Tennessee



Le damos la bienvenida a la comunidad

TennCare

Guía para Miembros | 2026

United Healthcare Community Plan

CSTN26MD0372992_000

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Números telefónicos GRATUITOS para solicitar ayuda

Números telefónicos GRATUITOS para solicitar ayuda

UnitedHealthcare Community Plan Llame sobre su atención médica	**800-690-1606**
UnitedHealthcare Community Plan CHOICES en servicios y apoyo a largo plazo Llame para solicitar CHOICES o hable con su coordinador de atención	**800-690-1606**
UnitedHealthcare Community Plan Employment and Community First (ECF) CHOICES Llame si necesita ayuda para completar una autorreferencia o para hablar con su coordinador de apoyo	**800-690-1606**
Línea de ayuda de enfermería	**800-690-1606**
Renaissance (Programa dental de TennCare) Llame para atención dental (dientes)	**866-864-2526**
OptumRx (Programa de farmacia TennCare) Llame para servicios de farmacia de TennCare	**888-816-1680**
TennCare Connect Llame por lo siguiente: • Cambio de domicilio, tamaño de la familia, empleo o ingresos • Cuando esté embarazada y cuando nazca su bebé • Cuando complete su renovación • Recursos para obtener o mantener TennCare • Copagos de TennCare • Solicitar TennCare • Programas como Food Stamps (vales de alimentos) o Families First (familias primero)	**855-259-0701**

Programa TennCare Advocacy Llame para pedir ayuda con los servicios de salud física o con los servicios de salud del comportamiento (servicios de salud mental, para trastornos por abuso de alcohol y sustancias)	**800-758-1638** Línea TTY/TDD: **877-779-3103**
TennCare Member Medical Appeals Llame para presentar apelaciones por lo siguiente: • Cuando tenga problemas para recibir atención médica • Cuando le nieguen un servicio que solicitó • Cuando se termina o reduce un servicio que recibía • Cuando desee cambiar su plan de salud (Organización de atención administrada) • Cuando quiera que le reembolsen los gastos que crea que UnitedHealthcare Community Plan debería haber pagado • Cuando un proveedor le facture un beneficio que cree que UnitedHealthcare Community Plan debe pagar	**800-878-3192** Línea TTY/TDD: **866-771-7043**
Línea de información y asistencia de Medicare Llame sobre Medicare	**800-633-4227**
Línea de ayuda del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) Llame para pedir ayuda con Medicare	**877-801-0044**
Administración del Seguro Social Llame sobre el seguro social y la discapacidad	**800-772-1213**
Oficina del Inspector General (OIG) Llame para denunciar fraude o abuso por parte de un miembro de TennCare	**800-433-3982**

Oficina de Integridad del Programa de TennCare Llame para denunciar fraude por parte de proveedores de TennCare	**833-687-9611**
Servicios de transporte Llame para solicitar transporte para llegar a su visita de atención médica si no tiene manera de llegar allí	**800-690-1606**
Recursos comunitarios Visite Community Compass de Tennessee para pedir ayuda para conectar con los bancos de alimentos, los servicios de vivienda y otras necesidades vitales. O llame a UnitedHealthcare Community Plan	**800-690-1606** **communitycompass.tn.gov/**

Nombres de los médicos	Números de teléfono

TennCare y su plan de salud UnitedHealthcare Community Plan

Manual para miembros 2026

¿Necesita un manual de TennCare en español? Para conseguir un manual en español, llame a **UnitedHealthcare Community Plan** al **800-690-1606.**

Su derecho a la privacidad

Hay leyes que protegen su privacidad. Estas establecen que no podemos revelar a otras personas ciertos datos sobre usted. Lea más sobre sus derechos a la privacidad en la parte 7 de este manual.

IMPORTANTE:

incluso si no usa su TennCare, el estado sigue pagando para que lo tenga. Si ya no necesita su TennCare, llame gratis a TennCare Connect al **855-259-0701.**

¿Necesita ayuda?

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como letra grande, para comunicarnos con usted de manera efectiva. Llámenos al **800-690-1606** (TRS: 711). Si habla un idioma que no es inglés, cuenta con ayuda gratuita disponible en su idioma. Contamos con servicios de interpretación y traducción para ayudarle.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-690-1606** (TRS/TTY:866-503-0264).

Arabic: العربية

ملحوظة: اذا تتكلم اللغه العربية اللغوية المساعده خدمات متوفره لك مجانا. برقم اتصل **800-690-1606**

Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **800-690-1606**

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **800-690-1606**

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **800-690-1606** 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **800-690-1606**.

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **800-690-1606**.

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **800-690-1606**.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍ ບໍ່ ເສັ ງ ຄ່າ, ແມ່ນ ມີ ພ້ອມ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ຣ **800-690-1606**.

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **800-690-1606**.

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **800-690-1606**.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **800-690-1606** पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **800-690-1606** .

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 **800-690-1606**

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **800-690-1606** تماس بگیرید.

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

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de su raza, color, nacionalidad (incluido la capacidad limitada del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad, religión o sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que le trataron de un modo diferente o le han discriminado, puede presentar una queja formal (queja) ante la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare en:

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

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

Aviso de no discriminación

Protecciones

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

Ayuda que puede obtener

Ayuda relacionada con la discapacidad

TennCare ofrece a las personas con discapacidad modificaciones razonables. Las modificaciones razonables son solicitudes razonables de cambios a una norma, política, práctica o servicio para ayudar a una persona con una necesidad relacionada con una discapacidad. TennCare ofrece ayuda y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse con usted de manera efectiva. Las ayudas y servicios auxiliares son tipos de ayuda como los siguientes:

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

Ayuda lingüística

TennCare ofrece ayuda lingüística gratuita a personas cuyo idioma principal no es el inglés como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Traducciones: información escrita en otros idiomas.

A quién contactar

TennCare Connect

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

Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare

- Modificaciones razonables
  Si necesita modificaciones razonables, contacte con la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare (OCRC).
- Queja formal/queja
  Si considera que TennCare no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal o queja ante la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare de las siguientes maneras:

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

  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a TennCare Connect gratis al 855-259-0701.

Más información

En el sitio web de la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles puede encontrar formularios, políticas y más información sobre los derechos civiles y ayuda como para la alimentación u otras cosas: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html.

Puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

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

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Números telefónicos GRATUITOS para solicitar ayuda 3

TennCare y su plan de salud UnitedHealthcare Community Plan Manual para miembros 2026 7

Aviso de no discriminación 10

Protecciones 10

Ayuda que puede obtener 10

A quién contactar 10

Más información 11

Le damos la bienvenida a TennCare y a su plan de salud, UnitedHealthcare Community Plan 15

Su plan de salud TennCare 17

Plan de salud de su farmacia 18

Su plan de salud dental 19

Parte 1: Cómo usar su plan de salud de TennCare 20

Su tarjeta de miembro 21

Red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan 22

Cómo obtener ayuda lingüística gratuita en sus visitas de atención médica 23

Cómo recibir ayuda con el traslado a sus visitas de atención médica 24

Visitas al médico 24

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario 26

Atención de la salud del comportamiento (servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias) 27

Especialistas 29

Cuidado hospitalario 29

Parte 2: servicios que paga TennCare 35

Paquetes de beneficios 36

Atención con límites 57

Servicios de reemplazo 65

Otros servicios de TennCare 66

Atención preventiva: atención que le mantiene sano 71

Tennessee Health Link 73

Atención dental para adultos (para los dientes) 74

Salud de la mujer y embarazo 74

Atención preventiva para los niños (TennCare Kids: atención de la salud de su hijo y adolescente) 78
Atención dental para niños (de los dientes)....80
Atención de la vista para niños (para los ojos) 80
Servicios sin cobertura 81
Parte 3: Programas de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) de TennCare....84
CHOICES 85
Employment and Community First CHOICES....121
Katie Beckett 153
¿Qué es el abuso, el descuido y la explotación? 168
Defensor de la atención a largo plazo 170
Defensor de Apoyos para la vida comunitaria (Community Living Supports, CLS)....170
Sistema de apoyo a los beneficiarios....171
Parte 4: Cómo funciona el programa TennCare para usted 173
Qué paga por su atención médica: copagos....174
Parte 5: Ayuda para problemas con su cuidado de salud o TennCare....184
Tipos de problemas y qué puede hacer 185
Parte 6: Apelaciones de TennCare 196
Apelaciones del servicio médico....197
Apelaciones de elegibilidad - Obtención o mantenimiento de TennCare y otros problemas de TennCare....204
Parte 7: Sus derechos y responsabilidades....206
Tiene derecho a lo siguiente:....207
Tiene la responsabilidad de lo siguiente: .... **Error! Bookmark not defined.**
Otros derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan 210
Aviso de TennCare sobre prácticas de privacidad....214
Su responsabilidad de denunciar fraudes y abusos 222
Parte 8: Documentos de salud que puede necesitar....224
Solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) 225
Formulario de queja por discriminación de TennCare....225
Formulario de apelación médica....225

Certificado del proveedor que proporciona el tratamiento : Apelación *rápida* de TennCare 226
Instrucciones por Anticipado 226
Parte 9: Más información 227
TennCare Kids: Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT) de TennCare 228
Definiciones jurídicas 227
Glosario 228
Tablas de beneficios de CHOICES 232
Tabla de beneficios de Employment and Community First CHOICES 241
Tabla de beneficios de Katie Beckett 255

Le damos la bienvenida a TennCare y a su plan de salud, UnitedHealthcare Community Plan

Este es su manual para miembros de TennCare. Este manual le indica cómo recibir atención. TennCare es el programa de Tennessee para la atención médica. Funciona como el seguro de salud para ayudar a pagar muchos servicios de atención médica.

Hay dos tipos de TennCare. TennCare Medicaid y TennCare Standard. Usted puede tener uno o el otro. La diferencia es en la forma en que obtuvo su TennCare.

TennCare Medicaid es el que tiene la mayoría de las personas. Las normas de TennCare Medicaid dicen que sus ingresos y, a veces, sus recursos deben ser examinados. Los recursos son cosas que posee o dinero que ahorró.

También tiene que estar en un determinado "grupo" como niños menores de 21 años o mujeres embarazadas.

En Tennessee, las personas que reciben beneficios de ingresos de seguridad suplementarios (Supplemental Security Income, SSI) también reciben TennCare Medicaid. Puede solicitar beneficios de SSI en la oficina del seguro social.

Algunas personas tienen TennCare Medicaid **y** otros seguros. La mayoría de las veces, no hay problema. El Gobierno federal establece que puede tener Medicaid y otros seguros siempre que cumpla las normas para Medicaid. ¿Tiene TennCare Medicaid porque está inscrito en el Programa de Cáncer de Mama y/o Cervical? Entonces no puede tener otro seguro, incluido Medicare, **si** el seguro cubre el tratamiento para cáncer de mama o de cuello uterino.

TennCare Standard es el segundo tipo de TennCare. Solo algunas personas reúnen los requisitos para este programa. TennCare Standard es para niños menores de 19 años que pierden su TennCare Medicaid.[1] Cuando llegó el momento de determinar si podían mantener TennCare Medicaid, no eran elegibles. Sin embargo, las normas de TennCare Standard dicen que estos niños pueden pasar a dicho programa si no tienen acceso a seguro de salud de grupo. A veces también deben tener una afección médica.

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

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

TennCare le envió una carta para informarle sobre su membresía en TennCare y la fecha en que comenzó su cobertura. Si tiene alguna pregunta o problema relacionado con las fechas de dicha cobertura, puede llamar gratis a TennCare Connect al **855-259-0701.**

IMPORTANTE: la legislación estatal dice que debe informar a TennCare sobre cualquier cambio que pueda afectar su cobertura. **Debe** comunicar estos cambios en el plazo de 10 días a partir del cambio. Y debe dar a TennCare la prueba que necesitan para hacer el cambio. Llame inmediatamente a TennCare Connect si:

- Se muda.**
- El número de personas en su familia cambia.
- Cambia de trabajo.
- Sus ingresos cambian.
- Obtiene o puede obtener un seguro de salud de grupo

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

1 Las categorías de elegibilidad para CHOICES y Employment and Community First CHOICES son categorías técnicamente "TennCare Standard". Sin embargo, las tarjetas de identificación de los miembros, etc., identificarán a las personas inscritas en estas categorías como pertenecientes a TennCare Medicaid. Por lo tanto, para los fines de este manual, se consideran TennCare Medicaid.

Llame a TennCare Connect al **855-259-0701** para informar a TennCare sobre su dirección nueva.

¿Tiene controles de SSI de la Administración de la Seguridad Social (SSA)? Entonces debe llamar a su oficina local de SSA y decirles su dirección nueva.

Después de llamar a TennCare Connect **o** a la Seguridad Social, llámenos al **800-690-1606** y díganos también su dirección nueva.

Su plan de salud TennCare

UnitedHealthcare Community Plan es su plan de salud TennCare que le ayuda a recibir **atención de salud física o del comportamiento (servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias).** Si está en CHOICES o en Employment and Community First CHOICES, también lo ayudamos a recibir atención a largo plazo. Puede leer más sobre la atención a largo plazo en la parte 3 de este manual. A veces nos llaman su Organización de atención administrada o MCO (Managed Care Organization). Si tiene preguntas sobre cómo recibir atención de salud física o del comportamiento, llámenos al **800-690-1606**. La llamada es gratuita. También puede llamarnos para obtener ayuda con CHOICES o Employment and Community First CHOICES.

Los representantes del Servicio al Cliente están disponibles de lunes a viernes desde las 7:00 a. m. hasta las 5:00 p. m, hora estándar del centro. Los miembros también pueden llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si llama cuando nuestras oficinas están cerradas, puede hablar con un enfermero de triaje. También puede solicitar tarjetas de identificación adicionales o de reemplazo y comprobar la elegibilidad y los beneficios a través de nuestro sistema telefónico.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Quiere saber qué tipo de médico debería ver? Llame a nuestra línea de ayuda de enfermería al **800-690-1606**. La llamada es gratuita.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

¿Usted pidió el plan de salud UnitedHealthcare Community Plan? Si necesita o quiere cambiar su plan de salud, tiene 90 días a partir de la fecha en que recibió su carta de TennCare para hacerlo. Para cambiar su plan de salud en los primeros 90

días, llame gratuitamente a TennCare Member Medical Appeals al **800-878-3192**. Dígales que acaba de obtener su TennCare y que quiere cambiar su plan de salud.

Después de 90 días, es más difícil cambiar el plan de salud. La parte 5 de este manual le da más información sobre el cambio de su plan de salud después de los primeros 90 días.

- ¿Quiere cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir atención de salud o no puede encontrar un médico? Llámenos gratis al **800-690-1606.** Lo ayudaremos a solucionar el problema. No tiene que cambiar de plan de salud para recibir la atención que necesita.

¿Quiere cambiar de plan de salud para ver a un médico que trabaje con un plan de salud diferente? En primer lugar, asegúrese de que **todos** sus médicos trabajen con su plan de salud nuevo. Solo podrá ver médicos que trabajen con su plan nuevo.

- ¿Qué pasa si desea cambiar de plan de salud pero ya tiene una autorización de nuestra parte para un tratamiento que aún no ha recibido? Si cambia su plan de salud y sigue necesitando atención, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan.

Plan de salud de su farmacia

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

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

También puede decirle a su farmacia que tiene TennCare.

Asegúrese de que la farmacia que usa acepta TennCare.

Para saber si una farmacia acepta TennCare, vaya a https://www.optumrx.com/oe_tenncare/find-a-network-pharmacy

O bien, puede llamar al servicio de asistencia de farmacias de TennCare al **888-816-1680.**

Obtenga más información sobre la cobertura de sus recetas en las partes 1 y 2 de este manual.

Monitores continuos de glucosa y suministros relacionados

Los miembros de TennCare pueden acceder a monitores continuos de glucosa (continuous glucose monitors, CGM) y suministros relacionados a través del plan de salud farmacéutico O del plan de salud médico. Con el plan de salud farmacéutico, su proveedor médico puede enviar las recetas de medidores continuos de glucosa y los suministros relacionados a la farmacia de su elección dentro de la red.

Su plan de salud dental

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

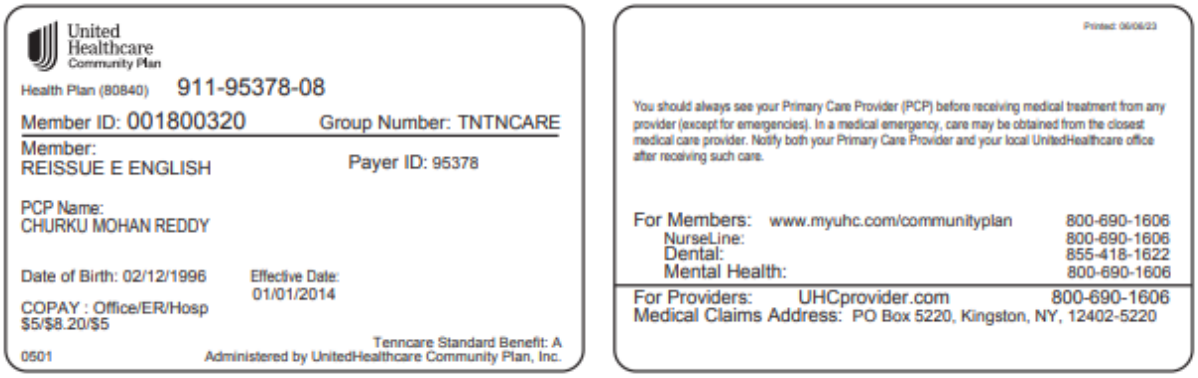
Pueden ayudarlo si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista de Renaissance, visite https://www.renmemberportal.com/mp/rengp. A continuación, haga clic en **Buscar un dentista.** O puede llamarlos al **866-864-2526.**

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

Parte 1: Cómo usar su plan de salud de TennCare

Su tarjeta de miembro

Cada miembro del UnitedHealthcare Community Plan tiene una tarjeta de miembro. Este es un ejemplo de cómo se ve su tarjeta:



Aquí están algunas de las cosas que tiene su tarjeta:

- El **nombre del miembro** es el nombre de la persona que puede utilizar esta tarjeta.
- El **número de identificación** es el número que nos indica quién es usted.
- El **número de grupo** nos indica en qué parte de Tennessee vive.
- El **proveedor de cuidado primario (PCP)** es la persona a la que asiste para su atención médica.
- La **fecha efectiva** es la fecha en que puede empezar a ver al PCP incluido en su tarjeta.
- La **fecha de nacimiento** es su fecha de nacimiento.
- Los **copagos** son lo que paga por cada servicio de atención médica. No todo el mundo tiene copagos.
- El **indicador de beneficios** es el tipo de paquete de beneficios de TennCare que tiene. Su paquete de beneficios es el tipo de servicios o atención que TennCare le cubre.

Lleve su tarjeta con usted en todo momento. Tendrá que mostrarla cuando vaya a ver a su médico y cuando vaya al hospital.

Esta tarjeta es solo para usted. No deje que nadie más use su tarjeta. Si pierde o le roban su tarjeta, o si tiene información errónea en ella, llámenos al **800-690-1606** para que podamos darle una tarjeta nueva. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas sobre TennCare o UnitedHealthcare Community Plan, puede hacer lo siguiente:



Llámenos al:
800-690-1606



Escríbanos:
UnitedHealthcare Community Plan
10 Cadillac Drive,
Suite 200
Brentwood, TN
37027

Red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

Dentro de la red

Los médicos y otras personas y lugares que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan se denominan **red de proveedores.** Esto incluye a los proveedores de CHOICES y Employment and Community First CHOICES. Todos estos proveedores se enumeran en nuestro **Directorio de proveedores.** Existen directorios especiales para proveedores en CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Puede encontrar cada uno de estos Directorios de proveedores en línea en Busque un proveedor o una farmacia de Tennessee UnitedHealthcare Community Plan | UnitedHealthcare Community Plan O llamarnos al **800-690-1606** para obtener una lista. A veces en la lista puede haber proveedores que se hayan inscrito o dado de baja después de la impresión. Pero el Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **800-690-1606** para averiguar si un proveedor está en nuestra red.

A veces su proveedor no puede darle la atención o el tratamiento que necesita debido a sus creencias personales. Llámenos al **800-690-1606**. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor que pueda proporcionarle la atención o el tratamiento que necesita.

Debe ir a los médicos y otros proveedores que trabajen con UnitedHealthcare Community Plan para que TennCare pague por su atención médica.

Pero si también tiene Medicare, no **tiene** que usar médicos que trabajen con UnitedHealthcare Community Plan. Puede ir a cualquier médico que trabaje con Medicare. Para saber más sobre cómo funciona Medicare con TennCare, vea la Parte 4 de este manual.

Fuera de la red

Un médico u otro proveedor que no está en la red de proveedores y no trabaja con UnitedHealthcare Community Plan se denomina **proveedor fuera de red.** La mayoría de las veces, si asiste a un médico u otro proveedor que esté fuera de la red, **TennCare no los pagará.**

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



Importante: si ya recibía atención o tratamiento cuando comenzó con TennCare, es posible que pueda seguir recibiendo la atención sin una autorización o remisión. Llámenos al **800-690-1606** para saber cómo hacerlo.

Cómo obtener ayuda lingüística gratuita en sus visitas de atención médica

Si el inglés no es su primera lengua, puede solicitar un intérprete cuando vaya a recibir su atención. Este es un servicio gratuito para usted. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para que pueda recibir ayuda con los servicios de idiomas.

También puede consultar en nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos que hablen otros idiomas.

También puede recibir ayuda gratuita para comunicarse con su médico como un intérprete de lengua de señas, escribiendo notas o un tablón de historias. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para obtener esta ayuda.

Cómo recibir ayuda con el traslado a sus visitas de atención médica

Si no tiene una forma de llegar a sus visitas de atención médica, es posible que pueda recibir un traslado de TennCare.

Puede recibir ayuda con un traslado:

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

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

- Es un niño menor de 21 años.
- Tiene una discapacidad o necesita ayuda para obtener el servicio (como alguien para abrirle las puertas, empujar su silla de ruedas, ayudarlo con la lectura o la toma de decisiones).

Si necesita un traslado a su cita o tiene preguntas sobre si alguien lo puede acompañar, llámenos al **800-690-1606**.

Intente llamar **al menos dos días hábiles antes** de su cita de atención médica para asegurarse de que puede conseguir un traslado. Si cambia de hora o cancela su cita de atención médica, también debe cambiar o cancelar su traslado.

Visitas al médico

Su proveedor de atención primaria: la principal persona a la que asiste para su atención

Asistirá a una persona principal para su atención médica. Puede ser un médico, un profesional de enfermería o un asistente de médicos. Esta persona se llama su **proveedor de cuidado primario** o **PCP**.

El nombre de su PCP a veces figura en la parte delantera de su tarjeta. ¿Qué pasa si en su tarjeta no se enumera el nombre de su PCP? Llámenos al 800-690-1606 para el nombre de su PCP o averigüe sobre otros PCP en nuestra red. ¿Qué pasa si quiere cambiar su PCP?

La siguiente página le dice cómo hacerlo.

La mayoría de los PCP tienen horarios de atención regulares. Pero puede llamar a su PCP en cualquier momento. Si llama después de los horarios de atención regulares, le indicarán cómo comunicarse con el médico. Si no puede hablar con alguien después de los horarios de atención, llámenos al **800-690-1606**.

Si su PCP es nuevo para usted, debería conocerlo. Llame para obtener una cita con su PCP tan pronto como pueda. Esto es aún más importante si recibió atención o tratamiento de un médico diferente. Queremos asegurarnos de que siga recibiendo la atención que necesita. Pero incluso si se siente BIEN, debe llamar para hacerse un control con su PCP.

