



Bienvenido a la comunidad

**UnitedHealthcare Community Plan
Tennessee CoverKids**

Manual para Miembros | 2020

**United
Healthcare
Community Plan**

CoverKids

Números de teléfono importantes

Números de teléfono GRATUITOS para pedir ayuda	
CoverKids Member Services Llame para preguntar sobre su atención médica	1-866-600-4985 Línea TTY/TDD: 711
OptumRx Llame para asuntos relacionados con su plan farmacéutico	1-844-568-2179
Línea de Ayuda de Enfermería	1-866-600-4985
DentaQuest Llame para asuntos relacionados con la atención dental (dientes) de menores de 19 años de edad	1-888-291-3766
Línea para denunciar fraude Llame para reportar fraude o abuso en relación con CoverKids	1-866-600-4985
Salud de la Población	1-866-600-4985
TennCare Connect Llame para hacer preguntas de elegibilidad	1-855-259-0701

Nombres de los doctores	Números de teléfono

2 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

CoverKidsSM y su plan de seguro médico, UnitedHealthcare Community Plan

Manual para miembros 2021

¿Necesita un manual de CoverKids en español? Para conseguir un manual en español, llame al 1-866-600-4985, TTY/TDD 711.

Su derecho a la privacidad

Hay leyes que protegen su privacidad. Esas leyes dicen que nosotros no podemos divulgar a otras personas cierta información sobre usted. En la Parte 6 de este manual puede leer más acerca de sus derechos de privacidad.

Importante:

Aunque no use su CoverKids, el estado paga para que usted lo tenga. Si usted ya no necesita su CoverKids, llame gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

Do you need free help with this letter?

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

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-600-4985, TTY: 711.

Kurdish: كوردی

گاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قسه دهکهیت، خزمەتگوزاریهکانی یارمەتی زمان، بهخۆراییی بۆ تو بهردهسته. پهیهوندی بکه به 1-866-600-4985 (TTY 711).

Arabic: العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذکر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-600-4985 الهاتف النصي 711.

Chinese

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1-866-600-4985, TTY: 711

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-600-4985, TTY: 711.

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-600-4985, TTY: 711번으로 전화해 주십시오

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-600-4985 (TTY 711).

Amharic: አማርኛ

ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ። 1-866-600-4985, TTY: (711)።

Gujarati: ગુજરાતી

ધ્યાન આપશો: જો તમે અંગ્રેજી ના બોલતા હો તો, ભાષા સહાયતા સેવાઓ, મફતમાં, તમને ઉપલબ્ધ રહે છે. કૉલ કરો 1-866-600-4985 નંબર પર, TTY: 711.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-866-600-4985, TTY: 711

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfedienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-600-4985, TTY: 711.

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-600-4985, TTY: 711.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-600-4985, TTY: 711 पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-866-600-4985, TTY: 711.

Russian:	Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-600-4985, TTY: 711
Nepali:	नेपाली ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-866-600-4985 (TTY 711) मा फोन गर्नुहोस्।
Persian:	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می‌کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-866-600-4985 تماس بگیرید، TTY: 711

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

Llámenos gratis al 1-866-600-4985. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite (para TTY llame al 711).

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

Estos son tres lugares donde puede presentar una queja:

<p>TennCare Office of Civil Rights Compliance 310 Great Circle Road, 3W Nashville, Tennessee 37243 Correo electrónico: HCFA.Fairtreatment@tn.gov Teléfono: 855-857-1673 TRS: 711 Puede obtener un formulario de queja en línea en: https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaint_form.pdf</p>	<p>UnitedHealthcare Community Plan Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 5220 Kingston, NY 12402-5220 Teléfono: 1-866-600-4985 TTY: 711 Puede obtener un formulario de queja en línea en: http://www.tn.gov/hcfa/article/civil-rights-compliance</p>	<p>U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Ave SW Rm 509F, HHH Bldg Washington, DC 20201 Teléfono: 800-368-1019 TDD: 800-537-7697 Puede obtener un formulario de queja en línea en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html O bien, puede presentar una queja en línea en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</p>
--	--	---



CoverKids

Tabla de contenido

Bienvenido a CoverKids y a su plan de seguro médico, UnitedHealthcare Community Plan	8
Su plan de seguro médico CoverKids	9
Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids	10
Red de proveedores de CoverKids	11
Consultas con el doctor	13
Si tiene que cambiar de PCP	14
Atención de salud conductual (servicios de salud mental o por alcoholismo o drogadicción)	15
Proveedores especialistas	16
Atención en el hospital	16
Emergencias de salud física	16
Emergencias de salud mental	18
Atención de emergencia cuando está de viaje	20
Parte 2: Servicios que CoverKids paga	21
Paquetes de beneficios	21
Atención con límites	23
Otros servicios de CoverKids	25
Atención médica preventiva — Atención para que conserve la salud	27
Embarazo	28
Después del nacimiento de su bebé	28
Atención preventiva para niños: atención médica para su niño y adolescente	29
Atención dental (de dientes) para niños	31
Atención de la vista (de los ojos) para niños	31
Servicios no cubiertos	32
Parte 3: Cómo funciona para usted el programa de CoverKids	34
Lo que paga por su atención médica – Copagos	34
Parte 4: Ayuda para los problemas con su CoverKids	40
Tipos de problemas y lo que usted puede hacer	40
¿Necesita una nueva tarjeta de CoverKids?	40
¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor?	40
6 ¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al 1-866-600-4985 , TTY/TDD 711 .	

¿Necesita presentar una queja sobre su atención?	41
¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?	41
¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos de venta con receta?	44
¿Necesita ayuda para obtener servicios de atención médica?	45
¿Le están cobrando? ¿Tuvo que pagar algo?	45
Parte 5: Quejas y apelaciones de CoverKids	48
Dos tipos de apelaciones: La diferencia entre Apelaciones Administrativas y Apelaciones de Servicios Médicos	48
Cómo apelar si tiene problemas para obtener o conservar CoverKids	52
Cómo presentar una apelación administrativa	54
Parte 6: Sus derechos y obligaciones	55
Sus derechos y obligaciones como miembro de CoverKids	55
Su derecho de apelar	58
Su derecho a la privacidad	59
Las obligaciones de CoverKids hacia usted	63
Su obligación de reportar el fraude y el abuso	65
Parte 7: Documentos médicos que podría necesitar	66
Directivas Adelantadas	75
Parte 8: Más información	81
Calendario de vacunación de CoverKids	81
Definiciones legales	85
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	86

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

Este es su manual para miembros de CoverKids. En este manual se explica cómo utilizar CoverKids para recibir atención médica. CoverKids proporciona seguro médico a ciertos niños menores de 19 años y mujeres embarazadas. CoverKids es un programa de la División de TennCare del Estado de Tennessee.

Nadie que tenga CoverKids puede tener otro seguro, ni siquiera Medicare. Si tiene u obtiene otro seguro médico, llame a TennCare Connect al 855-259-0701 y pida que cancelen su CoverKids.

¿Por qué es importante saber acerca de su CoverKids?

Porque le ayuda a saber sobre el tipo de beneficios de seguro médico que CoverKids cubre. También le ayuda a saber si tiene que pagar copagos para los beneficios de CoverKids. Más adelante en este manual explicamos más acerca de sus beneficios de CoverKids.

TennCare/CoverKids le envió una carta para decirle que usted tiene CoverKids y qué día comenzó su CoverKids. Si tiene preguntas o problemas con respecto a sus fechas de CoverKids, puede llamar gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

Importante: La ley estatal dispone que usted tiene que informar a CoverKids de cambios que pudieran afectar su cobertura. Usted debe reportar esos cambios en un plazo de 10 días de que se produzca el cambio. Y, usted debe darle a CoverKids las pruebas que necesitan para hacer el cambio. Llame a TennCare Connect de inmediato si:

- Si se muda*
- Si cambia de trabajo
- Cambia el número de personas de su familia
- La cantidad de sus ingresos cambia
- Obtiene un seguro médico colectivo (grupal)

* Cada vez que se mude de casa le tiene que informar a CoverKids de su nueva dirección. ¿Por qué? TennCare/CoverKids le envía información importante sobre su cobertura y beneficios de CoverKids por correo. Si ellos no tienen su dirección actual, usted **podría perder** su CoverKids. Llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701** para darles su nueva dirección.

8 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Su plan de seguro médico CoverKids

UnitedHealthcare Community Plan es su plan de seguro médico de CoverKids que le ayuda a recibir atención médica física o conductual (servicios de salud mental, alcoholismo y drogadicción). Para preguntas sobre cómo recibir atención médica física o conductual, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. La llamada es gratis.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Necesita saber qué tipo de doctor debe consultar? Llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería, al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. La llamada es gratis.

Plan de seguro médico farmacéutico

Usted tiene cobertura de medicamentos con receta a través de CoverKids. El plan de farmacia de CoverKids se llama **OptumRx**. Usted recibirá una tarjeta de farmacia separada. Si necesita abastecer un medicamento con receta, puede ir a la farmacia y usar su tarjeta de miembro de CoverKids OptumRx.

Antes de acudir, verifique que la farmacia acepta CoverKids. Para averiguarlo, vaya a **Find a Network Pharmacy Tool** en <https://www.optumrx.com/coverkids>. Escriba la información solicitada para buscar farmacias de su zona que acepten CoverKids OptumRx. O bien, puede llamarnos para pedir ayuda, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana al **1-888-816-1680**.

¿Necesita más ayuda? ¿Tiene preguntas sobre su tarjeta? Llame a Servicios al Miembro de OptumRx al **1-844-568-2179**.

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

Plan de seguro dental para niños

CoverKids solamente cubre la atención dental de rutina para los menores de 19 años de edad. El plan de seguro dental de CoverKids es **DentaQuest**. Ellos le pueden si tiene preguntas sobre el cuidado dental. Para buscar un dentista de DentaQuest, vaya a <http://www.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/>. Luego, haga clic en **Buscar un dentista**. O puede llamar a DentaQuest al **1-888-291-3766**.


Nota: CoverKids no cubre la atención dental de rutina, ni la cirugía oral, si usted tiene 19 años o más de edad.

Parte 1:

Cómo usar su plan de seguro médico

CoverKids

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

	CoverKids
Health Plan (80840)	
Member ID: 001800315	Group Number: TNTNCARE
Member: NEW M ENGLISH	Payer ID: 95378
PCP Name: NASHVILLE PEDIATRIC PROVIDERS LLC	
Date of Birth: 10/20/2012	Effective Date: 01/01/2014
COPAY Level 2:OV/SPEC/IPH \$5/\$5/\$5	
0501	Cover Kids Benefit: N Administered by UnitedHealthcare Community Plan, Inc.

Printed: 10/08/20	
You should always see your Primary Care Provider (PCP) before receiving medical treatment from any provider (except for emergencies). In a medical emergency, care may be obtained from the closest medical care provider. Notify both your Primary Care Provider and your local UnitedHealthcare office after receiving such care.	
For Members: www.myuhc.com/communityplan	866-600-4985
NurseLine:	866-600-4985
Dental:	888-291-3766
Mental Health:	866-600-4985
For Providers:	800-690-1606
Medical Claims:	PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220

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

- **Nombre del miembro (Member Name)** es el nombre de la persona que puede usar esta tarjeta.
- **Número de identificación (ID Number)** es el número que nos informa quién es usted.
- **Número de grupo (Group Number)** es el número que nos dice que usted es miembro de CoverKids.
- **Red de proveedores (Provider Networks)** se refiere a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica que aceptan su tarjeta de CoverKids.
- **Copagos (Copays)** es lo que usted paga (copago) por cada servicio de atención médica. No todos los miembros tienen copagos.
- **Indicador de beneficios (Benefit Indicator)** es el tipo de paquete de beneficios de CoverKids que tiene usted. Su paquete de beneficios es el tipo de servicios o atención para el cual CoverKids le proporciona cobertura.

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

10 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids

Esta tarjeta es solamente para usted. No permita que nadie más use su tarjeta. Si extravía o le roban su tarjeta, o si alguno de los datos es incorrecto, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para que le enviemos una tarjeta nueva. La llamada es gratis.

Si tiene preguntas acerca de CoverKids, puede:

Escribanos a:



CoverKids Member Services
UnitedHealthcare Community Plan
8 Cadillac Drive, Suite 100
Brentwood, TN 37027

Llámenos:



1-866-600-4985,
TTY/TDD **711**

Red de proveedores de CoverKids

Dentro de la red

Los doctores y otros lugares y personas que colaboran con CoverKids se conocen como la Red de Proveedores. Todos los proveedores de CoverKids se enumeran en nuestro Directorio de Proveedores. Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en myuhc.com/CommunityPlan. O llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para pedir la lista. A veces la lista impresa no es la más actualizada, ya que pueden haberse inscrito o dado de baja algunos proveedores después de la impresión. Sin embargo, el Directorio de Proveedores en línea se actualiza todas las semanas. También puede llamarnos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para averiguar si un proveedor está en nuestra red.

En ocasiones, es posible que su doctor no pueda atenderlo o proporcionarle el tratamiento que necesite debido a razones éticas (morales) o religiosas. Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. Nosotros le podemos ayudar a encontrar un doctor que le pueda proporcionar la atención o tratamiento que necesite.

Para buscar doctores que hablen otros idiomas, puede consultar el Directorio de Proveedores en línea de CoverKids en myuhc.com/CommunityPlan.

Usted **tiene que** acudir a los doctores que aceptan CoverKids para que CoverKids pague su atención médica.

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, 11
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids

Pero, si usted también tiene Medicare, no es necesario que use doctores que aceptan UnitedHealthcare Community Plan. Puede consultar a cualquier doctor que acepte Medicare. Para obtener más información acerca de cómo funciona Medicare con TennCare, consulte la Parte 4 de éste manual.

Obtenga más información acerca de los doctores de la red. Usted puede obtener información acerca de los doctores de la red en myuhc.com/CommunityPlan, o llamando a Servicios para Miembros. Nosotros podemos darle la siguiente información:

- Nombre, dirección y números de teléfono
- Finalización de la residencia
- Calificaciones profesionales
- Estado de certificación de la junta
- Especialidad
- Idiomas hablados
- A que escuela de medicina asistió

Fuera de la red

A los doctores que no están en la Red de Proveedores y que no aceptan CoverKids se les llama proveedor **Fuera de la Red**. En la mayoría de los casos, si usted acude a un doctor que está Fuera de la Red, **CoverKids no pagará**.

Pero, a veces, como en casos de emergencia o para ver a un especialista, CoverKids pagará por un doctor que está Fuera de la Red. A menos que sea una emergencia, tendrá que contar primero con una **autorización**. Las secciones de **Especialistas** y **Emergencias** contienen más información sobre cuándo puede acudir a un proveedor que está fuera de la red.

