó la atención de la salud que cree que TennCare debería pagar? O bien, ¿le están facturando atención de la salud que cree que TennCare debería pagar?

A veces, es posible que reciba una factura si el médico no sabe que usted tiene TennCare. Cada vez que recibe atención, **debe:**

- Informar al médico u otro lugar donde reciba atención que tiene TennCare.
- Mostrarles su tarjeta de TennCare.

Si ha recibido atención de la salud que cree que TennCare debería pagar, llámenos al **800-468-9698**. Si recibe facturas por la atención, podemos ayudarlo a averiguar por qué. Si pagó por la atención, veremos si podemos reembolsarle el dinero.

O puede apelar. Si recibe facturas, tiene 60 días a partir del momento en que recibe su primera factura para apelar. Si pagó por la atención, tiene 60 días después de pagar para apelar.

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

Formas en que su plan TennCare podría finalizar

1. Puede solicitar finalizar su TennCare por correo o por teléfono.



CORREO POSTAL: Envíe una carta a TennCare Connect que indique que desea finalizar su TennCare.

Incluya su nombre, número de Seguro Social y asegúrese de **firmar** la carta.

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



LLAME AL: Llame a TennCare Connect en forma gratuita al **855-259-0701**.

Infórmeles que desea finalizar su TennCare.

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

¿Desea finalizar TennCare para otros miembros de la familia? Coloque también sus nombres y números de Seguro Social en la carta.



Correo postal:

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



Fax al:

855-315-0669

2. Otras formas en que su TennCare puede finalizar:

- Si algo cambia para usted y ya no cumple con las reglas de TennCare.
- Si permite que otra persona use su tarjeta TennCare.
- Si no sigue las reglas de BlueCare o TennCare, más de una vez.

- Si no completa su paquete de renovación para su TennCare cuando se le solicita. **Los miembros de TennCare deben renovar su plan TennCare todos los años.** Cuando sea el momento de ver si aún califica para TennCare, TennCare le enviará una carta y un paquete de renovación por correo.

Antes de que finalice su TennCare, recibirá una carta por correo. La carta le informará por qué finaliza su TennCare. También le dirá cómo apelar si cree que cometimos un error.

Programa de defensa de TennCare



Importante: ¿Necesita más ayuda con su atención de la salud? ¿O necesita más ayuda con el tratamiento de salud mental o por abuso de drogas o alcohol? ¿O ayuda con otros problemas de TennCare?

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

Parte 6: Apelaciones de TennCare

Apelaciones de TennCare

Una apelación es una manera de asegurarse de que TennCare tome decisiones utilizando la información correcta. Al apelar, usted solicita informar a un juez sobre el error que cree que cometió TennCare. Esto se denomina **audiencia imparcial**.

Su derecho a apelar y su derecho a una audiencia imparcial se explican más detalle en la Parte 7 de este manual.

Puede apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura médica de TennCare o BlueCare. Esto se denomina apelación de servicios médicos.

También puede apelar si no puede obtener o conservar TennCare. Esto se denomina 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 hacer que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que usted necesita o que se le asigne el plan de salud que desea. Las apelaciones de servicios médicos se envían a apelaciones médicas de miembros de TennCare. La página 170 le brinda más información sobre cómo presentar una apelación por un servicio médico.

BlueCare le enviará una carta si se rechaza la solicitud de su médico para que usted reciba un medicamento o servicio médico. BlueCare también enviará una carta si intentamos interrumpir o reducir la atención que ha estado recibiendo. La carta le indicará cómo puede presentar una apelación.

Siempre que necesite un servicio que BlueCare haya denegado, tiene derecho a solicitar una apelación a TennCare. Si tiene problemas para obtener atención de la salud, llámenos siempre primero al **800-468-9698**.

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

Tiene 60 días para apelar después de enterarse del problema. Por lo tanto, si recibe una carta de denegación de BlueCare, tiene 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación.

- Para la atención o los medicamentos que aún necesita, tiene **60 días** después de que TennCare o BlueCare digan que no pagaremos la atención.
- Para las facturas de atención de la salud que cree que TennCare debería pagar, tiene **60 días** después de recibir su primera factura.
- Para la atención que pagó, tiene **60 días** después de pagar la atención.

Cómo mantener su atención durante su apelación (continuación de los beneficios)

Si ya está recibiendo atención, es posible que pueda seguir recibéndola durante su apelación. Para seguir recibiendo atención durante su apelación, debe cumplir con **todo** lo siguiente:

1. Debe apelar antes de la fecha en que se interrumpa o modifique su atención o dentro de los 10 días de la fecha de la carta de su plan de salud (la fecha que sea posterior).
2. Debe decir en su apelación que desea seguir recibiendo la atención durante la apelación.
3. La apelación debe ser por el **tipo** y la **cantidad** de atención que ha estado recibiendo y que se ha interrumpido o modificado.
4. Debe tener una orden del médico para la atención (si es necesaria).
5. La atención debe ser algo que TennCare aún cubra.

IMPORTANTE: ¿qué sucede si desea seguir recibiendo atención **durante** su apelación y si pierde su apelación? Es posible que tenga que devolverle a TennCare la atención que recibió durante su apelación.

¿Cree que es una emergencia?

Por lo general, la decisión sobre la apelación se toma dentro de los **90 días** posteriores a su presentación. Pero, si tiene una emergencia y su plan de salud acepta que lo haga, recibirá una apelación **acelerada**. Se tomará una decisión sobre una apelación acelerada en aproximadamente una semana. Podría llevar más tiempo si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos.

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

Si una de esas cosas es verdadera para usted, puede solicitar a TennCare una apelación acelerada. Su **médico** también puede solicitar este tipo de apelación por usted. Sin embargo, la ley exige que su médico tenga **su permiso (aceptación) por escrito**. Escriba **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que apele por usted** en un papel. Luego envíela por fax o correo a Apelaciones médicas de miembros de TennCare (consulte **a continuación**).

¿Qué sucede si no envía a TennCare su aprobación y su médico solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará una página para completar, firmar y devolverla.

Después de dar su aprobación por escrito, su médico puede ayudarle completando un Certificado de apelación acelerada del proveedor, como el que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es una emergencia, puede pedirle a su médico que firme el Certificado de apelación acelerada del Proveedor. Su médico debe enviar el certificado por fax al **888-345-5575**.

TennCare y su plan de salud revisarán su apelación y decidirán si debe acelerarse. **Si debería ser así**, recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde que podría tardar unos días más si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos. Sin embargo, si su plan de salud decide que su apelación no debe ser acelerada, recibirá una decisión de la audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación.

Cómo presentar una apelación médica

Presentar una apelación médica



LLAME AL: Puede llamar a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare de forma gratuita al 800-878-3192. Estamos aquí para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del centro.



CORREO POSTAL: Puede enviar por correo postal una página de apelación o una carta para informar su problema a:

Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-0593

Para imprimir una página de apelación desde Internet, visite:

https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/me_dappeal.pdf.

Si acepta, otra persona, como un amigo o su médico, pueden completar la página.

Si necesita otra página de apelación médica o desea que TennCare le envíe una, llame a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **800-878-3192**. O bien, puede escribir su apelación en papel simple.

Conserve una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare.



FAX: Puede enviar su apelación por fax de forma gratuita al 888-345-5575.

Conserve la página que muestra que se envió el fax.

Para todas las apelaciones médicas, TennCare necesita:

1. Su **nombre** (el nombre de la persona que desea apelar sobre su atención o medicamento)
2. Su **número de Seguro Social**. Si no tiene el número de SSN, indique 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 llamar si TennCare tiene una pregunta sobre su apelación (puede ser usted u otra persona).
5. Un **número de teléfono diurno** de esa persona (este puede ser su número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).

¿Qué más necesita TennCare para trabajar en su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial sobre los problemas de atención de la salud, **debe hacer ambas cosas:**

- Debe darle a TennCare la **información** que se necesita para procesar la apelación.
- Además, debe informar a TennCare el **error** que cree que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, signifique que TennCare pagará por esta atención.

Según el motivo por el que presente una apelación médica, estos son algunos otros tipos de información que debe comunicar a TennCare:

¿Está apelando sobre la atención o los medicamentos que aún necesita? Informe a TennCare:

- El tipo de atención o el medicamento por el que presenta la apelación.
- El motivo por el cual desea apelar. Cuénteles a TennCare todo lo que pueda sobre el problema. Asegúrese de decir qué error cree que cometió TennCare. Envíe copias de cualquier documentación que considere que pueda ayudar a TennCare a comprender su problema.

¿Está apelando porque **desea cambiar de plan de salud**? Informe a TennCare:

- El nombre del plan de salud que desea.
- La **razón por la que desea cambiar de plan de salud**.

¿Está apelando por **atención que ya ha recibido** y que cree que TennCare debería pagar? Informe a TennCare:

- La **fecha** en que recibió la atención o el medicamento que desea que TennCare pague.
- El nombre del **médico** u **otro lugar** que le brindó la atención o el medicamento. (Si lo tiene, incluya la **dirección** y el **número de teléfono** del **médico** u **otro lugar** que le brindó la atención).

- **Si pagó por la atención o el medicamento**, también entregue a TennCare una **copia de un recibo** que demuestre que pagó. Su recibo debe mostrar:
 - El **tipo de atención** que recibió y que desea que TennCare pague
 - Y el nombre de la **persona** que recibió la atención
 - Y el nombre del **médico u otro lugar** que le brindó la atención
 - La **fecha** en la que recibió la atención
 - Y el **monto** que pagó por la atención
- Si recibe una factura por la atención o el medicamento, entregue a TennCare una copia de la factura. Su factura debe mostrar:
 - El **tipo de atención** que se le está facturando
 - Y el nombre de la **persona** que recibió la atención
 - Y el nombre del **médico u otro lugar** que le brindó la atención
 - La **fecha** en la que recibió la atención
 - Y el **monto** que se le está facturando

¿Qué hace TennCare cuando apela sobre un problema de atención médica?

1. **Cuando TennCare recibe su apelación, le enviará una carta en la que se le indicará que la recibió.** Si solicitó seguir recibiendo su atención durante la apelación, le dirá si puede seguir recibiendo su atención. Si solicitó una apelación de emergencia, le dirá si puede tener una apelación de emergencia.
2. **Si TennCare necesita más información para procesar su apelación, recibirá una carta que le informará qué datos aún se necesitan.** Debe proporcionarle a TennCare todos los datos que le soliciten lo antes posible. Si no lo hace, su apelación puede finalizar.
3. **TennCare debe tomar una decisión sobre una apelación regular en un plazo de 90 días.** Si tiene una apelación de emergencia, intentarán tomar una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus registros médicos).
4. **Para tomar una decisión sobre su apelación, es posible que necesite una audiencia imparcial.** Para obtener una audiencia imparcial, debe decir que TennCare cometió un error que, si tiene razón, significa que recibirá la atención de la salud o el servicio que solicita. Es posible que **no** obtenga una audiencia imparcial si solicita atención o servicios que no están cubiertos por TennCare. Una audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que cree que cometió TennCare. Si TennCare dice que usted puede tener una audiencia imparcial, recibirá una carta en la que se le indicará cuándo será su audiencia.

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

1. **La audiencia** se puede realizar por teléfono o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen las siguientes:
 - Un juez de derecho administrativo
 - Un abogado de TennCare
 - Un testigo de TennCare (alguien como un médico o enfermero de TennCare)
 - Puede hablar en representación propia. O bien, puede traer a otra persona, como un amigo o un abogado, para que lo represente
2. **Durante la audiencia**, puede informarle al juez sobre el error que cree que cometió TennCare. Puede darle al juez datos y pruebas sobre su atención de la salud y médica. El juez escuchará a todas las partes.
3. **Después de la audiencia**, recibirá una carta que le informará la respuesta del juez. ¿Qué sucede si el juez dice que usted gana su apelación? TennCare debe aceptar que es la decisión correcta en función de los datos de su caso. La ley federal establece que **la decisión de un juez no es definitiva hasta que TennCare la apruebe**. Si TennCare revoca la decisión de un juez, debemos informarle el motivo por escrito. La carta le informará qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de TennCare.

Recuerde que puede obtener más información sobre sus derechos a una audiencia imparcial en la Parte 7 de este manual.

Apelaciones de elegibilidad: obtener o conservar TennCare y otros problemas de TennCare

Una apelación sobre problemas de TennCare *que no sean atención de la salud* se denomina **apelación de elegibilidad**. Se presenta una apelación de elegibilidad ante TennCare Connect y luego se envía a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad de TennCare.

Se utiliza una apelación de elegibilidad para problemas de TennCare como los siguientes:

- Recibe una carta que dice que su TennCare finalizará.
- O bien, su TennCare ha finalizado, pero no recibió una carta porque se mudó.
- O bien, cree que sus copagos de TennCare son incorrectos.
- O bien, cree que TennCare le dio el paquete de beneficios incorrecto.

Si tiene un problema como uno de los mencionados anteriormente, llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Ellos verificarán si se cometió un error. Si deciden que tiene razón, solucionarán el problema. Pero si dicen que no, y usted aún cree que se cometió un error en su caso, **puede apelar**.

Cómo presentar una apelación de elegibilidad

Formas de presentar una apelación de elegibilidad



Por Internet: Puede presentar una apelación a través de su cuenta en TennCare Connect. Visite **tenncareconnect.tn.gov**.



LLAME AL: Puede llamar a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701** en cualquier momento de lunes a viernes.

CORREO POSTAL: Puede apelar **por escrito**. Puede escribir su apelación en papel simple.

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



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

La página de apelación se puede obtener en nuestro sitio web. Vaya a la página web [Cómo presentar una apelación de elegibilidad](#) y haga clic en el formulario de elegibilidad en [inglés](#) o [español](#).

Conserve una copia de su apelación. Escriba la fecha en que la envió por correo a TennCare Connect.



FAX: Puede enviar su apelación por fax de forma gratuita al 1-855-315-0669.

Conserve la página que muestra que se envió el fax.

Para presentar una apelación de elegibilidad por escrito, debe incluir lo siguiente:

- Su **nombre completo** (nombre, segundo nombre, apellido).
- Su número de Seguro Social.
- Los nombres de otras personas que viven con usted con el mismo problema.
- Su **número de teléfono diurno** y la mejor hora para llamarlo.
- El **error específico** que cree que se cometió. Cuente todo lo que pueda sobre el problema.
- Envíe **copias** de cualquier documentación que demuestre por qué cree que se cometió el error.

Conserve una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare.

Parte 7: Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y BlueCare

Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y de manera digna. Tiene derecho a la privacidad y la confidencialidad de Su información médica y financiera.
- Solicitar y obtener información sobre BlueCare, sus pólizas, sus servicios, sus cuidadores y los derechos y obligaciones del miembro.
- Solicitar y obtener información sobre cómo BlueCare les paga a los proveedores, incluido cualquier tipo de bonificación para la atención en función de los costos o la calidad.
- Solicitar y obtener información sobre sus registros médicos y de seguros, según lo establecen las leyes estatales y federales. Puede consultar sus registros médicos y de seguros, obtener copias de los mismos y solicitar que se corrijan si contienen errores.
- Obtener servicios sin ser tratado de una manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a presentar una queja por escrito si cree que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que ha sido discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin temor a un trato indebido por parte de BlueCare, de los proveedores o de TennCare. Para presentar una queja u obtener más información sobre sus derechos, visite:
www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
- Obtener atención sin temor a la restricción física o al aislamiento utilizado a modo de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas sobre BlueCare o su atención. La Parte 5 y la Parte 6 de este manual le indican cómo.
- Hacer sugerencias sobre sus derechos y responsabilidades o el funcionamiento de BlueCare.
- Elija un nuevo PCP en la red de BlueCare. Puede rechazar la atención de ciertos Proveedores.
- Obtener atención necesaria desde el punto de vista médico que sea adecuada para usted, en el momento en que la necesite. Esto incluye obtener **cuidado de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**
- Obtener información fácil de entender sobre su atención y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían ser adecuados para usted, independientemente de su costo, incluso si no están cubiertos.
- Obtener ayuda para tomar decisiones sobre su atención médica.

- Realizar un testamento en vida o plan de atención anticipado y recibir información sobre las Directivas médicas anticipadas.
- Cambiar de plan de salud. Si es nuevo en TennCare, puede cambiar de plan de salud una vez durante los 90 días posteriores a la obtención de TennCare. Después, puede solicitar cambiar de plan de salud mediante un proceso de apelación. Existen ciertas razones por las que puede cambiar de plan de salud. Las Partes 5 y 6 de este manual le brindan más información sobre cómo cambiar de plan de salud.
- Pedirles a TennCare y a BlueCare que vuelvan a analizar cualquier error que crea que cometieron.
- Preguntar cómo obtener TennCare o mantener su TennCare o sobre cómo obtener su atención de la salud.
- Finalizar su cobertura de TennCare en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin que la manera en que BlueCare o sus proveedores lo tratan se vea modificada.
- BlueCare debe asegurarse de que sus empleados y proveedores contratados respeten y protejan los derechos de los miembros.

Sus derechos a permanecer en BlueCare

Como miembro de BlueCare, **no** puede ser trasladado de BlueCare solo porque:

- Su salud empeora.
- Ya tiene un problema médico. Esto se denomina enfermedad preexistente.
- Su tratamiento médico es costoso.
- Por cómo usa sus servicios.
- Tiene un trastorno conductual (de salud mental o trastorno por uso de sustancias).
- Sus necesidades especiales lo hacen actuar de manera poco cooperativa o perturbadora.

Los únicos motivos por los que puede ser trasladado de BlueCare son los siguientes:

- Si **cambia** de plan de salud.
- Si se **muda** fuera del área de BlueCare.
- Si permite que otra persona use sus tarjetas de identificación o si usa su TennCare para obtener medicamentos para vender.
- Si finaliza su TennCare o su TennCare finaliza por otros motivos.
- Si no **renueva** su TennCare cuando es el momento, o si no le brinda a TennCare la información que le solicitan cuando es el momento de la renovación.
- Si no le informa a TennCare y BlueCare que se mudó y no pueden encontrarlo.
- Si miente para obtener o conservar su TennCare.
- Al momento de su muerte.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Comprender la información de su manual para miembros y otros documentos que le enviamos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de BlueCare siempre que reciba atención médica. Si tiene otro seguro, también debe mostrar la tarjeta correspondiente.
- Visite a su PCP para toda su atención médica, a menos que:
 - Su PCP lo envíe a un especialista para recibir atención médica. Debe obtener una derivación de su PCP para visitar un especialista.
 - Esté embarazada o se esté realizando visitas de control para mujeres.
 - Sea una emergencia.
- Usar proveedores que estén dentro de la red de proveedores de BlueCare. Pero puede visitar a cualquiera si es una emergencia. Además, puede visitar a cualquiera que haya sido aprobado con una derivación.
- Informarle a su PCP sobre las veces que ha asistido a la sala de emergencias (Emergency Room, ER). Usted (o alguien que lo haga por usted) debe informar a su PCP sobre la atención que recibió en la ER en un plazo de 24 horas.
- Proporcionar información a BlueCare y a sus proveedores de atención médica para que puedan brindarle la atención que necesita.
- Seguir las instrucciones y reglas del manual sobre su cobertura y beneficios. También debe seguir las instrucciones y reglas de las personas que le brindan atención médica.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Trabajar en conjunto con su PCP para entender sus problemas de salud. Además, debe trabajar con su PCP para encontrar un plan de tratamiento que ambos crean que le ayudará.
- Tratar a su proveedor de atención médica con respeto y dignidad.
- Asistir a sus citas de atención médica y llamar al consultorio para cancelar si no puede asistir a su cita.
- No permitir que nadie más use su tarjeta de identificación de BlueCare e informarnos si la pierde o se la roban.
- Informar a TennCare Connect sobre cualquier cambio, como los siguientes:
 - Si usted o un miembro de su familia cambian de nombre, dirección o número de teléfono.
 - Si hay algún cambio en el número de integrantes de la familia.
 - Si usted o un miembro de la familia obtiene un empleo, cambia de empleo o queda desempleado.