Antes de asistir a su primera cita con su PCP:

1. Pida a su médico anterior que le envíe sus registros médicos a su PCP. Esto no le costará nada. Estos registros son suyos. Ayudarán a su PCP a obtener información sobre su salud.
2. Llame a su PCP para programar su cita.
3. Tenga su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan lista cuando llame.
4. Diga que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y deles su número de identificación. Informe a su PCP si tiene otro seguro.
5. Anote la fecha y hora de su cita. Si es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que venga temprano. Anote la hora a la que le piden que esté allí.
6. Haga una lista de las preguntas que desee hacerle a su PCP. Enumere cualquier problema de salud que tenga.
7. Si necesita un traslado a la cita y no tiene otra forma de llegar allí, podemos ayudarlo con un traslado. Intente llamar al menos dos días hábiles antes de su cita. La página 159 y la parte 5 de este manual tienen más información sobre cómo conseguir un traslado.

El día de su cita:

1. Lleve consigo todos sus medicamentos y una lista de preguntas para que su PCP sepa cómo ayudarlo.
2. Esté a tiempo para su visita. Si no puede asistir a su cita, llame a su PCP para obtener una cita nueva.
3. Lleve consigo su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su PCP puede hacer una copia de esta. Si tiene cualquier otro seguro, lleve también consigo esa tarjeta de identificación.
4. Pague su copago si tiene uno. Puede encontrar más información sobre los copagos en la parte 4.

Su PCP le proporcionará la **mayor** parte de su atención médica. Su PCP puede encontrar y tratar problemas de salud pronto. Tendrá sus registros médicos. Su PCP puede ver su panorama de atención médica completo. Su PCP hace un seguimiento de toda la atención que recibe.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Hay muchas razones por las que puede necesitar cambiar su PCP. Puede que desee ver un PCP cuyo consultorio esté más cerca de usted, o su PCP puede dejar de trabajar con nosotros. Si su PCP deja de trabajar con UnitedHealthcare Community Plan, le enviaremos una carta pidiéndole que busque un PCP nuevo. Si no encuentra un PCP nuevo, le encontraremos uno para que pueda seguir recibiendo su atención.

Para cambiar su PCP:

1. Encuentre un PCP nuevo en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Para encontrar un PCP nuevo, puede consultar en nuestro Directorio de proveedores, puede visitar en línea **Busque un proveedor o una farmacia de Tennessee UnitedHealthcare Community Plan | UnitedHealthcare Community Plan**, o llamar al **800-690-1606**.
2. A continuación llame al PCP nuevo para asegurarse de que está en la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. **Asegúrese de preguntar** si acepta pacientes nuevos.

3. Si el PCP nuevo está en nuestra red y toma pacientes nuevos, rellene la solicitud de cambio de PCP en la parte 8 y envíenosla por correo. O puede llamarnos al 800-690-1606 para decirnos el nombre de su PCP nuevo.

¿Necesita ayuda para encontrar un PCP nuevo? Llámenos al 800-690-1606. Trabajaremos con usted para encontrar un PCP nuevo que esté tomando pacientes nuevos.

Si cambia su PCP:

- Le enviaremos una tarjeta nueva del UnitedHealthcare Community Plan. En esta figurará el nombre de su PCP nuevo. La fecha efectiva de su tarjeta nueva es cuando comenzaremos a pagar las visitas a su PCP nuevo.
- Cualquier atención para usted programada por su PCP anterior debe ser AUTORIZADA de nuevo por su PCP nuevo. Por lo tanto, incluso si usted recibió una remisión a un especialista de su PCP anterior, tendrá que obtener una nueva remisión de su PCP nuevo.
- ¿Qué pasa si cambia de PCP porque cambió su plan de salud? Todavía tiene que obtener una autorización nueva para la atención de su PCP nuevo.
- Y si está en medio de un plan de tratamiento, debe llamar a su PCP nuevo inmediatamente. Su PCP nuevo debe saber sobre toda la atención que ha estado recibiendo. Este puede ayudarle para seguir recibiendo la atención que necesita.

Atención de la salud del comportamiento (servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias)

No necesita ver a su PCP antes de obtener servicios de salud del comportamiento. Sin embargo, necesitará recibir su atención de alguien que esté en nuestra red. Si recibe atención en este momento, pregunte a su proveedor si trabaja con UnitedHealthcare Community Plan.

Una Agencia comunitaria de salud mental (Community Mental Health Agency, CMHA) es un lugar al que puede asistir para servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias. La mayoría de las CMHA trabajan con TennCare.

Antes de su primera visita:

1. Pida a su médico anterior que envíe sus registros al proveedor nuevo. Ayudará a su proveedor a conocer sus necesidades.
2. Tenga su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan lista cuando llame para programar su cita con su proveedor nuevo.
3. Diga que es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y dé su **número de identificación.** Si tiene algún otro seguro dígaselo.
4. Anote la fecha y hora de su cita. Si es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que venga temprano. Anote la hora a la que le piden que esté allí.
8. Haga una lista de preguntas que desee hacerle a su proveedor. Enumere cualquier problema que tenga.
9. Si necesita un traslado a la cita y no tiene otra forma de llegar allí, podemos ayudarlo con un traslado. Intente llamar **al menos dos días hábiles** antes de su visita. La página 159 y la parte 5 le brindan más información sobre cómo conseguir un traslado.

El día de su cita:

1. Lleve todos sus medicamentos y la lista de preguntas con usted para que su proveedor sepa cómo ayudarlo.
2. Esté a tiempo para su visita. Si no puede asistir a su cita, llame a su proveedor para obtener una cita nueva.
3. Lleve consigo su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su proveedor puede hacer una copia de esta. Si tiene cualquier otro seguro, lleve también consigo esa tarjeta de identificación.
4. Pague su copago si tiene uno. En la parte 4 de este manual puede encontrar más información sobre los copagos.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, llámenos al **800-690-1606**. O si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, llámenos al **800-690-1606**. La llamada es gratuita.

Especialistas

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

Su PCP puede enviarlo a un especialista para que lo atienda. Esto se denomina una **remisión**. Si su PCP quiere que vaya a un especialista, establecerá la cita con el especialista para usted.

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

IMPORTANTE: No puede asistir a un especialista sin la remisión de su PCP. Solo pagaremos una visita especializada si su PCP lo envía.

Sin embargo, **no** tiene que ver a su PCP primero para ir a un médico de salud de la mujer para

realizarse exámenes de bienestar de la mujer o recibir cuidado prenatal. Un médico de salud de la mujer se denomina un obstetra y ginecólogo (OB/GYN). El especialista en salud de la mujer si debe estar en nuestra red. En la parte 2 de este manual hay más información sobre la atención de la salud de la mujer.

Y recuerde, **no tiene** que ver su PCP primero para ver a un proveedor de salud del comportamiento para servicios de salud mental, alcoholismo o trastorno por consumo de sustancias.

Cuidado hospitalario

Si necesita atención hospitalaria, su PCP o su proveedor de salud del comportamiento la establecerá para usted.

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

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

Emergencias físicas en salud

Lleve siempre consigo su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. En caso de emergencia, los médicos sabrán que tiene TennCare. Puede recibir atención médica de emergencia en cualquier momento que lo necesite.

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

Las emergencias pueden ser cosas como:	**Por lo general, estas no son emergencias:**
• Dificultad para respirar, no poder hablar • Un corte grave, un hueso roto o una quemadura • Sangrado que no se detiene • Dolor fuerte en el pecho que no desaparece • Fuerte dolor de estómago que no cesa • Convulsiones que hacen que alguien se desmaye • No puede mover las piernas o los brazos • Una persona que no se despierta • Sobredosis de drogas	• Dolor de garganta • Resfrío o gripe • Dolor lumbar • Dolor de oído • Dolor de estómago • Pequeños cortes, no profundos • Moretón • Dolor de cabeza, a menos que sea muy intenso y como nunca había tenido antes • Artritis

Si cree que tiene una emergencia, asista a la Sala de Emergencias (Emergency Room, ER) del hospital más cercano. En caso de emergencia, puede asistir a un hospital que no esté en la red de proveedores. Si no puede llegar a la ER, llame al 911 o a su servicio local de ambulancias.

Si no está seguro de si es una emergencia, llame a su PCP. Puede llamar a su PCP en cualquier momento. Su PCP puede ayudarlo a recibir atención de emergencia si lo necesita.

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

Después de que la ER lo trate para la emergencia, también recibirá la atención que el médico dice que necesita para mantenerse estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir atención de emergencia, debe decirle a su PCP. Su PCP necesita saber sobre la emergencia para ayudarlo con la atención de seguimiento más adelante. **Debe llamar a su PCP dentro de las 24 horas siguientes a recibir atención de emergencia.**

Emergencias en salud mental

Puede recibir ayuda para una emergencia de salud mental o trastorno por consumo de sustancias en cualquier momento, incluso si está lejos del hogar. Y no tiene que recibir una autorización de nadie antes de recibir atención de emergencia.

Si tiene una emergencia por un trastorno de salud mental o de consumo de sustancias, llame o escriba a 988 o consulte con 988lifeline.org. También puede asistir inmediatamente al centro de atención de crisis de salud mental más cercano (https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html) **o** a la sala de emergencias. ¿Qué pasa si no sabe dónde está su centro de atención de crisis de salud mental más cercano? Llame a los Servicios de Crisis de Salud Mental al

988 inmediatamente. Estas llamadas son gratuitas.

O bien, puede llamar a su proveedor. Su proveedor puede ayudarlo a obtener atención de emergencia si la necesita. TennCare paga por emergencias de salud mental incluso si el médico o el hospital no están en la Red de proveedores.

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

Las emergencias pueden ser cosas como:

- Planear hacerse daño
- Pensar en herir a otra persona

Por lo general, estas no son emergencias:

- Necesidad de una reposición de una receta

Si tiene este tipo de emergencia:

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org
- Vaya al centro de atención de la crisis de salud mental más cercano o a la ER inmediatamente o
- O llame al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Niños menores de 18 años

Si tiene menos de 18 años o su hijo es menor de 18 años y tiene una emergencia de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por consumo de sustancias):

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

  Para contactarse directamente con una agencia:

  - Youth Villages
    - (866) 791-9221 (Norte de la región central de Tennessee)
    - (866) 791-9222 (Sur de la región central de Tennessee)
    - (866) 791-9227 (Región rural del oeste de Tennessee)
    - (866) 791-9226 (Región de Memphis)
    - (866) 791-9224 (Región del este)
    - (866) 791-9225 (Región del sudeste)

  - Mental Health Cooperative
    - (615) 726-0125 (condado de Davidson)

- Frontier Health
    - (877) 928-9062 (Este Alto de Tennessee)

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

Youth Villages, Frontier Health, Helen Ross McNabb y Mental Health Co-Operative ofrecen servicios de crisis a nivel estatal para niños menores de 18 años. Si va a la ER, alguien de una de estas agencias en su área puede venir a evaluar la necesidad de atención de su hijo.

Si tiene problemas para comunicarse con alguien en el número indicado para su zona, llame al **800-690-1606**. Lo ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Lleve siempre consigo su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan. En caso de emergencia, los médicos sabrán que tiene TennCare.

Después de que la ER lo trate para la emergencia, también obtendrá la atención que el médico dice que necesita para mantenerse estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir atención de emergencia, debe informar a su proveedor. Su proveedor necesita saber sobre la emergencia para ayudarlo con la atención de seguimiento más adelante. **Debe llamar a su proveedor dentro de las 24 horas siguientes a recibir la atención de emergencia.**

Atención de emergencia lejos del hogar

La atención de emergencia lejos del hogar funciona igual que si estuviera en su hogar. **En caso de emergencia,** puede asistir a un hospital fuera de red. Vaya a la ER más cercana, o llame al 911. Si tiene una emergencia de salud mental, de consumo de alcohol o drogas, puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** o chatear con **988lifeline.org**. Si debe llamar a su PCP y a su plan de salud dentro de las 24 horas siguientes a haber recibido la atención de emergencia lejos del hogar.

Muestre su tarjeta UnitedHealthcare Community Plan cuando reciba la atención de emergencia. Pídale a la ER que envíe la factura a UnitedHealthcare Community Plan. Si en la ER dicen que no, pregunte si le enviarán la factura a su hogar. O si tiene que pagar por la atención, pida un recibo.

Cuando llegue a su hogar, llame al **800-690-1606** y díganos que tuvo que pagar por su atención médica o que tiene una factura por ella. Trabajaremos con usted y con el proveedor para reclamar su atención.

IMPORTANTE: TennCare y UnitedHealthcare Community Plan solo pagarán por emergencias lejos del hogar que estén dentro de los Estados Unidos. No podemos pagar por la atención que reciba fuera del país.

Parte 2: Servicios que paga TennCare

Paquetes de beneficios

No todos en TennCare tienen los mismos beneficios. Los beneficios cubiertos para usted dependen del grupo en el que se encuentre.

La tarjeta que reciba tendrá un indicador de beneficio en el frente. Este dice en qué grupo está y los beneficios cubiertos para usted en función de su grupo. Su indicador de beneficios puede ser diferente al de los demás miembros de su familia. Si su tarjeta **no** tiene un indicador de beneficios en la parte delantera, puede averiguar qué beneficios tiene en las siguientes tablas. O, llámenos al **800-690-1606**.

Niños menores de 21 años

Consulte las páginas 35 a 38 para ver la lista de beneficios para los grupos A y H

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
A	• Niño menor de 21 años. • No tiene Medicare.
H	• Niño menor de 21 años. • Tiene Medicare.

Adultos a partir de 21 años con TennCare Medicaid

Consulte las páginas 39 a 42 para ver la lista de beneficios para los grupos B, E, J y L

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
B	• Mayor de 21 años. • No tiene Medicare. • No está recibiendo atención a largo plazo.
E	• Mayor de 21 años. • No tiene Medicare. • Está recibiendo atención a largo plazo que no es CHOICES o ECF CHOICES.

J	• Mayor de 21 años. • No tiene Medicare. • Está inscrito en el Grupo 1 o 2 de TennCare CHOICES o ECF CHOICES* y cumple el nivel institucional de atención.
L	• Mayor de 21 años. • No tiene Medicare. • Está inscrito en el grupo 3 de TennCare CHOICES o ECF CHOICES* y no cumple con el nivel de atención institucional pero está en riesgo de colocación en una institución.

En la parte 3 de este manual puede encontrar más información sobre TennCare CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Adultos a partir de 21 años con TennCare Medicaid y Medicare

Consulte las páginas 43 a 46 para ver la lista de beneficios para los grupos F, G, K y M.

Indicador de beneficios	Descripción del grupo
F	• Mayor de 21 años. • Tiene Medicare. • No está recibiendo atención a largo plazo.
G	• Mayor de 21 años. • Tiene Medicare. • Está recibiendo atención a largo plazo que no es CHOICES o ECF CHOICES.
K	• Mayor de 21 años. • Tiene Medicare. • Está inscrito en el Grupo 1 o 2 de TennCare CHOICES o ECF CHOICES* y cumple el nivel institucional de atención.

M	• Mayor de 21 años. • Tiene Medicare. • Está inscrito en el grupo 3 de TennCare CHOICES o ECF CHOICES* y no cumple con el nivel de atención institucional pero está en riesgo de colocación en una institución.

*En la parte 3 de este manual puede encontrar más información sobre TennCare CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Los grupos de servicios están marcados de la **A a la M.** En las páginas siguientes puede encontrar una lista de servicios para cada grupo. Algunos de los servicios tienen límites. Esto significa que TennCare pagará solo una cierta cantidad de esa atención. Los servicios que se enumeran **como médicamente necesarios** son aquellos que puede obtener si su médico, su plan de salud y TennCare están de acuerdo en que los necesita.

Si tiene preguntas sobre cuáles son sus servicios de salud física o del comportamiento, llámenos al **800-690-1606**. O llame a TennCare Connect al **855-259-0701.**

Beneficios para niños menores de 21 años

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

Todos los servicios cubiertos por TennCare deben ser médicamente necesarios, tal como se define en las normas TennCare. La definición de médicamente necesario se encuentra en la parte 9 de este manual.

Para obtener más información sobre los servicios con cobertura y las exclusiones, consulte:

https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20260126.pdf

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

Servicios TennCare	A	H
Servicios de crisis de salud del comportamiento (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)	con cobertura	Con cobertura. Esta atención no está cubierta por Medicare.
Tratamiento intensivo de la salud del comportamiento basado en la comunidad	con cobertura	Con cobertura. Esta atención no está cubierta por Medicare.
Servicios quiroprácticos	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Beneficios de CHOICES **(Atención en un centro de enfermería y determinados servicios basados en el hogar y la comunidad [Home and Community Based Services, HCBS])**	La atención en un centro de enfermería está cubierta CHOICES HCBS NO está cubierto	La atención en un centro de enfermería está cubierta, pero Medicare es primario para los servicios en centros de enfermería especializada. CHOICES HCBS no está cubierto.
Servicios comunitarios de salud en clínicas	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios dentales	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Equipo médico duradero (DME)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.

Servicios TennCare	A	H
Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT para menores de 21 años) (TennCare Medicaid)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES **(Algunos servicios a domicilio y en la comunidad)** **Para obtener más información, consulte Employment and Community First CHOICES en la parte 3 de este manual.**	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES.
Servicios de salud en el hogar	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Cuidados para enfermos terminales (debe ser proporcionado por un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Beneficios para pacientes hospitalizados, residenciales y ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios en centros de rehabilitación de pacientes hospitalizados	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.

Servicios TennCare	A	H
Servicios de análisis de laboratorio y radiografías	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Suministros médicos	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Transporte que no sea de emergencia, incluido el transporte en ambulancia	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Atención en un centro de enfermería (CHOICES)	con cobertura	La atención en un centro de enfermería está cubierta, pero Medicare es primario para los servicios en centros de enfermería especializada.
Terapia ocupacional	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Trasplantes de órganos y tejidos y adquisiciones de órganos de donantes	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios ambulatorios de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios de farmacia	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.

Servicios TennCare	A	H
Exámenes y controles físicos, servicios de diagnóstico y tratamiento (TennCare Standard)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios de fisioterapia	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Enfermería privada	con cobertura	Con cobertura. Esta atención no está cubierta por Medicare.
Servicios en centros de hospitalización psiquiátrica	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	con cobertura	Con cobertura. Esta atención no está cubierta por Medicare.
Servicios de tratamiento en residencia psiquiátrica	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Cirugía reconstructiva de la mama (para obtener más información, consulte Salud de la mujer y embarazo)	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.
Servicios de diálisis renal	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.

Servicios TennCare	A	H
Servicios de terapia del habla	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario. Debe ser proporcionado por un logopeda autorizado para restaurar el habla. Debe haber un progreso médico continuo después de una pérdida o deterioro. Además, la pérdida o deterioro no puede ser causado por un trastorno mental, psiconeurótico o de la personalidad.
Servicios de la vista	con cobertura	Con cobertura, pero Medicare es primario.

Beneficios para adultos de 21 años o más

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

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

Para obtener más información sobre los servicios con cobertura y las exclusiones, consulte:
https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20260126.pdf

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

Servicios TennCare	B	E	J	L
Servicios de crisis de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Tratamiento intensivo de la salud del comportamiento basado en la comunidad	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios quiroprácticos	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios comunitarios de salud en clínicas	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Beneficios de CHOICES (atención en un centro de enfermería y determinados servicios basados en el hogar y la comunidad, HCBS)	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura solo para individuos inscritos en CHOICES	Con cobertura solo para individuos inscritos en el Grupo 3 de CHOICES, y limitado solo al Grupo 3 de HCBS. Atención en un centro de

Para obtener más información, consulte CHOICES en la parte 3 de este manual				enfermería sin cobertura.
Servicios dentales	Cobertura con límites.	Cobertura con límites.	Cobertura con límites.	Cobertura con límites.
Equipo médico duradero (DME)	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES (Algunos servicios a domicilio y en la comunidad)	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES
Servicios de salud en el hogar	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.
Cuidados para enfermos terminales (debe ser proporcionado	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura

por un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare)				
Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de análisis de laboratorio y radiografías	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Suministros médicos	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Transporte que no sea de emergencia	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Terapia ocupacional	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Trasplantes de órganos y tejidos y adquisiciones de órganos de donantes	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios ambulatorios de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de farmacia	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Con cobertura: sin límite	Con cobertura: sin límite	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.
Servicios de fisioterapia	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Enfermería privada	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.

Servicios en centros de hospitalización psiquiátrica	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de tratamiento en residencia psiquiátrica	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Cirugía reconstructiva de la mama (para obtener más información, consulte Salud de la mujer y embarazo)	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de diálisis renal	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de terapia del habla	con cobertura	con cobertura	con cobertura	con cobertura
Servicios de la vista	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.

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

Servicios TennCare	F	G	K	M
Servicios de crisis de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención
Tratamiento intensivo de la salud del comportamiento basado en la comunidad	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención
Servicios quiroprácticos	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios comunitarios de salud en clínicas	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Beneficios de CHOICES (atención en un centro de enfermería y determinados servicios basados en el hogar y la comunidad, HCBS) **Para obtener más información, consulte CHOICES en la parte 3 de este manual.**	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura. Medicare es el principal centro de atención de enfermería especializada.	Con cobertura solo para individuos inscritos en el Grupo 3 de CHOICES, y limitado solo al Grupo 3 de HCBS. Atención en un centro de enfermería sin cobertura. Medicare

				cubre la atención en un centro de enfermería especializada.
Servicios dentales	Cobertura con límites, pero Medicare es primario	Cobertura con límites, pero Medicare es primario	Cobertura con límites, pero Medicare es primario	Cobertura con límites, pero Medicare es primario
Equipo médico duradero (DME)	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES **(Algunos servicios a domicilio y en la comunidad)** **Para obtener más información, consulte ECF CHOICES en la parte 3 de este manual.**	Sin cobertura	Sin cobertura	Con cobertura para miembros inscritos en ECF CHOICES	Con cobertura solo para miembros inscritos en ECF CHOICES.
Servicios de salud en el hogar	Cobertura con límites. Medicare es el primario. Consulte	Cobertura con límites. Medicare es el primario. Consulte	Cobertura con límites. Medicare es el primario. Consulte	Cobertura con límites. Medicare es el primario. Consulte

	"Atención con límites" a partir de la página 49.	"Atención con límites" a partir de la página 49.	"Atención con límites" a partir de la página 49.	"Atención con límites" a partir de la página 49.
Cuidados para enfermos terminales (debe ser proporcionado por un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare)	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios de análisis de laboratorio y radiografías	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Suministros médicos	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Transporte que no sea de emergencia	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario

Terapia ocupacional	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Trasplantes de órganos y tejidos y adquisiciones de órganos de donantes	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios ambulatorios de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios de farmacia	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare	Sin cobertura. Disponible a través de la Parte D de Medicare
Servicios de fisioterapia	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario

Enfermería privada	Cobertura con límites. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites; Medicare no cubre esta atención; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.
Servicios en centros de hospitalización psiquiátrica	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención	Con cobertura; Medicare no cubre esta atención
Servicios de tratamiento en residencia psiquiátrica	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Cirugía reconstructiva de la mama (para obtener más información, consulte Salud de la mujer y embarazo)	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios de diálisis renal	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario

Servicios de terapia del habla	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario	Con cobertura; Medicare es primario
Servicios de la vista	Cobertura con límites. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Medicare es primario; consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.