Si ya estaba recibiendo atención o tratamiento cuando su CoverKids comenzó, es posible que pueda continuar recibiendo la atención sin necesidad de una autorización o referido. Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para que le digan cómo.

Cómo recibir ayuda gratuita con el idioma en sus consultas de atención médica

Si el inglés no es su primer idioma, puede pedir un intérprete para sus consultas. Éste es un servicio gratuito para usted. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para que pueda recibir ayuda con servicios lingüísticos .

También puede consultar nuestro Directorio de Proveedores en línea en myuhc.com/CommunityPlan para buscar doctores que hablan otros idiomas.

12 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Consultas con el doctor

Su Proveedor de Atención Primaria — la principal persona a la que acude para atención médica

Usted puede tener una persona principal para su atención médica. Él o ella puede ser un doctor, un ayudante de médico o una enfermera. A esa persona se le llama su **Proveedor de Atención Primaria (PCP)**.

A veces se indica el nombre de su PCP en el frente de su tarjeta de miembro. ¿Qué debe hacer si el nombre de su PCP no se indica en su tarjeta? Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para pedir el nombre de su PCP o para informarse sobre otros PCP de nuestra red. ¿Qué debe hacer si quiere cambiar de PCP? **En la siguiente página se explica cómo.**

La mayoría de los PCP tienen horas hábiles de consulta. Pero, usted puede llamar a su PCP a cualquier hora. Si llama después de horas hábiles, ellos le dirán cómo comunicarse con el doctor. Si no le contestan después de horas hábiles, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Si acaba de empezar con este PCP, es importante que vaya a conocerlo. Llame para hacer una cita con PCP tan pronto como pueda. Esto es aún más importante si usted ha bajo la atención o tratamiento de otro doctor. Queremos asegurarnos de que siga recibiendo la atención que necesita. Pero aunque se sienta bien, debe llamar para pedir una consulta con su PCP.

Antes de ir a la primera cita con su PCP:

1. Pídale a su antiguo doctor que envíe su expediente médico a su PCP. Eso no le cuesta nada a usted. Su expediente le pertenece. Su expediente servirá para que su PCP se entere sobre su salud.
2. Llame a su PCP para hacer una cita.
3. Tenga a la mano su tarjeta de CoverKids cuando llame.
4. Diga que es miembro de CoverKids y proporcione su número de identificación de CoverKids.
5. Anote la fecha y la hora de su cita. Si es paciente nuevo, es posible que el proveedor le pida que acuda un poco más temprano. Anote la hora a la que le pidan que acuda.
6. Haga una lista de las preguntas que le quiere hacer a su PCP. Anote cualquier problema de salud que tenga.

El día de su cita:

1. Lleve todas sus medicinas y una lista de preguntas para que su PCP sepa cómo ayudarle.
2. Llegue a tiempo a su cita. Si no puede llegar a su cita a tiempo, llame a su PCP para que le den otra cita.
3. Lleve su tarjeta de identificación de CoverKids. Es posible que su PCP le saque una copia a la tarjeta. Si tiene otro seguro, lleve también esa tarjeta de identidad.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 13
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids

4. Si le corresponde un copago, páguelo. Puede encontrar más información sobre los copagos en la Parte 3 de este manual.

Su PCP le proporcionará **la mayor parte** de su atención médica. Su PCP puede encontrar y tratar los problemas de salud cuando apenas empiezan. Él o ella tendrá su expediente médico. Su PCP puede ver su panorama de salud en general. Su PCP lleva un control de toda la atención médica que usted reciba.

Si tiene que cambiar de PCP

Hay muchos motivos por los que posiblemente tenga que cambiar de PCP. Quizás sea porque quiere acudir a un PCP cuyo consultorio le queda más cerca. O quizás su PCP deje de trabajar con nosotros. Si no encuentra un nuevo PCP, nosotros le ayudaremos a encontrar uno para que pueda continuar recibiendo su atención médica.

Para cambiar de PCP:

1. Encuentre un nuevo PCP en la red de CoverKids. Para encontrar un nuevo PCP, consulte nuestro directorio de Proveedores. O puede ir en línea a myuhc.com/CommunityPlan, o llamar al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.
2. Después, llame al PCP para verificar que él o ella pertenece a la red de proveedores de CoverKids. **No se olvide de preguntar** si está aceptando pacientes nuevos.

¿Necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP?

Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. Le ayudaremos a buscar a un nuevo PCP que esté aceptando pacientes nuevos.

¿Está listo su adolescente para un proveedor de atención médica para adultos?

Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y resolver algunas inquietudes sobre este cambio. Puede llamar a Salud de la Población al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para asistencia.

Atención de salud conductual (servicios de salud mental o por alcoholismo o drogadicción)

No es necesario acudir antes a su PCP para recibir los servicios de Salud Conductual. Sin embargo, la atención la tiene que proporcionar alguien que esté en nuestra red. Si ya está recibiendo atención médica, pregúntele a su proveedor si acepta CoverKids.

Una Agencia Comunitaria de Salud Mental (Community Mental Health Agency, CMHA) es un lugar al que puede acudir para servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción. La mayoría de las CMHA aceptan CoverKids.

Antes de su primera consulta:

1. **Pídale a su antiguo doctor que envíe su expediente a su nuevo PCP.** Eso no le cuesta nada a usted. Su expediente servirá para que su proveedor se entere sobre sus necesidades de salud.
2. **Tenga lista su tarjeta de CoverKids** cuando llame para hacer su cita con el nuevo proveedor.
3. Diga que es miembro de CoverKids y proporcione su **número de identificación** de CoverKids.
4. **Anote** la fecha y la hora de su cita. Si es paciente nuevo, es posible que el proveedor le pida que acuda un poco más temprano. Anote la hora a la que le pidan que acuda.
5. **Haga una lista** de las preguntas que le quiere hacer a su proveedor. Anote cualquier problema de salud que tenga.

El día de su cita:

1. **Lleve todas sus medicinas** y una lista de preguntas con usted para que su proveedor sepa cómo ayudarle.
2. **Llegue a tiempo a su cita.** Si no puede llegar a su cita a tiempo, llame a su proveedor para que le den otra cita.
3. **Lleve su tarjeta de identificación** de CoverKids. Es posible que su proveedor le saque una copia.
4. Si le corresponde un copago, **páguelo.** Puede encontrar más información sobre los copagos en la Parte 3 de este manual.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental o rehabilitación por alcoholismo o drogadicción, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. O bien, si tiene preguntas acerca de servicios de salud mental, alcoholismo o drogadicción, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. La llamada es gratis.

Proveedores especialistas

Un **especialista** es un doctor que trata ciertas enfermedades o una parte específica del cuerpo humano. Un tipo de especialista es un cardiólogo o doctor del corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo, un doctor que trata el cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.

Es posible que su PCP lo envíe a un especialista para atención. Si el especialista no está en nuestra Red de Proveedores, su proveedor primero tiene que obtener nuestra autorización. Si le corresponden copagos, su copago es el mismo, incluso si el especialista está fuera de la red.

Sin embargo, si es mujer **no** tiene que ir primero a su PCP si necesita un chequeo con un doctor que se especializa en el tratamiento de la mujer. Al doctor que atiende a la mujer se le llama ginecólogo obstetra (en inglés OB/GYN). El especialista en el tratamiento de la mujer tiene que estar en nuestra red. En la Parte 2 de este manual encontrará más información acerca de la atención médica de la mujer.

Y recuerde, usted **no** tiene que ir primero a su PCP para acudir a cualquier especialista o proveedor de salud mental para los servicios de salud mental, alcoholismo o drogadicción.

Atención en el hospital

Si necesita atención en el hospital, su proveedor médico o proveedor de salud mental de la red hará los arreglos.

Debe tener la autorización de su proveedor de la red para obtener atención hospitalaria. A menos que sea una emergencia, nosotros solamente pagaremos la atención en el hospital si su proveedor de la red lo dispone.

Emergencias de salud física

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

Las emergencias son cuando su salud podría correr riesgo grave o daño si usted no recibe atención médica inmediatamente. Consulte la Parte 8 de este manual para una definición completa de lo que es una emergencia.

Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids

Las emergencias pueden ser cosas como:	Estas no suelen ser emergencias:
<ul style="list-style-type: none">• Respiración comprometida, o no poder hablar• Una cortada profunda, un hueso roto o una quemadura• Hemorragia que no se puede detener• Dolor intenso en el pecho que no se le quita• Dolor intenso del estómago que no se le quita• Convulsiones que provocan desmayo• No poder mover las piernas o brazos• Cuando no se puede despertar a la persona• Sobredosis de drogas o medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Dolor de garganta• Resfriado o gripe• Dolor de la espalda baja• Dolor de oído• Dolor de estómago• Cortadas pequeñas, poco profundas• Moretón• Artritis• Dolor de cabeza, a menos que sea muy intenso y que sea un dolor como nunca antes había tenido.

Si piensa que tiene una emergencia, vaya a la Sala de Emergencias (en inglés se llama Emergency Room o ER) del hospital más cercano. En caso de emergencia, puede ir a un hospital que no forme parte de la Red de Proveedores. Si no puede ir a la sala de emergencias, llame al 911 o llame al servicio de ambulancia de su localidad.

Si no sabe con certeza si se trata de una emergencia, llame a su PCP. Usted puede llamar a su PCP a cualquier hora. Su PCP le puede ayudar a obtener atención en una emergencia si la necesita.

Si necesita tratamiento de emergencia, no tiene que obtener una autorización de nadie antes de recibir atención de emergencia.

Después de que lo atiendan en la Sala de Emergencias, también recibirá la atención médica que el doctor indique para que se mantenga estable. A eso se le llama atención de estabilización después de una emergencia.

Después de recibir la atención de emergencia, informe a su PCP o especialista. Su PCP o especialista tiene que saber sobre su emergencia para que después lo pueda atender con el seguimiento. Trate de llamar a su PCP o especialista en un plazo de 24 horas de recibir la atención de emergencia.

Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids

Emergencias de salud mental

Usted puede recibir atención para una emergencia de salud mental o relacionada con el alcohol o las drogas en cualquier momento, aunque se encuentre de viaje. Y no es necesario que obtenga ninguna autorización para recibir atención de emergencia.

Si tiene una emergencia de salud mental, alcoholismo o drogadicción, acuda inmediatamente al centro para atención de crisis mentales más cercano o a la sala de emergencias. ¿Qué puede hacer si no sabe dónde se encuentra el centro para atención de crisis mentales más cercano? Llame a inmediatamente **Servicios para Crisis de Salud Mental** al: **855-CRISIS-1** (o **855-274-7471**). Estas llamadas son gratuitas.

O bien, puede llamar a su proveedor. Su proveedor le puede ayudar a obtener atención en una emergencia si la necesita. CoverKids paga las emergencias de salud mental, y uso indebido de alcohol o drogas aunque el doctor u hospital no esté en la Red de Proveedores.

Las emergencias son cuando su salud o la de otra persona podría correr riesgo grave o daño si usted no recibe ayuda inmediatamente. Consulte la Parte 8 de este manual para una definición completa de lo que es una emergencia.

Las emergencias pueden ser cosas como:	Usualmente las siguientes cosas NO son emergencias:
<ul style="list-style-type: none">• Planear en hacerse daño• Pensar en hacerle daño a otra persona	<ul style="list-style-type: none">• Necesitar una renovación de receta médica• Cómo pedir ayuda para hacer una cita

Si tiene este tipo de emergencia:

- Acuda inmediatamente al centro para atención de crisis mentales más cercano o a la Sala de Emergencias
- Llame al 911 o
- Llame a **Servicios de Crisis de Salud Mental para Adultos** al **855-CRISIS-1** (o **855-274-7471**). Estas llamadas son gratuitas.

Menores de 18 años de edad

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

- Acuda a la Sala de Emergencias más cercana o
- Llame al 911 o

18 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 1: Cómo usar su plan de seguro médico CoverKids

Llame a la línea de crisis estatal o al número de teléfono regional de su área. Su llamada se transmitirá a un especialista en crisis para recibir ayuda. **LÍNEA ESTATAL DE PARA MOMENTOS DE CRISIS LAS 24/7: 855-274-7471 (855-CRISIS-1).**

Para comunicarse directamente con una agencia:

Youth Villages

866-791-9221 — TN Central Norte

866-791-9222 — TN Central Sur

866-791-9227 — TN Rural Occidental

866-791-9226 — Región de Memphis

866-791-9224 — Región Este

866-791-9225 — Región Sudeste

Cooperativa de Salud Mental

615-726-0125 — Condado de Davidson

Frontier Health

877-928-9062 — TN Noreste

Helen Ross McNabb

865-539-2409 — TN Este

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

Si tiene problemas para comunicarse con alguien en el número que indicado para su área, llame al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. Nosotros le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Siempre lleve consigo su tarjeta de CoverKids. En caso de una emergencia, los médicos sabrán que tiene CoverKids.

Después de que lo atiendan en la Sala de Emergencias, también recibirá la atención médica que el doctor indique para que se mantenga estable. A eso se le llama atención de estabilización después de una emergencia.

Después de recibir atención de emergencia, informe a su proveedor. Su proveedor tiene que saber sobre su emergencia para que después lo pueda atender con el seguimiento. **Trate de llamar a su proveedor en las primeras 24 horas después de recibir la atención de emergencia.**

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 19
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Atención de emergencia cuando está de viaje

La atención de emergencia cuando está de viaje funciona igual que si estuviese en casa. **En una emergencia**, puede ir a un hospital que está Fuera de la Red. Vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Tenga en cuenta que la atención de emergencia cuando está de viaje no es un beneficio cubierto si se encuentra fuera del país. Si tiene una emergencia de salud mental, por alcohol o drogas, puede llamar gratis a **Servicios para Crisis de Salud Mental** al: **855-CRISIS-1** o **(855-274-7471)**. Debe también llamar a su proveedor y a CoverKids en las primeras 24 horas después de recibir la atención de emergencia cuando viajaba.

Muestre su tarjeta de CoverKids cuando obtenga la atención de emergencia. Pida en la sala de emergencias que le manden la factura a CoverKids. Si la Sala de Emergencias dice que no, pregunte si le pueden mandar la factura a su casa. O si tiene que pagar la atención médica recibida, pida un recibo.

Cuando llegue a casa, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** y avísenos que tuvo que pagar su atención médica o que le dieron una factura. Nosotros queremos colaborar con usted y el proveedor para presentar un reclamo por su atención.

¡Importante! TennCare y UnitedHealthcare Community Plan solo pagarán por emergencias cuando usted esté lejos de su área si se encuentra en los Estados Unidos. No podemos pagar por atención médica de emergencia si está fuera del país.

Parte 2:

Servicios que CoverKids paga

Paquetes de beneficios

Puede encontrar una lista de los servicios de CoverKids en las páginas siguientes. Algunos de los servicios tienen límites. Esto significa que CoverKids pagará solamente una cierta cantidad de esa atención médica. En el caso de los servicios que dicen **según sean necesarios por razones médicas** significa que puede recibir esos servicios si su doctor, su plan de seguro médico y CoverKids en conjunto están de acuerdo en que usted los necesita.

Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles son sus servicios de salud física o de salud conductual, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Beneficios para CoverKids

Todos los servicios con cobertura de CoverKids deben ser necesarios por razones médicas según la definición dispuesta en las reglas de CoverKids. La definición de necesario por razones médicas se encuentra en la Parte 8 de este manual. Para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos con límites, consulte “Atención con límites” a partir de la página 23.

Servicios de CoverKids	Cubierto/No Cubierto
Los servicios de crisis de Salud Conductual (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura
Servicios quiroprácticos	Tiene cobertura No tiene cobertura para las mujeres embarazadas de 19 años y mayores
Servicios en clínica de la comunidad	Tiene cobertura

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

Servicios de CoverKids	Cubierto/No Cubierto
Servicios dentales (que no sean de rutina)	Tiene cobertura No tiene cobertura para las mujeres embarazadas de 19 años y mayores
Equipo médico duradero (DME)	Tiene cobertura con límites
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Tiene cobertura
Servicios de asistencia médica en el hogar	Tiene cobertura con límites
Cuidados paliativos	Tiene cobertura
Inmunizaciones/vacunas	Tiene cobertura
Beneficios por uso indebido de sustancias para pacientes internados y pacientes externos	Tiene cobertura
Servicios como paciente hospitalizado	Tiene cobertura
Servicios de laboratorio y radiografías	Tiene cobertura
Materiales médicos	Tiene cobertura
Transporte cuando no es una emergencia	No se cubre
Servicios de terapia ocupacional	Tiene cobertura con límites
Trasplante de órgano y obtención de donante	Tiene cobertura
Servicios ambulatorios en el hospital	Tiene cobertura
Servicios de salud conductual para pacientes externos (servicios de salud mental, rehabilitación por alcoholismo o drogadicción)	Tiene cobertura
Servicios de farmacia	Tiene cobertura
Exámenes físicos y chequeos, servicios de diagnóstico y tratamiento	Tiene cobertura
Servicios de terapia física	Tiene cobertura con límites

22 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

Servicios de CoverKids	Cubierto/No Cubierto
Servicios de médico	Tiene cobertura
Enfermera particular	No tiene cobertura
Servicios de hospitalización paciente psiquiátrico	Tiene cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Tiene cobertura
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial	Tiene cobertura
Cirugía plástica de mama	Tiene cobertura
Servicios de diálisis renal	Tiene cobertura
Centro de enfermería especializada	Tiene cobertura con límites
Servicios de terapia del habla	Tiene cobertura con límites
Articulación temporomandibular (TMJ) – tratamiento no quirúrgico	Tiene cobertura
Servicios de la vista	Tiene cobertura con límites No tiene cobertura para las mujeres embarazadas de 19 años y mayores

Atención con límites

Los beneficios están cubiertos si son necesarios por razones médicas. Sin embargo, algunos beneficios de CoverKids tienen límites. Estos tipos de atención tienen límites:

1. Equipo Médico Duradero
2. Servicios de Asistencia Médica en el Hogar
3. Terapia Ocupacional
4. Terapia Física
5. Centro de Enfermería Especializada
6. Terapia del Habla
7. Servicios de la vista

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 23
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

1. Equipo Médico Duradero

El Equipo Médico Duradero (DME) es cualquier equipo que proporciona beneficios terapéuticos para ciertas afecciones y/o enfermedades. Algunos servicios de DME requieren autorización previa.

Hay un **límite** en la cantidad que CoverKids pagará para DME. Se llama el Cargo Máximo Permitido. El límite depende del tipo de Equipo Médico Duradero que necesita. ¿Y si alquila el mismo tipo de equipo de varios proveedores de DME y el total del **costo de alquiler es más** de lo que costaría comprar el equipo? Usted será responsable de la cantidad que supere lo que CoverKids pagará (el Cargo Máximo Permitido).

Los audífonos se **limitan** a 1 audífono por oído cada año natural hasta la edad de 5 años; luego, 1 audífono por oído cada 2 años a partir de esa edad.

2. Servicios de Asistencia Médica en el Hogar

Hay 2 tipos de Atención Médica en el Hogar: Enfermera de Atención Médica en el Hogar y Asistente de Enfermera de Atención Médica en el Hogar. Los servicios pueden ser a tiempo parcial o de vez en cuando durante cierto período. Solamente los Servicios Enfermería en el Hogar tienen límites. Estos servicios se limitan a 125 visitas por año natural para atención suministrada por o bajo la supervisión de una enfermera registrada.

3. Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional incluye tratamiento necesario por razones médicas y apropiado que ayuda a las personas que tienen problemas de salud física o conductual como resultado de una enfermedad o lesión a aprender a hacer las actividades de la vida diaria. Los servicios se limitan a 52 visitas por año natural.

4. Terapia Física

La Terapia Física incluye el tratamiento necesario por razones médicas y apropiado de una enfermedad o una lesión de los músculos o articulaciones. Los servicios se limitan a 52 visitas por año natural.

5. Centro de Enfermería Especializada

Un Centro de Enfermería Especializada incluye la atención hospitalaria necesaria por razones médicas y apropiada brindada a los miembros que requieren atención médica, de rehabilitación o de enfermería en un entorno de restauración. Los servicios tienen un límite de 100 días por año natural después de una hospitalización aprobada.

6. Terapia del Habla

La Terapia del Habla por un terapeuta del habla con licencia para ejercer está cubierta para la restauración del habla después de una pérdida o deterioro; y para iniciar el habla debido a retrasos en el desarrollo (siempre y cuando el progreso continúe). La pérdida o deterioro, no debe haber sido causado por trastornos mentales, psiconeuróticos o de la personalidad. Los servicios se limitan a 52 visitas por año natural.

7. Servicios de la vista

Para los niños menores de 19 años, los servicios de la vista se limitan a un examen de la vista (incluido un examen de refracción y las pruebas de glaucoma) por año natural; un juego de lentes (incluidos bifocales, trifocales, etc.) por año natural; y un juego de armazones para anteojos cada 2 años naturales.

Para las mujeres embarazadas de 19 años de edad y mayores, los servicios de la vista se limitan a la evaluación médica y al tratamiento de afecciones anormales y trastornos de los ojos. Se cubren las primeras gafas o lentes de contacto para cataratas después de cirugía de cataratas.

¿Ha aprovechado todos sus beneficios? Podemos ofrecer sugerencias y opciones para la atención continua. Puede llamar a Salud de la Población al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para asistencia..

Otros servicios de CoverKids

Otros servicios cubiertos son Salud de la Población, Cuidados Paliativos, Esterilización, Aborto e Histerectomía. A continuación encontrará más información referente a estos servicios.

Salud de la Población

Si está sano, los servicios de Salud de la Población (Population Health) le proporcionarán información sobre cómo conservar la salud. Si tiene una enfermedad de largo plazo o una conducta poco sana, servicios de Salud de la Población puede ayudarle con cosas como:

- Entender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- Dejar de fumar
- Controlar su peso
- Tener un embarazo saludable y un bebé sano
- Preparar un plan de atención basado en el consejo del doctor de su hijo para las necesidades médicas y de salud del conductual
- Tomar decisiones que le ayuden a su hijo a sentirse mejor
- Prevenir que su hijo tenga que ir al hospital
- Ayuda con la gestión de los beneficios de farmacia
- Ayudar para que su hijo reciba la atención adecuada, en el lugar adecuado en el momento adecuado
- Coordinar la atención y asociarse con el proveedor de atención médica de su hijo
- Ayudarle a entender a los proveedores de atención médica de su hijo
- Ayudarle a explicar información importante sobre su hijo a sus proveedores
- Ayudarle a localizar y tener asignado a un médico de atención primaria/pediatra para su hijo

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), 25
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

Los servicios de Salud de la Población se proporcionan independientemente de que esté sano, tenga un problema de salud crónico o sufra un episodio de salud terrible. Usted tiene a su servicio Salud de la Población dependiendo de sus riesgos de salud y la necesidad del servicio.

Salud de la Población puede proporcionar un administrador de cuidados. Un administrador de cuidados lo ayudará a conseguir toda la atención que necesita. Le pueden asignar un administrador de cuidados si usted:

- Acude con mucha frecuencia a la sala de emergencias o lo tienen que hospitalizar muy seguido o
- Necesita atención médica antes o después de un trasplante o
- Tiene muchos doctores diferentes para diferentes problemas de salud o
- Tiene una enfermedad crónica y no sabe cómo manejarla
- Necesita ayuda para encontrar recursos y crear un plan de atención para ayudar a su hijo con discapacidades o necesidades de salud conductual, incluidas las enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI)
- Necesita ayuda con recursos para ayudar con las condiciones económicas y sociales

Para ver si puede tener un administrador de atención o si quiere participar en los servicios de Salud de la Población, usted (o alguien en su nombre) puede llamar al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Cuidados Paliativos es un tipo de atención médica para los enfermos terminales. Tiene que utilizar los servicios de un proveedor que se encuentre en nuestra red. Si necesita ayuda con cuidados paliativos (hospice), llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Esterilización es el tratamiento médico o cirugía por medio del cual ya no puede tener hijos. Para obtener este tratamiento, usted debe:

- Ser un adulto de 21 años de edad o mayor
- Contar con todas sus facultades mentales y ser capaz de tomar decisiones sobre su salud
- No encontrarse en una institución mental o en la cárcel
- Completar un documento en el que usted da su autorización. A esto se le llama Formulario de Consentimiento para Esterilización. Nos puede llamar al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para pedir el formulario.

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

Aborto es el tratamiento médico que da fin a un embarazo. CoverKids solamente paga este tratamiento si:

- Usted está embarazada a causa de violación o incesto o
- Tiene un problema físico, lesión o enfermedad que podría causarle la muerte si no le hacen un aborto

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

Una **histerectomía** es una cirugía médica que extirpa los órganos reproductivos. La histerectomía puede estar cubierta cuando es necesaria para corregir otros problemas médicos. Después de una histerectomía, usted no podrá tener hijos. Pero, CoverKids **no pagará** este tratamiento si se lo hacen simplemente para no tener hijos. CoverKids paga este tratamiento **únicamente si es necesario por razones médicas**.

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

Atención médica preventiva — Atención para que conserve la salud

CoverKids cubre la atención preventiva para los niños y las mujeres que esperan un bebé. La **atención médica preventiva** le ayuda a conservar la salud y detecta temprano los problemas de salud para que se puedan tratar.

Nota: No tendrá copagos para la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:

- Chequeos para niños
- Atención para la mujer que está esperando un hijo
- Los chequeos de bebé
- Las vacunas y pruebas
- Información sobre anticonceptivos

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

Embarazo

Si está embarazada, ir al doctor puede ayudarla a tener un bebé más sano. La atención médica antes de que su bebé nazca se llama **atención prenatal**. **No hay copagos** cuando está embarazada.

Usted puede acudir a su PCP y/o a un especialista que se llama obstetra/ginecólogo para este tipo de atención. A este tipo de especialista en inglés a veces se le llama **doctor OB/GYN**.

Usted **no** tiene que ir primero a su PCP para poder ir a un doctor OB/GYN. Sin embargo, el doctor OB/GYN tiene que estar en nuestro Directorio de Proveedores para que CoverKids pague esos servicios.

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y ya está acudiendo a un OB/GYN cuando reciba su CoverKids, usted puede continuar acudiendo a ese doctor para su atención médica. Sin embargo, él o ella tiene que aceptar la cantidad que CoverKids paga. Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para preguntar si puede continuar acudiendo a ese doctor. Es posible que le pidamos que se cambie a un doctor OB/GYN que esté en nuestro Directorio de Proveedores, siempre y cuando usted no corra riesgo al cambiarse.

Vaya a **todas** sus consultas con el OB/GYN, aunque se sienta bien. Su doctor le informará con qué frecuencia le hará los chequeos mientras está embarazada. Después de su primera consulta es probable que acuda a su doctor cada **4 semanas**. Luego, después de los 7 meses, es posible que acuda a su doctor cada **2 o 3 semanas**. Cuando se acerque su fecha de parto, es posible que acuda a su doctor cada semana.

Haga lo que su doctor le indique y cuídese y cuide a su bebé. No se olvide de tomar las vitaminas que su doctor le recomiende. **No fume ni beba alcohol mientras está embarazada.**

Si su doctor le receta medicina mientras está embarazada, usted **no** tiene que pagar un copago en la farmacia. Pero, le tiene que informar a encargado de la farmacia que está embarazada para que no le cobre el copago.

Después del nacimiento de su bebé

Después de que nazca su bebé debe acudir a un chequeo para usted y su bebé. La atención médica después de que su bebé nazca se llama **atención postnatal**. La atención postnatal incluye la circuncisión realizada por un doctor y exámenes especiales para recién nacidos.

Tanto usted como su bebé necesitan atención médica de seguimiento. Debe acudir a su doctor **4 a 6 semanas** después de que haya nacido su bebé. Su doctor la revisará para asegurarse de que está bien.

28 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Importante: Informe a CoverKids sobre su bebé tan pronto como sea posible para que pueda asegurarse de que él o ella tenga cobertura. Dependiendo de sus ingresos, su bebé podría calificar para TennCare en lugar de CoverKids.

Aquí se explica cómo asegurarse de que su bebé reciba CoverKids o TennCare

- Después de que nazca su bebé, el hospital le dará los papeles para que le saque un número de Seguro Social a su bebé. **Llene esos papeles y envíelos a la oficina del Seguro Social.**
- **Informe a CoverKids sobre su bebé en cuanto pueda.** Llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701**. Dígalos que ya completó los papeles para el número de Seguro Social de su bebé.
- No se olvide de informarnos cuando le llegue la tarjeta del Seguro Social de su bebé por correo. Si su bebé tiene TennCare o CoverKids, llame al **1-855-259-0701**. Deles el número de Seguro Social de su bebé.

Es importante hacer estas cosas tan pronto como nazca su bebé.

Atención preventiva para niños: atención médica para su niño y adolescente

¡Registro, Chequeos y Seguimiento!

