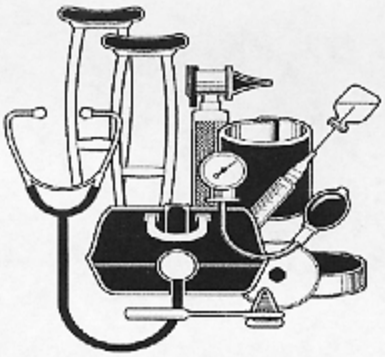

¿Tiene problemas para obtener atención médica en TennCare?

Llame a su plan de salud primero. El teléfono gratuito se indica en su tarjeta de TennCare.

¿No tiene su tarjeta? O, ¿sigue teniendo problemas DESPUÉS de haber llamado a su plan de salud?
Entonces, llame a TennCare Solutions gratis al **1-800-878-3192.** Ellos le pueden ayudar con su problema O le pueden ayudar a presentar una apelación. Una apelación es una manera de corregir problemas con TennCare.

Usted tiene el derecho de apelar si:

- TennCare dice que **NO** cuando usted pide atención médica.
- O, TennCare suspende o cambia su atención médica.
- O, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O, tiene cuentas de atención médica que usted piensa que TennCare debería haber pagado pero no lo hizo.
- O, hay alguna otra razón por la cual no puede obtener la atención médica cuando la necesita.

Usted **solamente** tiene **30 días** para apelar después de enterarse de que hay un problema.
Usted puede **pedirle a alguien que le ayude a presentar una apelación.**

Usualmente las apelaciones se deciden en un plazo de **90 días** de haber sido presentadas. ¿Qué debe hacer si no puede esperar 90 días para acudir al médico o tomar su medicina? **Si tiene una emergencia,** su apelación se puede decidir más pronto, usualmente en un plazo de 31 días (pero a veces hasta 45 días).

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

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

Si usted piensa que tiene una emergencia, puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia. Su apelación podría ser **más rápida** si su **médico firma su apelación diciendo que es una emergencia.** ¿Qué debe hacer si su médico **no** firma su apelación pero usted **pide** una apelación de emergencia? **TennCare le preguntará a su médico** si su apelación es una emergencia. Si **su médico** dice que **no** es una emergencia, TennCare decidirá su apelación en un término de 90 días.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? ¿Desea apelar?
Llame gratis a TennCare Solutions al **1-800-878-3192.**
Ellos pueden ayudarle a resolver muchos problemas **antes** de que tenga que apelar.
También pueden aceptar su apelación por teléfono.

TennCare no permite el trato injusto. Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad o incapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? Entonces, llame gratis al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290.**

Rev: 14Aug06

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

Use esta página **únicamente** para presentar una

Apelación Médica de TennCare.

¿Necesita ayuda para presentar una apelación médica?

- Llame gratis al **1-800-878-3192.**

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

1. ¿QUIÉN es la persona que quiere apelar?

Nombre completo_____ Fecha de nacimiento____/____/_____

Número de Seguro Social_____-_____-_____ O número de su tarjeta TennCare _____

Dirección postal vigente_____

Ciudad_____ Estado _____ Código postal_____

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

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

2. ¿QUIÉN completó este formulario?

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

¿Es usted: ___ padre/madre, pariente o amigo __Representante o abogado ___ Médico o proveedor de servicios médicos

3. ¿PARA qué es la apelación? (Escriba una **X** al lado de la respuesta correcta a continuación.)

___ Quiero **cambiar de plan de salud.** (Complete la **Parte A** en la página 2.)

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

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

4. ¿Piensa que tiene una emergencia?

Usualmente las apelaciones se deciden en un plazo de **90 días** de haber sido presentadas. PERO, **si tiene una emergencia,** es posible que no pueda esperar 90 días. **Una emergencia significa que si usted no obtiene la atención médica o la medicina antes de 90 días:**

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

¿SIGUE pensando que tiene una emergencia? Si es así, puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia. **Su apelación podría ser más rápida si su médico firma abajo diciendo que esta apelación es una emergencia.** ¿Qué ocurrirá si su médico **no** firma abajo pero usted **pide** una apelación de emergencia? **TennCare le preguntará a su médico** si su apelación es una emergencia. Si **su médico** dice que **no** es una emergencia, TennCare decidirá su apelación en un término de 90 días. Algunas clases de atención médica **nunca** se consideran una emergencia. Para obtener una lista de esos tipos de atención médica, pídasela a TennCare.

Si USTED quiere pedirle a TennCare una APELACIÓN DE EMERGENCIA, marque esta casilla. ☐

Su MÉDICO puede leer y firmar aquí para pedirle a TennCare una apelación de emergencia./ Your DOCTOR can read and sign here to ask TennCare for an emergency appeal. I certify under penalty of perjury that I am the treating physician of the patient on behalf of whom this medical appeal is filed and that this appeal is an **emergency.** If this patient is required to wait 90 days for this care, s/he is at risk of serious health problems or death, severe impairment of bodily organs or parts, or hospitalization. I understand that any intentional act on my part to provide false information is considered an act of fraud under the State's TennCare program and Title XIX of the Social Security Act.

Physician Signature:_____ Date:_____

Tennessee License Number:_____

SIGA LEYENDO. Todavía queda **1 página más** que debe completar.

5. Díganos POR QUÉ quiere apelar este problema. Incluya cualquier error que piensa que TennCare cometió. Y, envíe copias de todos los papeles que cree que nos podrían ayudar a entender su problema.

_____

_____

_____

Para ver cuál(es) Parte(s) debe llenar a continuación, mire el número **3** en la página 1.

Parte A. Quiero cambiar de plan de salud.

Nombre del plan de salud que quiere _____

O, si quiere que TennCare elija su nuevo plan, marque aquí con una X. ____

Parte B. Necesita atención o medicina.

¿De qué clase? Sea específico _____

¿Cuál es el problema? ___ No puedo obtener nada de atención médica ni medicina.

___ No puedo obtener toda la atención médica o medicina que necesito.

___ Me están reduciendo o suspendiendo la atención médica o medicina.

___ Tengo que esperar demasiado tiempo para obtener la atención médica o medicina.

¿Le recetó el médico la atención médica o la medicina? ___Sí ___No

Si respondió Sí, el nombre del médico _____

¿Le ha pedido a su plan de salud esta atención médica o medicina? ___Sí ___No

Si respondió Sí, ¿cuándo? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Le llegó una carta sobre este problema? ___Sí ___No Si respondió Sí, la fecha de la carta _____

¿Quién le envió la carta? _____

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

¿Quiere ver si puede continuar recibiéndola durante su apelación? ___ Sí ___ No

¿Su médico dice que sigue necesitándola? ___ Sí ___ No Si respondió Sí, nombre del médico _____

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

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

La fecha en que recibió la atención o medicina _____

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

Su número de teléfono (_____)_____-_____

Su dirección _____

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

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

Si no pagó, **¿le va a llegar una cuenta?** ___ Sí ___ No Si respondió Sí y piensa que TennCare debería pagar usted deberá enviar una copia de una **cuenta.**

Díganos la fecha en que recibió la primera cuenta (si la sabe). _____

CÓMO presentar su apelación médica **Haga una copia de las página completadas** y guárdela.

Luego, **ENVÍE POR CORREO** estas hojas y otros datos a:

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

O, envíelas por **FAX** (gratis) al 1-888-345-5575. **Conserve una copia** de la página que demuestra que su fax pasó.

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

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

Rev: 31Aug06

TennCare no permite el trato injusto.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad o discapacidad.

Si piensa que lo han tratado injustamente, llame gratis al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290.**