Paquetes de beneficios C y D (adultos de 21 años en adelante con TennCare Standard)[1]

Servicios TennCare	C	D
Servicios de crisis de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	con cobertura	con cobertura
Tratamiento intensivo de la salud del comportamiento basado en la comunidad	con cobertura	con cobertura
Servicios quiroprácticos	con cobertura	con cobertura
Servicios comunitarios de salud en clínicas	con cobertura	con cobertura
Beneficios de CHOICES (atención en un centro de enfermería y determinados servicios basados en el hogar y la comunidad, HCBS)	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios dentales	Cobertura con límites.	Cobertura con límites.
Equipo médico duradero (DME)	con cobertura	con cobertura
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	con cobertura	con cobertura
Beneficios de Employment and Community First (ECF) CHOICES **(Algunos servicios a domicilio y en la comunidad)**	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de salud en el hogar	Cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte "Atención con límites" a partir de la página 49.
Cuidados para enfermos terminales (debe ser proporcionado por un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare)	con cobertura	con cobertura
Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias	con cobertura	con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	con cobertura	con cobertura
Servicios de análisis de laboratorio y radiografías	con cobertura	con cobertura

Suministros médicos	con cobertura	con cobertura
Transporte que no sea de emergencia	con cobertura	con cobertura
Terapia ocupacional	con cobertura	con cobertura
Trasplantes de órganos y tejidos y adquisiciones de órganos de donantes	con cobertura	con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	con cobertura	con cobertura
Servicios ambulatorios de salud del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	con cobertura	con cobertura
Servicios de farmacia	Sin cobertura	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.
Servicios de fisioterapia	con cobertura	con cobertura
Servicios médicos (hospitalizados y ambulatorios)	con cobertura	con cobertura
Enfermería privada	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.

Servicios en centros de hospitalización psiquiátrica	con cobertura	con cobertura
Servicios de rehabilitación psiquiátrica	con cobertura	con cobertura
Servicios de tratamiento en residencia psiquiátrica	con cobertura	con cobertura
Cirugía reconstructiva de la mama (para obtener más información, consulte Salud de la mujer y embarazo)	con cobertura	con cobertura
Servicios de diálisis renal	con cobertura	con cobertura
Servicios de terapia del habla	con cobertura	con cobertura
Servicios de la vista	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.	Cobertura con límites. Consulte “Atención con límites” a partir de la página 49.

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

Atención con límites

Los beneficios para los niños menores de 21 años están cubiertos según sea médicamente necesario. Pero algunos beneficios de TennCare funcionan de manera diferente para adultos de 21 años y mayores. Estos tipos de atención y medicina tienen límites para adultos de 21 años y mayores:

1. **Medicamentos recetados**
2. **Inyecciones en el punto gatillo**
3. **Bloqueos nerviosos medios utilizados para diagnosticar la causa del dolor de espalda**
4. **Inyecciones epidurales**
5. **Prueba de detección de drogas en la orina**
6. **Servicios de enfermería privada y salud a domicilio**
7. **Servicios de la vista**
8. **Servicios dentales**
9. **Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados o residenciales para trastornos por consumo de sustancias**

1. Medicamentos recetados

La mayoría de las personas, pero no todos en TennCare, tienen beneficios de farmacia. Si también tiene Medicare, hay un mensaje importante para usted en el recuadro de la página 52.

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

- Personas que reciben atención en una residencia de ancianos.
- Personas que reciben atención en un centro para personas con discapacidad intelectual (llamado centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual), o ICF/IID.
- Personas que reúnen los requisitos para recibir atención en una residencia de ancianos o ICF/IID, pero reciben atención domiciliaria en su lugar.

Sin embargo, la **mayoría** de los adultos que tienen TennCare tienen un límite en cuanto al número de medicamentos recetados de marca que TennCare pagará cada mes. TennCare Medicaid solo pagará 2 medicamentos recetados de marca o reposiciones cada mes. No hay límite en el número de medicamentos recetados genéricos que TennCare pagará cada mes. TennCare comenzará a contar sus recetas y reposiciones el primer día de cada mes. Este límite incluye recetas para la atención de la salud física.

¿Cómo sé si TennCare cubre mis medicamentos recetados?

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

- Hay medicamentos de marca y medicamentos genéricos en la lista de fármacos preferidos. La mayoría de los adultos de TennCare tienen copago en las recetas. En la parte 4 puede encontrar más información sobre los copagos.

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

¿Qué sucede si necesito más de 2 medicamentos recetados de marca o reposiciones cada mes?

Hay listas de medicamentos que no cuentan en su límite. Estas listas se denominan **Listas de Exención Automática** (las farmacias la denominan la lista de "Exención Automática" y de "Aprobación de la persona que receta")**.**

Los medicamentos de estas listas están exentos (no cuentan) de su límite. Después de haber obtenido **2** medicamentos recetados de marca en 1 mes, todavía puede obtener medicamentos de las **Listas de Exención Automática.** Las listas pueden cambiar. Sin embargo, TennCare y su farmacia se asegurarán de que los medicamentos de las listas más actuales **no** cuenten para su límite.

¿Necesita saber si el medicamento que toma está en estas listas? **Pregunte** a su médico o en su farmacia. Para ver la lista más actual, puede usar Internet. Visite el sitio web de OptumRx/TennCare en **https://contenthub-aem.optumrx.com/content/dam/contenthub/onboarding/assets/Tenncare/AutoExempt-Attestation-Drug-List.pdf.** O, llame a TennCare Connect al **855-259-0701.** Pídales que le envíen una copia.

IMPORTANTE: Recuerde que algunos medicamentos necesitan la autorización de TennCare incluso **antes** de superar su límite. Ese es un tipo diferente de autorización llamada **preautorización** o **PA.** Los medicamentos incluidos en las Listas de Exención Automática también pueden necesitar una preautorización. En ese caso, necesitará **ambas** autorizaciones para obtener un medicamento de las **Listas de Exención Automática.** Su médico puede ayudarle a obtener ambas AUTORIZACIONES si las necesita.

¿Qué sucede si un medicamento de las Listas de Exención Automática necesita una **preautorización** y **no** la tiene? Entonces, TennCare todavía **no** pagará el medicamento. Si su médico le pide una **preautorización** y se la rechazamos, le enviaremos una carta que diga por qué. Dirá cómo apelar si cree que cometimos un error.

Consejos útiles:

- Si el medicamento que está tomando es mayor que su límite, pregunte a su médico si **necesita** todos los medicamentos que está tomando. Si lo hace, pida a su farmacia que lo ayude a elegir los medicamentos que son más costos. Cada mes complete estos primero, así TennCare pagará por ellos.
- Pida a su médico o a su farmacia que averigüe si su medicamento está en las Listas de Exención Automática.
- Pida a su médico que le recete los medicamentos que están en la PDL.
- Pida a su médico que le recete medicamentos genéricos siempre que pueda.
- Pregunte a su médico si su receta necesita una PA antes de ir a la farmacia.

Si tiene preguntas sobre la **cobertura de su receta de TennCare**, llame al servicio de asistencia de la farmacia de TennCare al **888-816-1680.** La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas sobre sus medicamentos recetados, llame primero a su médico. Si tiene problemas para obtener sus medicamentos recetados, consulte la parte 5 de este manual.

Importante si tiene Medicare:

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

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

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

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

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

La parte 4 de este manual tiene más información sobre cómo funciona TennCare con Medicare.

2. Inyecciones de puntos gatillo (vacunas)

El medicamento se administra con una aguja en músculos que tienen "nudos" o están muy tensos. TennCare solo pagará **4 inyecciones de puntos gatillo en cada grupo muscular cada 6 meses** para adultos de 21 años y mayores. Por grupo muscular se entiende los músculos de una determinada zona del cuerpo, como los músculos que componen la parte superior del brazo o la espalda. Contaremos cada vez que reciba una inyección en un grupo muscular durante 6 meses seguidos.

¿Qué ocurre si recibe inyecciones de puntos gatillo en 2 grupos musculares, como en la parte superior del brazo y en la espalda? Los contaremos por separado. Contaremos hasta 4 vacunas en el brazo **y** hasta 4 vacunas en la espalda durante un período de 6 meses.

3. Bloqueos nerviosos internos usados para diagnosticar (encontrar) la causa del dolor de espalda

El medicamento se administra con una aguja cerca de los nervios que están a cada lado de su columna vertebral. TennCare solo pagará **4 bloqueos nerviosos internos por año** para diagnosticar la causa de su dolor de espalda. Empezaremos a contar el 1 de enero y dejaremos de contar el 31 de diciembre. Cada año pagaremos hasta 4 bloqueos diagnósticos del nervio medio.

4. Inyecciones epidurales (vacunas)

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

Contaremos cada inyección que reciba durante 6 meses seguidos. **Sin embargo,** TennCare seguirá pagando por las inyecciones epidurales que las mujeres necesitan durante el parto.

5. Prueba de detección de drogas en la orina

Estas son pruebas de drogas que buscan evidencia de sustancias ilegales o controladas en su orina. Las sustancias controladas son medicamentos recetados que pueden usarse incorrectamente, como Lortab®, Kadian® (morfina) y OxyContin®. TennCare solo pagará **24 exámenes de detección de drogas en orina al año** para adultos de 21 años o más.

En este momento, TennCare paga 24 pruebas de detección de drogas en orina al año. TennCare también paga 12 pruebas de confirmación de detección de drogas en orina al año. “Confirmación” significa que su prueba da “positiva” para sustancias ilegales o controladas. TennCare pagará para volver a comprobar el resultado 12 veces al año. **TennCare seguirá pagando 24 pruebas de detección de drogas en orina y 12 pruebas de confirmación de detección de drogas en orina al año.**

Pero a veces su proveedor puede necesitar una prueba de detección de drogas en orina para saber qué tipo de drogas toma. O para las recetas, su proveedor puede necesitar una prueba de detección de drogas en orina para asegurarse de que recibe la cantidad adecuada. Cuando su proveedor pide este tipo de prueba, se llama una prueba específica de detección de drogas en orina. **TennCare solo pagará 12 pruebas específicas de detección de drogas en orina al año.**

6. Servicios de enfermería privada y salud a domicilio

Los servicios de enfermería privada y salud a domicilio están cubiertos si son médicamente necesarios para los niños menores de 21 años. Pero estos servicios funcionan de manera diferente para los adultos de 21 años o más.

Enfermería privada

Los servicios de enfermería privada y los servicios de enfermería son servicios solo para personas que requieren 8 horas o más de enfermería continua de una enfermera autorizada en un período de 24 horas. Una persona que solo necesita servicios cualificados intermitentes no reúne las condiciones para recibir servicios de enfermería privada.

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

- Dependa del ventilador durante al menos 12 horas cada día.
- **O** tenga una traqueotomía en funcionamiento **y** necesite también otros tipos de cuidados de enfermería.

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

- Cuidarlo cuando el enfermero privado no esté con usted
- Y cuidar de sus otras necesidades que no sean de enfermería.

Si reúne los requisitos para la PDN, **su enfermero solo podrá ir con usted a las citas del médico, a la escuela y al trabajo.** Aunque su enfermero pueda ir con usted a estos lugares, no puede conducir con usted hacia allí. Las normas de TennCare establecen que su enfermero **no** puede llevarle a ningún lugar.

¿Qué pasa si necesita atención en el hogar pero no reúne los requisitos para la Enfermería privada? Es posible que igual pueda recibir atención en el hogar. Esta atención se denomina atención médica a domicilio.

Atención médica a domicilio

Hay 2 tipos de atención médica a domicilio: atención de enfermería a domicilio y atención de auxiliares de salud en el hogar. Hay límites en la cantidad de atención de enfermería a domicilio y de auxiliares de salud en el hogar que puede recibir.

Atención de enfermería en el hogar a tiempo parcial e intermitente

Una enfermera de atención en el hogar es alguien que puede visitarlo en el hogar para proporcionarle atención médica.

TennCare **solo** pagará:

- Hasta 1 visita de enfermería cada día
- Cada visita deberá tener una duración inferior a 8 horas
- Y no más de 27 horas de cuidados de enfermería cada semana (30 horas cada semana si cumple los requisitos para recibir atención en un hogar de ancianos calificado)

Atención de auxiliares de salud en el hogar

Un auxiliar de salud en el hogar es alguien que lo ayuda con ciertas cosas que no puede hacer solo (como comer o bañarse).

TennCare **solo** pagará:

- Hasta 2 visitas diarias de auxiliares de salud en el hogar cada día
- No más de 8 horas diarias de atención de auxiliares de salud en el hogar
- Y no más de 35 horas a la semana de atención de la salud en el hogar (40 horas cada semana si cumple los requisitos para recibir atención en un hogar de ancianos calificado)

¿Qué pasa si necesita ambas, atención de enfermería y atención de auxiliares de salud en el hogar?

TennCare **solo** pagará:

- Hasta 1 visita de enfermería al día
- Hasta 2 visitas diarias de auxiliares de salud en el hogar cada día
- No más de 8 horas de servicios de enfermería y atención de auxiliares de salud en el hogar **combinados** cada día
- No más de 27 horas de cuidados de enfermería cada semana (30 horas semanales si cumple los requisitos para recibir atención en un hogar de ancianos calificado)
- No más de 35 horas de servicios de enfermería y atención de auxiliares de salud en el hogar **combinados** cada semana (40 horas semanales si reúne los requisitos para recibir atención en un hogar de ancianos calificado)

TennCare **solo** pagará por los servicios de enfermería si necesita atención que solo puede ser proporcionada por un enfermero (atención que no puede ser proporcionada por un auxiliar). Esta es una atención como la alimentación por tubo o el cambio de vendajes. TennCare **no** pagará por un enfermero si la única razón por la que necesita uno es porque **podría** necesitar tomar medicamentos. El enfermero **solo** permanecerá con usted mientras necesite cuidados de **enfermería**.

7. Servicios de la vista

En el caso de los adultos de 21 años o más, los servicios de visión se limitan a la evaluación médica y el tratamiento de afecciones y trastornos oculares anormales. Se cubre el primer par de anteojos de cataratas o lente/lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.

8. Servicios dentales

Para adultos de 21 años y mayores, consulte su Manual de límites para el Gestor de beneficios dentales (Dental Benefits Manager, DBM).

9. Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados o residenciales para trastornos por consumo de sustancias

TennCare cubre los servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados o residenciales de trastornos por consumo de sustancias Los centros de tratamiento con más de 16 camas se llaman instituciones para enfermedades mentales o IMD (Institutions for Mental Diseases, IMD) Para adultos de 21 a 64 años, el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en instituciones para enfermedades mentales se limita a 30 días al año.

Servicios de reemplazo

UnitedHealthcare Community Plan ofrece ciertos servicios que son sustituciones médicamente apropiadas y rentables para servicios cubiertos por TennCare. Estos se denominan “servicios de reemplazo”. UnitedHealthcare Community Plan ofrece los siguientes servicios de reemplazo:

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

Los servicios de reemplazo están cubiertos cuando son médicamente necesarios para usted según su estado de salud. Para obtener más información sobre los servicios de reemplazo, puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan.

Otros servicios de TennCare

1. TennCare CHOICES en el programa de servicios y apoyo a largo plazo

TennCare CHOICES en servicios y apoyo a largo plazo (o CHOICES para abreviar) es para adultos (de 21 años y mayores) con una discapacidad física y personas mayores (de 65 años y mayores). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propio hogar o en la comunidad. Estos servicios se denominan servicios basados en el hogar y la comunidad o HCBS. Estos servicios pueden prestarse en el hogar, en el trabajo o en la comunidad para ayudar en las actividades de la vida diaria y permitir que las personas trabajen y participen activamente en su comunidad local. CHOICES también proporciona atención en una residencia de ancianos si es necesario. En la parte 3 de este manual se encuentra más información sobre CHOICES.

2. Employment and Community First CHOICES

Employment and Community First CHOICES es para personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD). Esto incluye a las personas que tienen discapacidades considerables.

Los servicios ayudan a las personas a vivir con su familia o en la comunidad y no en una institución. Los servicios residenciales están disponibles para adultos con I/DD que no viven con la familia pero necesitan apoyo donde viven.

Employment and Community First CHOICES puede ayudar a la persona con I/DD a explorar la posibilidad de trabajar. Los servicios también pueden ayudarla a aprender habilidades para el trabajo, encontrar un trabajo y mantenerlo. Podría tratarse de un trabajo con jornada parcial, completa o un trabajo por cuenta propia. Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades, conocer a otras personas y tener un rol importante en sus comunidades. Trabajar también ayuda a las personas a estar saludables y a generar confianza en sí mismas.

Otros servicios ayudan a las personas a aprender y hacer tareas en el hogar y en la comunidad para que puedan lograr sus objetivos. Si una persona vive en el hogar con su familia, los servicios ayudan a la familia a apoyar a la persona para que sea lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a participar activamente en sus comunidades e incluyen apoyo entre pares para la persona y para su familia.

En la parte 3 de este manual se encuentra más información sobre Employment and Community First CHOICES.

3. Verificación Electrónica de Visitas (EVV)

La legislación federal dice que toda persona que reciba ciertos tipos de atención pagados por Medicaid **DEBE** utilizar un sistema electrónico para registrar la atención que brinda. Esto se denomina **EVV** (que significa **V**erificación **E**lectrónica de **V**isitas). Algunos de los servicios, como los servicios de salud en el hogar y de atención personal, deben utilizar EVV. La **EVV** es una forma de asegurarse de que obtiene los servicios de Medicaid que está aprobado para obtener. El sistema de EVV recopila y registra información cada vez que su cuidador remunerado viene a prestarle atención. La ley dice que **DEBE utilizarse un** sistema **de EVV para registrar TODAS estas cosas:**

- Su nombre (el nombre de la persona que recibió la atención)
- El servicio que recibió
- Su trabajador (el nombre de la persona que le prestó su atención)
- La fecha en que recibió la atención
- Dónde se brindó la atención
- El horario en que empezó
- El horario en que terminó

¿Cómo usarán la EVV sus cuidadores remunerados?

El proveedor de servicios de salud y atención personal de su hogar elegirá cómo informar su cuidador remunerado. Las herramientas de informe pueden incluir una aplicación móvil en un teléfono inteligente o tableta. **Solo** su cuidador remunerado debe utilizar el sistema de EVV. Esto no es para que usted lo haga.

Las principales cosas que debe saber:

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

¿Con quién puede hablar si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre la EVV o la forma en que su cuidador proporciona la información, llame a su proveedor de servicios de salud y atención personal en el hogar.

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

UnitedHealthcare Community Plan paga por los equipos especiales que ayudan a las personas con lesiones o discapacidades a moverse mejor. Este equipo se denomina tecnología de rehabilitación compleja (CRT). Es una parte del beneficio del equipo médico duradero (DME). La ley de Tennessee garantiza que este equipo se revise cada año para detectar cualquier problema y se arregla cuando necesita reparaciones.

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

¿Tiene preguntas sobre la tecnología de rehabilitación compleja o necesita más información? Llame a UnitedHealthcare Community Plan al 800-690-1606.

5. Servicios especiales

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

- **Salud poblacional**
- **Cuidados para enfermos terminales**
- **Esterilización**
- **Aborto**
- **Histerectomía**

Más adelante puede encontrar más información sobre estos servicios.

Salud poblacional

Los servicios de salud poblacional le proporcionan información sobre cómo mantenerse sano. Si tiene una enfermedad en curso o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de Salud poblacional pueden ayudarle a hacer cosas como:

- Comprender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- Ayudarlos a usted o a su hijo a encontrar un médico de atención primaria y a asistir a sus citas
- Desarrollar un plan de cuidados basado en la recomendación de su médico o del médico de su hijo para las necesidades médicas y de salud del comportamiento.
- Trabajar con usted para coordinar la atención con otros proveedores de atención médica
- Tener un embarazo y un parto sanos
- Ayudarlo a obtener los medicamentos recetados
- Ayudarlo a evitar que usted o su hijo tengan que ir al hospital al recibir atención en la comunidad
- Identificar organizaciones comunitarias que puedan proporcionar apoyo y recursos no médicos para mejorar la salud y el bienestar de usted o de su hijo
- Ayudarlo con los cambios en el estilo de vida que desee hacer como dejar de fumar o controlar su peso
- Explicarle información de salud importante a usted o a sus médicos

Los servicios de salud poblacional se prestan tanto si usted está bien, tiene un problema de salud en curso, o sufre un episodio grave de salud. Los servicios de salud poblacional están a su disposición en función de sus riesgos para la salud y de la necesidad del servicio.

Pueden proporcionarle salud poblacional mediante un gestor de cuidados. Un gestor de cuidados puede ayudarlo a obtener todos la atención que necesita. Es posible que pueda tener un gestor de cuidados si:

- Va mucho a la ER, o si tiene que ir mucho al hospital.
- Necesita atención médica antes o después de un trasplante.
- Tiene muchos médicos diferentes para diferentes problemas de salud.
- Tiene una enfermedad en curso que no sabe cómo tratar.

Para saber si puede tener un administrador de atención o si desea participar en los servicios de salud poblacional, usted (o alguien en su nombre) puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan **Population Health al 800-690-1606**

Cuidados para enfermos terminales

Los cuidados para enfermos terminales son un tipo de atención médica para las personas que están en situación terminal. Debe utilizar un proveedor de cuidados para enfermos terminales de nuestra red. Para obtener ayuda con los cuidados para enfermos terminales, llame al 800-690-1606.

Esterilización

La esterilización es el tratamiento médico o la cirugía que hace que no pueda tener hijos. Para someterse a este tratamiento, debe:

- Ser un adulto de 21 años o más.
- Ser mentalmente estable y capaz de tomar decisiones sobre su salud.
- No estar en una institución psiquiátrica ni en prisión.
- Llenar un formulario que dé su autorización. Esto se denomina Forma de Consentimiento de Esterilización. Debe rellenarlo con su proveedor.

Tiene que rellenar el papel al menos 30 días antes de someterse al tratamiento. Pero en una emergencia como parto prematuro o cirugía abdominal, puede llenar el papel al menos 72 horas antes de recibir el tratamiento.

Aborto

El aborto solo puede estar cubierto en casos limitados, como si tiene una enfermedad física de la que podría morir sin un aborto.

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

Histerectomía

Una histerectomía es una cirugía médica que elimina los órganos reproductores. Una histerectomía puede cubrirse cuando debe hacerse para solucionar otros problemas médicos. Después de una histerectomía, no podrá tener hijos. Pero TennCare no pagará por este tratamiento si lo tiene solo para que no tener hijos. TennCare solo paga este tratamiento si es por una razón cubierta y médicamente necesario.

Debemos decirle con palabras y por escrito que someterse a una histerectomía significa que no puede tener hijos. Debe firmar un documento llamado Hysterectomy Acknowledgement Form (Formulario de consentimiento para la histerectomía).

Atención preventiva: atención que le mantiene sano

TennCare cubre la atención preventiva de adultos y niños. La **atención preventiva** le ayuda a mantenerse sano y detecta los problemas de salud temprano para que puedan tratarse.

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

Algunos servicios de atención preventiva son:

- Controles para adultos y niños
- Atención para mujeres embarazadas
- Atención para el bienestar del bebé
- Vacunas y pruebas
- Información sobre el control de la natalidad

Atención preventiva para adultos

Puedes hacer algunas cosas por usted mismo para mantenerse saludable:

- Manténgase activo
- Comer bien
- Ejercicio
- Tome el medicamento como su médico indica
- No beba alcohol ni abuse de las drogas
- Hágase autoexámenes
- No fume
- Hágase chequeos regulares

Puede acudir a su PCP para un control para ayudarlo a mantenerse saludable. Es posible que su PCP quiera hacer pruebas para asegurarse de que está sano. Algunas de estas pruebas son para evaluar lo siguiente:

- Colesterol
- Cáncer colorrectal
- Dureza ósea (osteoporosis)
- Tiroides
- ETS (enfermedades de transmisión sexual)
- Azúcar en sangre
- VIH y SIDA
- Problemas cardiacos (pruebas de electrocardiograma [EKG])
- TB (tuberculosis)
- Exámenes de bienestar de la mujer (prueba de Papanicolaou y mamografía)

Durante su control también es posible que le administren inyecciones. Estas inyecciones se llaman vacunas. Algunas de ellas pueden ser contra las siguientes enfermedades:

- Tétanos
- Hepatitis B
- Neumonía
- Gripe
- Sarampión
- Paperas

Tennessee Health Link

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

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

Los miembros elegibles para los servicios de Health Link se identifican según lo siguiente:

- Su diagnóstico
- Determinados servicios de atención médica que usted utiliza
- Necesidad funcional

Los profesionales de Health Link utilizarán la coordinación de la atención y otros servicios para ayudar a los miembros con su comportamiento y salud física. Se incluye lo siguiente:

- Gestión integral de la atención, como la creación de planes de coordinación y tratamiento de la atención
- Coordinación de la atención, como la divulgación proactiva y el seguimiento con los proveedores de atención primaria y de salud del comportamiento
- Promoción de la salud, como educar al paciente y a su familia sobre habilidades para la vida independiente
- Atención de transición, como participar en la elaboración de los planes de alta hospitalaria
- Apoyo al paciente y a la familia, como apoyar la adherencia al tratamiento de salud del comportamiento y física
- Remisión a apoyos sociales como ayudar a encontrar acceso a los apoyos comunitarios, incluida la programación y el seguimiento

Atención dental para adultos (para los dientes)

La atención dental para adultos de 21 años o más está cubierta con límites. La atención dental incluye beneficios como controles, radiografías, tratamientos orales y más. Consulte el manual del Gestor de beneficios dentales (DBM) para conocer los límites.

Su plan dental para sus dientes se llama **Renaissance.** Pueden ayudarlo si tiene preguntas sobre la atención dental. Para buscar un dentista, puede llamar al **866-864-2526.** La llamada es gratuita.

Salud de la mujer y embarazo

Controles para mujeres

TennCare cubre algunos servicios de atención de la salud que son especiales para las mujeres. Estos son controles de "mujer sana" que ayudan a que se mantenga saludable. Este tipo de atención se denomina **atención preventiva. No** hay **copagos** para los exámenes de bienestar de la mujer.

A partir de los 21 años, todas las mujeres deben hacerse **pruebas de Papanicolaou** de manera regular. Una prueba de Papanicolaou es una prueba de detección de cáncer cervical y otros problemas.

Las mujeres también deben someterse a mamografías como parte de sus visitas de control de mujeres sanas. Una mamografía es una radiografía de la mama. Se utiliza para detectar el cáncer de mama y otros problemas.

A veces, si tiene miembros de la familia que tuvieron cáncer cervical o de mama, su médico puede querer que empiece a hacerse pruebas de Papanicolaou y mamografías antes o más a menudo, para asegurarse de que esté sana.

Los beneficios de mamografía están disponibles:

- Para las personas de 35 a 40 años, como mínimo una vez.
- Para las personas de 40 a 50 años, cada 2 años o más a menudo si su médico establece que lo necesita.
- Para personas de 50 años o más, cada año.

Si tuvo cáncer de mama, se cubre la cirugía para restaurar una mama a una forma, apariencia y tamaño casi normales (cirugía reconstructiva de mama) después de una mastectomía. Esto incluye la cirugía reconstructiva de una mama con cáncer y la cirugía reconstructiva para una mama sin cáncer de modo que las mamas sean del mismo tamaño y forma (para hacerlas simétricas).

Esta cirugía está cubierta siempre que se haga dentro de los cinco años de la cirugía reconstructiva en la mama enferma.

Puede hacerse controles para mujeres sanas con su PCP, o con un especialista llamado obstetra/ginecólogo. Este tipo de especialista se denomina a veces **médico OB/GYN.**

No tiene que ver a su PCP primero para ir a un médico OB/GYN o para recibir atención y suministros de planificación familiar. Pero, el médico OB/GYN si debe estar en nuestro Directorio de proveedores para que TennCare pague por los servicios. Si recibe atención o suministros de planificación familiar de un médico o clínica que NO está en nuestro Directorio de proveedores, el médico o la clínica deben llamarnos al **800-690-1606** e informarnos para que podamos pagar la atención y los suministros de planificación familiar.

Embarazo

Si ya está embarazada de más **de tres meses** y ya está viendo a un médico de OB/GYN cuando obtiene su TennCare, puede seguir con ese médico para recibir su atención. Pero este tiene que dar su autorización para el monto que paga TennCare. Llámenos al **800-690-1606** para saber si puede seguir con este médico. Puede que le pidamos que cambie a un médico de OB/GYN que esté en nuestro Directorio de proveedores si es seguro hacer el cambio.

Vaya a **todas** sus visitas de OB/GYN, incluso si se siente bien. Su médico le indicará con qué frecuencia debe someterse a controles mientras está embarazada. Después de su primera visita, es posible que vea a su médico cada **4 semanas.** Luego, después de los **7** meses, es posible que vea a su médico cada **2 o 3 semanas.** Cuando se acerque la fecha de parto de su bebé, es posible que vea a su médico cada semana.

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

Si planea amamantar o extraer leche para su bebé, puede ver a un consultor en lactancia para que la ayude durante su embarazo y después de su embarazo.

IMPORTANTE: informe a TennCare Connect si está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses. Puede avisarnos de un cambio de las siguientes maneras:

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

Si su médico le receta un medicamento mientras está embarazada, **no** tiene que pagar un copago en la farmacia. Pero tiene que decirle al farmacéutico que está embarazada para que no le cobren un copago.

Después de que su bebé nazca

¡Usted y su bebé necesitan atención de seguimiento! La atención a la madre después del parto se denomina atención postparto. Asegúrese de programar citas de seguimiento con su médico para que este pueda asegurarse de que está bien después de dar a luz. Debe ver a su médico dos veces en los tres meses después de tener a su bebé. La primera visita se recomienda dentro de las primeras 3 semanas y la segunda visita debe ser entre la cuarta semana y las 12 semanas después del parto. Si tiene complicaciones o problemas, su médico puede querer controlarla más. Tanto su salud física como su salud mental son importantes. Hable con su médico si se siente triste, llora mucho y no sabe por qué, o todo se siente abrumador y sin esperanzas.

Algunas mujeres pueden necesitar ver a su médico de cabecera (PCP), o a un especialista, en las semanas y meses después del parto para tratar cosas como azúcar en sangre alto o presión arterial alta.

La lactancia materna puede ser difícil. Usted y su bebé pueden ver a un especialista en lactancia para que la ayude. Llame a **UnitedHealthcare Community Plan** si necesita asistencia para encontrar a un especialista en lactancia cerca de usted.

Su bebé necesita un control con un médico (PCP) unas semanas después del nacimiento. El cuidado después del nacimiento de su bebé se denomina **atención posnatal.** La atención posnatal incluye las circuncisiones realizadas por un médico y los exámenes especiales para los recién nacidos.

Debe encontrar a un PCP para su bebé y lo mejor es elegir un PCP para su bebé **antes** de que nazca. El médico del bebé debe estar en nuestro Directorio de proveedores de TennCare para pagar por los servicios de salud.

Llame al médico antes de tiempo para pedir la cita para el control de su bebé. Los controles para bebés son parte de **TennCare Kids.** Lea más sobre **TennCare Kids** en las siguientes páginas.

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

IMPORTANTE: informe a TennCare Connect sobre su bebé tan pronto como sea posible para que pueda asegurarse de que lo agreguen a TennCare. Para asegurarse de que su bebé reciba TennCare puede hacer lo siguiente:

- Después de que nazca su bebé, el hospital le entregará documentos para obtener un número de seguridad social para su bebé. **Rellene esos documentos y envíelos por correo a la Oficina de la Seguridad Social.**
- Informe a TennCare Connect sobre su bebé tan pronto como pueda. Llámelos al **855-259-0701.** Dígales que rellenó los documentos para el número de la Seguridad Social del bebé.
- Cuando reciba la tarjeta de seguridad social de su bebé en el correo, llame de nuevo a TennCare Connect. Deles el número de seguridad social de su bebé. Si **no** les dice el número de seguridad social de su bebé, su bebé puede perder TennCare.

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

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

¡Comuníquese, hágase un control y vuelva a hacerse un control!

TennCare Kids es el nombre del programa de TennCare para mantener a los niños sanos. El nombre federal del programa es EPSDT, pero en Tennessee, es TennCare Kids. Su hijo y adolescente **necesitan** revisiones médicas regulares, incluso si parecen sanos. Estas visitas ayudan a su médico a **encontrar y tratar los problemas temprano.**

En TennCare Kids, los controles para niños son **gratuitos** hasta los 21 años. TennCare Kids también paga toda la atención y los medicamentos médicamente necesarios para tratar los problemas encontrados en el control. Esto incluye problemas médicos, dentales, del habla, la audición, la visión y el comportamiento (problemas de salud mental o trastornos por consumo de sustancias).

Si su hijo no se hizo un control en el último tiempo, llame al PCP de su hijo hoy para programar una cita. Pida un control de TennCare Kids. Puede asistir al PCP de su hijo para hacer los controles de TennCare Kids.

Y, si alguien más, como el profesor de su hijo, está preocupado por la salud de su hijo, puede hacerle un control de TennCare Kids a su hijo.

Los controles de TennCare Kids pueden incluir los siguientes:

- Historia clínica.
- Examen físico completo
- Pruebas de laboratorio (según sea necesario)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Pruebas de la vista/audición
- Pruebas de desarrollo/comportamiento (según sea necesario)
- Consejos sobre cómo mantener sano a su hijo

Si el PCP (pediatra) de su hijo encuentra algún problema, TennCare Kids también le da el tratamiento médico, dental, del habla, la audición, la visión y el comportamiento (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) que necesita.

Los niños deben ir al médico para controles aunque no estén enfermos. Deben someterse a controles de TennCare Kids:

- Nació
- Entre 3 y 5 días de vida
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Y luego cada año hasta los 21 años

Las vacunas que los niños necesitan para no enfermarse son para:

- Difteria
- Tétanos
- Tos ferina
- Polio
- Sarampión
- Paperas
- Rubéola (MMR)
- *Haemophilus influenzae* de tipo b (HIB)
- Gripe (influenza)
- Hepatitis A y B
- Varicela
- Neumocócica
- Rotavirus
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Meningitis

Consulte el programa de vacunación que figura en la parte 9 de este manual. Se llama TennCare Kids: Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT) de TennCare.

Le ayudará a saber cuándo su hijo debe recibir sus vacunas. O bien, puede preguntar al PCP de su hijo cuándo debe recibir sus vacunas.

En la parte 9 de este manual se puede encontrar más información sobre TennCare kids.

Atención dental para niños (de los dientes)

También tiene un plan dental para los dientes llamado **Renaissance**. Su número de teléfono es **866-864-2526.** Puede llamar a Renaissance para buscar un dentista. O, si tiene preguntas sobre la atención dental de su hijo, puede llamarlos. La llamada es gratuita.

Los dientes de los niños necesitan atención especial. Los niños menores de 21 años deben someterse a un control y limpieza cada seis meses. Los niños necesitan empezar a ver a un dentista cuando les sale el primer diente o a más tardar cuando cumplan el primer año.

TennCare pagará otras atenciones dentales si son médicamente necesarias. Las ortodoncias **solo** se cubren si son médicamente necesarias y solo para los niños.

No necesita ver a su PCP antes de ir a un dentista. Pero deberá ir a un dentista de Renaissance.

Atención de la vista para niños (para los ojos)

Los ojos de los niños también necesitan atención especial. A los niños menores de 21 años se les puede controlar los ojos y conseguir anteojos y marcos de anteojos si son médicamente necesarios. Si los anteojos o marcos de anteojos se rompen o se pierden, los sustituiremos si son médicamente necesarios. Su médico oftalmólogo del UnitedHealthcare Community Plan le mostrará los marcos de los que puede elegir.

TennCare pagará otras atenciones de la visión si son médicamente necesarias. Los lentes de contactos solo se cubren si son médicamente necesarios.

Los niños **no** tienen que ver a su PCP antes de ver a su médico oftalmólogo de UnitedHealthcare Community Plan. Pero el médico oftalmólogo si debe estar en nuestro Directorio de proveedores.

Servicios sin cobertura

Aquí hay una lista general de algunos servicios que TennCare **no** cubre para nadie. Puede encontrar una lista **completa** de servicios que TennCare no pagará en línea, en las normas de TennCare en: https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-13.20250801.pdf

O puede llamarnos al **800-690-1606** para obtener una lista completa.

Algunos servicios sin cobertura son:

1. Servicios que no se consideran médicamente necesarios. Pero la atención preventiva (atención que necesita para mantenerse sano) está cubierta.
2. Servicios experimentales o de investigación.
3. Cirugía para su apariencia. Pero si se le realizó una mastectomía debido a una mama enferma, se cubre la cirugía reconstructiva de la mama.
4. Reversión de la esterilización.
5. Inseminación artificial, fertilización in vitro o cualquier otro tratamiento para lograr un embarazo.
6. Tratamiento para la impotencia.
7. Cualquier tratamiento médico o de salud del comportamiento (salud mental, trastorno por consumo de alcohol o sustancias) fuera de los Estados Unidos.
8. Autopsia o necropsia.
9. Exámenes físicos que necesita para un trabajo nuevo.
10. Cualquier tratamiento médico o de salud del comportamiento (salud mental, abuso de alcohol o drogas) si se encuentra en una cárcel o prisión local, estatal o federal.
11. Servicios cubiertos por el seguro de indemnización de los trabajadores.
12. Servicios que obtuvo antes de tener TennCare o después de que termine su TennCare.

13. Artículos de higiene personal, lujo o comodidad.
14. Servicios de atención de convalecientes y niñeras.
15. Servicios principalmente para la atención de convalecientes o a tratamientos de reposo.
16. Cuidado del pie para comodidad o apariencia, como pies planos, callos, durezas y uñas de los pies.
17. Cirugía de reasignación de sexo y cualquier tratamiento relacionado con ella.
18. Queratotomía radial u otra cirugía para corregir un error refractivo del ojo.
19. Servicios que le preste alguien de su familia o cualquier persona que viva en su hogar, excepto cuando se lo permita a través de la Atención dirigida en CHOICES y en Employment and Community First CHOICES.
20. Medicamentos para:
    - Crecimiento del cabello
    - Fines cosméticos
    - Control del apetito
    - Tratamiento para la impotencia
    - Tratamiento para la infertilidad
21. Medicamentos que la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) declara que son:
    - Implementación del estudio de eficacia de medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI): esto significa que la investigación dice que no son eficaces.
    - Menos que efectivos (Less Than Effective, LTE): esto significa que la investigación establece que son menos efectivos. IRS: esto significa que los medicamentos son idénticos, relacionados o son similares a los medicamentos LTE.

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

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

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

Parte 3: Programas de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) de TennCare

CHOICES

¿Qué es CHOICES?

TennCare CHOICES en servicios y apoyo a largo plazo (o CHOICES para abreviar) es para adultos (de 21 años y mayores) con una discapacidad física y personas mayores (de 65 años y mayores). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propio hogar o en la comunidad. Estos servicios se denominan servicios basados en el hogar y la comunidad o HCBS. Estos servicios pueden prestarse en el hogar, en el trabajo o en la comunidad para ayudar en las actividades de la vida diaria y permitir que las personas trabajen y participen activamente en su comunidad local. CHOICES también proporciona atención en una residencia de ancianos si es necesario.

¿Cómo presento una solicitud para CHOICES?

Si cree que necesita servicios y apoyo a largo plazo, llame al **800-690-1606**.

Es posible que hagamos un breve diagnóstico por teléfono para ayudarnos a decidir si reúne los requisitos para CHOICES. Si el diagnóstico muestra que usted aparentemente no reúne los requisitos para CHOICES, recibirá una carta donde se le dirá cómo terminar de presentar su solicitud para CHOICES.

Si la selección muestra que puede reunir los requisitos para CHOICES, o si no realizamos un diagnóstico por teléfono, enviaremos un coordinador de atención a su hogar para hacer una evaluación.

El objetivo de la evaluación domiciliaria es ayudarlo a presentar una solicitud para CHOICES. También permite saber:

- Los tipos de ayuda que necesita,
- Los tipos de atención provistos por familiares y otros cuidadores para satisfacer sus necesidades,
- Y las deficiencias existentes en su atención para las cuales se podrían necesitar servicios y apoyos a largo plazo.

Si desea obtener atención en el hogar o en la comunidad (en lugar de ir a una residencia de ancianos), la evaluación determinará si sus necesidades pueden ser satisfechas de forma segura en el hogar o en la comunidad. Para el Grupo 2 de CHOICES (puede leer sobre todos los Grupos de CHOICES a continuación), ayudará

a decidir si el costo de su atención superaría el costo de la atención de enfermería en el hogar.

Esto **no** significa que recibirá servicios por un importe equivalente al costo de la atención en una residencia de ancianos. CHOICES no pagará más que por los servicios que usted deba tener para satisfacer sus necesidades en forma segura en el hogar. Y CHOICES solo paga por servicios para satisfacer servicios a largo plazo y apoyar necesidades que no pueden ser satisfechas de otras maneras.

Los servicios de CHOICES que reciba en su hogar o en la comunidad no reemplazarán la atención que obtiene de su familia y amigos ni los servicios que ya recibe.

Si recibe ayuda de programas comunitarios, recibe servicios pagados por Medicare u otro seguro, o tiene un miembro de la familia que lo atiende, estos servicios no serán reemplazados por atención pagada por CHOICES. En lugar de ello, la atención en el hogar que reciba a través de CHOICES complementará la asistencia que ya recibe, para ayudarlo a permanecer en su hogar y en su comunidad por más tiempo. La atención de CHOICES se brindará de la forma más económica posible, de modo que más personas que necesitan atención puedan obtener ayuda.

Sin embargo, si ha estado recibiendo servicios a través del programa Opciones financiado por el Estado, ya no podrá obtener esos servicios. Son para las personas que no reciben Medicaid. Y si ha estado recibiendo servicios de programas financiados por la Ley de estadounidenses de edad avanzada (como Meals on Wheels, servicios de asistencia doméstica o los Programas Nacionales de Asistencia a Cuidadores Familiares) que ahora puede obtener a través de CHOICES, recibirá la atención que necesita a través de CHOICES.

Si desea atención en el hogar, el coordinador de atención también evaluará el riesgo. Esta evaluación ayudará a identificar cualquier riesgo adicional que usted podría enfrentar como resultado de optar por recibir atención en el hogar. También ayudará a encontrar maneras de reducir esos riesgos y de contribuir a mantenerlo seguro y sano.

Para ver si se reúne los requisitos para inscribirse en CHOICES, llámenos al **800-690-1606**.

¿Alguien que usted conoce y que no está en TennCare desea presentar una solicitud para CHOICES? Dicha persona debe comunicarse con la Agencia del área para la vejez y la discapacidad (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) de forma gratuita al **866-836-6678**. La AAAD local ayudará a determinar si esa persona reúne los requisitos para TennCare y CHOICES.

¿Quién puede reunir los requisitos para inscribirse en CHOICES?

Hay 3 grupos de personas que pueden reunir los requisitos para CHOICES.

El ***Grupo 1*** de ***CHOICES*** es para personas de todas las edades que reciben atención en una residencia de ancianos.

Para estar en el Grupo 1 de CHOICES, debe:

- Necesitar el nivel de atención proporcionado en una residencia de ancianos,
- **Y** reunir los requisitos para recibir servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid;
- **Y** recibir los servicios de una residencia de ancianos pagados por TennCare.

Los servicios y apoyo a largo plazo de TennCare decidirán si necesita el nivel de atención proporcionado en una residencia de ancianos. Los Servicios para Miembros de TennCare decidirán si reúne los requisitos para recibir servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid. Lo ayudaremos a llenar los formularios que TennCare necesita para tomar esta decisión. ¿Qué pasa si TennCare dice que sí? Si recibe servicios pagados por TennCare en una residencia de ancianos, TennCare lo inscribirá en el Grupo 1 de CHOICES. Si TennCare dice que no es elegible, recibirá una carta donde se le explica el motivo. Esta carta le explicará cómo apelar si cree que esto es un error.

El ***Grupo 2*** de ***CHOICES*** es para ciertas **personas que reúnen los requisitos para la atención en una residencia de ancianos,** pero eligen **recibir atención en su hogar.** Para estar en el Grupo 2 de CHOICES, debe:

- Necesitar el nivel de atención proporcionado en una residencia de ancianos,
- **Y** puede reunir los requisitos para recibir servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos por Ingreso de Seguro Suplementario O porque necesitará y **recibirá** servicios de atención en el hogar en lugar de atención en una residencia de ancianos.

- **Y** ser un adulto de 65 años o más.
- **O** ser un adulto de 21 años o más con una discapacidad física.

Si necesita servicios de atención en el hogar pero no reúne los requisitos de uno de estos grupos, puede reunir los requisitos para otros tipos de servicios y apoyos a largo plazo.

Los servicios y apoyo a largo plazo de TennCare decidirán si necesita el nivel de atención proporcionado en una residencia de ancianos. Los Servicios para Miembros de TennCare decidirán si reúne los requisitos para recibir servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid por una de las razones enumeradas anteriormente. Lo ayudaremos a llenar los formularios que se necesitan para tomar esta decisión. Si TennCare dice que sí, para inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES y comenzar a recibir servicios de atención en el hogar:

- Debemos poder cubrir sus necesidades de forma segura en el hogar.
- Y el costo de su atención en el hogar no puede ser superior al de la atención en una residencia de ancianos. El costo de su atención en el hogar incluye la atención médica o los servicios privados de enfermería en el hogar que pudiera necesitar.

Si no podemos satisfacer sus necesidades de forma segura en su hogar, **o** si su atención costaría más que la atención en una residencia de ancianos, no puede estar en el Grupo 2 de CHOICES. Pero podría calificar para otros tipos de servicios y apoyo a largo plazo.

Si TennCare dice que no es elegible, recibirá una carta donde se le explica el motivo. Esta carta le explicará cómo apelar si cree que esto es un error.

*El **Grupo 3*** de ***CHOICES*** es para ciertas personas que **no reúnen los requisitos para recibir atención en una residencia para ancianos** pero **necesitan atención en el hogar** para poder estar en el hogar de forma segura.

Para estar en el Grupo 3 de CHOICES, debe:

- Estar “en riesgo” de entrar en una residencia de ancianos a menos que reciba atención en el hogar.

- **Y** reúne los requisitos para servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid porque recibe pagos por Ingreso de Seguro Suplementario O porque recibirá servicios de atención en el hogar en lugar de atención en una residencia de ancianos.
- **Y** ser un adulto de 65 años o más.
- **O** ser un adulto de 21 años o más con una discapacidad física.

Los servicios y apoyo a largo plazo de TennCare decidirán si está “en riesgo” de ir a una residencia de ancianos. Los Servicios para Miembros de TennCare decidirán si reúne los requisitos para recibir servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid por una de las razones enumeradas anteriormente. Lo ayudaremos a llenar los formularios que se necesitan para tomar esta decisión.

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

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

Si no podemos satisfacer sus necesidades de forma segura con la atención que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES, no puede estar en el Grupo 3 de CHOICES. Sin embargo, TennCare puede decidir que usted reúne los requisitos para otros tipos de servicios y apoyos a largo plazo, incluidla atención en una residencia de ancianos.

Límites de inscripción en los grupos 2 y 3 de CHOICES

No toda persona que reúne los requisitos para inscribirse en el Grupo 2 o Grupo 3 de CHOICES puede inscribirse. Hay un límite de inscripción para el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES. Es un límite al número de personas que pueden pertenecer al grupo a la vez. (El número de personas que pueden inscribirse se conoce a menudo como “vacantes”). Esto ayuda a asegurar que el programa no crezca más rápido que el dinero del estado asignado a pagar la atención en el hogar. Además, ayuda a asegurar que existan suficientes proveedores de atención en el hogar para prestar los servicios que se necesitan.

El límite de inscripción para la cantidad de vacantes que pueden llenarse en el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES lo establecerá el estado en las normas de TennCare.

Para el Grupo 2 de CHOICES no aplica a las personas que se mudan de una residencia de ancianos. Además, es **posible** que no aplique para ciertas personas que están en TennCare y que tendrían que ir a una residencia de ancianos de inmediato si no hubiera atención en el hogar menos costosa disponible. Debemos decidir si va a una residencia de ancianos inmediatamente y proporcionar pruebas a TennCare. Y debemos demostrar a TennCare que hay proveedores de atención en el hogar listos para empezar a prestarle atención en el hogar.

Algunas vacantes se guardan (o reservan) para emergencias. Una emergencia ocurre cuando, por ejemplo, una persona abandona el hospital y es admitida en una residencia de ancianos si no hay atención en el hogar disponible. Las vacantes reservadas no se utilizarán hasta que todas las demás vacantes estén completas. La cantidad de vacantes reservadas y las directrices para calificar en una de esas vacantes están en las normas TennCare. Si las únicas vacantes que quedan están reservadas, tendrá que cumplir las directrices para que las vacantes reservadas se inscriban en el Grupo 2 o Grupo 3 de CHOICES.

Si no cumple con las directrices para vacantes reservadas o no hay vacantes disponibles y califica para inscribirse en el Grupo 2 o Grupo 3 de CHOICES, su nombre se colocará en una lista de espera. O, si cumple con las directrices para el Grupo 2 de CHOICES, puede elegir inscribirse en el Grupo 1 de CHOICES y recibir atención en una residencia de ancianos. No hay límites para el número de personas que pueden inscribirse en el Grupo 1 e ir a una residencia de ancianos. (Sin embargo, usted no está obligado a recibir atención en una residencia de ancianos a menos que lo desee. En lugar de ello, puede esperar que la atención en el hogar esté disponible).

A las personas inscritas en el Grupo 2 de CHOICES que sobrepasen el límite de inscripción se les debe asignar las primeras vacantes que surjan. (Se trata de personas que se mudaron de las residencias de ancianos o de personas que ya están en TennCare y que habrían ido a un hogar de ancianos inmediatamente si no se dispusiera de una atención en el hogar menos costosa).

Cuando todas las personas inscritas en el Grupo 2 de CHOICES no sobrepasen el límite de inscripción y todavía haya vacantes disponibles, TennCare puede hacer inscripciones a partir de la lista de espera según la necesidad.

Cómo recibir servicios del programa CHOICES

Los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos que puede recibir en CHOICES dependen del Grupo de CHOICES al que está inscrito. Si se inscribe en CHOICES, TennCare le indicará en qué Grupo de CHOICES está. **Hay tres (3) Grupos de CHOICES.**

Las personas inscritas en el **Grupo 1** de **CHOICES** reciben **atención en una residencia de ancianos**.

Las personas en el **Grupo 2** de **CHOICES** necesitan el nivel de atención proporcionado en una residencia de ancianos, pero reciben **atención en el hogar** (o HCBS) en lugar de atención en una residencia de ancianos. Las personas inscritas en el Grupo 2 de CHOICES tienen un límite de neutralidad de costos individual que normalmente está relacionado con el costo medio de la atención en una residencia de ancianos. Este monto se actualiza cada año.

Las personas en el **Grupo 3** de **CHOICES** reciben **atención en el hogar** (o HCBS) para prevenir o retrasar la necesidad de atención en una residencia de ancianos. Existe un límite de costos para los servicios del Grupo 3 de CHOICES. Este límite lo establece TennCare.

A continuación, se enumeran los **tipos** de atención en el hogar cubiertos en el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES. Algunos de estos servicios tienen límites. Esto significa que TennCare pagará sólo una cierta cantidad de estos servicios. El tipo y la cantidad de atención que usted recibe en CHOICES dependen de sus necesidades.

- **Atención personal**

  La atención personal permite visitas de hasta 2.580 horas por año calendario.

  Esto significa que alguien lo ayudará con las necesidades de atención personal y apoyo en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Estas pueden ser cosas como ayudar con las tareas domésticas tales como hacer las comidas, limpiar o lavar la ropa. O pueden hacer sus diligencias, como hacer las compras en un supermercado o recoger sus medicamentos.

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

- **Reparto de comidas a domicilio** (hasta 1 comida por día).
- **Sistema de respuesta a emergencias personales:** un botón de llamada para que pueda obtener ayuda en una emergencia, cuando su cuidador no esté presente.
- **Cuidado diurno para adultos** (hasta 2,080 horas por año calendario): un lugar que ofrece cuidado y actividades supervisadas durante el día.
- **Cuidado de relevo en el hogar** (hasta 216 horas por año calendario): una persona viene y se queda con usted en su hogar por un corto período para que su cuidador pueda descansar.
- **Cuidado de relevo para pacientes hospitalizados** (hasta 9 días por año calendario): una estadía corta en una residencia de ancianos o en un centro de atención asistida para que su cuidador pueda descansar.
- **Tecnología de asistencia** (hasta $900 por año calendario): ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que pueden contribuir a que a usted le sea más fácil o más seguro realizar actividades en su hogar, como pinzas para alcanzar objetos.
- **Modificaciones menores en el hogar** (hasta $6,000 por proyecto, $10,000 por año calendario y $20,000 durante la vida): ciertos cambios en su hogar que le ayudarán a desplazarse con mayor facilidad y de forma más segura, como barras de agarre o una rampa para silla de ruedas.
- **Control de plagas** (hasta 9 unidades por año calendario): fumigaciones contra insectos o ratones en su hogar.
- **Centro de atención asistida:** un lugar para vivir donde le ayudan con las necesidades de cuidado personal, los servicios domésticos y la administración de sus medicamentos. Usted debe pagar su habitación y la alimentación.
- **Centro de atención para adultos en estado grave:** una residencia donde usted y no más de 4 personas viven con un profesional de la atención médica que se encarga de atender sus necesidades de salud especiales y de atención de largo plazo. (Bajo la ley estatal, disponible sólo para personas que dependen de un respirador o que presentan lesiones cerebrales traumáticas. Debe pagar su habitación y la alimentación). Los centros de atención para adultos en estado grave SOLO están disponibles para los miembros del Grupo 2.
- **Atención de un acompañante:** una persona que usted contrata y que vive con usted en su hogar para ayudarle con el cuidado personal o tareas domésticas livianas cuando lo necesite. (Disponible solo para personas en Atención dirigida

que están en el Grupo 2 y que necesitan atención intermitente durante el día y la noche que no puede ser proporcionada por cuidadores no remunerados. Además, está disponible solo cuando los costos de la atención no sean superiores a otros tipos de atención en el hogar que satisfarían sus necesidades).

- **Apoyos para la vida comunitaria** (**Community Living Supports, CLS**): un hogar o apartamento compartido en el que vive usted y no más de otras 3 personas. El nivel de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.
- **Apoyos para la vida comunitaria, Modelo familiar** (**CLS-FM**): un hogar o apartamento compartido en el que usted y no más de otras 3 personas viven con una familia de acogida capacitada. El nivel de apoyo proporcionado depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.
- **Tecnología habilitadora** (hasta $5,000 por año calendario): la tecnología habilitadora es el uso de diversos tipos de dispositivos y tecnologías para apoyar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de apoyo remoto y otros dispositivos inteligentes. La tecnología habilitadora puede ayudar a una persona a explorar su trabajo y comunidades, tener más control de su entorno y brindar asistencia remota y recordatorios para ayudar a una persona a vivir de forma independiente.
- **Apoyo laboral:** hay muchos tipos diferentes de servicios para ayudarle a conseguir un trabajo y conservarlo. Le ayudarán a:
  - Decidir si quiere trabajar y los trabajos que le podrían gustar y para los que podría desempeñarse bien.
  - Probar ciertos trabajos para ver cómo son y qué necesita hacer para prepararse para esos trabajos.
  - Escribir un plan para conseguir un trabajo (o abrir su propio negocio) y llevar a cabo ese plan.
  - Tener un asesor laboral que lo apoye desde que comience su trabajo hasta que pueda hacerlo por sí mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.
  - Conseguir un mejor trabajo, ganar más dinero.
  - Entender el impacto que el dinero que gana trabajando tendrá sobre otros beneficios que recibe, entre ellos el Seguro Social y TennCare.

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

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

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

“Integrado” significa que su trabajo (o negocio si trabaja por cuenta propia) está en la comunidad. Usted trabaja con (o presta servicios a) personas que no tienen discapacidades.

“Competitivo” significa que el salario que gana por su trabajo (o de su negocio, después de los gastos) es *por lo menos* el salario mínimo. Y debe ser el mismo salario que se paga a las personas que no tienen discapacidades y hacen el mismo trabajo.

Para algunas personas, un trabajo podría ser trabajo “a la medida”. Esto significa que su proveedor de empleo le ayuda a encontrar o desarrollar un trabajo que es solo para usted. Tienen en cuenta los aspectos que le gustan y para lo que se desempeña bien con las necesidades que tiene un empleador.

Habrá un acuerdo especial entre usted y su empleador para asegurarse de que se satisfacen las necesidades de ambos. Es posible que el empleador acepte cambiar cosas del trabajo para que funcione para usted. Quizás usted haga tan sólo partes de un trabajo, comparta partes del trabajo con otra persona, o haga cosas que nadie más hace. El acuerdo también puede incluir lo siguiente:

- Dónde trabaja.
- Las horas que trabaja.
- Los apoyos que necesita.
- Cuánto le pagan.

Si tiene mayores necesidades de apoyo, “empleo a la medida” puede ayudarle a encontrar un trabajo que sea adecuado para usted.

¿Y si piensa que no quiere trabajar? Antes de que se decida, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que le podrían gustar y en los que podría destacar. Queremos ayudarle a entender los beneficios del trabajo y responder a cualquier pregunta que tenga. Esto se llama **decisión informada sobre el empleo.** Significa que tiene la información que necesita para tomar una buena decisión sobre el trabajo.

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

> **Exploración:** le ayuda a decidir si quiere trabajar y qué tipos de trabajos le podrían gustar y en los que se desempeñaría bien, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También les ayuda a usted (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder sus preguntas sobre el trabajo.

Preautorización para servicios y apoyos a largo plazo

A veces será necesario que obtenga nuestra **autorización** para sus servicios de salud física o de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) antes de recibirlos, aunque un médico diga que necesita los servicios. Esto se conoce como preautorización. Los servicios que deben tener una preautorización antes de recibirlos solo se pagarán si los autorizamos **antes** de que se los brindemos.

Todos los servicios y apoyos a largo plazo deben ser aprobados antes de que los paguemos. Todos los **servicios de cuidado a domicilio** deben ser aprobados en su plan de apoyo **antes de recibirlos**. El cuidado en un asilo de convalecencia a veces puede comenzar antes de obtener la **autorización**, pero de todas maneras necesita la **autorización** antes de que lo paguemos. No pagaremos ningún servicio ni apoyo a largo plazo a menos que tenga una **autorización.**

Uso de proveedores de servicios y apoyo a largo plazo que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan

Al igual que los servicios de salud física y salud del comportamiento, usted debe usar proveedores que trabajan con nosotros para la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo. Puede encontrar el directorio de proveedores en línea en

member.uhc.com/communityplan. O puede llamarnos al **800-690-1606** para pedir una lista. A veces en la lista puede haber proveedores que se hayan inscrito o dado de baja después de la impresión. Sin embargo, el directorio de proveedores en línea se actualiza todas las semanas. También puede llamarnos al **800-690-1606** para averiguar si un proveedor está en nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe recibir los servicios de un proveedor de servicios y apoyos de largo plazo que está en esta lista para que TennCare pague sus servicios y apoyo a largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en las que TennCare pagará para que usted reciba atención de un proveedor de servicios y apoyo a largo plazo que no suele trabajar con nosotros. Pero, primero tenemos que darle autorización para usar un proveedor de servicios y apoyo a largo plazo que no suele trabajar con UnitedHealthcare Community Plan.

Atención dirigida por el afiliado

La Atención dirigida por el afiliado es una forma de obtener ciertos tipos de servicios de cuidado a domicilio que usted necesita. Le ofrece más opciones y control sobre **quién** le brinda atención en el hogar y **cómo** se la brinda. En CHOICES, los servicios disponibles a través de la Atención dirigida por el afiliado son:

- Visitas de atención personal,
- Atención complementaria de descanso en el hogar y
- Cuidado de acompañamiento (solo si es elegible y está inscrito en el Grupo 2 de CHOICES)

En la Atención dirigida por el afiliado, usted contrata a las personas que le brindan algunos de los servicios de cuidado a domicilio que necesita; esto quiere decir que trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor). Usted debe ser capaz de hacer las cosas que un empleador haría. Esto incluye tareas como las siguientes:

1. Contratar y capacitar a sus trabajadores.

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que le brindan atención.
- Definir los deberes de trabajo de los empleados.
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores.
- Capacitar a los empleados para que le brinden atención según sus necesidades y preferencias.

2. Definir y gestionar el horario de sus trabajadores.

- Establecer el horario en el cual sus empleados le brindarán la atención.
- Asegurarse de que sus trabajadores registren el horario de entrada y salida mediante un sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV) **cada vez** que trabajan.
- Asegurar que sus trabajadores le brinden *únicamente* la atención que haya sido aprobada para usted.
- Asegurar que ningún empleado que trabaja por hora le brinde más de 40 horas de atención en una semana.

3. Supervisar a sus trabajadores

- Supervisar a sus trabajadores.
- Evaluar el desempeño de sus empleados en el trabajo.
- Resolver problemas o quejas con el rendimiento de sus trabajadores.
- Despedir a un trabajador cuando sea necesario.

4. Supervisar los salarios y las notas de servicio de los trabajadores

- Decidir cuánto le pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el estado).
- Revisar las horas registradas por sus trabajadores para verificar su exactitud.
- Asegurarse de que haya notas claras en su casa sobre la atención que brindan los empleados.

5. Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario

- Crear un plan de respaldo por si un empleado no se presenta a trabajar (usted no puede decidir que se quedará sin sus servicios).
- Activar el plan de respaldo cuando sea necesario.

Representante de la Atención dirigida por el afiliado

¿Qué sucede si no puede hacer alguna de estas tareas? En ese caso, usted puede elegir a un familiar, amigo o una persona cercana para que las haga por usted. A esa persona se la llama “Representante de la atención dirigida por el afiliado”. Es

importante que elija a alguien que le conozca muy bien y en el que pueda confiar. Para ser su Representante de la atención dirigida por el afiliado, la persona debe:

- Tener al menos 18 años de edad.
- Conocerlo muy bien.
- Entender los tipos de atención que usted necesita y la forma en que usted desea recibir esa atención.
- Conocer su programa y su rutina.
- Conocer sus necesidades de atención médica y los medicamentos que toma.
- Estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieren para estar en la Atención dirigida por el afiliado.
- Vivir con usted en su casa **o** estar el tiempo suficiente para supervisar al personal. Esto normalmente significa estar presente al menos en una parte del turno de todos los empleados. Pero, puede ser menos tiempo siempre que sea suficiente para asegurarse de que está recibiendo la calidad de la atención que necesita.
- Firmar un Acuerdo de representación, en el que se diga que acepta hacer todas estas tareas.

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

Usted o su representante recibirá ayuda para hacer algunas de las tareas que debe hacer como empleador. La ayuda será proporcionada por un agente fiscal del empleador (también llamado FEA). Existen 2 tipos de ayuda que recibirá:

1. El FEA le ayudará a usted y a sus trabajadores a llenar todos los formularios necesarios. Les pagarán a sus empleados por la atención que proporcionen. Y completarán y enviarán los formularios de impuestos de nómina que tiene que llenar como empleador.
2. El FEA contratará a un Agente de apoyo para usted. Un Agente de respaldo es una persona que lo ayudará con las otras tareas que deba hacer como empleador. Esto incluye tareas como las siguientes:
    - Escribir descripciones de puestos de trabajo,
    - Ayudarles a usted y a sus trabajadores con los trámites y la capacitación
    - Programar a los trabajadores de acuerdo con su plan de atención; y
    - Crear un plan de respaldo inicial para cuando un trabajador no se presenta a trabajar.

Su agente de apoyo se comunicará con usted por teléfono al menos una vez al mes. Y lo visitarán al menos una vez cada 6 meses. Estos controles garantizan que su salud, seguridad y bienestar no están en peligro. También supervisan la calidad de los servicios que se brindan en la atención dirigida por el afiliado.

Pero su agente de apoyo **no puede** ayudarle a supervisar a sus empleados. Usted o su representante debe ser capaz de supervisarlos por sí solos.

La calidad y la cantidad de atención que usted recibirá dependen de sus necesidades. Esos servicios se indican en su plan de apoyo. No podrá recibir más servicios por su decisión de ingresar en Consumer Direction. Solo puede recibir los servicios que necesita y que se indican en su plan de apoyo.

Puede elegir recibir algunos de estos servicios a través de la atención dirigida por el afiliado **y** recibir algunos cuidados a domicilio de proveedores que trabajan con su plan de salud TennCare. Sin embargo, debe usar proveedores que trabajen con el UnitedHealthcare Community Plan para la atención que no puede recibir a través de la Atención dirigida por el afiliado.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinde atención a través de la atención dirigida por el afiliado? Sí, puede pagarle a un familiar pero no puede:

- Pagar a su cónyuge para que le brinde atención;
- Pagar a una persona que vive con usted para que brinde servicios de cuidado personal, transporte comunitario o de relevo en el hogar;
- Pagar a un familiar directo para que le brinde cuidado de acompañamiento. Un familiar directo es cónyuge, padre, abuelo, hijo, nieto, hermano, suegra, suegro, cuñada, cuñado, nuera y yerno. En esta definición se incluyen los familiares adoptados y postizos;
- Paga a alguien que vive con usted ahora o que vivió en los últimos 5 años para que le brinde cuidado de acompañamiento.

Además, CHOICES no puede pagar a sus familiares o a otras personas para que le brinden la atención que ellos le habrían dado en forma gratuita. CHOICES solo paga la atención para cubrir las necesidades que los familiares u otras personas que lo ayudan **no pueden** cubrir. Los servicios que usted necesita se indican en su plan de apoyo.

Si está en CHOICES y necesita servicios que el afiliado puede gestionar, su Coordinador de atención le hablará sobre la atención dirigida por el afiliado. Si desea inscribirse en Consumer Direction, su Coordinador de atención trabajará con usted para decidir qué servicios controlará usted e iniciará el proceso para inscribirlo en Consumer Direction. Mientras se establece la atención dirigida por el afiliado, recibirá los servicios que están en su plan de apoyo de un proveedor que trabaje con UnitedHealthcare Community Plan, a menos que **usted decida** esperar para que comiencen a trabajar los empleados de la atención dirigida por el afiliado. Si elige esperar esto, debe contar con el apoyo correspondiente para recibir el cuidado que necesita.

Usted puede inscribirse en cualquier momento en la Atención dirigida por el afiliado. Si usted dirige uno o más servicios y decide no estar más en la atención dirigida por el afiliado, **no** dejará de recibir servicios y apoyo a largo plazo. Todavía estará en CHOICES. Recibirá los servicios que necesite de un proveedor que trabaje con UnitedHealthcare Community Plan.

Autogestión de tareas de cuidado de la salud

Usted puede dar instrucciones y supervisar a los trabajadores remunerados para que realicen tareas de atención médica por usted. Esto se denomina autogestión de tareas de cuidado de la salud (Self-Direction of Health Care Tasks, SDHCT). Un trabajador remunerado realizará tareas como administrarle medicamentos. Usted o la persona designada para tomar decisiones de cuidado de la salud autorizada pueden elegir la tarea. La autogestión de tareas de cuidado de la salud no es lo mismo que la atención dirigida por el afiliado ni la autogestión de servicios basados en el hogar y la comunidad.

Las tareas de la autogestión de tareas de cuidado de la salud las realiza un trabajador dirigido por el afiliado o un profesional de apoyo directo. Este es un servicio cubierto por CHOICES que el miembro está autorizado a recibir, según la decisión, las instrucciones y la supervisión de un miembro de CHOICES que reciba servicios basados en el hogar y la comunidad o de la persona designada para tomar decisiones de cuidado de la salud autorizada del miembro.

La autogestión de tareas de cuidado de la salud puede realizarse en el hogar de la persona o en el lugar de trabajo o en actividades comunitarias integradas fuera del hogar, como parte de los servicios basados en el hogar y la comunidad.

Hable con su Coordinador de atención si tiene alguna pregunta sobre la independencia en las tareas de atención médica.

Coordinación de la atención y función del Coordinador de atención

En CHOICES, somos responsables de gestionar su salud física, su salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) y los servicios y necesidades de apoyo a largo plazo, y los servicios que recibe para cubrir esas necesidades. Esto se llama coordinación de la atención.

Un coordinador de atención es la persona a cargo de estas funciones. Le asignaremos un coordinador de atención cuando se inscriba en CHOICES. Su Coordinador de atención jugará un papel muy importante. Su Coordinador de atención es su contacto principal y la primera persona a la que debe acudir si tiene preguntas sobre sus servicios.

¿No sabe quién es su coordinador de atención o cómo contactarlo? Puede llamarnos al 800-690-1606.

Su coordinador de atención:

- Le proporcionará información acerca de CHOICES y responderá sus preguntas.
- Le ayudará a recibir el tipo de servicios y apoyo a largo plazo correspondientes en el entorno adecuado para que pueda atender sus necesidades.
- Coordinará todas sus necesidades de salud física, salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) y sus servicios y apoyo a largo plazo.
- Le ayudará a solucionar problemas y responder a las preguntas que tenga sobre su cuidado.
- Evaluará por lo menos una vez al año si usted sigue necesitando el nivel de atención que se le brinda en un asilo de convalecencia o, en el Grupo 3, si sigue estando “en riesgo” de ir a un asilo de convalecencia.

- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que ellos sepan lo que pasa con su atención médica y coordinará la provisión de los servicios.

Las otras tareas del Coordinador de atención variarán ligeramente dependiendo del Grupo de CHOICES en el que esté inscrito.

Si recibe atención en un asilo de convalecencia a través del Grupo 1 de CHOICES, su coordinador de atención:

- Será parte del proceso de planificación de la atención junto a la residencia de ancianos donde usted vive.
- Hará cualquier otra evaluación de las necesidades que podría ser útil para gestionar sus necesidades de servicios y apoyo a largo plazo.
- Complementará (o aportará) al plan de cuidados de la residencia de ancianos si hay aspectos en los que UnitedHealthcare Community Plan puede ayudar a gestionar los problemas de salud o coordinar otros tipos de cuidados de la salud física y salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) que necesite.
- Realizará visitas en persona, al menos cada 6 meses.
- Coordinará con la residencia de ancianos cuando usted necesite servicios que la residencia de ancianos no tiene obligación de proporcionar.
- Determinará si a usted desea y puede trasladarse desde la residencia de ancianos a la comunidad y, de ser así, se asegurará de que esto suceda en forma oportuna.

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

- Hacer una evaluación integral e individual de su salud y sus necesidades de servicios y apoyo a largo plazo; y
- Elaborar un plan de apoyo centrado en el paciente.

El coordinador de atención también:

- Se asegurará de que su plan de atención se lleve a cabo y dé los resultados que necesita.
- Controlará para asegurarse de que usted reciba lo que necesita y que las deficiencias en la atención sean abordadas de inmediato.

- Se comunicará con usted por teléfono al menos una vez por mes y lo visitará personalmente al menos una vez cada 3 meses si pertenece al Grupo 2 o se comunicará con usted por teléfono al menos una vez cada 3 meses y lo visitará personalmente al menos una vez cada 6 meses si pertenece al Grupo 3. Estas visitas pueden ser más frecuentes si recibe servicios residenciales o si las necesita.
- Se asegurará de que los servicios de cuidado a domicilio que recibe se basan en sus objetivos, necesidades y preferencias y no cuestan más que la atención del asilo de convalecencia si está en el Grupo 2, o no cuestan más de $18,000 si está en el Grupo 3.

Cómo cambiar de coordinador de atención

Si no está a gusto con su coordinador de atención y le gustaría tener a otro, puede consultarlo con nosotros. Puede tener un Coordinador de atención nuevo si hay uno disponible. Esto no significa que pueda elegir a quien usted desee como su Coordinador de atención. Debemos tener la capacidad para satisfacer las necesidades de todos los miembros de CHOICES y asignar el personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar otro coordinador de atención, llámenos al **800-690-1606**. Díganos por qué desea cambiar su Coordinador de atención. Si no podemos asignarle un Coordinador de atención nuevo, le diremos por qué. Y le ayudaremos a resolver cualquier problema o inquietud que esté relacionada con su coordinador de atención.

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

Esto puede suceder si su coordinador de atención no está más en UnitedHealthcare Community Plan, no está trabajando temporalmente o tiene demasiados miembros para brindarles la atención que necesitan. Si esto ocurre, le enviaremos una carta para informarle quién será su nuevo coordinador de atención y cómo ponerse en contacto.

Si está en CHOICES, puede comunicarse con su coordinador de atención en cualquier momento si llega a tener preguntas o inquietudes: no tiene que esperar hasta la próxima visita domiciliaria o llamada telefónica. Debe comunicarse con su Coordinador de atención siempre que sufra un cambio en su estado de salud o en algo que pueda afectar el tipo o la cantidad de atención que necesita. Si necesita ayuda fuera del horario de atención y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **800-690-1606**.

Su plan de apoyo centrado en la persona

En CHOICES, usted debe tener un plan de apoyo centrado en la persona (en inglés, su sigla es **PCSP**; la forma acotada en español es "plan de apoyo"). Se trata de un plan que ayuda a orientar los servicios y el apoyo que recibirá. Su plan de apoyo informa a las personas que le apoyarán:

- **lo que le importa a usted:** las cosas que usted realmente considera importantes
- **lo que es importante para usted:** el apoyo que necesita para mantenerse sano y seguro y lograr sus objetivos, y
- **cómo brindarle apoyo** para que esas cosas estén en su vida.

Su plan de apoyo debe incluir:

- sus fortalezas y necesidades
- los objetivos que desea alcanzar
- servicios y apoyos (pagados y no pagados) que recibirá para ayudarle a alcanzar sus objetivos
- con qué frecuencia recibirá esos servicios y apoyos
- quién se los brindará, y
- los espacios (o lugares) donde se le brindarán.

El coordinador de atención ayuda a desarrollar su plan de apoyo. Le ayudará a:

- Encontrar los servicios y apoyo que necesita,
- Explorar opciones de empleo y formas de ser parte de su comunidad y entablar relaciones,
- Decidir qué servicios y apoyo necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos,
- Desarrollar y tener acceso a otros servicios y apoyo no pagos que también pueden ayudarle,
- Entender todos los servicios, proveedores y lugares entre los que puede elegir,
- Elegir los servicios que recibirá, a su proveedor para cada servicio y los entornos (lugares) donde recibirá los servicios,
- Escribir su plan de apoyo sobre la base de sus decisiones, preferencias y necesidades de apoyo
- Asegurarse de recibir los servicios de su plan de apoyo.

Su plan de apoyo y cómo se desarrolla es muy importante. CHOICES solo puede pagar los servicios cubiertos que están incluidos en un plan de apoyo aprobado.

Su plan de apoyo se debe desarrollar de manera que garantice lo siguiente:

- Usted dirige el proceso de planificación.
- Usted recibe la ayuda que necesita para dirigir el proceso de planificación.
- Usted es quien toma las decisiones y tiene la información que necesita para tomar esas decisiones.
- Usted cuenta con la ayuda de la familia, amigos, defensores o cualquier otra persona que elija.
- Usted tiene la oportunidad de hablar por sí mismo.
- Usted puede tener a alguien que hable en su nombre y elegir a esa persona.
- Usted tiene y usa los servicios de un intérprete si el idioma que habla o entiende no es el inglés.

Su plan de apoyo también se debe desarrollar de manera que garantice lo siguiente:

- Si lo desea, hablar con su coordinador de atención antes de la reunión de planificación.
- Elegir a quién invitar a la reunión (y decidir si **no** quiere que vaya alguna persona).
- La reunión de planificación se programa en el horario y lugar que mejor le quede a usted.
- Tener la oportunidad de ayudar a elegir a los proveedores de servicios **antes** de que empiecen los servicios y en cualquier momento durante el año si usted quiere cambiar de proveedor. UnitedHealthcare Community Plan tratará de brindarle los proveedores que desee. (El proveedor debe ser contratado con su MCO y tener la voluntad y disponibilidad de prestar sus servicios).
- Tener la opción, en cualquier momento, de dirigir (o dejar de dirigir) algunos o todos los servicios que incluye la atención dirigida por el afiliado.
- Que usted firme su plan de apoyo.
- Y, las personas que brindarán los servicios y el apoyo (pagados y no pagados) firman su plan de apoyo declarando su compromiso a aplicar su plan tal como está escrito.

¿Y si sus necesidades cambian y necesita más apoyo?

Su plan de apoyo por lo general tiene vigencia por un año. Pero puede pedir que se cambie en cualquier momento del año si sus necesidades o su situación cambian.

Cómo solicitar una revisión de TennCare

Si está en el Grupo 2 o Grupo 3 de CHOICES, puede pedir a TennCare que evalúe sus necesidades o plan de apoyo si tiene inquietudes y cree que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare examinará la evaluación o el plan de atención y la información recopilada por su Coordinador de atención. Si TennCare considera que tiene razón, ellos colaborarán con nosotros para corregir el problema. Si TennCare cree que usted recibe los servicios que necesita, le enviarán una carta que le explicará por qué.

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

Solicitud de revisión de TennCare



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

Guarde una copia de su solicitud. Anote la fecha en que la envió a TennCare.



POR FAX: 615-532-9140

Guarde la hoja que dice que se envió el fax.

Presentar una apelación

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

- Puede apelar si cree que una evaluación no coincide con sus necesidades y considera que debe recibir más servicios u otros servicios.
- Puede apelar si no está de acuerdo con los servicios de su plan de apoyo.
- Puede apelar si un servicio cubierto que quiere y necesita no está en su plan de apoyo.
- Puede apelar si rechazan su solicitud para modificar su plan de apoyo, o si su plan de apoyo no se modifica hasta cierto grado para satisfacer sus necesidades.
- Y, puede apelar si un servicio está en su plan de apoyo aprobado, pero no lo recibe o hay una demora para recibirlo.

El hecho de presentar una apelación no significa que recibirá los servicios que quiere. Pero TennCare volverá a examinar su pedido. Si TennCare determina que el servicio está cubierto **y** que lo necesita, usted recibirá el servicio.

¿Y si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que usted no lo necesita? Podría tener la opción de tener una audiencia imparcial. Para tener una audiencia imparcial, el servicio o los servicios que quiere deben estar cubiertos en el grupo de beneficios de CHOICES al que usted pertenece, lo que incluye cualquier límite en el servicio o los servicios y en el costo total de los servicios que puede recibir, es decir, su límite de gastos anuales.

TennCare solo puede pagar los servicios cubiertos en el grupo de beneficios de CHOICES al que usted pertenece. Si un servicio no está cubierto, o si usted quiere más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no puede pagarlo.

Si presenta una apelación para mantener un servicio que ha estado recibiendo, *podría* mantenerlo durante el proceso de apelación. El beneficio debe estar cubierto para seguir recibiendo un servicio durante su apelación. Y además debe tener un plan de apoyo aprobado. TennCare solo puede pagar los servicios que están incluidos en un plan de apoyo aprobado.

No puede recibir un servicio durante su apelación:

- Si el servicio no está cubierto.
- No tiene un plan de apoyo aprobado que incluya el servicio.
- O bien, quiere empezar a recibir un nuevo servicio.

Consulte la parte 6 de este manual para obtener más información sobre la presentación de apelaciones.

Defensor del afiliado de CHOICES

Además de su coordinador de atención, en UnitedHealthcare Community Plan hay otra persona que le puede brindar ayuda. Esta persona es el Defensor del usuario de CHOICES. El Defensor del afiliado de CHOICES está disponible para:

- Proporcionarle información sobre el programa CHOICES.
- Ayudarle a entender cómo es el funcionamiento en UnitedHealthcare Community Plan, como presentar una queja, cambiar de coordinador de atención o recibir la atención que necesita.
- Hacer referencias al personal de UnitedHealthcare Community Plan que corresponde.
- Ayudarle a solucionar problemas con su atención.

Para comunicarse con el defensor del afiliado de CHOICES de UnitedHealthcare Community Plan, llame al **800-690-1606**. Pida hablar con el Defensor del usuario de CHOICES.

Usted decide

En CHOICES, si necesita el nivel de atención que se brinda en un asilo de convalecencia, tiene derecho a optar por recibir cuidados:

- En su hogar,
- O en otro lugar de la comunidad (como en un centro de atención asistida o un hogar para adultos en estado crítico),
- O en un asilo de convalecencia.

Para recibir atención en su hogar o en la comunidad, debe ser elegible y poder inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES o en el Grupo 3 de CHOICES. (Consulte *¿Quién puede reunir los requisitos para inscribirse en CHOICES?)*

Si está en un asilo de convalecencia, podría mudarse de ese lugar a su hogar y recibir servicios si lo desea. Si le interesa mudarse de la residencia de ancianos a la comunidad, hable con su Coordinador de atención.

Para recibir atención en su hogar o en la comunidad, debemos ser capaces de satisfacer con seguridad sus necesidades en ese lugar. Y, para el Grupo 2 de CHOICES, el costo de su atención no puede ser mayor que el costo de la atención que recibe en un asilo de convalecencia. Eso incluye el costo de su atención en el hogar **y** la atención médica o los servicios de enfermería en el hogar que podría necesitar. Para el Grupo 3 de CHOICES, el costo de su atención no puede ser mayor a $19,764 al año. Las modificaciones menores en su hogar y cualquier otro tipo de atención de enfermería o de atención domiciliaria que pudiera necesitar no se consideran para el límite de $19,764. El tipo y la cantidad de atención que recibirá efectivamente dependen de sus necesidades.

¿Y si es elegible para recibir atención en un asilo de convalecencia pero no quiere irse de allí y trasladarse a la comunidad? Entonces no lo obligaremos, aunque pensemos que la atención en la comunidad costaría menos. Siempre y cuando califique para recibir atención en un asilo de convalecencia, usted tiene la opción de recibirla.

Puede cambiar su decisión en cualquier momento, siempre que reúna los requisitos, y puede inscribirse para recibir atención en el lugar que elija.

En CHOICES, usted también puede elegir a los proveedores que le brindarán atención. Podría ser un centro de atención asistida, una residencia de ancianos o la agencia que le proporcionará atención en el hogar. También puede contratar a sus propios empleados para que le proporcionen algunos tipos de atención (conocido como Consumer Direction).

El proveedor que usted elija debe estar dispuesto y ser capaz de brindarle los cuidados que necesite. Su Coordinador de atención intentará ayudarlo a que consiga el proveedor que usted elija. Pero si no consigue el **proveedor** que quiere, usted no puede apelar y obtener una audiencia imparcial. Si no obtiene los **servicios** que cree que necesita, entonces puede presentar una apelación.

Pago de sus servicios y apoyo a largo plazo de CHOICES

Es posible que tenga que pagar una parte del costo de su atención en CHOICES. Esto se conoce como **"responsabilidad del paciente"**. El monto que usted paga depende de sus ingresos y gastos contables. Si usted tiene responsabilidad del paciente, usted la **debe** que pagar en CHOICES. Si recibe atención en un centro de atención asistida o en un centro de atención para adultos, o incluso en una residencia de ancianos, pagará la responsabilidad del paciente a dicho establecimiento. Si recibe atención en su hogar, pagará el monto que debe pagar a UnitedHealthcare Community Plan.

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

¿Y si NO paga el monto que debe? Podrían suceder 4 cosas:

1. Su proveedor de atención de CHOICES podría decidir dejar de brindarle atención. Si recibe atención en un centro de atención asistida o en un centro de atención para adultos, o incluso en una residencia de ancianos, estos últimos podrían darlo de alta. Antes de hacerlo, deben enviarle una carta que explique por qué lo van a dar de alta. Si cree que están equivocados y que no les debe dinero, usted puede apelar.

2. **Y** si no paga la responsabilidad del paciente, otros proveedores podrían no estar dispuestos a brindarle atención. Si esto ocurre, UnitedHealthcare Community Plan podría decidir dejar de ser su plan de salud para CHOICES. No podemos satisfacer sus necesidades si no podemos encontrar proveedores dispuestos a proporcionarle atención. Deberemos enviarle una carta que explique por qué ya no podemos ser su plan de salud de CHOICES. Si cree que estamos equivocados, puede apelar.

3. **Y** si no paga su responsabilidad del paciente, es posible que otros planes de salud de TennCare tampoco estén dispuestos a ser su plan de salud de CHOICES. Si esto sucede, es posible que ya no pueda seguir en CHOICES. Y es probable que no reciba ningún servicio y apoyo a largo plazo de TennCare. Si no puede seguir en CHOICES, TennCare le enviará una carta que explique por qué. Si cree que están equivocados, puede apelar.

4. **Y** si no puede seguir en CHOICES, es posible que ya no reúna los requisitos para TennCare. Si la única manera que califica para TennCare es porque recibe servicios y apoyo a largo plazo, también podría perder su cobertura de TennCare. Antes de que termine su cobertura de TennCare, recibirá una carta que le explicará cómo apelar si cree que hay un error.

¿Tiene facturas médicas por la atención que recibió antes de que comenzara su cobertura de TennCare? Esto incluye atención en un asilo de convalecencia, o copagos o deducibles de Medicare.

O, ¿tiene facturas médicas por la atención que recibió <u>después</u> de que la cobertura de TennCare comenzara y que TennCare no cubre? Esto incluye anteojos y audífonos para adultos.

Podríamos restar esas facturas de la responsabilidad del paciente que debe todos los meses. Esto significa que la responsabilidad del paciente será menor. (Incluso podría ser cero). Seguiremos restando esas facturas hasta que se haya restado el costo total de sus facturas médicas.

Las facturas deben ser por la atención que recibió los 3 meses antes al mes en que presentó su solicitud de TennCare. Por ejemplo, si presenta su solicitud para TennCare en abril, las facturas deben ser enero, febrero y marzo.

Pueden ser facturas que usted ya pagó. O pueden ser facturas que todavía no haya pagado. Y esperamos que usted las pague. (Es decir, no tiene otro seguro que las pague). ¿Y si un miembro de la familia o alguna otra persona pagó esas facturas? Envíelas únicamente si esa persona espera que usted le pague.

Si tiene facturas médicas como esta, envíelas a TennCare. Hay dos formas de que nos lleguen.

Dónde enviar las facturas médicas



Por correo a:
TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240



Por fax al:
855-315-0669

En cada hoja que envíe, no se olvide de escribir “for patient liability" ("por responsabilidad del paciente”) e incluir su nombre y número de seguro social.

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

¿Y si tiene un seguro para servicios y apoyo a largo plazo **que le paga**? En ese caso, usted debe pagar el monto que recibe para ayudar a cubrir el costo de su atención. Si vive en un centro de atención asistida o en un centro de atención para adultos, o incluso en una residencia de ancianos, pagará su responsabilidad del paciente a dicho establecimiento. Si recibe atención en su propio hogar, su Coordinador de atención le dirá cómo hacer el pago con el dinero del seguro que obtenga. Esto **no** reducirá el monto de ninguna responsabilidad del paciente que usted deba.

Usted debe pagar el seguro de servicios y apoyo a largo plazo que reciba **y** la responsabilidad del paciente para poder cubrir el costo de su atención. Pero no tendrá que pagar más que el costo total de servicios y apoyo a largo plazo que reciba ese mes.

¿Y si recibe ayuda y beneficios de asistencia a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos? Si es así, es importante que se lo comunique a su coordinador de atención. El coordinador de atención le brindará información importante para que usted pueda decidir cómo recibirá servicios y apoyo a largo plazo que necesita.

Cómo cancelar su inscripción en CHOICES

Su inscripción en CHOICES y la recepción de servicios y apoyo a largo plazo pueden finalizar por varios motivos y también pueden variar dependiendo del Grupo de CHOICES en el que esté inscrito. Nosotros podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro de CHOICES, pero TennCare tomará la decisión final. Algunas razones por las que podrían cancelar su inscripción en CHOICES pueden ser:

- Ya no reúne los requisitos para Medicaid.
- Ya no necesita el nivel de atención que se le brinda en un asilo de convalecencia y no corre riesgo de ir a uno.
- Ya no necesita y no está recibiendo **ningún** servicio y apoyo a largo plazo.
- No paga la responsabilidad del paciente.

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

Decidimos que ya no podemos satisfacer con seguridad sus necesidades en el hogar o en la comunidad, y usted se niega a mudarse a un asilo de convalecencia. Entre las razones por las que no podríamos satisfacer sus necesidades con seguridad se incluyen las siguientes:

- Usted se niega a permitir que un coordinador de atención entre en su casa. Si un coordinador de atención no puede ir a su casa, no podemos garantizar su seguridad y buena condición de salud.
- El riesgo de que usted o las personas que brindan atención en su hogar sufran algún daño es demasiado grande.
- Aunque hay proveedores disponibles para brindar atención, ninguno de ellos está dispuesto a brindarle cuidados.
- Usted se niega a recibir servicios que se identifican en su plan de apoyo centrado en la persona como servicios necesarios.

Si está en el Grupo 2, también se le puede cancelar la suscripción si:

El costo de la atención que necesita en el hogar o en la comunidad será mayor que el costo de la atención en el asilo de convalecencia. El costo de su atención incluye cualquier atención de enfermera privada o cuidado en el hogar que usted pudiera necesitar.

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

Si decidimos que la atención en su propia casa costará más que la atención en un asilo de convalecencia, su coordinador de atención colaborará con usted para tratar de armar un plan de apoyo que cubra sus necesidades de manera segura y económica. Si decidimos que no es posible brindarle servicios en su casa o en la comunidad sin que corra riesgo por menos de lo que cuesta la atención en un asilo de convalecencia, su coordinador de atención le ayudará a mudarse al asilo de convalecencia que usted elija y que tenga contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Si decide no mudarse a una residencia de ancianos, usted ya no podrá recibir servicios en su propio hogar o en la comunidad. Y se cancelará su inscripción en CHOICES.

Si está en el Grupo 3:

Debemos poder cubrir sus necesidades de forma segura con el cuidado que pueda obtener en el Grupo 3 de CHOICES. **Esto** incluye el cuidado en el hogar de CHOICES hasta $18,000 al año (sin contar las modificaciones menores en el hogar), otros servicios de Medicaid que puede recibir de su Organización de Atención Administrada, servicios que puede recibir a través de Medicare, seguro privado u otras fuentes de financiación, y cuidado no pago que sus familiares y amigos le brindan. Si decidimos que sus necesidades no pueden ser cubiertas con la atención que puede recibir en el Grupo 3, TennCare evaluará si califica para pasar al Grupo 2 de CHOICES para recibir más cuidados en su hogar, o al Grupo 1 de CHOICES para recibir atención en el asilo de convalecencia. ¿Y si sus necesidades no pueden ser cubiertas en el hogar o en la comunidad (incluso con atención en el hogar hasta el costo de la atención en un asilo de convalecencia) y decide no mudarse a un asilo de convalecencia? Entonces se le dará de baja de CHOICES.

Si se cancela su inscripción en CHOICES, usted seguirá en TennCare en la medida en que siga reuniendo los requisitos para Medicaid. Sin embargo, ya no recibirá **ningún** servicio y apoyo a largo plazo que pague TennCare. Recibirá una carta que le informará por qué se ha dado término a su inscripción en CHOICES y cómo apelar si cree que hay un error.

Si la **única** forma en que usted califica para Medicaid es porque recibe servicios y apoyo a largo plazo y se le cancela la inscripción en CHOICES, su cobertura de TennCare también podría terminar. Antes de que se dé término a su programa, recibirá una carta que le informará por qué. Tendrá la oportunidad de calificar en uno de los grupos que cubre Medicaid.

Recuperación del patrimonio

¿Qué es la recuperación del patrimonio?

Recuperación del patrimonio es la manera en que TennCare recauda dinero de las propiedades de las personas que fallecieron y recibieron servicios y apoyo a largo plazo de TennCare. TennCare tiene la obligación según la ley federal de recuperar estos pagos después de la muerte del miembro. Esto se denomina “recuperación del patrimonio”. A continuación se enumeran los tipos de atención que deben reembolsarse.

Su “patrimonio” es la propiedad, las pertenencias, el dinero y otros activos que posee al momento de su muerte. La recuperación del patrimonio se refiere a utilizar el valor de la propiedad que usted deja al fallecer para pagarle a TennCare la atención que recibió. Siga leyendo para averiguar quién tiene que devolverle el dinero a TennCare y cuánto tendrá que devolver su patrimonio.

TennCare no puede pedir el reembolso del dinero hasta **después** de que usted fallezca. TennCare no puede pedir más dinero de lo que se pagó. TennCare no puede pedir a su familia que pague de su propio bolsillo la atención médica que usted recibió.

Si el valor de todos sus activos al momento de su muerte es menor que la factura de TennCare, TennCare solo tiene derecho al valor de sus activos y nada más. Por ejemplo, si lo único que posee al momento de su muerte es una casa valorada en $50,000 pero TennCare tiene una factura de $75,000, entonces TennCare solo tiene

derecho a cobrar $50,000. TennCare no puede pedir a su familia que pague la cantidad restante.

¿Quién tiene que reembolsarle a TennCare su atención?

TennCare **debe** pedir el reembolso del dinero que gastó para su cuidado si:

- A partir de los 55 años recibió atención en un asilo de convalecencia o en centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), atención domiciliaria (se llaman servicios basados en el hogar y la comunidad o HCBS), servicios de salud a domicilio o servicios de enfermería privada.

¿Qué tipos de atención se le deben reembolsar a TennCare?

TennCare **debe** pedir el reembolso de:

- Atención en un asilo de convalecencia o ICF/IID.
- Atención domiciliaria, conocida como servicios a domicilio y en la comunidad o HCBS.
- Servicios de salud a domicilio o servicios de enfermería privada.
- Atención hospitalaria y medicamentos recetados relacionados con sus servicios de atención a largo plazo.

¿Cuánto tendrá que reembolsar su patrimonio a TennCare por su atención?

Para prestar servicios de atención a largo plazo, TennCare contrata a una compañía de seguros médicos (también denominada “organización de atención administrada” o “MCO”). Cuando alguien recibe la cobertura de TennCare, TennCare paga una prima mensual a la compañía de seguros. La prima mensual se denomina “tasa de capitación”. A cambio, la compañía de seguros paga al proveedor de cuidado de la salud (como un centro de enfermería u otra entidad que presta atención a largo plazo en el hogar / la comunidad) por la atención de la persona. Según la ley federal, TennCare debe pedir el reembolso del pago de la prima que hizo a la compañía de seguros por usted.

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

Es posible que TennCare no tenga que recuperar el dinero de su patrimonio si:

- No tiene dinero, propiedades u otros activos cuando muere o
- Las cosas que dejó no se pueden usar para pagar, por medio del tribunal de sucesión, a las personas a quienes les debe dinero.
  Un ejemplo es el dinero del seguro de vida.

¿Y si vendo o cedo mi casa mientras recibo la cobertura de TennCare?

Entonces debe decirle a TennCare que vendió o entregó su casa, lo que puede afectar su elegibilidad para TennCare. También debe informar a TennCare sobre cualquier transferencia realizada cinco años antes de que usted recibiera TennCare. Si no les informa sobre la transferencia, ellos pueden hacer que se anule la transferencia y pedir el reembolso de su patrimonio, de los miembros de su familia o de cualquier otra persona que haya participado en la transferencia.

¿Cuáles son las razones por las que TennCare puede retrasar la recuperación del patrimonio?

En ciertas situaciones, la recuperación del patrimonio se posterga o se "difiere"; es decir, TennCare no intentará recuperar los costos de su patrimonio hasta más adelante. TennCare aplaza la recuperación del patrimonio de una persona cuando:

- Tiene un esposo o una esposa superviviente. TennCare no puede cobrar dinero de su patrimonio hasta la muerte de su esposo o esposa.
- Tiene un hijo menor de 21 años. TennCare no puede cobrar dinero de su patrimonio hasta que su hijo sea mayor de 21 años.
- Tiene un hijo ciego o con una discapacidad permanente. TennCare no puede cobrar dinero hasta la muerte del niño con discapacidad.
- Tiene un hijo o una hija cuyo cuidado le permitió evitar ingresar al asilo de convalecencia durante **al menos** dos años. TennCare no puede cobrar dinero de su patrimonio hasta que su hijo o hija deje de vivir en la propiedad.
- Tiene un hermano o una hermana cuyo cuidado le permitió evitar ingresar al asilo de convalecencia y él o ella vivió en su hogar por lo menos un año **antes** de que usted recibiera atención en un asilo de convalecencia o atención en el hogar. Si el hermano o hermana fallece o ya no vive en la propiedad, entonces el aplazamiento deja de existir.
- Si la propiedad es el único ingreso de la familia, como una granja familiar.

¿Cómo se entera su familia que su patrimonio le debe dinero a TennCare?

Para saber si el patrimonio le debe dinero a TennCare, su familia o representante debe enviar un Formulario de autorización para divulgar información (Request for Release) a TennCare de una de estas tres maneras:

- Puede obtener este formulario en línea en: **https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/releaseform.pdf**
- Puede pedir el formulario en la oficina administrativa del tribunal de sucesión, solicitando el Formulario de autorización para divulgar información sobre la recuperación del patrimonio (Request for Release from Estate Recovery).
- **Puede pedir el formulario a TennCare por correo electrónico, carta o fax a:**

Formulario de autorización para divulgar información 1



Por correo electrónico: RFR.Tenncare@tn.gov**.**



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



Por fax: 615-413-1941

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

Su familia o representante tiene muchas opciones si hay un reclamo de TennCare:

1. Puede pagar el reclamo de TennCare con sus pertenencias restantes.
2. Su patrimonio puede ingresar al proceso de sucesión. Cuando esto sucede, un tribunal designará a una persona conocida como administrador (si hay testamento, esta persona se conoce como albacea) para vender su propiedad, pagar las deudas que haya podido tener mientras vivía, y posteriormente entregará a sus herederos los bienes / dinero restantes si queda algo. Su familia o TennCare puede pedir que se designe a un administrador para su patrimonio.
3. Pueden pedir un aplazamiento de la recuperación del patrimonio.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda con la recuperación del patrimonio?

Preguntas sobre la recuperación del patrimonio



POR CORREO ELECTRÓNICO: Estate.recovery@tn.gov



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



POR FAX: 615-413-1941



POR TELÉFONO: 844-629-0941

Renovaciones

Como sucede con todos los programas de Medicaid, tenemos que asegurarnos de que todas las personas sigan siendo elegibles todos los años: esto se conoce como renovaciones. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las normas médicas y financieras de CHOICES. Asegúrese de que TennCare tenga su dirección actual. Si se muda, infórmenos sobre esto de inmediato. Abra su correo y preste atención a las solicitudes de información que TennCare necesita para que su cobertura pueda continuar. Su plan de salud TennCare puede ayudarle si se lo pide. Si usted pierde CHOICES, debe haber un cupo disponible para que pueda inscribirse nuevamente.

Employment and Community First CHOICES

¿Qué es Employment and Community First CHOICES?

Employment and Community First CHOICES (ECF CHOICES) es para personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo (I/DD). Esto incluye a las personas que tienen discapacidades considerables.

Los servicios ayudan a las personas con I/DD a tener la mayor independencia posible. Las personas reciben apoyo para vivir con su familia o en la comunidad y no en una institución. Los servicios residenciales están disponibles para adultos con I/DD que no viven con la familia pero necesitan apoyo donde viven.

Employment and Community First CHOICES puede ayudar a la persona con I/DD a explorar la posibilidad de trabajar. Los servicios también pueden ayudarla a aprender habilidades para el trabajo, encontrar un trabajo y mantenerlo. Podría tratarse de un trabajo con jornada parcial, completa o un trabajo por cuenta propia.

Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades, conocer a otras personas y tener un rol importante en sus comunidades. Trabajar también ayuda a las personas a estar saludables y a generar confianza en sí mismas.

Otros servicios ayudan a las personas a aprender y hacer tareas en el hogar y en la comunidad para que puedan lograr sus objetivos. Si una persona vive en el hogar con su familia, los servicios ayudan a la familia a apoyar a la persona para que sea lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a participar activamente en sus comunidades e incluyen apoyo entre pares para la persona y para su familia.

¿Cómo solicito Employment and Community First CHOICES?

Hay una cantidad limitada de fondos para atender a las personas cada año. Esto significa que no todos los que quieran presentar la solicitud pueden inscribirse o recibir servicios de inmediato.

Hay una lista de referencia para Employment and Community First CHOICES. Para estar en la lista de referencia, puede completar la solicitud usted mismo. Completar la solicitud de autoreferencia para Employment and Community First CHOICES no significa que usted quedará inscrito en el programa. Debe calificar para poder inscribirse. Tiene que haber cupos disponibles en el programa para inscribirse Y debe estar en uno de los grupos que podrían calificar para recibir servicios ahora.

Si necesita ayuda con la solicitud de autorreferencia para Employment and Community First CHOICES, llámenos al **800-690-1606.**

Los servicios de ECF CHOICES que se brinden en su hogar o en la comunidad no sustituyen el cuidado que reciba de familiares y amigos o servicios que ya esté recibiendo.

Si está recibiendo ayuda de programas comunitarios, recibe servicios pagados por Medicare u otro seguro, o si tiene un familiar que lo cuida, estos servicios no se reemplazarán por cuidados pagados a través de ECF CHOICES. En su lugar, la atención domiciliaria que reciba a través de ECF CHOICES colaborará con la asistencia que ya esté recibiendo para ayudarle a pasar más tiempo en su hogar y comunidad. Los cuidados en ECF CHOICES se brindarán de la manera más rentable posible, para que más personas que necesiten atención puedan recibir ayuda.

Sin embargo, si ha estado recibiendo servicios a través del programa de asistencia a familiares financiado por el estado o Medicaid Alternative Pathways (MAPS), ya no será elegible para recibir esos servicios. Son para las personas que no reciben Medicaid. Y si ha estado recibiendo servicios de programas financiados por otros programas estatales o federales (como Meals on Wheels, servicios de asistencia doméstica o los Programas Nacionales de Asistencia a Cuidadores Familiares) que ahora puede obtener a través de ECF CHOICES, recibirá la atención que necesita a través de ECF CHOICES.

Para saber si califica para inscribirse en ECF CHOICES, llámenos al **800-690-1606**.

¿Conoce a alguien que no está en TennCare y quiera presentar la solicitud para ECF CHOICES? Debe comunicarse con la Oficina Regional de Admisión del Departamento de Discapacidad y Envejecimiento (DDA) en el área de su estado.

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

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

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

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

Apoyo esencial para la familia (a veces se llama "Grupo 4")

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

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

Apoyo esencial para el empleo y la vida independiente (a veces se llama "Grupo 5")

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

- Una persona de 18 a 21 años con I/DD podría estar inscrita en este grupo si ya no puede vivir con su familia.
- Una persona que reuniría los requisitos para recibir atención en un asilo de convalecencia puede inscribirse en este grupo si el Grupo 6 de ECF CHOICES está completo y sus necesidades se pueden cubrir con estos servicios.

Apoyo integral para trabajar y vivir en la comunidad (a veces se llama "Grupo 6")

Estos servicios son solo para adultos mayores de 21 años que califican para recibir atención en un asilo de convalecencia. (Esto no significa que la persona tenga que recibir atención en un asilo de convalecencia. Este programa brinda servicios en el hogar y en la comunidad. Solo necesita calificar para recibir atención en un asilo de convalecencia).

- Una persona de 18 a 21 años con I/DD podría estar inscrita en este grupo si ya no puede vivir con su familia.
- Los servicios de apoyo integral son para las personas que necesitan más servicios para que puedan vivir en la comunidad y lograr sus objetivos de trabajo y vida comunitaria.

Apoyo conductual intensivo para la familia (a veces se llama "Grupo 7")

Este grupo es para un pequeño número de niños menores de 21 años que viven con su familia y tienen I/DD y grandes necesidades de apoyo conductual que ponen al niño o a otras personas en riesgo de sufrir daños graves. Los comportamientos son tan desafiantes que el niño corre el riesgo de que lo coloquen fuera del hogar. Este grupo ofrece tratamiento de salud mental y otros servicios en el hogar junto con la familia. (La familia debe estar dispuesta a participar del tratamiento del niño). Los servicios capacitarán y apoyarán a la familia para asistir al niño a fin de que puedan seguir viviendo juntos de manera segura. Las personas suelen estar en este grupo por poco tiempo. Cuando la persona está estable dentro de la comunidad, se trasladará a un grupo de beneficios diferente que pueda cubrir sus necesidades de manera segura.

Apoyo conductual integral para trabajar y vivir en la comunidad (a veces se llama "Grupo 8")

Este grupo es para un pequeño número de adultos que tienen I/DD y grandes necesidades de apoyo conductual, que se están trasladando a la comunidad desde un lugar con mucha estructura y supervisión. Estos lugares podrían ser un hospital de salud mental, el sistema de cuidado tutelar, la cárcel o un asilo de convalecencia. Estos servicios son principalmente para adultos mayores de 21 años. Pero a veces, una persona de 18 a 20 años también puede recibirlos. Combinan servicios residenciales las 24 horas y los 7 días de la semana con tratamiento y apoyo para la salud mental. Las personas suelen estar en este grupo por poco tiempo. Cuando la persona está estable dentro de la comunidad, se trasladará a un grupo de beneficios diferente que pueda cubrir sus necesidades de manera segura.

Los servicios y apoyo a largo plazo de TennCare decidirán si cumple las normas de nivel de atención para inscribirse en ECF CHOICES. Los Servicios para Miembros de TennCare decidirán si usted cumple las normas de ingresos y recursos para calificar para los servicios y apoyo a largo plazo de Medicaid que se ofrecen a través de ECF CHOICES. Lo ayudaremos a llenar los formularios que se necesitan para tomar esta decisión. Si TennCare dice que es elegible, para inscribirse en ECF CHOICES y comenzar a recibir servicios de cuidado a domicilio:

- Debemos poder cubrir sus necesidades de forma segura en su casa.
- Y el costo del servicio de cuidado a domicilio no puede ser superior que el límite de gastos para su Grupo de ECF CHOICES. El costo de su atención en el hogar incluye la atención médica o los servicios privados de enfermería en el hogar que pudiera necesitar.

Si no podemos cubrir sus necesidades en casa de una manera segura, **o** si su cuidado costaría más que el límite de gastos para su Grupo de ECF CHOICES, usted no puede estar en ECF CHOICES. Pero podría calificar para otros tipos de servicios y apoyo a largo plazo.

Si TennCare dice que no es elegible, recibirá una carta donde se le explica el motivo. Esta carta le explicará cómo apelar si cree que esto es un error.

Límites de la inscripción en Employment and Community First CHOICES

No todas las personas que califican para inscribirse en ECF CHOICES pueden inscribirse. Hay un límite de inscripción para los Grupos de ECF CHOICES. Es un límite al número de personas que pueden pertenecer al grupo a la vez. (El número de personas que pueden inscribirse se conoce a menudo como “vacantes”). Esto ayuda a garantizar que el programa no crezca más rápido que el dinero del estado destinado a pagar el cuidado. Además, ayuda a asegurar que existan suficientes proveedores de atención en el hogar para prestar los servicios que se necesitan.

Algunas vacantes se guardan (o reservan) para emergencias. Esto podría ser cuando una persona tiene un cuidador primario que tiene al menos 75 años de edad o el cuidador primario está permanentemente incapacitado o ha fallecido. La cantidad de vacantes reservadas y las directrices para calificar en una de esas vacantes están en las normas TennCare. Si las únicas plazas que quedan están reservadas, tendrá que cumplir con las pautas de las plazas reservadas para inscribirse en ECF CHOICES.

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

Cuando hay plazas disponibles, TennCare puede encargarse de la inscripción consultando la lista de referencia por orden de prioridad. Estas normas de prioridad se encuentran en las Normas de TennCare.

Cómo recibir servicios del programa ECF CHOICES

Los servicios que puede recibir en Employment and Community First CHOICES dependen del grupo de beneficios en el que se encuentre. **Hay cinco grupos de beneficios:**

Apoyo esencial para la familia

O “servicios de apoyo familiar” para abreviar.

(Esto a veces se llama **"Grupo 4"**).

Los servicios de apoyo familiar son solo para las personas que viven en casa con su familia. Le ayudarán a planificar y conseguir un trabajo, y a vivir con la mayor independencia posible en la comunidad. Le ayudarán a hacer las tareas que quiera hacer en la comunidad para que pueda formar relaciones y alcanzar sus objetivos. También ayudarán a que la familia pueda brindarle apoyo para planificar y alcanzar sus objetivos.

El costo total de los servicios de apoyo familiar que recibe no puede superar el límite de costos anuales. TennCare establece el límite de costos anuales. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. Solo en el caso del apoyo esencial para la familia, su límite de costos no incluye el costo de ninguna modificación menor en el hogar. Tampoco se cuenta el costo del apoyo entre familias. Para saber más sobre estos y otros servicios, lea el gráfico al final de las páginas de este manual.

Apoyo esencial para el empleo y la vida independiente

O "servicios de apoyo esenciales" para abreviar.

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

Estos servicios son **solo** para adultos mayores de 21 años.[2] Le ayudarán a conseguir o mantener un trabajo y a vivir con la mayor independencia posible en la comunidad. Le ayudarán a hacer las tareas que quiera hacer en la comunidad para que pueda formar relaciones y alcanzar sus objetivos.

El costo total de los servicios de apoyo esencial que recibe no puede superar el límite de costos anuales. TennCare establece el límite de costos anuales. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Y si tiene una emergencia y necesita más servicios para permanecer en la comunidad? Usted podría recibir más servicios de apoyo esencial para ese año. Pero no pueden superar los $6,000.

También puede superar su límite para obtener servicios de empleo O si necesita más ayuda durante un tiempo breve para pasar a vivir de forma segura en la comunidad.

Apoyo integral para trabajar y vivir en la comunidad

O “servicios de apoyo integral” para abreviar.

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

Estos servicios son **solo** para adultos mayores de 21 años que califican para recibir atención en un asilo de convalecencia.[3] (Pero estos servicios se brindan **en la comunidad**). Le ayudarán a conseguir o mantener un trabajo y a vivir con la mayor independencia posible en la comunidad. Le ayudarán a hacer las tareas que quiera hacer en la comunidad para que pueda formar relaciones y alcanzar sus objetivos.

Tendrá un límite (o “límite de costos”) sobre el costo total de los servicios de apoyo integral que pueda recibir cada año. Su límite anual de costos se basa en una evaluación de su “nivel de necesidad”. Su “nivel de necesidad” nos indica el grado de apoyo que necesita. Todas las personas del grupo de servicios de apoyo integral (Grupo 6 de ECF CHOICES) tendrán un “nivel de necesidad” que se evaluará. TennCare o su plan de salud no hacen la evaluación.

El costo total de los servicios de apoyo integral que recibe no puede superar los costos máximos anuales. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año. ¿Y si tiene una emergencia y necesita más servicios para permanecer en la comunidad? SOLO si tiene un nivel de necesidad bajo, moderado o alto, es posible que pueda recibir más servicios de apoyo integral durante ese año. Pero no pueden superar los $7,500.

SOLO si tiene un nivel de necesidad bajo, moderado o alto, es posible que pueda superar su límite para recibir servicios de empleo. A excepción de estos casos, nadie puede recibir servicios de apoyo integral que superen el límite de gastos anual.

Solo si la evaluación indica que tiene necesidades médicas y/o conductuales excepcionales: tendrá un límite más alto de costos. La cantidad es en función del costo anual promedio de la atención en una institución que usted tendría derecho a recibir.

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

  Estos costos anuales promedio cambian todos los años.

  Esto **no** significa que vaya a recibir servicios en un centro privado de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o en un asilo de convalecencia. Employment and Community First CHOICES brinda servicios **en la comunidad.** Estos montos se usan para establecer el límite anual del costo total de los servicios de apoyo que usted puede recibir en la comunidad, es decir, su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o del comportamiento excepcionales).

Si su límite de costos se basa en el costo de la atención que recibe en un centro privado de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o en un asilo de convalecencia, cualquier servicio de salud en el hogar o de enfermería privada que pague TennCare también se **tomará en cuenta** para calcular su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare se consideran para calcular su límite de costos. Con la **excepción** de los servicios de atención médica en el hogar o de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no se toman en cuenta para calcular su límite de costos.

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

Apoyo conductual intensivo para familias
(Esto a veces se llama **"Grupo 7"**).

Este grupo es para un pequeño número de niños menores de 21 años que viven con su familia y tienen I/DD y grandes necesidades de apoyo conductual que ponen al niño o a otras personas en riesgo de sufrir daños graves. Los comportamientos son tan desafiantes que el niño corre el riesgo de que lo coloquen fuera del hogar. Este grupo ofrece tratamiento de salud mental y otros servicios en el hogar junto con la familia. (La familia debe estar dispuesta a participar del tratamiento del niño). Los servicios capacitarán y apoyarán a la familia para asistir al niño a fin de que puedan seguir viviendo juntos de manera segura.

Su límite de costos es en función del costo promedio anual de los servicios en un centro privado de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID). Estos costos anuales promedio cambian todos los años.

Esto **no** significa que vaya a recibir servicios en un ICF/IID. Employment and Community First CHOICES brinda servicios **en la comunidad.** Estos montos se usan para establecer el límite anual del costo total de los servicios de apoyo que usted puede recibir en la comunidad, es decir, su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o del comportamiento excepcionales).

Cualquier servicio de salud en el hogar o de enfermería privada que pague TennCare también se **tomará en cuenta** para calcular su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare se consideran para calcular su límite de costos. **Excepto** por los servicios de atención médica en el hogar o de enfermería privada para personas con necesidades médicas o del comportamiento excepcionales, otros servicios de TennCare no se toman en cuenta para calcular su límite de costos.

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

Apoyo conductual integral para trabajar y vivir en la comunidad

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

Este grupo es para un pequeño número de adultos que tienen I/DD y grandes necesidades de apoyo conductual, que se están trasladando a la comunidad desde un lugar con mucha estructura y supervisión. Estos lugares podrían ser un hospital de salud mental, el sistema de cuidado tutelar, la cárcel o un asilo de convalecencia. Estos servicios son *principalmente* para adultos mayores de 21 años. Pero a veces, una persona de 18 a 20 años también puede recibirlos. Combinan servicios residenciales las 24 horas y los 7 días de la semana con tratamiento y apoyo para la salud mental. Las personas suelen estar en este grupo por poco tiempo. Una vez que la persona está estable dentro de la comunidad, se trasladará a un grupo de beneficios diferente que pueda cubrir sus necesidades de forma segura.

- Para el primer año, su límite de costos es en función del costo promedio anual de los servicios en un centro público de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID).
- Para el segundo año y para cada uno de los años posteriores, su límite de costos es en función del costo promedio anual de los servicios en un ICF/IID privado.

  Estos costos anuales promedio cambian todos los años.

  Esto **no** significa que vaya a recibir servicios en un ICF/IID. Employment and Community First CHOICES brinda servicios **en la comunidad.** Estos montos se usan para establecer el límite anual del costo total de los servicios de apoyo que usted puede recibir en la comunidad, es decir, su límite de costos (pero **solo** cuando tiene necesidades médicas o del comportamiento excepcionales).

Si su límite de costos se basa en el costo de la atención que recibe en un centro privado de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales o en un asilo de convalecencia, cualquier servicio de salud en el hogar o de enfermería privada que pague TennCare también se **tomará en cuenta** para calcular su límite. Esta es la única vez que otros servicios de TennCare se consideran para calcular su límite de costos. Con la **excepción** de los servicios de atención médica en el hogar o de enfermería privada para personas con necesidades médicas o conductuales excepcionales, otros servicios de TennCare no se toman en cuenta para calcular su límite de costos.

TennCare recibirá su evaluación y le indicará de cuánto será su límite de costos.

Si tiene preguntas, consulte a su coordinador de apoyo.

Para el primer año que esté en Employment and Community First CHOICES, su límite de costos se "prorrateará". Esto quiere decir que su límite anual de costos se dividirá por los 365 días de un año y luego se multiplicará por la cantidad de días en que estará ese año dentro del programa.

Independientemente de cuánto sea su límite de costos, **no** significa que vaya a recibir servicios hasta la cantidad del límite de costos. Employment and Community First CHOICES solo pagará los servicios que usted debe tener para cubrir sus necesidades en el hogar o en su comunidad.

Esto incluye los servicios que necesita para trabajar, vivir con la mayor independencia posible, formar parte de su comunidad y alcanzar sus objetivos.

Le ayudaremos a utilizar o desarrollar “apoyos naturales” siempre que sea posible. Son personas que pueden darle el apoyo que necesita sin que se les pague, como familiares, amigos y compañeros de trabajo. Aprovechar estos apoyos naturales puede ayudarle a formar relaciones y participar en su comunidad.

Los **tipos** de servicios de apoyo que están incluidos en Employment and Community First CHOICES se enumeran en un gráfico al final de las páginas de este manual. Algunos de estos servicios tienen límites. Esto significa que TennCare solo pagará una cierta cantidad de estos servicios. En el gráfico se indica cómo cada servicio puede ayudarle, qué grupos de beneficios lo cubren y los límites de ese servicio. Si tiene preguntas sobre un servicio, consulte a su coordinador de apoyo.

Apoyo para el empleo

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

- Decidir si quiere trabajar y los tipos de trabajos que le podrían agradar y para los cuales podría desempeñarse bien.
- Probar ciertos trabajos para ver cómo son y qué necesita hacer para prepararse para esos trabajos.
- Escribir un plan para conseguir un trabajo (o abrir su propio negocio) y llevar a cabo ese plan.
- Tener un asesor laboral que lo apoye desde que comience su trabajo hasta que pueda hacerlo por sí mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.
- Conseguir un mejor trabajo, ganar más dinero.
- Entender el impacto que el dinero que gana trabajando tendrá sobre otros beneficios que recibe, entre ellos el Seguro Social y TennCare.

Los servicios de empleo se ofrecen a personas en edad de trabajar en los tres grupos de beneficios. En Tennessee, la edad laboral comienza a los 16 años.

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

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

"Integrado" significa que su trabajo (o negocio si trabaja por cuenta propia) está en la comunidad. Usted trabaja con (o presta servicios a) personas que no tienen discapacidades.

"Competitivo" significa que el salario que gana por su trabajo (o de su negocio, después de los gastos) es *por lo menos* el salario mínimo. Y debe ser el mismo salario que se paga a las personas que no tienen discapacidades y hacen el mismo trabajo.

Para algunas personas, un trabajo podría ser trabajo "a la medida". Esto significa que su proveedor de empleo le ayuda a encontrar o desarrollar un trabajo que es solo para usted. Tienen en cuenta los aspectos que le gustan y para lo que se desempeña bien con las necesidades que tiene un empleador.

Habrá un acuerdo especial entre usted y su empleador para asegurarse de que se satisfacen las necesidades de ambos. Es posible que el empleador acepte cambiar cosas del trabajo para que funcione para usted. Quizás usted haga tan sólo partes de un trabajo, comparta partes del trabajo con otra persona, o haga cosas que nadie más hace. El acuerdo también puede incluir lo siguiente:

- Dónde trabaja.
- Las horas que trabaja.
- Los apoyos que necesita.
- Cuánto le pagan.

Si tiene mayores necesidades de apoyo, "empleo a la medida" puede ayudarle a encontrar un trabajo que sea adecuado para usted.

¿Y si no cree que quiere trabajar? Antes de que se decida, queremos ayudarle a explorar los tipos de trabajos que le pueden gustar y en los que puede hacerlo bien. Queremos ayudarle a entender los beneficios del trabajo y a responder a cualquier pregunta que tenga. Esto se llama **decisión informada sobre el empleo.** Significa que tiene la información que necesita para tomar una buena decisión sobre el trabajo.

Hay dos servicios que puede recibir y le ayudarán a tomar una decisión informada sobre el empleo:

- **Exploración:** le ayuda a decidir si quiere trabajar y qué tipos de trabajos le podrían gustar y en los que se desempeñaría bien, mediante visitas a lugares de trabajo que coincidan con sus habilidades e intereses. También le ayuda (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder sus preguntas sobre el trabajo.

- **Autogestión, apoyo y orientación laboral y comunitaria entre pares:** orientación y apoyo de otra persona con discapacidad que tiene experiencia y formación para ayudarle y responder sus preguntas. Incluye apoyo para ayudarle a:
    - Dirigir su plan de apoyo.
    - Dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su personal a cargo en la atención dirigida por el afiliado).
    - **Analizar y probar** las opciones para trabajar o vivir en la comunidad.

¿Tienes entre 16 y 62 años? Debe aceptar completar el proceso de decisión informada sobre el empleo **antes** de poder recibir ciertos tipos de apoyos para la vida comunitaria independiente. Entonces, puede recibir otros tipos de servicios **al mismo tiempo.** Estos incluyen lo siguiente:

- **Servicios de apoyo para la integración en la comunidad:** le ayudan a hacer cosas en la comunidad que desea hacer. Tomar una clase, unirse a un club, trabajar como voluntario, estar y permanecer saludable, hacer algo divertido, construir relaciones y alcanzar sus objetivos.
- **Capacitación sobre habilidades para la vida independiente:** le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de forma más independiente. Estas habilidades pueden ayudarle a cuidar de usted mismo, de su hogar o de su dinero.

Para completar el proceso de decisión informada sobre el empleo, debe recibir *al menos* el servicio de exploración. También puede *optar por* recibir el servicio de apoyo entre pares.

¿Qué sucede si recibe el servicio de exploración y todavía no quiere trabajar en este momento? Entonces debe firmar una hoja que dice que ha recibido toda la información y que aún no quiere trabajar. Luego, si necesita los servicios de apoyo para la integración en la comunidad o la capacitación sobre habilidades para la vida independiente, puede recibirlos. Pero se limitarán a no más de 20 horas a la semana **combinadas**. Usted solo puede recibir estos servicios si **no** recibe servicios residenciales como Apoyos para la vida comunitaria (incluido el Modelo familiar). Si recibe apoyos para la vida comunitaria, la ayuda para hacer estas cosas está incluida en el servicio residencial que recibe.

Tecnología habilitadora

La tecnología habilitadora es un nuevo servicio (hasta $5,000 por año calendario que se combina con la tecnología de asistencia); la tecnología habilitadora es el uso de diversas formas de dispositivos y tecnologías para respaldar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de soporte remoto y otros dispositivos inteligentes. La tecnología habilitadora puede ayudar a una persona a explorar su trabajo y comunidades, tener más control de su entorno y brindar asistencia remota y recordatorios para ayudar a una persona a vivir de forma independiente.

Preautorización para servicios y apoyos a largo plazo

A veces será necesario que obtenga nuestra **autorización** para sus servicios de salud física o de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) antes de recibirlos, aunque un médico diga que necesita los servicios. Esto se conoce como preautorización. Los servicios que deben tener una preautorización antes de recibirlos solo se pagarán si los autorizamos **antes** de que se los brindemos.

Todos los servicios y apoyos a largo plazo deben ser aprobados antes de que los paguemos. Todos los **servicios de apoyo** deben ser aprobados en su plan de apoyo **antes de recibirlos**. El cuidado en un asilo de convalecencia a veces puede comenzar antes de obtener la **autorización**, pero de todas maneras necesita la **autorización** antes de que lo paguemos. No pagaremos ningún servicio ni apoyo a largo plazo a menos que tenga una **autorización.**

Uso de proveedores de servicios y apoyo a largo plazo que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan

Al igual que los servicios de salud física y salud del comportamiento, usted debe usar proveedores que trabajan con nosotros para la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo. Puede encontrar el directorio de proveedores en línea en **member.uhc.com/communityplan.** O puede llamarnos al **800-690-1606** para pedir una lista. A veces en la lista puede haber proveedores que se hayan inscrito o dado de baja después de la impresión. Sin embargo, el directorio de proveedores en línea se actualiza todas las semanas. También puede llamarnos al **800-690-1606** para averiguar si un proveedor está en nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe recibir los servicios de un proveedor de servicios y apoyos de largo plazo que está en esta lista para que TennCare pague sus servicios y apoyo a largo plazo. Sin embargo, hay ocasiones en las que TennCare pagará para que usted reciba atención de un proveedor de servicios y apoyo a largo plazo que no suele trabajar con nosotros. Pero, primero tenemos que darle autorización para usar un proveedor de servicios y apoyo a largo plazo que no suele trabajar con UnitedHealthcare Community Plan.

Atención dirigida por el afiliado

La atención dirigida por el afiliado es una forma de obtener ciertos tipos de apoyo que necesita en Employment and Community First CHOICES. La atención dirigida por el afiliado le da más opciones y control sobre **quién** le brinda apoyo y **cómo** se lo brinda. En Employment and Community First CHOICES, los servicios que puede gestionar a través de la Atención dirigida por el afiliado son:

- Asistencia personal
- Cuidados de apoyo en el hogar
- Cuidado sustituto
- Transporte comunitario

En la Atención dirigida por el afiliado, usted contrata a las personas que le brindan algunos de los servicios de cuidado; esto quiere decir que trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor). Usted debe ser capaz de hacer las cosas que un empleador haría. Esto incluye tareas como las siguientes:

Contratar y capacitar a sus trabajadores

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que le brindan atención.
- Definir los deberes de trabajo de los empleados.
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores.
- Capacitar a los empleados para que le brinden atención según sus necesidades y preferencias.

Definir y gestionar el horario de sus trabajadores

- Establecer el horario en el cual sus empleados le brindarán la atención.
- Asegurarse de que sus trabajadores registren el horario de entrada y salida mediante un sistema de Verificación Electrónica de Visitas **cada vez** que trabajan.
- Asegurar que sus trabajadores le brinden *únicamente* la atención que haya sido aprobada para usted.
- Asegurar que ningún empleado que trabaja por hora le brinde más de 40 horas de atención en una semana.

Supervisar a sus trabajadores

- Supervisar a sus trabajadores.
- Evaluar el desempeño de sus empleados en el trabajo.
- Resolver problemas o quejas con el rendimiento de sus trabajadores.
- Despedir a un trabajador cuando sea necesario.

Supervisar los salarios y las notas de servicio de los trabajadores

- Decidir cuánto le pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el estado).
- Revisar las horas registradas por sus trabajadores para verificar su exactitud.
- Asegurarse de que haya notas claras en su casa sobre la atención que brindan los empleados.

Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario

- Crear un plan de respaldo por si un empleado no se presenta a trabajar (usted no puede decidir que se quedará sin sus servicios).
- Activar el plan de respaldo cuando sea necesario.

Representante de la Atención dirigida por el afiliado

¿Y si usted no puede hacer todas o algunas de estas cosas? En ese caso, usted puede elegir a un familiar, amigo o una persona cercana para que las haga por usted. A esa persona se la llama “Representante de la atención dirigida por el

afiliado". Si decide unirse a la Atención dirigida por el afiliado y necesita un representante, su coordinador de apoyo le indicará quién reúne las condiciones para ser representante. En la Atención dirigida por el afiliado, la persona que elija no puede recibir pagos por brindar servicios de apoyo. Es importante que elija a alguien que le conozca muy bien y en el que pueda confiar.

Para ser su Representante de la atención dirigida por el afiliado, la persona debe:

- Tener al menos 18 años
- Conocerle muy bien
- Entender los tipos de cuidado que usted necesita y la forma en que usted desea recibir ese cuidado
- Conocer sus horarios y su rutina
- Conocer sus necesidades del cuidado de la salud y los medicamentos que toma
- Estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieren para estar en la Atención dirigida por el afiliado
- Vivir con usted en su casa **o** estar el tiempo suficiente para supervisar al personal. Esto normalmente significa estar presente al menos en una parte del turno de todos los empleados. Pero, puede ser menos tiempo siempre que sea suficiente para asegurarse de que está recibiendo la calidad de la atención que necesita.
- Estar dispuesto a firmar un Acuerdo de representación, en el que se diga que acepta hacer todas estas tareas

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

Usted o su representante recibirá ayuda para hacer algunas de las tareas que debe hacer como empleador. La ayuda será proporcionada por un agente fiscal del empleador (también llamado FEA). Existen 2 tipos de ayuda que recibirá:

- El FEA le ayudará a usted y a sus trabajadores a llenar todos los formularios necesarios. Les pagarán a sus empleados por la atención que proporcionen. Y completarán y enviarán los formularios de impuestos de nómina que tiene que llenar como empleador.
- El FEA contratará a un Agente de apoyo para usted. Un Agente de respaldo es una persona que lo ayudará con las otras tareas que deba hacer como empleador. Esto incluye tareas como las siguientes:

- Escribir descripciones de puestos de trabajo,
- Ayudarles a usted y a sus trabajadores con los trámites y la capacitación
- Programar a los trabajadores de acuerdo con su plan de atención; y
- Crear un plan de respaldo inicial para cuando un trabajador no se presenta a trabajar.

Su agente de apoyo se comunicará con usted por teléfono al menos una vez al mes. Y lo visitarán una vez cada 6 meses. Estos controles garantizan que su salud, seguridad y bienestar no están en peligro. También supervisan la calidad de los servicios que se brindan en la atención dirigida por el afiliado.

Pero su agente de apoyo **no puede** ayudarle a supervisar a sus empleados. Usted o su representante deben poder hacerlo por sí solos.

El tipo y la cantidad de servicios que recibirá depende de lo que necesita para recibir apoyo y ayuda para alcanzar sus objetivos. Esos servicios se indican en su plan de apoyo. No podrá recibir más servicios por su decisión de ingresar en Consumer Direction. Solo puede recibir los servicios que necesita y que se indican en su plan de apoyo.

Puede elegir recibir algunos de estos servicios a través de la atención dirigida por el afiliado **y** recibir algunos cuidados a domicilio de proveedores que trabajan con su plan de salud TennCare. Sin embargo, debe usar proveedores que trabajen con el UnitedHealthcare Community Plan para la atención que no puede recibir a través de la Atención dirigida por el afiliado.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinde apoyo a través de la atención dirigida por el afiliado?

Sí, puede pagarle a un familiar pero no puede:

- Pagar a su cónyuge para que le brinde atención;
- Paga a alguien que vive con usted para que brinde asistencia personal, cuidados de apoyo en el hogar, transporte comunitario o relevo.

Además, Employment and Community First CHOICES no puede pagar a sus familiares o a otras personas para que le brinden la atención que ellos le habrían dado en forma gratuita. Employment and Community First CHOICES solo paga la atención para cubrir las necesidades que los familiares u otras personas que lo ayudan **no pueden** cubrir. Los servicios que usted necesita se indican en su plan de apoyo.

Si está en Employment and Community First CHOICES y necesita servicios que el afiliado puede gestionar, su Coordinador de apoyo le hablará sobre la atención dirigida por el afiliado. Si desea inscribirse en la Atención dirigida por el afiliado, su Coordinador de apoyo trabajará con usted para decidir qué servicios usted gestionará e iniciará el proceso para inscribirlo en la Atención dirigida por el afiliado. Mientras se establece la atención dirigida por el afiliado, recibirá los servicios que están en su plan de apoyo de un proveedor que trabaje con UnitedHealthcare Community Plan, a menos que **usted decida** esperar para que comiencen a trabajar los empleados de la atención dirigida por el afiliado. Si elige esperar esto, debe contar con el apoyo correspondiente para recibir el cuidado que necesita.

Usted puede inscribirse en cualquier momento en la Atención dirigida por el afiliado. Si usted dirige uno o más servicios y decide no estar más en la atención dirigida por el afiliado, **no** dejará de recibir servicios y apoyo a largo plazo. Seguirá estando en Employment and Community First CHOICES. Recibirá los servicios que necesite de un proveedor que trabaje con UnitedHealthcare Community Plan.

Autogestión de tareas de cuidado de la salud

Usted puede dar instrucciones y supervisar a los trabajadores remunerados para que realicen tareas de atención médica por usted. Esto se denomina autogestión de tareas de cuidado de la salud o SDHCT. Un trabajador remunerado realizará tareas como administrarle medicamentos. Usted o la persona designada para tomar decisiones de cuidado de la salud autorizada pueden elegir la tarea. La autogestión de tareas de cuidado de la salud no es lo mismo que la atención dirigida por el afiliado ni la autogestión de servicios basados en el hogar y la comunidad.

Las tareas de la autogestión de tareas de cuidado de la salud las realiza un trabajador dirigido por el afiliado o un profesional de apoyo directo. Este es un

servicio cubierto por ECF CHOICES que el miembro está autorizado a recibir, según la decisión, las instrucciones y la supervisión de un miembro de ECF CHOICES que reciba servicios basados en el hogar y la comunidad o de la persona designada para tomar decisiones de cuidado de la salud autorizada del miembro.

La autogestión de tareas de cuidado de la salud puede realizarse en el hogar de la persona o en el lugar de trabajo o en actividades comunitarias integradas fuera del hogar, como parte de los servicios basados en el hogar y la comunidad.

Hable con su Coordinador de atención si tiene alguna pregunta sobre la independencia en las tareas de atención médica.

Su Coordinador de Apoyo

En Employment and Community First CHOICES, usted tendrá un coordinador de apoyo. Debe saber quién es y cómo contactarlo. El coordinador de apoyo le ayudará a obtener los servicios de salud, salud mental y apoyo que más necesita para vivir en la comunidad y ayudarle a alcanzar sus objetivos.

Su coordinador de apoyo tendrá un papel muy importante. Es su contacto principal y la primera persona a la que debe acudir si tiene alguna pregunta sobre sus servicios.

¿No está seguro quién es su coordinador de apoyo o cómo contactarlo? Puede llamarnos al 800-690-1606.

Su coordinador de apoyo:

- Brindará información sobre Employment and Community First CHOICES y responderá sus preguntas.
- Le ayudará a recibir el tipo de servicios y apoyo a largo plazo correspondientes en el entorno adecuado para que pueda atender sus necesidades.
- Coordinará todas sus necesidades de salud física, salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) y sus servicios y apoyo a largo plazo.
- Le ayudará a solucionar problemas y responder a las preguntas que tenga sobre su cuidado.
- Evaluará por lo menos una vez al año si usted sigue necesitando el nivel de atención que se le brinda en un asilo de convalecencia o, en el Grupo 5, si sigue

estando “en riesgo” de ir a un asilo de convalecencia.

- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que ellos sepan lo que pasa con su atención médica y coordinará la provisión de los servicios.
- Hacer una evaluación integral e individual de su salud y sus necesidades de servicios y apoyo a largo plazo; y
- Elaborar un plan de apoyo centrado en el paciente.

Cómo cambiar de coordinador de apoyo

Si no está a gusto con su coordinador de apoyo y le gustaría tener a otro, puede consultar esto con nosotros. Puede tener otro coordinador de apoyo si hay uno disponible. Esto no significa que pueda elegir a quien usted desee como su coordinador de apoyo. Debemos tener la capacidad para satisfacer las necesidades de todos los miembros de Employment and Community First CHOICES y asignar personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar un coordinador de apoyo diferente, llámenos al **800-690-1606**. Díganos por qué desea cambiar de coordinador de apoyo. Si no podemos asignarle un nuevo coordinador de apoyo, le diremos por qué. Y le ayudaremos a resolver cualquier problema o inquietud que esté relacionada con su coordinador de apoyo.

Puede haber ocasiones en las que UnitedHealthcare Community Plan tenga que cambiar de coordinador de apoyo. Esto puede suceder si su coordinador de apoyo no está más en UnitedHealthcare Community Plan, está de licencia durante un tiempo o tiene demasiados miembros para brindarles la atención que necesitan. Si esto ocurre, UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta para informarle quién será su nuevo coordinador de apoyo y cómo ponerse en contacto.

Puede comunicarse con su coordinador de apoyo en cualquier momento en que tenga una pregunta o preocupación sobre sus servicios y apoyos. No necesita esperar hasta que le visiten o llamen. Debe comunicarse con su coordinador de apoyo en cualquier momento en que tenga un cambio en su estado de salud u otras cosas que puedan afectar al tipo o cantidad de apoyo que necesite. Si necesita ayuda fuera del horario de atención y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **800-690-1606**.

Su plan de apoyo centrado en la persona

En Employment and Community First CHOICES, debe **tener** un **plan** de **apoyo** centrado **en** las **personas (PCSP** o "plan de apoyo" para abreviar). Se trata de un plan que ayuda a orientar los servicios y el apoyo que recibirá. Su plan de apoyo informa a las personas que le apoyarán:

- **lo que le importa a usted:** las cosas que usted realmente considera importantes
- **lo que es importante para usted:** el apoyo que necesita para mantenerse sano y seguro y lograr sus objetivos, y
- **cómo brindarle apoyo** para que esas cosas estén en su vida

Su plan de apoyo debe incluir:

- sus fortalezas y necesidades
- los objetivos que desea alcanzar
- servicios y apoyo (pagados y no pagados) que recibirá para ayudarle a alcanzar sus objetivos
- con qué frecuencia recibe esos servicios y apoyo
- quién se los brindará, y
- los espacios (o lugares) donde se le brindarán.

El coordinador de apoyo ayuda a desarrollar su plan de apoyo. Le ayudará a:

- Identificar los servicios y apoyo que necesita
- Explorar opciones de empleo y formas de ser parte de su comunidad y entablar relaciones
- Decidir qué servicios y apoyo necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos
- Desarrollar y tener acceso a otros servicios y apoyo no pagos que también pueden ayudarle
- Conocer todos los servicios, proveedores y lugares entre los que puede elegir
- Elegir los servicios que recibirá, a su proveedor para cada servicio y los entornos (lugares) donde recibirá los servicios
- Escribir su plan de apoyo sobre la base de sus decisiones, preferencias y necesidades de apoyo, y
- Asegurarse de recibir los servicios de su plan de apoyo

Su plan de apoyo y cómo se desarrolla es muy importante. Employment and Community First CHOICES solo puede pagar los servicios cubiertos que están incluidos en un plan de apoyo aprobado.

Su plan de apoyo se debe desarrollar de manera que garantice lo siguiente:

- Usted dirige el proceso de planificación.
- Usted recibe la ayuda que necesita para dirigir el proceso de planificación.
- Usted es quien toma las decisiones y tiene la información que necesita para tomar esas decisiones.
- Usted cuenta con la ayuda de la familia, amigos, defensores o cualquier otra persona que elija.
- Usted tiene la oportunidad de hablar por sí mismo.
- Usted puede tener a alguien que hable en su nombre y elegir a esa persona.
- Usted tiene y usa los servicios de un intérprete si el idioma que habla o entiende no es el inglés.

Su plan de apoyo también se debe desarrollar de manera que garantice lo siguiente:

- Si lo desea, hablar con su coordinador de apoyo antes de la reunión de planificación.
- Elegir a quién invitar a la reunión (y decidir si **no** quiere que vaya alguna persona).
- La reunión de planificación se programa en el horario y lugar que mejor le quede a usted.
- Tener la oportunidad de ayudar a elegir a los proveedores de servicios **antes** de que empiecen los servicios y en cualquier momento durante el año si usted quiere cambiar de proveedor. UnitedHealthcare Community Plan tratará de brindarle los proveedores que desee. (El proveedor debe ser contratado con su MCO y tener la voluntad y disponibilidad de prestar sus servicios).
- Tener la opción, en cualquier momento, de dirigir (o dejar de dirigir) algunos o todos los servicios que incluye la atención dirigida por el afiliado.
- Que usted firme su plan de apoyo.
- Y, las personas que brindarán los servicios y el apoyo (pagados y no pagados) firman su plan de apoyo declarando su compromiso a aplicar su plan tal como está escrito.

Su plan de apoyo por lo general tiene vigencia por un año. **¿Y si sus necesidades cambian y necesita más apoyo?** Informe a su coordinador de apoyo. Su coordinador de apoyo le ayudará a revisar su plan de apoyo. Podría recibir diferentes servicios en función de cómo han cambiado sus necesidades.

¿Y si necesita servicios que cuestan más que su límite anual o cree que debe tener derecho a un límite máximo de costos más alto? Puede pedir una nueva evaluación. Si la evaluación demuestra que sus necesidades han cambiado, su límite de costos también podría cambiar. Pero no podrá recibir servicios que cuesten más de lo que su evaluación indica que necesita.

Cómo solicitar una revisión de TennCare

Si está en cualquier grupo de Employment and Community First CHOICES, puede pedir a TennCare que evalué sus necesidades o plan de apoyo y cree que no está recibiendo los servicios que necesita. TennCare revisará la evaluación o el plan de apoyo y la información que reunió su coordinador de apoyo. Si TennCare considera que tiene razón, ellos colaborarán con UnitedHealthcare Community Plan para solucionar el problema. Si TennCare cree que usted recibe los servicios que necesita, le enviarán una carta que le explicará por qué. Para solicitar una revisión objetiva de su evaluación de necesidades o su plan de apoyo, puede presentar una solicitud por escrito.

Cómo solicitar una revisión de TennCare 1



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

Guarde una copia de su solicitud. Anote la fecha en que la envió a TennCare.



POR FAX: 615-532-9140

Guarde la hoja que dice que se envió el fax.

Presentar una apelación

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

- Puede apelar si cree que una evaluación no coincide con sus necesidades y considera que debe recibir más servicios u otros servicios.
- Puede apelar si no está de acuerdo con los servicios de su plan de apoyo.
- Puede apelar si un servicio cubierto que quiere y necesita no está en su plan de apoyo.
- Puede apelar si rechazan su solicitud para modificar su plan de apoyo, o si su plan de apoyo no se modifica hasta cierto grado para satisfacer sus necesidades.
- Y, puede apelar si un servicio está en su plan de apoyo aprobado, pero no lo recibe o hay una demora para recibirlo.

El hecho de presentar una apelación no significa que recibirá los servicios que quiere. Pero TennCare volverá a examinar su pedido. