



manual

Guía para miembros de *TennCareSelect* | 2026



BlueCare
Tennessee

TennCareSelect

Números de teléfono GRATIS para obtener ayuda

Números de teléfono GRATIS para obtener ayuda

<p>TennCareSelect Llame para conocer más sobre su atención médica</p>	<p>800-263-5479</p>
<p>TennCareSelect CHOICES en servicios y asistencia a largo plazo Llame para solicitar CHOICES o para hablar con su coordinador de atención</p>	<p>800-263-5479</p>
<p>TennCareSelect Employment and Community First CHOICES (ECF) Llame si necesita ayuda para completar una autoderivación o para hablar con su coordinador de asistencia</p>	<p>800-263-5479</p>
<p>Línea de ayuda de enfermería</p>	<p>1-800-262-2873</p>
<p>Renaissance (Programa Dental de TennCare) Llame para consultas sobre atención dental (dientes)</p>	<p>866-864-2526</p>
<p>OptumRx (Programa de Farmacia de TennCare) Llame para consultas sobre los servicios de farmacia de TennCare</p>	<p>888-816-1680</p>
<p>TennCare Connect Llame para conocer más sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio de dirección, cantidad de integrantes de la familia, trabajo o ingresos; • embarazo y nacimiento de su bebé; • cómo completar su renovación; • apelaciones para obtener o conservar TennCare; • copagos de TennCare; • para solicitar TennCare; 	<p>855-259-0701</p>

<ul style="list-style-type: none"> programas como los cupones de alimentos o Families First (Primero las familias). 	
<p>Programa de Defensa de TennCare Llame para obtener ayuda con los servicios de salud física o con los servicios del Centro para el tratamiento residencial de la salud conductual (salud mental, alcohol y trastornos por consumo de sustancias)</p>	<p>800-758-1638 Línea TTY/TDD: 877-779-3103</p>
<p>Apelaciones médicas para miembros de TennCare Llame para presentar apelaciones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> cuando tiene problemas para acceder a la atención médica; cuando se le niega un servicio que solicitó; cuando un servicio que estaba recibiendo se termina o se reduce; cuando desea cambiar su plan de salud de la organización de atención gestionada (Managed Care Organization, MCO); cuando desea que se le reembolsen gastos que considera que TennCareSelect debería haber cubierto; cuando recibe una factura de un proveedor por un beneficio que considera que TennCareSelect debería pagar; 	<p>800-878-3192 Línea TTY/TDD: 866-771-7043</p>
<p>Línea de información y asistencia de Medicare Llame para consultas sobre Medicare</p>	<p>800-633-4227</p>
<p>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) Línea de ayuda Llame para obtener ayuda con Medicare</p>	<p>877-801-0044</p>
<p>Administración del Seguro Social Llame para consultas sobre el Seguro Social y discapacidad</p>	<p>800-772-1213</p>

<p>La Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) Llame para denunciar fraude o abuso de miembros de TennCare</p>	<p>800-433-3982</p>
<p>Oficina de Integridad del Programa TennCare Llame para denunciar fraude de proveedores de TennCare</p>	<p>833-687-9611</p>
<p>Servicios de transporte Llame para solicitar transporte a su visita de atención médica si no tiene cómo llegar</p>	<p>1-866-473-7565</p>
<p>Recursos de la comunidad Visite Tennessee Community Compass para obtener ayuda para conectarse con bancos de alimentos, servicios de vivienda y otras necesidades de la vida.</p>	<p>800-263-5479 communitycompass.tn.gov/</p>

Nombre del médico	Números de teléfono

TennCare y su plan de salud TennCareSelect

Manual para miembros 2026

¿Necesita un manual de TennCare en español? Para conseguir un manual en español, llame a **TennCareSelect** al **800-263-5479**.

Su derecho a la privacidad

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

IMPORTANTE:

Incluso si no usa los beneficios de TennCare, el estado aún paga para que usted los reciba. Si ya no necesita los beneficios de TennCare, llame a TennCare Connect gratis al **855-259-0701**.

¿Necesita ayuda?

Tenemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como letra grande, para comunicarnos de forma efectiva con usted. Llámenos al 800-263-5479 (TRS: 711). Si habla un idioma que no es inglés, hay ayuda disponible en su idioma de forma gratuita. Contamos con servicios gratuitos de interpretación y traducción para ayudarlo.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-263-5479 (TRS/TTY:866-503-0264).

Arabic: العربية

برقم اتصل. مجاناً لك متوفرة اللغوية المساعدة خدمات العربية اللغة تتكلم اذا: ملحوظة: 800-263-5479

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 800-263-5479

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 800-263-5479

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-263-5479 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-263-5479.

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-263-5479.

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-263-5479.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັຽ ຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ໑ 800-263-5479.

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-263-5479 .

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-263-5479.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।-800-263-5479 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-263-5479 .

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 800-263-5479 .

El [Sistema de Asistencia 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](#) al:

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

Sitio web: <https://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 obtener

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 gratis 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 gratis 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 considera que TennCare no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal 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 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 gratis a TennCare Connect 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>.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en línea a través del Portal:

- 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 TennCareSelect Manual para miembros 2026.....	4
Aviso de no discriminación.....	7
Protecciones	7
Ayuda que puede obtener.....	7
A quién contactar	7
Información adicional	8
Le damos la bienvenida a TennCare y a su plan de salud, <i>TennCareSelect</i>	11
Su plan de salud de TennCare.....	13
Su plan de salud de farmacia	14
Su plan de salud dental	15
Parte 1: Cómo utilizar su plan de salud TennCare	16
Su tarjeta de miembro	17
Red de proveedores de <i>TennCareSelect</i>	18
Cómo obtener ayuda lingüística gratis en sus visitas de atención médica.....	19
Cómo obtener ayuda con el transporte para sus visitas de atención médica	20
Consultas médicas.....	20
Cómo cambiar de PCP	22
Servicios de atención de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias).....	23
Especialistas.....	25
Atención hospitalaria	25
Parte 2: Servicios que paga TennCare	31
Paquete de beneficios.....	32
Atención limitada.....	53
Servicios alternativos	60
Otros servicios de TennCare.....	61
Atención preventiva: atención que lo mantiene saludable.....	66
Tennessee Health Link.....	67
Atención dental para adultos (para los dientes).....	68
Salud de la mujer y embarazo.....	68
Atención preventiva para niños (TennCare Kids: atención médica para niños y adolescentes).....	72
Atención dental para niños (para los dientes).....	73
Atención de visión para niños (para los ojos).....	74
Servicios no cubiertos	74
Parte 3: Programas de Servicios y Asistencia a Largo Plazo (LTSS) de TennCare..	77

CHOICES	78
Employment and Community First CHOICES	113
Katie Beckett.....	144
¿Qué es el abuso, negligencia y explotación?.....	159
Defensor (Ómbudsman) de la atención a largo plazo.....	161
Ómbudsman de apoyos para la vida comunitaria (CLS)	162
Sistema de asistencia para beneficiarios	162
Parte 4: Cómo funciona el Programa TennCare para usted.....	164
Lo que paga por su atención de la salud: copagos	165
Parte 5: Ayuda para problemas con su atención médica o TennCare.....	176
Tipos de problemas y lo que puede hacer	177
Parte 6: Apelaciones de TennCare	188
Apelaciones de servicios médicos	189
Apelaciones de elegibilidad: obtener o conservar TennCare y otros problemas de TennCare	195
Parte :7 Sus derechos y responsabilidades	198
Tiene derecho a:	199
Tiene la responsabilidad de:.....	201
Otros derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y TennCare <i>Select</i>	202
Aviso de prácticas de privacidad de TennCare.....	206
Su responsabilidad de informar casos de fraude y abuso	214
Parte 8: Documentos de atención de la salud que pueda necesitar	216
Solicitud de cambio de médico de atención primaria (PCP)	217
Formulario de queja por discriminación de TennCare	217
Formulario de apelación médica.....	217
Certificado del proveedor del tratamiento: <i>Apelación acelerada</i> de TennCare	218
Directivas anticipadas	218
Parte 9: Información adicional.....	219
TennCare para niños: Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) de TennCare	220
Definiciones legales	238
Glosario.....	239
Tablas de beneficios de CHOICES.....	243
Tabla de beneficios de Employment and Community First CHOICES	251
Tabla de beneficios del Programa Katie Beckett.....	266

Le damos la bienvenida a TennCare y a su plan de salud, *TennCareSelect*

Este es su manual para miembros de TennCare. En este manual se informa cómo recibir atención. TennCare es el Programa de Atención Médica de Tennessee. Funciona como un seguro médico para ayudar a pagar varios servicios de atención médica.

Existen dos servicios de TennCare. TennCare Medicaid y TennCare Standard. Su cobertura corresponde a TennCare Medicaid o a TennCare Standard. La diferencia está en la manera en que obtuvo su TennCare.

TennCare Medicaid es el servicio de TennCare que la mayoría de las personas tienen. Las reglas del Programa TennCare Medicaid establecen que deben revisarse sus ingresos y, en algunos casos, sus recursos. Los recursos son bienes que usted posee o dinero que ha ahorrado.

También debe pertenecer a un determinado “grupo”, como menores de 21 años de edad o mujeres embarazadas.

En Tennessee, las personas que reciben beneficios de ingreso suplementario de seguridad (Supplemental Security Income, SSI) también obtienen 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, eso está bien. El gobierno federal establece que usted puede tener Medicaid y otro seguro siempre que cumpla con las reglas de Medicaid. ¿Tiene TennCare Medicaid porque está inscrito en el Programa de Cáncer de Mama o de Cuello Uterino? Entonces no puede tener otro seguro, incluido Medicare, **si** ese seguro cubre el tratamiento para cáncer de mama o de cuello uterino.

TennCare Standard es el segundo servicio de TennCare. Solo ciertas personas elegibles para TennCare Standard. TennCare Standard es para menores de 19 años

de edad que están perdiendo su TennCare Medicaid.¹ Cuando llegó el momento de verificar si podían conservar TennCare Medicaid, no eran elegibles. Pero, las reglas de TennCare Standard dicen que estos niños pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a un seguro médico grupal. A veces también deben tener una condición de salud.

Tener acceso a otro seguro, incluso Medicare, no está permitido para los niños que tienen TennCare Standard.

¿Por qué es importante saber qué tipo de TennCare 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 con respecto a las fechas de TennCare, puede llamar gratis a TennCare Connect 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. Y debe entregarle a TennCare la prueba que necesitan para realizar el cambio. Llame a TennCare Connect de inmediato si:

- se muda**;
- la cantidad de miembros de la familia cambia;
- Cambia de trabajo.
- Sus ingresos varían.
- obtiene o puede obtener seguro médico grupal;

**Cada vez que se mude, debe informar a TennCare sobre su nueva dirección.

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

¹ Las categorías de elegibilidad para CHOICES y Employment and Community First CHOICES son técnicamente categorías de "TennCare Standard". Sin embargo, las tarjetas de identificación de miembro, entre otros documentos, identificarán a las personas inscritas en estas categorías como pertenecientes a TennCare Medicaid. Entonces, para efectos de este manual, se les considera como TennCare Medicaid.

¿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 **800-263-5479** e infórmenos también su nueva dirección.

Su plan de salud de TennCare

TennCareSelect es su plan de salud de TennCare que le ayuda a obtener **atención médica física o conductual (salud mental, servicios por consumo de sustancias)**. Si usted está en CHOICES o en Employment and Community First CHOICES, también le ayudamos a obtener atención a largo plazo. Puede leer más sobre la atención a largo plazo en la Parte 3 de este manual. A veces se nos llama su organización de atención gestionada, o MCO. Si tiene preguntas sobre cómo obtener atención de salud física o conductual, llámenos al **800-263-5479**. 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 ayuda de enfermería al **1-800-262-2873**. Es una llamada gratuita.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

¿Es **TennCareSelect** 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 al Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare al **800-878-3192** gratis. Dícales 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. En la Parte 5 de este manual se 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 al **800-263-5479** gratis. 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 autorización para recibir atención que aún no ha recibido? Si cambia su plan de salud y aún necesita atención, tendrá que obtener una nueva autorización 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 administrador de beneficios farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM).

El plan de farmacia de TennCare se llama **OptumRx**. Debe tener una tarjeta de farmacia de 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**.

Obtenga más información 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 monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitor, CGM) y suministros relacionados a través del plan de salud de farmacia O del plan de salud médico. En virtud del plan de salud de farmacia, su proveedor médico puede enviar recetas de CGM 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. Las visitas de control dentales regulares son importantes para su salud general. Los servicios dentales, como la limpieza dental, las radiografías y otros beneficios dentales, tienen cobertura limitada.

El personal puede 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)**. También puede llamarnos al **866-864-2526**.

Obtenga más información sobre la cobertura dental en el manual de Renaissance.

Parte 1: Cómo utilizar su plan de salud TennCare

Su tarjeta de miembro

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

BlueCare Tennessee | TennCareSelect

Fecha de entrada en vigencia

Fecha de nacimiento del miembro:

Identificación del miembro

Nivel de beneficio:

N.º de grupo

Copagos:

VER.: 5.1
(PCP) Médico de atención primaria

BlueCare Tennessee

bluecare.bcbst.com
Servicio para Miembros: 1-800-263-5479
Proveedor de la red fuera de Tennessee
1-800-676-2583 (BLUE)

Servicio para proveedores: 1-800-276-1978
Autorización previa: 1-800-711-4104
Autorización de Imágenes Radiológicas Avanzadas:
1-877-791-4101

Línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana*: 1-800-262-2873

*No son productos DE BlueCross BlueShield

Miembros: muestre siempre esta tarjeta y dígame a su proveedor que verifique la autorización previa. Recuerde que recibe su atención de su médico de atención primaria (PCP), indicado en el frente de esta tarjeta, excepto en caso de emergencia. Llame a su PCP dentro de las 24 horas de cualquier cuidado de emergencia.

Esta tarjeta es para 703 (05/13)

Proveedores: presente todas las reclamaciones ante el plan local de Blue Cross and Blue Shield (BCBS). Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Los beneficios no se proporcionarán para servicios no autorizados ni para servicios que no sean de cuidado de emergencia brindados por proveedores fuera de la red.

Centro de servicios de reclamaciones de BlueCare Tennessee
1 Cameron Hill Circle Suite 0002
Chattanooga, TN 37402-0002

Identificación: no es número de

Aquí se incluyen algunos de los elementos que contiene su tarjeta:

- **El 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 PCP 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 médica. 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 **800-263-5479** para solicitar una tarjeta nueva. Es una llamada gratuita.

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



Llámenos:
800-263-5479



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

Red de proveedores de TennCareSelect

Dentro de la red

Los médicos, demás profesionales y lugares que trabajan con TennCareSelect se denominan **proveedores de la red**. Esto incluye a los proveedores en CHOICES y en Employment and Community First CHOICES. Todos estos proveedores están incluidos en nuestro **Directorio de proveedores**. Existen directorios especiales para los proveedores en CHOICES y en Employment and Community First CHOICES.

Puede encontrar cada uno de estos directorios de proveedores en línea en **bluecare.bcbst.com**. O llámenos al **800-263-5479** 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 **800-263-5479** 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 **800-263-5479**. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda brindarle la atención o el tratamiento que necesita. O bien, puede usar la herramienta Find Care (Buscar atención) en **bluecare.bcbst.com**.

Debe visitar médicos y otros proveedores que acepten *TennCareSelect* para que *TennCare* pague su atención médica.

Pero si también tiene Medicare, **no** tiene que consultar a médicos que acepten *TennCareSelect*. Puede acudir 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 acepta *TennCareSelect* 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 que se encuentre fuera de la red. A menos que sea una emergencia, debe contar con una **autorización** previa. En la sección **Especialistas y emergencias** se brinda 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 autorización o derivación. Llámenos al **800-263-5479** para averiguar cómo hacerlo.

Cómo obtener ayuda lingüística gratis en sus visitas de atención médica

Si el inglés no es su idioma principal, puede solicitar un intérprete cuando vaya a recibir 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, puede usar la 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 el transporte para sus visitas de atención médica

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 de edad o
- 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 transporte para su visita, llame a Verida al **855-735-4660** o visite **member.verida.com**. Si es menor de edad y viaja solo, o si se transporta fuera del estado, o si tiene preguntas sobre que alguien lo acompañe, llámenos al **800-263-5479**.

Trate de llamar **al menos dos días hábiles antes** de su cita de atención médica para asegurarse de que puede 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**.

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 800-263-5479 para conocer el nombre de su PCP o buscar información sobre otros PCP en nuestra red. ¿Qué sucede si desea cambiar su PCP?

En la siguiente página se 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 aún 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 examen preventivo 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 *TennCareSelect* a mano cuando llame.
4. Diga que es miembro de *TennCareSelect* 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 transportarse hasta el lugar de la cita y no tiene ninguna otra forma de llegar hasta allí, podemos ayudarlo con el transporte. Intente

llamar al menos dos días hábiles antes de su cita. En la página 19 y la Parte 5 de este manual le brindan más información sobre cómo obtener transporte.

El día de su cita:

1. Lleve todos sus medicamentos y una lista de preguntas con usted para que su PCP sepa 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 *TennCareSelect* 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 **mayor parte** de su atención médica. Su PCP puede detectar y tratar problemas de salud en forma temprana. Él o ella tendrá sus registros médicos. Su PCP puede ver el panorama completo de su atención de la salud. Su PCP lleva un registro de toda la atención médica que reciba.

Cómo cambiar de PCP

Existen varios motivos por los cuales puede necesitar cambiar su PCP. Es posible que desee ver a un PCP que tenga el consultorio más cerca, o que su PCP deje de trabajar con nosotros. Si su PCP deja de trabajar con *TennCareSelect*, 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 de *TennCareSelect*. Para encontrar un nuevo PCP, puede buscar en nuestro Directorio de proveedores, puede visitar **bluecare.bcbst.com** o llamar al **800-263-5479**.
2. Luego llame al nuevo PCP para asegurarse de que pertenezca a la red de proveedores de *TennCareSelect*. **Asegúrese** de que acepte nuevos pacientes.

3. Si el nuevo PCP está en nuestra red y acepta nuevos pacientes, complete el **Formulario de solicitud de cambio de PCP**, incluido en la Parte 8 y envíenoslo por correo. O bien, puede llamarnos al **800-263-5479** para informarnos el nombre de su nuevo PCP.

¿Necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP? Llámenos al 800-263-5479. Trabajaremos con usted para encontrar un nuevo proveedor de atención primaria que acepte nuevos pacientes.

Si cambia su PCP:

- Le enviaremos una nueva tarjeta *TennCareSelect*. Tendrá el nombre de su nuevo PCP. La fecha en que entra en vigencia de su nueva tarjeta es cuando comenzaremos a pagar las visitas a su nuevo PCP.
- Su nuevo PCP debe autorizar nuevamente toda la atención que su PCP anterior programó para usted. Aunque haya recibido una derivación a un especialista de su PCP anterior, deberá obtener una nueva derivación de su nuevo PCP.
- ¿Qué sucede si cambia de PCP porque cambió de plan de salud? Todavía debe obtener una nueva autorización para su atención de parte de su nuevo PCP.
- Y si se encuentra en medio de un plan de tratamiento, debe llamar a su PCP de inmediato. Su nuevo PCP necesita conocer toda la atención médica que ha estado recibiendo. Él o ella puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita.

Servicios de atención de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo 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 en este momento, pregunte a su proveedor si acepta *TennCareSelect*.

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 primera visita:

1. Solicite a su médico anterior que envíe sus registros médicos a su nuevo proveedor. Le ayudarán a su proveedor a conocer sus necesidades.
2. Tenga su tarjeta *TennCareSelect* a mano cuando llame para programar su cita con su nuevo proveedor.
3. Diga que es miembro de *TennCareSelect* y proporcione su **número de identificación**. Si tiene algún otro seguro, infórmelo.
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. Confeccione una lista de las preguntas que desee hacerle a su proveedor. Enumere todos los problemas que tenga.
9. Si necesita transportarse hasta el lugar de la cita y no tiene ninguna otra forma de llegar hasta allí, podemos ayudarlo con el transporte. Intente llamar **al menos dos días hábiles** antes de su visita. En la página 19 y la Parte 5 se brinda más información sobre cómo obtener transporte.

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 *TennCareSelect* 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 obtener 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 consumo de sustancias, llámenos al **800-263-5479**. O bien, si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, llámenos al **800-263-5479**. 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 del corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo, que trata el cáncer. Hay varios tipos de especialistas.

Su PCP podría enviarlo a un especialista para recibir atención médica. Esto se denomina **referido**. Si su PCP quiere que consulte a un especialista, él o ella le programará la cita con el especialista.

Si el especialista no pertenece a nuestra red de proveedores, su PCP debe obtener primero nuestra autorización. 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 con un especialista si su PCP lo deriva.

Pero **no** tiene que ver a su PCP primero para acudir a un médico de salud de la mujer

para visitas de control de rutina o atención prenatal. Un médico de salud de la mujer se denomina médico especializado en obstetricia y ginecología (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN). El especialista en salud de la mujer debe seguir perteneciendo a nuestra red. Encontrará más información sobre la atención médica de la mujer en la Parte 2 de este manual.

Y recuerde, **no** tiene que ver a su PCP primero para acudir a un proveedor de salud conductual por servicios de salud mental, alcohol o trastornos por consumo de sustancias.

Atención hospitalaria

Si necesita atención hospitalaria, su PCP o su proveedor de salud conductual la organizarán para usted.

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

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

Emergencias de salud física

Lleve siempre su tarjeta *TennCareSelect* con usted. 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 médica de inmediato. Consulte la Parte 9 de este manual para obtener una definición completa de una emergencia.

Las emergencias pueden incluir situaciones como:	Por lo general, no son emergencias:
<ul style="list-style-type: none">• Falta de aire, incapacidad para hablar;• Un corte grave, fractura o quemadura;• Sangrado que no se detiene• Dolor intenso en el pecho que no desaparece;• dolor intenso de estómago que no se detiene;• Convulsiones que hacen que la persona pierda el conocimiento;• Incapacidad para mover las piernas o los brazos;• Estado de inconsciencia;• Sobredosis de drogas	<ul style="list-style-type: none">• Dolor de garganta• Resfrío o gripe;• Dolor en la parte inferior de la espalda.• Dolor de oído• Dolor de estómago• Cortes pequeños, superficiales;• Hematomas;• Dolor de cabeza, salvo que sea muy intenso y como nunca lo haya tenido antes;• Artritis

Si cree que tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencia (Emergency Room, ER) del hospital más cercano. En una emergencia, puede acudir a un hospital que no forme parte de la red de proveedores. Si no puede llegar a la sala de emergencia, llame al 911 o a su servicio local de ambulancias.

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

Si necesita cuidado de emergencia, no tiene que obtener la autorización de nadie antes de recibirla.

Después de que la sala de emergencia lo atienda por la emergencia, también recibirá la atención que el médico indique para mantenerlo estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

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 por una emergencia de salud mental o por un trastorno por consumo de sustancias en cualquier momento, incluso si está fuera de casa. No tiene que obtener la autorización de nadie antes de recibir el cuidado de emergencia.

Si tiene una emergencia de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con [988lifeline.org](https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html). 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 de 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 la necesita. TennCare cubre 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 existir un peligro grave o un 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 incluir situaciones como:

- Pensar en hacerse daño;
- Pensar en hacerle daño a otra persona.

Por lo general, no son emergencias:

- Necesidad de resurtir una receta;
- Sentimientos de depresión o ansiedad sin representar un peligro para usted mismo ni para otras personas.

Si tiene este tipo de emergencia:

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

Menores de 18 años de edad

Si usted es menor de 18 años de edad, o su hijo tiene menos de 18 años de edad y presenta una emergencia de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias):

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee en 988lifeline.org.
- Vaya a la sala de emergencia más cercana.
- Llame al 911.

Para comunicarse directamente con una agencia:

- Youth Villages
 - (866) 791-9221 (Región Norte del Centro de Tennessee)
 - (866) 791-9222 (Región Sur del Centro de Tennessee)
 - (866) 791-9227 (Región Rural del Oeste de Tennessee)
 - (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 (Región Noreste de Tennessee)

- McNabb Center
 - (865) 539-2409 (Región Este de Tennessee)

Youth Villages, Frontier Health, Helen Ross McNabb y Mental Health Co-Operative ofrecen servicios de crisis a nivel estatal para menores de 18 años de edad. Si acude a la sala de emergencia, alguien de una de estas agencias en su área puede acudir para ayudar 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 **800-263-5479**. Le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratis.

Lleve siempre su tarjeta *TennCareSelect* con usted. En caso de emergencia, los médicos sabrán que usted tiene *TennCare*.

Después de que la sala de emergencia lo atienda por la emergencia, también recibirá la atención que el médico indique para mantenerlo estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir cuidado de emergencia, debe informar a su proveedor. Su proveedor debe estar al tanto de la emergencia para ayudarle 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 fuera del hogar

El cuidado de emergencia fuera del hogar funciona igual que si estuviera en casa. **En una emergencia**, puede acudir a un hospital fuera de la red. Acuda a la sala de emergencia más cercana o llame al 911. Si tiene una emergencia de salud mental, alcohol o consumo de sustancias, puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** o chatear con **988lifeline.org**. Aun así, debe llamar a su PCP y a su plan de salud dentro de las 24 horas de haber recibido el cuidado de emergencia fuera del hogar.

Muestre su tarjeta *TennCareSelect* cuando reciba el cuidado de emergencia. Pídale a la sala de emergencia que envíe la factura a *TennCareSelect*. Si en la sala de emergencia le dicen que no, pregúnteles 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 **800-263-5479** e indíquenos que tuvo que pagar su atención médica o que tiene una factura por ella. Trabajaremos con usted y el proveedor para presentar una reclamación por su atención.

IMPORTANTE: TennCare and TennCareSelect solo pagarán la atención 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 de cobertura varían según el grupo en el que esté incluido.

La tarjeta que reciba tendrá un indicador de beneficios en el frente. Le indica en qué grupo está y los beneficios que se le cubren según su grupo. Su indicador de beneficios puede ser diferente al de otros miembros de la familia. Si su tarjeta **no** tiene un indicador de beneficios en el frente, puede averiguar qué beneficios tiene en los cuadros que aparecen a continuación. O bien, llámenos al **800-263-5479**.

Menores de 21 años de edad

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 de edad.No tiene Medicare.
H	<ul style="list-style-type: none">Menor de 21 años de edad.Tiene Medicare.

Mayores de 21 años de edad con TennCare Medicaid

Vaya a las páginas 35 a 39 para obtener la lista de beneficios de los Grupos B, E, J y L

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
B	<ul style="list-style-type: none">Es mayor de 21 años de edad.No tiene Medicare.No recibe atención a largo plazo.
E	<ul style="list-style-type: none">Es mayor de 21 años de edad.No tiene Medicare.Recibe atención a largo plazo distinto de CHOICES o ECF CHOICES.
J	<ul style="list-style-type: none">Es mayor de 21 años de edad.No tiene Medicare.Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 1 o 2, o en ECF CHOICES*, y cumple con el nivel de atención institucional.

L	<ul style="list-style-type: none"> • Es mayor de 21 años de edad. • No tiene Medicare. • Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 3 o en 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.

Mayores de 21 años de edad con TennCare Medicaid y Medicare

Vaya a las páginas 40 a 43 para obtener la lista de beneficios de los Grupos F, G, K y M

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
F	<ul style="list-style-type: none"> • Es mayor de 21 años de edad. • Tiene Medicare. • No recibe atención a largo plazo.
G	<ul style="list-style-type: none"> • Es mayor de 21 años de edad. • Tiene Medicare. • Recibe atención a largo plazo distinto de CHOICES o ECF CHOICES.
K	<ul style="list-style-type: none"> • Es mayor de 21 años de edad. • Tiene Medicare. • Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 1 o 2, o en ECF CHOICES*, y cumple con el nivel de atención institucional.
M	<ul style="list-style-type: none"> • Es mayor de 21 años de edad. • Tiene Medicare. • Está inscrito en TennCare CHOICES Grupo 3 o en 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 de la **A a la M**. Puede encontrar una lista de servicios para cada grupo en las páginas siguientes. Algunos de los servicios son

limitados. Esto significa que TennCare pagará solo una cierta cantidad de esa atención. Los servicios que se enumeran **como médicamente necesarios** significan que usted puede recibirlos si su médico, su plan de salud y TennCare coinciden en que los necesita.

Si tiene preguntas sobre cuáles son sus servicios de atención física o de salud conductual, llámenos al **800-263-5479**. O bien, llame a TennCare Connect al **855-259-0701**.

Beneficios para menores de 21 años de edad

Hay 2 paquetes de beneficios diferentes para menores de 21 años de edad. Mire 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 lo definido 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 de edad)

Servicios de TennCare	A	H
Servicios de crisis de salud conductual (salud mental y servicios por trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura Esta atención tiene cobertura de Medicare.
Tratamiento intensivo comunitario de salud conductual	Con cobertura	Con cobertura Esta atención tiene cobertura de Medicare.
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Beneficios de CHOICES (Atención en instalaciones de enfermería y ciertos servicios)	La atención en instalaciones de	La atención en instalaciones de enfermería tiene

Servicios de TennCare	A	H
domiciliarios y comunitarios (Home and Community Based Services, HCBS)	<p>enfermería tiene cobertura</p> <p>Los servicios de HCBS de CHOICES no tienen cobertura</p>	<p>cobertura, pero Medicare actúa como cobertura primaria para los servicios de centros de enfermería especializada.</p> <p>Los servicios de HCBS de CHOICES no están cubiertos.</p>
Servicios de clínicas comunitarias de salud	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos ([Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT] para menores de 21 años de edad) (TennCare Medicaid)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Ambulancia de emergencia aérea y terrestre	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios)	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES.

Servicios de TennCare	A	H
Para obtener más información, consulte Employment and Community First CHOICES en la Parte 3 de este manual.		
Servicios de salud domiciliarios	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Atención en un centro de cuidados paliativos (debe ser proporcionada por un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Beneficios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados, residenciales y ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de rehabilitación en instalaciones hospitalarias	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Suministros médicos	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Transporte que no sea de emergencia, incluido el transporte en ambulancia	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.

Servicios de TennCare	A	H
Atención en instalaciones de enfermería (CHOICES)	Con cobertura	La atención en instalaciones de enfermería tiene cobertura, pero Medicare actúa como cobertura primaria para los servicios de centros de enfermería especializada.
Terapia ocupacional	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos de donantes	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de salud conductual ambulatorios (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de farmacia	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Exámenes físicos y visitas de control, servicios de diagnóstico y tratamiento (TennCare Standard)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.

Servicios de TennCare	A	H
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios privados de enfermería	Con cobertura	Con cobertura Esta atención tiene cobertura de Medicare.
Servicios psiquiátricos en instalaciones hospitalarias	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura	Con cobertura Esta atención tiene cobertura de Medicare.
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Cirugía reconstructiva de mama (consulte la sección Salud de la mujer y Embarazo para más información)	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.
Servicios de terapia del habla	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria. Debe ser proporcionado por un terapeuta del habla con licencia para restaurar el habla.

Servicios de TennCare	A	H
		<p>Debe existir progreso médico continuo después de una pérdida o deterioro.</p> <p>Se excluyen las pérdidas o deterioros derivados de trastornos mentales, psiconeuróticos o de la personalidad.</p>
Servicios para la vista	Con cobertura	Con cobertura, aunque Medicare actúa como cobertura primaria.

Beneficios para mayores de 21 años de edad

Existen 10 paquetes de beneficios diferentes para mayores de 21 años de edad que cuentan con TennCare. Mire su tarjeta de TennCare para averiguar qué paquete de beneficios tiene.

Todos los servicios cubiertos por TennCare deben ser médicamente necesarios según lo definido 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 (mayores de 21 años de edad con TennCare Medicaid)

Servicios de TennCare	B	E	J	L
Servicios de crisis de salud conductual (salud mental y servicios por trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Tratamiento intensivo comunitario de salud conductual	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de clínicas comunitarias de salud	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de CHOICES (HCBS) Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura solo para las personas inscritas en CHOICES	Con cobertura solo para las personas inscritas en CHOICES Grupo 3, y limitada exclusivamente a los HCBS del Grupo 3. La atención en instalaciones de enfermería no tiene cobertura.

Servicios dentales	Cobertura limitada.	Cobertura limitada.	Cobertura limitada.	Cobertura limitada.
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia de emergencia aérea y terrestre	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (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	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" 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 de tratamiento de trastornos por consumo de	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura

sustancias en pacientes ambulatorios y hospitalizados				
Servicios de hospital 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 de salud conductual ambulatorios (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de farmacia	Cobertura limitada. Consulte la sección	Cobertura: ilimitada	Cobertura: ilimitada	Cobertura limitada. Consulte la sección

	"Atención limitada" a partir de la página 46.			"Atención limitada" a partir de la página 46.
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios privados de enfermería	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.
Servicios psiquiátricos en instalaciones hospitalarias	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Cirugía reconstructiva de mama (consulte la sección Salud de la mujer y Embarazo para 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 para la vista	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" 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 servicios por trastornos por consumo de sustancias)	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención
Tratamiento intensivo comunitario de salud conductual	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención
Servicios quiroprácticos	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Con cobertura Cuando Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de clínicas comunitarias de salud	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Con cobertura Cuando Medicare actúa como cobertura primaria
Beneficios de CHOICES (HCBS) Para obtener más información, consulte CHOICES en la Parte 3 de este manual.	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura Medicare actúa como cobertura primaria para la atención en centros de enfermería especializada.	Con cobertura solo para las personas inscritas en CHOICES Grupo 3, y limitada exclusivamente a los HCBS del Grupo 3. La atención en instalaciones de enfermería no tiene cobertura.

				Medicare brinda cobertura para la atención en centros de enfermería especializada.
Servicios dentales	Cobertura limitada, aunque Medicare actúa como cobertura primaria	Cobertura limitada, aunque Medicare actúa como cobertura primaria	Cobertura limitada, aunque Medicare actúa como cobertura primaria	Cobertura limitada, aunque Medicare actúa como cobertura primaria
Equipos médicos duraderos (DME)	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Con cobertura Cuando Medicare actúa como cobertura primaria
Ambulancia de emergencia aérea y terrestre	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios) Para obtener más información, consulte ECF CHOICES en la Parte 3 de este manual.	Sin cobertura	Sin cobertura	Cobertura para miembros inscritos en ECF CHOICES	Cubierto solo para miembros inscritos en ECF CHOICES.
Servicios de salud domiciliarios	Cobertura limitada. Cuando Medicare	Cobertura limitada. Cuando Medicare	Cobertura limitada. Cuando Medicare	Cobertura limitada. Cuando Medicare actúa

	actúa como cobertura primaria. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	actúa como cobertura primaria. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	actúa como cobertura primaria. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	como cobertura primaria. Consulte la sección "Atención limitada" 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)	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios y hospitalizados	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de laboratorio y radiografía	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Suministros médicos	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Transporte que no sea de emergencia	Medicare actúa como	Medicare actúa como	Medicare actúa como	Medicare actúa como

	cobertura primaria	cobertura primaria	cobertura primaria	cobertura primaria
Terapia ocupacional	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Trasplantes de órganos y tejidos y obtención de órganos de donantes	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de salud conductual ambulatorios (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
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	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios privados de enfermería	Cobertura limitada. Medicare no brinda cobertura para esta	Cobertura limitada. Medicare no brinda cobertura para esta	Cobertura limitada. Medicare no brinda cobertura para esta	Cobertura limitada. Medicare no brinda cobertura para esta atención;

	atención; consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	atención; consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	atención; consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.
Servicios psiquiátricos en instalaciones hospitalarias	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención	Cobertura: Medicare no cubre esta atención
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Cirugía reconstructiva de mama (consulte la sección Salud de la mujer y Embarazo para más información)	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de diálisis renal	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios de terapia del habla	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria	Medicare actúa como cobertura primaria
Servicios para la vista	Cobertura limitada. Medicare actúa como cobertura primaria; consulte la sección	Cobertura limitada. Medicare actúa como cobertura primaria; consulte la sección	Cobertura limitada. Medicare actúa como cobertura primaria; consulte la sección	Cobertura limitada. Medicare actúa como cobertura primaria; consulte la sección

	"Atención limitada" a partir de la página 46.	"Atención limitada" a partir de la página 46.	"Atención limitada" a partir de la página 46.	"Atención limitada" a partir de la página 46.
--	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

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

Servicios de TennCare	C	D
Servicios de crisis de salud conductual (salud mental y servicios por trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura
Tratamiento intensivo comunitario de salud conductual	Con cobertura	Con cobertura
Servicios quiroprácticos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de clínicas comunitarias de salud	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de CHOICES (HCBS)	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios dentales	Cobertura limitada	Cobertura limitada
Equipos médicos duraderos (DME)	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia de emergencia aérea y terrestre	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (Ciertos servicios comunitarios y domiciliarios)	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de salud domiciliarios	Cobertura limitada.	Cobertura limitada.

	Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Consulte la sección "Atención limitada" 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 de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios y hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de hospital 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 salud conductual ambulatorios (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de farmacia	Sin cobertura	Cobertura limitada.

		Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.
Servicios de fisioterapia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios médicos (hospitalarios y ambulatorios)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios privados de enfermería	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.
Servicios psiquiátricos en instalaciones hospitalarias	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico	Con cobertura	Con cobertura
Cirugía reconstructiva de mama (consulte la sección Salud de la mujer y Embarazo para más información)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de terapia del habla	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la vista	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.	Cobertura limitada. Consulte la sección "Atención limitada" a partir de la página 46.

	limitada” a partir de la página 46.	
--	-------------------------------------	--

^[1] Las categorías de elegibilidad para CHOICES y Employment and Community First CHOICES son técnicamente categorías de “TennCare Standard”. Sin embargo, las tarjetas de identificación de miembro, entre otros documentos, identificarán a las personas inscritas en estas categorías como pertenecientes a TennCare Medicaid. Entonces, para efectos de este manual, se les considera como TennCare Medicaid. Esta tabla no aplica para adultos en CHOICES y en Employment and Community First CHOICES.

Atención limitada

Los beneficios para menores de 21 años de edad cuentan con cobertura cuando son médicamente necesarios. Pero algunos beneficios de TennCare funcionan de manera diferente para mayores de 21 años de edad. Estos tipos de atención y medicamentos son limitados para mayores de 21 años de edad:

1. **Medicamentos recetados**
2. **Inyecciones en puntos gatillo**
3. **Bloqueos nerviosos mediales utilizados para diagnosticar la causa del dolor de espalda**
4. **Inyecciones epidurales**
5. **Pruebas de detección de drogas en orina**
6. **Enfermería privada y servicios de salud domiciliarios**
7. **Servicios para la vista**
8. **Servicios dentales**
9. **Tratamiento hospitalario o residencial para servicios relacionados con trastornos por consumo de sustancias**

1. Medicamentos recetados

La mayoría de las personas, pero no todas en TennCare, cuentan con beneficios de farmacia. Si también tiene Medicare, hay un mensaje importante para usted en el recuadro de la página 49.

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

- personas que reciben atención en un hogar de ancianos;

- personas que reciben atención en instalaciones para personas con discapacidades intelectuales (denominado centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales), o ICF/IID;
- personas elegibles para recibir atención en un hogar de ancianos o en un ICF/IID, pero reciben atención domiciliaria en su lugar.

Sin embargo, la **mayoría** de los adultos que tienen TennCare tienen una cantidad limitada de medicamentos recetados de marca que TennCare pagará cada mes. TennCare Medicaid solo pagará 2 medicamentos recetados de marca con receta o sus reposiciones cada mes. No existe límite para la cantidad de recetas genéricas que TennCare pagará cada mes. TennCare comenzará a contar sus recetas y reposiciones el primer día de cada mes. Este límite incluye recetas para atención médica física.

¿Cómo puedo saber 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 varios de estos medicamentos en su farmacia con una receta de su médico. Pero algunos de estos medicamentos deben recibir una autorización del Programa de Farmacia de TennCare antes de que pueda obtenerlos. Esta autorización se denomina **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 autorización, debe solicitar una PA.

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

Existen listas de medicamentos que no cuentan para su límite. Estas listas se denominan **Listas de exención automática** (las farmacias las denominan "Exención automática" y Lista de "certificación del recetador").

Los medicamentos de estas listas están exentos de (no cuentan) dentro de su límite. Después de haber recibido **2** medicamentos recetados de marca en 1 mes,

aún puede obtener medicamentos en las **Listas de exención automática**. 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 bien, llame a TennCare Connect al **855-259-0701**. Puedes pedirles que le envíen una copia.

IMPORTANTE: recuerde que algunos medicamentos necesitan la autorización de TennCare incluso **antes** de que supere su límite. Ese es un tipo diferente de autorización, llamado **autorización previa** o **PA (Prior Authorization)**. Los medicamentos de las Listas de exención automática pueden necesitar una **PA** también. Si es así, necesitará **ambas** autorizaciones para obtener un medicamento en las **Listas de exención automática**. Su médico puede ayudarle a obtener ambas autorizaciones si las necesita.

¿Qué sucede si un medicamento de las Listas de exención automática necesita una **PA** y **usted no** tiene una? Entonces, TennCare aún **no** pagará por el medicamento. Si su médico solicita una **PA** y la rechazamos, le enviaremos una carta que explica el motivo. La carta indicará cómo apelar si usted considera que hemos cometido un error.

Consejos útiles:

- Si el medicamento que está tomando supera su límite, pregúntele a su médico si realmente **necesita** todos los medicamentos que está tomando. Si lo hace, pídale a su farmacia que le ayude a elegir los medicamentos que cuestan más. Cada mes, surta primero esos medicamentos para que TennCare los cubra.
- Pídale a su médico o a su farmacia que averigüe si su medicamento está en las Listas de exención automática.
- Pídale a su médico que le recete medicamentos que estén en la PDL.
- Pídale a su médico que le recete medicamentos genéricos siempre que sea posible.
- 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 mayor de 21 años de edad y tiene Medicare?

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

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

Usted obtiene la mayoría de sus medicamentos recetados a través de la Parte D de Medicare. TennCare **no** cubre el copago de los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. TennCare **solo** pagará sus medicamentos recetados si:

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

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

2. Inyecciones en puntos gatillo

El medicamento se administra con una aguja en los músculos que están “anudados” o muy tensos. TennCare solo pagará hasta **4 inyecciones en puntos gatillo en cada grupo muscular cada 6 meses** para mayores de 21 años de edad. Un grupo muscular significa los músculos en una zona determinada de su cuerpo, como los músculos que forman la parte superior del brazo o la espalda. Contaremos cada vez que reciba una inyección en un grupo muscular durante 6 meses seguidos.

¿Qué sucede si recibe inyecciones en puntos gatillo en 2 grupos musculares, como en la parte superior del brazo y en la espalda? Las 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**

nerviosos mediales por año administrados para diagnosticar el motivo del dolor de espalda. Comenzaremos a contar el 1.º de enero y dejaremos de contar el 31 de diciembre. Cada año pagaremos hasta 4 bloqueos nerviosos 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 mayores de 21 años de edad.

Contaremos cada una que reciba durante 6 meses seguidos. **Sin embargo**, TennCare seguirá cubriendo las inyecciones epidurales que las mujeres necesiten durante el parto.

5. Pruebas de detección de drogas en orina

Estas son pruebas de detección de drogas que buscan evidencia de sustancias ilegales o controladas en su orina. Las sustancias controladas son medicamentos recetados que pueden ser mal utilizados, como Lortab®, Kadian® (morfina) y OxyContin®. TennCare solo pagará hasta **24 pruebas de detección de drogas en orina por año** para mayores de 21 años de edad.

Actualmente, TennCare cubre hasta 24 pruebas de detección de drogas en orina por año. TennCare también pagará hasta 12 pruebas de confirmación de drogas en orina por año. “Confirmación” significa que, si su prueba resulta “positiva” para sustancias ilegales o controladas, se realiza un análisis adicional. TennCare pagará la repetición de la verificación del resultado hasta 12 veces por año. **TennCare seguirá cubriendo hasta 24 pruebas de detección de drogas en orina y 12 pruebas de confirmación en orina por año.**

Pero a veces su proveedor puede necesitar una prueba de detección de drogas en orina para determinar qué tipo de medicamentos está tomando. O, en el caso de medicamentos recetados, su proveedor puede necesitar una prueba de drogas en orina para asegurarse de que está recibiendo la cantidad adecuada. Cuando su proveedor solicita este tipo de prueba, se denomina prueba específica de detección de drogas en orina. **TennCare solo pagará hasta 12 pruebas específicas de detección de drogas en orina por año.**

6. Enfermería privada y servicios de salud domiciliarios

Los servicios de enfermería privada y los servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos como medicamento necesarios para menores de 21 años de edad.

Pero estos servicios funcionan de manera diferente para mayores de 21 años de edad.

Enfermería privada

La enfermería privada consiste en servicios de enfermería solo para personas que requieren 8 horas o más de atención continua por parte de una enfermera titulada en un período de 24 horas. Una persona que solo necesita servicios especializados intermitentes no es elegible para servicios de centros de enfermería especializada.

TennCare **no** pagará los servicios de enfermería privada (Private Duty Nursing, PDN) para mayores de 21 años de edad **a menos que:**

- Dependá de un respirador durante al menos 12 horas cada día.
- **O bien**, tenga una traqueotomía funcional **y** necesite ciertos otros tipos de atención de enfermería también.

Para su seguridad, para recibir servicios de enfermería privada, usted debe contar con un familiar u otra persona que pueda:

- Cuidarlo cuando el personal de enfermería privado no está con usted;
- Y se ocupe de sus otras necesidades que no sean de enfermería.

Si es elegible para la PDN, **su enfermero solo podrá acompañarlo a las citas con el médico, la escuela y el trabajo.** Aunque su enfermera pueda acompañarlo a estos lugares, no puede conducir para llevarlo allí. Las reglas de TennCare establecen que su enfermero **no puede** llevarlo a ningún lugar.

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

Atención médica domiciliaria

Existen 2 tipos de atención médica domiciliaria: Atención de enfermería domiciliaria y asistente de atención médica domiciliaria. Existen límites en la cantidad de servicios de enfermería domiciliaria y de asistencia domiciliaria que usted puede obtener.

Atención de enfermería domiciliaria a tiempo parcial e intermitente

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

TennCare **solo** pagará lo siguiente:

- hasta 1 visita de enfermería cada día;
- cada visita debe tener una duración menor a 8 horas;
- y no más de 27 horas de atención de enfermería por semana (30 horas por semana si es elegible para atención en centros de enfermería especializada).

Atención de asistentes de salud domiciliarios

Un asistente de salud domiciliario es alguien que le ayuda con ciertas actividades que usted no puede realizar solo (como comer o bañarse).

TennCare **solo** pagará lo siguiente:

- hasta 2 visitas de asistentes de salud domiciliario cada día;
- no más de 8 horas de atención de asistentes de salud domiciliario cada día;
- y no más de 35 horas de atención de salud domiciliario por semana (40 horas por semana si es elegible para atención en centros de enfermería especializada).

¿Qué sucede si usted necesita tanto servicios de enfermería domiciliaria como atención de asistentes de salud domiciliarios?

TennCare **solo** pagará lo siguiente:

- hasta 1 visita de enfermería por día;
- hasta 2 visitas de asistentes de salud domiciliarios por día;
- no más de 8 horas de atención de enfermería y de asistentes de salud domiciliarios **combinados** cada día;
- no más de 27 horas de atención de enfermería por semana (30 horas por semana si es elegible para atención en centros de enfermería especializada);
- no más de 35 horas de atención de enfermería y de asistentes de salud domiciliarios **combinados** por semana (40 horas por semana si es elegible para atención en centros de enfermería especializada).

TennCare **solo** pagar los servicios de enfermería si necesita atención que solo un enfermero puede brindar (atención que no puede brindar un asistente). Esta es atención como la alimentación por sonda o el cambio de vendajes. TennCare **no** pagará los servicios de enfermería si la única razón por la que usted necesita una enfermera es porque **podría** necesitar tomar medicamentos. El enfermero **solo** permanecerá con usted mientras necesite atención de **enfermería**.

7. Servicios para la vista

Para los mayores de 21 años de edad, los servicios oftalmológicos se limitan a la evaluación médica y el manejo de afecciones y trastornos anormales del ojo. El primer par de anteojos para cataratas o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas está cubierto.

8. Servicios dentales

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

9. Servicios de tratamiento hospitalario o residencial para trastornos por consumo de sustancias

TennCare cubre servicios de tratamiento hospitalario o residencial para trastornos por consumo de sustancias. Las instalaciones de tratamiento con más de 16 camas se denominan Instituciones para enfermedades mentales, o “IMD (Institution for Mental Diseases)”. Para adultos de 21 a 64 años de edad, el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en instalaciones IMD está limitado a 30 días por año.

Servicios alternativos

TennCare*Select* ofrece ciertos servicios que son sustituciones médicamente apropiadas y económicas para los servicios cubiertos por TennCare. Estos se denominan “servicios alternativos”. TennCare*Select* ofrece los siguientes servicios alternativos:

- servicios de rehabilitación en instalaciones hospitalarias;
- manguitos para medir la presión arterial para mujeres embarazadas o posparto;
- días adicionales de tratamiento, hasta 15 días por mes, para servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en adultos de 21 a 64 años de edad en Instituciones para enfermedades mentales (además de los 30 días por año cubiertos por TennCare).

Los servicios alternativos están cubiertos cuando son médicamente adecuados para usted en función de su condición de salud. Para obtener más información sobre los servicios alternativos, puede llamar a TennCare*Select*.

Otros servicios de TennCare

1. Programa TennCare CHOICES en servicios y asistencia de atención a largo plazo

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

El Programa 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 la 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 asistencia 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.

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

3. Verificación electrónica de visitas (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 **EVV** (que significa **verificación electrónica de visitas**). Algunos de los servicios, como los de atención de salud domiciliaria y los de atención personal, deben utilizar la EVV. La **EVV** es una manera de asegurarse de que reciba los servicios de Medicaid autorizados en su plan de cobertura. El sistema de EVV recopila y registra información cada vez que su cuidador viene a prestarle 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 sus cuidadores remunerados la EVV?

Su proveedor de servicios de atención de salud domiciliaria y de atención personal decidirá cómo su cuidador remunerado reportará la información. Las herramientas de reporte pueden incluir una aplicación móvil en un teléfono inteligente o tableta. **Solo** su cuidador remunerado debe usar el sistema de EVV. Esta tarea no corresponde a su responsabilidad.

Las principales cosas que debe saber:

- sus servicios no cambiarán;
- su atención no cambiará;
- la cantidad de servicios de atención que reciba no cambiará;
- su atención seguirá siendo brindada en el lugar donde la recibe actualmente.

¿Con quién puede hablar si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre la EVV o sobre la manera en que su cuidador remunerado reporta la información, llame a su proveedor de servicios de atención de salud domiciliarios y de atención personal.

4. Tecnología de rehabilitación compleja (equipamiento especial para personas con dificultades de movilidad debido a una lesión o discapacidad)

TennCareSelect cubre tecnología y equipos especializados destinados a mejorar la movilidad de beneficiarios con lesiones o discapacidades. Este equipo se denomina tecnología de rehabilitación compleja (Complex Rehabilitation Technology, CRT). Es parte del beneficio de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Conforme a la legislación de Tennessee, los equipos especializados deben someterse a una revisión anual y recibir las reparaciones necesarias para asegurar su correcto funcionamiento.

¿Necesita ver a un médico en persona para hablar sobre su CRT, 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 la CRT o necesita más información? Llame a la <MCO: si tiene el número de teléfono, insértelo aquí>.

5. Servicios especiales

Algunos servicios están cubiertos por TennCare **solo en casos especiales**. Estos servicios son los siguientes:

- **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 médica;
- tener un embarazo y un parto saludables;
- ayuda para obtener sus medicamentos recetados;
- ayudarlo a usted o a su hijo a mantenerse fuera del hospital al recibir atención en la comunidad;
- identificar organizaciones comunitarias que puedan proporcionar asistencia 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:

- si acude mucho a la sala de emergencia, o si tiene que ir mucho al hospital;
- si necesita atención médica antes o después de un trasplante;
- si tiene varios médicos diferentes para diferentes problemas de salud;
- si tiene una enfermedad en curso con la que no sabe cómo lidiar.

Para ver si puede tener un administrador de la atención o si desea participar en los servicios de Salud de la población, usted (o alguien en su nombre) puede llamar al área de Salud de la población de **TennCareSelect al 800-263-5479**.

Atención en un centro de cuidados paliativos

La atención en un centro de cuidados paliativos es un tipo de atención médica para personas con enfermedades terminales. Debe acudir a un proveedor en la red de un centro de cuidados paliativos. Para obtener ayuda con la atención en un centro de cuidados paliativos, llámenos al 800-263-5479.

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 mayor de 21 años de edad.
- 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 autorización. 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

Los abortos solo pueden estar cubiertos en casos limitados, por ejemplo, si tiene una enfermedad física por la que podría morir si no accede 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 que lo mantiene 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.

NOTA: incluso si tiene copagos por su atención médica, **no** tendrá copagos por la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:

- visitas de control para niños y adultos;
- 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.
- Ejercicio
- Tome los medicamentos según lo indique el médico.
- No consuma alcohol ni haga un uso indebido de sustancias.
- Realícese autoexámenes.
- No fume.
- Realice visitas de control regulares.

Puede acudir a su proveedor de atención primaria PCP para una visita de examen preventivo para permanecer 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
- cáncer rectal y de colon;
- endurecimiento óseo (osteoporosis);
- tiroides;
- enfermedades de transmisión sexual (ETS);
- azúcar en sangre;
- VIH y SIDA;
- problemas cardíacos (electrocardiograma);
- tuberculosis;
- visitas de control para mujeres; (pruebas de Papanicolaou y mamografías).

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

- Tétano
- Hepatitis B
- Neumonía
- 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 médica. 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 alguna condición 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 médica que utilizan;
- una 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 la familia sobre las habilidades de la vida independiente;
- atención de transición como participar en el desarrollo de planes de alta;
- asistencia al paciente y a la familia como asistencia al cumplimiento del tratamiento de salud física y conductual;

- derivación a asistencias sociales como ayudar a encontrar acceso a asistencias comunitarios, incluida la programación y el seguimiento.

Atención dental para adultos (para los dientes)

La atención dental para mayores de 21 años de edad cobertura limitada. La atención dental incluye beneficios como visitas de control, radiografías, tratamientos bucales y más. Consulte su manual del administrador de beneficios dentales (DBM) para conocer los límites.

Su plan dental para sus dientes se llama **Renaissance**. El personal puede 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

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

A partir de los 21 años de edad, 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 de detección como parte de sus visitas de control del bienestar para mujeres. 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.

Los beneficios de las mamografías de detección están disponibles:

- Para personas de 35 a 40 años de edad, como mínimo una vez.
- Para mujeres entre 40 y 50 años de edad, cada 2 años o con mayor frecuencia si el médico indica que es necesario.

- Para mujeres mayores de 50 años de edad, todos los años.

Si ha tenido cáncer de mama, la cirugía para restaurar el seno a una forma, apariencia y tamaño cercanos a lo normal (cirugía reconstructiva de mama) 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 realizar visitas de control para mujeres con su PCP 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 vea a su PCP primero para ir a un médico OB/GYN ni para recibir atención y suministros de planificación de la familia. Sin embargo, el médico OB/GYN debe estar incluido en nuestro Directorio de proveedores para que TennCare pague por los servicios. Si recibe atención o suministros de planificación de la familia de un médico o clínica que **NO** está en nuestro Directorio de proveedores, el médico o la clínica deben llamarnos al **800-263-5479** e informarnos para que podamos pagar la atención y los suministros de planificación de la familia.

Embarazo

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y ya está viendo a un médico OB/GYN, puede seguir con ese médico cuando obtiene TennCare. Pero él o ella debe aceptar el monto que TennCare paga. Llámenos al **800-263-5479** para averiguar si aún puede ver a este médico. Podemos pedirle que se cambie a un médico OB/GYN que esté en nuestro Directorio de proveedores si es seguro cambiarlo.

Acuda a **todas** sus visitas al OB/GYN, incluso si se siente bien. Su médico le indicará con qué frecuencia debe realizar visitas de control 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 la fecha de nacimiento de su bebé, es posible que vea a su médico cada semana.

Haga lo que su médico le indique 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 planea 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 al Departamento de Salud local y pida 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. Pero debe decirle 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 del parto. 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, su médico puede querer revisarla con mayor frecuencia. 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 desesperanzador.

Es posible que algunas mujeres necesiten consultar a su PCP o a un especialista en las semanas y meses posteriores al parto para atender problemas como el azúcar alta en la sangre o la presión arterial alta.

La lactancia puede ser difícil. Usted y su bebé pueden consultar a un especialista en lactancia para obtener ayuda. Llame a *TennCareSelect* si necesita ayuda para encontrar un especialista en lactancia cercano.

Su bebé necesita un examen preventivo con un 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** del nacimiento. El médico del bebé debe estar en nuestro Directorio de proveedores para que TennCare cubra los servicios de atención de la salud.

Llame al médico con anticipación para programar la cita para el chequeo de su bebé. Las visitas de control de bienestar del bebé forman parte de **TennCare Kids**. Lea más sobre **TennCare Kids** en las páginas siguientes.

Los menores de 2 años de edad 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 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. Llame 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. Dígalos 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 médica para niños y adolescentes)

¡Revítese, contrólese y regrese para su seguimiento!

TennCare Kids es el nombre del Programa TennCare para mantener saludables a los niños. El nombre federal del programa es EPSDT, pero en Tennessee se llama TennCare Kids. Todos los niños y adolescentes **necesitan** visitas de control regulares, incluso si parecen saludables. Estas visitas ayudan a su médico a **encontrar y tratar los problemas en forma anticipada**.

En TennCare Kids, las visitas de control para niños son **gratis** hasta que cumplen 21 años de edad. TennCare Kids también cubre toda la atención y los medicamentos médicamente necesarios para tratar los problemas que surjan del chequeo. Esto incluye servicios médicos, dentales, del habla, auditivos, de la vista y conductuales (salud mental o problemas de trastornos por consumo 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 chequeo de TennCare Kids. Puede visitar al PCP de su hijo para realizar las visitas de control de TennCare Kids.

Y, si a otra persona, como la docente de su hijo, le preocupa la salud de su hijo, puede obtener un chequeo de TennCare Kids para su hijo.

Las visitas de control de TennCare Kids pueden incluir:

- historial de salud;
- examen físico completo;
- pruebas de laboratorio (según sea necesario);
- vacunas (inmunizaciones);
- exámenes de detección de la visión y la audición;
- exámenes de detección conductual/de desarrollo (según sea necesario);
- consejos sobre cómo mantener saludable a su hijo.

Si el PCP (pediatra) encuentra algún problema, TennCare Kids también le brinda a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, auditivo, visual y conductual (salud mental o trastornos por consumo de sustancias) que necesite.

Los niños deben ir al médico para realizar visitas de control incluso si no están enfermos. Deben realizar visitas de control 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
- A los 24 meses
- 30 meses
- y luego todos los años hasta los 21 años de edad.

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

- difteria;
- Tétano
- Tos ferina
- Poliomielitis
- Sarampión
- paperas;
- Rubéola (MMR)
- HIB;
- Gripe (influenza)
- 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: Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) de TennCare.

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 TennCare Kids en la Parte 9 de este manual.

Atención dental para niños (para los dientes)

También tiene un plan dental para sus dientes que se llama **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 atención especial. Los menores de 21 años de edad deben realizarse un chequeo y una limpieza cada seis meses. Los niños deben comenzar a consultar a un dentista en el momento en que sale el primer diente o antes del primer año.

TennCare pagará alguna otra atención dental si es médicamente necesaria. Los aparatos de ortodoncia se cubren **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 ir a un dentista de Renaissance.

Atención de visión para niños (para los ojos)

Los ojos de los niños también necesitan atención especial. A los menores de 21 años de edad se les puede hacer un examen de la vista y recibir 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 TennCareSelect le mostrará de qué marcos puede elegir.

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

No es necesario que los niños vean a su PCP antes de ver a su oftalmólogo de TennCareSelect. Sin embargo, el oftalmólogo aún debe estar en nuestro Directorio de proveedores.

Servicios no cubiertos

TennCare informa que ciertos servicios **no** están cubiertos para ningún beneficiario. Puede encontrar una lista **completa** de los servicios que TennCare no pagará, en línea en las reglas de TennCare en:

<https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20250801.pdf>

O bien, puede llamarnos al **800-263-5479** 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 estética. Pero si se sometió a una mastectomía debido a una mama enferma, la cirugía reconstructiva de mama está cubierta.
4. Procedimientos para revertir la esterilización.
5. Inseminación artificial, fertilización in vitro o cualquier otro tratamiento para lograr 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 empleo requiere.
10. Cualquier tratamiento médico o de salud conductual (salud mental, alcohol y trastornos por consumo de sustancias) si usted se encuentra en una cárcel o prisión local, estatal o federal.
11. Servicios cubiertos por el seguro de compensación laboral.
12. Servicios que recibió antes de tener TennCare o después de que su cobertura de TennCare finalice.
13. Artículos de higiene personal, de lujo o de conveniencia.
14. Atención de convalecencia y servicios de acompañante.
15. Servicios destinados principalmente a la atención de convalecencia o curas de reposo.
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 refractivo del ojo.
19. Servicios brindados por un miembro de la familia o por cualquier persona que viva en el hogar, excepto cuando estén permitidos bajo la modalidad de Dirección del consumidor en CHOICES y Employment and 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) dice que son:

- DESI o estudios de eficacia farmacológica: esto significa que las investigaciones indican que no son eficaces.
- LTE o menos eficaz: esto significa que las investigaciones indican que son menos eficaces que el Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS); esto significa que los medicamentos son idénticos, están relacionados o son similares a los medicamentos de LTE.

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

Los servicios **para adultos que no están cubiertos** 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 se obtienen en la farmacia, incluso si tiene receta médica.
3. Medicamentos para tratar el acné y la rosácea.
4. Anteojos, lentes de contacto o exámenes de la vista para mayores de 21 años de edad. Pero si tuvo cirugía de cataratas, su primer par de lentes para cataratas o lentes de contacto está cubierto.
5. Audífonos o exámenes de audición para mayores de 21 años de edad.

Parte 3: Programas de Servicios y Asistencia a Largo Plazo (LTSS) de TennCare

¿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 **800-263-5479**. 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 brinda la familia 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 obtener atención domiciliaria o en la comunidad (en lugar de ir a un centro de cuidados), la evaluación ayudará a decidir si sus necesidades pueden satisfacerse de manera segura en el entorno domiciliario 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 **800-263-5479**.

¿Conoce a alguien que no esté en TennCare y desee presentar una solicitud para CHOICES? Estas personas deben comunicarse con la Agencia del Área para la Tercera Edad y Discapacidades (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) local gratis al **866-836-6678**. Su AAAD local les ayudará a averiguar si son elegibles para TennCare y CHOICES.

¿Quiénes pueden calificar para inscribirse en CHOICES?

Hay (3) grupos de personas elegibles para CHOICES.

El Grupo 1 de CHOICES es para personas de todas las edades que reciben atención en un centro de cuidados.

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

- necesitar el nivel de atención proporcionado en un centro de cuidados;
- **y** ser elegible para los servicios y asistencia a largo plazo de Medicaid;
- **y** recibir servicios en un centro de cuidados que paga TennCare.

Los servicios y asistencia a largo plazo de TennCare (Long-Term Services and Supports, LTSS) 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. 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.

El Grupo 2 de CHOICES es para ciertas personas **elegibles para recibir atención en un centro de cuidados**, pero eligen **recibir atención domiciliaria en su lugar**.

Para estar en el Grupo 2 de CHOICES, debe cumplir con lo siguiente:

- necesitar el nivel de atención proporcionado en un centro de cuidados;
- **y** ser elegible para los servicios y asistencia a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos de SSI O porque necesitará **y recibirá** servicios de atención domiciliaria en lugar de atención en un centro de cuidados;
- **y** ser mayor de 65 años de edad;
- **o** ser mayor de 21 años de edad con una discapacidad física.

Si necesita servicios de atención domiciliaria, pero no es elegible en uno de estos grupos, puede calificar para otros tipos de servicios y asistencia 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 en un centro de cuidados. 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 domiciliarias, o si su atención costara más que la atención en un centro de cuidados, 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.

El Grupo 3 de CHOICES es para ciertas personas que **no son elegibles para la atención en un centro de cuidados**, 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 un centro de cuidados a menos que reciba atención domiciliaria;
- **y** ser elegible para los servicios y asistencia a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos de SSI O porque recibirá servicios de atención domiciliaria en lugar de atención en un centro de cuidados;
- **y** ser mayor de 65 años de edad;
- **o** ser mayor de 21 años de edad 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 un centro de cuidados.

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 se aplique a algunas personas que están en TennCare que tendrían que ir a un centro de cuidados 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 un centro de cuidados 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 costos para los servicios del Grupo 3 de CHOICES. Este límite la establece TennCare.

Los **tipos** de atención domiciliaria cubiertos en el Grupo 2 y Grupo 3 de CHOICES se enumeran a continuación. 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.

- **Cuidado personal**

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

Esto significa que alguien lo ayudará con las necesidades de atención personal y ayuda en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Esto puede incluir ayuda con tareas en el hogar, como preparar comidas, limpiar o lavar la ropa. O pueden hacer mandados, como hacer compras por usted o recoger sus medicamentos.

Este servicio de atención personal es solo para usted. El servicio de atención personal se brindará solo si ninguna otra persona en el hogar puede realizar estas tareas por usted. Esto no es para otros miembros de la familia que no están inscritos en CHOICES.

- **Comidas con entrega en el hogar** (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).
- **Apoyos para la vida comunitaria (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.
- **Apoyos para la vida comunitaria: modelo de la familia (Community Living Supports, Family Model, CLS-FM):** domicilio 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.

- **La 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 asistencia remota y recordatorios para ayudar a una persona en la vida independiente.
- **Asistencia para empleos:** existen varios tipos diferentes de servicios para ayudarle a conseguir y mantener un empleo. Le ayudarán a:
 - decidir si quiere trabajar y cuáles son los empleos que le gustan y en los que podría destacarse;
 - probar ciertos empleos para ver cómo son y qué necesita hacer para prepararse para esos empleos;
 - redactar un plan para conseguir un empleo (o iniciar su propio negocio) y llevar a cabo ese plan;
 - contar con un asesor de trabajo para que le brinde asistencia al iniciar su empleo hasta que pueda desempeñarlo por sí mismo o con ayuda de sus compañeros de trabajo;
 - conseguir un mejor empleo y ganar más dinero;
 - comprender cómo el dinero que gane trabajando afectará otros beneficios que recibe, incluidos el Seguro Social y TennCare.

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

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

“Individual” significa que usted está empleado de manera independiente 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 empleo. También podría ser un “empleado independiente”. Esto significa que usted tiene un negocio y trabaja por cuenta propia.

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

“Competitivo” significa que el salario que usted gana por su trabajo (o de su negocio, después de gastos) es *al menos* el salario mínimo. Y debe ser el mismo salario que se paga a las personas sin discapacidades que realizan el mismo trabajo.

Para algunas personas, un trabajo puede ser “personalizado”. Esto significa que su proveedor de empleo le ayuda a encontrar o desarrollar un puesto que sea solo para usted. Combinan los tipos de cosas que le gustan y en las que podría destacarse con las necesidades de un empleador.

Habrá un acuerdo especial entre usted y su empleador para asegurarse de que se satisfagan ambas necesidades. El empleador puede acordar cambiar cosas sobre el trabajo para que se ajuste a sus necesidades. Solo puede hacer partes de un trabajo, compartir tareas del puesto con otra persona o desempeñar funciones que nadie más realiza. El acuerdo también puede pagar cosas como:

- dónde trabaja;
- el horario en que trabaja;
- la asistencia que necesita;
- cuánto se le paga.

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

¿Qué sucede si cree que no quiere trabajar? Antes de decidir, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que le pueden gustar y en los que podría destacarse. 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 si trabajar.

Puede obtener ayuda del Departamento de Exploración para ayudarle a tomar una decisión informada sobre el empleo.

Departamento de Exploración: le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de empleos que podrían gustarle y en los que podría destacarse, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses.

También le ayuda a usted (y a la familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el empleo.

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 TennCareSelect

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 **800-263-5479** 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 **800-263-5479** 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 TennCareSelect.

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 concurren 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 para la 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 domicilio 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 tareas.

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 asistencia lo llamará al menos una vez al mes. Y lo visitará al menos una vez cada 6 meses. Estos controles garantizan que su salud, seguridad y bienestar no estén en riesgo. También sirven para supervisar 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 TennCareSelect 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 alguien de la familia, pero no puede:

- Pagarle a su cónyuge para que le brinde atención.
- pagarle a alguien que viva con usted para que le brinde servicios de atención personal, de transporte comunitario o de relevo domiciliario.
- 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 hermano, 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 TennCareSelect, a menos que **elija** esperar a que comiencen a trabajar los trabajadores de Dirección del 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 TennCareSelect en su lugar.

Autodirección de las tareas de atención médica

Puede dirigir y administrar a trabajadores remunerados para que completen tareas de atención médica por usted. Esto se denomina “Autodirección de las tareas de atención médica” o SDHCT (Self-Direction of Health Care). Un trabajador remunerado hará tareas como, por ejemplo, administrarle medicamentos. Usted o la persona autorizada para la toma de decisiones sobre atención médica pueden elegir la tarea. SDHCT no es lo mismo que la Dirección del consumidor o la autodirección de los HCBS.

Un trabajador de Dirección del consumidor o un profesional de asistencia directa realiza las funciones y tareas de SDHCT. Este es un servicio cubierto dentro de las asistencias de CHOICES que el miembro está autorizado a recibir, según la decisión, dirección y supervisión de un miembro de CHOICES que recibe HCBS o del representante autorizado para la toma de decisiones de salud del miembro.

La autodirección de tareas de atención médica puede realizarse en el domicilio de la persona, durante el empleo o en 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 su salud física, salud conductual (salud mental o trastorno por consumo 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 800-263-5479.

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 un centro de cuidados o, para el Grupo 3, que sigue estando “en riesgo” de acudir a un centro de cuidados.
- 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 apoyos a largo plazo para satisfacer sus necesidades.
- Suplementará (o sumará al) el plan de atención del centro de cuidados si hay cosas que TennCareSelect 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.

- Trabajará 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 asistencia a largo plazo para satisfacer sus necesidades; y
- 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 **800-263-5479**. 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 TennCareSelect, 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 atención en cualquier momento en que tenga alguna pregunta o inquietud sobre su atención médica; no es necesario que espere hasta una visita domiciliaria 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 obtendrá para ayudarlo a cumplir sus objetivos;
- con qué frecuencia obtendrá 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 ayudará a:

- encontrar 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 obtendrá, 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:

- 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 alguien de la familia, 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 atención 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. TennCareSelect intentará asignarle los proveedores que usted 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;
- 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.



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

Guarde una copia de su solicitud. 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 volverá a ver 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, los servicios 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 autorizado que incluya el servicio;
- o bien, 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 TennCareSelect 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 TennCareSelect, como presentar una queja, cambiar de coordinador de atención u obtener la atención que necesita;
- hacer derivaciones al personal adecuado de TennCareSelect;
- ayudar a solucionar problemas con su atención.

Para comunicarse con el defensor del consumidor de TennCareSelect CHOICES, llámenos al **800-263-5479**. 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 instalaciones de vivienda asistida o instalaciones de atención crítica para adultos);
- o en una residencia de ancianos.

Para recibir atención domiciliaria o en la comunidad, debe ser elegible 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 ancianos, es posible que pueda trasladarse de la residencia de ancianos a su domicilio y recibir servicios si lo desea. Si está interesado en mudarse de la residencia de ancianos a la comunidad, hable con su coordinador de atención.

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 ancianos. Esto incluye el costo de su atención domiciliaria **y** cualquier atención de médica domiciliaria 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 médica o de enfermería domiciliaria 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 ancianos, pero no quiere dejarlo para mudarse a la comunidad? Entonces, no lo hará, aunque creamos que la atención en la comunidad costaría menos. Siempre que sea elegible para atención de enfermería domiciliaria, 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 TennCareSelect.

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,

TennCareSelect 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 no 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 en la que se 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 un hogar de ancianos, 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 las 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 un hogar de ancianos, 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 ancianos y no corre el riesgo de ir a una residencia de ancianos;
- 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 domiciliaria 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 domiciliaria que necesita o en la comunidad será mayor que el costo de la atención en una residencia de ancianos. El costo de la atención incluye cualquier atención médica domiciliaria 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 domiciliarios de forma segura o comunitarios por un costo no superior al de la atención en un hogar de ancianos, su coordinador de atención lo ayudará a mudarse a un hogar de ancianos de su elección que trabaje con TennCareSelect. Si decide no mudarse a una residencia de ancianos, 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 domiciliaria de CHOICES con hasta \$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 la familia y amigos. Si decidimos que sus necesidades no se pueden satisfacer con la atención que puede obtener en el Grupo 3, TennCare verá si es elegible para pasar al Grupo 2 de CHOICES para recibir más atención domiciliaria o al Grupo 1 de CHOICES para recibir atención en un hogar de ancianos. ¿Qué sucede si sus necesidades no se pueden satisfacer en el domicilio o en la comunidad (incluso con atención domiciliaria hasta el costo de la atención en un hogar de ancianos) 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 sea elegible para Medicaid. Sin embargo, ya no recibirá **ningún** servicio y asistencia a largo plazo a cargo de TennCare. Recibirá una carta en la que se 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 los requisitos 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 ser elegible 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 de edad o más y recibió atención en un hogar de ancianos o ICF/IID, atención domiciliaria, llamados servicios en el hogar y comunitarios o HCBS, atención médica 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 la 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 Secretaría del Tribunal de sucesiones solicitando una "Solicitud de liberación de cobro del acervo hereditario".
- **Obtenga la solicitud de liberación de TennCare enviando un correo electrónico, 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. 4 th 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 varias 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



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 calificando todos los años, lo que se denomina renovación. 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 el Programa Employment and Community First CHOICES?

El Programa Employment and Community First (ECF CHOICES) es para personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo (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 asistencia 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 el Programa Employment and Community First CHOICES?

Existe una cantidad limitada de fondos para atender a las personas cada año. Esto significa que no todas las personas que deseen solicitar pueden inscribirse u obtener servicios de inmediato.

Hay una lista de referidos para Employment and Community First CHOICES. Para inscribirse en la lista de referidos, puede completar una autoderivación. Completar la autoderivación para el Programa 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 **800-263-5479**.

Los servicios de EFC CHOICES que se le proporcionen en su domicilio o en la comunidad no reemplazarán la atención que reciba de la familia y amigos o los servicios que ya reciba.

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

Sin embargo, si usted ha estado recibiendo servicios a través del Programa Estatal Family Support o de Medicaid Alternative Pathways (MAPS), ya no será elegible para recibir 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 domésticos o los Programas Nacionales de Asistencia Familiar para Cuidadores) que ahora puede obtener a través de EFC CHOICES, obtendrá la atención que necesita a través de EFC CHOICES.

Para saber si es elegible para inscribirse en EFC CHOICES, llámenos al **800-263-5479**.

¿Conoce a alguien que no esté en TennCare y desee presentar una solicitud para EFC CHOICES? Debe comunicarse con la oficina regional de admisiones del

Departamento de Discapacidad y Tercera Edad (Department of Disability and Aging, DDA) en su área.

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

Esta oficina le ayudará a averiguar si son elegibles para TennCare y EFC CHOICES.

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

Hay 5 grupos de personas que pueden ser elegibles para inscribirse en EFC 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 de edad con I/DD que viven en casa con la 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 fuera elegible para recibir atención en un hogar de ancianos puede elegir inscribirse en este grupo si el Grupo 6 de EFC CHOICES está lleno y sus necesidades pueden satisfacerse con estos servicios.

Apoyos integrales para el empleo y la vida comunitaria (esto a veces se denomina "Grupo 6").

Estos servicios son solo para adultos mayores de 21 años que calificarían para recibir atención en un hogar de ancianos. (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 asistencia integral son para personas que necesitan más servicios para ayudarlas a vivir en la comunidad y alcanzar sus objetivos de empleo y vida comunitaria.

Asistencia familiar conductual intensivo (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.

Asistencia conductual integral 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 mayores de 21 años. 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 decidirán si usted cumple con las reglas del nivel de atención para inscribirse en ECF CHOICES. Los servicios para miembros de TennCare decidirán si cumple con las reglas de ingresos y recursos para ser elegible para 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 dice que sí, para inscribirse en el ECF 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 límite de costos de su atención 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 de manera segura sus necesidades en el hogar, o si su atención costara más que el límite de costos de atención para su grupo de ECF CHOICES, no puede estar en el grupo de 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 EFC CHOICES

Los servicios que puede recibir en Employment and Community First CHOICES dependen del grupo de beneficios al que pertenezca. **Existen cinco grupos de beneficios:**

Apoyo familiar esencial

O “Servicios de asistencia familiar” para abreviar.

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

Los servicios de asistencia familiar son solo para personas que viven en casa con la familia. Le ayudarán a planificar y conseguir un trabajo, y a vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Le ayudarán a realizar actividades en la comunidad que usted desee, para apoyarle en la construcción de relaciones y en el logro de sus objetivos. También ayudarán a la familia a brindarle asistencia para planificar y alcanzar sus objetivos.

El costo total de los servicios de asistencia familiar que recibe no puede exceder el límite de costos cada año. TennCare establece el límite de costos cada año.

Comienza el 1.º de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año.

Solo en el programa de Apoyo familiar esencial, su límite de costos no incluye el costo de ninguna modificación menor en el hogar. Tampoco contaremos el costo de la asistencia familiar. 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 asistencia esencial” para abreviar.

(Esto a veces se denomina “**Grupo 5**”).

Estos servicios son **solo** para mayores de 21 años de edad.² Le ayudarán a conseguir o mantener un empleo y a vivir lo más independientemente posible en la comunidad. Le ayudarán a realizar actividades en la comunidad que usted desee, para apoyarle en la construcción de relaciones y en el logro de sus objetivos.

El costo total de los servicios de asistencia esencial que recibe no puede exceder el límite de costos cada año. TennCare establece el límite de costos cada año. Comienza el 1.º 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 asistencia esencial para ese año. Pero no pueden costar más de \$6,000.

También puede revisar su límite 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 asistencia integral” para abreviar.
(Esto a veces se denomina “**Grupo 6**”).

Estos servicios son **solo** para adultos mayores de 21 años de edad que fueran elegibles para recibir atención en un hogar de ancianos.³ (Pero estos servicios se proporcionan **en la comunidad**).

Le ayudarán a conseguir o mantener un empleo y a vivir lo más independientemente posible en la comunidad. Le ayudarán a realizar actividades en la comunidad que usted desee, para apoyarle en la construcción de relaciones y en el logro de sus objetivos.

Tendrá un límite (o “límite de costos”) en el costo total de los servicios de asistencia integral que puede obtener cada año. Su límite de costos anual se basa en una evaluación de su “nivel de necesidad”. Su “nivel de necesidad” nos indica cuánta asistencia necesita. Todos los miembros del grupo de Servicios de

asistencia 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 asistencia integral que recibe no puede ser superior a su límite de costos cada año. Comienza el 1.º 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 asistencia 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 asistencia 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 costos más alto. El monto se basa en el costo anual promedio de la atención en una institución para la que fuera elegible.

- Si tiene una **discapacidad intelectual:** su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (instalaciones 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 un hogar de ancianos **más** el costo promedio de los servicios especiales que una persona con una discapacidad del desarrollo necesitaría en un hogar de ancianos.

Estos costos anuales promedio cambian cada año.

Esto **no** significa que recibirá servicios en un ICF/IID o en un hogar de ancianos. 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 asistencia que puede recibir en la comunidad, su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de costos se basa en el costo de la atención en un ICF/IID o un hogar de ancianos, cualquier atención médica domiciliaria 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 domiciliaria 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 asistencia.

Asistencia familiar conductual intensiva

(Esto a veces se denomina “**Grupo 7.**”)

Este grupo es para una pequeña cantidad de menores de 21 años de edad que viven con la familia y tienen I/DD y necesidades graves de asistencia 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 costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (instalaciones 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 asistencia que puede recibir en la comunidad, su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Cualquier atención médica domiciliaria o servicios de enfermería privada que TennCare pague **también** se **tendrá** en cuenta en su límite de costos. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare cuentan para su límite de costos. **Excepto** para servicios de salud domiciliaria 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 asistencia.

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 asistencia 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 mayores de 21 años de edad. 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.

- Para el primer año, su límite de costos se basa en el costo anual promedio de los servicios en un ICF/IID (instalaciones de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales) público.
- Para el segundo año y todos los años posteriores, 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 asistencia que puede recibir en la comunidad, su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o conductuales excepcionales).

Si su límite de costos se basa en el costo de la atención en un ICF/IID o un hogar de ancianos, cualquier atención médica domiciliaria 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 domiciliaria 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 asistencia.

Durante el primer año en que participe en Employment and Community First CHOICES, su límite de costos será “prorrateado”. Esto significa que su límite de costos anual se dividirá por los 365 días de un 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 costos, **no** significa que recibirá servicios hasta el monto del límite de costos. Employment and Community First CHOICES solo pagará los servicios que debe tener para satisfacer sus necesidades domiciliarias o comunitarias.

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 “asistencia natural” cuando sea posible. Son personas que pueden ayudar a brindarle la asistencia que necesita sin que se les pague, como la familia, amigos y compañeros de trabajo. Usar asistencia natural puede ayudarle a construir relaciones y ser parte de su comunidad.

Los **tipos** de servicios de asistencia cubiertos en Employment and Community First CHOICES se enumeran en un cuadro 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. En el cuadro se indica cómo cada servicio puede ayudarle, qué grupos de beneficios lo cubren y cuáles son los límites de ese servicio. Si tiene preguntas sobre un servicio, consulte a su coordinador de asistencia.

Asistencia para empleos

Existen varios tipos de servicios para ayudarle a conseguir y mantener un empleo. Le ayudarán a:

- decidir si quiere trabajar y los tipos de empleos que podría gustarle y en los que podría destacarse;
- probar ciertos empleos para ver cómo son y qué necesita hacer para prepararse para esos empleos;
- redactar un plan para conseguir un empleo (o iniciar su propio negocio) y llevar a cabo ese plan;
- contar con un asesor de trabajo para que le brinde asistencia al iniciar su empleo hasta que pueda desempeñarlo por sí mismo o con ayuda de sus compañeros de trabajo;
- conseguir un mejor empleo y ganar más dinero;
- comprender cómo el dinero que gane trabajando afectará otros beneficios que recibe, incluidos 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 de edad.

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

“Individual” significa que usted está empleado de manera independiente 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 empleo. También podría ser un “empleado independiente”. Esto significa que usted tiene un negocio y trabaja por cuenta propia.

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

“Competitivo” significa que el salario que usted gana por su trabajo (o de su negocio, después de gastos) es *al menos* el salario mínimo. Y debe ser el mismo salario que se paga a las personas sin discapacidades que realizan el mismo trabajo.

Para algunas personas, un trabajo puede ser “personalizado”. Esto significa que su proveedor de empleo le ayuda a encontrar o desarrollar un puesto que sea solo

para usted. Combinan los tipos de cosas que le gustan y en las que podría destacarse con las necesidades de un empleador.

Habrá un acuerdo especial entre usted y su empleador para asegurarse de que se satisfagan ambas necesidades. El empleador puede acordar cambiar cosas sobre el trabajo para que se ajuste a sus necesidades. Solo puede hacer partes de un trabajo, compartir tareas del puesto con otra persona o desempeñar funciones que nadie más realiza. El acuerdo también puede pagar cosas como:

- dónde trabaja;
- el horario en que trabaja;
- la asistencia que necesita;
- cuánto se le paga.

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

 Qu  sucede si cree que no quiere trabajar? Antes de decidir, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que le pueden gustar y en los que podría destacarse. 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 si trabajar.

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

- **Departamento de Exploración:** le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de empleos que podrían gustarle y en los que podría destacarse, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También le ayuda a usted (y a la familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el empleo.
- **Autodirección entre pares, asistencia laboral y comunitario:** orientación y asistencia de otra persona con discapacidades que cuenta con experiencia y capacitación para ayudarle y responder sus preguntas. Incluye asistencia para ayudarlo a:
 - dirigir su plan de asistencia;
 - dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal en la Dirección del consumidor);
 - **pensar y probar opciones de empleo** o vida comunitaria.

¿Tiene entre 16 y 62 años de edad? 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 asistencia de integración comunitaria:** le ayudan a realizar actividades en la comunidad que usted desea hacer. Tomar una clase, unirse a un club, ser voluntario, mantenerse saludable, hacer algo divertido, establecer relaciones y alcanzar 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 cuidar de sí mismo, de su hogar o de su dinero.

Para completar el proceso de elección informada de empleo, debe recibir *al menos* el servicio del Departamento de Exploración. También puede *elegir* recibir el servicio de asistencia entre pares.

¿Qué sucede si recibe al menos el servicio del Departamento de Exploración y aún no desea trabajar en este momento? Entonces debe firmar una página que indique que ha recibido todos los hechos y que aun así no desea trabajar. Luego, si necesita servicios de asistencia para la integración comunitaria o capacitación en habilidades de vida independiente, puede obtenerlos. Sin embargo, 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 comunitaria (incluido el modelo de la familia). Si recibe apoyos 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 tecnología de asistencia). 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. 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 asistencia** deben autorizarse 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 TennCareSelect

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 **800-263-5479** 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 **800-263-5479** 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 TennCareSelect.

Dirección del consumidor

La Dirección del consumidor es una manera de obtener la asistencia que necesita en el Programa Employment and Community First CHOICES. La Dirección del

consumidor le brinda más opciones y control sobre **quién** le brinda su asistencia y **cómo** se le brinda. En Employment and Community First CHOICES, los servicios que puede dirigir como consumidor son:

- servicios de asistencia;
- atención domiciliar de asistencia;
- Atención de relevo
- transporte comunitario.

En la Dirección del consumidor, usted emplea a las personas que prestan algunos de sus servicios de asistencia: 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:

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 de 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 para la 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 participar en la Dirección del consumidor y necesita un representante, su coordinador de asistencia le informará quién califica para ser representante. A la persona que elija no se le puede pagar por proporcionar ninguno de sus servicios de asistencia 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
- Debe conocerlo muy bien.
- Debe conocer los tipos de atención que necesita y cómo desea que se le brinde atención.
- Debe conocer sus horarios y su rutina.
- Debe conocer sus necesidades de atención médica y los medicamentos que toma.
- Debe estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieran para realizar las tareas de Consumer Direction.

- vivir con usted en su casa o estar presente en su domicilio 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 asistencia lo llamará al menos una vez al mes. Y lo visitará una vez cada 6 meses. Estos controles ayudan a garantizar que su salud, seguridad y bienestar no estén en riesgo. También sirven para supervisar 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 domiciliaria de proveedores que trabajan con su plan de salud TennCare. Sin embargo, debe usar proveedores que trabajen con TennCareSelect para obtener atención que no pueda obtener a través de Dirección del consumidor.

¿Puede pagarle a la familia o amigos para que le brinde asistencia en Dirección del consumidor?

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

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

Y, Employment and Community First CHOICES no puede pagar a la familia u otras personas para que le proporcionen la atención que habrían brindado gratis. Employment and Community First CHOICES solo paga por la atención para satisfacer necesidades que **no puede** satisfacer la familia 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 asistencia hablará con usted sobre la Dirección del consumidor. Si desea participar en la Dirección del consumidor, su coordinador de asistencia 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 TennCareSelect, a menos que **elija** esperar a que comiencen a trabajar los trabajadores de Dirección del 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 el Programa

Employment and Community First CHOICES. Obtendrá los servicios que necesita de un proveedor que trabaje con TennCareSelect en su lugar.

Autodirección de las tareas de atención médica

Puede dirigir y administrar a trabajadores remunerados para que completen tareas de atención médica por usted. Esto se denomina "Autodirección de las tareas de atención médica" o SDHCT (Self-Direction of Health Care). Un trabajador remunerado hará tareas como, por ejemplo, administrarle medicamentos. Usted o la persona autorizada para la toma de decisiones sobre atención médica pueden elegir la tarea. SDHCT no es lo mismo que la Dirección del consumidor o la autodirección de los HCBS.

Un trabajador de Dirección del consumidor o un profesional de asistencia directa realiza las funciones y tareas de SDHCT. Este es un servicio cubierto dentro de la asistencia de EFC CHOICES que el miembro está autorizado a recibir, según la decisión, dirección y supervisión de un miembro de EFC CHOICES que recibe HCBS o del representante autorizado para la toma de decisiones de salud del miembro.

La autodirección de tareas de atención médica puede realizarse en el domicilio de la persona, durante el empleo o en 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 asistencia

En Employment and Community First CHOICES, tendrá un coordinador de asistencia. Debe saber quién es su coordinador de asistencia y cómo comunicarse con él. Le ayudarán a obtener los servicios de salud, salud mental y apoyo que más necesita para vivir en la comunidad y le ayudará a alcanzar sus objetivos.

Su coordinador de asistencia desempeñará un papel muy importante. Su coordinador de asistencia 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 asistencia o cómo ponerse en contacto con esta persona? Puede llamarnos al 800-263-5479.

Su coordinador de asistencia 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 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 un centro de cuidados o, para el Grupo 5, que sigue estando “en riesgo” de acudir a un centro de cuidados.
- 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 asistencia

Si no está satisfecho con su coordinador de asistencia y le gustaría tener uno diferente, puede pedirnos un cambio. Puede tener un nuevo coordinador de asistencia si hay uno disponible. Eso no significa que pueda elegir a quien quiera que sea su coordinador de asistencia. 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 asistencia, llámenos al **800-263-5479**. Díganos por qué desea cambiar de coordinador de asistencia. Si no podemos asignarle un nuevo coordinador de asistencia, le diremos por qué. Y le ayudaremos a abordar cualquier problema o inquietud que tenga con su coordinador de asistencia.

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

Puede comunicarse con su coordinador de asistencia 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 asistencia cada vez que haya un cambio en su condición 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 la persona (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 recibe esos servicios y asistencia;
- quién los proporcionará, y
- los entornos (o lugares) en los que se proporcionarán.

Su coordinador de asistencia ayuda a desarrollar su plan de asistencia. Lo ayudará 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; y
- 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 asistencia autorizado.

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

- 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 alguien de la familia, 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 asistencia 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. TennCareSelect intentará asignarle los proveedores que usted 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;
- 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. **¿Pero qué sucede si sus necesidades cambian y necesita más asistencia?** Hable con su coordinador de asistencia. Su coordinador de asistencia lo ayudará a analizar su plan de asistencia. 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 costos 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 recibir servicios que cuesten más de lo que su evaluación indica que necesita.

Cómo solicitar de una revisión de TennCare

Si está en algún grupo de Employment and Community First CHOICES, puede pedir a TennCare que revise su evaluación de necesidades o plan de asistencia si 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 asistencia. Si TennCare cree que usted tiene razón, trabajará con **TennCareSelect** 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 o plan de asistencia, puede enviar una solicitud por escrito.



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

Guarde una copia de su solicitud. 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 volverá a ver 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 asistencia autorizado que incluya el servicio;
- o bien, desea comenzar a obtener un nuevo servicio.

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

Defensor de miembros del Programa Employment and Community First CHOICES

Además de su coordinador de asistencia, hay otra persona en TennCareSelect que puede ayudarlo. Esta persona es el defensor de miembros del Programa Employment and Community First CHOICES. Su defensor de miembros está disponible para lo siguiente:

- Proporcionar información y responder preguntas sobre Employment and Community First CHOICES.
- Ayudar a resolver problemas con sus servicios y asistencia.

- Ayudarlo a presentar una queja, solicitar un cambio de coordinadores de asistencia u obtener los servicios y asistencia que necesita.
- Ayudarlo a hablar con el personal adecuado de *TennCareSelect*.

Para comunicarse con el defensor de miembros de *TennCareSelect* para Employment and Community First CHOICES, llame a *TennCareSelect* al **800-263-5479**. Solicite hablar con el defensor de miembros del Programa Employment and Community First CHOICES.

Pago de 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, un QIT se denomina fideicomiso Miller. Si adeuda responsabilidad al paciente, debe pagar su responsabilidad al paciente en Employment and Community First CHOICES.

Pagará su responsabilidad como paciente a su plan de salud, a menos que reciba apoyos para la vida comunitaria. Su plan de salud le informará 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?

Podrían suceder cuatro cosas:

1. Sus proveedores podrían decidir ya no brindarle servicios en Employment and Community First CHOICES.
2. Y si no pagara su responsabilidad como paciente, *TennCareSelect* podría decidir no prestar sus servicios en Employment and Community First CHOICES. No se podrán satisfacer sus necesidades si no se encuentran proveedores dispuestos a brindarle servicios. Deben enviarle una carta que indique por qué ya no pueden prestar estos servicios. Si cree que están equivocados, puede apelar. En la carta se indicará cómo apelar.

3. Y si no pagara su responsabilidad como 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 porque recibe servicios en Employment and Community First CHOICES, también podría perder su membresía en TennCare. Antes de que termine su TennCare, recibirá una carta en la que se indicará cómo apelar si considera que estamos equivocados.

¿Tiene facturas médicas por la atención que recibió ANTES de que comenzara su TennCare? Esto incluye la atención en un hogar de ancianos, 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 las 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 su 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 pagar 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 al paciente que adeude.

Cancelación de inscripción en el Programa 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 asistencia ingrese en su casa. Si un coordinador de asistencia 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 domiciliaria 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 domiciliaria que necesita o en la comunidad será mayor que el costo de su límite de gastos. Excepto para el Grupo 4 de ECF CHOICES, el costo de la atención incluye cualquier atención médica domiciliaria o de enfermería privada que pueda necesitar.

Su coordinador de asistencia comprobará regularmente que la atención que reciba en su propio domicilio o en la comunidad (incluido el costo de la atención médica domiciliaria y la enfermería privada) no supere el costo de su límite de costos.

Si es elegible para Medicaid **solo** porque recibe servicios y asistencia a largo plazo y se cancela su inscripción en Employment and Community First CHOICES, su TennCare también podrá terminar. Antes de hacerlo, recibirá una carta que le indicará el motivo. Tendrá la oportunidad de ser elegible 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 calificando todos los años, lo que se denomina renovación. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las reglas médicas y financieras de 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 vacante abierta para que pueda volver a inscribirse.

¿Qué es el Programa Katie Beckett?

El Programa Katie Beckett de TennCare es para menores de 18 años de edad 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 domicilio 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 atender a las personas cada año. Esto significa que no todas las personas que deseen 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 Tercera Edad (DDA) en su área.

- 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 es elegible 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 del Programa Katie Beckett** (o **"Parte A"** para abreviar) es para niños que fueran elegibles para recibir atención en instalaciones médicas, como un hospital, un hogar de ancianos o un ICF/IID (instalaciones de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales). Pero quieren atención domiciliaria.
2. La **derivación de Medicaid, también conocida como Parte B del Programa Katie Beckett** (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 uno a menos que puedan obtener servicios.
3. La **elegibilidad continua** (o **"Parte C"** para abreviar) es para niños que tienen Medicaid ahora, pero su Medicaid está terminando 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 una vacante disponible para el niño en este momento. (Le brindamos más información sobre las “vacantes” a continuación).

Si un niño se inscribe en la Parte C y luego recibe una vacante 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 autorizados 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 “vacantes”. Para inscribir a su hijo en la Parte A o la Parte B, debe haber una vacante disponible en esa Parte *para su hijo*.

¿Cómo decide TennCare quién recibe una vacante?

Las **vacantes de la Parte A** se ocupan según la **necesidad**. Los niños con las necesidades médicas más complejas serán atendidos primero. Los niños con las necesidades conductuales más complejas serán atendidos después. 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 vacante? TennCare decidirá quién obtiene la vacante en función de cosas como las siguientes:

- si la afección del niño empeora;
- los tipos de atención médica que el niño ha recibido;
- los tipos de atención médica y de otro tipo que el niño necesita a diario;
- otras cosas que afectan a los cuidadores familiares.

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

Las vacantes de la Parte B se completan **por orden de llegada**. Los niños serán inscritos en vacantes abiertas de la Parte B según el momento en que se aplicaron o 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 domiciliaria;
- servicios de enfermería domiciliaria;
- equipos y suministros médicos;
- terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla;
- traslado que no sea de emergencia (Non-Emergency Transportation, NEMT).

Los servicios deben ser médicamente necesarios. El seguro privado debe pagar *primero*. TennCare le ayudará a pagar las cosas que el seguro privado no cubra, incluidos los deducibles y copagos del seguro. Se espera que los proveedores acepten Medicaid como pago total 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 servicios se denominan **Servicios domiciliarios y comunitarios 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.º 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 del Programa Katie Beckett, TennCare ayudará a pagar la atención de su hijo en el hogar. El monto que TennCare paga por la atención domiciliaria del niño 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 costara 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, estadía 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 médica domiciliaria, servicios de enfermería privada, equipo médico personal, terapia ambulatoria o domiciliaria, servicios de salud mental comunitarios (incluido el tratamiento residencial) y otros servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS).

El costo de la atención de su hijo en una institución depende del tipo de atención que pueda necesitar y ser elegible para recibir, como un hospital o un hogar de ancianos. TennCare utiliza registros médicos para decidir el tipo de atención institucional que su hijo fuera elegible para recibir. Para estar en la Parte A o la Parte C de Katie Beckett, la atención domiciliaria de su hijo 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 a su costo comparable de atención institucional.

Servicios de la Parte B

Los niños de la Parte B no recibirán beneficios de Medicaid. Sin embargo, el niño recibirá servicios (HCBS) para ayudar a la familia a satisfacer las necesidades del niño en su hogar. Esto incluye ayuda para pagar el seguro y la atención del hijo que este necesita y que el seguro no cubre. El costo total de los HCBS que recibe un hijo de la Parte B no puede ser superior a \$10,000 por año. Este es el límite anual del niño. Comienza el 1.º de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año.

Servicios de la Parte C

Los niños de la Parte C recibirán todos los beneficios de Medicaid para niños. Los niños de 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 los servicios son limitados. Esto significa que TennCare pagará solo un determinado monto de estos servicios. Para los HCBS, en el cuadro se 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 TennCare o DDA.

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 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 del Programa Katie Beckett que trabajan con su plan de salud de TennCare o con el 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 asistencia a su hijo y **cómo** se le brinda. En la Parte A y la Parte B de Katie Beckett, los servicios que puede dirigir incluyen solo:

- Atención de relevo
- atención domiciliar de asistencia;
- transporte comunitario.

En la Dirección del consumidor, usted realmente emplea a las personas que prestan algunos de los servicios para su hijo: trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor). Esto significa que 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 de 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 (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 autorizado para cada servicio.

¿Qué pasa si no puede hacer algunas o todas estas cosas? Puede elegir a otro familiar, amigo o alguien cercano 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 puede pagar a familiares u otras personas para que le proporcionen la asistencia que habrían brindado gratis. TennCare solo paga por la atención para satisfacer necesidades que **no pueden** satisfacer los familiares u otras personas que ayudan a su hijo. Además, **no puede** pagarse a sí mismo ni a nadie que viva en el domicilio con su hijo para proporcionar relevo o atención domiciliar de asistencia.

Autodirección de las tareas de atención médica

Si usted se encuentra Dirección del consumidor, también puede elegir que los trabajadores dirigidos por el consumidor realicen ciertos tipos de tareas de atención médica por 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 médica 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 médica 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 médica.

Su enfermera coordinadora de atención médica

En la Parte A de Katie Beckett, tendrá una enfermera coordinadora de atención médica. Debe saber quién es su enfermera coordinadora de atención médica y cómo comunicarse con ella. Le ayudarán a obtener los servicios de salud, salud mental y apoyo que más necesita para vivir en la comunidad y le ayudará a alcanzar sus objetivos.

Su enfermera coordinadora de atención médica desempeñará un papel muy importante. Su enfermera coordinadora de atención médica 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 enfermera coordinadora de atención médica o cómo ponerse en contacto con esta persona? Puede llamarnos al 800-263-5479.

Su enfermera coordinadora de atención médica hará lo siguiente:

- Proporcionará información sobre el Programa Katie Beckett 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.
- 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 enfermera coordinadora de atención médica

Si no está satisfecho con su enfermera coordinadora de atención médica y le gustaría tener una diferente, puede pedirnos un cambio. Puede tener una nueva enfermera coordinadora de atención médica si hay una disponible. Eso no significa que pueda elegir a quien quiera que sea su enfermera coordinadora de atención médica. Debemos ser capaces de satisfacer las necesidades de todos los miembros del Programa Katie Beckett y asignar al personal de manera que nos permita hacerlo. Para solicitar una enfermera coordinadora de atención médica diferente, llámenos al **800-263-5479**. Díganos por qué desea cambiar de enfermera coordinadora de atención médica. Si no podemos asignarle una nueva enfermera coordinadora de atención médica, le diremos por qué. Y le ayudaremos a abordar cualquier problema o inquietud que tenga con su enfermera coordinadora de atención médica.

Es posible que haya ocasiones en las que TennCareSelect deba cambiar su enfermera coordinadora de atención médica. Esto puede suceder si su enfermera coordinadora de atención médica ya no trabaja más con TennCareSelect, está fuera del trabajo durante un tiempo o tiene demasiados miembros para brindarles la atención que necesitan. En este caso, TennCareSelect le enviará una carta que le indicará quién será su nueva enfermera coordinadora de atención médica y cómo ponerse en contacto con esta persona.

Puede comunicarse con su enfermera coordinadora de atención médica en cualquier momento si tiene alguna pregunta o inquietud sobre sus servicios y asistencia. No es necesario que espere hasta que lo visiten o lo llamen. Debe ponerse en contacto con su enfermera coordinadora de atención médica cada vez

que haya un cambio en su condición de salud u otras cosas que puedan afectar el tipo o la cantidad de asistencia 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 manutención. (En la Parte A, se denomina **Plan de Asistencia Centrado en la Persona o PCSP**. En la Parte B, se denomina **Plan de Asistencia Individual o ISP**.) Este es el plan que ayudará a guiar los servicios y la asistencia que recibirá su hijo. 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 enfermera coordinadora de atención médica o su administrador de casos de Katie Beckett ayudan a desarrollar su plan de asistencia. Lo ayudará 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; y
- 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 que estén incluidos en un plan de asistencia autorizado.

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 alguien de la familia, 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:

- Usted puede hablar con su enfermera coordinadora de atención médica o con el administrador de casos de DDA, 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 el DDA intentará asignarle los proveedores que usted 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;
- 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 o situación cambian.

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 quiere y 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 volverá a ver 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, los servicios que desea deben estar cubiertos en el grupo de beneficios en el que se encuentra su hijo. Esto incluye cualquier límite en los servicios y en el costo total de los servicios que puede recibir su hijo, el límite de costos 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 conservar un servicio que su hijo 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 su hijo debe contar con un plan de asistencia autorizado. 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 autorizado que incluya el servicio;
- o bien, 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 inscribirse y esperar el próximo período de inscripción abierta para adquirir el seguro.

¿Qué sucede si el niño 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 niño tiene un seguro privado, pero lo pierde después de inscribirse? Debe informar a

TennCare de inmediato. Tendrá 60 días después de que finalice para obtener un seguro privado nuevamente.

El nuevo seguro privado debe cumplir con las reglas federales para la cobertura esencial mínima. Si su hijo no tiene seguro médico privado antes de la fecha límite, ya no será elegible para seguir inscrito en el Programa Katie Beckett.

¿Qué sucede si no puede pagar un seguro privado?

Si un niño que solicita al Programa Katie Beckett no tiene seguro privado, la familia puede solicitar una **excepción por dificultades financieras**. Una excepción por dificultades financieras solo puede autorizarse **SI** una de las siguientes afirmaciones es verdadera:

- El costo del seguro privado para el niño 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 será elegible para la asistencia con las primas para ayudar a comprar seguros en el mercado federal).

Una excepción por dificultades financieras SOLO está disponible cuando un niño solicita por primera vez al Programa 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 niño califica para la excepción por dificultades financieras, la familia deberá adquirir un seguro privado para el niño. 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 niño se calculará dividiendo la prima total por la cantidad de miembros de la familia cubiertos por la póliza. Esto probablemente sobreestima 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 del Programa Katie Beckett

Para ser elegible para la Parte A, los padres del niño 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 niño. El monto que un padre paga por la parte del seguro privado del niño se deducirá del monto de la prima de la Parte A. Puede encontrar ejemplos de cómo funciona en los sitios web de TennCare y del Programa Katie Beckett del DDA. Los montos de las primas pueden ajustarse 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 la vacante a otro niño. Su hijo tendrá que volver a solicitar al Programa Katie Beckett.

Las familias pagarán las primas mensualmente a través de un giro bancario 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 niño en el programa.

- Si el pago de la prima se retrasa más de 30 días, un 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 de un 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 solicitarla para Katie Beckett. Tendrá que pagar las primas que adeuda antes de que el niño pueda volver a ser elegible. Además, debe haber una vacante disponible. No se mantendrá la vacante 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 asistencia 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 las siguientes situaciones:

- no paga las primas a tiempo;
- 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 Programa TennCare también finalizará. Antes de hacerlo, recibirá una carta que le indicará el motivo. Tendrá la oportunidad de ser elegible para otro de los grupos que cubre Medicaid.

Renovación de la cobertura de Katie Beckett cada año

Al igual que con todos los programas de Medicaid, tenemos la obligación de verificar que cada niño siga calificando todos los años, lo que se denomina renovación. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las reglas médicas y financieras del Programa 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 del DDA para que la cobertura de su hijo continúe. En la Parte A y la Parte C, su plan de salud TennCare puede ayudarle, si lo solicita. Si un niño pierde el Programa Katie Beckett, debe haber una vacante disponible para que pueda inscribirse nuevamente. El DDA renovará el Programa Katie Beckett cada año para los niños en la Parte B.

¿Qué es el abuso, negligencia y explotación?

Los miembros de TennCare tienen el derecho a no ser víctimas de abuso, negligencia y explotación. Es importante que comprenda **cómo identificar** y **cómo denunciar** abuso, negligencia y explotación.

El **abuso** puede ser...

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

Incluye lesiones, confinamiento injustificado, intimidación o castigos que resulten en daño físico, dolor o sufrimiento mental.

El abuso en todas sus formas constituye un acto “consciente” o “intencional”.

La **negligencia** es la falta de prestación de servicios y asistencia necesarios para evitar daño físico, sufrimiento mental o enfermedad mental, que ocasiona una lesión o un riesgo probable de daño grave.

La negligencia puede ser intencional o no.

La **explotación** ocurre cuando el dinero o los bienes de alguien son usados de manera indebida, ya sea porque se toman, se pierden o se emplean con un fin distinto al previsto. Incluso si solo se toman por un corto tiempo o la persona dio su consentimiento, aún puede considerarse 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, infórmelo a su coordinador de atención, coordinador de asistencia o administrador de casos.

Los coordinadores de atención, coordinadores de asistencia, administradores de casos y proveedores deben informar cualquier caso sospechoso de abuso, negligencia o explotación al DDA.

Usted, la familia, las personas que le brindan asistencia o cualquier ciudadano particular pueden denunciar directamente al Departamento de Investigaciones del DDA cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación, 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 haga el reporte. La DDA trabajará con las fuerzas de seguridad según sea necesario, así como con los Servicios de protección de adultos y los Servicios de protección de menores.

Defensor (Ómbudsman) de la atención a largo plazo

El Programa del Ómbudsman de la Atención a Largo Plazo del Estado ofrece asistencia a personas que viven en residencias de ancianos u otros entornos residenciales comunitarios, como una residencia de vida asistida o una residencia de cuidados críticos para adultos. Un Ómbudsman de la atención a largo plazo **no** trabaja para las instalaciones, el estado ni para *TennCareSelect*. Esto les ayuda a ser justos y objetivos en la resolución de problemas e inquietudes.

El programa del Ombudsman para 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 del Ómbudsman de la 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**.

Ómbudsman de apoyos para la vida comunitaria (CLS)

Un Ómbudsman de asistencia para la vida comunitaria (CLS) es un tipo de apoyo domiciliario que usted puede recibir si está inscrito en CHOICES o en los programas Employment and Community First (ECF) CHOICES.

Este Ómbudsman trabaja para la Agencia del Área para la Tercera Edad y Discapacidades en su localidad. TennCare*Select* les dará su nombre y lo llamarán. Su Ómbudsman 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.
- Resolver 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 gratis al 1-866-836-6678 desde cualquier lugar del estado para ser dirigido a la Agencia del Área para la Tercera Edad y Discapacidades (AAAAD) más cercana.

Sistema de asistencia para beneficiarios

TennCare contrata a 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 asistencia para beneficiarios (BSS).

DRT puede ayudarle a:

- conectarle con ayuda para que pueda solicitar CHOICES, Employment and Community First CHOICES, o Katie Beckett;
- explicarle sus derechos y responsabilidades;
- responder preguntas sobre TennCare, incluidos CHOICES, Employment and Community First CHOICES, o Katie Beckett;
- presentar y resolver inquietudes o quejas;
- presentar apelaciones u obtener información sobre una apelación que haya presentado;
- brindar información sobre las audiencias imparciales del estado.

No hay ningún costo por ningún servicio. DRT puede trabajar con TennCare y con su plan de salud para obtener respuestas si necesita más ayuda.

Estas son las formas en las que puede solicitar ayuda a DRT:

Formas de solicitar ayuda a DRT

	<p>Complete el formulario en línea.</p> <p>Visite el sitio web de DRT en https://www.ltsshelptn.org/</p>
	<p>Llame gratis a DRT al 888-723-8193.</p>
	<p>Envíe un correo electrónico a DRT a esta dirección: benefitshelp@disabilityrightstn.org</p> <p>Asegúrese de incluir esto 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 horario para la devolución de llamada.

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

Después de solicitar ayuda a DRT, un especialista en asistencia revisará su solicitud. Esto es lo que puede suceder a continuación:

- Puede obtener información y recursos para ayudarle.
- 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. 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 visitas de control, vacunas, atención durante el embarazo y parto. Este tipo de atención es siempre gratis. No tiene copagos para la atención preventiva. Encontrará más información sobre la atención preventiva en la Parte 2.

Para otra atención, como estadía en el hospital o visitas de niños enfermos, es **posible** que deba pagar parte del costo. Los copagos es lo que paga por cada servicio de atención médica que recibe.


No todas las personas de TennCare tienen copagos. Su tarjeta *TennCareSelect* 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);
- A veces, los ingresos mensuales de la familia antes de impuestos;
- cuántas personas de la familia viven con usted.

¿Tiene otro seguro que pague su atención médica? 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 la atención de un centro de cuidados paliativos. Si está embarazada o recibe atención en un programa de 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 médica de TennCareSelect puede negarse a brindarle servicios médicamente necesarios porque usted no paga sus copagos. Sin embargo, TennCareSelect y sus proveedores pueden tomar medidas para cobrar cualquier copago que deba.

Las tarjetas de su plan de salud le indican si tiene copagos.

 <p>TennCareSelect</p> <p>Fecha de entrada en vigencia</p> <p>Fecha de nacimiento del miembro:</p> <p>Nivel de beneficio:</p> <p>Copagos:</p> <p>N.º de grupo</p> <p>VER.: 5.1 (PCP) Médico de atención primaria</p>	 <p>bluecare.bcbst.com Servicio para Miembros: 1-800-263-5479 Proveedor de la red fuera de Tennessee 1-800-676-2583 (BLUE) Servicio para proveedores: 1-800-276-1978 Autorización previa: 1-800-711-4104 Autorización de Imágenes Radiológicas Avanzadas: 1-877-791-4101 Línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana*: 1-800-262-2873</p> <p>*No son productos DE BlueCross BlueShield</p> <p>Miembros: muestre siempre esta tarjeta y dígame a su proveedor que verifique la autorización previa. Recuerde que recibe su atención de su médico de atención primaria (PCP), indicado en el frente de esta tarjeta, excepto en caso de emergencia. Llame a su PCP dentro de las 24 horas de cualquier cuidado de emergencia.</p> <p>Esta tarjeta es para 703 (05/13)</p> <p>Proveedores: presente todas las reclamaciones ante el plan local de Blue Cross and Blue Shield (BCBS). Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Los beneficios no se proporcionarán para servicios no autorizados ni para servicios que no sean de cuidado de emergencia brindados por proveedores fuera de la red.</p> <p>Centro de servicios de reclamaciones de BlueCare Tennessee 1 Cameron Hill Circle Suite 0002 Chattanooga, TN 37402-0002</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Su tarjeta de TennCareSelect le indica si tiene copagos por visitas a médicos, especialistas, hospitales y sala de emergencia.

Su tarjeta del plan de farmacia TennCare le indica si tiene copagos para 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 hospitalización? ¿No está seguro? Consulte su tarjeta TennCareSelect o llame a TennCare Connect al **855-259-0701**.

Miembro	Receta Copago	PCP (médico de atención primaria) Copago	Especialista Copago	Sala de emergencia (si no es admitido)	Estadía en el hospital Copago
Menores de 21 años de edad de TennCare Medicaid	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Menores de 21 años de edad de TennCare Standard, por debajo del 134% del nivel federal de pobreza*	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
TennCare Standard para menores de 21 años de edad, del 134% al 199% del nivel federal de pobreza*	\$3 de copago para medicamentos de marca; \$1.50 de copago para medicamentos genéricos	\$5	\$5	\$8.20	\$5
TennCare Standard para menores de 21 años de edad, al 200% y por encima del nivel federal de pobreza*	\$3 para medicamentos de marca \$1.50 de copago para medicamentos genéricos	\$15	\$20	\$50	\$100
Mayores de 21 años de edad con TennCare Medicaid,	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno

Miembro	Receta Copago	PCP (médico de atención primaria) Copago	Especialista Copago	Sala de emergencia (si no es admitido)	Estadía en el hospital Copago
que reciben atención a largo plazo que TennCare paga y podrían recibir atención en una institución si lo desearan (CHOICES 1, CHOICES 2, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 6, ECF CHOICES 7, ECF CHOICES 8)					
Mayores de 21 años de edad de TennCare, que reciben atención a largo plazo que paga TennCare y que no son elegibles para recibir atención en una institución (CHOICES 3, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 5)	\$3 para medicamentos de marca \$1.50 de copago para medicamentos genéricos	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Mayores de 21 años de edad de TennCare Medicaid, que NO reciben atención a largo	\$3 para medicamentos de marca	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno

Miembro	Receta Copago	PCP (médico de atención primaria) Copago	Especialista Copago	Sala de emergencia (si no es admitido)	Estadía en el hospital Copago
plazo que paga TennCare de	\$1.50 de copago para medicamentos genéricos				

*Para averiguar qué porcentaje en el nivel federal de pobreza (FPL) se encuentra el 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 *TennCareSelect* 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.º trimestre: enero, febrero y marzo
- 2.º trimestre: abril, mayo y junio
- 3.º trimestre: julio, agosto y septiembre
- 4.º trimestre: octubre, noviembre y diciembre

El **límite** de copago de la 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 bolsillo en un trimestre, no pagará más copagos por 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 gratis al Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare al **800-878-3192**. Dígales que ha alcanzado el límite de copago de la 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; **y**
- el **monto** que se le cobró por la atención.

IMPORTANTE: es posible que un recibo de caja, un recibo de una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un recibo de una 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, pagará sus copagos nuevamente.

¿Qué sucede si sus recibos del trimestre superan su límite? Apelaciones médicas para miembros de TennCare, gratis al **1-800-878-3192**. Dígales que ha alcanzado el límite de copago de la familia.

Si sus ingresos cambian o el tamaño de la 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 otro seguro y Medicare

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

En la Parte 1 de este manual se 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 ser elegible para TennCare dependen del tipo de TennCare que tenga. En esta sección se repasará cómo trabaja TennCare con otro seguro.

*¿Tiene Medicare? La siguiente página le informa cómo trabaja TennCare con Medicare.

TennCare Medicaid 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 de su TennCare. Esto se denomina “seguro primario”.
- Su TennCare paga los servicios cubiertos que su otro seguro médico no cubre.

Si cuenta con otro seguro médico, debe informarlo a:

- El lugar donde recibe atención médica 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 pagar? Si tiene otro seguro que no sea TennCare, podría ser porque sus diferentes compañías de seguros médicos no se facturan correctamente. Llámenos al **800-263-5479** para obtener ayuda.

TennCare cubre los servicios de transporte en ambulancia aérea. No hay ningún costo directo para los miembros por estos servicios. Las compañías de ambulancias aéreas no son lo mismo que una cobertura de seguro; los miembros no pueden inscribirse en un plan de membresía con una compañía de ambulancias aéreas.

Copagos

Si su seguro primario paga primero un servicio cubierto por TennCare, usted 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 entonces? 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 médico 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 cueste el otro seguro ni qué servicios cubra. Lo que importa es si el otro seguro se le ha ofrecido o está disponible para usted.

Recuerde que TennCare Standard es para menores de 19 años de edad que están perdiendo su TennCare Medicaid. Cuando llegó el momento de verificar si podían conservar TennCare Medicaid, no eran elegibles. Pero, las reglas de TennCare Standard dicen que estos niños pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a un seguro médico grupal.

Tener acceso a otro seguro, incluso Medicare, no está permitido para los niños que tienen TennCare Standard.



Importante: ¿Ha tenido un accidente?

A veces, cuando sufre un accidente, hay otra persona que debe pagar su atención médica. Esto podría ser un accidente automovilístico o un accidente en el trabajo.

Debe informarnos quién debe pagar su atención médica si sufre un accidente. Llámenos gratis al **800-263-5479**.

TennCare y Medicare

Medicare se considera de la misma manera que un seguro médico grupal. Está destinado a mayores de 65 años de edad, y a algunas personas de cualquier edad que la Administración del Seguro Social determine como discapacitadas. Las personas con enfermedad renal terminal también pueden tener Medicare.

Las diferentes partes de Medicare:

La **Parte A** es para estadías en el hospital, atención en centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y en centros de cuidados paliativos.

La **Parte B** es para los servicios de su 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 todas 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 elegible 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**, llámelos al **800-633-4227**. Es una llamada gratuita.

Otro lugar que puede ayudarlo con Medicare se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener ayuda con Medicare, puede llamar gratis al **SHIP** 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, los médicos y otros proveedores de atención médica 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 en absoluto** por los medicamentos recetados cuando los adultos tengan Medicare. ¿Es menor de 21 años de edad 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 de Cuello Uterino (BCC)? Entonces **tampoco puede** tener Medicare. Si se vuelve elegible para Medicare mientras está inscrito en el Programa BCC, TennCare le enviará una carta. Se le indicará que deben analizar si usted es elegible para TennCare Medicaid de otra manera.
- Si necesita atención médica que no está cubierta por Medicare, pero está cubierta por TennCare, visite a un proveedor de *TennCareSelect* para obtener esos servicios cubiertos por TennCare, para que TennCare los pague.
- Para los mayores de 21 años de edad de Medicare, TennCare **no** paga los medicamentos recetados. La Parte D de Medicare paga sus medicamentos recetados.
- Para menores de 21 años de edad 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 médica o TennCare

Tipos de problemas y lo que puede hacer

Puede tener diferentes tipos de problemas con su atención médica.

Puede solucionar algunos problemas simplemente haciendo una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas sobre su atención médica, llámenos al **800-263-5479** 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 TennCare?

Si su tarjeta se pierde o es robada, o si la información de su tarjeta es incorrecta, puede obtener una nueva.

- Para obtener una nueva tarjeta *TennCareSelect*, llame al **800-263-5479**.
- Para obtener una nueva tarjeta de medicamentos recetados, llame al servicio de asistencia de farmacia de TennCare al 888-816-1680.

No tiene que esperar su nueva tarjeta para recibir atención o medicamentos.

Dígale a su médico o a la farmacia que tiene TennCare.

¿Necesita encontrar un médico o cambiar su 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? Indíquenos el motivo. Llámenos al **800-263-5479**. Queremos asegurarnos de que reciba una buena atención.

¿Necesita presentar una queja sobre su atención médica?

Si no está satisfecho con la atención que recibe, llámenos al **800-263-5479**. Díganos que debe presentar una queja.

Nadie puede hacerle nada malo si presenta una queja. Queremos ayudarle a recibir una buena atención.

¿Necesita ayuda para transportarse a su cita de atención médica?

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 transporte o llegar a su cita a tiempo? Llámenos al **800-263-5479** para informarnos que necesita ayuda.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

Si desea cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir atención médica, infórmenos. Llámenos al **800-263-5479**. 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 autorización de su plan de salud para recibir atención que no ha recibido?** Si cambia su plan y aún necesita atención, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan.

Tenga en cuenta lo siguiente antes de decidir cambiar de plan de salud:

- ¿El médico acepta el plan de salud al que desea cambiarse?
- ¿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 Tennessee?** 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 Tennessee?** 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.º de julio. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

- **¿Vive en uno de estos condados del este de Tennessee?** 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 cambiarse;
- **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 presta servicios en el área donde vive ahora.

¿Recibe servicios y asistencia a largo plazo (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 una dificultad financiera para hacerlo. Sin embargo, para enfrentar las dificultades financieras, se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. tiene una afección médica que requiere atención compleja, extensa y continua;
2. su especialista** ya no acepta su plan de salud;
3. Su plan de salud no tiene un especialista que pueda brindarle la atención que necesita.
4. Su plan de salud no puede trabajar con su especialista para brindarle la atención que necesita.
5. Su especialista acepta el plan de salud al que desea cambiarse.
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 desea cambiar de plan de salud.

Apelaciones médicas para miembros de TennCare, gratis al **800-878-3192**. Dígalos que desea cambiar su plan de salud.

** 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 lo trata por problemas cardíacos; otro es un oncólogo, que es un médico que lo trata por cáncer. Hay varios tipos diferentes de especialistas.

O bien, puede escribirles redactando en una hoja simple. Si escribe al Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare, asegúrese de informarles lo siguiente:

- su nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido);
- Su Número de Seguro Social
- el nombre del plan de salud mencionado anteriormente al que desea cambiarse;
- el nombre y el número de Seguro Social de cualquier otra persona de la 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.



Envíe su solicitud a la siguiente dirección:

Apelaciones médicas para miembros de TennCare
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-0593



Fax al:

888-345-5575

¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos recetados?

En la Parte 2 de este manual se 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 **800-263-5479**.

¿Necesita la autorización de TennCare para obtener su medicamento? Esto se denomina “autorización previa”, o PA.

Si su medicamento necesita una autorización, llame a su médico. Pida a su médico que haga lo siguiente:

- que llame al Programa de Farmacia de TennCare para obtener la autorización de TennCare para este medicamento;
- o bien, que cambie su receta por una que no necesite una autorización.

¿Qué sucede si su médico no solicita la autorización de TennCare ni cambia su receta? Entonces, puede pedirle a TennCare que autorice su medicamento. Llame al **800-639-9156**.

¿Qué sucede si su médico solicita una autorización y TennCare dice que no?

Puede pedirle a su médico que le recete un medicamento diferente que no necesita autorización. O bien, si cree que TennCare cometió un error, puede apelar. Tiene 60 días después de que TennCare dice que **no** para apelar. 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 dice que usted sí los necesita?** Entonces, 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 cuestan más. Cada mes, surta **primero** esos medicamentos para que TennCare los cubra.
- Puede preguntarle a la farmacia o a su médico si su medicamento está en las **Listas de exención automática**. (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 en 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 automática, consulte la Parte 2 y la Parte 5 de este manual. Para obtener una lista actualizada de ambas, 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 medicamento** 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 documento 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 recetados 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 en 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 puede surtir sus recetas porque usted no tiene TennCare? Antes de que finalice su cobertura de TennCare, recibirá una carta por correo. La carta indicará por qué finalizan sus beneficios de TennCare. También se indicará cómo apelar. Sin embargo, si se muda y no le informa a TennCare, es posible que no reciba la carta. Es posible que no sepa que sus beneficios de TennCare terminaron 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 recibir los servicios de atención médica?

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, alcohol y trastornos por consumo de sustancias), llámenos siempre al **800-263-5479** primero.

Si aún no puede recibir la atención que necesita, puede llamar al **Departamento de 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 es una emergencia, puede llamar en cualquier momento.

¿Necesita una autorización antes de que TennCare pague su atención médica? Esto se denomina “autorización previa”, o PA. Si su atención necesita una autorización, llame a su médico. Su médico debe solicitarnos una autorización.

¿Dijimos que no cuando su médico solicitó una autorización para su atención?

Llame a su médico o proveedor de salud conductual (salud mental, trastorno por consumo 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. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte la Parte 6 de este manual.

¿Pagó la atención médica que cree que TennCare debería pagar? O bien, ¿le están facturando atención médica 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** hacer lo siguiente:

- dígale al médico u otro lugar donde reciba atención que tiene TennCare;
- muéstreles su tarjeta TennCare.

Si ha recibido atención médica que cree que TennCare debería pagar, llámenos al **800-263-5479**. Si recibe facturas por la atención, podemos ayudarle a averiguar por qué. Si pagó por la atención, veremos si podemos reembolsarle el dinero.

También 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.

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

Formas en que su cobertura de 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 sus beneficios de 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: llame gratis a TennCare Connect 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.

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

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 utilice su tarjeta de TennCare;
- Si no sigue las reglas de TennCareSelect o TennCare, más de una vez;
- Si no completa su paquete de renovación de su TennCare cuando se le solicita.

Los miembros de TennCare deben renovar su TennCare todos los años.

Cuando sea el momento de ver si aún es elegible para la cobertura, TennCare le enviará una carta y un paquete de renovación por correo.

Antes de que finalice su cobertura de TennCare, recibirá una carta por correo. En la carta se informará por qué finaliza su TennCare. También se indicará cómo apelar si cree que hemos cometido un error.

Programa de Defensa de TennCare



Importante: ¿necesita ayuda con su atención de salud? ¿O necesita más ayuda con la atención de salud mental, alcohol y trastornos por consumo de sustancias? ¿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 en 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 TennCare*Select*. 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 lograr que su plan de salud autorice un servicio que su médico dice que necesita o para ser asignado al plan de salud que usted desea. Las apelaciones de servicios médicos se envían al Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare. En la página 170 se brinda más información sobre cómo presentar una apelación por un servicio médico.

TennCare*Select* le enviará una carta si se rechaza la solicitud de su médico para que usted reciba un medicamento o servicio médico. TennCare*Select* también enviará una carta si intentamos interrumpir o reducir la atención que ha estado recibiendo. En la carta también se indicará cómo puede presentar una apelación.

Siempre que necesite un servicio que TennCare*Select* haya denegado, tiene derecho a solicitar una apelación a TennCare. Si tiene problemas para obtener atención médica, llámenos siempre primero al **800-263-5479** primero.

Si **aún** no puede recibir la atención que necesita, puede presentar una apelación médica llamando al **Departamento de 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 *TennCareSelect*, 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 *TennCareSelect* digan que no pagaremos la atención.
- Para las facturas de atención médica 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. Sin embargo, 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 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 estas condiciones se aplica a su caso, 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 (autorización) por escrito**. Escriba en un papel **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que apele por usted**. Luego, envíelo por fax o correo al Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare (consulte **a continuación**).

¿Qué sucede si no envía a TennCare su autorización y su médico solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará una página que deberá completar, firmar y enviarnos.

Después de dar su autorización 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 este es el caso**, recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde que podría demorar más días 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.

Cómo presentar una apelación médica

Presentar una apelación médica



LLAME: puede llamar gratis al Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare al 800-878-3192. Estamos disponibles para ayudarle 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 de 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/medappeal.pdf>.



Si da su autorización, otra persona, como un amigo o su médico, puede completar la página.

Si necesita otra página de apelación médica o desea que TennCare le envíe una, llame al **Departamento de Apelaciones Médicas para miembros de TennCare** al **800-878-3192**. O bien, puede redactar su apelación en una hoja simple.

Conserve una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare.



FAX: puede enviar su carta o página de apelación gratis por fax al 888-345-5575.

Conserve el papel 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 la que debe 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 médica, **debe hacer ambas cosas:**

- Debe darle a TennCare la **información** que se necesita para procesar la apelación.
- También debe informar a TennCare el **error** que cree que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, significa 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 informar a TennCare:

¿Está apelando sobre la atención o los medicamentos que aún necesita? Informe a TennCare:

- el tipo de atención médica 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;
- el **motivo por el que desea cambiar de planes de salud.**

¿Está apelando por **atención que ya ha recibido** y que cree que TennCare debería pagar? Informe a TennCare:

- la **fecha** en la 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 la 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;
 - 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;
 - 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 indica 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 en la que se 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 obtendrá la atención médica 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 médica y de salud. 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 estar de acuerdo en que es la decisión correcta basada en los hechos de su caso. La ley federal establece que **la decisión de un juez no es definitiva hasta que TennCare la autorice**. 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 médica* 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 tratar problemas de TennCare, como los siguientes:

- recibe una carta que dice que sus beneficios de TennCare finalizarán;
- sus beneficios de TennCare han 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. El equipo verificará si se cometió un error. Si decide que tiene razón, solucionarán el problema. Pero si indican 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: puede llamar gratis a TennCare Connect al **855-259-0701** en cualquier momento de lunes a viernes.



CORREO POSTAL: puede apelar **por escrito**. Puede redactar su apelación en una hoja simple.

Luego, envíe su carta sobre su problema por correo postal 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. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare Connect.



FAX: puede enviar su carta o página de apelación gratis por fax al 1-855-315-0669.

Conserve el papel que muestra que se envió el fax.

Para presentar una apelación de elegibilidad por escrito, debe incluir lo siguiente:

- su **nombre completo** (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido);
- Su Número de Seguro Social
- los nombres de otras personas que viven con usted con el mismo problema;
- el **número de teléfono** al que podemos llamarle durante el día y la mejor hora para llamarle;
- 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 TennCareSelect

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 TennCareSelect, sus pólizas, sus servicios, sus cuidadores y los derechos y obligaciones del miembro.
- Solicitar y obtener información sobre cómo TennCareSelect 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 del seguro, según lo establecen las leyes estatales y federales. Puede ver sus registros médicos y del seguro, obtener copias de estos y solicitar que se los corrija si son incorrectos.
- 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 al mal trato de TennCareSelect, de los proveedores o de TennCare. Para presentar una queja u obtener más información sobre sus derechos, visite:
<https://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 TennCareSelect o su atención. En la Parte 5 y 6 de este manual se explica cómo hacerlo.
- Hacer sugerencias sobre sus derechos y responsabilidades o el funcionamiento de TennCareSelect.
- Elija un nuevo PCP en la red de TennCareSelect. 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 **servicios de 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. En la Parte 5 y la Parte 6 de este manual se explica más sobre el cambio de plan de salud.
- Pida a TennCare y a *TennCareSelect* que vuelvan a analizar cualquier error que crea que cometieron.
- Pregunte sobre cómo obtener TennCare o mantener su TennCare, o sobre cómo obtener su atención médica.
- Finalizar su cobertura de TennCare en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin que la manera en que *TennCareSelect* o sus proveedores lo tratan se vea modificada.
- *TennCareSelect* debe asegurarse de que sus empleados y proveedores contratados respeten y protejan los derechos de los miembros.

Sus derechos a permanecer en *TennCareSelect*

Como miembro de *TennCareSelect*, **no** puede ser trasladado de *TennCareSelect* debido a lo siguiente:

- su salud empeora;
- tiene un problema médico. Esto se denomina condición preexistente.
- su tratamiento médico es costoso;
- cómo usa sus servicios;
- tiene una afección de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias);
- sus necesidades especiales lo hacen actuar de manera poco cooperativa o perturbadora.

Los únicos motivos por los que puede ser trasladado de TennCareSelect son:

- si **cambia** de plan de salud;
- si se **muda** fuera del área de TennCareSelect;
- si permite que otra persona use sus tarjetas de identificación o si usa sus beneficios de 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 solicitan cuando es el momento de renovar;
- si no le informa a TennCare y a TennCareSelect que se mudó y no pueden encontrarlo;
- si miente para obtener o conservar su TennCare;
- al momento de su muerte.

Tiene la responsabilidad de:

- Comprender la información de su manual para miembros y otros documentos que le enviamos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de TennCareSelect 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 TennCareSelect. 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 TennCareSelect 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 creen 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 deje que nadie más use su tarjeta de identificación de TennCareSelect e infórmenos si la pierde o se la roban.
- Informe 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 médica. 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 TennCareSelect

Su derecho a apelar problemas de atención médica en TennCare

En TennCare, usted obtiene su atención médica a través de un plan de salud de TennCare. Tiene derechos cuando se toma una medida que le impide recibir atención médica 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 autorización de su plan de salud antes de que TennCare la pague. Esto se denomina “autorización previa”, o “PA”. ¿Qué sucede si su médico le pide a su plan de salud que autorice 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 de TennCare si:

- Su plan de salud de TennCare dice que **no** cuando usted o su médico solicitan atención médica;
- Tiene que esperar demasiado para obtener atención médica;
- O bien, su plan de salud de TennCare detiene o cambia su atención médica.

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, **los menores de 21** años de edad deben recibir una carta **2 días hábiles antes** de que suceda y los **mayores de 21 años** de edad deben recibir una carta **el día en que reciban el alta**:

- Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo 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 consumo 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 su médico solicitan atención médica;
- O bien, TennCare detiene o cambia su atención médica;
- Tiene que esperar demasiado para obtener atención médica;

- O bien, tiene facturas de atención médica que cree que TennCare debería haber pagado, pero no lo hizo.

Tiene **solo 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 obtendrá la atención médica 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 estar de acuerdo en que es la decisión correcta basada en los hechos de su caso. Si TennCare no está de acuerdo, podemos anular la decisión del juez. La ley federal le otorga este derecho a TennCare. Si TennCare revoca la decisión de un juez, debemos informarle el motivo por escrito. Si TennCare no revoca la decisión del juez, TennCare 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 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 (autorización) por escrito**. Escriba en un papel **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que apele por usted**. 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 autorización y su médico solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará una página que deberá completar, firmar y enviarnos.

Después de dar su autorización 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 este es el caso**, recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana.

Recuerde que podría demorar más días 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 los 90 días si no es una emergencia.

Si ya está recibiendo atención, es posible que pueda seguir recibéndola durante la 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 de 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 si pierde su apelación? Es posible que tenga que devolverle a TennCare 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. Revise este aviso atentamente.

Su TennCare no cambiará. No tiene que hacer nada.

En este aviso se indicará lo siguiente:

- los tipos de información personal que tenemos;
- por qué la recopilamos;
- cómo la recopilamos;
- cómo la compartimos;
- con quién la compartimos;
- durante cuánto tiempo la conservamos;
- qué hacer si no desea que su información se comparta con ciertas personas; y
- sus derechos en torno a su información.

Qué tipos de información personal tenemos:

Cuando solicitó los beneficios de TennCare, nos dijo su nombre, las personas en el hogar y dónde vive. También nos informó sus ingresos y recursos.

Obtenemos información de proveedores de atención médica 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 médica;
- lista de los medicamentos que toma ahora o que ha tomado antes;
- resultados de radiografías y pruebas de laboratorio;
- información genética (“genética” son características familiares como el color del cabello o los ojos. También pueden ser condiciones de salud que tiene en común con sus familiares consanguíneos).

Por qué recopilamos 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; y
- trabajar para mejorar los servicios que le brindamos.

Las leyes federales y estatales establecen que debemos seguir las reglas de privacidad para mantener la privacidad de su información personal. Todas las personas que trabajan con nosotros también deben seguir estas reglas de privacidad.

Cómo recopilamos, usamos o compartimos su información personal:

Para operar el programa de Medicaid, podemos recopilar información sobre usted y los miembros en el hogar de solicitudes de servicios o de nuestros socios. Estos pueden 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 médica 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 un terapeuta toma 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); y
- información personal con otra persona por 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 reglas de privacidad nos permiten compartir su información personal *sin pedir su permiso* a las personas o para algunos fines, incluidos los siguientes:

- usted. Podemos 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 pedirnos que no compartamos su información personal con ciertas personas.
- para demostrar que tiene cobertura de TennCare y para ayudarle a obtener la atención médica que necesita;
- pagarle a su plan de salud y a los proveedores de atención médica;
- 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 médica 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 verifican la atención médica.

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. 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, cárceles.

También podemos compartir su información personal si retiramos la información que le indica quién es usted. *No podemos compartir su información personal con nadie. E incluso cuando lo 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 siempre que sea necesaria para permitirnos brindarle servicios y administrar el Programa TennCare. 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 preguntar por escrito si no desea que compartamos su información personal. Debe comunicarnos 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:

- ha pagado 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. Autorizaremos si podemos, pero es posible que no aceptemos si usted es menor de edad o si la ley nos permite compartir la información personal. Si no podemos autorizar, le enviaremos una carta en la que se le explicará el motivo. ¿Qué sucede si no nos pide que no compartamos su información personal? Podemos usarla y compartirla solo como se explica en este aviso.

Sus derechos en torno a su información personal:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección, encontrará información sobre sus derechos y algunas de las medidas que podemos tomar para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su registro

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros y otra información médica que tengamos sobre usted. Debe solicitarla por escrito.
- Podemos brindarle 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 le diremos cuáles son sus derechos.
- Es posible que deba pagar dinero por el costo de copia y envío de sus copias por correo.

Comunicaciones

- Puede solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted de una manera diferente o en un lugar distinto. Si escribir o hablar con usted lo pone en peligro, infórmenos a través del Programa Safe at Home (Seguridad en el hogar) de Tennessee 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.

Solicitar que establezcamos un límite en lo que usamos o compartimos

- Debe preguntarnos por escrito si no desea que compartamos su información personal.
- Debe comunicarnos qué información personal no desea que se comparta y con quién no desea que la compartamos. Por ejemplo:
- ha pagado de su bolsillo por la atención recibida, y
- usted le pidió a su médico que no compartiera su información personal para esa atención.

Obtener una lista de las personas o entidades con las que hemos compartido la información fuera de TennCare

Puede solicitar por escrito una lista de con quién hemos compartido su información personal en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, no enumerará las ocasiones en las que hayamos compartido información cuando nos haya dado su permiso, ni otros casos en los que la ley diga que no necesitábamos obtener su permiso. Por ejemplo, cuando usamos información personal:

- para ayudarle a obtener o pagar la atención médica,
- para administrar nuestro programa, y
- para brindar información a las fuerzas de seguridad si se nos exige 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.

Solicítarnos que corrijamos su registro

Puede solicitarnos que cambiemos la información personal que sea incorrecta. Debe preguntar por escrito e informarnos por qué necesitamos cambiarla. Si no podemos realizar el cambio, le enviaremos una carta que le informará el motivo.

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 identificaría 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 que su información personal fuera utilizada incorrectamente.

Comunicaciones para usted:

En cumplimiento con la Ley federal de Protección al Consumidor Telefónico, nosotros y nuestros socios, como los planes de salud o proveedores, podemos llamarle 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. Infórmenos 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 realizar su solicitud? Llame gratis a TennCare Connect 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 reglas 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 obtenemos.

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 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 gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701. O bien, puede escribir o llamar a:

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 EE. UU: 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

Su responsabilidad de informar casos de fraude y abuso

La mayoría de los miembros y proveedores de TennCare son honestos. Sin embargo, unas pocas personas deshonestas pueden perjudicar al Programa TennCare. Es posible que la gente que miente a propósito para obtener la cobertura de TennCare deba pagar una multa o vaya a la cárcel.

Si descubre algún caso de fraude y abuso en el Programa TennCare, debe informárnoslo. Aunque no es necesario que nos diga su nombre.

Los casos de fraude y abuso de los miembros de TennCare pueden ser:

- 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 medicinas recetados a otra persona.

Algunos casos de fraude y abuso de **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 gratis a **TennCareSelect** al **800-263-5479**.

Estos son otros lugares a los que puede llamar o escribir para informarnos sobre casos de fraude y abuso:

Fraude de miembros:

La 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:

Oficina de Integridad del Programa TennCare

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 pueda necesitar

Solicitud de cambio de médico de atención primaria (PCP)

Para cambiar su PCP en línea, inicie sesión en su cuenta de *TennCareSelect*. También puede solicitar un formulario impreso llamando al 800-263-5479.

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 al:

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov,

Online: <https://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 gratis al 855-857-1673 (TRS 711).

Formulario de apelación médica

Las apelaciones de servicios médicos son para problemas, como hacer que su plan de salud autorice un servicio que su médico dice que usted 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 del tratamiento: *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 en el plazo de una semana (o hasta tres semanas si el plan de salud tiene tiempo adicional para obtener y revisar los registros médicos de un paciente). Una apelación solo se acelerará si esperar hasta noventa (90) días por una decisión "podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del miembro, o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener la función plena".

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 gratis al Departamento de Apelaciones Médicas 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 a quién designa para tomar decisiones sobre su atención de la salud, si usted no puede decidir por sí mismo. Si designa a un agente utilizando este formulario, es posible que se le permita tomar otras decisiones no relacionadas con la atención médica, a menos que escriba en el formulario que no puede hacerlo. El formulario de directivas anticipadas para la atención médica se puede encontrar en:

https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/Advance_Directive_for_Health_Care.pdf

Parte 9: Información adicional

TennCare para niños: Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) de TennCare

En virtud de TennCare Kids/EPSDT para menores de 21 años de edad, 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, alcohol y trastornos por consumo de sustancias), dental u otras afecciones. Estas visitas se denominan “exámenes de detección” (o “exámenes de detección”) 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 de detección;
- Los niños de 3 a 11 años de edad tienen derecho a realizarse 9 exámenes de detección;
- Los niños de 12 a 20 años de edad tienen derecho a realizarse 9 exámenes de detección.

*Además, un niño tiene derecho a realizarse un “examen de detección” siempre que alguien, como un maestro, lo derive a un médico porque observa 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 adecuadas (inmunizaciones);
 - Pruebas adecuadas de la visión y la audición;
 - Pruebas de laboratorio adecuadas;
 - Exámenes de detección conductual/de 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 descubiertas durante un “examen de detección”. También puede obtener asistencia para programar servicios;
- Visitas de control regulares a un dentista para controles y tratamiento;
- Pruebas periódicas de la audición y la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema auditivo y de visión;
- Vacunas (inmunizaciones) para difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola (MMR), HIB, influenza, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y meningitis, y neumocócica;
- Pruebas de laboratorio de rutina. (**Tenga en cuenta** que se realizará una prueba de detección 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 condiciones 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 domicilio para ir y volver de la atención.
- La ayuda de transporte para un niño incluye los costos de viaje, el costo de las 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**; y
- Otros servicios de atención médica necesarios, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos o evitar que estos empeoren; si su hijo tiene enfermedades y afecciones físicas y mentales que se encuentran en el proceso de detección, estas 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 para niños: programa de vacunación para niños y adolescentes

BlueCare
Tennessee

TennCareSelect

Identificación del miembro

Fecha de entrada en vigencia

Fecha de nacimiento del miembro:

Nivel de beneficio:

N.º de grupo

Copagos:

VER.: 5.1
(PCP) Médico de atención primaria

BlueCare
Tennessee

bluecare.bcbst.com
Servicio para Miembros: 1-800-263-5479
Proveedor de la red fuera de Tennessee
1-800-676-2583 (BLUE)
Servicio para proveedores: 1-800-276-1978
Autorización previa: 1-800-711-4104
Autorización de Imágenes Radiológicas Avanzadas:
1-877-791-4101
Línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana*: 1-800-262-2873

*No son productos DE BlueCross BlueShield

Miembros: Muestre siempre esta tarjeta y dígale a su proveedor que verifique la autorización previa. Recuerde que recibe su atención de su médico de atención primaria (PCP), indicado en el frente de esta tarjeta, excepto en caso de emergencia. Llame a su PCP dentro de las 24 horas de cualquier cuidado de emergencia. Esta tarjeta es para identificación, no para probar la elegibilidad. 703 (05/13)

Proveedores: presente todas las reclamaciones ante el plan local de Blue Cross and Blue Shield (BCBS).
Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Los beneficios no se proporcionarán para servicios no autorizados ni para servicios que no sean de cuidado de emergencia brindados por proveedores fuera de la red.

Centro de servicios de reclamaciones de BlueCare Tennessee
1 Cameron Hill Circle Suite 0002
Chattanooga, TN 37402-0002

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos

ESTADOS UNIDOS
2025

Vacunas y otros agentes inmunizantes en el Calendario de vacunación para niños y adolescentes*

Anticuerpos monoclonales	Abreviaturas	Nombres comerciales
Anticuerpo monoclonal contra el virus sincitial respiratorio (Nirsevimab)	RSV-mAb	Bevfortus
Vacuna	Abreviaturas	Nombres comerciales
Vacuna contra la COVID-19.	1 vCOV-ARNm	Comirnaty, mRNA5pikv, Spikevax
	1 vCOV-APS	Nuvaxovid
Vacuna contra el dengue	DEN4C-YD	Dengvaxia
Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina acelular	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)	Daptacel
	Hib (PRP-T)	Infanrix
Vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b	Hib (PRP-1)	AcHiB
	Hib (PRP-OMP)	Hibertix
Vacuna contra la hepatitis A	Hepatitis A (HepA)	PedvaxHIB
	Hepatitis B (HepB)	Harvix
Vacuna contra la hepatitis B	Hepatitis B (HepB)	Vaqtia
	Recombinax-B	Engerix-B
		Recombivax HB
Vacuna contra el virus del papiloma humano	Virus del papiloma humano (VPH)	Gardasil 9
Vacuna contra la influenza (inactivada: cultivo en huevos)	IN/3	Múltiple
	cc/IN/3	Flucelvax
Vacuna contra la influenza (inactivada: cultivo celular)	LAIV/3	FuMist
Vacuna contra la gripe (viva, atenuada)	Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	M-M-R II Priorix
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	MenACWY-CRM	Menveo
	MenACWY-TT	MenQuadri
Vacuna antimeningocócica contra los serogrupos A, C, W, Y	MenB-4C	Bexsero
	MenB-F-Hbp	Trumenba
Vacuna antimeningocócica contra el serogrupo B	MenACWY-TT/ MenB-F-Hbp	Penbraya
Vacuna contra la viruela del mono	Viruela simílica	Jynneos
Vacuna antimeningocócica conjugada	PCV15 PCV20	Vaxneuvance Prevnar 20
Vacuna antineumocócica polisacárida	PPSV23	Pneumovax 23
Vacuna contra el poliovirus (inactivada)	Poliomielitis (IPV)	Ipol
Vacuna contra el virus sincitial respiratorio	Virus sincicial respiratorio	Abrvsvvo
Vacuna contra rotavirus	RV1	Rotarix
	RV5	RotaTeq
Vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina acelular	Tdap	Adacel Boostrix
	Td	Tenivac TdVax
Vacuna contra la varicela	VAR	Varivax
Vacunas combinadas (use vacunas combinadas en lugar de inyecciones con un intervalo cuando corresponda)		
Vacuna contra la DTaP, la hepatitis B y poliovirus inactivada	DTaP-HepB-IPV	Pediarix
Vacuna contra la haemophilus influenzae tipo b, DTaP, poliovirus inactivado	DTaP-IPV/Hib	Pentacel
DTaP y vacuna contra el poliovirus inactivada	DTaP-IPV	Kinrix Quadracel
Vacuna contra la hepatitis B, DTaP, poliovirus inactivado, haemophilus influenzae tipo b	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis
Vacuna contra el sarampión, paperas, rubéola y varicela	MMRV	ProQuad

*Administrar las vacunas recomendadas si los antecedentes de vacunación están incompletos o son desconocidos. No vuelva a aplicar ni agregue dosis a la serie de vacunas si hay intervalos prolongados entre dosis. Cuando una vacuna no se administra a la edad recomendada, se debe administrar en una visita posterior.

El uso de nombres comerciales es solo para fines de identificación y no implica el respaldo del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) o de los centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).
Revisado el 07 de octubre de 2025

Cómo usar el Calendario de vacunación para niños y adolescentes

- 1 Determinar las vacunas recomendadas según la edad (Tabla 1)
- 2 Determinar el intervalo recomendado para la vacunación de recuperación. (Tabla 2)
- 3 Evaluar la necesidad de vacunas adicionales recomendadas según la atención médica u otras indicaciones. (Tabla 3)
- 4 Revisar los tipos, las frecuencias y los intervalos de vacunas y las recomendaciones para las situaciones especiales. (Notas)
- 5 Revisar las contraindicaciones y las precauciones para los tipos de vacunas. (Apendice)
- 6 Revisar la guía del ACIP nueva o actualizada. (Anexo)

Informe

- Casos sospechosos de enfermedades o brotes prevenibles por vacunación que se puedan denunciar ante el departamento de salud local o estatal.
- Reacciones adversas clínicamente significativas al Sistema de Notificación de Eventos Reportables después de la Vacunación (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) a través de www.vaers.hhs.gov o al 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este (ET), de lunes a viernes, excepto feriados.



Descargue la aplicación de CDC Vaccine Schedules para proveedores a través de www.cdc.gov/vaccines/hcp/immz-schedules/app.html.

Información útil

- Recomendaciones completas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP): www.cdc.gov/acip-regs/hcp/vaccine-specific/index.html
- Recomendaciones para la toma de decisiones clínicas compartidas del ACIP: www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html
- Pautas generales de mejores prácticas para la vacunación (incluidas contraindicaciones y precauciones): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-regs/general-regs/index.html
- Declaraciones de información sobre vacunas: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- Manual de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación (incluida la identificación de casos y la respuesta ante brotes): www.cdc.gov/sur-manual/php/



CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE LOS EE. UU.



Escanee el código QR para acceder a la programación en línea

Tabla 1 Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos, Estados Unidos, 2025

Estas recomendaciones deben leerse con las notas que siguen. Para aquellos que se atrasan o comienzan tarde, proporcione la vacunación de recuperación lo antes posible, según lo indicado por las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre las dosis, consulte el calendario de recuperación (Tabla 2).

Vacuna y otros agentes inmunizantes	Nacimiento	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	De 16 a 18 años	
Virus sincitial respiratorio (RSV-nAb [Mirsevirnab])	1 dosis; 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.ª dosis	3.ª 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.ª dosis										5.ª dosis		
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª dosis		2.ª dosis	Consulte las notas													
Conjugada antineumocócica (PCV15, PCV20)	1.ª dosis		2.ª dosis	3.ª dosis	3.ª o 4.ª dosis (Consulte las notas)												
Virus de la polio inactivado (IPV)	1.ª dosis		2.ª dosis	3.ª dosis													
COVID-19 (1 vCOV-ARNm, 1 vCOV-aps)	Consulte las notas																
Influenza (IV3, ccIV3)	1 o 2 dosis anuales																
Influenza (LAIV3)	1 o 2 dosis anuales																
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	Consulte las notas			1.ª dosis		2.ª dosis											
Varicela (VAR)	Consulte las notas			1.ª dosis		2.ª dosis											
Hepatitis A (HeppA)	Consulte las notas			Serie de 2 dosis (consulte las notas)													
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap≥7 años)	1 dosis																
Contra el virus del papiloma humano (VPH)	Consulte las notas																
Meningocócica (MenACWY-CRM 22 meses, MenACWY-TT ≥2 años)	Consulte las notas																
Meningocócica B (MenB-4C, MenB-FHbp)	Consulte las notas																
Vacuna contra el virus sincitial respiratorio (RSV[Abrvvo])	Administración estacional durante el embarazo (consulte las notas)																
Dengue (DENVACYD:9-16 años)	Seropositivos en áreas endémicas del dengue (consulte las notas)																
Viruela símica	Consulte las notas																

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
La vacunación se basa en la toma de decisiones clínicas compartidas
Sin orientación/ No corresponde

Tabla 2

Calendario de vacunación recomendada para niños y adolescentes que empiezan tarde o que están a más de 1 mes de retraso, Estados Unidos, 2025

La siguiente tabla proporciona calendarios de recuperación e intervalos mínimos entre dosis para niños cuyas vacunas se han retrasado. No es necesario reiniciar una 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 desde los 4 meses hasta los 6 años

Vacuna	Intervalo mínimo entre dosis				
	Edad mínima para la dosis 1	De la 1.ª dosis a la 2.ª dosis	De la 2.ª dosis a la 3.ª dosis	De la 3.ª dosis a la 4.ª dosis	De la 4.ª dosis a la 5.ª dosis
Hepatitis B	Nacimiento	4 semanas	8 semanas y al menos 16 semanas después de la primera dosis La edad mínima para la dosis final es de 24 semanas		
Contra el rotavirus	6 semanas La edad máxima para la primera dosis es de 14 semanas, 6 días.	4 semanas	La edad máxima para la dosis final es de 8 meses, 0 días.		
Difteria, tétanos y los tétanos 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 dosis 3.
<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.	no se necesitan más dosis si la dosis anterior se administró a los 15 meses o más.	8 semanas (como dosis final) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes del primer cumpleaños.	
Antineumocócica, conjugada	6 semanas	No se necesitan más dosis para niños sanos si la primera dosis se administró a los 24 meses o más	no se necesitan más dosis para niños sanos si la dosis anterior se administró a los 24 meses o más	8 semanas (como dosis final) 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.	
Contra el virus poliomielítico inactivado	6 semanas	4 semanas si la primera dosis se administró en el primer cumpleaños o después	4 semanas si la edad actual es <4 años 6 meses (como dosis final) si la edad actual es de 4 años o más	6 meses (edad mínima de 4 años para la dosis final)	
Sarampión, paperas y rubéola	12 meses	4 semanas			
Contra la varicela	12 meses	3 meses			
Hepatitis A	12 meses	6 meses			
Antineumocócica ACWY	2 meses MenACWY-CRM 2 años MenACWY-TT	8 semanas	Consulte las notas	Consulte las notas	
Antineumocócica ACWY	No corresponde (N/C)	8 semanas	Niños y adolescentes de 7 a 18 años de edad		
Tétanos, difteria, tétanos, difteria y los tétanos 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 dosis final) 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		
Contra el virus poliomielítico inactivado	N/A	4 semanas	6 meses No es necesaria una cuarta dosis si la tercera dosis se administró a los 4 años v o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior.	6 meses 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 de edad 4 semanas si tiene 13 años de edad o más			
Dengue	A los 9 años	6 meses			

Tabla 3

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes por indicación médica, 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 condiciones, consulte la guía en todas las columnas relevantes. Consulte las Notas para conocer las afecciones médicas que no figuran en la lista.

Vacuna y otros agentes inmunizantes	Embarazo	Inmunocomprometido (excepto la infección por VIH)	Porcentaje de CD4 de infección por VIH y recuento ^a		Fuga de LCR o implante coclear	Asplenia o deficiencias persistentes de los componentes del complemento	Enfermedad cardíaca o enfermedad pulmonar crónica	Insuficiencia renal, enfermedad renal en etapa terminal o en diálisis	Enfermedad hepática crónica	Diabetes
			<15% o <200/mm ³	≥15% y ≥200/mm ³						
RSV -mAb (nirsevimab)		2.ª temporada de RSV	1.ª dosis; depende del estado de vacunación contra el RSV de la madre (consulte las notas)				2.ª temporada de RSV para enfermedad pulmonar crónica (consulte las notas)	1.ª dosis; depende del estado de vacunación contra el RSV de la madre (consulte las notas)		
Hepatitis B										
Rotavirus			SCID ^b							
DTaP/TTdap	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP) Tdap: 1 dosis por cada embarazo									
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			HSC: 3 dosis		Consulte las notas			Consulte las notas		
Antineumocócica										
Poliomielitis (IPV)										
COVID-19	Consulte las notas		Es posible que se necesiten dosis adicionales (Consulte las notas)					Consulte las notas		
Influenza inactivada		Trasplante de órgano sólido: 18 años (consulte las notas)								
LAIV3										Asma, sibilancias: 2 a 4 años ^c
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	*									
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 todos los niños elegibles por edad que tienen documentación de una serie completa de vacunas

No se recomienda para todos los niños, pero se recomienda para algunos niños en función del mayor riesgo de enfermedad o los resultados graves de esta.

La vacunación se basa 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 recite la vacuna si supera el riesgo de reacción adversa.

Contraindicado o no recomendado "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 para la vacunación, "Inmunocompetencia alterada", en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip/res/genera/immunocompetence.html y la Tabla 4-1 (nota al pie j) en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip/res/genera/contraindications.html.

b. Inmunodeficiencia combinada grave

c. LAIV 3 está contraindicada para niños de 2 a 4 años con asma o sibilancias durante los 12 meses anteriores

Para recomendaciones de vacunación para personas de 19 años de edad o más, consulte la sección Calendario de vacunación recomendado 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), un 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. **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 *Políticas generales de mejores prácticas para la vacunación* 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 *Políticas generales de mejores prácticas para la vacunación* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html, and Immunization in Special Clinical Circumstances (In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 32nd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72-86).
- Para obtener información sobre la vacunación en el entorno de un brote de enfermedad prevenible con vacunas, comuníquese con su departamento de salud estatal o local.
- El Programa Nacional de Compensación por Lesiones causadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es una alternativa sin atribución de responsabilidad al sistema legal tradicional para resolver reclamaciones por lesiones causadas por vacunas. Todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunación para niños y adolescentes están cubiertas por el VICP, excepto las vacunas contra el dengue, PPSV23, RSV, viruela simiática y COVID-19. Las vacunas contra viruela simiática y 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.

Vacunación contra la COVID-19
(edad mínima: 6 meses [Spikvax], 5 años [Comirnaty], 12 años [mNexspike, Novavax/vd])

Toma de decisiones clínicas compartidas

Vacunación basada en la toma de decisiones individual con un 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 aquellos 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/share-d-clinical-decision-making.html

El calendario actual para la vacuna contra la COVID-19 y la formulación de la dosis están disponibles en www.cdc.gov/covid/schedule.

Administrar un producto de vacuna contra la COVID-19 adecuado para su edad para cada dosis. No existe una recomendación preferencial para el uso de una vacuna contra la COVID-19 sobre otra cuando hay disponible más de una vacuna recomendada adecuada para la edad.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacunación contra el dengue
(edad mínima: 9 años de edad)

Vacunación de rutina

- Tiene entre 9 y 16 años y vive en áreas con dengue endémico, Y tiene una confirmación de laboratorio de infección previa por dengue.
 - Serie de 3 dosis administrada a los 0, 6 y 12 meses
- Las áreas endémicas incluyen Puerto Rico, Samoa Americana, las Islas Vírgenes de los EE. UU., los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palauos. Para obtener orientación actualizada sobre las áreas endémicas del dengue y las pruebas de laboratorio previos a la vacunación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/r7006a1.htm?_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 del dengue.

Difteria, tétano y tos ferina (DTaP)
vacunación (edad mínima: 6 semanas [4 años para Kinrix o Quadratec])

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 de edad)
 - **Prospectivamente:** la 4.ª dosis puede administrarse a partir de los 12 meses si han transcurrido al menos 6 meses desde la 3.ª dosis.
 - **Retrospectivamente:** se puede contar una 4.ª dosis que se administró inadvertidamente tan temprano como a los 12 meses si han transcurrido al menos 4 meses desde la 3.ª dosis.
- Vacunación de recuperación**
- No es necesaria una 5.ª dosis si la 4.ª dosis se administró a los 4 años de edad o después y al menos 6 meses después de la 3.ª dosis.
 - Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Menores de 7 años de edad con una contraindicación específica para el componente de tos ferina de 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 DTaP. Para obtener información adicional, consulte www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/td-offlabel.html.
- **Manejo de heridas en menores de 7 años de edad con toxoide tetánico:** de 3 o más dosis de vacuna que contiene limpias y menores, administrar DTaP si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de la vacuna que contiene toxoide tetánico. Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/r6702a1.htm.

Vacunación contra la Haemophilus influenzae tipo b (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- **AchHIB, 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 indígenas americanos y nativos de Alaska:** Vaxelis y PedvaxHIB preferidos sobre otras vacunas contra la Hib para la serie primaria.

Vacunación de recuperación

- **Dosis 1 a los 7 a 11 meses:** administrar la 2.ª dosis al menos 4 semanas después y la 3.ª dosis (dosis final) a los 2 a 15 meses o a las 8 semanas después de la 2.ª dosis (lo que ocurra más tarde).
- **1.ª dosis a los 12 a 14 meses:** administrar la 2.ª dosis (dosis final) al menos 8 semanas después de la 1.ª dosis.
- **1.ª dosis antes de los 12 meses y 2.ª dosis antes de los 15 meses:** administrar la 3.ª dosis (dosis final) al menos 8 semanas después de la 2.ª dosis.
- **2 dosis de PedvaxHIB antes de los 12 meses:** administrar la 3.ª dosis (dosis final) a los 2 a 59 meses y al menos 8 semanas después de la 2.ª dosis.
- **1.ª dosis administrada a los 15 meses o más:** no se necesitan más dosis
- **Sin vacunar entre los 15 y los 59 meses:** administrar la 1 dosis.
- **Niños no vacunados previamente de 60 meses o más que no se consideran de alto riesgo:** no se requiere la vacunación de recuperación.

Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2. Vaxelis puede usarse para la vacunación de recuperación en menores de 5 años de edad. Siga el calendario de recuperación incluso si Vaxelis se utiliza para una o más dosis. Para obtener información detallada sobre el uso de Vaxelis, consulte www.cdc.gov/immzvr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm.

Situaciones especiales

- **Quimioterapia o radiación:**
 - **12-59 meses**
 - Sin vacunación 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 esta 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 con 4 semanas de diferencia a partir de 6 a 12 meses después del trasplante exitoso, independientemente de los antecedentes de vacunas contra la Hib.
- **Asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia falciforme):**
 - **12-59 meses**
 - Sin vacunación 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 de edad o más*
- 1 dosis
- **Splenectomía electiva:**
 - *Personas no vacunadas* de 15 meses o más*
 - 1 dosis (preferentemente al menos 14 días antes del procedimiento)
- **Infección por VIH:**
 - **12-59 meses**
 - Sin vacunación 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 de edad*
- 1 dosis
- **Deficiencia de inmunoglobulina, deficiencia temprana del complemento de componentes o uso de inhibidores tempranos del complemento de componentes:**
 - **12-59 meses**
 - Sin vacunación 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

*Sin vacunación = menos de la serie de rutina (hasta los 14 meses) o sin dosis (a partir de los 15 meses)

Vacunación 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 12-23 meses

Vacunación de recuperación

- **Las personas no vacunadas hasta los 18 años de edad 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 2.ª dosis al menos 6 meses después de la 1.ª dosis.
- Los mayores de 18 años de edad pueden recibir HepA-HepB (Twintrix) 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 (con un intervalo de al menos 6 meses) entre los 12 y 23 meses.
 - **Sin vacunación a partir de los 12 meses:** administrar la 1.ª dosis tan pronto como se considere el viaje.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacunación 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 de nacimiento.
 - **Intervalos mínimos (consulte la Tabla 2):** cuando se administran 4 dosis, reemplace "4.ª dosis" por "3.ª dosis" en estos cálculos.
 - **Última (3.ª o 4.ª) dosis:** 6-18 meses (edad mínima: 24 semanas)
- **La madre es HBsAg-positiva**
 - **Dosis al nacer (vacuna monovalente contra la hepatitis B únicamente):** administrar la vacuna contra la hepatitis B e inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG) en extremidades con un intervalo dentro de las 12 horas del nacimiento, independientemente del peso al nacer.
 - **Peso al nacer < 2000 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 9-12 meses. Si la serie HepB se retrasa, pruebe 1-2 meses después de la dosis final. No se realice la prueba antes de los 9 meses.
- **La madre es HBsAg-desconocida**

Si existe otra evidencia que sugiera infección por hepatitis B materna (p. ej., presencia de ADN del VHB, HBeAg positivo o madre que se sabe que tiene infección por hepatitis B crónica), administrar 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 la 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 no más tarde de los 7 días de vida.

- Peso al nacer $< 2,000$ gramos: administrar la vacuna HepB y HBIG (en extremidades separadas) dentro de las 12 horas del nacimiento. Administrar 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, pruebe 1-2 meses después de la dosis final. No se 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 a 2, 6 meses. Consulte la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos.
- Los adolescentes de 11 a 15 años de edad 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 de edad pueden recibir:
 - **Hepilisav-B: serie de 2 dosis** con al menos 4 semanas de diferencia
 - **PreHevbro*:** serie de 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses
 - **HepA-HepB (Twinnix): serie de 3 dosis** (0, 1 y 6 meses) o serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21-30 días, seguidas 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 inmunizatorio normal que fueron vacunadas como bebés, niños, adolescentes o adultos.
- **Pruebas serológicas posteriores a la vacunación y revacunación**

(si los anti-HBs < 10 mIU/ml) se recomiendan para ciertas poblaciones, incluidas las siguientes:

 - bebés nacidos de madres positivas para HBsAg;
 - personas en etapa de prediálisis o en diálisis de mantenimiento;
 - otras personas inmunocomprometidas.
- Para obtener recomendaciones detalladas sobre la revacunación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm.

*Nota: No se recomienda PreHevbro durante el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas.

Vacunación contra el virus del papiloma humano (edad mínima: 9 años)

Vacuna de rutina y de recuperación

- La vacuna contra el VPH se recomienda habitualmente entre los **11 y los 12 años de edad (puede comenzar a los 9 años)** y la vacuna contra el VPH de recuperación se recomienda para todas las personas hasta los 18 años de edad si no se vacuna adecuadamente.
- 2 o 3 dosis según la edad al momento de la vacunación inicial o la afectión:
 - **De 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; dosis repetida si se administra demasiado pronto)
 - **Mayores de 15 años de edad en el momento de la vacunación inicial:** serie de 3 dosis a los 0, 1 a 2 meses, 6 meses (rangos 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 demasiado pronto)
- No se recomienda ninguna dosis adicional cuando cualquier serie de vacunas contra el VPH de cualquier valencia se ha completado utilizando los intervalos de dosis recomendados.

Situaciones especiales

- **Afecciones inmunocomprometedoras, incluida la infección por VIH:** serie de 3 dosis, incluso para quienes inician la vacunación entre los 9 y 14 años de edad.
- **Antecedentes de abuso o agresión sexual:** a partir de los 9 años de edad
- **Embarazo:** no se necesita prueba de embarazo antes de la vacunación; la vacunación contra el VPH no se recomienda hasta después del embarazo; no se requiere intervención si se vacuna durante el embarazo.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacuna contra la gripe

(edad mínima: 6 meses [VIJ3], 2 años [LAIV3], 18 años [vacuna contra la influenza recombinante, RIV3])

Vacunación de rutina

- Se recomienda la aplicación anual de cualquier vacuna contra la influenza que corresponda según la edad y condición de salud del beneficiario.

- **De 6 meses a 8 años de edad** que hayan recibido menos de 2 dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1.º de julio de 2024, o cuyo historial de vacunación contra la influenza se desconozca: 2 dosis, con un intervalo de al menos 4 semanas. Administrar la dosis 2 incluso si el niño cumple 9 años entre la aplicación de la dosis 1 y 2.

- **De 6 meses a 8 años de edad** que hayan recibido al menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1.º de julio de 2024: 1 dosis.

- **9 años de edad o más:** 1 dosis

Receptores de trasplantes de órganos sólidos de 18 años de edad 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 otra IV3 o RIV3 apropiada para la edad.

- Para la temporada 2024-25, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/r7305a1.htm.

- Para la temporada 2025-26, consulte las recomendaciones de vacunas contra la influenza del ACIP 2025-26.

Situaciones especiales

- **Contactos cercanos (p. ej., convivientes) de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido:** no deben recibir LAIV3. Si se administra LAIV3, deben evitar el contacto con, o la atención de, personas inmunosuprimidas durante los 7 días posteriores a 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 y entre los 4 y 6 años de edad

Vacunación de recuperación

- **Niños y adolescentes no vacunados:** serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de intervalo*

Situaciones especiales

Viajes internacionales

- **Bebés de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; revacunación con una serie de 2 dosis entre los 12 y 15 meses de edad (12 meses para los niños en áreas de alto riesgo) y la segunda dosis tan pronto como 4 semanas después.*

Niños de 12 meses o más:

- No vacunados: serie de 2 dosis (con un intervalo de al menos 4 semanas*) antes de la salida
- Si ya se administró 1 dosis, la segunda debe aplicarse con un intervalo mínimo de 4 semanas*

- En situaciones de brotes de paperas, para obtener información sobre dosis adicionales de la vacuna MMR (incluida la tercera dosis de MMR), consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

***Nota:** La vacuna de MMRV no se recomienda para edades de 12 a 47 meses ni para edades de 13 a 18 años de edad. El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

Vacuna antimeningocócica contra el serogrupo A, C, W, Y

(edad mínima: 2 meses [MenACWY-CRM, Menveo], 2 años [MenACWY-TT, MenQuadfi], 10 años [MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbraya])

Vacunación de rutina

- Serie de 2 dosis entre los 11 y 12 años de edad y a los 16 años

Vacunación de recuperación

- **De 13 a 15 años de edad:** 1 dosis ahora y refuerzo entre los 16 y 18 años de edad (intervalo mínimo: 8 semanas)
- **De 16 a 18 años de edad:** 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 (p. ej., eculizumab, ravulizumab):

Menveo*

- 1.ª dosis a los 2 meses: serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a los 4, 6 y 12 meses)
- 1.ª dosis a los 3 a 6 meses: serie de 3 o 4 dosis (2.ª dosis [y 3.ª dosis 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)
- 1.ª dosis a los 7 a 23 meses: serie de 2 dosis (2.ª dosis al menos 12 semanas después de la 1.ª dosis y después de los 12 meses)
- 1.ª dosis a los 24 meses o más: serie de 2 dosis con al menos un intervalo de 8 semanas

MenQuadfi

- 1.ª dosis a los 24 meses o más: serie de 2 dosis con al menos un intervalo de 8 semanas

Viaje a países con enfermedad meningocócica hiperendémica o epidémica, incluidos los países del cinturón africano de la meningitis o durante el Hajj (www.cdc.gov/travel/):

Menores de 24 meses:

Menveo* (de 2 a 23 meses de edad)

- 1.ª dosis a los 2 meses: serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a los 4, 6 y 12 meses)
- 1.ª dosis a los 3 a 6 meses: serie de 3 o 4 dosis (2.ª dosis [y 3.ª dosis 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)
- 1.ª dosis a los 7 a 23 meses: serie de 2 dosis (2.ª dosis al menos 12 semanas después de la 1.ª dosis y después de los 12 meses)

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacuna antimeningocócica contra el serogrupo A, C, W, Y
: continuación

- Niños de 2 años de edad o más: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias (si no fueron vacunados previamente a los 16 años de edad o más) o reclutas militares: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Vacunación en adolescentes que recibieron MenACWY antes de los 10 años de edad:

- **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); administrar MenACWY de acuerdo con el cronograma recomendado para adolescentes con la 1.ª dosis entre los 11 y los 12 años de edad y la 2.ª dosis a los 16 años de edad.

*Menveo tiene dos formulaciones: liofilizada y líquida. La formulación líquida no debe utilizarse antes de los 10 años de edad. Consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial-presentation.pdf.

Nota: Para recomendaciones de dosis de refuerzo de MenACWY para grupos enumerados en "Situaciones especiales" y en un entorno de brotes e información adicional sobre vacunas antimeningocócicas, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Los niños de 10 años de edad o más pueden recibir una dosis única de Penbraya como alternativa a la administración con un intervalo 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
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacunación antimeningocócica contra el serogrupo B (edad mínima: 10 años [MenB-4C, Bexsero; MenB-FHbp, Trumenba; MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbraya])

Toma de decisiones clínicas compartidas

- **Adolescentes sin mayor riesgo, de 16 a 23 años (edad preferida: 16 a 18 años)*, según la toma de decisiones clínicas compartida.**
 - **Bexsero o Trumenba (use la misma marca para todas las dosis):** serie de 2 dosis con un intervalo de al menos 6 meses (si la 2.ª dosis se administra antes de los 6 meses, administrar la 3.ª dosis al menos 4 meses después de la 2.ª dosis)

*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/sd-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., eculizumab, ravulizumab).

- **Bexsero o Trumenba (use la misma marca para todas las dosis, incluidas las dosis de refuerzo)** serie de 3 dosis a los 0, 1-2, 6 meses (si la 2.ª dosis se administró al menos 6 meses después de la 1.ª dosis, la 3.ª dosis no es necesaria; si la 3.ª dosis se administra antes de los 4 meses después de la 2.ª dosis, se debe administrar una 4.ª dosis al menos 4 meses después de la 3.ª dosis)
- 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 vacunación antimeningocócica, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Nota: Las vacunas MenB pueden administrarse simultáneamente con las vacunas MenACWY si están indicadas, pero en un sitio anatómico diferente, siempre que sea posible.

Los niños de 10 años de edad o más pueden recibir una dosis única de Penbraya (MenACWY-TT/MenB-FHbp) como alternativa a la administración con un intervalo de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día de la clínica. Para los niños elegibles para la edad que no tienen un mayor riesgo, si Penbraya se utiliza para la 1.ª dosis de MenB, MenB-FHbp (Trumenba) debe administrarse para la 2.ª dosis de MenB. Para los niños con edad elegible y con mayor riesgo de enfermedad meningocócica, Penbraya puede utilizarse para dosis adicionales de MenACWY y MenB (incluidas las dosis de refuerzo) si ambas se administran el mismo día en la clínica y han transcurrido al menos 6 meses desde la última dosis 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 un intervalo de 28 días.

Los factores de riesgo de infección por viruela del mono incluyen:

- homosexual, bisexuales u otros HSH, o personas que han tenido relaciones sexuales homosexuales, bisexuales u otros HSH que en los últimos 6 meses y que hayan presentado una de las siguientes situaciones:
 - un nuevo diagnóstico de al menos 1 enfermedad de transmisión sexual;
 - más de 1 pareja sexual;
 - relaciones sexuales en un lugar donde se ofrece sexo como servicio;
 - relaciones sexuales en el contexto de un evento público de gran magnitud en una zona geográfica donde se está produciendo transmisión del 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 existe una recomendación del ACIP para el uso de Jynneos durante 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/npox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-ovrview.html

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacuna antineumocócica

(edad mínima: 6 semanas [PCV15], [PCV20]; 2 años [PPSV23])

Vacunación de rutina con PCV

- Serie de 4 dosis a los 2, 4, 6, 12-15 meses

Vacunación de recuperación con PCV

- Niños sanos de 2 a 4 años de edad con cualquier serie de PCV incompleta*

Serie PCV: 1 dosis de PCV

- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Nota: Para los niños sin afecciones 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 cefalorraquídeo; enfermedad cardíaca crónica; enfermedad renal crónica (sin diálisis de mantenimiento y síndrome nefrótico); enfermedad hepática crónica; enfermedad pulmonar crónica (incluido el asma persistente moderada o grave); implante coclear; o diabetes mellitus:

de los 2 a los 5 años de edad

- Cualquier serie PCV incompleta* con:
 - 3 dosis de PCV; administrar 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV)
 - Menos de 3 dosis de PCV; administrar 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas)
- Haber completado la serie recomendada de PCV pero no haber recibido PPSV23.
 - Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20; no se requieren dosis adicionales de PCV ni de PPSV23
 - No haber recibido previamente PCV20; administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV.

De los 6 a los 18 años de edad

- No haber recibido previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20; administrar 1 dosis de PCV15 o de PCV20. Si se utiliza PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15.**

- Haber recibido PCV antes de los 6 años de edad, pero no haber recibido PPSV23
 - Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20; no se requieren dosis adicionales de PCV ni de PPSV23
 - No haber recibido previamente PCV20: 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV.

- Haber recibido solo PCV13 a los 6 años de edad o posteriormente; administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13.
- Haber recibido 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a los 6 años de edad o posteriormente; no se indican dosis adicionales de ninguna vacuna PCV ni PPSV23.

Niños y adolescentes que reciben diálisis de mantenimiento o con afecciones inmunocomprometedoras, como síndrome nefrótico; asplenia congénita o adquirida o disfunción esplénica; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; enfermedades y afecciones 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 de edad

- Cualquier serie PCV incompleta*:
 - 3 dosis de PCV; administrar 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV)
 - Menos de 3 dosis de PCV; administrar 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas)
- Haber completado la serie recomendada de PCV, pero no haber recibido PPSV23
 - Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20; no se requieren dosis adicionales de PCV ni de PPSV23
 - No haber recibido previamente PCV20; administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV. Si se utiliza PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o una segunda dosis de PPSV23 al menos 5 años después de la primera dosis de PPSV23.

De los 6 a los 18 años de edad

- No haber recibido 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 ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15.**
- Haber recibido PCV antes de los 6 años de edad, pero no haber recibido PPSV23
 - Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20; no se requiere ninguna dosis adicional de PCV ni de PPSV23
 - No haber recibido previamente PCV20; administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV. Si se utiliza PPSV23, administrar PCV20 o la 2.ª dosis de PPSV23 al menos 5 años después de la 1.ª dosis de PPSV23.

- Haber recibido solo PCV13 a los 6 años de edad o posteriormente; 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 una 2.ª dosis de PPSV23 al menos 5 años después de la 1.ª dosis de PPSV23.
- Haber recibido 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a los 6 años de edad o posteriormente; 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 1.ª dosis de PPSV23.

Embarazo: no se recomienda la administración de PCV ni 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, ya sea de la serie recomendada o de una serie de recuperación apropiada para la 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 PPSV23 no deben administrarse durante la misma visita.

Vacuna contra la poliomielitis (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- Serie de 4 dosis a las edades de 2, 4, 6–18 meses y 4–6 años; administrar la dosis final a los 4 años de edad o posteriormente, y al menos 6 meses después de la dosis previa.
- Se pueden administrar 4 o más dosis de IPV antes de los 4 años de edad cuando se utiliza una vacuna combinada que contiene IPV. Sin embargo, todavía se recomienda una dosis a los 4 años de edad o posteriormente, y al menos 6 meses después de la dosis previa.

Vacunación de recuperación

- En los primeros 6 meses de vida, utilizar las edades mínimas y los intervalos solo para viajes a una región endémica de poliomielitis o durante un brote.
- **Adolescentes de 18 años de edad con antecedente conocido o sospechado de no haber sido vacunados o de haber recibido una vacunación incompleta:** administrar las dosis restantes (1, 2 o 3 dosis de IPV) para completar una serie primaria de 3 dosis.* A menos que existan razones específicas para creer que no fueron vacunados, la mayoría de las personas de 18 años o más nacidas y criadas en los Estados Unidos pueden asumir que fueron vacunadas contra la poliomielitis durante la infancia.

Serie que contienen vacuna antipoliomielítica oral (Oral Poliovirus Vaccine, OPV), ya sea combinadas OPV-IPV o series exclusivamente con 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?e_cid=mm6601a6_w.
- Solo la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (Only Trivalent OPV, tOPV) cuenta para cumplir con los requisitos de vacunación en los EE. UU.
 - Las dosis de OPV administradas antes del 1.º de abril de 2016 deben contarse (a menos que se indique específicamente que se administraron durante una campaña).
 - Las dosis de OPV administradas a partir del 1.º de abril de 2016 no deben contarse.
- Para obtener orientación sobre cómo evaluar las dosis documentadas como "OPV", consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?e_cid=mm6606a7_w.
- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Adolescentes de 18 años de edad con mayor riesgo de exposición al poliovirus y que hayan completado la serie primaria**:** puede administrarse una dosis única de refuerzo de IPV a lo largo de la vida.

*Nota: La serie primaria completa consiste en al menos 3 dosis de IPV o de vacuna antipoliomielítica oral trivalente (OPV), en cualquier combinación.

Para obtener información detallada, consulte:

www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html

Immunización contra el virus sincitial respiratorio (edad mínima: nacimiento [Nirsevimab, RSV-mAb, Beyfortus])

Vacunas de rutina

- **Bebés nacidos entre octubre y marzo en la mayor parte del territorio continental de los Estados Unidos***
 - La madre no recibió la vacuna contra el RSV, o se desconoce su estado de vacunación, o recibió la vacuna contra el RSV en un embarazo previo: administrar 1 dosis de nirsevimab dentro de la primera semana de vida, idealmente durante la hospitalización por el nacimiento.
 - La madre recibió la vacuna contra el RSV **menos de 14 días** antes del parto: administrar 1 dosis de nirsevimab dentro de la primera semana de vida, idealmente durante la hospitalización por el nacimiento.
 - La madre recibió la vacuna contra el RSV **al menos 14 días** antes del parto: nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en circunstancias poco frecuentes a discreción de los profesionales de atención de la salud (consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

Bebés nacidos entre abril y septiembre en la mayor parte del territorio continental de los Estados Unidos*

- La madre no recibió la vacuna contra el RSV, o se desconoce su estado de vacunación, o la recibió en un embarazo previo: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de RSV.*
- La madre recibió la vacuna contra el RSV **menos de 14 días** antes del parto: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de RSV.*
- La madre recibió la vacuna contra el RSV **al menos 14 días** antes del parto: nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en circunstancias poco frecuentes a discreción de los profesionales de atención de la salud (consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

Los bebés con hospitalización prolongada al nacer*** (p. ej., por prematuridad) dados de alta entre octubre y marzo deben ser inmunizados poco antes o inmediatamente después del alta.

Situaciones especiales

- De 8 a 19 meses de edad con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad que requiera asistencia médica (p. ej., tratamiento crónico con corticosteroides, terapia diurética u oxígeno suplementario) en cualquier momento durante el período de 6 meses previo al inicio de la segunda temporada de RSV; inmunodeficiencia grave; fibrosis quística con peso para la talla < percentil 10 o manifestación de enfermedad pulmonar grave (p. ej., hospitalización previa por exacerbación pulmonar en el primer año de vida o anomalías en las imágenes de tórax que persisten en estado estable)**:

- administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de RSV*

- De 8 a 19 meses de edad que sean indígenas americanos o nativos de Alaska: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de RSV*

- **Edad elegible y sometido a cirugía cardiaca con circulación extracorpórea**:** administrar 1 dosis adicional de nirsevimab después de la cirugía. Consulte www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000lbl.pdf

*Nota: Aunque el inicio y la duración de la temporada de RSV pueden variar, se recomienda la administración de nirsevimab de octubre a marzo en la mayor parte del territorio continental de los Estados Unidos (óptimamente entre octubre y noviembre o dentro de la primera semana de vida). Los proveedores en jurisdicciones con una estacionalidad del RSV diferente a la de la mayor parte del territorio continental de los Estados Unidos (p. ej., Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (p. ej., CDC, departamentos de salud) o de los centros médicos regionales sobre el momento de la administración, según la estacionalidad local del RSV.

***Nota: Nirsevimab puede administrarse a los niños que sean elegibles para recibir palivizumab. Los niños que hayan recibido nirsevimab no deben recibir palivizumab durante la misma temporada de RSV. 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

DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Guía de contraindicaciones y precauciones para las vacunas de uso común

Adaptado de la Tabla 4-1 de las Guías de Mejores Prácticas Generales para la Inmunización del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Contraindicación y precauciones, prevención y control de la influenza estacional con vacunas: Recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación, 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

Contraindicado o no recomendado¹

Precauciones²

Vacunas de ARNm contra la COVID-19 (Comirnaty, mRNA1273, Spikevax)

- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna de ARNm contra la COVID-19³

- 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 de 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 (MIS-C) o síndrome de inflamación multisistémica en adultos (MIS-A)
- Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre

Vacuna de subunidad de proteína contra la COVID-19 (Nuvaxovid)

- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de Nuvaxovid³

- Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de la inyección) a un componente de Nuvaxovid³; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio de menos de 4 horas) después de la administración de una dosis previa de Nuvaxovid
- 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 (MIS-C) o síndrome de inflamación multisistémica en adultos (MIS-A)
- Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre

Influenza, a base de huevo, inyectable inactivado (IIV3)

- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de la dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza
- Reacción alérgica ILV a base de huevos, cclIV, RIV o LAIV de cualquier valencia (es decir, cualquier valencia)

- Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza
- Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;

Influenza, vacuna inactivada inyectable basada en cultivo celular (cclIV3) (Fluceivax)

- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna³ (excluido el huevo) cualquier componente³ de cclIV3

- Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a 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 ILV, cclIV o LAIV a base de huevos de cualquier valencia. Si se utiliza cclIV3, administrar en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de atención capaz de reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Puede consultar a un alergista.
- Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre.

Influenza, vacuna recombinante inyectable (RIV3) (Flublok)

- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier RIV de cualquier valencia o a cualquier componente³ de RIV3

- Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a 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 ILV, cclIV o LAIV a base de huevos de cualquier valencia. Si se utiliza RIV3, administrar en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de atención capaz de reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Puede consultar a un alergista.
- Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre.

Influenza, vacuna viva atenuada (LAV3) (Flumist)

- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de la dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza
- Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna³ (excluido el huevo)

- Personas con afecciones médicas subyacentes distintas de las enumeradas bajo contraindicaciones que puedan predisponer a complicaciones tras la infección por virus de influenza de tipo silvestre, por ejemplo, trastornos pulmonares crónicos, cardiovasculares (excepto hipertensión aislada), renales, hepáticos, neurológicos, hematológicos o metabólicos (incluida la diabetes mellitus)
- Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;

- Aspirina analgésica o funcional
- Imunodeficiencia por cualquier causa, incluyendo, entre otras, medicamentos e infección por VIH
- Contactos cercanos o cuidadores de personas con una inmunodeficiencia grave que requieren un entorno protegido
- Embarazo
- Implante coclear
- Comunicación activa entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la orofaringe, nasofaringe, nariz, oído u otra fuga craneal de LCR
- Niños y adolescentes que reciben aspirina o medicamentos que contienen salicilatos
- Haber recibido medicamentos antivirales contra la influenza, oseltamivir o zanamivir dentro de las 48 horas previas, peramivir dentro de los 5 días previos, o baloxavir dentro de los 17 días previos

1. Cuando hay una contraindicación, NO se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.
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. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.
3. Los proveedores de vacunas deben consultar la información de prescripción autorizada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Consulte los prospectos de las vacunas autorizadas en los EE. UU.

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicado o no recomendado	Precauciones ²
Difteria, tétano, tos ferina (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 Enfermedad de inmunosupresión 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) Falta de confirmación de laboratorio de una infección previa por difteria. 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Infección por VIH sin evidencia de inmunosupresión grave enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
<i>Haemophilus influenzae</i> de 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 Werners de 6 semanas 	<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 incluyendo 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 incluyendo la levadura Embarazo: no se recomienda PreHevbro debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Utilice otras vacunas contra la hepatitis B si está indicada la vacunación contra HepB³ 	<ul style="list-style-type: none"> enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Vacuna contra la hepatitis A y la hepatitis B (HepA-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 incluyendo la neomicina y la 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 Embarazo: <i>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 y rubéola (MMR)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Vacuna contra el sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV) 	<ul style="list-style-type: none"> recepión reciente (≤11 meses) de un producto sanguíneo que contiene anticuerpos (el intervalo específico depende del producto); Antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica Necesidad de realizar la prueba cutánea de tuberculina o el ensayo de liberación de interferón gamma (Interferon-Gamma Release Assay, IGRA) enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre; Solo para MMRV: antecedentes personales o familiares (es decir, hermanos o padres) de convulsiones de cualquier causa; Si usa MMRV, consulte Varicela/MMRV para conocer las precauciones adicionales
Vacuna antineumocócica ACWY (MenACWY)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Paral Men ACWY-CRM únicamente: reacción alérgica grave a cualquier toxoide difterico, o a una vacuna que contenga CRM 197 Paral MenACWY-TT únicamente: reacción alérgica grave a una vacuna con toxoide tetánico 	<ul style="list-style-type: none"> Solo para MenACWY-CRM: nacimiento prematuro si es menor de 9 meses; enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Antineumocócica B (MenB)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ MenB-4C (Bexsero) MenB-FHbp (Trumenol) 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Para MenB-4C únicamente: sensibilidad al látex; enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Antineumocócica ABCWY (MenACWY-TT/MenB-FHbp)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ MenACWY-TT/MenB-FHbp [Ebntravial] 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre; Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Mopox (Jumrosi)	<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) a cualquier vacuna que contenga difteriatoxoide o su componente³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre; enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Vacuna antineumocócica polisacárida (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 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Vacuna contra la poliomielitis, inactivada (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;
Anticuerpo monoclonal contra el RSV (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 sincitial respiratorio (RSV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Rotavirus (RV) Rotavirus (RV1) Rotavirus (RV5 [Rota1 eq]) 	<ul style="list-style-type: none"> Inmunocompetencia alterada que no sea SCID Enfermedad gastrointestinal crónica Solo para RV1: espina bífida o extría vesical; enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap); tétanos, difteria (Td)	<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 atribuido a otra causa identificable dentro de los 7 días posteriores a la administración de una dosis previa de DTP, DTaP, o Tdap; 	<ul style="list-style-type: none"> síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de vacuna que contiene toxoide tetánico; antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de vacuna que contiene toxoide difterico o toxoide tetánico; diferir la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contiene 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 afección se haya estabilizado; enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre;
Varicela (VAR)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV) 	<ul style="list-style-type: none"> recepión reciente (≤11 meses) de un producto sanguíneo que contiene anticuerpos (el intervalo específico depende del producto); administración de antivirales específicos (aciclovir o valaciclovir) dentro de las 24 horas previas a la vacunación (evitar el uso de estos antivirales durante los 14 días posteriores a la vacunación); uso de aspirina o productos que contienen 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.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Cuando hay una precaución presente, la vacunación generalmente debe posponerse, pero podrá indicarse si el beneficio de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. (Kroger A, Batta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization. www.cdc.gov/vaccines/imz/byacip/best-practice/guidelines.html.) 2. Cuando hay una precaución presente, la vacunación generalmente debe posponerse, pero podrá indicarse si el beneficio de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. (Kroger A, Batta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization. www.cdc.gov/vaccines/imz/byacip/best-practice/guidelines.html.) 3. Los proveedores de vacunas deben consultar la información de prescripción autorizada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Los prospectos de las vacunas autorizadas en los EE. UU. están disponibles en www.fda.gov/vaccines-blood-derm/Products/vaccines-licensed-use-united-states. 4. Para obtener información sobre el registro de exposición durante el embarazo para personas que fueron vacunadas inadecuadamente con PreHevbro durante el embarazo, visite www.prehepbro.com/#safety. 5. Información de prescripción completa para BEYFORTUS (nirsevimab - alip) www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/7161328s0001bl.pdf. 	

Además de las recomendaciones presentadas en las secciones anteriores de este cronograma de vacunación, el ACIP ha autorizado las siguientes recomendaciones por mayoría de voto desde el 24 de octubre de 2024.

Vacunas	Recomendaciones	Fecha de entrada en vigencia de la recomendación*
Meningocócica (MenACWY/CRM/MenB-4C, PenmenVv)	La vacuna MenABCWY puede utilizarse cuando tanto MenACWY como MenB estén indicadas en la misma visita en: 1. Personas sanas de 16 a 23 años de edad (cronograma de rutina) cuando la toma de decisiones clínicas compartidas favorece la administración de la vacuna MenB. 2. Personas de ≥ 10 años de edad 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 rutinaria contra la influenza de todas las personas de ≥ 6 meses de edad que no presenten contraindicaciones, para la temporada 2025-2026. El ACIP recomienda solo las formulaciones monodosis de las vacunas anuales contra la influenza que están libres de timorosal como conservante para tres poblaciones: - niños de 18 años de edad o menos; - embarazadas; - todos los adultos.	22 de julio de 2025
Anticuerpo monoclonal contra el RSV (Clesrovimab)	El ACIP recomienda que los bebés menores de 8 meses, nacidos durante o que ingresan en su primera temporada de RSV y que no estén protegidos por 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 de edad que no están moderada o gravemente inmunocomprometidos).

*La fecha de entrada en vigencia es la fecha en que se adoptó la recomendación y se convirtió en oficial.

Definiciones legales

Afección médica de emergencia: inicio súbito de una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso), de modo que una persona prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la falta de atención médica inmediata resulte en:

- Grave peligro para la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, para la salud de la mujer o de su hijo por nacer);
- Daño grave a las funciones corporales; o c. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Atención a largo plazo: atención personal y médica en un hogar de ancianos, instalaciones de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID), o en un programa de exención de Servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) financiado por 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 con licencia que esté tratando al miembro u otro proveedor de atención de la salud con licencia que ejerza dentro del alcance de su licencia que esté tratando al miembro; debe ser necesario para diagnosticar o tratar la afección médica de un miembro;
- Debe ser seguro y eficaz;
- No debe ser un servicio experimental ni en investigación; y
- Debe ser la alternativa de diagnóstico o tratamiento de menor costo que resulte adecuada para la condición médica del miembro.

Cuando se aplica a la atención del paciente hospitalizado, significa además que la condición médica del miembro requiere que los servicios no puedan proporcionarse de manera segura en régimen ambulatorio.

Cuando se aplican a miembros menores de 21 años de edad, los servicios se proporcionarán para cumplir con los requisitos del Título 42 del CFR, Parte 441, Subparte B y OBRA de 1989.

Glosario

Apelación: cuando su plan de salud TennCare le informe que no es elegible para un servicio, recibirá una carta que le indicará 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. En la carta se indicará 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.

Equipos médicos duraderos (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 súbita de una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría atención médica de inmediato para evitar un daño serio.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Cuidado ambulatorio en el hospital: cuidado de emergencia que recibió 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 habilitación: servicios o equipos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios.

Seguro médico: un contrato que exige que una aseguradora de salud pague por parte o la totalidad de su atención médica a cambio de que usted (o su empleador) pague una cantidad acordada cada mes o cada año. El monto que paga se denomina “prima”. Medicare, TennCare, TRICARE y COBRA también se consideran “seguros médicos”.

Atención médica domiciliaria: servicios de atención médica domiciliaria que una persona de parte de enfermeros o asistentes de salud domiciliaria.

Servicios de atención en un centro de cuidados paliativos: servicios destinados a aliviar el dolor y brindar asistencia a las 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, condición, dolencia o sus síntomas. Para ser médicamente necesarios, estos servicios deben cumplir con los requisitos de TennCare.

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

Proveedor no participante: un proveedor de atención médica que no está en la red de su plan de salud TennCare. También pueden llamarse proveedores fuera de la red.

Proveedor participante: un proveedor de atención médica dentro de la red de su plan de salud de TennCare. También pueden llamarse proveedores dentro de la red.

Servicios médicos: servicios de atención médica que son proporcionados o coordinados por un médico autorizado.

Plan: su administrador de beneficios de farmacia de TennCare, su administrador de beneficios dentales o su organización de atención médica gestionada.

Preautorización: una decisión de su plan de salud de TennCare que determina 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 autorización previa antes de que usted puede obtener ciertos servicios, suministros o medicamentos, excepto en caso de emergencia.

Prima: el monto que debe pagarse por el seguro médico.

Cobertura de medicamentos recetados: plan de salud que ayuda a pagar 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 (PCP): su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor de atención de la salud a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

También puede hablar con otros médicos y proveedores acerca de su atención, y luego remitirlo a ellos. Generalmente, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor: todo médico, hospital, organismo u otra persona que tenga una licencia o autorización para brindar servicios de atención médica. Un proveedor también puede ser una clínica, farmacia o instalación.

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

Cuidado de enfermería especializada: ciertos servicios especializados que solo pueden ser realizados por enfermeros autorizados en su hogar o en un hogar de cuidados.

Especialista: un médico que brinda servicios de atención médica en relación con una enfermedad específica o con una parte 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 condición que no constituye una emergencia pero que requiere cuidado inmediato.

Tablas de beneficios de CHOICES

Servicios de asistencia al cuidador de CHOICES

Servicios de asistencia al cuidador de CHOICES

Servicio	¿Cómo podemos 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.º de enero al 31 de diciembre cada año)
Cuidado de relevo domiciliario	Una persona que permanece con usted en su domicilio por un período breve para que su cuidador pueda descansar. (Solo para familiares u otros cuidadores de rutina a quienes no se les paga para ayudarlo).		✓	✓	216 horas por año calendario (desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de cada año)
Atención de relevo para el cuidador del paciente hospitalizado	Una estadía breve en un hogar de cuidados o en una instalación de vivienda asistida para que su cuidador pueda descansar. (Solo para familiares u otros cuidadores de rutina a quienes no se les paga para ayudarlo).		✓	✓	9 días por Año calendario (desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de cada año)

Apoyos para la vida comunitaria

Apoyos para la vida comunitaria

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Apoyos para la vida comunitaria	Un domicilio 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.		✓	✓	
Modelo familiar	Asistencia 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 la asistencia 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 podemos ayudarlo?	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Instalación de vivienda 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.		✓	✓	
Centro de cuidados críticos para adultos	Un domicilio 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 su habitación y la pensión.		✓		Limitado a adultos que dependen de un respirador o que tienen una lesión cerebral traumática.
Atención de compañía	Alguien a quien contrata que vive con usted en su domicilio para que lo ayude con el cuidado personal o con servicios domésticos cuando lo necesite.		✓		Solo los miembros del Grupo 2 en la modalidad de Dirección del consumidor reciben atención durante el día y la noche cuando los cuidadores no remunerados no pueden brindarla. Y solo cuando cuesta menos que otros tipos de atención domiciliaria que se adaptarían a sus necesidades.

Servicios prácticos de CHOICES

Servicios prácticos de CHOICES

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Cuidado personal Visitas	Alguien que 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 en el hogar y los mandados, pero solo para usted (no para otros miembros de la familia).		✓	✓	Visitas de hasta 2,580 horas por año calendario.

Servicios adicionales de CHOICES

Servicios adicionales de CHOICES

ambulatorios	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Tecnología de asistencia	Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que le ayudan a hacer las cosas de manera más fácil o segura en su domicilio, como agarradores para llegar a las cosas.		✓	✓	Hasta \$900 por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año).
Modificación menor en el hogar	Cambios en su domicilio que le 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.º de enero al 31 de diciembre de cada año); y \$20,000 de por vida (no se contabiliza como parte del límite general de servicios para los miembros de CHOICES 3).
Sistema de respuesta a	Un botón de llamada que puede usar para obtener		✓	✓	

emergencias personales	ayuda en caso de emergencia.				
Control de plagas	Fumigación de su domicilio para tratar una infestación, como de insectos o ratones.		✓	✓	9 visitas por año calendario (desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de cada año)
Servicios de alimentos a domicilio	Comidas nutritivas que pueden entregarse frescas cada día o congeladas en cantidad.		✓	✓	1 comida al día
Tecnología instrumental	Varias formas de dispositivos y tecnología 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 un hogar de ancianos dentro del Programa CHOICES

Atención en un hogar de ancianos dentro del Programa Choices

ambulatorios	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Atención en un hogar de ancianos	Un hogar 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 un hogar de ancianos tienen problemas de salud física 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 un máximo de 90 días, pero solo si la persona recibe primero atención en el hogar, cumple con los requisitos para atención en un hogar de cuidados y espera necesitar solo una estadía breve.

Asistencia para empleos: asistencia para empleos individuales

Asistencia para empleos: empleos individuales

Servicio	¿Cómo puede ayudarlo?	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Departamento de Exploración: empleo integrado individualizado	Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de empleos que podrían gustarle y en los que podría destacarse, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También le ayuda a usted (y a la familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el empleo.	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado u obtiene otra asistencia para empleos y no ha decidido si desea trabajar
Departamento de Exploración: trabajo independiente	Le ayuda a decidir si desea iniciar su propio negocio y el tipo de negocio que sería adecuado para usted. También le ayuda a usted (y a la familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder preguntas sobre el empleo.	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios)

Servicio	¿Cómo puede ayudarlo?	Grupo 2	Grupo 3	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.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o recibe otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Observación y evaluación situacional	Una oportunidad para probar ciertos empleos para ver cómo son y qué necesita hacer para prepararse para esos empleos.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o recibe otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Plan de desarrollo laboral o plan de trabajo independiente	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 otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Inicio del desarrollo laboral o inicio del empleo por cuenta propia	Alguien que le ayude a llevar a cabo un plan para conseguir 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 otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 9 meses.
Asesoramiento de trabajo	Un asesor de trabajo para que le brinde asistencia al iniciar su empleo hasta que pueda desempeñarlo por sí mismo o con ayuda de sus	✓	✓	40 horas por semana máximo; 50 si el empleado tiene al menos 30 horas de empleo individual integrado).

Servicio	¿Cómo puede ayudarlo?	Grupo 2	Grupo 3	Límites
	compañeros de trabajo.			
Asesoramiento de trabajo para el trabajo independiente	Un asesor de trabajo que le brindará asistencia cuando comience su negocio hasta que usted mismo administre el negocio	✓	✓	40 horas por semana máximo; 50 si el empleado tiene al menos 30 horas de empleo individual independiente integrado).
Asistencia de compañeros de trabajo	Pagarle a un compañero de trabajo para que lo ayude en su trabajo en lugar de un asesor de trabajo	✓	✓	40 horas por semana máximo; 50 si el empleado tiene al menos 30 horas de empleo individual integrado).
Avance profesional	Servicios para ayudarlo a obtener un mejor trabajo, ganar más dinero.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años para obtener una promoción o un segundo trabajo
Asesoramiento de beneficios	Alguien que lo ayude a comprender cómo el dinero que gane trabajando afectará otros beneficios que recibe, 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 independiente • Hasta 8 horas adicionales 4 veces al año para ayudarlo a seguir siendo empleado o trabajador independiente

Asistencia para empleos: capacitación prevocacional

Capacitación prevocacional

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Servicios de trayectoria hacia el empleo integrado.	Capacitaciones limitadas al 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 podemos ayudarlo?	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Transporte comunitario	Le ayuda a llegar al trabajo o a otros lugares de la comunidad cuando el transporte público no está disponible y no tiene ninguna otra forma de llegar allí.	✓	✓	<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 por 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 beneficiarios:

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 intensivos conductuales de transición y estabilización de la comunidad

Asistencia para empleos de ECF CHOICES

Asistencia para empleos individuales

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Departamento de Exploración: empleo integrado individualizado	Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de empleos que podrían gustarle y en los que podría destacarse, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También le ayuda a usted (y a la familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder sus preguntas sobre el empleo.	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 u obtiene otra asistencia para empleos y no ha decidido si desea trabajar.
Departamento de Exploración: trabajo independiente	Le ayuda a decidir si desea trabajar y los tipos de empleos que podrían gustarle y en los que podría destacarse, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También le ayuda a usted (y a la familia) a comprender los beneficios de trabajar y a responder	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 u obtiene otra asistencia para empleos y no ha decidido si desea trabajar.

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
	sus preguntas sobre el empleo.		
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 recibe otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Observación y evaluación situacional	Una oportunidad para probar ciertos empleos para ver cómo son y qué necesita hacer para prepararse para esos empleos.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado o recibe otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Plan de desarrollo laboral o plan de trabajo independiente	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 recibe otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 12 meses.
Inicio del desarrollo laboral o inicio del empleo por cuenta propia	Alguien que le ayude a llevar a cabo un plan para conseguir 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 recibe otra asistencia para empleos y tiene el objetivo de obtener un trabajo dentro de los 9 meses.
Asesoramiento de trabajo	Un asesor de trabajo para que le brinde asistencia al iniciar su empleo hasta que pueda desempeñarlo por sí	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 40 horas por semana de asesoramiento de trabajo o apoyo de compañeros de trabajo, servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente Y las horas que trabaja combinadas SI trabaja

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
	mismo o con ayuda de sus compañeros de trabajo.		<p>en la comunidad o trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas SI trabaja en la comunidad o si trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario al menos 30 horas por semana.
Asesoramiento de trabajo para el trabajo independiente	Un asesor de trabajo que le brindará asistencia cuando comience su negocio hasta que usted mismo administre el negocio.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 40 horas por semana de asesoramiento de trabajo o apoyo de compañeros de trabajo, servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente Y las horas que trabaja combinadas SI trabaja en la comunidad o trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario. Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas SI trabaja en la comunidad o si trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario al menos 30 horas por semana.
Asistencia 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 de trabajo o apoyo de compañeros de trabajo, servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente Y las horas que trabaja combinadas SI trabaja en la comunidad o trabaja por cuenta propia en un negocio comunitario. Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que trabaja combinadas 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, ganar 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 podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Asesoramiento de beneficios	Alguien que lo ayude a comprender cómo el dinero que gane trabajando afectará otros beneficios que recibe, 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 independiente • Hasta 8 horas adicionales 4 veces al año para ayudarlo a seguir siendo empleado o trabajador independiente

Asistencia para empleos para grupos pequeños

Asistencia para empleos para grupos pequeños

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Asistencia de trabajo: grupos pequeños	Asistencia para que usted y 1 o 2 personas más trabajen juntos en un grupo pequeño. Le ayuda a prepararse para un empleo en el que pueda trabajar de manera independiente.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta 30 horas por semana de asistencia de trabajo: grupos pequeños, servicios de asistencia de integración comunitaria y capacitación en habilidades de vida independiente combinados

Capacitación prevocacional

Capacitación prevocacional

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Servicios de trayectoria hacia el empleo integrado.	Capacitación es limitada al 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 trayectoria de empleo integrado o servicios de asistencia para el empleo en grupos pequeños, servicios de asistencia 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 podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Servicios de asistencia de integración comunitaria	Le ayudan a realizar actividades en la comunidad que desea hacer. Tomar una clase, unirse a un club, ser voluntario, mantenerse saludable, hacer algo divertido, establecer relaciones y alcanzar 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 no trabaja en la comunidad O recibe un servicio de empleo: hasta 20 horas por semana de servicios de asistencia 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 de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente y asistencia para empleos individuales o grupales pequeños combinados. Si usted está trabajando (en un empleo individual, no en grupo, dentro de la comunidad) o por cuenta propia: hasta 40 horas por semana de servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente, asesoramiento de trabajo, apoyo de compañeros de trabajo y las horas que trabaja combinadas. <p>Si trabaja o trabaja 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 podemos 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 cuidar de sí mismo, de su hogar o de 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 asistencia 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 de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente y asistencia para empleos individuales o grupales pequeños combinados. • Si usted está trabajando (en un empleo individual, no en grupo, dentro de la comunidad) o por cuenta propia: hasta 40 horas por semana de servicios de apoyo de integración comunitaria, capacitación en habilidades de vida independiente, asesoramiento de trabajo, apoyo de compañeros de trabajo y las horas que trabaja combinadas. <p>Si trabaja o trabaja 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>
Transporte comunitario	Le ayuda a llegar al trabajo o a otros lugares de la comunidad cuando el transporte público no está disponible y no tiene ninguna otra forma de llegar allí.	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 por 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>
servicios de asistencia;	Alguien que le ayuda con las necesidades de	Grupos 5 y 6	Hasta 215 horas por mes

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
	<p>cuidado personal o las actividades de la vida diaria en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Incluye ayuda con sus tareas domésticas o mandados. Pueden ayudarle a hacer cosas como levantarse de la cama, bañarse y vestirse para que esté preparado para ir a trabajar o participar en la comunidad. También pueden ayudarle con sus tareas en el hogar (pero no con las de otras personas con las que vive). Esto incluye actividades como limpiar y lavar la ropa, ayudarle a preparar y comer sus comidas y hacer mandados. Y también pueden apoyarle en la comunidad para que realice las actividades que usted desea. También incluye ayuda para capacitar a alguien que conoce para que le brinde este tipo de apoyo.</p>		

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Tecnología de asistencia, equipo adaptativo y suministros	Ciertos artículos que le ayudan a realizar actividades de manera más independiente en su domicilio o en la comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre cómo utilizarlos.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta \$5,000 por año calendario (del 1.º 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.º de enero al 31 de diciembre de cada año)
Modificaciones menores en el hogar	Ciertos cambios en su domicilio que le ayudarán a desplazarse de manera más fácil y segura, 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 modelo familiar de apoyos para la vida comunitaria	Asistencia 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 la asistencia que	Grupos 5 y 6	

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
	necesita. Debe pagar por su habitación y la pensión.		

Apoyos para el cuidado de la familia

Apoyos para el cuidado de la familia

Servicios	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Atención de relevo	Alguien que le brinde asistencia por un tiempo breve para que su cuidador pueda tomar un descanso. (Solo para familiares u otros cuidadores de rutina a quienes no se les paga para ayudarlo).	Grupos 4, 5 y 6	Hasta 30 días por año calendario o 216 horas por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año). Debe elegir uno. En la Dirección del consumidor, solo puede recibir relevo por horas.
atención domiciliaria de asistencia;	Esto es como asistencia personal, pero para gente que vive en casa con la familia. Alguien para ayudarlo con las necesidades de cuidado personal o las actividades de la vida diaria con las que la familia no puede ayudarlo. Esta ayuda podría prestarse en su casa, en el trabajo o en la comunidad. Incluye ayuda con	Grupo 4:	

Servicios	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
	<p>las tareas en el 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 preparado para ir a trabajar o participar en la comunidad. Pueden ayudarlo con la limpieza y el lavado de ropa; ayudarlo a preparar y comer sus comidas. También pueden apoyarle en la comunidad para que realice las actividades que usted desea.</p>		
<p>Estipendio para cuidadores familiares (en lugar de atención domiciliar de asistencia)</p>	<p>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 asistencia). Este pago ayuda a compensar los salarios perdidos o paga las cosas que necesita que no están cubiertas por ECF CHOICES. (Pero <u>debe</u> obtener los servicios que necesita para</p>	<p>Grupo 4:</p>	<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 de edad • Hasta \$1,000 por mes para personas de 18 años de edad o más

Servicios	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
	trabajar y formar parte de su comunidad).		

Asistencia de autodefensa

Asistencia de autodefensa

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Educación y capacitación individual	Ayuda para pagar talleres y capacitaciones que le enseñen a abogar por sí mismo y abogar por su planificación y asistencia.	Grupos 5, 6 y 8	Hasta \$500 por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año)
Asistencia de pares y orientación para la planificación centrada en la persona, la autodirección, el empleo integrado/trabajo independiente y la vida independiente	Orientación y asistencia de otra persona con discapacidad que cuenta con experiencia y capacitación para responder a sus preguntas y ayudarlo a: <ul style="list-style-type: none"> • dirigir su plan de asistencia; • dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su propio personal); • pensar y probar opciones de empleo o vida comunitaria. 	Grupos 5, 6 y 8	Hasta \$1,500 de por vida
Asistencia para la toma de decisiones	Ayuda para comprender las opciones que protegen los derechos y la libertad de los adultos con discapacidad, mientras se brinda la asistencia necesaria para que puedan tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar honorarios legales relacionados con estas opciones, pero primero debe recibir el servicio de asesoramiento.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$500 de por vida • Primero debe recibir el servicio de asesoramiento

Asistencia de empoderamiento familiar

Asistencia de empoderamiento familiar

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Desarrollo, organización y navegación de apoyo comunitario	Ayuda para usted y otras personas con discapacidad y sus familias a: <ul style="list-style-type: none"> • conectarse y ayudarse mutuamente; • encontrar y usar recursos en su comunidad. 	Grupos 4 y 7	
Educación y capacitación del cuidador de la familia	Ayuda para pagar talleres y capacitaciones que permitan a los cuidadores familiares comprender, apoyar y abogar por usted, y que también le ayuden a abogar por sí mismo.	Grupos 4 y 7	Hasta \$500 por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año)
Apoyo de familia a familia	Orientación y asistencia de otro padre de una persona con discapacidad que cuenta con experiencia y capacitación.	Grupos 4 y 7	
Asesoramiento en seguros médicos/asistencia con formularios	Capacitación y asistencia para ayudarlo a comprender y utilizar sus beneficios de seguro (incluidos TennCare, Medicare y seguros privados).	Grupos 4 y 7	Hasta 15 horas por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año)

Servicios dentales

Servicios dentales de ECF CHOICES

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Servicios dentales para adultos	Atención dental para mayores de 21 años de edad, incluidos servicios como exámenes dentales, limpiezas, empastes, coronas, tratamientos de conducto y dentaduras postizas. (Los menores de 21 años de edad 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.º de enero al 31 de diciembre de cada año) • No más de \$7,500 por tres años calendario consecutivos

Asistencia terapéutica

Asistencia terapéutica

Servicios	¿Cómo puede ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Consultoría y capacitación especializada	<p>Ayuda de un profesional para evaluar, planificar y enseñar a otros cómo apoyarle, incluyendo personal remunerado y cuidadores no remunerados. Los tipos de ayuda profesional y capacitación incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia conductual; • Terapia del habla • Terapia ocupacional/ • Terapia • 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.º de enero al 31 de diciembre de cada año) • Hasta \$10,000 si su evaluación demuestra que tiene necesidades médicas o de salud conductual excepcionales

Asistencia conductual intensiva

Asistencia conductual intensiva

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
Tratamiento, estabilización y asistencia intensiva centrada en la familia conductual (Intensive Behavioral Family Centered Treatment, Stabilization and Supports, IBFCTSS)	<p>Combina tratamiento de salud mental y otros apoyos en el hogar de manera centrada en la familia. Proporcionado solo para un número limitado de niños que viven con la familia y tienen necesidades de asistencia conductual complejas. Los servicios capacitarán y ayudarán a la familia a apoyarlo para que pueda seguir viviendo de manera segura juntos.</p>	Grupo 7:	
Servicios intensivos de transición y	Combina servicios residenciales a corto plazo, disponibles las 24 horas, los	Grupo 8	

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Grupos cubiertos	Límites
estabilización de la comunidad conductual (Intensive Behavioral Community Transition and Stabilization Services, IBCTSS)	7 días de la semana con tratamiento de salud mental y asistencia, para un número limitado de adultos con necesidades severas de apoyo conductual. Los servicios le ayudarán a hacer la transición de manera segura a la comunidad.		

Tabla de beneficios del Programa Katie Beckett

Tabla de beneficios del Programa Katie Beckett

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Parte A del Programa Katie Beckett	Medicaid Derivación Parte B	Elegibilidad continua Parte C	Límites
Beneficios de Medicaid para niños, incluyendo exámenes periódicos tempranos, diagnóstico Servicios de tratamiento	Todos los servicios de salud física y conductual que Medicaid debe pagar para los niños, incluidas consultas médicas, atención hospitalaria, terapias, enfermería, atención médica domiciliaria, equipos y suministros médicos, y servicios dentales, de la vista y de farmacia.	✓		✓	
Asistencia con los pagos de las primas	Ayuda para pagar solo el costo del seguro médico privado del niño.	✓ Solo para situaciones de dificultades financieras	✓		
Atención para pagar gastos de atención médica y relacionados de manera automatizada Reembolso	Una tarjeta de débito para pagar los gastos que el Servicio de impuestos internos (IRS) reconoce como gastos médicos, como copagos de consultas médicas, hospital y farmacia.		✓		
Asistencia terapéutica personalizada Reembolso	Reembolso por la atención autorizada que su hijo necesita debido a su discapacidad		✓		

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Parte A del Programa Katie Beckett	Medicaid Derivación Parte B	Elegibilidad continua Parte C	Límites
	(aunque el IRS no lo considere como gastos médicos).				
Atención de relevo	<p>Alguien que le brinde asistencia a su hijo por un tiempo breve para que usted pueda tomar un descanso. (Solo para familiares u otros cuidadores de rutina a quienes no se les paga para ayudar a su hijo).</p> <p>Puede contratar a los cuidadores de relevo de su hijo, lo que se denomina Dirección del consumidor. Puede elegir una agencia de proveedores para brindarle relevo a su hijo en su hogar.</p>	✓	✓		<p>Hasta 30 días por año calendario o 216 horas por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año). Debe elegir uno.</p> <p>Solo puede recibir relevo por horas según la Dirección del consumidor.</p>
atención domiciliar de asistencia;	<p>Alguien que ayude con las necesidades de atención personal de su hijo o con las actividades de la vida diaria en el 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</p>	✓	✓		

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Parte A del Programa Katie Beckett	Medicaid Derivación Parte B	Elegibilidad continua Parte C	Límites
	que le brinde atención a su hijo en su hogar.				
Tecnología de asistencia, equipo adaptativo y suministros	Ciertos artículos que le ayudan a su hijo a realizar actividades de manera más independiente en su hogar o en la comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre cómo utilizarlos.	✓	✓		Hasta \$5,000 por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año)
Modificaciones menores Modificaciones	Ciertos cambios en su hogar que le ayudarán a su hijo a desplazarse de manera más fácil y segura, como barras de seguridad o una rampa para silla de ruedas	✓	✓		Hasta \$6,000 por proyecto; \$10,000 por año calendario. \$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 \$20,000 de por vida
Asistencia de integración comunitaria Servicios	Ayuda para que su hijo pueda realizar actividades en la comunidad que él desee hacer. Tomar una clase, unirse a un club,	✓	✓		Hasta 20 horas por semana

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Parte A del Programa Katie Beckett	Medicaid Derivación Parte B	Elegibilidad continua Parte C	Límites
	<p>ser voluntario, mantenerse saludable, hacer algo divertido, establecer relaciones y alcanzar los objetivos de su hijo.</p>				
Transporte comunitario	<p>Ayuda para que su hijo pueda llegar a lugares en la comunidad cuando usted u otra persona no pueda llevarlo. En la Dirección del consumidor, esto puede utilizarse para reembolsar a alguien por gasolina, pasaje de autobús, servicio de taxi, etc. O puede elegir un proveedor que lo ayude a trasladar a su hijo.</p> <p>(Esto no es para citas médicas. Pero para los niños de la Parte A y la Parte C, TennCare también cubre esos servicios llamados Los Servicios de transporte emergencia.)</p>	✓	✓		Hasta \$225 por mes si desea obtener este servicio a través de la Dirección del consumidor
Decisión Facilitar las Decisiones Más Importantes Apoyos	<p>Ayuda para comprender las opciones que protegen los derechos y la libertad de los niños con discapacidades a medida que se convierten en adultos, mientras se les brinda la asistencia necesaria para tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar honorarios legales por estas opciones</p>	✓	✓		Hasta \$500 de por vida Debe recibir el servicio de asesoramiento primero

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Parte A del Programa Katie Beckett	Medicaid Derivación Parte B	Elegibilidad continua Parte C	Límites
	pero debe recibir el servicio de asesoramiento primero.				
Educación y capacitación del cuidador de la familia	Ayuda para pagar talleres y capacitaciones que permitan a los cuidadores familiares comprender, apoyar y abogar por su hijo, y que también ayuden al niño a abogar por sí mismo.	✓	✓		Hasta \$500 por año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre de cada año)
Apoyo de familia a familia	Orientación y asistencia de otro padre de un niño con discapacidad que cuenta con experiencia y capacitación.	✓	✓		
Desarrollo, organización y navegación de asistencia comunitaria	Ayuda a su hijo y a otras personas con discapacidad y sus familias a: - conectarse y ayudarse mutuamente; - encontrar y usar recursos en su comunidad;	✓	✓		
asesoramiento en seguros médicos/con formularios; Asistencia	y asistencia para ayudarlo a su hijo a comprender y usar sus beneficios de seguro (incluidos	✓	✓		Hasta 15 horas por año calendario (del 1.º de enero al

Servicio	¿Cómo podemos ayudarlo?	Parte A del Programa Katie Beckett	Medicaid Derivación Parte B	Elegibilidad continua Parte C	Límites
	TennCare, Medicare y seguros privados).				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 مجانًا. 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፣ በ18 ሊያግዝዎት 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 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) تماس بگیرید.

The Beneficiary Support System (BSS) helps people who are enrolled in the CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES, and the Katie Beckett program. They also help people who want to enroll into these programs. For help call 1-888-723-8193.

The TennCare Program does not discriminate against people because of their race, color, national origin including limited English proficiency and primary language, age, disability, religion, or sex. If you need reasonable modifications or think you were treated differently, or discriminated against you can file a grievance (complaint) with TennCare's Office of Civil Rights Compliance at HCFA.fairtreatment@tn.gov, <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>, 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, or calling (TRS/TTY: 711: (615) 507-6474. Need help filing a grievance? Call TennCare Connect at 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: marque **711** y solicite comunicarse con el
888-418-0008)



BlueCareSM
TennCare*Select*
CoverKids

1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402 | bluecare.bcbst.com

BlueCare Tennessee es un licenciatario 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.