El programa CoverKids tiene el objeto de que los niños conserven la salud. Todo niño y adolescente necesita chequeos periódicos, aunque parezca estar sano. Esas consultas le ayudan al doctor a encontrar y tratar los problemas temprano.

En CoverKids, los chequeos médicos de rutina infantiles son gratis

CoverKids también paga toda la atención médica y medicinas necesarias para tratar los problemas descubiertos en el chequeo. Eso incluye problemas médicos, dentales, del habla, de la audición, de la vista y de conducta (problemas psiquiátricos y problemas relacionados con el alcohol y el uso indebido de las drogas).

Si su hijo no ha ido a un chequeo últimamente, llame hoy mismo al PCP de su hijo para hacer una cita. Pida un chequeo médico de rutina. Puede acudir al PCP de su hijo o al Departamento de Salud para los chequeos.

Además, si a alguna otra persona, como al maestro de su hijo, le preocupa la salud de su hijo, puede llevar a su hijo a que le hagan un chequeo.

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

Los chequeos pueden incluir:

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

Si el PCP de su hijo (pediatra) encuentra algo mal, CoverKids también le da a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, de la audición, de la vista y de la conducta (salud mental, alcoholismo o drogadicción) que él o ella necesite.

Los niños deben ir al doctor a sus chequeos aunque no estén enfermos. Les deben hacer un chequeo:

- Al nacer
- A los 3 a 5 días de nacidos
- A 1 mes de edad
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Y después una vez al año hasta los 19 años de edad

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

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

Consulte el calendario de vacunas que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Se llama el Programa de Vacunación para Niños y Adolescentes. Le ayudará a saber cuándo le toca a su hijo que le pongan sus vacunas.

O bien, le puede preguntar al PCP de su hijo cuándo le deben poner sus vacunas.

30 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Atención dental (de dientes) para niños

Si es menor de 19 años de edad, también tiene un plan dental que se llama **DentaQuest**. Su teléfono es el **1-888-291-3766**. Puede llamar a DentaQuest para encontrar un dentista. O bien, puede llamarlos si tiene preguntas acerca del cuidado de los dientes de su hijo. La llamada es gratis.

Los dientes de los niños requieren atención especial. Los niños menores de 19 años deben ir a un chequeo y limpieza cada seis meses. Los niños deben comenzar a acudir al dentista cuando cumplan los 3 años de edad. Algunos niños deben ir antes.

CoverKids paga otros tipos de atención dental sólo si son necesarios por razones médicas. El tratamiento de ortodoncia (brackets o frenillos) sólo tiene cobertura si es necesario por razones médicas.

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

Esta atención dental es únicamente para menores de 19 años de edad. CoverKids no paga la atención dental de rutina para las mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad.

Atención de la vista (de los ojos) para niños

Los ojos de los niños también requieren atención especial. Los menores de 19 años de edad pueden acudir a chequeos de los ojos y obtener lentes y armazones para gafas según sea necesario por razones médicas. Su oftalmólogo de CoverKids le mostrará el grupo de armazones entre los que puede escoger.

CoverKids paga otros tipos de atención de la vista sólo si son necesarios por razones médicas. Los lentes de contacto se cubren en lugar de lentes de gafas.

Los niños **no** tienen que ir a su PCP antes de ir a consulta con su oftalmólogo de CoverKids. Sin embargo, el oftalmólogo debe estar en nuestro Directorio de Proveedores.

Esta atención de la vista es únicamente para menores de 19 años de edad. CoverKids no paga ninguna atención de la vista de rutina para mujeres embarazadas de 19 años de edad y mayores.

Servicios no cubiertos

Esta es una lista general de algunos de los servicios que CoverKids no cubre para nadie. O nos puede llamar al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para pedirnos la lista completa.

Algunos servicios sin cobertura son:

1. Los servicios que no son necesarios por razones médicas. Pero sí se cubre la atención preventiva (atención necesaria para conservar la salud).
2. Los servicios que son experimentales o de investigación.
3. La cirugía para su apariencia. Pero si le hicieron una mastectomía, sí se cubre la cirugía reconstructiva de los senos.
4. La inversión de la esterilización.
5. La inseminación artificial, la fertilización in vitro o cualquier otro tratamiento para producir un embarazo.
6. El tratamiento de la impotencia.
7. La autopsia o necropsia.
8. Los exámenes físicos exigidos por un trabajo nuevo.
9. Ningún tratamiento médico o de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción) si usted está en una cárcel o prisión local, estatal o federal.
10. Los servicios que tienen cobertura por medio del seguro de compensación del trabajador.
11. Los servicios que recibió antes de tener CoverKids o después de que su CoverKids termine.
12. Los artículos para higiene personal, lujo o conveniencia.
13. Cuidado de Custodia y Servicios de Cuidador
14. Servicios principalmente para atención de convalecencia o curas de reposo.
15. La atención de los pies para comodidad o apariencia como pies planos, callos, uñas.
16. Cirugía transexual y cualquier tratamiento relacionado con ésta.
17. Queratotomía radial u otra cirugía para corregir un error refractivo del ojo.
18. Los servicios que le sean prestados por algún familiar o cualquier persona que viva en su casa.
19. Servicios de partera fuera de un centro de salud con licencia.
20. Cargos en exceso del cargo máximo permitido.
21. Servicios o suministros para la cirugía ortognática.
22. Tratamiento y terapias para fines de mantenimiento.
23. Autotratamiento o capacitación.

32 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

24. Servicios o suministros para el tratamiento de terapia de mantenimiento con metadona y buprenorfina.
25. Consultas por teléfono o correo electrónico para completar un formulario de reclamo o para proporcionar expedientes médicos. Los proveedores de la red no deben cobrarle por faltar a citas perdidas y no se cubren los cargos por faltar a citas.
26. Cualquier cargo de administración.
27. Medicamentos y suministros disponibles sin receta médica por ley federal o estatal.
28. Las medicinas para:
 - Crecimiento del cabello
 - Fines estéticos
 - Controlar el apetito
 - El tratamiento de la impotencia
 - Tratamiento de la infertilidad
29. Las medicinas que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dice que son:
 - DESI — significa que la investigación dice que no son eficaces.
 - LTE — significa que la investigación dice que son menos efectivos que
 - IRS — significa que los medicamentos son idénticos, relacionados o similares a los medicamentos LTE.

Algunos servicios están cubiertos para niños menores de 19 años de edad, pero no para las mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad.

Los servicios **no cubiertos** para las mujeres embarazadas mayores de 19 años incluyen:

1. Servicios dentales de rutina
2. Servicios quiroprácticos
3. Anteojos, lentes de contacto o exámenes de la vista. Pero si le hicieron cirugía para cataratas, sí tienen cobertura las primeras gafas o lentes de contacto para cataratas.

Parte 3:

Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

Lo que paga por su atención médica – Copagos

Sus copagos


La atención preventiva es la atención que le ayuda a conservar la salud, como chequeos, vacunas, atención del embarazo y el parto. Este tipo de atención es siempre gratuita. No tiene copagos para la atención preventiva. En la Parte 2 se proporciona más información sobre la atención preventiva.

Para otros tipos de atención médica, como internaciones en el hospital o consultas cuando su hijo está enfermo, **es posible** que tenga que pagar parte del costo. Los copagos son lo que usted paga por cada servicio de atención médica que recibe.

No todos quienes tienen CoverKids tienen copagos. Su tarjeta de CoverKids le dirá si tiene copagos y de cuánto. Los copagos dependen de:

- El tipo de CoverKids que usted tiene y
- Los ingresos mensuales de su familia antes de impuestos y
- El número de personas en su familia que viven con usted.

Usted sólo tiene que pagar el copago para recibir atención médica. No le deben cobrar el resto del costo de su atención médica. Si le cobran el resto del costo, usted puede apelar. Consulte la Parte 4 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su atención médica.

	CoverKids
Health Plan (80840)	
Member ID: 001800315	Group Number: TNTNCARE
Member: NEW M ENGLISH	Payer ID: 95378
PCP Name: NASHVILLE PEDIATRIC PROVIDERS LLC	
Date of Birth: 10/20/2012	Effective Date: 01/01/2014
COPAY Level 2:OV/SPEC/IPH \$5/\$5/\$5	
0501	Cover Kids Benefit: N Administered by UnitedHealthcare Community Plan, Inc.

Printed: 10/08/20	
You should always see your Primary Care Provider (PCP) before receiving medical treatment from any provider (except for emergencies). In a medical emergency, care may be obtained from the closest medical care provider. Notify both your Primary Care Provider and your local UnitedHealthcare office after receiving such care.	
For Members:	www.myuhc.com/communityplan
NurseLine:	866-600-4985
Dental:	888-291-3766
Mental Health:	866-600-4985
For Providers:	800-690-1606
Medical Claims:	PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220

34 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 3: Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

En su tarjeta de CoverKids se indica si usted tiene copagos para doctores, especialistas y visitas al hospital y a la sala de emergencias.

Hay tres niveles de beneficios para copagos en CoverKids: nivel 1, 2 o 3. Su tarjeta le dirá en qué nivel se encuentra.

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

Copagos de CoverKids

¿Usted paga copagos por un PCP, especialista, visita a urgencias y hospitalización? ¿No está seguro? Revise su tarjeta de CoverKids o llame a Servicios al Miembro de CoverKids al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

	Nivel de beneficios		
	1	2	3
Consulta en consultorio/servicios para pacientes externos			
Consulta de atención primaria <ul style="list-style-type: none"> • Consulta en consultorio familiar, de medicina general, de medicina interna, de obstetricia/ginecología, de pediatría, y en clínicas que no requieren cita • Incluye a los enfermeros, asistentes médicos y enfermeras parteras (sólo en centro médico con licencia) que trabajan bajo la supervisión de un médico de cabecera 	\$15 de copago	\$5 de copago	No hay copago
Consulta con especialista y cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> • Consulta en el consultorio con cualquier proveedor de especialidad • Cirugía ambulatoria, incluidos servicios de diagnóstico invasivos (por ejemplo, colonoscopia) — Copago único por fecha de servicio 	\$20 de copago	\$5 de copago	No hay copago

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 35
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 3: Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

	Nivel de beneficios		
	1	2	3
Consulta en consultorio/servicios para pacientes externos (continuación)			
Servicios de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción) <ul style="list-style-type: none"> • Consulta • Servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias — Un solo copago por fecha de servicio 	\$15 de copago	\$5 de copago	No hay copago
Quiroprácticos <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura únicamente para niños menores de 19 años 	\$15 de copago	\$5 de copago	No hay copago
Servicios de rehabilitación y terapia <ul style="list-style-type: none"> • Incluso terapia del habla, física y ocupacional • Se limita a 52 visitas por tipo de terapia por año natural 	\$15 de copago	\$5 de copago	No hay copago
Farmacia — beneficios administrados por OptumRx			
Suministro de 30 y 90 días/ medicamentos farmacéuticos especializados	\$5 medicamento genérico \$20 de marca preferida \$40 de marca no preferida	1 medicamento genérico \$3 de marca preferida \$5 de marca no preferida	No hay copago
Atención que no es de emergencia			
Consulta en la sala de emergencias que NO se considera una verdadera emergencia médica <ul style="list-style-type: none"> • Instalación – salud física y conductual (salud mental y uso indebido de alcohol y drogas), incluida la atención urgente • Debe ser un proveedor de la red. Si el proveedor no pertenece a la red, CoverKids no pagará. 	\$50 de copago	\$10 de copago	No hay copago

36 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 3: Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

	Nivel de beneficios		
	1	2	3
Hospitalizaciones			
Instalación para pacientes internados (salud física y conductual [salud mental y uso indebido de alcohol y drogas]) <ul style="list-style-type: none"> • El copago se exenta si es readmitido dentro de las 48 horas siguientes a la consulta inicial para el mismo episodio de enfermedad o lesión • Servicios de rehabilitación • Tratamiento de salud mental, alcoholismo y drogadicción 	\$100 de copago por admisión	\$5 de copago por admisión	No hay copago
Servicios de la visión — Estos servicios son elegibles solamente para los menores de 19 años. Cuando los armazones y lentes se ordenan al mismo tiempo, se cobra un copago.			
Lentes graduados para gafas <ul style="list-style-type: none"> • Incluidas bifocales o trifocales • Se limita a uno por año del plan 	\$15 de copago \$85 de beneficio máximo	\$5 de copago \$85 de beneficio máximo	No hay copago
Lentes de contacto graduados en lugar de lentes para gafas <ul style="list-style-type: none"> • Se limita a uno por año del plan 	\$15 de copago \$150 de beneficio máximo	\$5 de copago \$150 de beneficio máximo	No hay copago
Armazones <ul style="list-style-type: none"> • Se limita a cada 2 años del plan 	\$15 de copago \$100 de beneficio máximo	\$5 de copago \$100 de beneficio máximo	No hay copago

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 37
o llame a Servicios para Miembros al 1-866-600-4985, TTY/TDD 711.

Parte 3: Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

Los siguientes servicios NO requieren un copago
Atención Preventiva Consultas <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones médicas de rutina• Inmunizaciones• Examen anual de audición y de a vista
Consulta en consultorio/servicios para pacientes externos <ul style="list-style-type: none">• Análisis y radiografías
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none">• Consulta en la Sala de Emergencias que se considera una emergencia
Servicios para mujeres embarazadas <ul style="list-style-type: none">• Las mujeres embarazadas no tienen copagos
Ambulancia <ul style="list-style-type: none">• Por tierra y por aire
Atención médica en el hogar <ul style="list-style-type: none">• La atención de enfermería en el hogar se limita a 125 visitas por año natural
Cuidados paliativos (hospice) <ul style="list-style-type: none">• Se exenta el copago para todos los servicios si el miembro está bajo cuidados paliativos
Servicios de la visión – Estos servicios son elegibles solamente para los menores de 19 años Examen anual de la visión <ul style="list-style-type: none">• Incluido un examen de refracción y la prueba anual de glaucoma• Debe acudir a un proveedor de la red

Parte 3: Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

El programa CoverKids tiene un límite en la cantidad total de copagos que usted tendrá que pagar cada año natural. Esto se llama gastos personales. Los copagos que usted paga le ayudarán a alcanzar su límite de gastos personales cada año natural.

El límite de gastos personales de su familia cada año natural se basa en los ingresos que usted reporta a CoverKids. Este límite es el máximo que pagará en copagos cada año natural. La cantidad máxima que pagará en copagos cada año es el 5% de sus ingresos familiares. ¿Necesita saber cuál es su límite de gastos personales anual? Llame a Servicios al Miembro de CoverKids al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Si sus ingresos cambian o el tamaño de su familia cambia, posiblemente también cambien sus copagos. Debe reportar todo cambio en el tamaño o los ingresos de la familia a TennCare Connect llamando al **1-855-259-0701** en un plazo de 10 días.

¿Tiene preguntas sobre los copagos? Podemos contestar estas preguntas también. Llame gratis a Servicios al Miembro de CoverKids al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 4:

Ayuda para los problemas con su CoverKids

Tipos de problemas y lo que usted puede hacer

Usted podría tener diferentes tipos de problemas con su atención médica.

Algunos problemas se pueden resolver con tan sólo hacer una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas acerca de su atención médica, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711** para recibir ayuda.

Algunos problemas pueden requerir más medidas. Estos son algunos ejemplos de diferentes tipos de problemas y algunas maneras de solucionarlos.

¿Necesita una nueva tarjeta de CoverKids?

Si extravía o le roban su tarjeta o si la información de su tarjeta está mal, puede pedir una tarjeta nueva.

- Para pedir una nueva tarjeta de CoverKids, llame al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**

Usted no tiene que esperar a que le llegue su tarjeta nueva para recibir atención médica o medicina. Dígale a su doctor o al encargado de la farmacia que usted tiene CoverKids.

¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor?

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

¿Quiere cambiar de doctor porque no está satisfecho con el doctor que tiene? Por favor, díganos. Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

¿Necesita presentar una queja sobre su atención?

Si no está a gusto con la atención médica que está recibiendo, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. Díganos que quiere presentar una queja.

Nadie le puede hacer nada malo si usted presenta una queja. Queremos ayudarle a que reciba buena atención.

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

Si quiere cambiar de plan de seguro médico porque tiene problemas para obtener atención médica, infórmenos. Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted no tiene que cambiar de plan de seguro médico para obtener la atención médica que necesite.

- ¿Quiere cambiar de plan de seguro médico para ver a un doctor que acepta ese plan?
- **Recuerde:** Usted debe verificar que todos sus doctores acepten su nuevo plan de seguro médico nuevo. Usted sólo podrá acudir a los doctores que acepten su nuevo plan.
- **¿Qué puede hacer si su plan de seguro médico ya le autorizó atención médica que aún no ha recibido?** Si cambia de plan y todavía necesita la atención médica, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan de seguro médico.

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

- ¿El doctor acepta el plan de seguro médico al que se quiere cambiar?
- ¿El plan de seguro médico al que se quiere cambiar está aceptando nuevos miembros de CoverKids?

Hay dos ocasiones en que es fácil cambiar de plan de seguro médico

1. Cuando comience a recibir CoverKids, tiene **90 días** para cambiar su plan de seguro médico. Cuando le dan CoverKids, le envían una carta. Esa carta dice cómo cambiar su plan de seguro médico dentro de los primeros 90 días.
2. Una vez al año durante su “mes de inscripción abierta”. **Cuándo** puede cambiar depende de dónde vive.

Parte 4: Ayuda para los problemas con su CoverKids

Encuentre su condado a continuación:

- **¿Vive usted en uno de estos condados del oeste de TN?** Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Dyer, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Lake, Lauderdale, Madison, McNairy, Obion, Shelby, Tipton, o Weakley

Si es así, usted puede cambiar su plan de seguro médico **solamente durante el mes de marzo**. Su nueva asignación del plan de seguro médico comenzaría el 1 de mayo. Hasta entonces, continuaremos prestándole servicios de atención médica.

- **¿Vive usted en uno de estos condados del centro de TN?** Bedford, Cannon, Cheatham, Clay, Coffee, Cumberland, Davidson, DeKalb, Dickson, Fentress, Giles, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Marshall, Maury, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Smith, Stewart, Sumner, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson, or Wilson

Si es así, usted puede cambiar su plan de seguro médico **solamente durante el mes de mayo**. Su nueva asignación del plan de seguro médico que comenzaría el 1 de julio. Hasta entonces, continuaremos prestándole servicios de atención médica.

- **¿Vive usted en uno de estos condados del este de TN?** Anderson, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Carter, Claiborne, Cocke, Franklin, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hawkins, Jefferson, Johnson, Knox, Loudon, Marion, McMinn, Meigs, Monroe, Morgan, Polk, Rhea, Roane, Scott, Sequatchie, Sevier, Sullivan, Unicoi, Union, or Washington

Si es así, usted puede cambiar su plan de seguro médico **solamente durante el mes de julio**. Su nueva asignación del plan de seguro médico que comenzaría el 1 de septiembre. Hasta entonces, continuaremos prestándole servicios de atención médica.

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

Otras razones por las que puede pedir que cambien su plan de seguro médico son si:

- Algún miembro de su familia está en el plan de seguro médico al que se quiere cambiar
- **O bien**, CoverKids cometió un error al darle un plan de seguro médico que no presta servicios en el área donde usted vive
- **O**, usted se mudó y su plan de seguro médico no ofrece servicios en la zona donde usted vive ahora.

Es posible que pueda cambiar su plan de seguro médico si por adversidad necesita hacerlo. Sin embargo, para satisfacer los criterios de adversidad, todas estas cosas deben ser ciertas en su caso:

1. Usted padece algún problema médico que requiere atención médica difícil, amplia y continua y
2. Su especialista ya no acepta su plan de seguro médico y

42 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 4: Ayuda para los problemas con su CoverKids

3. Su plan de seguro médico no cuenta con un especialista que le pueda prestarle la atención médica que usted necesita y
4. Su plan de seguro médico no puede trabajar con especialista para prestarle la atención médica que usted necesita y
5. Su especialista acepta el plan de seguro médico al que usted se quiere cambiar y
6. El plan de seguro médico al que se quiere cambiar está aceptando nuevos miembros de CoverKids.

*Un **especialista** es un doctor que trata ciertas enfermedades o una parte específica del cuerpo humano. Un tipo de especialista es un cardiólogo, es decir, un doctor que trata problemas del corazón. Otro es un oncólogo, es decir, un doctor que trata el cáncer. Hay muchos tipos diferentes de especialistas.

Para pedir que le cambien su plan de seguro médico usted debe decirle a CoverKids:

- Su **número de Seguro Social**. Si no tiene ese número, nos puede dar su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
- El nombre del plan de seguro médico que quiere
- Y, la **razón por la que quiere cambiar su plan de seguro médico**

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

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

- Su nombre (nombre, inicial, apellido)
- Su número de Seguro Social
- El nombre del plan de seguro médico indicado arriba al que se quiere cambiar
- El nombre y número de Seguro Social de cualquier otra persona de su familia que también tiene que cambiarse a ese plan de seguro médico
- Su número de teléfono para que llamemos durante el día y la mejor hora para llamar

Por correo a:



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

Por fax al:



1-866-581-5735

¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos de venta con receta?

Si necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta, llame a Servicios al Miembro de OptumRx al **1-844-568-2179**.

¿Necesita un doctor que le recete sus medicinas?

¿Qué puede hacer si necesita encontrar a un doctor o si su doctor no le quiere recetar la medicina que necesita? Llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

¿Necesita una autorización de CoverKids para obtener su medicina?

A eso se le llama una “autorización previa” o PA.

Si su medicina requiere una autorización, llame a su doctor. Pídale a su doctor que:

- Llame al Programa de Farmacia OptumRx de CoverKids al **1-844-568-2179** para pedir una autorización para esta medicina
- O bien, pídale que le cambie su receta a una que no requiere autorización

¿Y si su doctor pide una autorización y OptumRx de CoverKids dice que no?

Le puede pedir a su doctor que le recete una medicina diferente que no requiere una autorización. Si OptumRx dice que no, le enviarán una carta que dice cómo presentar una apelación. Una apelación es una manera de decirles que piensa que cometieron un error. Siempre que necesite medicina que OptumRx niegue, tiene derecho a pedirle una apelación a CoverKids. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación ante CoverKids, consulte la Parte 5 de este manual.

¿Le dijeron en la farmacia que no le pueden surtir sus medicamentos con receta porque no tiene CoverKids?

Antes de que su CoverKids termine, recibirá una carta por correo. En la carta le dirán por qué está terminando su CoverKids. La carta también explica cómo presentar una apelación. Sin embargo, si se muda de casa y no le avisa a CoverKids, es posible que no le llegue la carta. Posiblemente no se enteraría de que su CoverKids terminó sino hasta llegar a la farmacia.

¿Piensa que CoverKids cometió un error? Llame a **TennCare Connect** al **1-855-259-0701**. Ellos pueden decirle si tiene CoverKids o si terminó. Si usted piensa que CoverKids cometió un error, ellos le pueden decir si aún tiene tiempo para presentar una apelación.

¿Necesita ayuda para obtener servicios de atención médica?

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

Para problemas sobre atención de la salud física y/o conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción), siempre llámenos primero al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Si aún no puede recibir la atención médica que necesita, puede llamar a **Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare** al **1-800-878-3192**. Llame de lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 4:30 p.m., horario del Centro. Pero si tiene una emergencia, puede llamar a cualquier hora.

¿Necesita una autorización para que CoverKids pague su atención médica? A eso se le llama una “autorización previa” o PA. Si su atención médica requiere una autorización, llame a su doctor. Su doctor nos tiene que pedir una autorización.

¿Le dijimos que no cuando su doctor pidió una autorización para su atención médica?

Llame a su doctor o proveedor de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción) y dígame que dijimos que no.

Si usted o su doctor piensa que cometimos un error, puede apelar. Usted tiene 60 días para apelar después de que su plan de seguro médico diga que no. Para obtener información sobre las Apelaciones de Servicios Médicos, vaya a la Parte 5 de este manual.

¿Le están cobrando? ¿Tuvo que pagar algo?

A veces, si el doctor no sabe que tiene CoverKids, es posible que le envíe una factura. Cada vez que obtenga atención médica, usted **debe**:

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

Si usted recibió atención médica que piensa que CoverKids debería pagar, llámenos al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. Si le están mandando facturas por la atención médica, podemos ayudarle a enterarse por qué. Si usted pagó la atención médica, veremos si le podemos reembolsar el pago.

Parte 4: Ayuda para los problemas con su CoverKids

O bien, puede presentar una apelación. Las Apelaciones de Servicios Médicos son para personas que tienen CoverKids.

Usted tiene 60 días para presentar una apelación después de enterarse de que hay un problema.

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

Para obtener información sobre las Apelaciones de Servicios Médicos, vaya a la Parte 5 de este manual.

Usted puede pedir que se termine su CoverKids.

Hay 2 maneras de pedir que terminen su CoverKids:

1. **Llame gratis** a TennCare Connect al **1-855-259-0701** y dígalos que quiere terminar su CoverKids.
2. **Envíe una carta** a TennCare Connect que diga que quiere terminar su CoverKids. Incluya su nombre, número de seguro social y no se olvide de **firmar** la carta.

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

¿Quiere terminar CoverKids para otros miembros de la familia? Anote también el nombre y el número de Seguro Social de cada una de esas personas en la carta.

Por correo a:



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

Por fax al:



1-855-315-0669

Parte 4: Ayuda para los problemas con su CoverKids

Otras razones por las que su CoverKids puede terminar:

- Si alguna de sus circunstancias cambia y ya no satisface las reglas de CoverKids
- Si se **muda** fuera del área de servicio de CoverKids
- Si cumple los 19 años de edad
- Si obtiene otro seguro médico
- Si permite que otra persona use su tarjeta de CoverKids
- Si no sigue las reglas de CoverKids
- Si no completa los papeles de renovación para su CoverKids cuando se lo pidan. Los miembros de CoverKids deben renovar su CoverKids cada año. Cuando sea tiempo de determinar si sigue calificando para CoverKids, CoverKids le enviará una carta y el Paquete de Renovación por correo.

Antes de que su CoverKids termine, recibirá una carta por correo. En la carta le dirán por qué está terminando su CoverKids. También le indica cómo presentar una apelación si piensa que hemos cometido un error.

Parte 5:

Quejas y apelaciones de CoverKids

Dos tipos de apelaciones: La diferencia entre Apelaciones Administrativas y Apelaciones de Servicios Médicos

Una apelación es una forma de corregir errores en CoverKids. Cuando usted apela, lo que hace es pedir presentarse ante un juez para decirle el error que usted piensa que CoverKids cometió. A eso se le llama una **audiencia imparcial**.

Su derecho a apelar y su derecho a una audiencia imparcial se explican más detalladamente en la Parte 6 de este manual.

Hay 2 tipos diferentes de apelaciones: Apelaciones Administrativas y Apelaciones Médicas.

Apelaciones Administrativas

Las Apelaciones Administrativas son para problemas como conseguir o conservar CoverKids si cree que sus cantidades de ingresos o copagos son incorrectas. Las Apelaciones Administrativas pasan a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad en TennCare Connect. En la página 54 se proporciona más información sobre cómo presentar una apelación administrativa.

Apelaciones de Servicios Médicos

Las Apelaciones de Servicios Médicos son para personas que tienen CoverKids. Las Apelaciones de Servicios Médicos son para problemas como lograr que su plan de seguro médico apruebe un servicio que su doctor dice que necesita o que lo asignen al plan de seguro médico que usted quiere. Las apelaciones de Servicios Médicos van a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare. En la página 48 se proporciona más información sobre cómo presentar una Apelación de Servicios Médicos.

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

48 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 5: Quejas y apelaciones de CoverKids

Siempre que necesite un servicio que UnitedHealthcare Community Plan haya negado, tiene derecho a pedirle una apelación a CoverKids. Si se trata de problemas para recibir atención médica, siempre llame primero al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

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

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

- Si se trata de atención médica o medicina que aún necesita, tiene **60 días** a partir de la fecha en que CoverKids o UnitedHealthcare Community Plan le diga que no pagará la atención.
- Si se trata de facturas por atención médica que usted piensa que TennCare debería pagar, tiene **60 días** a partir de la fecha en que reciba su primera factura.
- Si se trata de atención médica que usted pagó, tiene **60 días** después de haber pagado la atención médica.

¿Piensa que tiene una emergencia?

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



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

Si alguna de las anteriores cosas corresponde en su caso, usted puede pedirle a CoverKids una apelación de emergencia. Su **doctor** también puede pedirle a TennCare este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que su doctor tenga su **permiso (autorización) por escrito**. Escriba su **nombre, fecha de nacimiento, el nombre de su doctor y su permiso para que él o ella apele en su nombre** en una hoja de papel. Luego, envíela por fax o por correo a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare (vea abajo). ¿Y si no le envía su autorización a CoverKids y su doctor pide una apelación acelerada? CoverKids le enviará una hoja que debe llenar, firmar y devolvernos.

Después de que dé su autorización por escrito su doctor puede ayudarle completando un “Certificado de Apelación Acelerada del Proveedor”, como la que se encuentra en la Parte 7 de este manual. Si su apelación es una emergencia, le puede pedir a su doctor que firme el certificado de apelación acelerada del proveedor. Pídale al doctor que envíe el certificado por fax al **1-866-211-7228**.

Parte 5: Quejas y apelaciones de CoverKids

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

Cómo presentar una apelación médica	
	<p>Correo postal: Usted puede enviar una hoja de apelación o una carta referente a su problema a:</p> <p>TennCare Medical Member Appeals P.O. Box 000593 Nashville, TN 37202-0593</p> <p>Puede usar la hoja de apelación médica que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si usted lo autoriza, otra persona, como un amigo o su doctor, puede completar la hoja. Para imprimir una hoja de apelación de la Internet, vaya a: http://www.tn.gov/assets/entities/tenncare/attachments/medappeal.pdf. Si necesita otra hoja de apelación médica o quiere que CoverKids se la envíe, llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 1-800-878-3192. O bien, puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco.</p> <p>Guarde una copia de su apelación. Escriba la fecha en que se la envió a TennCare.</p>
	<p>Fax: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al 1-888-345-5575.</p> <p>Conserve la hoja que dice que su fax envió.</p>
	<p>Llame al: Puede llamar gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 1-800-878-3192. Estamos aquí para ayudarlo de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 4:30 p.m., horario del Centro.</p>

Para todas las apelaciones médicas, CoverKids necesita:

- Su **nombre** (el nombre de la persona que quiere apelar sobre su atención médica o medicina)
- Su **número de Seguro Social**. Si no tiene el número del Seguro Social, nos puede dar su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
- La **dirección** donde recibe su correo
- El **nombre** de la persona a quien CoverKids debe llamar si tienen alguna pregunta sobre su apelación (puede ser usted u otra persona)
- Un **número de teléfono durante el día** para llamar a esa persona (puede ser su propio número de teléfono o el número de teléfono de otra persona)

¿Qué más necesita CoverKids para tramitar su apelación?

Para tener una audiencia imparcial sobre problemas de atención médica, **las siguientes dos cosas tienen que ser ciertas:**

- Usted le debe proporcionar a CoverKids **los hechos** que necesitan para tramitar su apelación.
- Y, usted debe decirle a CoverKids el **error** que usted piensa que cometimos. Debe ser algo que, en caso de que usted esté en lo correcto, significa que CoverKids pagará esa atención.

Dependiendo de la razón por la que presente una apelación médica, aquí hay otros tipos de información que debe proporcionarle a CoverKids:

¿Está apelando acerca de **atención médica o medicina que aún necesita**? Dígale a CoverKids:

- El tipo de atención médica o medicina sobre la que está apelando.
- Y la razón por la cual desea apelar. Dígale a CoverKids todo lo que pueda sobre el problema. No se olvide decir cuál es el error que piensa que CoverKids cometió. Envíe copias de todos los papeles que crea que podrían ayudar a CoverKids a entender su problema.

¿Está apelando porque usted **quiere cambiar de plan de seguro médico**? Dígale a CoverKids:

- El **nombre del plan de seguro médico que quiere**.
- Y, la **razón por la que quiere cambiar su plan de seguro médico**.

¿Está apelando por **atención médica que ya recibió** y que usted piensa que CoverKids debería pagar? Dígale a CoverKids:

- La **fecha** en que recibió la atención médica o medicina que usted quiere que CoverKids pague.
- El nombre del **doctor** o u **otro lugar** donde le atendieron o donde le dieron la medicina.
- (Si los conoce, incluya la **dirección** y el **número de teléfono del doctor** u **otro lugar** donde le atendieron.)

Parte 5: Quejas y apelaciones de CoverKids

- Si usted pagó la atención médica o medicina, proporcionele a CoverKids una copia de un recibo que compruebe que usted pagó. El recibo debe indicar:
 - El tipo de atención médica que recibió que quiere que CoverKids pague
 - Y el nombre de la persona a quien atendieron
 - Y el nombre del doctor u otro lugar que atendió
 - Y la fecha en que lo atendieron
 - Y la cantidad que pagó por la atención
- Si le enviaron una factura por la atención médica o la medicina, dele a CoverKids una copia de la factura. La factura debe indicar:
 - El tipo de atención por la que le están cobrando
 - Y el nombre de la persona a quien atendieron
 - Y el nombre del doctor u otro lugar que atendió
 - Y la fecha en que lo atendieron
 - Y la cantidad que le están cobrando

Cómo apelar si tiene problemas para obtener o conservar CoverKids

¿Qué hace CoverKids cuando usted apela sobre un problema de atención médica?

1. Cuando CoverKids reciba su apelación, ellos le enviarán una carta informándole que la recibieron. Si usted pidió continuar recibiendo su atención médica durante su apelación, en la carta dirá si puede continuar recibéndola. Si usted pidió una apelación de emergencia, dirá si puede tener una apelación de emergencia.
2. Si CoverKids necesita más información para tramitar su apelación, usted recibirá una carta indicando qué información necesitan. Debe proporcionarle a CoverKids toda la información que pidan, lo antes posible. Si no lo hace, podrían dar por terminada su apelación.
3. CoverKids debe decidir toda apelación ordinaria en un plazo de 90 días. Si tiene una apelación de emergencia, tratarán de decidir su apelación en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus expedientes).
4. Es posible que se requiera una audiencia imparcial para decidir su apelación. Para que le den una audiencia imparcial debe decir que CoverKids cometió un error que, en caso de que usted esté en lo correcto, significa que usted recibirá la atención o servicio que solicita. No le pueden dar una audiencia imparcial si está pidiendo atención o servicios que CoverKids no cubre. La audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que usted piensa que CoverKids cometió. Si CoverKids dice que usted puede tener una audiencia imparcial, recibirá una carta por correo informándole de la fecha de su audiencia

52 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

¿Qué sucede en una audiencia imparcial sobre problemas de atención médica?

1. **Su audiencia** puede ser una audiencia telefónica o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen:
 - un juez que no trabaja para CoverKids,
 - un abogado de CoverKids,
 - un testigo del estado (alguien como un doctor o una enfermera de CoverKids) y usted.
 - Usted puede hablar por sí mismo. O bien, puede llevar a otra persona, como un amigo o un abogado, para que hable en su nombre.
2. **Durante la audiencia**, usted tiene la oportunidad de decirle al juez sobre el error que usted piensa que CoverKids cometió. Usted le puede dar al juez datos y comprobantes de su salud y su atención médica. El juez escuchará lo que todas las partes tengan que decir.
3. **Después de la audiencia** usted recibirá una carta informándole de la respuesta del juez. ¿Qué ocurriría si un juez dice que usted ganó su apelación? Entonces CoverKids debe aceptar que es la decisión correcta sobre la base de los hechos de su caso. La ley federal dice que **la decisión de un juez no es final sino hasta que CoverKids la apruebe**. Si CoverKids anula la decisión de un juez, le tenemos que informar a usted por qué por escrito.

Recuerde, puede encontrar más información sobre sus Derechos a una Audiencia Imparcial en la Parte 6 de este manual.

Apelaciones administrativas — Cómo conseguir o conservar CoverKids y otros problemas de CoverKids

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

Una apelación administrativa se utiliza para problemas de CoverKids como:

- Usted recibe una carta que dice que su CoverKids terminará,
- O bien, su CoverKids terminó pero usted no recibió una carta porque se mudó,
- O bien, usted piensa que sus copagos de CoverKids son incorrectos,

Si usted tiene un problema como uno de los mencionados arriba, llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701**. Ellos comprobarán para ver si se ha cometido un error. Si deciden que usted tiene razón, ellos corregirán el problema. Pero si dicen que no y usted sigue pensando que se cometió un error en su caso, **usted puede presentar una apelación**.

Cómo presentar una apelación administrativa

Hay 2 maneras de presentar una apelación administrativa:

1. Puede apelar por teléfono llamando gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**
2. O, puede apelar por escrito. Puede escribir su apelación en una hoja de papel en blanco

Para presentar una apelación administrativa por escrito, debe incluir:

- Su nombre completo (nombre, inicial, apellido)
- Su número de Seguro Social
- Los nombres de otras personas que viven con usted que tienen el mismo problema
- Su número de teléfono para que llamemos durante el día y la mejor hora para llamar
- El error específico que piensa que se cometió. Proporcionenos toda la información que pueda sobre el problema.
- Envíe copias de cualquier documento que demuestre por qué usted piensa que se cometió ese error

Luego, envíe por correo su carta sobre su problema a:



TennCare Connect
Eligibility Appeals Unit
P.O. Box 23650
Nashville, TN 37202-3650

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

Parte 6:

Sus derechos y obligaciones

Sus derechos y obligaciones como miembro de CoverKids

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con respecto y de una manera digna. Usted tiene el derecho a la privacidad y que su información médica y financiera sea tratada con privacidad.
- Pedir y recibir información sobre CoverKids, sus políticas, sus servicios, sus prestadores de servicios y los derechos y obligaciones de sus miembros.
- Pedir y obtener información sobre la forma en que CoverKids les paga a sus proveedores, incluso cualquier tipo de bonificación por atención médica que se base en costo o calidad.
- Pedir y obtener información sobre sus expedientes médicos como lo disponen las leyes federales y estatales. Usted puede examinar sus expedientes médicos, obtener copias de sus expedientes médicos y pedir que sus expedientes médicos sean corregidos si son incorrectos.
- **Recibir 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. Usted tiene el derecho a presentar una queja por escrito si piensa que ha sido tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad, o cualquier otro grupo protegido por las leyes de derechos civiles. Si se queja o presenta una apelación, usted tiene el derecho de continuar recibiendo atención médica sin temor a recibir mal trato por parte de los proveedores o CoverKids.
- Recibir atención médica sin temor a la contención física o al restricción como medio de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas acerca de CoverKids o su atención médica. En la Parte 5 de este manual se explica cómo.
- Hacer sugerencias acerca de sus derechos y obligaciones o sobre el modo de operar de CoverKids.
- Elegir a un nuevo PCP en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede rechazar la atención médica de ciertos proveedores.

Parte 6: Sus derechos y obligaciones

- Obtener atención que es necesaria por razones médicas y apropiada para usted, cuando la necesite. Esto incluye recibir **servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana**.
- Que se le informe de una manera fácil de entender sobre su atención y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar para usted, independientemente de su costo o de que estén o no estén cubiertos.
- Recibir ayuda para tomar decisiones sobre su atención médica.
- Preparar un testamento vital o plan de atención por adelantado y que se le informe sobre las Directivas Médicas por Adelantado.
- Cambiar de plan de seguro médico Si acaba de empezar en TennCare, puede cambiar de plan de seguro médico una vez durante los primeros 90 días de haber recibido TennCare. Después de eso, puede pedir un cambio de plan de seguro médico a través de un proceso de apelación. Existen ciertas razones por las que puede cambiar de plan de seguro médico. En la Parte 4 de este manual se explica más acerca de cambiar de plan de seguro médico.
- Pedirle a CoverKids que vuelva a examinar cualquier error que usted piensa que cometieron en referencia a que usted pudiera conseguir o conservar su CoverKids o recibir atención médica.
- Terminar su CoverKids en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin cambiar el trato que le dan CoverKids o sus proveedores.

Sus derechos de quedarse con UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted **no puede** ser dado de baja de UnitedHealthcare Community Plan tan sólo porque:

- Su salud empeora.
- Ya tiene un problema médico. A esto se le llama afección preexistente.
- Su tratamiento médico es caro.
- Utiliza los servicios de cierta manera.
- Tiene un problema de salud conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción).
- Sus necesidades especiales lo hacen actuar de una manera poco cooperativa o disruptiva.

Las únicas razones por las que se pueden trasladarlo de CoverKids son:

- Si cumple los 19 años de edad.
- Si obtiene otro seguro médico.
- Si se **muda** fuera del área de servicio de CoverKids.
- Si permite que otra persona utilice sus tarjetas de identificación o si usa su CoverKids para obtener medicinas y venderlas.
- Si usted termina su CoverKids o su CoverKids termina por otras razones.

56 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

- Si no **renueva** su TennCare cuando le toca o si no le proporciona a CoverKids la información que le piden cuando le toque renovar.
- Si usted no le informa a CoverKids que se mudó y no lo pueden encontrar.
- Si miente para obtener o conservar su CoverKids.
- Cuando usted fallezca.

Usted tiene la obligación de:

- Entender la información de su manual para miembros y otros papeles que le enviemos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de CoverKids cada vez que reciba atención médica.
- Acudir a su PCP para toda su atención médica a menos que:
 - Su PCP lo envíe a un especialista para atención.
 - Está embarazada o acude a chequeos para el bienestar en mujeres.
 - Es una emergencia.
- Acudir a proveedores que pertenecen a la red de proveedores. Pero, usted puede acudir a cualquier doctor si es una emergencia. Y, usted puede acudir a cualquiera que haya sido aprobado.
- Informar a su PCP cuando haya tenido que acudir a la Sala de Emergencias. Usted (o alguien en su nombre) debe informar a su PCP antes de transcurridas 24 horas de que haya sido atendido en la Sala de Emergencias.
- Proporcionar información a CoverKids y a sus proveedores de atención médica para que lo puedan atender.
- Observar las instrucciones y reglas sobre su cobertura y beneficios que se encuentran en su manual. Usted también debe observar las instrucciones y reglas de las personas que lo están atendiendo.
- Ayudar a tomar las decisiones sobre su atención médica.
- Colaborar con su PCP para que pueda entender sus problemas de salud. También debe colaborar con su PCP para elaborar un plan de tratamiento que ambos deciden que le ayudará.
- Tratar a su proveedor de atención médica con respeto y dignidad.
- Acudir a sus citas médicas y llamar al consultorio si no puede acudir.
- No permitir que nadie más use su tarjeta de identificación de CoverKids y avisarnos si se pierde o se la roban.
- Informar a CoverKids de cualquier cambio como:
 - Si usted o un miembro de su familia cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
 - Si el número de integrantes de su familia cambia.

Parte 6: Sus derechos y obligaciones

- Si usted o un miembro de su familia obtiene un trabajo, pierde su trabajo o cambia de trabajo.
- Si usted o un miembro de la familia tiene otro seguro médico o puede obtener otro seguro médico.
- Pagar cualquier copago que le corresponda.
- Informarnos si tiene otra compañía de seguro que debería pagar su atención médica. La otra compañía de seguro podría ser un seguro como automovilístico, residencial o de compensación del trabajador.

Su derecho de apelar

En CoverKids, usted recibe su atención médica a través de su plan de seguro médico de CoverKids, UnitedHealthcare Community Plan. Usted tiene derechos cuando se hace algo que le impide obtener atención médica cuando la necesita.

1. **Usted tiene el derecho de que su plan de seguro médico le dé una respuesta cuando usted o su doctor pida atención médica.**
2. Para algunos tipos de atención médica, su doctor tiene que obtener la autorización de su plan de seguro médico para que CoverKids la pague. A eso se le llama una “autorización previa” o “PA”. ¿Qué ocurrirá si su doctor le pide a su plan de seguro médico que autorice atención médica para usted? Su plan de seguro médico debe decidir en 14 días. Si usted no puede esperar 14 días para recibir la atención médica que necesita, puede pedirles que decidan más pronto. O bien, usted puede apelar antes de que hayan transcurrido los 14 días. **Usted tiene el derecho de recibir una carta de su plan CoverKids si:**
 - Su plan de seguro médico de CoverKids dice que no cuando usted o su doctor solicita atención médica.
 - O bien, usted tiene que esperar demasiado tiempo para obtener atención médica.
 - O bien, su plan de seguro médico de CoverKids suspende o cambia su atención médica.

La carta debe decir **por qué** no puede obtener la atención médica y lo que **usted puede hacer** al respecto.

Si su **plan de seguro médico** decide cambiar la atención médica que está recibiendo, usted debe recibir una carta por lo menos **10 días antes** de que eso ocurra. Si deciden cambiar su atención en el **hospital**, usted debería recibir una carta **2 días hábiles antes** de que eso ocurra. ¿Qué ocurrirá si su **doctor** decide cambiar la atención médica que usted está recibiendo? Para estos tipos de atención médica, usted debe recibir una carta **2 días hábiles** antes de que eso ocurra:

- Tratamiento de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o drogas) para un miembro prioritario, lo cual incluye a un niño que padece un Trastorno Emocional Grave (en inglés lo abrevian SED) o un adulto con una Enfermedad Mental Grave y Persistente (en inglés lo abrevian SPMI)

- Tratamiento de Salud Conductual (salud mental, alcoholismo o drogadicción) en un hospital u otro lugar en el que debe quedarse para recibir la atención (servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados o residenciales)
- Atención para un problema de salud de largo plazo cuando su plan de seguro médico no puede darle el siguiente tipo de atención médica que necesita para ese problema.
- Servicios de asistencia médica en el hogar.
- Si su plan de seguro médico o su doctor no le envían la carta a tiempo, no le pueden cambiar su atención médica.

3. **3. Usted tiene el derecho de apelar si:**

- CoverKids dice que no cuando usted o sus doctores solicitan atención médica.
- O, CoverKids suspende o cambia su atención médica.
- O bien, usted tiene que esperar demasiado tiempo para obtener atención médica
- O, usted tiene facturas de atención médica que usted piensa que CoverKids debería haber pagado, pero no lo hizo.

Usted solamente tiene 60 días para apelar después de enterarse de que hay un problema.

Alguien que tenga derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación en su nombre. Puede nombrar a un pariente, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe por usted.

Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Parte 5 de este manual.

Su derecho a la privacidad

En este aviso se describe de qué manera se puede utilizar y divulgar su información médica particular. También se describe cómo puede usted obtener acceso a esa información. Tenga la bondad de leerlo con atención.

Su CoverKids no está cambiando. Usted **no** tiene que hacer nada.

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

1. los tipos de información médica que tenemos
2. cómo la divulgamos
3. a quién la divulgamos
4. qué hacer si no quiere que le divulguemos su información médica a ciertas personas
5. y sus derechos sobre su información médica

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 59
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 6: Sus derechos y obligaciones

Su información médica es privada

Sabemos que usted valora la privacidad de su Información Médica Amparada (IMA). A esto nosotros también le llamamos su datos de salud o IMA (en inglés le dicen PHI). La IMA es cualquier información que se usa para identificarlo y para registrar su historia médica y de salud.

La ley federal dice que debemos observar las reglas de privacidad para mantener en privacidad su IMA. Esta ley comenzó el 14 de abril del 2003. Todos quienes trabajan con nosotros y para nosotros también deben observar estas reglas de privacidad.

1. Los tipos de información médica que tenemos

Cuando usted solicitó CoverKids, usted nos proporcionó cierta información. Como por ejemplo su nombre, dónde vive y cuánto dinero gana. También tenemos información médica como:

- Una lista de los servicios y tratamientos médicos que usted recibe
- Notas o expedientes de su doctor, su farmacia u hospital u otros proveedores de servicios médicos
- Listas de los medicamentos que usted toma ahora o que haya tomado en el pasado
- Resultados de radiografías y análisis clínicos
- Información genética (la “genética” son características personales como el color del pelo o color de los ojos. También puede referirse a problemas de salud que usted tiene en común con sus parientes de sangre.)

2. Cómo la divulgamos

Sólo podemos divulgar la información que la ley nos permita. Las reglas de privacidad nos permiten divulgar IMA para su atención médica, para pagar sus reclamaciones médicas y para administrar nuestro programa. Nosotros divulgamos su IMA para:

- Demostrar que tiene CoverKids y ayudarle a obtener la atención médica que necesita.
- Pagarle a su plan de seguro médico y a sus proveedores de atención médica.
- Comprobar cómo se están utilizando los beneficios de CoverKids y para verificar si hay fraude de seguros.

3. A quién la divulgamos

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

Parte 6: Sus derechos y obligaciones

Y podemos divulgar su IMA a todas las personas que trabajan con CoverKids, como, por ejemplo:

- Proveedores de servicios médicos como médicos, enfermeras, hospitales y clínicas.
- Su plan de seguro médico u otras compañías que tienen contratos con CoverKids.
- La gente que le ayuda con apelaciones si usted presenta una apelación de CoverKids. Su apelación puede ser en persona o por teléfono. Es posible que otras personas estén con usted en su audiencia de apelación.
- Agencias gubernamentales federales, estatales o locales que proporcionan o evalúan la atención médica.

Las reglas de privacidad también dicen que podemos divulgar IMA a gente como:

- Funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas o proveedores que trabajan con servicios como trasplantes de órganos.
- Investigadores médicos. Deben mantener la privacidad de su IMA.
- Agencias de salud pública para actualizar actas de nacimiento o defunción o para hacer seguimiento de enfermedades.
- El tribunal cuando la ley disponga que debemos hacerlo o se nos ha ordenado hacerlo.
- La policía o con otros fines jurídicos. Podemos reportar casos de abuso o negligencia.
- Otras Agencias – como para actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos divulgar su IMA si eliminamos la información que dice quién es usted. Pero, **no podemos divulgar su IMA a cualquiera**. Y no podemos divulgar su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para CoverKids.

Algunas veces necesitamos que usted nos autorice por escrito para que podamos divulgar su IMA. Le pediremos que firme un papel en el cual nos da su autorización en caso de que necesitamos:

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

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

Parte 6: Sus derechos y obligaciones

4. Qué hacer si no quiere que le divulguemos su información médica a ciertas personas

Nos debe pedir por escrito que no divulguemos cierta información sobre su salud. Nos debe decir cuál IMA no quiere que divulguemos y a **quién** no quiere que se la divulguemos. Hay otros momentos en los que no divulgaremos su IMA si nos lo pide. Si podemos, le diremos que sí. Pero, es posible que no podamos decir que sí si usted es menor de edad o si la ley nos permite divulgar la IMA. Si no podemos decir que sí, le enviaremos una carta que dice por qué.

5. Sus derechos sobre su información médica

Usted puede retirar su autorización en cualquier momento, pero nos debe informar por escrito. No podemos deshacer lo que ya hayamos divulgado.

- Usted puede ver y obtener copias en papel de sus expedientes o, si los tenemos en forma electrónica, las puede obtener electrónicamente. Nos lo tiene que pedir por escrito. Es posible que tenga que pagar dinero por el costo de las copias y del envío postal de las copias. Si no podemos proporcionarle la IMA que quiere, le enviaremos una carta que dice por qué.
- Usted puede preguntarle a CoverKids cómo divulgamos su IMA.

Y, usted tiene el derecho de:

- Pedirnos por escrito que no divulguemos cierta información sobre su salud.
- Pedirnos que no mostremos su IMA en ciertos expedientes.
 - Pedirnos que modifiquemos la IMA que sea incorrecta. Usted nos lo debe pedir por escrito y decirnos por qué debemos cambiarla. Si no podemos cambiarla, le enviaremos una carta que dice por qué.
 - Pedirnos por escrito que nos comuniquemos con usted por otro método o en otro lugar. Si enviarle correspondencia a cierta dirección o llamarle a cierto número significa un peligro, avísenos.
 - Pedirnos por escrito una lista de las personas a quienes le hemos divulgado su IMA.

La lista indicará quién recibió su Información Personal en los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud. Pero no indicará las veces que hemos divulgado información con su autorización. Las reglas de privacidad indican otras ocasiones que no estarán en la lista. Como cuando usamos la IMA para:

- ayudarle a obtener atención médica o
- ayudarle con el pago de su atención médica o
- administrar nuestro programa o
- dársela a la policía si estamos obligados por ley a hacerlo.

Las obligaciones de CoverKids hacia usted

CoverKids salvaguarda su información médica para proteger su privacidad y seguridad. Si su IMA no está a salvo y se fuga, tenemos que notificarlo a usted y a las autoridades federales. Pero sólo tenemos que notificarle:

- Si el tipo de información médica revelada identificaría quién es usted (como, por ejemplo, su nombre, su número de Seguro Social o su fecha de nacimiento) o sus expedientes de tratamiento,
- Dependiendo de quién fue la persona que utilizó o vio su IMA,
- Si alguien en realidad utilizó o examinó su IMA,
- Lo que hicimos para disminuir el riesgo de que su IMA haya sido utilizada.

Pedidos – nos tiene que pedir por escrito

Sus pedidos tienen que ser por escrito. No se olvide de indicarnos qué es lo que nos está pidiendo que hagamos. Escriba su nombre y su número de identificación de CoverKids o su Número de Seguro Social en su carta. **Conserve una copia de la carta para su archivo.**

Envíe a:



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

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda con su pedido?



Llame a TennCare Connect
1-855-259-0701

Parte 6: Sus derechos y obligaciones

Cambios en este aviso

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

Las reglas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de CoverKids también podrían cambiar. Si se producen cambios importantes, le enviaremos los cambios por escrito. Nosotros tenemos el derecho de aplicar los cambios a toda la información médica que tenemos. O sólo a nueva información médica que recibamos.

Preguntas o quejas

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

Division of TennCare
Attn: Privacy Office
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243

Teléfono: **615-507-6820**
Fax: **615-734-5289**

Correo electrónico:
Privacy.TennCare@tn.gov

U.S. Dept. of Health and Human Services
Region IV, Office of Civil Rights
Medical Privacy Complaint Division
Atlanta Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-8931

Teléfono: **1-866-627-7748**

Sitio web: www.hhs.gov/ocr

Su obligación de reportar el fraude y el abuso

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

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

El fraude y abuso en relación con los miembros de CoverKids pueden ser cosas como:

- Mentir sobre información para obtener o conservar CoverKids
- Ocultar cualquier hecho para que pueda obtener o conservar CoverKids
- Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de CoverKids
- Vender o darle sus medicinas de venta con receta a cualquier otra persona

En CoverKids el fraude y el abuso por parte de los proveedores pueden ser cosas como:

- Facturarle a CoverKids por servicios que nunca se prestaron
- Facturarle a CoverKids dos veces por el mismo servicio

Para informarnos sobre fraude y abuso, llame **gratis a la Línea directa** de UnitedHealthcare Community Plan **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

También nos puede informar sobre fraude y abuso en línea. Vaya a <https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html>. Luego, haga clic en “Report Fraud” (Reportar fraude de TennCare) del lado izquierdo de la página.

Parte 7:

Documentos médicos que podría necesitar

Formulario de queja de discriminación

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

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

1.* Escriba su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Trabajo o celular: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del MCO/plan de seguro médico: _____

Nombre del programa de TennCare: _____

2.* ¿Está reportando esta queja en nombre de otra persona? Sí No

Si respondió Sí, ¿a quién piensa que trataron de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad/impedimento, edad, sexo, religión ni cualquier otro grupo protegido por la ley?

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Trabajo o celular: (____) _____

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

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

3.* ¿Cuál parte del Programa CoverKids cree que lo trató de una manera diferente?

Servicios médicos Servicios dentales Servicios de farmacia

Servicios de elegibilidad Apelaciones

Otro _____

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

- Raza Origen nacional Color Sexo Edad
 Discapacidad Religión Otro _____

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

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

Fecha en que comenzó: _____

Fecha de la última vez que sucedió: _____

7. **Las quejas deben reportarse no más de 6 meses después de la fecha en que piensa que fue tratado de una manera diferente.** YUsted puede tener más de 6 meses para denunciar su queja si tiene una causa justificada (como un fallecimiento en su familia o una enfermedad) por la que esperó.

8.* **¿Qué ocurrió?** ¿Cómo y por qué piensa que sucedió? ¿Quién lo hizo? ¿Piensa que alguna otra persona fue tratada de una manera diferente? Usted puede escribir en otras hojas y enviarlas en estas hojas si necesita más espacio.

9. **¿Alguien vio cuando usted fue tratado de manera diferente o hay alguna persona que tenga más información sobre lo que pasó?** Si es así, por favor proporcione la siguiente información de esa persona:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____

10. **¿Tiene más información que desea darnos?**

11.* No podemos aceptar una queja que no esté firmada. Por favor, escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el representante autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme abajo. Como el Representante Autorizado, usted debe tener un comprobante de que puede actuar en nombre de esta persona. Si la persona es menor de 18 años de edad, uno de los padres o tutor debe firmar en su nombre.

Declaración: Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para que investigue mi queja.

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

(Fecha)

(Firme aquí si usted es el Representante Autorizado)

(Fecha)

¿Está presentando esta queja para otra persona, pero usted no es el Representante Autorizado de la persona? Firme abajo. **La persona para quien usted está reportando esta queja debe firmar arriba o debe decirnos o a TennCare que está bien que él/ella firme en su lugar.**

Declaración: Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para que se comuniquen conmigo sobre esta queja.

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

(Fecha)

¿Es usted ayudante de TennCare o de otro lugar que está ayudando al miembro de buena fe a presentar la queja? Si es así, por favor firme abajo:

(Firme aquí si usted es un ayudante)

(Fecha)

Está bien que nos reporte una queja a nosotros o a TennCare. La información contenida en esta queja se trata de manera privada. Los nombres y otros datos sobre las personas que aparecen en esta queja sólo se divulgan cuando es necesario. Por favor, envíe por correo una Autorización para divulgar información con su queja. Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a esa persona que firme la Autorización para divulgar información y envíela con la queja. Conserve una copia de todo lo que envíe. Envíe las hojas de la Queja completada y firmada y del Acuerdo para Divulgar Información firmado a:

Office of Civil Rights Compliance (OCRC)
310 Great Circle Road, Floor 3W
Nashville, TN 37243

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

HCFA.fairtreatment@tn.gov

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 69
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

[Tabla de contenido](#)

Autorización para divulgar información

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

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

- Entiendo que durante la investigación de mi queja TennCare _____ (escriba en la línea el nombre del contratista de TennCare, como su plan de seguro médico) posiblemente tengan que darle mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias. Por ejemplo, si reporto que mi doctor me trató de manera diferente debido mi color, es posible que mi MCO/Plan de Seguro Médico tenga que hablar con mi doctor.
- Usted no tiene que estar de acuerdo en divulgar su nombre u otra información. No siempre se necesita para investigar una queja. Aunque usted no firme la autorización, trataremos de investigar su queja. Pero, si no está de acuerdo en permitirnos usar su nombre u otros detalles, eso podría limitarnos o impedirnos investigar su queja. Y, tal vez tengamos que cerrar su caso. Sin embargo, antes de cerrar su caso si no podemos investigar su queja debido a que usted no firmó la autorización, podríamos ponernos en contacto con usted para preguntarle si quiere firmar una autorización de manera que se pueda continuar la investigación.

Si usted está presentando esta queja para otra persona, necesitamos que esa persona firme el Acuerdo para Divulgar Información. ¿Está firmando esto como un Representante Autorizado? Entonces también debe darnos una copia de los documentos que lo nombran Representante Autorizado.

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

Al firmar este Acuerdo para Divulgar Información, afirmo que leí y que entiendo mis derechos escritos arriba. Estoy de acuerdo con que mi MCO/Plan de Seguro Médico o Contratista de TennCare divulgue mi nombre u otra información acerca de mí a otras personas o agencias importantes para esta queja durante la investigación y el desenlace.

Este Acuerdo para Divulgar Información tiene vigencia hasta que se pronuncie el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare sin cancelar su queja. Si usted retira el Acuerdo para Divulgar Información, sólo se aplica al futuro intercambio de información. Esto no cambiará la información sobre usted que ya ha sido divulgada. Pero ya no divulgaremos más información.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

¿Necesita ayuda? Envíe por correo las hojas firmadas de la Queja y la Autorización para Divulgar Información a:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance (OCRC)
310 Great Circle Road; Floor 3W
Nashville, TN 37243

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

HCFA.fairtreatment@tn.gov

Si cambia de parecer y desea suspender el Acuerdo para Divulgar Información, comuníquese con la OCRC.

Certificado del proveedor de cabecera: Apelación acelerada de TennCare

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

Para solicitar una apelación acelerada para su paciente:

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

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

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

2. Identifique el servicio deseado: _____

3. Identifique al paciente:

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

4. A su discreción, adjunte una narrativa y/o expedientes médicos que apoyen esta solicitud.
5. **Adjunte una copia del membrete** de su consultorio para que TennCare tenga su información de contacto.
6. Envíe este formulario completado y la documentación correspondiente por fax a **Division of TennCare** al **1-866-211-7228**. (**Aviso: Si su paciente ya solicitó esta apelación acelerada a TennCare, sírvase enviar este certificado y la documentación lo más pronto posible.**)

Directivas Adelantadas

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

Testamento Vital o Plan de Atención por Adelantado

Las máquinas y la medicina puede mantener viva a la gente que de otra manera podría morir. Los doctores eran quienes decidían cuánto tiempo se debería mantener viva a una persona. En virtud de la Ley de Derecho a la Muerte Natural de Tennessee, usted puede tomar su propia decisión. **Usted puede decidir si desea que se le mantenga con vida por medio de máquinas y por cuánto tiempo completando un testamento vital.** En el 2004, la ley de Tennessee cambió el Testamento Vital a un **Plan de Atención por Adelantado.** Cualquiera de los dos es aceptable.

Debe completar el Testamento Vital o el Plan de Atención por Adelantado cuando todavía tiene sus facultades. Estos papeles informan a sus amigos y familiares lo que usted quiere que suceda, si se enferma al grado de no poder decirlo. Usted tiene que firmar los papeles y tener testigos o llevarlos al notario.

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

- No pueden tener parentesco consanguíneo con usted ni por matrimonio
- No pueden recibir nada de usted cuando usted fallezca
- No pueden ser su doctor ni cualquier miembro del personal que trabaja en el lugar donde recibe atención médica

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

Poder Notarial para Atención Médica de Tennessee o Nombramiento de Representante para Atención Médica

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

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

Parte 7: Documentos médicos que podría necesitar

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

Estos papeles sólo se utilizarán si se enferma al grado de no poder decir lo que usted quiere que suceda. Mientras todavía pueda pensar por sí mismo, **usted mismo** puede decidir sobre su atención.

Si usted llena estos documentos, haga **3** copias:

- **Entregue** 1 copia a su PCP para que la ponga en su expediente médico.
- **Entregue** 1 copia a la persona que va a tomar una decisión médica en su nombre.
- **Guarde** una copia para poner con sus papeles importantes.

Importante: Usted **no** tiene que llenar estos papeles. Usted decide. Es posible que desee hablar con un abogado o un amigo antes de llenar estos papeles.

Tennessee ha creado un documento legal llamado Declaración para Tratamiento de Salud Mental (Declaration for Mental Health Treatment, DHMT) que también puede ayudar. La DMHT le permite planificar con anticipación escribiendo sus solicitudes en caso de una crisis de salud mental. Describe qué servicios desea que se presten al recibir tratamiento de salud mental. Puede encontrar más información sobre la DMHT en línea. Visite: https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/Declaration_for_Mental_Health_Treatment-Form.pdf.

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

Directiva Adelantada para Atención Médica*

(Tennessee)

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

Parte I

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

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

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

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

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

Vigencia (marque una):

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

Por favor firme en página 3.

Página 1 de 4

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, 77
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

[Tabla de contenido](#)

Parte 2

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

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

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

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

Please sign on page 3.

Página 2 de 4

78 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

[Tabla de contenido](#)

Parte 3

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

Si es necesario, puede adjuntar más hojas)

Parte 4

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

Cualquier órgano/tejido Todo mi cuerpo

Solo los siguientes órganos/tejidos: _____

Ninguna donación de órganos/tejidos

Firma

Parte 5

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

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Por favor firme en página 3.

Página 3 de 4

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 79
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

[Tabla de contenido](#)

Bloque A

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

Testigos:

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

Firma del testigo número 1

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

Firma del testigo número 2

Bloque B

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

STATE OF TENNESSEE

COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person who signed as the "patient." The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires: _____

Signature of Notary Public

Qué hacer con esta Directiva Adelantada:

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

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

Por favor firme en página 3.

Página 4 de 4

80 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com,
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Parte 8:

Más información

Calendario de vacunación de CoverKids

En CoverKids para los niños menores de 19 cubrimos:

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

Por ejemplo:

- Los niños desde el nacimiento hasta la edad de 30 meses tienen derecho a obtener 12 chequeos;
- Los niños desde los 3 años hasta los 11 años de edad tienen derecho a recibir 9 chequeos
- Los niños desde los 12 años hasta los 18 años de edad tienen derecho a recibir 7 chequeos

Además, un niño tiene derecho a recibir un chequeo cada vez que el niño sea remitido al doctor por alguien como un maestro que se da cuenta de un cambio en la salud o el comportamiento del niño.

Los chequeos incluyen lo siguiente:

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

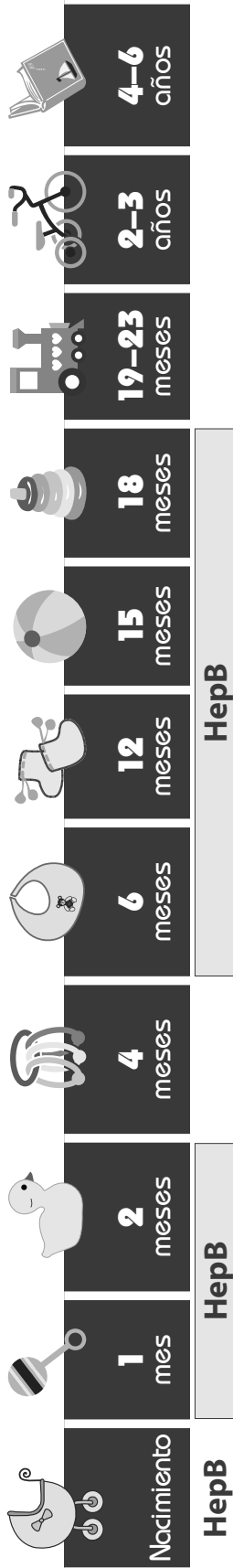
Parte 8: Más información

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

- El tratamiento, incluida la rehabilitación, para cualquier problema de salud (física, mental o del desarrollo) u otras afecciones descubiertas durante un chequeo. También puede obtener asistencia para concertar servicios.
- Consultas regulares con un dentista para chequeos y tratamiento a través DentaQuest;
- Exámenes regulares y periódicos de la audición y de la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema de audición y de la visión;
- Las inmunizaciones (vacunas) contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, las paperas, la rubéola (MMR), HIB, gripe, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y la meningitis, neumococos y
- Análisis de laboratorio de rutina. (Tenga en cuenta que se le hará a su hijo una prueba de plomo en la sangre y de anemia de células falciformes si él o ella está una situación que podría suponer un riesgo de una o ambas de estas cosas)
- Si su hijo tiene una concentración elevada de plomo en la sangre, se harán investigaciones de plomo. Si usted piensa que su hijo ha estado en contacto con cosas que tienen un alto contenido de plomo, tales como pintura vieja, dígame a su doctor, y
- Educación en salud, y
- Otros servicios de atención médica, de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir defectos o impedir que los defectos empeoren; si su hijo tiene enfermedades y afecciones que se detectan en los chequeos físicos y mentales, se tratan.
- La educación básica en salud para niños y padres es parte de los servicios preventivos de CoverKids.

No se requieren copagos para los servicios preventivos.

2020: Vacunas recomendadas para niños, desde el nacimiento hasta los 6 años de edad



¿Está creciendo su familia?
 Para proteger a su nuevo bebé contra la tosferina, póngase la vacuna Tdap. El momento recomendado es entre las 27 y las 36 semanas del embarazo. Hable con su médico para obtener más detalles.

Las casillas coloreadas indican que la vacuna se puede dar durante el rango de edad señalado.

NOTA: Si a su hijo no se le puso una de las dosis, no es necesario que vuelva a empezar. Solo llévelo al médico para que le apliquen la siguiente. Consulte al médico de su hijo si tiene preguntas sobre las vacunas.

NOTAS A PIE DE PÁGINA:
 * Se recomiendan dos dosis con un intervalo de por lo menos cuatro semanas para los niños de 6 meses a 8 años de edad que reciben por primera vez la vacuna contra la influenza y para otros niños en este grupo de edad.
 § Se requieren 2 dosis de la vacuna HepA para brindar una protección duradera. La primera dosis de la vacuna HepA se debe administrar entre los 12 y los 23 meses de edad. La segunda dosis debe aplicarse 6 meses después de la primera. Todos los niños y adolescentes de más de 24 meses de edad que no hayan sido vacunados también deberían aplicarse 2 dosis de la vacuna HepA. Si su hijo tiene alguna afección que lo ponga en riesgo de contraer infecciones, o va a viajar fuera de los Estados Unidos, consulte al médico sobre otras vacunas que pueda necesitar.

Para obtener más información, llame a la línea de atención gratuita **1-800-CDC-INFO** (1-800-232-4636) o visite www.cdc.gov/vaccines/parents



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



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

American Academy of Pediatrics
 DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Hable con el médico o la enfermera de su hijo acerca de las vacunas recomendadas para su edad.

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

Más información:

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

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

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

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

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



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



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



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



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



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



AAFP
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

Definiciones legales

Estado de emergencia médica — El comienzo repentino de una enfermedad médica que se exhibe a través de síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor severo) tales que una persona laica, con conocimientos típicos de salud y medicina, podría esperar que si no recibe atención médica inmediata, podría dar lugar a:

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

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

- Debe ser recomendado por un médico autorizado para ejercer que esté tratando al afiliado o por otro proveedor de servicios médicos que esté ejerciendo dentro de los derechos de su autorización y que esté tratando al afiliado;
- Debe ser indispensable para diagnosticar o tratar la enfermedad de un afiliado;
- Debe ser seguro y eficaz;
- No puede ser experimental ni de investigación; y
- Debe ser el medio de diagnóstico o tratamiento alternativo más económico que sea adecuado para la enfermedad del afiliado.

Cuando se aplica a la atención de los pacientes hospitalizados, significa además que el problema médico del miembro requiere que los servicios no se puedan proporcionar sin riesgo al miembro en un centro ambulatorio.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PODRÁ USAR. CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información médica
- Cuándo podemos compartir su información médica con otras personas o entidades
- Qué derechos tiene sobre su información médica

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios de atención médica. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información médica. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una violación de su información médica. Recopilamos y conservamos su información médica para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información médica puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información médica a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información médica.

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

Tenemos derecho a usar y compartir su información médica para ciertos propósitos. Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.

Manual para Miembros de Tennessee CoverKids

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.

Podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir esta información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 87
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

Manual para Miembros de Tennessee CoverKids

- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Alcohol y abuso de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información médica según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las divulgaciones de información médica realizadas por los siguientes motivos: (i) Para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También podría obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

Manual para Miembros de Tennessee CoverKids

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** También puede comunicarse con el Centro de atención de llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para presentar una reclamación.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Aviso de privacidad de la información financiera

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

Protegemos² su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. La información financiera personal lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto puede incluir su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartir su información financiera con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones
- Podemos compartir su información financiera para mantener su cuenta
- Podemos compartir su información financiera para responder a una orden judicial o investigaciones legales
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de comercialización

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información financiera.

Manual para Miembros de Tennessee CoverKids

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención de Llamadas de Clientes de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**. También puede visitar nuestro sitio en internet en [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com).

UnitedHealthcare Community Plan
8 Cadillac Drive, Suite 100
Brentwood, TN 37027

[UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com)

1-866-600-4985, TTY/TDD **711**

United
Healthcare
Community Plan

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com), 93
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-600-4985**, TTY/TDD **711**.

[Tabla de contenido](#)