- Si usted o un miembro de su familia tienen otro seguro de salud o pueden obtener otro seguro de salud.
- Pagar todos los copagos que deba pagar.
- Informarnos si tiene otra compañía de seguro que deba pagar su atención de la salud. La otra compañía de seguro puede ser de seguro de compensación del trabajador, del automóvil o del hogar.

Otros derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y BlueCare

Su derecho a apelar problemas de atención de la salud en TennCare

En TennCare, usted obtiene su atención de la salud a través de un plan de salud de TennCare. Usted tiene derechos cuando se toma una medida que le impide recibir atención de la salud cuando la necesita.

Tiene derecho a obtener una respuesta de su plan de salud cuando usted o su médico soliciten atención.

Para algunos tipos de atención, su médico debe obtener la aprobación de su plan de salud antes de que TennCare la pague. Esto se denomina "autorización previa", o "PA" (Prior Authorization). ¿Qué sucede si su médico le pide a su plan de salud que apruebe su atención? Su plan de salud debe tomar una decisión en un plazo de 7 días. Si no puede esperar 7 días para recibir la atención que necesita, puede pedirles que decidan antes. Esto se denomina autorización previa acelerada. Las autorizaciones previas aceleradas deben decidirse en 72 horas.

Tiene derecho a recibir una carta de su plan TennCare si:

- Su plan de salud TennCare dice que **no** cuando usted o sus médicos solicitan atención de la salud.
- O bien, debe esperar demasiado para recibir atención de la salud.
- O bien, su plan de salud TennCare interrumpe o cambia su atención de la salud.

La carta debe indicar **por qué** no puede recibir la atención y **qué puede hacer** al respecto.

Si su **plan de salud** decide cambiar la atención que recibe, debe recibir una carta al menos **10 días antes** de que suceda. ¿Qué sucede si su **médico** decide cambiar la atención que recibe? Para los tipos de atención que se enumeran a continuación, **las personas menores de 21** años deben recibir una carta **2 días hábiles antes** de que suceda y los **adultos mayores de 21 años** deben recibir una carta **el día que reciban el alta**:

- Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) para un miembro con prioridad, que incluye a un niño con trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED) o un adulto con enfermedad mental grave y persistente (Severe and Persistent Mental Illness, SPMI)
- Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) en un hospital u otro lugar donde deba permanecer para recibir la atención (servicios psiquiátricos o residenciales para pacientes hospitalizados)
- Atención para un problema de salud a largo plazo cuando su plan de salud no puede brindarle el próximo tipo de atención que necesita para ese problema

Usted tiene derecho a apelar si:

- TennCare dice que **no** cuando usted o sus médicos solicitan atención de la salud.
- O bien, TennCare detiene o cambia su atención de la salud.
- O bien, debe esperar demasiado para recibir atención de la salud.
- O bien, tiene facturas de atención de la salud que cree que TennCare debería haber pagado, pero no lo hizo.

Solo tiene **60 días** para apelar después de enterarse del problema.

Alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación por usted.

Tiene derecho a una audiencia imparcial sobre su apelación si cree que TennCare cometió un error.

Para obtener una audiencia imparcial, debe decir que TennCare cometió un error que, si tiene razón, significa que recibirá la atención de la salud o el servicio que solicita. Es posible que **no** obtenga una audiencia imparcial si solicita atención o servicios que no están cubiertos por TennCare. Una audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que cree que cometió TennCare.

¿Qué sucede si un juez dice que usted gana su apelación? TennCare debe aceptar que es la decisión correcta en función de los datos 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 revoca la decisión de un juez, debemos informarle el motivo por escrito. Si TennCare no revoca la decisión del juez, tiene 72 horas para hacer lo que el juez ordenó.

Si tiene una emergencia, tiene derecho a obtener una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana (pero podría tardar más si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos).

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

Si cree que tiene una emergencia, puede solicitar a TennCare una apelación de emergencia llamando al **800-878-3192**. Su médico también puede solicitar este tipo de apelación por usted. Sin embargo, la ley exige que su médico tenga **su permiso (aceptación) por escrito**. Escriba **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que apele por usted** en un papel. Luego envíelo por fax o correo a TennCare (consulte la Parte 6 de este manual para obtener la dirección y el número de fax).

¿Qué sucede si no nos envía su aprobación y su médico solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará una página para completar, firmar y devolverla.

Después de dar su aprobación por escrito, su médico puede ayudarle completando un Certificado de apelación acelerada del proveedor, como el que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es una emergencia, puede pedirle a su médico que firme el Certificado de apelación acelerada del Proveedor. Su médico debe enviar el certificado por fax al **888-345-5575**. TennCare y su plan de salud revisarán su apelación y decidirán si debe acelerarse. **Si debería ser así,** recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana.

Recuerde que podría tardar unos días más si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos. Sin embargo, si su plan de salud decide que su apelación no debe acelerarse, recibirá una audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación.

Tiene derecho a obtener una decisión sobre su apelación dentro de 90 días si no es una emergencia.

Si ya está recibiendo atención médica, es posible que tenga derecho a seguir recibéndola durante el proceso de apelación.

Para seguir recibiendo atención durante su apelación, debe cumplir con todo lo siguiente:

- Debe apelar antes de la fecha en que se interrumpa o modifique su atención o dentro de los diez días posteriores a la fecha de la carta de su plan de salud (la fecha que sea posterior).
- Debe decir en su apelación que desea seguir recibiendo la atención durante la apelación.
- Solo puede solicitar **conservar la atención que ha estado recibiendo** durante su apelación.
- Si necesitó una orden médica para recibir la atención, igualmente necesitará una orden médica para seguir recibéndola durante su apelación.
- La atención debe ser algo que TennCare aún cubra.

¿Qué sucede si sigue recibiendo atención durante su apelación y pierde su apelación? Es posible que tenga que pagarle a TennCare por la atención que recibió durante su apelación.

Aviso de prácticas de privacidad de TennCare



Importante: El gobierno federal exige que TennCare le proporcione este Aviso de privacidad. Este aviso le informa cómo se puede usar y compartir su información personal. También le indica cómo puede obtener acceso a esta información y corregirla. Lea atentamente este aviso.

Su TennCare no cambiará. No tiene que hacer nada.

Esta carta le dirá lo siguiente:

- Los tipos de información personal que tenemos
- Por qué la recolectamos
- Cómo la recolectamos
- Cómo la compartimos
- Con quién la compartimos
- Cuánto tiempo la conservamos
- Qué hacer si no desea que su información se comparta con ciertas personas
- Sus derechos en torno a su información.

Qué tipos de información personal tenemos:

Cuando solicitó los beneficios de TennCare, nos dijo su nombre, sobre las personas que conviven en su hogar y dónde vive. También nos informó sus ingresos y recursos.

Obtenemos información de proveedores de atención de la salud y agencias federales u otras agencias estatales para ayudar con su solicitud. También podemos obtener otros datos de salud, como los siguientes:

- Una lista de los servicios y tratamientos de salud que recibe.
- Notas o registros de su médico, farmacia, hospital u otros proveedores de atención de la salud.
- Lista de los medicamentos que toma ahora o que ha tomado antes.
- Resultados de radiografías y análisis de laboratorio.
- Información genética ("genética" son características familiares como el color del cabello o los ojos. También pueden ser afecciones médicas que tiene en común con sus familiares consanguíneos).

Por qué recolectamos su información personal:

Las leyes federales y estatales nos permiten recopilar, conservar y usar esta información para brindarle servicios. Esto se utiliza para lo siguiente:

- Determinar su elegibilidad para nuestros programas.
- Trabajar con nuestros socios para brindarle servicios.
- Trabajar para mejorar los servicios que le brindamos.

Las leyes federales y estatales establecen que debemos seguir las normas de privacidad para mantener la privacidad de su información personal. Todas las personas que trabajan con nosotros también deben seguir estas normas de privacidad.

Cómo recopilamos, usamos o compartimos su información personal:

Para gestionar el programa de Medicaid, podemos recopilar información sobre usted y los miembros de su hogar a partir de solicitudes de servicios o de nuestros socios. Esto puede incluir:

- Agencias federales, como la Administración del Seguro Social o el Servicio de Impuestos Internos.
- Departamentos estatales como el Departamento de Servicios Humanos de Tennessee, el Departamento de Trabajo de Tennessee o el Departamento de Salud de Tennessee.
- TennCare se asocia con organizaciones y proveedores de atención de la salud gestionada.

Nuestros sitios web pueden usar cookies. Estos son pequeños datos colocados en su disco duro para recopilar la información que ha ingresado. Usamos esta información para facilitarle el uso de nuestro sitio web y para mejorar su funcionamiento. No tiene que aceptar nuestras cookies, pero si decide no aceptarlas, es posible que algunas de las funciones de nuestro sitio no estén disponibles para usted.

Solo podemos usar o compartir su información personal según lo permita la ley.

Cuándo necesitamos su permiso para compartir su información personal:

A veces, necesitaremos su permiso por escrito antes de poder compartir su información personal. Le pediremos que firme un documento en el que nos otorga su permiso si necesitamos usar o compartir cualquiera de la siguiente información:

- Notas que toma un terapeuta durante las sesiones de terapia (se denominan notas de psicoterapia)
- Información personal con compañías que usarán la información para intentar obtener los negocios de otras personas (con fines de marketing).
- Información personal con otra persona a cambio de dinero.

¿Puede retirar su permiso? Sí, puede retirar su permiso, pero debe informarnos por escrito. Tampoco podemos recuperar la información personal que ya hemos compartido.

Cuándo NO necesitamos su permiso para compartir su información personal:

Las normas de privacidad nos permiten compartir su información personal *sin pedir su permiso* a las personas o para algunos fines, incluidos los siguientes:

- usted. Poder ayudarle a encontrar y programar atención y enviarle noticias sobre servicios de salud.
- Otras personas involucradas en su atención, como familiares o cuidadores. También puede solicitarnos que no compartamos su información personal con ciertas personas.
- Para demostrar que tiene cobertura de TennCare y para ayudarle a obtener la atención de la salud que necesita.
- Pagarle a su plan de salud y a los proveedores de atención de la salud.
- Para mejorar el programa y los servicios que le brindamos.

Podemos compartir su información personal con personas u organizaciones que trabajan con TennCare, como las siguientes:

- Proveedores de atención de la salud como médicos, enfermeros, hospitales y clínicas.
- Su plan de salud u otras compañías que tienen contratos con TennCare.
- Personas que ayudan con las apelaciones si presenta una apelación de TennCare. Su apelación puede ser en persona, por escrito o por teléfono. A veces, otras personas pueden estar con usted en su audiencia de apelación.
- Agencias gubernamentales federales, estatales o locales que proporcionan o controlan la atención de la salud.

En algunas situaciones, la ley también nos permite compartir su información personal con:

- Forenses, funerarias o proveedores que trabajan con servicios como trasplantes de órganos.
- Investigadores médicos. Ellos deben mantener la privacidad de su información personal.
- Agencias de salud pública para actualizar sus registros de nacimientos, muertes o para realizar un seguimiento de enfermedades.
- El tribunal cuando la ley dice que debemos hacerlo o cuando se nos ordena.
- La policía, o por otros motivos legales o de investigación. Podemos denunciar fraude, abuso o negligencia.
- Otras agencias, como actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárcel.

También podemos compartir su información personal si sacamos la información que le indica quién es usted. *No podemos compartir su información personal con nadie. E incluso cuando la compartimos, solo podemos compartir la información que la persona necesita para hacer su trabajo.* Y no podemos compartir su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para TennCare.

¿Durante cuánto tiempo conservamos su información personal?

TennCare conservará su información personal mientras sea necesaria para permitirnos brindarle servicios y administrar el programa Medicaid. Desechamos la información según lo exigen las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

¿Qué sucede si no desea que se comparta toda su información personal?

Debe solicitar por escrito si no desea que compartamos su información personal. Debe informarnos la información personal que no desea que se comparta y con quién no desea que la compartamos. Por ejemplo, puede pedirnos que no compartamos información personal si:

- Usted pagó de su bolsillo por la atención recibida, y
- Usted le pidió a su médico que no compartiera su información personal para esa atención.

Hay otras ocasiones en las que no compartiremos su información personal si nos lo solicita. Aceptaremos si podemos, pero es posible que no lo hagamos si usted es un menor de edad o si la ley nos permite compartir la información personal. Si no podemos aceptar, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué. ¿Qué sucede si no nos pide que no compartamos su información personal? Podemos usarlo y compartirlo solo como se explica en este aviso.

Sus derechos sobre su información personal:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le informa sobre sus derechos y algunas de las maneras en que podemos ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos o de otra información médica que tengamos sobre usted. Debe solicitarlo por escrito.
- Le podemos brindar una copia o un resumen de su información, en general dentro de los 30 días después de su solicitud.
- Si se rechaza su solicitud, le informaremos por qué y cuáles son sus derechos.
- Es posible que tenga que pagar dinero por el costo de copiar y enviar sus copias por correo postal.

Comunicaciones

- Puede solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted de una manera diferente o en un lugar diferente. Si escribir o hablar con usted lo pone en peligro, infórmenos a través del Programa Safe at Home de TN utilizando la siguiente información.

Número de teléfono: 1-615-253-3043

Sitio web: <https://sos.tn.gov/SafeAtHome>

Dirección de correo electrónico: TNSOS.SAFE@TN.Gov

- Puede solicitarnos que no le enviemos cartas sobre recaudación de fondos.

Solicitarnos que establezcamos un límite en lo que usamos o compartimos

- Debe preguntarnos por escrito si no desea que compartamos su información personal.
- Debe informarnos qué información personal no desea que se comparta y con quién no desea que la compartamos. Por ejemplo:
- Usted pagó de su bolsillo por la atención recibida.
- Usted le pidió a su médico que no compartiera su información personal para esa atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información por fuera de TennCare

Puede solicitar por escrito una lista de las personas o entidades con quien hemos compartido su información personal en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Pero no enumerará las ocasiones en las que hemos compartido información cuando nos ha dado su permiso ni otras ocasiones en las que la ley establece que no necesitamos obtener su permiso. Por ejemplo, cuando usamos información personal.

- Para ayudarle a obtener o pagar la atención de la salud.
- Para administrar nuestro programa.
- Brindar información a las fuerzas de seguridad si estamos obligados a hacerlo.

Obtener una copia de este aviso

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun si ha acordado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Solicitarnos que corrijamos su registro

Puede solicitarnos que cambiemos la información personal incorrecta. Debe preguntar por escrito e informarnos por qué necesitamos cambiarlo. Si no podemos realizar el cambio, le enviaremos una carta que le informará por qué.

Responsabilidad de TennCare con usted:

TennCare debe mantener segura su información personal. Protegemos su privacidad, seguridad y confidencialidad. Si se divulga su información personal, es posible que tengamos que informarle a usted y a las autoridades federales. Debemos informarle lo siguiente:

- Si el tipo de información personal que se obtuvo identifica quién es usted (como su número de Seguro Social o su fecha de nacimiento) o sus registros de tratamiento.
- Si alguien realmente utilizó o vio su información personal.
- Lo que hicimos para reducir el riesgo de uso indebido de su información personal.

Comunicaciones con usted:

En cumplimiento con la Ley Federal de Protección al Consumidor por Teléfono, nosotros o nuestros socios, como los planes de salud o proveedores, podemos llamarlo o enviarle un mensaje de texto, utilizando un sistema de marcado telefónico automático para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Díganos si no desea que se comuniquen con usted por teléfono. También puede llamar al 1-888-382-1222 o a su plan de salud para agregar su número de teléfono a la lista No llamar.

Solicitudes: pregúntenos por escrito:

Sus solicitudes deben realizarse por escrito. Le sugerimos que envíe una carta por correo. Asegúrese de decirnos lo que nos pide que hagamos. Escriba su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de TennCare o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en su carta. Envíe la carta a:



Division of TennCare
Attention: Privacy Office
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243

También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico. Si desea usar el correo electrónico, comuníquese primero con la Oficina de Privacidad de TennCare sin incluir información confidencial (como su fecha de nacimiento o identificación de TennCare) para que podamos responder con un portal de correo electrónico seguro. Si envía un correo electrónico con información confidencial sin usar un portal de correo electrónico seguro, existe algún riesgo de que un tercero pueda leer o acceder a la información personal.

Conserve una copia de la carta para sus registros. ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda para hacer una solicitud? Llame a TennCare Connect en forma gratuita al **855-259-0701**.

Cambios a este aviso:

Las políticas y los procedimientos de TennCare pueden cambiar sin previo aviso. Usaremos las políticas y los procedimientos que hemos implementado cuando realice su solicitud.

Las normas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de TennCare también pueden cambiar. Si se realizan cambios importantes, nosotros o su plan de salud podemos enviarle estos cambios por escrito. Tenemos derecho a hacer los cambios en todos los datos de salud que tenemos o solo en los nuevos datos de salud que recibimos.

Este aviso se actualizó en octubre de 2023 y se aplica a todos los datos de salud que tenemos. Si necesita una copia nueva o desea verificar si hay cambios, visite <http://www.tn.gov/tenncare/>. La última versión de este aviso se encuentra en "Aviso de prácticas de privacidad".

Preguntas o quejas sobre la privacidad

TennCare cumple con las leyes federales y estatales sobre derechos civiles. No discriminamos ni tratamos a las personas de manera injusta debido a su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, discapacidad u otros grupos protegidos. No será castigado si presenta una queja o solicita ayuda.

¿Tiene preguntas? ¿Cree que se han violado sus derechos de privacidad? ¿Cree que ha sido discriminado? Puede llamar a TennCare Connect en forma gratuita al 1-855-259-0701. O bien, puede escribir o llamar al:

Division of TennCare Attention: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 Teléfono: 866-797-9469 Correo electrónico: Privacy.TennCare@tn.gov	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de la Región IV Medical Privacy Complaint Division Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8931 Teléfono: 866-627-7748 Sitio web: www.hhs.gov/ocr/complaints
---	---

Su responsabilidad de denunciar el fraude y el abuso

La mayoría de los miembros y proveedores son honestos. Sin embargo, unas pocas personas deshonestas pueden perjudicar al programa de TennCare. La gente que miente a propósito para obtener la cobertura de TennCare podría pagar una multa o ir a la cárcel.

Si tiene conocimiento de algún caso de fraude o abuso en el programa TennCare, debe informarnos al respecto. No es necesario que nos diga su nombre.

El fraude y el abuso para los miembros de TennCare pueden ser cosas como:

- Mentir para obtener o mantener la cobertura de TennCare.
- Ocultar información para obtener o mantener la cobertura de TennCare.
- Permitirle a otra persona que utilice su tarjeta de identificación de TennCare.
- Venderle o darle sus medicamentos recetados a otra persona.

Los casos de fraude y abuso de los **proveedores de TennCare** pueden ser:

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

Para informarnos sobre fraude y abuso, llame a **BlueCare de forma gratuita al 800-468-9698**.

Estos son otros lugares a los que puede llamar o escribir para informarnos sobre casos de fraude y abuso:

Fraude de miembros:

Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG)

P.O. Box 282368

Nashville, TN 37228

800-433-3982

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

Fraude de proveedores:

TennCare Office of Program Integrity
Division of TennCare
Attn: Program Integrity Tip Department
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243

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

Tennessee Bureau of Investigation (TBI)
Medicaid Fraud Control
901 R.S. Glass Blvd.
Nashville, TN 37216
800-433-5454

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

Parte 8: Documentos de atención de la salud que puede necesitar

Solicitud de cambio de médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)

Para cambiar su PCP en línea, inicie sesión en su cuenta de BlueCare. También puede solicitar un formulario impreso llamando al 800-468-9698.

Formulario de queja por discriminación de TennCare

El programa TennCare no discrimina ni trata a las personas de manera injusta por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente, o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare de la siguiente manera:

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov,

En línea: www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html

Correo postal: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243

Teléfono: 615-507-6474 (TRS 711).

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Para informar una queja a TennCare, visite:

[Formulario de discriminación de TennCare en inglés](#)

[Formulario de discriminación de TennCare en español](#)

[Formulario de discriminación de TennCare en árabe](#)

Para solicitar una copia impresa, llame al 615-507-6474 o de forma gratuita al 855-857-1673 (TRS 711).

Formulario de apelación médica

Las apelaciones de servicios médicos son para problemas como lograr que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que necesita.

Para presentar una apelación médica, complete el Formulario de apelación médica del miembro: <https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf>

Para solicitar una copia impresa del formulario, llame al 1-800-878-3192.

Certificado del proveedor tratante: *Apelación acelerada de TennCare*

Una apelación típica por un servicio médico se decide en un plazo de hasta noventa (90) días. Sin embargo, una apelación acelerada, debido a la salud de un paciente, debe decidirse dentro de una semana (o hasta tres semanas si al plan de salud se le concede tiempo adicional para obtener y revisar los registros médicos de un paciente). Una apelación solo se acelerará si esperar hasta noventa (90) días para obtener una decisión “podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del afiliado, o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener una función completa”.

Para solicitar una apelación acelerada para su paciente, complete el Certificado de proveedores de apelaciones aceleradas:

[ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf \(tn.gov\)](#)

Para solicitar una copia impresa del formulario, llame a apelaciones médicas gratuitas para miembros de TennCare al **1-800-878-3192**.

Directivas anticipadas

El Departamento de Salud de Tennessee ha creado un único formulario que le permite informar a sus familiares y médicos lo que desea que suceda con su atención de la salud y quién desea que tome decisiones para su atención de la salud, si no puede decidir por sí mismo. Si nombra a un agente utilizando este formulario, es posible que se le permita tomar otras decisiones no relacionadas con la atención de la salud, a menos que escriba en el formulario que no puede. El formulario de directivas anticipadas para la atención de la salud se puede encontrar en:

https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/Advance_Directive_for_Health_Care.pdf

Parte 9: Información adicional

TennCare Kids: Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos de TennCare (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT)

En virtud de TennCare Kids/EPSDT para menores de 21 años, cubrimos lo siguiente:

- Visitas periódicas regulares al médico para ver si el niño se está desarrollando normalmente y para ver si tiene algún problema de salud física o conductual (salud mental, trastorno por uso de alcohol o sustancias), dental u otras afecciones. Estas visitas se denominan “exámenes de detección” (o “exámenes”) y deben realizarse de acuerdo con el Programa de periodicidad de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP).

Por ejemplo:

- Los niños desde el nacimiento hasta los 30 meses tienen derecho a realizarse 12 exámenes.
- Los niños de 3 a 11 años tienen derecho a realizarse 9 exámenes.
- Los adolescentes de 12 a 20 años tienen derecho a realizarse 9 exámenes.

*Además, un niño tiene derecho a realizarse un “examen de detección” siempre que alguien, como un maestro, lo derive a un médico para que note un cambio en la salud o el comportamiento del niño.

- Los exámenes de detección de TennCare Kids/EPSDT incluyen los siguientes:
 - Antecedentes de salud y desarrollo completos.
 - Examen físico integral sin ropa.
 - Vacunas apropiadas para la edad.
 - Pruebas de la visión y la audición adecuadas.
 - Análisis de laboratorio adecuados.
 - Examen de conducta/desarrollo (según sea necesario).
 - Educación para la salud (asesoramiento sobre cómo mantener saludable a su hijo).

También recibe otros servicios además de los servicios de detección:

- Tratamiento, incluida la rehabilitación, para cualquier problema de salud (físico, mental o del desarrollo) u otras afecciones descubiertos durante un “examen de detección”. También puede obtener asistencia para programar servicios.
- Visitas regulares a un dentista para controles y tratamiento.
- Pruebas periódicas y regulares de la audición y la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema auditivo y de la visión.

- Vacunas (inyecciones) para difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola (measles, mumps, rubella, MMR), HIB, influenza, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y meningitis, neumocócica
- Pruebas de laboratorio de rutina. (**Tenga** en cuenta que se realizará un análisis de plomo en la sangre y anemia de células falciformes si el niño se encuentra en una situación que podría ponerlo en riesgo de padecer alguna de estas cosas o ambas).
- Si su hijo tiene un nivel alto de plomo en la sangre, se realizarán investigaciones de plomo. Si cree que su hijo ha estado cerca de cosas que tienen un alto contenido de plomo, como pintura vieja, informe a su médico.
- Educación sobre la salud.
- Asistencia de transporte y programación: Si no puede llevar a su hijo a sus visitas de salud, es posible que pueda obtener un traslado. La ayuda de transporte y programación está disponible cuando tiene que alejarse de su hogar para ir y volver de la atención.
- La ayuda de transporte para un niño incluye costos de viaje, costo de comidas y un lugar para quedarse. También puede incluir que alguien vaya con el niño si es necesario. Llame a su plan de salud para programar su cita y transporte de **TennCare Kids**.
- Se tratan otros servicios de atención de la salud, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir defectos o prevenir que estos empeoren; si su hijo tiene enfermedades y afecciones físicas y mentales que se encuentran en el proceso de detección, se tratan.
- La educación básica de salud para niños y padres es parte de los servicios preventivos que le brinda TennCare.

Importante: No se requieren copagos para los servicios preventivos.

TennCare Kids: Programa de vacunación para niños y adolescentes

Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos

ESTADOS UNIDOS
2025

Vacunas y otros agentes inmunizantes del calendario de vacunación para niños y adolescentes*

Anticuerpo monoclonal contra el virus respiratorio sincicial (Nirsevimab)	Abreviaturas	Nombres comerciales
Vacuna	RSV-mAb	Bevfortus
Vacuna contra la COVID-19.	1vCOV-mRNA	Comirnaty, mNexspike, Spikevax
	1vCOV-aPS	Nuvaxovid
Vacuna contra el dengue	DENACVYD	Dengvaxia
Difteria, tétanos y tos ferina acelular	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)	Daptacel
	Hib (PRP-T)	Infanrix
Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Hib (PRP-OMP)	ActHIB
	Hib (PRP-OMP)	Hiberix
		PedvaxHIB
Vacuna contra la hepatitis A	Hepatitis A (HepA)	Havrix
		Vaqta
Vacuna contra la hepatitis B	Hepatitis B (HepB)	Engerix-B
		RECOMBINAX HB
Vacuna contra el virus del papiloma humano	Virus del papiloma humano (VPH)	Gardasil 9
Vacuna contra la gripe (inactivada: hecha a base de huevo)	IV3	Múltiple
Vacuna contra la influenza (inactivada: cultivo celular)	cELIV3	Flucelvax
Vacuna contra la gripe (viva, atenuada)	LAIV3	FluMist
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	M-M-R II
		Priorix
Vacuna antimeningocócica contra los serogrupos A, C, W, Y	MenaACWY-GRM	Menveo
	MenaCWY-TT	MenQuadfi
	MenaB-4C	Bexsero
	MenaB-FHbp	Trumenba
	MenaACWY-TT/MenaB-FHbp	Penbraya
Vacuna contra la viruela del mono	Viruela símica	Jynneos
Vacuna antineumocócica conjugada	PCV15	Vaxneuvance
	PCV20	Prevnar 20
Vacuna antineumocócica polisacárida	PPSV23	Pneumovax 23
Vacuna contra el poliovirus (inactivado)	Poliomielitis (IPV)	Ipol
Vacuna contra el virus respiratorio sincicial	Virus sincicial respiratorio	Abrysvo
	RV1	Rotarix
	RV5	Rotateq
Vacuna contra el rotavirus	Tdap	Adacel
		Boostrix
Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular	Td	Tenivac
		TdVax
Vacuna contra el tétanos y la difteria	Td	Tenivac
		TdVax
Vacuna contra la varicela	VAR	Varivax
Vacunas combinadas (use vacunas combinadas en lugar de inyecciones separadas cuando corresponda)		
Vacuna contra DTaP, hepatitis B y poliovirus inactivado	DTaP-HepB-IPV	Pediarix
Vacuna contra DTaP, poliovirus inactivado y <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	DTaP-IPV/Hib	Pentacel
Vacuna contra DTaP y poliovirus inactivado	DTaP-IPV	Kinrix
		Quadracel
Vacuna contra DTaP, poliovirus inactivado, <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b y hepatitis B	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis
Vacuna contra sarampión, paperas, rubéola y varicela	MMRV	ProQuad

*Administre las vacunas recomendadas si los antecedentes de vacunación están incompletos o se desconocen. No vuelva a aplicar ni agrague dosis a la serie de vacunas si hay intervalos prolongados entre dosis. Cuando una vacuna no se administra a la edad recomendada, adminístrala en una visita posterior. El uso de nombres de marca es solo para fines de identificación y no implica el respaldo del ACIP o CDC. Revisado el 7 de octubre de 2025.

Cómo usar el cronograma de vacunación para niños y adolescentes

- 1 Determine la vacuna recomendada por edad (Tabla 1)
- 2 Determine el intervalo para la vacunación de recuperación (Tabla 2)
- 3 Evalúe la necesidad de administrar vacunas adicionales recomendadas según la afeción médica y otras indicaciones. (Tabla 3)
- 4 Revise los tipos, las frecuencias y los intervalos de vacunas, y las consideraciones para situaciones especiales. (Notas)
- 5 Revise las contraindicaciones y precauciones para los tipos de vacunas (Apéndice)
- 6 Revise la guía nueva o actualizada del ACIP (Anexo)

Informe

- Casos sospechosos de enfermedades o brotes prevenibles por vacunación de declaración obligatoria, al departamento de salud local o estatal.
- Eventos adversos clínicamente significativos al Sistema de reporte de eventos adversos en vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS), en www.vaers.hhs.gov o 800-822-7967

Preguntas o comentarios

Comuníquese a través de www.cdc.gov/cdc-info o al 800-CDC-INFO (800-232-4636), en inglés o español, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, de lunes a viernes, excepto los días feriados.



Descargue la aplicación de los programas de vacunación de los CDC para proveedores a través de www.cdc.gov/vaccines/hcp/immunz-schedules/app.html

Información útil

- Recomendaciones completas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP): disponibles en www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html
- Recomendaciones para la toma de decisiones clínicas compartidas de ACIP (ACIP Shared Clinical Decision-Making Recommendations): www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html
- *Guías generales de mejores prácticas de vacunación (General Best Practice Guidelines for Immunization)* (incluidas las contraindicaciones y precauciones): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- Declaraciones de información sobre vacunas (Vaccine information statements): www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- Manual de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación (Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases) (incluida la identificación de casos y la respuesta a brotes): www.cdc.gov/surv-manual/iphp/



U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION



Escanee el código QR para acceder al programa en línea

Tabla 3 Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Estas recomendaciones deben leerse con las notas que siguen. Para quienes se atrasen o comiencen tarde, proporcione la vacunación de refuerzo lo antes posible, como se indica con las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre las dosis, consulte el cronograma de recuperación (Tabla 2).

Vacuna y otros agentes inmunizantes	Na-cimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	De 19 a 23 meses	De 2 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 10 años	De 11 a 12 años	De 13 a 15 años	16 años	De 17 a 18 años	
Virus respiratorio sincicial (RSV-mAb [nirsevimab])	1 dosis que depende del estado de vacunación contra el RSV de la madre (consulte las Notas)										1 dosis (8–19 meses); consulte las Notas							
Hepatitis B (HepB)	1. ^a dosis	←--- 2.da dosis ---→																
Rotavirus (RV): RV1 (serie de 2 dosis), RV5 (serie de 3 dosis)			1. ^a dosis	2. ^a dosis	Consulte las Notas													
Difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP <7 años)			1. ^a dosis	2. ^a dosis	3. ^a dosis			←--- 4.ta dosis ---→									5.ta dosis	
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			1. ^a dosis	2. ^a dosis	Consulte las Notas			3.ra o 4.ta dosis (consulte las Notas)										
Conjugada antineumocócica (PCV15, PCV20)			1. ^a dosis	2. ^a dosis	3. ^a dosis			←--- 4.ta dosis ---→										
Virus de la polio inactivado (IPV)			1. ^a dosis	2. ^a dosis	←----- 3.ra dosis -----→							4. ^a dosis					Consulte las Notas	
COVID-19 (1vCOV-mRNA, 1vCOV-aPS)	Consulte las Notas																	
Influenza (IIV3, cclIV3)	1 o 2 dosis anuales																	
Influenza (LAIV3)	O bien 1 dosis anual																	
Sarampión, rubéola, paperas (MMR)	Consulte las Notas																	
Varicela (VAR)	Consulte las Notas																	
Hepatitis A (HepA)	Consulte las Notas																	
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap ≥7 años)	←--- 1.ra dosis ---→ ←--- 1.ra dosis ---→																	
Virus del papiloma humano (VPH)	Consulte las Notas																	
Meningocócica (MenACWY-CRM ≥2 meses, MenACWY-TT ≥2 años)	Consulte las Notas																	
Meningocócica B (MenB-4C, MenB-FHbp)	Consulte las Notas																	
Vacuna contra el virus respiratorio sincicial (VRS [Abyrsvol])	Consulte las Notas																	
Dengue (DENACVD: 9 a 16 años)	Administración estacional durante el embarazo (consulte las Notas) Seropositivos en áreas endémicas de dengue (consulte las Notas)																	
Viruela símica	Sin orientación/ No corresponde																	

Rango de edades recomendadas para todos los niños

Rango de edades recomendadas para la vacunación de recuperación

Rango de edades recomendadas para ciertos grupos o poblaciones de alto riesgo

La vacunación recomendada puede comenzar en este grupo etario

Vacunación basada en la toma de decisiones clínicas compartidas

Sin orientación/ No corresponde

Tabla 2

Cronograma de vacunación recomendado para niños y adolescentes que empiezan tarde

o que tienen más de 1 mes de retraso, Estados Unidos, 2025

La siguiente tabla proporciona cronogramas de recuperación e intervalos mínimos entre dosis para niños cuyas vacunas se han retrasado. No es necesario reiniciar la serie de vacunas, independientemente del tiempo que haya transcurrido entre las dosis. Use la sección adecuada para la edad del niño. **Use siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que siguen.**

Niños de 4 meses a 6 años

Vacuna	Edad mínima para la dosis 1	De la dosis 1 a la dosis 2	Intervalo mínimo entre las dosis		
			De la dosis 2 a la dosis 3	De la dosis 3 a la dosis 4	De la dosis 4 a la dosis 5
Hepatitis B	Nacimiento	4 semanas	8 semanas y al menos 16 semanas después de la primera dosis La edad mínima para la última dosis es 24 semanas		
Contra el rotavirus	6 semanas La edad máxima para la primera dosis es 14 semanas, 6 días.	4 semanas	4 semanas La edad máxima para la última dosis es 8 meses, 0 días		
Difteria, tétanos y tos ferina acelular	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses No es necesaria una quinta dosis si la cuarta dosis se administró a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la tercera dosis.
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	6 semanas	No se necesitan más dosis si la primera dosis se administró a los 15 meses o más. 4 semanas si la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños 8 semanas (como última dosis) si la primera dosis se administró entre los 12 y los 14 meses.	No se necesitan más dosis si la dosis anterior se administró a los 15 meses o más 4 semanas si la edad actual es menor a 12 meses y la primera dosis se administró antes de los 7 meses y al menos 1 dosis previa fue PRP-T (ActHib, Pentacel, Hibertix), Vaxelis o desconocida 8 semanas y entre 12 y 59 meses (como última dosis) si la edad actual es menor de 12 meses y la primera dosis se administró entre los 7 y 11 meses; O si la edad actual es de 12 a 59 meses y la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños y la segunda dosis se administró antes de los 15 meses; O si ambas dosis fueron PedvaxHib y se administraron antes del primer cumpleaños	8 semanas (como última dosis) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes del primer cumpleaños.	
Artinunocócica conjugada	6 semanas	No se necesitan más dosis para niños sanos si la primera dosis se administró a los 24 meses o más 4 semanas si la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños 8 semanas (como última dosis para niños sanos) si la primera dosis se administró en el primer cumpleaños o después	No se necesitan más dosis para niños sanos si la dosis previa se administró a los 24 meses o más 4 semanas si la edad actual es menor de 12 meses y la dosis previa se administró a los <7 meses 8 semanas (como última dosis para niños sanos) si la dosis previa se administró entre los 7 y 11 meses (espere hasta los 12 meses como mínimo); O si la edad actual es de 12 meses o más y se administró al menos 1 dosis antes de los 12 meses.	8 semanas (como última dosis) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses, independientemente del riesgo, o de 60 a 71 meses con cualquier riesgo, que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses.	
Poliovirus inactivado	6 semanas	4 semanas	4 semanas si la edad actual es <4 años 6 meses (como última dosis) si la edad actual es de 4 años o más	6 meses (edad mínima de 4 años para la última dosis)	
Sarampión, paperas y rubéola	12 meses	4 semanas			
Contra la varicela	12 meses	Al los 3 meses			
Hepatitis A	12 meses	6 meses			
Artinunocócica ACWY	2 meses; MenACWY-CRM, 2 años; MenACWY-TT	8 semanas	Consulte las Notas	Consulte las Notas	
Niños y adolescentes de 7 a 18 años					
Artinunocócica ACWY	No corresponde (N/C)	8 semanas			
Tétanos, difteria, tétanos y tos ferina acelular	A los 7 años	4 semanas	4 semanas si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños 6 meses (como última dosis) si la primera dosis de DTaP/DT o Tdap/Td se administró en el primer cumpleaños o después	6 meses si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños	
Virus del papiloma humano	A los 9 años	Se recomiendan intervalos de dosis de rutina.			
Hepatitis A	N/A	6 meses			
Hepatitis B	N/A	4 semanas	8 semanas y al menos 16 semanas después de la primera dosis		
Poliovirus inactivado	N/A	4 semanas	6 meses No es necesaria una cuarta dosis si la tercera dosis se administró a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior.	Se indica una cuarta dosis de IPV si todas las dosis anteriores se administraron a los <4 años O si la tercera dosis se administró <6 meses después de la segunda dosis.	
Sarampión, paperas y rubéola	N/A	4 semanas			
Contra la varicela	N/A	3 meses si es menor de 13 años; 4 semanas si tiene 13 años o más			
Dengue	A los 9 años	6 meses	6 meses		

Tabla 3

Programa recomendado de vacunación para niños y adolescentes según indicaciones médicas para los Estados Unidos, 2025

Use siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que siguen. Las afecciones médicas a menudo no son mutuamente excluyentes. Si existen múltiples afecciones, consulte la guía en todas las columnas relevantes. Consulte las notas para conocer las afecciones médicas que no están enumeradas.

Vacuna y otros agentes inmunizantes	Embarazo	Inmunodeficiencia (se excluye la infección por VIH)	Infección por VIH CD4		Pérdida de LCR o implante coclear	Asplenia o deficiencias persistentes de los componentes del complemento	Cardiopatía o enfermedad pulmonar crónica	Insuficiencia renal, Enfermedad renal en etapa terminal o en diálisis	Enfermedad crónica del hígado	Diabetes
			<15 % o <200/mm3	≥15 % y ≥200/mm3						
RSV-mAb (nirsevimab)	Embarazo	2. da temporada de RSV	1 dosis que depende del estado de vacunación contra el RSV de la madre (consulte las Notas)		2. da temporada de RSV para enfermedad pulmonar crónica (consulte las Notas)	1 dosis que depende del estado de vacunación contra el RSV de la madre (consulte las Notas)				
Hepatitis B										
Contra el rotavirus		SCID ^b								
DTaP/Tdap	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP) Tdap: 1 dosis por cada embarazo									
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)										
Antineumocóccicas										
Poliomielitis (IPV)										
COVID-19	Consulte las Notas	Es posible que se necesiten dosis adicionales (consulte las Notas)								Consulte las Notas
Influenza inactivada		Trasplante de órganos sólidos: 18 años (consulte las Notas)								
LAIV3										Asma, sibilancias: 2 a 4 años ^c
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	*									
Varicela (VAR)	*									
Hepatitis A										
Virus del papiloma humano (VPH)	*	Serie de 3 dosis (consulte las Notas)								
MenACWY										
MenB										
RSV (Abrysvo)	Administración estacional (consulte las Notas)									
Dengue										
Viruela símica	Consulte las Notas									

Recomendado para los niños elegibles de todas las edades que carecen de documentación de una serie de vacunación completa

No se recomienda para todos los niños, pero se recomienda para algunos niños con mayor riesgo de enfermedad o resultados graves de esta.

Vacunación basada en la toma de decisiones clínicas compartidas

Es posible que se necesiten dosis adicionales según la afección médica u otras indicaciones. Consulte las Notas.

Precaución: es posible que se recete la vacuna si el beneficio de protección supera el riesgo de reacción adversa.

Contraindicada o no recomendada
*Vacunarse después del embarazo, si se indica

Sin orientación/
No corresponde

a. Para obtener información adicional sobre los parámetros de laboratorio del VIH y el uso de vacunas vivas, consulte las Pautas generales de mejores prácticas de vacunación, "Inmunocompetencia alterada" (General Best Practice Guidelines for Immunization: Altered Immunocompetence), en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html y la Tabla 4-1 (nota al pie J) en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

b. Inmunodeficiencia combinada grave

c. La vacuna LAIV3 está contraindicada para niños de 2 a 4 años con asma o sibilancias durante los 12 meses anteriores

Para obtener recomendaciones de vacunación para personas de 19 años o más, consulte el Programa recomendado de vacunación para adultos, 2025.

Información adicional

- Para calcular los intervalos entre las dosis, 4 semanas = 28 días. Los intervalos de ≥4 meses se determinan por meses calendario.
- Dentro de un rango de números (p. ej., 12–18), el guion (–) debe leerse como “hasta”.
- Las dosis de vacunas administradas ≤4 días antes de la edad o el intervalo mínimos se consideran válidas. Las dosis de cualquier vacuna administradas ≥5 días antes de la edad mínima o el intervalo mínimo no deben contarse como válidas y deben repetirse según corresponda a la edad. **La dosis repetida debe espaciarse después de la dosis no válida por el intervalo mínimo recomendado.** Para obtener más detalles, consulte la Tabla 3-2, Edades recomendadas y mínimas e intervalos entre las dosis de la vacuna, en *Pautas generales de mejores prácticas de vacunación (General Best Practice Guidelines for Immunization)* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/timing-spacing-immunobiologics.html.
- Hay información disponible sobre los requisitos y las recomendaciones de vacunación para viajes en www.cdc.gov/travel/.

- Para la vacunación de personas con inmunodeficiencias, consulte la Tabla 8-1, Vacunación de personas con inmunodeficiencias primarias y secundarias, en *Pautas generales de mejores prácticas de vacunación (General Best Practice Guidelines for Immunization)* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html, y Vacunación en circunstancias clínicas especiales (En: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 32.ª ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72–86).

- Para obtener información sobre la vacunación en el entorno de un brote de una enfermedad prevenible con vacunas, comuníquese con su departamento de salud estatal o local.
- El programa nacional de Compensación por Lesiones Relacionadas con Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es una alternativa sin atribución de culpabilidad del sistema legal tradicional para resolver reclamaciones por lesiones relacionadas con vacunas. Todas las vacunas incluidas en el cronograma de vacunas para niños y adolescentes están cubiertas por el VICP, excepto las vacunas contra el dengue, PPSV23, RSV, Mpxv y COVID-19. Las vacunas contra el Mpxv y la COVID-19 están cubiertas por el Programa de Compensación por Lesiones con Contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP). Para obtener más información, consulte www.hrsa.gov/vaccinecompensation o www.hrsa.gov/cicp.

Vacuna contra la COVID-19
(edad mínima: 6 meses [Spikevax], 5 años [Comirnaty], 12 años [mNexspike, Novavaxid])

Toma de decisiones clínicas compartidas

Vacunación basada en la toma de decisiones individual, con énfasis en que el riesgo-beneficio de la vacunación es más favorable para las personas que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 y más bajo para las personas que no tienen un mayor riesgo de acuerdo con la lista de factores de riesgo de COVID-19 de los CDC (consulte www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html). Para obtener información adicional sobre la toma de decisiones clínicas compartidas, consulte www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html. El cronograma actual de la COVID-19 y la formulación de la dosis están disponibles en www.cdc.gov/covidschedule. Administre una vacuna contra la COVID-19 adecuada para la edad para cada dosis. No existe una recomendación preferencial para el uso de una vacuna contra la COVID-19 en lugar de otra cuando hay disponible más de una vacuna recomendada adecuada para la edad.

ESPACIO EN BLANCO DEJADO INTENCIONALMENTE VACÍO

Vacuna contra el dengue
(edad mínima: 9 años)

Toma de decisiones clínicas compartidas

- Edad de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas con dengue y tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue.
- Serie de 3 dosis administradas a los 0, 6 y 12 meses
- Las áreas endémicas incluyen Puerto Rico, Samoa Americana, las Islas Virgenes de los EE. UU., los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palaos. Para obtener orientación actualizada sobre las áreas endémicas del dengue y los análisis de laboratorio previos a la vacunación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/r7006a1.htm?s_cid=r7006a1_w y www.cdc.gov/dengue/index.html
- La vacuna contra el dengue no debe administrarse a niños que viajen o visiten áreas endémicas de dengue.

Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (Diphtheria, tetanus, and pertussis, DTaP) (edad mínima: 6 semanas [4 años para Kinrix o Quadracel])

Vacunación de rutina

- Serie de 5 dosis (serie primaria de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses, seguida de dosis de refuerzo a los 15 a 18 meses y 4 a 6 años)
- **Prospectivamente:** la dosis 4 puede administrarse a partir de los 12 meses si han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis 3.
- **Retropectivamente:** se puede contar una 4ta dosis que se administró inadvertidamente a partir de los 12 meses si han transcurrido al menos 4 meses desde la dosis 3.

Vacunación de recuperación

- No es necesaria una quinta dosis si la cuarta dosis se administró a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis 3.
- Para obtener otra guía de recuperación, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Niños menores de 7 años con una contraindicación específica al componente de tos ferina de la DTaP:** puede administrar Td para todas las dosis restantes recomendadas en lugar de DTaP. La encefalopatía dentro de los 7 días de la vacunación cuando no es atribuible a otra causa identificable es la única contraindicación específica para el componente de tos ferina de la DTaP. Para obtener información adicional, consulte www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/td-offlabel.html.

- **Manejo de heridas en niños menores de 7 años con antecedentes de 3 o más dosis de la vacuna contra el tétanos con toxoide:** para todas las heridas, excepto las heridas limpias y menores, administrar DTaP si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de una vacuna que contenga toxoide tetánico. Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/r6702a1.htm.

Notas

Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacuna contra la *Haemophilus influenzae* tipo b
(edad mínima: 6 semanas)

Información adicional

• **ActHIB, Hibberix, Pentacel o Vaxelis:** serie de 4 dosis (serie primaria de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses; seguida de una dosis de refuerzo* a los 12 a 15 meses)

-*No se recomienda el uso de Vaxelis como dosis de refuerzo. Se debe usar una vacuna diferente contra la Hib para la dosis de refuerzo.

• **PedvaxHIB:** serie de 3 dosis (serie primaria de 2 dosis a los 2 y 4 meses; seguida de una dosis de refuerzo a los 12 a 15 meses)

• **Bebés indamericanos y nativos de Alaska:** se prefieren Vaxelis y PedvaxHIB sobre otras vacunas contra la Hib para la serie primaria.

Vacunación de recuperación

• **Dosis 1 a los 7 a 11 meses:** administre la dosis 2 al menos 4 semanas después y la dosis 3 (última dosis) a los 12–15 meses u 8 semanas después de la dosis 2 (lo que ocurra más tarde).

• **Dosis 1 a los 12 a 14 meses:** administre la dosis 2 (última dosis) al menos 8 semanas después de la dosis 1.

• **Dosis 1 antes de los 12 meses y dosis 2 antes de los 15 meses:** administre la dosis 3 (última dosis) al menos 8 semanas después de la dosis 2.

• **2 dosis de PedvaxHIB antes de los 12 meses:** administre la dosis 3 (última dosis) a los 12 a 59 meses y al menos 8 semanas después de la dosis 2.

• **1 dosis administrada a los 15 meses o más:** no se necesitan más dosis

• **No vacunado entre los 15 y 59 meses:** administre 1 dosis.

• **Niños no vacunados previamente de 60 meses o más que no se consideran de alto riesgo:** no se requiere vacunación de recuperación.

Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Vaxelis se puede usar para la vacunación de recuperación en niños menores de 5 años. Siga el cronograma de recuperación incluso si se usa Vaxelis para una o más dosis. Para obtener información detallada sobre el uso de Vaxelis, consulte

www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm.

Situaciones especiales

• **Quimioterapia o radioterapia:**
Edades 12–59 meses

- No vacunado o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

Las dosis administradas dentro de los 14 días posteriores al inicio de la terapia o durante la terapia deben repetirse al menos 3 meses después de completar la terapia.

• **Trasplante de células madre hematopoyéticas (Hematopoietic stem cell transplant, HSCT):**

- Serie de 3 dosis administradas con 4 semanas de diferencia, comenzando entre 6 y 12 meses después de un trasplante exitoso, independientemente del historial de vacunación contra Hib.

• **Asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia falciforme):**

Edades 12–59 meses

- No vacunado o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

Personas no vacunadas* de 5 años o más

- 1 dosis

• **Esplenectomía electiva:**

Personas no vacunadas* de 15 meses o más

- 1 dosis (preferentemente al menos 14 días antes del procedimiento)

• **Infección por VIH:**

Edades 12–59 meses

- No vacunado o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

Personas no vacunadas* de 5 a 18 años

- 1 dosis

• **Deficiencia de inmunoglobulina, deficiencia de componentes tempranos del complemento o uso de inhibidores de los componentes tempranos del complemento:**

Edades 12–59 meses

- No vacunado o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses:

- 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

*No vacunado = Menos de la serie de rutina (hasta los 14 meses) o sin dosis (15 meses o más)

Vacuna contra la hepatitis A
(edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

Vacunación de rutina

• **Serie de 2 dosis** (intervalo mínimo: 6 meses) a los 12 a 23 meses

Vacunación de recuperación

• **Las personas no vacunadas hasta los 18 años deben completar una serie de 2 dosis** (intervalo mínimo: 6 meses).

• Las personas que previamente recibieron 1 dosis a los 12 meses o más deben recibir la segunda dosis al menos 6 meses después de la primera.

• Los adolescentes de 18 años o más pueden recibir HepA-HepB (Twinrix) como una serie de 3 dosis (0, 1 y 6 meses) o una serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21–30 días; seguida de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Viajes internacionales

• Personas que viajan o trabajan en países con hepatitis A endémica alta o intermedia (www.cdc.gov/travel/):

- **Bebés de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; volver a vacunarse con 2 dosis (separadas por al menos 6 meses) entre los 12 y 23 meses.

- **Sin vacunar a partir de los 12 meses:** administre la dosis 1 tan pronto como se considere el viaje.

ESPACIO EN BLANCO DEJADO
INTENCIONALMENTE VACÍO

Vacuna contra la hepatitis B (edad mínima: nacimiento)

Vacunación de rutina

- La **madre es HBsAg-negativa**
- Serie de 3 dosis a los 0, 1–2, 6–18 meses (**use la vacuna monovalente HepB para las dosis administradas antes de las 6 semanas**)

- Peso al nacer $\geq 2,000$ gramos: 1 dosis dentro de las 24 horas del nacimiento si es médicamente estable
- Peso al nacer $< 2,000$ gramos: 1 dosis a la edad cronológica de 1 mes o alta hospitalaria (lo que ocurra primero e incluso si el peso aún es $< 2,000$ gramos)

- Los bebés que no recibieron una dosis al nacer deben comenzar la serie lo antes posible (consulte la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos).

- Se permite la administración de 4 dosis cuando se utiliza una vacuna combinada que contiene HepB después de la dosis del nacimiento.

- **Intervalos mínimos (consulte la Tabla 2):** cuando se administran 4 dosis, reemplace "dosis 4" por "dosis 3" en estos cálculos.

- **Última (3.ª o 4.ª) dosis:** de 6 a 18 meses (**edad mínima de 24 semanas**)

• La madre es HBsAg-positiva

- **Dosis al nacer (vacuna monovalente contra la hepatitis B e inmunoglobulina contra la hepatitis B (hepatitis B immune globulin, HBIG) en extremidades separadas dentro de las 12 horas del nacimiento, independientemente del peso al nacer.**
- **Peso al nacer $< 2,000$ gramos:** administrar 3 dosis adicionales de la vacuna HepB a partir de 1 mes (un total de 4 dosis).
- **Última (3.ª o 4.ª) dosis:** administrar a los 6 meses (**edad mínima 24 semanas**).

- Prueba de HBsAg y anti-HBs a los 9 a 12 meses. Si la serie HepB se retrasa, realice una prueba a 1 o 2 meses después de la última dosis. No realice la prueba antes de los 9 meses.

• Madre con estado HBsAg desconocido

Si existe otra evidencia que sugiera infección por hepatitis B materna (p. ej., presencia de ADN del HBV, HBeAg positivo o madre que se sabe que tiene infección por hepatitis B crónica), maneje al bebé como si la madre fuera HBsAg positiva.

- Dosis al nacer (vacuna monovalente contra la hepatitis B únicamente):

- Peso al nacer $\geq 2,000$ gramos: administrar **vacuna HepB** dentro de las 12 horas del nacimiento. Determine el estado de HBsAg de la madre lo antes posible. Si se determina que la madre es HBsAg positiva, administrar **HBIG** lo antes posible (en una extremidad separada), pero antes de los 7 días de vida.

Vacuna contra el virus del papiloma humano (edad mínima: 9 años)

Vacunación de rutina y de recuperación

- Vacunación contra el VPH recomendada habitualmente a los **11–12 años (puede comenzar a los 9 años)** y vacunación contra el VPH de recuperación recomendada para todas las personas hasta los 18 años si no se vacunaron adecuadamente. Serie de 2 o 3 dosis según la edad al momento de la vacunación inicial:

- **9 a 14 años de edad en el momento de la vacunación inicial:** serie de 2 dosis a los 0, 6 a 12 meses (intervalo mínimo: 5 meses; repetir la dosis si se administra demorado pronto)

- **15 años o más en el momento de la vacunación inicial:** serie de 3 dosis a los 0, 1–2 meses, 6 meses (intervalos mínimos: dosis 1 a dosis 2 = 4 semanas; dosis 2 a dosis 3 = 12 semanas; dosis 1 a dosis 3 = 5 meses; repetir la dosis si se administra demorado pronto)

- No se recomiendan dosis adicionales cuando se ha completado cualquier serie de vacunas contra el VPH **de cualquier valencia** utilizando los intervalos de dosis recomendados.

Situaciones especiales

- **Afecciones de inmunodeficiencia, incluida la infección por VIH:** serie de 3 dosis, incluso para aquellas personas que inician la vacunación entre los 9 y 14 años.

- **Antecedentes de abuso o agresión sexual:** iniciar a los 9 años
- **Embarazo:** no es necesario realizar una prueba de embarazo antes de la vacunación; la vacunación contra el VPH no se recomienda hasta después del embarazo; no se requiere ninguna intervención si se recibe la vacuna durante el embarazo.

ESPACIO EN BLANCO DEJADO
INTENCIONALMENTE VACÍO

- Peso al nacer $< 2,000$ gramos: administrar **vacuna HepB** y **HBIG** (en extremidades separadas) dentro de las 12 horas del nacimiento. Administre 3 dosis adicionales de **vacuna HepB** a partir del mes de vida (un total de 4 dosis).
- **Última (3.ª o 4.ª) dosis:** administrar a los 6 meses (**edad mínima 24 semanas**).
- Si se determina que la madre es HBsAg positiva o si el estado sigue siendo desconocido, realice una prueba de HBsAg y anti-HBs a los 9 a 12 meses. Si la serie HepB se retrasa, realice una prueba a 1 o 2 meses después de la última dosis. No realice la prueba antes de los 9 meses.

Vacunación de recuperación

- Las personas no vacunadas deben completar una serie de 3 dosis a los 0, 1–2, 6 meses. Consulte la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos.

- Los adolescentes de 11 a 15 años pueden usar un cronograma alternativo de 2 dosis con al menos 4 meses entre las dosis (formulación para adultos **Recombivax HB** solamente).

- Los adolescentes de 18 años pueden recibir:

- **HepHisv-B:** serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de diferencia

- **PreHevbrío*:** serie de 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses

- **HepA-HepB (Twinrix):** serie de 3 dosis (0, 1 y 6 meses) o serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21–30 días; seguida de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Situaciones especiales

- Por lo general, no se recomienda volver a vacunarse para las personas con un estado inmunitario normal que fueron vacunadas como bebés, niños, adolescentes o adultos.

- **Se recomienda realizar pruebas serológicas posteriores a la vacunación y volver a vacunarse** (si los anti-HB son < 10 mIU/ml) para ciertas poblaciones, incluidas las siguientes:

- Bebés nacidos de madres HBsAg positivas
- Personas que están en prediálisis o están recibiendo diálisis de mantenimiento

- Otras personas inmunocomprometidas

- Para obtener recomendaciones detalladas sobre la revacunación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/r6701a1.htm.

***Nota:** no se recomienda PreHevbrío en el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas.

Notas

Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacuna contra la gripe

(edad mínima: 6 meses [IV3], 2 años [LAIV3], 18 años [vacuna recombinante contra la influenza, RIV3])

Vacunación de rutina

- Utilice anualmente cualquier vacuna antigripal que sea apropiada según la edad y estado de salud:
- De **6 meses a 8 años de edad** que recibieron menos de 2 dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024, o cuyos antecedentes de vacunación contra la influenza se desconocen: 2 dosis, separadas por al menos 4 semanas. Administre la dosis 2 incluso si el niño cumple 9 años entre la recepción de la dosis 1 y la dosis 2.
- De **6 meses a 8 años de edad** que recibieron al menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024: 1 dosis.

- **9 años o más:** 1 dosis

- **Receptores de trasplantes de órganos sólidos de 18 años que reciben medicamentos inmunosupresores:** las vacunas contra la influenza inactivadas en dosis altas (HD-IV3) y las vacunas contra la influenza inactivadas con adyuvante (aIV3) son opciones aceptables. No hay preferencia por encima de otra IV3 o RIV3 apropiada para la edad.

• Para la temporada 2024–25, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7305a1.htm.

• Para la temporada 2025–26, consulte las recomendaciones de vacunas contra la influenza del ACIP 2025–26.

Situaciones especiales

• **Contactos cercanos (p. ej., contactos domésticos) de personas gravemente inmunodeprimidas que requieren un entorno protegido:** no deben recibir LAIV3. Si se administra LAIV3, deben evitar el contacto con dichas personas inmunodeprimidas o protegerlas durante 7 días después de la vacunación.

Nota: las personas con alergia al huevo pueden recibir cualquier vacuna contra la influenza (a base de huevo o no) adecuada para su edad y estado de salud.

Vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola (edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

Vacunación de rutina

- Serie de 2 dosis entre los 12 y 15 meses, entre los 4 y 6 años

Vacunación de recuperación

- **Niños y adolescentes no vacunados:** serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de diferencia*

Situaciones especiales

• Viajes internacionales

- **Bebés de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; volver a vacunarse con una serie de 2 dosis a los 12 a 15 meses (12 meses para niños en áreas de alto riesgo) y la dosis 2 apenas 4 semanas después.*

• Niños de 12 meses o más:

- Sin vacunar: serie de 2 dosis (separadas por al menos 4 semanas*) antes de la salida
- Recibió previamente 1 dosis: administrar la dosis 2 al menos 4 semanas después de la dosis 1*

• En entornos de brote de paperas, para obtener información sobre dosis adicionales de MMR (incluida la 3.ª dosis de MMR), consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

* **Nota:** no se recomienda MMRV para personas de 12 a 47 meses o de 13 a 18 años. El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

Vacuna meningocócica de los serogrupos A, C, W, Y (edad mínima: 2 meses [MenACWY-CRM, Menveo], 2 años [MenACWY-TT, MenQuadfi]), 10 años [MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbrayal])

Vacunación de rutina

- Serie de 2 dosis a los 11–12 años: 16 años

Vacunación de recuperación

- **De 13 a 15 años:** 1 dosis ahora y refuerzo a los 16 a 18 años (intervalo mínimo: 8 semanas)
- **De 16 a 18 años:** 1 dosis

Situaciones especiales

Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), infección por VIH, deficiencia persistente de componentes del complemento, uso de inhibidores del complemento (por ejemplo, eculizumab, ravulizumab):

• Menveo*

- Dosis 1 a los 2 meses: serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a los 4, 6 y 12 meses de edad)
- Dosis 1 a los 3 a 6 meses: serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y dosis 3 si corresponden] al menos 8 semanas después de la dosis anterior hasta que se reciba una dosis a los 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de los 12 meses de edad)
- Dosis 1 a los 7–23 meses: serie de 2 dosis (dosis 2 al menos 12 semanas después de la dosis 1 y después de los 12 meses de edad)
- Dosis 1 a los 24 meses o más: serie de 2 dosis con al menos 8 semanas de diferencia

• MenQuadfi

- Dosis 1 a los 24 meses o más: serie de 2 dosis con al menos 8 semanas de diferencia

Viaje a países con enfermedad meningocócica hiperendémica o epidémica, incluidos los países del cinturón africano o durante el Hajj (www.cdc.gov/travel/):

• Niños menores de 24 meses:

- Menveo* (de 2 a 23 meses de edad)

- Dosis 1 a los 2 meses: serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a los 4, 6 y 12 meses de edad)
- Dosis 1 a los 3 a 6 meses: serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y dosis 3 si corresponden] al menos 8 semanas después de la dosis anterior hasta que se reciba una dosis a los 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de los 12 meses de edad)
- Dosis 1 a los 7–23 meses: serie de 2 dosis (dosis 2 al menos 12 semanas después de la dosis 1 y después de los 12 meses)

ESPACIO EN BLANCO DEJADO
INTENCIONALMENTE VACÍO

Notas

Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacuna meningocócica de los serogrupos A, C, W y Y - continuación

- Niños de 2 años o más: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias (si no recibieron la vacuna previamente a partir de los 16 años) o reclutas militares: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Vacunación adolescente de niños que recibieron MenACWY antes de los 10 años:

- Niños a quienes se recomiendan refuerzos debido a un aumento continuo del riesgo de enfermedad meningocócica (p. ej., aquellos con deficiencia de componentes del complemento, VIH o asplenia): siga el cronograma de refuerzo para las personas con mayor riesgo.
- Niños para quienes no se recomiendan refuerzos (p. ej., un niño sano que recibió una dosis única para viajar a un país donde la enfermedad meningocócica es endémica): administre MenACWY de acuerdo con el cronograma recomendado para adolescentes con la dosis 1 a los 11–12 años y la dosis 2 a los 16 años.

**Menveo tiene dos formulaciones: liofilizada y líquida.*

La formulación líquida no debe utilizarse antes de los 10 años.

Vea www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial-presentation.pdf.

Nota: para obtener recomendaciones sobre la dosis

de refuerzo de MenACWY para los grupos enumerados en “Situaciones especiales” y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacuna antimeningocócica, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Los niños de 10 años o más pueden recibir una dosis única de Penbraya como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día de la clínica (consulte la sección “Vacunación meningocócica del serogrupo B” a continuación para obtener más información).

ESPACIO EN BLANCO DEJADO INTENCIONALMENTE VACÍO

Vacuna meningocócica del serogrupo B
(edad mínima: 10 años [MenB-4C, Bexsero; MenB-FHbp, Trumenba; MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbraya])

Toma de decisiones clínicas compartidas

- Adolescentes que no tienen un riesgo elevado de 16 a 23 años de edad (preferentemente de 16 a 18 años)* según la toma de decisiones clínicas compartidas.

- **Bexsero o Trumenba (use la misma marca para todas las dosis):** serie de 2 dosis con al menos 6 meses de diferencia (si la dosis 2 se administra antes de los 6 meses, administrar la dosis 3 al menos 4 meses después de la dosis 2)

*Para optimizar la protección rápida (p. ej., para estudiantes que comienzan la universidad en menos de 6 meses), se puede administrar una serie de 3 dosis (0, 1–2, 6 meses).

Para obtener información adicional sobre la toma de decisiones clínicas compartidas para MenB, consulte www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/isd-job-aid-scdm-mening-b-shared-clinical-decision-making.pdf

Situaciones especiales

Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), deficiencia persistente de componentes del complemento, uso de inhibidores del complemento (p. ej., ecilizumab, ravulizumab).

- **Bexsero o Trumenba (use la misma marca para todas las dosis, incluídas las dosis de refuerzo):** serie de 3 dosis a los 0, 1–2, 6 meses (si la dosis 2 se administró al menos 6 meses después de la dosis 1, no se necesita la dosis 3; si la dosis 3 se administra antes de los 4 meses después de la dosis 2, se debe administrar una 4.ª dosis al menos 4 meses después de la dosis 3)

Para obtener recomendaciones sobre la **dosis de refuerzo** de MenB para los grupos enumerados en “Situaciones especiales” y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacuna antimeningocócica, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Nota: las vacunas MenB pueden administrarse simultáneamente con las vacunas MenACWY si se indican, pero en un lugar anatómico diferente, si es viable.

Los niños de 10 años o más pueden recibir una dosis de Penbraya (MenACWY–TT/MenB–FHbp) como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día en la clínica. Para los niños elegibles según su edad que no tengan un riesgo más alto, si Penbraya se utiliza para la dosis 1 de MenB, para la dosis 2 debe administrarse MenB–FHbp (Trumenba). Para los niños elegibles según su edad, que tengan un riesgo más alto de tener enfermedad meningocócica, Penbraya puede usarse para dosis adicionales de MenACWY y MenB (incluídas las dosis de refuerzo) si ambas se administrarían el mismo día en la clínica y han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis más reciente de Penbraya.

Vacuna contra el virus de la viruela del mono
(edad mínima: 18 años [Jynneos])

Situaciones especiales

• **Edad 18 años y en riesgo de infección por viruela del mono:** serie completa de 2 dosis, con 28 días de diferencia.

Los factores de riesgo de la infección por viruela del mono incluyen:

- Homosexualidad, bisexualidad u otros HSH, o una persona que tiene sexo con homosexuales, bisexuales u otros HSH que en los últimos 6 meses ha tenido uno de los siguientes:
- Un nuevo diagnóstico de al menos 1 enfermedad de transmisión sexual
- Más de 1 pareja sexual
- Relaciones sexuales en un lugar sexual comercial
- Sexo en asociación con un evento público grande en un área geográfica donde se está transmitiendo el virus de la viruela del mono
- Personas que son parejas sexuales de las personas descritas anteriormente
- Personas que anticipan experimentar cualquiera de las situaciones descritas anteriormente
- **Embarazo:** actualmente, no hay recomendación del ACIP para el uso de Jynneos en el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas con cualquier factor de riesgo descrito anteriormente pueden recibir Jynneos.

Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html

ESPACIO EN BLANCO DEJADO INTENCIONALMENTE VACÍO

Vacuna antineumocócica (edad mínima: 6 semanas [PCV15], [PCV 20]; 2 años [PPSV23])

Vacuna de rutina con PCV

- Serie de 4 dosis a los 2, 4, 6, 12–15 meses

Vacuna de recuperación con PCV

- Niños sanos de 2 a 4 años con cualquier serie PCV incompleta*: 1 dosis de PCV

• Para obtener otra guía de recuperación, consulte la Tabla 2.

Nota: para niños **sin** afectaciones de riesgo, la PCV20 no está indicada si han recibido 4 dosis de PCV13 o PCV15 u otra serie completa de PCV adecuada para su edad.

Situaciones especiales

Niños y adolescentes con pérdida de líquido calorraquideo; enfermedad cardíaca crónica; enfermedad renal crónica (sin incluir diálisis de mantenimiento y síndrome nefrótico); enfermedad hepática crónica; enfermedad pulmonar crónica (incluido el asma persistente moderado o grave); implante coclear; o diabetes mellitus:

De los 2 a los 5 años

- Cualquier serie de PCV incompleta* con:
 - 3 dosis de PCV: 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente)
 - Menos de 3 dosis de PCV: 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y administradas con al menos 8 semanas de diferencia)
- Serie de PCV recomendada completa, pero no recibió PPSV23:
 - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
 - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente.

De los 6 a los 18 años

- No recibió previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o PCV20. Si se utiliza PCV15 y no se recibió previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15.**

- Recibió PCV antes de los 6 años, pero no recibió PPSV23
 - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
 - No recibió previamente PCV20: 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 administrada al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente.
- Recibió PCV13 solo a los 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13.
- Recibió 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a la edad de 6 años: no se indican más dosis de ninguna PCV o PPSV23.

Niños y adolescentes que reciben diálisis de mantenimiento o tienen afectaciones de inmunodeficiencia, como síndrome nefrótico; asplenia congénita o adquirida o disfunción esplénica; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; enfermedades y afectaciones tratadas con medicamentos inmunosupresores o radioterapia, incluidas neoplasias malignas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin y trasplante de órganos sólidos; infección por VIH; o anemia falciforme u otras hemoglobinopatías:

De los 2 a los 5 años

- Cualquier serie de PCV incompleta*:
 - 3 dosis de PCV: 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente)
 - Menos de 3 dosis de PCV: 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y administradas con al menos 8 semanas de diferencia)
- Serie de PCV recomendada completa, pero no recibió PPSV23:
 - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
 - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente. Si se utiliza PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

De los 6 a los 18 años

- No recibió previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o 1 dosis de PCV20. Si se utiliza PCV15 y no se recibió previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15.**

- Recibió PCV antes de los 6 años, pero no recibió PPSV23
 - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: sin dosis adicional de PCV o PPSV23
 - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente. Si se utiliza PPSV23, administrar PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
- Recibió PCV13 solo a los 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13. Si se utiliza PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

- Recibió 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a partir de los 6 años: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13 y al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

Embarazo: sin recomendación de PCV o PPSV23 debido a datos limitados; el resumen de los datos existentes sobre la vacuna antineumocócica durante el embarazo se puede encontrar en www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm

Para obtener orientación sobre cómo determinar qué vacunas antineumocócicas necesita un paciente y cuándo, consulte la aplicación móvil, que se puede descargar aquí: wcm5-wp.cdc.gov/pneumococcal/hcp/vaccine-recommendations/app.html

***Serie Incompleta** = No haber recibido todas las dosis de la serie recomendada o de una serie de compensación adecuada para su edad. Consulte la Tabla 2 en las recomendaciones antineumocócicas del ACIP en stacks.cdc.gov/view/cdc/133252

****Cuando se indiquen tanto PCV15 como PPSV23, administrar todas las dosis de PCV15 primero. La PCV15 y la PPSV23 no deben administrarse durante la misma visita.**

Vacuna contra la poliomielitis (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- Serie de 4 dosis a los 2, 4, 6 a 18 meses; 4 a 6 años; administrar la última dosis a partir de los 4 años y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
- Se pueden administrar 4 o más dosis de IPV antes de los 4 años cuando se utiliza una vacuna combinada que contiene IPV. Sin embargo, aún se recomienda una dosis a los 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior.

Vacunación de recuperación

- En los primeros 6 meses de vida, use edades e intervalos mínimos solo para viajar a una región polioendémica o durante un brote.

• **Adolescentes de 18 años que se sabe o se sospecha que no han sido vacunados o que han sido vacunados de manera incompleta:** administrar las dosis restantes (1, 2 o 3 dosis de IPV) para completar una serie primaria de 3 dosis.* A menos de que existan motivos específicos para creer que no fueron vacunados, la mayoría de las personas de 18 años o más nacidas y criadas en los Estados Unidos pueden suponer que fueron vacunadas contra la poliomielitis cuando eran niños.

Serie que contiene la vacuna oral contra el poliovirus (oral poliovirus vaccine, OPV), ya sea la serie mixta de OPV/IPV o la serie solo de OPV:

- La cantidad total de dosis necesarias para completar la serie es la misma que la recomendada para el cronograma de IPV de los EE. UU. Consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6.htm?_s_2%20cid=mm6601a6_w.
- Solo se tiene en cuenta el OPV trivalente (tOPV) para los requisitos de vacunación de los EE. UU.
- Las dosis de OPV administradas antes del 1 de abril de 2016 deben contarse (a menos que se indique específicamente que se administraron durante una campaña).
- No se deben contar las dosis de OPV administradas a partir del 1 de abril de 2016.
- Para obtener orientación sobre cómo evaluar las dosis documentadas como "OPV", consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?_s_cid=mm6606a7_w.
- Para obtener otra guía de recuperación, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Adolescentes de 18 años con mayor riesgo de exposición al poliovirus y serie primaria completa**:** se puede administrar un refuerzo de IPV por única vez

***Nota:** la serie primaria completa consiste en al menos 3 dosis de vacuna IPV o vacuna oral trivalente contra el poliovirus (tOPV) en cualquier combinación.

Para obtener información detallada, consulte: www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html

Inmunización contra el virus respiratorio sincial (edad mínima: nacimiento [Nirsevimab, RSV-mAb, Beyfortus])

Vacunas de rutina

- **Bebés nacidos de octubre a marzo en la mayor parte de los Estados Unidos***

- La madre no recibió la vacuna contra el VRS o se desconoce el estado de la vacuna contra el VRS de la madre; o la madre recibió la vacuna contra el VRS en el embarazo anterior; administrar 1 dosis de nirsevimab en el plazo de 1 semana desde el nacimiento; idealmente durante la hospitalización por nacimiento.

- La madre recibió la vacuna contra el VRS **menos de 14 días** antes del parto; administrar 1 dosis de nirsevimab en el plazo de 1 semana desde el nacimiento; idealmente durante la hospitalización por nacimiento.

- La madre recibió la vacuna contra el VRS **al menos 14 días** antes del parto; nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en circunstancias poco frecuentes a criterio de los proveedores de atención de la salud (consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

- **Bebés nacidos de abril a septiembre en la mayoría de los Estados Unidos***

- La madre no recibió la vacuna contra el VRS o se desconoce el estado de la vacuna contra el VRS de la madre; o la madre recibió la vacuna contra el VRS en el embarazo anterior; administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada del VRS.*

- La madre recibió la vacuna contra el VRS **menos de 14 días** antes del parto; administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada del VRS.*

- La madre recibió la vacuna contra el VRS **al menos 14 días** antes del parto; nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en circunstancias poco frecuentes a criterio de los proveedores de atención de la salud (consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

Los bebés con hospitalización prolongada por nacimiento** (p. ej., por prematuridad) dados de alta de octubre a marzo deben recibir las vacunas poco antes o inmediatamente después del alta.

Situaciones especiales

- De 8 a 19 meses de edad con enfermedad pulmonar crónica de prematuridad que requiere apoyo médico (p. ej., terapia crónica con corticosteroides, terapia diurética, u oxígeno complementario) en cualquier momento durante el período de 6 meses antes del inicio de la segunda temporada de VRS; inmunodeficiencia grave; fibrosis quística con peso para una talla <10 percentil o manifestación de enfermedad pulmonar grave (p. ej., hospitalización previa por exacerbación pulmonar en el primer año de vida o anomalías en el diagnóstico por imágenes del tórax que persisten cuando se estabilizan)**.
- 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de VRS*

- **De 8 a 19 meses de edad, indioamericanos o nativos de Alaska:** 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de VRS*

- **Elegible para la edad y sometido a cirugía cardíaca con derivación cardiopulmonar***:** 1 dosis adicional de nirsevimab después de la cirugía. Consulte www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000bl1.pdf

***Nota:** si bien el momento del inicio y la duración de la temporada del VRS pueden variar, se recomienda la administración de nirsevimab de octubre a marzo en la mayoría de los Estados Unidos continentales (preferentemente de octubre a noviembre o en el plazo de 1 semana desde el nacimiento). Los proveedores en las jurisdicciones con estacionalidad del VRS que difieren de la mayoría de los Estados Unidos continentales (p. ej., Alaska, jurisdicción con clima tropical) deben seguir las pautas de las autoridades de salud pública (p. ej., los CDC, los departamentos de salud) o los centros médicos regionales sobre el momento de la administración en función de la estacionalidad del VRS local.

****Nota:** el nirsevimab se puede administrar a niños que son elegibles para recibir palivizumab. Los niños que han recibido nirsevimab no deben recibir palivizumab durante la misma temporada de VRS.

Para obtener más orientación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7234a4.htm y www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html

ESPACIO EN BLANCO DEJADO INTENCIONALMENTE VACÍO

Notas

Programa de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacuna contra el virus respiratorio sincicial (VRS [Abyrsvov])

Vacunación de rutina

• **Embarazo a las 32 semanas, 0 días a 36 semanas y 6 días de gestación desde septiembre a enero en la mayoría de los Estados Unidos***: 1 dosis de Abyrsvov. Administrar la vacuna contra el VRS independientemente de la infección previa por el VRS.

- Se recomienda la vacunación materna contra el VRS con Abyrsvov o la vacunación infantil con nirsevimab (anticuerpo monoclonal contra el VRS) para prevenir la enfermedad grave por el virus respiratorio sincicial en bebés.

• **Todas las demás mujeres embarazadas**: vacuna contra el VRS no recomendada

• **Embarazos posteriores**: no se recomiendan dosis adicionales. No hay datos disponibles para informar si se necesitan dosis adicionales en embarazos posteriores. Los bebés nacidos de mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra el VRS durante un embarazo anterior deben recibir nirsevimab.

***Nota**: los proveedores en las jurisdicciones con estacionalidad del VRS que difieren de la mayoría de los Estados Unidos continentales (p. ej., Alaska, jurisdicción con clima tropical) deben seguir las pautas de las autoridades de salud pública (p. ej., los CDC, los departamentos de salud) o los centros médicos regionales sobre el momento de la administración en función de la estacionalidad del VRS local.

Vacuna contra el rotavirus (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

• **Rotarix**: serie de 2 dosis a los 2 y 4 meses

• **Rotateq**: serie de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses

• Si alguna dosis de la serie es **Rotateq** o se desconoce, elija una serie de 3 dosis.

Vacunación de recuperación

- No comience la serie a partir de las 15 semanas, 0 días.
- La edad máxima para la dosis final es de 8 meses, 0 días.
- Para obtener otra guía de recuperación, consulte la Tabla 2.

Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tetanus, diphtheria, and acellular pertussis, Tdap) (edad mínima: 11 años para la vacunación de rutina, 7 años para la vacunación de recuperación)

Vacunación de rutina

• **De 11 a 12 años**: 1 dosis de vacuna Tdap (refuerzo para adolescentes)

• **Embarazo**: 1 dosis de la Tdap durante cada embarazo, preferentemente en la primera parte de las semanas de gestación 27 a 36.

Nota: la vacuna Tdap puede administrarse independientemente del intervalo desde la última vacuna contra el tétanos y el toxoide diftérico.

Vacunación de recuperación

• **De 13 a 18 años que no han recibido la vacuna Tdap**: 1 dosis de Tdap (refuerzo para adolescentes)

• **De 7 a 18 años con vacunación incompleta* con DTaP**: 1 dosis de Tdap como parte de la serie de recuperación (preferentemente la primera dosis); si se necesitan dosis adicionales, use Td o Tdap.

• **Tdap administrado entre los 7 y 10 años**:

- **De 7 a 9 años de edad** que reciben la vacuna Tdap deben recibir la dosis de refuerzo de la vacuna Tdap para adolescentes de 11 a 12 años de edad.

- **Los adolescentes de 10 años** que reciben la vacuna Tdap no necesitan la dosis de refuerzo de la vacuna Tdap entre los 11 y 12 años

• **DTaP administrado inadvertidamente a partir de los 7 años**:

- **De los 7 a los 9 años**: la DTaP puede considerarse parte de la serie de recuperación. Administrar la dosis de refuerzo de la vacuna Tdap para adolescentes entre los 11 y 12 años.

- **De los 10 a los 18 años**: cuente la dosis de DTaP como la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes.

• Para obtener otra guía de recuperación, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

• **Manejo de heridas** en personas de 7 años o más con antecedentes de 3 o más dosis de la vacuna contra el tétanos y toxoide: para heridas limpias y menores, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis de la vacuna contra el tétanos con toxoide; para todas las demás heridas, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de la vacuna contra el tétanos con toxoide. Se prefiere la vacuna Tdap para personas de 11 años o más que no han recibido previamente la vacuna Tdap o cuyos antecedentes de la vacuna Tdap se desconocen. Si se indica una vacuna contra el tétanos con toxoide para una adolescente embarazada, use Tdap.

• Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm.

* **Completamente vacunado** = 5 dosis válidas de DTaP o 4 dosis válidas de DTaP si la dosis 4 se administró a los 4 años de edad o más

Vacuna contra la varicela (edad mínima: 12 meses)

Vacunación de rutina

• Serie de 2 dosis a los 12–15 meses, 4–6 años de edad

- La dosis 2 puede administrarse apenas 3 meses después de la dosis 1 (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas puede contarse como válida).

Vacunación de recuperación

• Asegúrese de que las personas de 7 a 18 años sin evidencia de inmunidad (consulte MMWR en www.cdc.gov/mmwr/pdf/r/r5604.pdf) tengan una serie de 2 dosis:

- **De los 7 a los 12 años**: intervalo de rutina: 3 meses (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas puede contarse como válida)

- **De los 13 años en adelante**: intervalo de rutina: 4 a 8 semanas (intervalo mínimo: 4 semanas)

Nota: no se recomienda MMRV para personas de 12 a 47 meses o de 13 a 18 años (administrar las vacunas MMR y contra la varicela por separado para estos grupos etarios). El intervalo mínimo entre las dosis de MMWRV es de 3 meses.

ESPACIO EN
BLANCO DEJADO
INTENCIONALMENTE VACÍO

Guía de contraindicaciones y precauciones para las vacunas de uso común

Adaptado de la Tabla 4-1 en las Pautas generales de mejores prácticas de vacunación (General Best Practice Guidelines for Immunization) del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP): contraindicaciones y precauciones; prevención y control de la influenza estacional con vacunas; recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización—Estados Unidos, temporada de influenza 2024–25 | MMWR (cdc.gov). y Contraindicaciones y precauciones para la vacunación contra la COVID-19

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicada o no recomendada ¹	Precauciones ²
Vacunas de ARNm contra la COVID-19 [Cominaty, mNexspike, Spikevax]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna de ARNm contra la COVID-19³ 	<ul style="list-style-type: none"> Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de la inyección) a un componente de una vacuna de ARNm contra la COVID-19³; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio menos de 4 horas) después de la administración de una dosis previa de una vacuna de ARNm contra la COVID-19 Miocarditis o pericarditis dentro de las 3 semanas posteriores a una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 Síndrome de inflamación multisistémica en niños (Multisystem inflammatory syndrome in children, MIS-C) o síndrome de inflamación multisistémica en adultos (Multisystem inflammatory syndrome in adults, MIS-A) Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Vacuna de subunidad de proteína de la COVID-19 [Nuavaxovid]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de Nuavaxovid³ 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de alergia no grave (p. ej., urticaria más allá del lugar de la inyección) a un componente de Nuavaxovid³; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio de menos de 4 horas) después de la administración de una dosis previa de Nuavaxovid³ Miocarditis o pericarditis dentro de las 3 semanas posteriores a una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 Síndrome de inflamación multisistémica en niños (Multisystem inflammatory syndrome in children, MIS-C) o síndrome de inflamación multisistémica en adultos (Multisystem inflammatory syndrome in adults, MIS-A) Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Influenza, a base de huevo, inyectable inactivada (IIV3)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier IIV, cclIV, RIV o LAV a base de huevo de cualquier valencia) Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna³ (excepto huevo) 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a la administración de una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza, inyectable inactivada basada en cultivo celular (cclIV3) [FluceIvax]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier cclIV de cualquier valencia o a cualquier componente² de cclIV3 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a la administración de una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Personas con antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier IIV, cclIV o LAV a base de huevo de cualquier valencia. Si usa RIV3, adminístralo en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de atención de la salud que pueda reconocer y controlar las reacciones alérgicas graves. Puede consultar a un alergista. Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza, inyectable recombinante (RIV3) [FluIboki]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier RIV de cualquier valencia o a cualquier componente² de RIV3 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a la administración de una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Personas con antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier IIV, cclIV o LAV a base de huevo de cualquier valencia. Si usa RIV3, adminístralo en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de atención de la salud que pueda reconocer y controlar las reacciones alérgicas graves. Puede consultar a un alergista. Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza, viva atenuada (LAV3) [Flumist]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier IIV, cclIV, RIV o LAV a base de huevo de cualquier valencia) Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna³ (excepto huevo) Niños de 2 a 4 años con antecedentes de asma o sibilancias Asplenia anatómica o funcional Personas inmunodeprimidas por cualquier causa, incluyendo, entre otras, medicamentos e infección por VIH Contactos cercanos o cuidadores de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido Embarazo Implante coclear Comunicación activa entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la orofaringe, la nasofaringe, la nariz, el oído o cualquier otra pérdida craneal del LCR Niños y adolescentes que reciben aspirina o medicamentos que contienen salicilato Recibió medicamentos antivirales para la influenza, oseltamivir o zanamivir, en las 48 horas anteriores, peramivir en los 5 días anteriores o baloxavir en los 17 días anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a la administración de una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Asma en personas de 5 años o más Personas con afecciones médicas subyacentes que no sean las enumeradas en contraindicaciones que podrían predisponer a complicaciones después de la infección por el virus de la influenza de tipo natural, p. ej., trastornos pulmonares, cardiovasculares crónicos (excepto hipertensión aislada), renales, hepáticos, neurológicos, hematológicos o metabólicos (incluida la diabetes mellitus) Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre

1. Cuando hay una contraindicación, **NO** se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. Pautas generales de mejores prácticas de vacunación de ACIP (General Best Practice Guidelines for Immunization).
2. Cuando hay una precaución presente, la vacunación generalmente debe posponerse, pero podrá indicarse si el beneficio de la protección de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. Kroger A, Bahta L, Hunter P. Pautas generales de mejores prácticas de vacunación de ACIP (General Best Practice Guidelines for Immunization).
3. Los proveedores de vacunas deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, las advertencias y las precauciones. Consulte los prospectos del paquete para las vacunas con licencia en los EE. UU.

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicada o no recomendada ¹	Precauciones ²
Dengue (DENV/CV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Imunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH que está gravemente inmunocomprometidos) Falta de confirmación de laboratorio de una infección previa por dengue 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Infección por VIH sin evidencia de inmunosupresión grave Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Difteria, tétanos y tos ferina (Diphtheria, tetanus, and pertussis, DTaP)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los 7 días de la administración de la dosis previa de DTaP o DTaP 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a la dosis anterior de la vacuna contra el toxoide tetánico Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de la vacuna con toxoide diftérico o con toxoide tetánico; aplazar la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna con toxoide tetánico Solo para DTaP: trastorno neurológico progresivo, incluidos espasmos infantiles, epilepsia no controlada, encefalopatía progresiva; aplazar la DTaP hasta que se adere y establezca el estado neurológico Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Menores de 6 semanas de edad 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Hepatitis A (HepA)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³, incluida la neomicina 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Hepatitis B (HepB)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³, incluida la levadura Embarazo: no se recomienda PreHevrio debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Use otras vacunas contra la hepatitis B si se indica HepB⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra la hepatitis A-Hepatitis B (HepA-HepB) [Trinivrix]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³, incluida la neomicina y levadura 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Virus del papiloma humano (VPH)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ <i>Embarazo: no se recomienda la vacuna contra el VPH.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Sarampión, paperas, rubéola (Measles, mumps, rubella, MM)Sarampión, paperas, rubéola y varicela (Measles, mumps, rubella, and varicella, MMRV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Antecedentes de inmunocompetencia alterada, a menos que se verifique clínicamente o mediante análisis de laboratorio como inmunocompetente. Solo para MMRV: infección por VIH de cualquier gravedad¹ y niños menores de 4 años 	<ul style="list-style-type: none"> Recepción reciente (≤11 meses) de hemoderivado con anticuerpos: (el intervalo específico depende del producto) Antecedentes de trombocitopenia o purpura trombocitopénica Necesidad de pruebas cutáneas de tuberculina o pruebas de ensayo de liberación de interferón-gamma (interferon-gamma release assay, IGRA) Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre Solo para MMRV: antecedentes paternos o familiares (es decir, hermanos o padres) de convulsiones por cualquier causa. Si usa MMRV, consulte Varivax/MMRV para conocer las precauciones adicionales. Solo para MenACWY-CRM: nacimiento prematuro si es menor de 9 meses Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica ACWY (MenACWY)MenACWY-CRM1 (Menveo)MenACWY-TT (MenQuadfi)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Para MenACWY-CRM1 únicamente: reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico o CRM1/197 Para MenACWY-TT únicamente: reacción alérgica grave a una vacuna con toxoide tetánico 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Para MenB-4C (Bexserol) MenB-FHbp (Trumenbaj) Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica B (MenB) MenB-4C (Bexserol) MenB-FHbp (Trumenbaj)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave a una vacuna con toxoide tetánico 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Para MenB-4C únicamente: sensibilidad al látex Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica ABCWY (MenACWY-TT) MenB-FHbp (Pfenbryal)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Mpox (Jynneos)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Polisacárido neumocócico (PPSV23)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra el poliovirus, inactivada (Poliovirus vaccine, inactivated, IPV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Anticipo po monoclonal contra el VRS (RSV-mAb)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra el virus respiratorio sincitial (VRS)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Rotavirus (RV)RV1 (Rotarix)RV5 (Rotariv)RV5 (Rotariv)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Imunodeficiencia combinada grave (Severe combined immunodeficiency, SCID) Antecedentes de intususcepción 	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la inmunocompetencia que no es SCID Enfermedad gastrointestinal crónica Solo RV1: espiña bífida o extrofia de la vejiga Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Tétanos, difteria y tos ferina (Tetanus, diphtheria, and pertussis, Tdap)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Solo para Tdap: encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los 7 días de la administración de la dosis previa de DTaP, DTaP o Tdap 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a la dosis anterior de la vacuna contra el toxoide tetánico Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de la vacuna con toxoide diftérico o con toxoide tetánico; aplazar la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna con toxoide tetánico Solo para Tdap: trastorno neurológico progresivo o inestable, convulsiones no controladas o encefalopatía progresiva hasta que se haya establecido un régimen de tratamiento y la reacción se haya estabilizado Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Varicela (VAR)Sarampión, paperas, rubéola y varicela (Measles, mumps, rubella, and varicella, MMRV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Imunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH que están gravemente inmunocomprometidos) Embarazo Antecedentes familiares de inmunocompetencia alterada, a menos que se verifique clínicamente o mediante análisis de laboratorio como inmunocompetente. Solo para MMRV: infección por VIH de cualquier gravedad¹ y niños menores de 4 años 	<ul style="list-style-type: none"> Recepción reciente (≤11 meses) de hemoderivado con anticuerpos: (el intervalo específico depende del producto) Recepción de medicamentos antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) 24 horas antes de la vacunación (evite el uso de estos medicamentos antivirales durante 14 días después de la vacunación) Uso de aspirina o productos que contengan aspirina Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre Si utiliza MMRV, consulte MMR/MMRV para conocer las precauciones adicionales

1. Cuando hay una contraindicación, NO se debe administrar una vacuna. Kogler A, Bahita L, Hunter P. Pautas generales de mejores prácticas de vacunación (General Best Practice Guidelines for Immunization) de ACP. www.accp.org/sections/hcp/acp-res/geneal-rcs/contraindications.html.

2. Cuando hay una precaución presente, la vacunación generalmente debe posponerse, pero podría indicarse si el beneficio de la protección de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. Kogler A, Bahita L, Hunter P. Pautas generales de mejores prácticas de vacunación (General Best Practice Guidelines for Immunization) de ACP. www.accp.org/sections/hcp/acp-res/geneal-rcs/contraindications.html.

3. Los proveedores de vacunas deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, las advertencias y las precauciones. Los prospectos de los envases de las vacunas con licencia de los EE. UU. están disponibles en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-products/vaccines-fda-use-united-states.

4. Para obtener información sobre el registro de exposición durante el embarazo para personas que fueron vacunadas inadecuadamente con PreHevrio durante el embarazo, visite www.prehevrio.com/safety.

5. Información de prescripción completa para BEVFORTUS (Insvimab-alf) www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/7613285s0001b.pdf.

Además de las recomendaciones presentadas en las secciones anteriores de este cronograma de vacunación, el ACIP ha aprobado las siguientes recomendaciones por mayoría de votos desde el 24 de octubre de 2024.

Vacunas	Recomendaciones	Fecha de entrada en vigencia de la recomendación*
Meningocócica (MenACWYCRM/ MenB-4C, Penmeny)	La vacuna MenABCWY se puede usar cuando tanto MenACWY como MenB se indican en la misma visita en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas sanas de 16 a 23 años (cronograma de rutina) cuando la toma de decisiones clínicas compartidas favorece la administración de la vacuna MenB y 2. Personas de ≥ 10 años que tienen un mayor riesgo de enfermedad meningocócica (p. ej., debido a deficiencias persistentes del complemento, uso de inhibidores del complemento o asplenia funcional o anatómica) 	25 de junio de 2025
Influenza	El ACIP reafirma las recomendaciones para la vacunación anual de rutina contra la influenza de todas las personas ≥ 6 meses que no tienen contraindicaciones para la temporada 2025–2026	22 de julio de 2025
Influenza	El ACIP recomienda solo formulaciones de dosis única de vacunas anuales contra la influenza que estén libres de timerosal como conservante para tres poblaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Niños de 18 años o menores - Embarazadas - Todos los adultos 	22 de julio de 2025
Anticuerpo monoclonal contra el RSV (Clesrovimab)	El ACIP recomienda que los bebés de < 8 meses nacidos durante la primera temporada de RSV o que ingresan en esta, que no están protegidos por la vacunación materna, reciban una dosis de clesrovimab.	4 de agosto de 2025

Nota: al 29 de mayo de 2025, el cronograma incorpora la directiva del HHS con respecto a las recomendaciones de vacunas contra la COVID-19. (Se realizaron cambios en las tablas y notas de las vacunas contra la COVID-19 en mujeres embarazadas y niños/adolescentes de 6 meses a 17 años que no están moderada o gravemente inmunocomprometidos).

*La fecha de entrada en vigencia es la fecha en que se adoptó la recomendación y se oficializó.

Definiciones legales

Afección médica de emergencia: aparición repentina de una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que una persona común y corriente, con conocimientos promedio de salud y medicina, pueda razonablemente prever que la falta de atención médica inmediata podría resultar en:

- un grave peligro para la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer);
- un grave daño a funciones corporales o causar una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.

Atención a largo plazo: atención personal y médica en una residencia de cuidados especializados, centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF-IID) o programa de exención de servicios en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) que paga TennCare, incluidos CHOICES y Employment and Community First CHOICES. Las personas con TennCare deben ser elegibles para recibir el reembolso de TennCare por atención a largo plazo.

Médicamente necesario: para ser médicamente necesario, un artículo o servicio médico debe cumplir con cada uno de los siguientes criterios:

- Debe ser recomendado por un médico autorizado que esté tratando al afiliado u otro proveedor de atención de la salud autorizado que ejerza dentro del alcance de su licencia que esté tratando al afiliado; debe ser necesario para diagnosticar o tratar la afección médica de un afiliado.
- Debe ser seguro y eficaz.
- No debe ser un servicio experimental ni en investigación.
- Debe ser el curso alternativo menos costoso de diagnóstico o tratamiento que sea adecuado para la afección médica del afiliado.

Cuando se aplica a la atención de un paciente hospitalizado, también significa que la afección médica del afiliado requiere que los servicios no se puedan proporcionar de manera segura al afiliado como paciente ambulatorio.

Cuando se aplican a afiliados menores de 21 años, los servicios se proporcionarán para cumplir con los requisitos de 42 CFR Parte 441, Subparte B, y OBRA de 1989.

Apelación: Cuando su plan de salud TennCare diga que usted no es elegible para un servicio, recibirá una carta que indica por qué. La carta que recibe se denomina "Aviso de determinación adversa de beneficios". Si cree que su plan de salud de TennCare cometió un error y cree que *es elegible* para el servicio, puede presentar una apelación ante TennCare. La carta le dirá cómo hacerlo. Una "apelación" es una solicitud para que TennCare le brinde una audiencia imparcial. En su audiencia imparcial, un juez decidirá si su plan de salud TennCare cometió un error.

Copagos: Un cargo o tarifa que vence cuando se proporciona un servicio cubierto.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Equipo médico indicado por un médico para ayudar con una discapacidad, enfermedad o lesión. Por ejemplo, el equipo de oxígeno, las sillas de ruedas o las muletas son tipos de DME.

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

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Cuidado ambulatorio en el hospital: Cuidado de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Cuidado de emergencia: Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para impedir que la afección empeore.

Servicios excluidos: Servicios que su plan de salud de TennCare no paga ni cubre.

Reclamo: Una queja que presenta a su plan de salud de TennCare que no sea una determinación adversa de beneficios.

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

Seguro médico: Un contrato que requiere que una aseguradora de salud pague parte o la totalidad de su atención de la salud a cambio de que usted (o su empleador) pague un monto acordado cada mes o cada año. El monto que paga se denomina "prima". Medicare, TennCare, TRICARE y COBRA también se consideran "seguros médicos".

Atención médica a domicilio: Servicios de atención médica que una persona recibe en su domicilio por parte de enfermeros o auxiliares de atención domiciliaria.

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

Hospitalización: atención en un hospital que requiere que el paciente quede internado y, por lo general, requiere que permanezca durante la noche.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere que el paciente permanezca durante la noche.

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

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

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

Proveedor participante: Un proveedor de atención de la salud de la red de su plan de salud TennCare. También llamados proveedores dentro de la red.

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

Plan: Su administrador de beneficios de farmacia de TennCare, su administrador de beneficios dentales o su organización de atención de la salud gestionada.

Preautorización: Una decisión de su plan de salud TennCare de que un servicio o medicamento recetado es médicamente necesario para usted. Algunas veces se denomina autorización anterior, aprobación previa o precertificación. Su plan de salud de TennCare puede requerir una preautorización antes de que pueda recibir ciertos servicios, suministros o medicamentos, excepto en casos de emergencia.

Prima: El monto que debe pagar por su plan o seguro médico.

Cobertura de farmacia para medicamentos recetados: Un plan de salud que ayuda a pagar medicamentos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: Fármacos y medicamentos que la ley exige que se vendan con receta.

Médico de atención primaria o médico de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP): Su médico de atención primaria es el médico u otro profesional de atención de la salud al que acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

También puede que hable con otros médicos y profesionales de la salud sobre su atención médica y, posteriormente, le remita a ellos. Por lo general, debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con cualquier otro profesional de la salud.

Proveedor: Todo médico, hospital, organismo u otra persona que tenga una licencia o aprobación para prestar servicios de atención de la salud. Un proveedor también puede ser una clínica, farmacia o centro.

Servicios de rehabilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patologías del habla y servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Atención de enfermería especializada: Ciertos servicios especializados que solo pueden ser realizados por personal de enfermería con licencia en su hogar o en una residencia de cuidados especializados.

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

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

Tablas de beneficios de CHOICES

Servicios de asistencia al cuidador de CHOICES

Servicios de asistencia al cuidador de CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Centro de cuidado para adultos	Un lugar que brinda atención y actividades supervisadas durante el día.		✓	✓	2,080 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Atención de relevo en el hogar	Alguien que permanezca con usted en su hogar durante un período breve para que su cuidador pueda tomarse un descanso. (Solo para familiares u otros cuidadores regulares que no reciben un pago por brindarle apoyo).		✓	✓	216 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Atención de relevo para pacientes hospitalizados	Una breve estadía en una residencia de cuidados especializados o centro de vida de atención asistida para que su cuidador pueda tomarse un descanso. (Solo para familiares u otros cuidadores regulares que no reciben un pago por brindarle apoyo).		✓	✓	9 días por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)

Apoyos para la vida comunitaria

Apoyos para la vida comunitaria

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Apoyos para la vida comunitaria	Una casa o apartamento compartido donde vive usted y no más de 3 personas más. El nivel de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otras ayudas necesarias para permanecer en la comunidad.		✓	✓	
Modelo familiar	Apoyo con actividades de la vida diaria y otras tareas que le ayudan a vivir en la comunidad y participar en la vida comunitaria. Por lo general, en un hogar pequeño y compartido o con una familia (pero no la suya) que le proporcionará el apoyo que necesita. Debe pagar por su habitación y la pensión.		✓	✓	

Alternativas residenciales basadas en la comunidad de CHOICES

Alternativas residenciales basadas en la comunidad de CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Centro de atención de vida asistida	Un lugar donde vive que le brinda asistencia con sus necesidades de cuidado personal, servicios de mantenimiento del hogar y la administración de sus medicamentos. Debe pagar por su habitación y la pensión.		✓	✓	
Centro de cuidados críticos para adultos	Un hogar donde usted y no más de otras 4 personas viven con un profesional de la salud que se encarga de las necesidades especiales de salud y de cuidados a largo plazo. Según la ley estatal, este servicio solo está disponible para personas que dependen de un respirador artificial o que han sufrido una lesión cerebral traumática. Debe pagar por su habitación y la pensión.		✓		Limitado a adultos que dependen de un respirador o que tienen una lesión cerebral traumática.
Atención de compañía	Se trata de una persona que contrata y que vive con usted en su casa para ayudarlo con el cuidado personal o las tareas del hogar cuando lo necesite.		✓		Disponibles solo para miembros del Grupo 2 en dirección al consumidor que necesitan atención durante todo el día y la noche que no puede ser proporcionada por cuidadores no remunerados. Y solo cuando cuesta menos que otros tipos de atención domiciliar que se adaptarían a sus necesidades.

Servicios prácticos de CHOICES

Servicios prácticos de CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Visitas de cuidado personal	Alguien lo ayudará con las necesidades de cuidado personal y ayuda en el hogar, en el trabajo o en la comunidad. Si necesita atención personal, también puede obtener ayuda con las tareas domésticas y los mandados, pero solo para usted (no para otros miembros de la familia).		✓	✓	Se permiten visitas de hasta 2,580 horas por año calendario.

Servicios adicionales de CHOICES

Servicios adicionales de CHOICES

Servicios	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Tecnología de asistencia	Algunos artículos o dispositivos de bajo costo que le ayudan a hacer las cosas más fácil o de forma más segura en su hogar, como por ejemplo, pinzas para alcanzar objetos.		✓	✓	Hasta \$900 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Modificaciones menores del hogar	Cambios en su hogar que lo ayudarán a desplazarse de manera más fácil y segura, como barras de seguridad o una rampa para silla de ruedas.		✓	✓	\$6,000 por proyecto; \$10,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año); y \$20,000 de por vida (no se cuenta como parte del límite general de servicios para miembros de CHOICES 3).
Sistema de respuesta para emergencias personales	Un botón de llamada que puede usar para obtener ayuda en caso de emergencia.		✓	✓	
Control de plagas	Rociar su hogar para cuidarla de una infestación, como insectos o ratones.		✓	✓	9 visitas por año calendario (Del 1 de enero hasta el 31 de diciembre cada año)
Servicio de comidas a domicilio	Comidas nutritivas que se pueden entregar frescas todos los días o congeladas a granel.		✓	✓	1 comida al día

Servicios	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Tecnología instrumental	Diversas formas de dispositivos y tecnologías para apoyar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de soporte remoto y otros dispositivos inteligentes.		✓	✓	Hasta \$5,000 por año calendario y está disponible hasta el 31 de marzo de 2025.

Atención en una residencia de cuidados especiales de CHOICES

Atención en una residencia de cuidados especiales de Choices

Servicios	Cómo puede ayudarlo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Atención en una residencia de cuidados especiales	Un asilo de ancianos es un lugar que proporciona una habitación, comidas y ayuda con las actividades de la vida diaria. La mayoría de las personas en una residencia de cuidados especiales tienen problemas de salud física y/o mental que les impiden vivir solas.	✓	✓ Solo a corto plazo	✓ Solo a corto plazo	Para los miembros de los Grupos 2 y 3, limitado a no más de 90 días, pero solo si la persona recibe atención domiciliaria primero, reúne los requisitos para recibir atención en una residencia de cuidados especiales y espera solo una estadía breve.

Apoyos laborales: apoyos laborales individuales

Apoyos laborales: empleo individual

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Exploración: empleo integrado individualizado	Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría ser realmente bueno visitando lugares de trabajo que se adapten a sus habilidades e intereses. También lo ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el trabajo.	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado ni obtiene otro apoyo laboral y no ha decidido si desea trabajar

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Exploración: trabajo por cuenta propia	Le ayuda a decidir si desea iniciar su propio negocio y el tipo de negocio que sería adecuado para usted. También lo ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder preguntas sobre el trabajo.	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios)
Descubrimiento	Alguien que lo ayude a identificar los tipos de trabajo que desea hacer, las habilidades y fortalezas que aportará a su trabajo y lo que necesita para tener éxito. Esta información se puede utilizar para ayudarlo a redactar un plan para obtener un trabajo o iniciar su propio negocio.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o recibe otro apoyo laboral y tiene como objetivo obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Observación y evaluación situacional	Una oportunidad de probar ciertos trabajos para ver cómo son y qué debe hacer para prepararse para esos trabajos.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o recibe otro apoyo laboral y tiene como objetivo obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Plan de desarrollo laboral o plan de trabajo por cuenta propia	Alguien que le ayude a redactar un plan para conseguir un trabajo (o comenzar su propio negocio).	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o recibe otro apoyo laboral y tiene como objetivo obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Inicio del desarrollo laboral o inicio del empleo por cuenta propia.	Alguien que lo ayude a llevar a cabo su plan para obtener un trabajo (o comenzar su propio negocio).	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado o recibe otro apoyo laboral y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 9 meses.

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Orientación laboral	Contar con un asesor de trabajo para que le brinde apoyo cuando comience su trabajo hasta que pueda hacerlo usted mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.	✓	✓	Máximo 40 horas por semana; 50 si trabaja al menos 30 horas en un empleo integrado individual.
Orientación laboral para el trabajo por cuenta propia	Un asesor de trabajo que lo apoyará cuando comience su negocio hasta que pueda administrar el negocio por su cuenta.	✓	✓	Máximo 40 horas semanales; 50 si se trabaja al menos 30 horas en régimen de autoempleo integrado individual.
Apoyos de compañeros de trabajo	Pagarle a un compañero de trabajo para que lo ayude en su trabajo en lugar de un asesor de trabajo.	✓	✓	Máximo 40 horas por semana; 50 si trabaja al menos 30 horas en un empleo integrado individual.
Avance profesional	Servicios para ayudarlo a obtener un mejor trabajo, ganando más dinero.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años para obtener una promoción o un segundo trabajo.
Asesoría en beneficios	Alguien que lo ayude a comprender cómo el dinero que gane al trabajar afectará otros beneficios que reciba, incluidos el Seguro Social y TennCare.	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Solo si no puede obtener 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 nuevo trabajo, promoción o trabajo por cuenta propia • Hasta 8 horas adicionales 4 veces al año para ayudarlo a seguir siendo empleado o trabajador independiente

Apoyos laborales: capacitación prevocacional

Capacitación prevocacional

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Servicios de la ruta de empleo integrada	Capacitaciones limitadas en el tiempo para prepararse para trabajar en la comunidad	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 12 meses; puede obtener hasta 12 meses más si trabaja activamente para conseguir trabajo • Hasta 30 horas por semana

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Transporte comunitario	Le brinda ayuda para llegar al trabajo o a otros lugares de la comunidad cuando no hay transporte público disponible y no tiene otra forma de llegar.	✓	✓	<p>Hasta \$225 por mes si obtiene este servicio a través de la Dirección del consumidor.</p> <p>Si recibe este servicio de un proveedor y no recibe otro servicio inmediatamente antes o después:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No más de 2 viajes de ida por día • No más de 12 viajes de ida por semana para el trabajo • No más de 6 viajes de ida por semana para hacer cosas integradas en la comunidad (además del trabajo) • No más de 12 viajes de ida por semana combinados

Tabla de beneficios de Employment and Community First CHOICES

Grupos de beneficios:

Grupo 4: Apoyo familiar esencial

Grupo 5: Apoyos esenciales para el empleo y la vida independiente

Grupo 6: Apoyos integrales para el empleo y la vida comunitaria

Grupo 7: Tratamiento, estabilización y apoyo intensivo conductual centrado en la familia

Grupo 8: Servicios conductuales intensivos de transición y estabilización en la comunidad

Apoyos laborales de ECF CHOICES

Apoyos laborales individuales

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Exploración: empleo integrado individualizado	Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría ser realmente bueno visitando lugares de trabajo que se adapten a sus habilidades e intereses. También lo ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado o no recibe otro apoyo laboral y no ha decidido si desea trabajar.
Exploración: trabajo por cuenta propia	Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría ser realmente bueno visitando lugares de trabajo que se adapten a sus habilidades e intereses. También lo ayuda a usted (y a su familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado o no recibe otro apoyo laboral y no ha decidido si desea trabajar.

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Descubrimiento	Alguien que lo ayude a identificar los tipos de trabajo que desea hacer, las habilidades y fortalezas que aportará a su trabajo y lo que necesita para tener éxito. Esta información se puede utilizar para ayudarlo a redactar un plan para obtener un trabajo o iniciar su propio negocio.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o no recibe otro apoyo laboral y tiene como objetivo obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Observación y evaluación situacional	Una oportunidad de probar ciertos trabajos para ver cómo son y qué debe hacer para prepararse para esos trabajos.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o no recibe otro apoyo laboral y tiene como objetivo obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Plan de desarrollo laboral o plan de trabajo por cuenta propia	Alguien que le ayude a redactar un plan para conseguir un trabajo (o comenzar su propio negocio).	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o no recibe otro apoyo laboral y tiene como objetivo obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Inicio del desarrollo laboral o inicio del empleo por cuenta propia.	Alguien que lo ayude a llevar a cabo su plan para obtener un trabajo (o comenzar su propio negocio).	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado o no recibe otro apoyo laboral y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 9 meses.
Orientación laboral	Contar con un asesor de trabajo para que le brinde apoyo cuando comience su trabajo hasta que pueda hacerlo usted mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 40 horas por semana de asesoramiento laboral o apoyo de compañeros de trabajo, servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente Y el horario de trabajo combinado SI trabaja en la comunidad o trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario. Hasta 50 horas por semana de estos servicios y el horario de trabajo combinado SI trabaja en la comunidad o si trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario al menos 30 horas por semana.

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Orientación laboral para el trabajo por cuenta propia	Un asesor de trabajo que lo apoyará cuando comience su negocio hasta que pueda administrar el negocio por su cuenta.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 40 horas por semana de asesoramiento laboral o apoyo de compañeros de trabajo, servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente Y el horario de trabajo combinado SI trabaja en la comunidad o trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario. • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y el horario de trabajo combinado SI trabaja en la comunidad o si trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario al menos 30 horas por semana.
Apoyos de compañeros de trabajo	Pagarle a un compañero de trabajo para que lo ayude en su trabajo en lugar de un asesor de trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 40 horas por semana de asesoramiento laboral o apoyo de compañeros de trabajo, servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente Y el horario de trabajo combinado SI trabaja en la comunidad o trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario. • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y el horario de trabajo combinado SI trabaja en la comunidad o si trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario al menos 30 horas por semana.
Avance profesional	Servicios para ayudarlo a obtener un mejor trabajo, ganando más dinero.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años para obtener una promoción o un segundo trabajo.

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Asesoría en beneficios	Alguien que lo ayude a comprender cómo el dinero que gane al trabajar afectará otros beneficios que reciba, incluidos el Seguro Social y TennCare.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Solo si no puede obtener 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 nuevo trabajo, promoción o trabajo por cuenta propia. Hasta 8 horas adicionales 4 veces al año para ayudarlo a seguir siendo empleado o trabajador por cuenta propia.

Apoyos laborales para grupos pequeños

Apoyos laborales para grupos pequeños

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Empleo con apoyo: grupos pequeños	Apoyo para que usted y 1 o 2 personas más trabajen juntos en un grupo pequeño. Le ayuda a prepararse para un trabajo en el que puede trabajar solo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta 30 horas por semana de empleo con apoyo: grupos pequeños, servicios de apoyo de integración comunitaria y capacitación en habilidades de vida independiente combinados.

Capacitación prevocacional

Capacitación prevocacional

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Servicios de la ruta de empleo integrada	Capacitaciones limitadas en el tiempo para prepararse para trabajar en la comunidad	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 12 meses; puede obtener hasta 12 meses más si trabaja activamente para conseguir trabajo Hasta 30 horas por semana de servicios de la vía de empleo integrada o servicios de apoyo para el empleo en grupos pequeños, servicios de apoyo de integración comunitaria y capacitación en habilidades de vida independiente combinados.

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Servicios de apoyo de integración comunitaria.	Lo ayuda a hacer cosas en la comunidad que desea hacer. Tome una clase, únase a un club, sea voluntario, manténgase saludable, haga algo divertido, establezca relaciones y alcance sus objetivos.	Grupos 4, 5, 6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura como servicio separado si recibe apoyos para la vida comunitaria (es parte de ese beneficio). • Si <u>no</u> trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 20 horas por semana de servicios de apoyo de integración comunitaria y capacitación en habilidades de vida independiente combinados <i>después</i> de iniciar un proceso de elección informada de empleo. • Si trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 30 horas por semana de servicios de apoyo para la integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente y apoyos de empleo individual o grupal pequeño combinados • Si está trabajando (en un trabajo individual, no en un grupo, en la comunidad) o es un trabajador por cuenta propia: Hasta 40 horas por semana de servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente, asesoramiento laboral, apoyo de compañeros de trabajo y las horas que trabaja combinadas. <p>Si trabaja como empleado o por cuenta propia en la comunidad al menos 30 horas a la semana: Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas</p>

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Capacitación en habilidades de vida independiente	Le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de manera más independiente. Estas habilidades pueden ayudarlo a cuidarse a usted mismo, a su hogar o a su dinero.	Grupos 4, 5, 6 y 7	<ul style="list-style-type: none"> • Sin cobertura como servicio separado si recibe apoyos para la vida comunitaria (es parte de ese beneficio). • Si <u>no</u> trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 20 horas por semana de servicios de apoyo de integración comunitaria y capacitación en habilidades de vida independiente combinados <i>después</i> de iniciar un proceso de elección informada de empleo. • Si trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: Hasta 30 horas por semana de servicios de apoyo para la integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente y apoyos de empleo individual o grupal pequeño combinados • Si está trabajando (en un trabajo individual, no en un grupo, en la comunidad) o es un trabajador por cuenta propia: Hasta 40 horas por semana de servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente, asesoramiento laboral, apoyo de compañeros de trabajo y las horas que trabaja combinadas. <p>Si trabaja como empleado o por cuenta propia en la comunidad al menos 30 horas a la semana: Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas</p>

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Transporte comunitario	Le brinda ayuda para llegar al trabajo o a otros lugares de la comunidad cuando no hay transporte público disponible y no tiene otra forma de llegar.	Grupos 4, 5, 6 y 7	<p>Hasta \$225 por mes si obtiene este servicio a través de la Dirección del consumidor.</p> <p>Si recibe este servicio de un proveedor y no recibe otro servicio inmediatamente antes o después:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No más de 2 viajes de ida por día • No más de 12 viajes de ida por semana para el trabajo • No más de 6 viajes de ida por semana para hacer cosas integradas en la comunidad (además del trabajo) <p>No más de 12 viajes de ida por semana combinados</p>
Asistencia personal	<p>Alguien que le ayude con sus necesidades de cuidado personal o con las actividades de la vida diaria en su hogar, en el trabajo o en la comunidad.</p> <p>Incluye ayuda con sus tareas domésticas o mandados. Pueden ayudarlo a hacer cosas como levantarse de la cama, bañarse y vestirse para que esté listo para ir a trabajar o salir a la calle. También pueden ayudarlo con las tareas del hogar (pero no a otras personas con las que vive). Esto incluye cosas como su limpieza y lavado de ropa, ayuda para arreglar y comer sus comidas y hacer sus mandados. Además, pueden brindarte apoyo en la comunidad para que pueda hacer las cosas que desea. También incluye ayuda para capacitar a alguien que conoce para que le brinde este tipo de apoyo.</p>	Grupos 5 y 6	Hasta 215 horas por mes

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Tecnología de asistencia, equipos adaptables y suministros	Ciertos artículos que le ayudan a hacer las cosas de manera más independiente en su hogar o comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre cómo usarlas.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta \$5,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Tecnología instrumental	Equipos o dispositivos que apoyan una mayor independencia en su hogar, comunidad o lugar de trabajo	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta \$5,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Modificaciones menores en el hogar	Ciertos cambios en su hogar que lo ayudarán a desplazarse de manera más fácil y segura en su hogar, como barras de seguridad o una rampa para silla de ruedas.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año calendario; y \$20,000 de por vida.
Apoyos para la vida comunitaria y apoyos para la vida comunitaria: modelo familiar	Apoyo con actividades de la vida diaria y otras tareas que le ayudan a vivir en la comunidad y participar en la vida comunitaria. Por lo general, en un hogar pequeño y compartido o con una familia (pero no la suya) que le proporcionará el apoyo que necesita. Debe pagar por su habitación y la pensión.	Grupos 5 y 6	

Apoyos para el cuidado de la familia

Apoyos para el cuidado de la familia

Servicios	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Atención de relevo	Alguien que le brinde apoyo durante un breve período para que su cuidador pueda tomarse un descanso. (Solo para familiares u otros cuidadores regulares que no reciben un pago por brindarle apoyo).	Grupos 4, 5 y 6	Hasta 30 días por año calendario o 216 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año). Debe elegir uno. En la dirección al consumidor, solo puede obtener apoyo por hora.

Servicios	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Atención domiciliar de apoyo	Esto es similar a la asistencia personal, pero para personas que viven en casa con su familia. Alguien que le ayude con las necesidades de cuidado personal o las actividades de la vida diaria con las que su familia no puede ayudarlo. Esta ayuda podría prestarse en su casa, en el trabajo o en la comunidad. Incluye ayuda con las tareas del hogar (pero no de toda la familia) o con los mandados. Pueden ayudarlo a hacer cosas como levantarse de la cama, bañarse y vestirse para que esté listo para ir a trabajar o salir a la calle. Ellos pueden ayudarlo con la limpieza y el lavado de la ropa; a arreglar y comer sus comidas. También pueden apoyarlo en la comunidad para que haga las cosas que desea hacer.	Grupo 4	
Estipendio para cuidador familiar (en lugar de atención domiciliar de apoyo)	Un pago mensual a su cuidador principal si lo ayuda con sus necesidades de cuidado personal y actividades de la vida diaria (en lugar de atención domiciliar de apoyo). Este pago ayuda a compensar los salarios perdidos o paga las cosas que necesita que no están cubiertas en ECF CHOICES. (Pero <u>debe</u> obtener los servicios que necesita para trabajar y formar parte de su comunidad).	Grupo 4	<ul style="list-style-type: none"> • Solo si recibe los servicios que necesita para trabajar y formar parte de la comunidad • Hasta \$500 por mes para niños de hasta 18 años • Hasta \$1,000 por mes para mayores de 18 años

Apoyos de autodefensa

Apoyos de autodefensa

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Educación y capacitación individual	Ayuda para pagar talleres y capacitación que le ayudarán a aprender a defenderse y dirigir su planificación y apoyo.	Grupos 5, 6 y 8	Hasta \$500 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Apoyo y orientación entre pares para la planificación centrada en la persona, la autodirección, el empleo integrado/trabajo por cuenta propia y la vida independiente.	Orientación y apoyo de otra persona con discapacidades que tiene experiencia y capacitación para responder sus preguntas y ayudarlo a: <ul style="list-style-type: none"> • A dirigir su plan de apoyo. • Dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal) • A pensar y probar opciones de empleo o vida comunitaria. 	Grupos 5, 6 y 8	Hasta \$1,500 de por vida
Apoyos para la toma de decisiones	Ayuda para comprender las opciones para proteger los derechos y la libertad de los adultos con discapacidades, al mismo tiempo que proporciona el apoyo que necesitan para tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar los honorarios legales de estas opciones, pero debe obtener primero el servicio de asesoramiento.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$500 de por vida • Debe obtener primero el servicio de asesoramiento

Apoyos de empoderamiento familiar

Apoyos de empoderamiento familiar

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Desarrollo, organización y navegación de apoyo comunitario	Lo ayuda a usted y a otras personas con discapacidades y a sus familias: <ul style="list-style-type: none"> • Conéctese y ayúdese mutuamente. • Encuentre y use recursos en su comunidad. 	Grupos 4 y 7	
Educación y capacitación del cuidador familiar	Ayuda para pagar talleres y capacitación que ayudarán a los cuidadores familiares a comprender, apoyar y defenderlo, y a defenderse.	Grupos 4 y 7	Hasta \$500 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Apoyo de familia a familia	Orientación y apoyo de otro padre de una persona con discapacidades que tiene experiencia y capacitación.	Grupos 4 y 7	
Asesoramiento sobre seguros de salud/Asesoramiento para completar formularios	Capacitación y apoyo para ayudarlo a comprender y usar sus beneficios de seguro (incluidos TennCare, Medicare y seguros privados).	Grupos 4 y 7	Hasta 15 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)

Servicios dentales

Servicios dentales de ECF CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Servicios dentales para adultos	Atención dental para adultos mayores de 21 años, incluidos servicios como exámenes dentales, limpiezas, empastes, coronas, tratamientos de conducto y dentaduras postizas. (Los menores de 21 años ya reciben atención dental a través de TennCare).	Grupos 4, 5, 6 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$5,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año) No más de \$7,500 por tres años calendario consecutivos

Apoyos terapéuticos

Apoyos terapéuticos

Servicios	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Consulta y capacitación especializada	<p>Ayuda de un profesional para evaluar, planificar y enseñar a los demás a brindarle apoyo, incluido el personal remunerado y los cuidadores no remunerados. Los tipos de ayuda y capacitación profesional incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios conductuales Terapia del habla Terapia ocupacional Fisioterapia Nutrición Orientación y movilidad Enfermería 	Grupos 5, 6 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$5,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año) Hasta \$10,000 si su evaluación muestra que tiene necesidades médicas o de salud conductual excepcionales

Apoyos conductuales intensivos

Apoyos conductuales intensivos

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Grupos cubiertos	Límites
Tratamiento intensivo conductual para la familia, estabilización y apoyo (Intensive Behavioral Family Centered Treatment, Stabilization and Supports, IBFCTSS)	Combina el tratamiento de salud mental y otros apoyos en el hogar de manera centrada en la familia. Proporcionados solo para una cantidad limitada de niños que viven con su familia y tienen necesidades especiales de apoyo conductual. Estos servicios capacitarán y brindarán apoyo a su familia para que puedan apoyarle y así puedan seguir viviendo juntos de forma segura.	Grupo 7	
Servicios intensivos de transición y estabilización conductual en la comunidad (Intensive Behavioral Community Transition and Stabilization Services, IBCTSS)	Combina servicios residenciales a corto plazo las 24 horas del día, los 7 días de la semana con tratamiento de salud mental y apoyo para una cantidad limitada de adultos con necesidades graves de apoyo conductual. Los servicios le ayudarán a hacer la transición de manera segura a la comunidad.	Grupo 8	

Tabla de beneficios de Katie Beckett

Tabla de beneficios de Katie Beckett

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continua de la Parte C	Límites
Beneficios de Medicaid para niños, incluidos los servicios de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento	Toda la atención de salud física y conductual que Medicaid debe cubrir para niños, incluidas las consultas médicas, la atención en un hospital, las terapias, los servicios de enfermería, la atención de la salud a domicilio, los equipos y suministros médicos y los servicios dentales, oftalmológicos y de farmacia.	✓		✓	
Asistencia con los pagos de las primas	Ayuda para pagar el costo del niño solo del seguro médico privado	✓ Solo para dificultades	✓		
Reembolso automatizado de atención de la salud y gastos relacionados	Una tarjeta de débito para pagar cosas que el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) dice que son gastos médicos, como copagos de médicos, hospitales y farmacias.		✓		
Apoyo terapéutico personalizado Reembolso	Recibir un reembolso por la atención aprobada que su hijo necesita por su discapacidad (aunque el IRS no la contaría como un gasto médico)		✓		

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continua de la Parte C	Límites
Atención de relevo	<p>Alguien que cuide de su hijo durante un breve período de tiempo para que usted pueda descansar. (Solo para familiares u otros cuidadores habituales que no reciben remuneración por cuidar a su hijo).</p> <p>Puede contratar a los cuidadores de relevo de su hijo, lo que se denomina Dirección del consumidor. O bien, puede elegir una agencia proveedora para que le brinde relevo para su hijo en su hogar.</p>	✓	✓		<p>Hasta 30 días por año calendario o 216 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).</p> <p>Debe elegir uno.</p> <p>Solo puede obtener relevo por hora según la Dirección del consumidor.</p>
Atención domiciliaria de apoyo	<p>Alguien que ayude con las necesidades de cuidado personal o las actividades de la vida diaria de su hijo en su hogar o en la comunidad (pero no en la escuela).</p> <p>Puede contratar a los cuidadores de su hijo, lo que se denomina Dirección del consumidor. O bien, puede elegir una agencia proveedora para que le brinde atención para su hijo en su hogar.</p>	✓	✓		

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continua de la Parte C	Límites
Tecnología de asistencia, equipos adaptables y suministros	Ciertos artículos que ayudan a su hijo a hacer las cosas de manera más independiente en su hogar o comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre cómo usarlas.	✓	✓		Hasta \$5,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Modificaciones menores en el hogar	Ciertos cambios en su hogar que ayudarán a su hijo a desplazarse de manera más fácil y segura en su hogar, como barras de seguridad o una rampa para silla de ruedas.	✓	✓		Hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año calendario; y \$20,000 de por vida.
Modificaciones de vehículos	Ciertos cambios en su vehículo que le ayudarán a transportar a su hijo de manera más fácil y segura.	✓	✓		Hasta \$10,000 por año calendario y \$20,000 de por vida.
Servicios de apoyo de integración comunitaria.	Ayuda a su hijo a hacer cosas en la comunidad que su hijo desea hacer. Tomar una clase, unirse a un club, ser voluntario, mantenerse saludable, hacer algo divertido, establecer relaciones y alcanzar los objetivos de su hijo.	✓	✓		Hasta 20 horas por semana

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continua de la Parte C	Límites
Transporte comunitario	<p>Ayuda a su hijo a llegar a lugares de la comunidad si usted u otra persona no pueden llevarlo. En la Dirección del consumidor, esto se puede utilizar para reembolsar a alguien el combustible, la tarifa del autobús, un servicio de taxi, etc. O bien, puede elegir un proveedor que lo ayude 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 los cubre, llamados Transporte médico que no es de emergencia).</p>	✓	✓		Hasta \$225 por mes si obtiene este servicio a través de la Dirección del consumidor
Apoyos para la toma de decisiones	<p>Ayuda a comprender las opciones para proteger los derechos y la libertad de los niños con discapacidades a medida que se convierten en adultos, al mismo tiempo que brindan el apoyo que necesitan para tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar los honorarios legales de estas opciones, pero debe obtener primero el servicio de asesoramiento.</p>	✓	✓		Hasta \$500 de por vida Debe obtener primero el servicio de asesoramiento

Servicio	Cómo puede ayudarlo	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continua de la Parte C	Límites
Educación y capacitación del cuidador familiar	Ayuda para pagar talleres y capacitación que ayudarán a los cuidadores familiares a comprender, apoyar y defender a su hijo, y a su hijo a defenderse.	✓	✓		Hasta \$500 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Apoyo de familia a familia	Orientación y apoyo de otro padre de un niño con discapacidades que tiene experiencia y capacitación	✓	✓		
Desarrollo, organización y navegación de apoyo comunitario	Ayuda a su hijo y a otras personas con discapacidades y a sus familias: - Conéctese y ayúdese mutuamente. Encuentre y use recursos en su comunidad	✓	✓		
Asesoramiento o sobre seguros de salud/Asesoramiento para completar formularios	Capacitación y apoyo para ayudarlo a comprender y usar los beneficios del seguro de su hijo (incluidos TennCare, Medicare y seguro privado)	✓	✓		Hasta 15 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)

Do you need help? We have free auxiliary aids and services, like large print, to communicate effectively with you. Call us at 1-800-468-9698 (TRS: 711) If you speak a language other than English, help in your language is available for free. We have free interpretation and translation services to help you.

Spanish: Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Arabic: العربية

ملاحظة: إذا تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل برقم: (1-866-503-0264 أو TRS/TTY: 711) 1-800-468-9698

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1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264)

Vietnamese: Tiếng Việt CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Korean: 한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) 번으로 전화해 주십시오.

French: Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-468-9698 (ATS: 711: 1-866-503-0264).

Amharic: አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በገንዘብ ለማግኘት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Gujarati: ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Laotian: ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

German: Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Tagalog: Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Hindi: हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) पर कॉल करें।

Russian: Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Japanese: 日本語 「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 電話1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (1-800-468-9698) تماس بگیرید. (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264)

El Sistema de Apoyo a Beneficiarios (BSS) ayuda a las personas que están inscritas en CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES y el programa Katie Beckett. También ayudan a las personas que desean inscribirse en estos programas. Para obtener ayuda, llame al 1-888-723-8193.

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente, o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare a HCFA.fairtreatment@tn.gov, <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>, 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, o llamar al TRS/TTY: 711: (615) 507-6474. ¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701.



¿Necesita ayuda con su atención médica, hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Si es así, llámenos gratis a:
BlueCare: **1-800-468-9698**
TennCare*Select*: **1-800-263-5479**
CoverKids: **1-888-325-8386**
(TRS: **711** solicite **888-418-0008**)



BlueCareSM
TennCare*Select*
CoverKids

1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402 | bluecare.bcbst.com

BlueCare Tennessee es un licenciario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Transporte proporcionado por Verida y atención dental prestada por Renaissance. La línea de enfermería Nurseline, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ofrece asistencia y asesoramiento de salud suministrados por Infomedia Group Inc., que opera bajo el nombre de Carenet HealthCare Services, Inc. Estas compañías son compañías independientes que no brindan productos ni servicios con la marca BlueCare Tennessee.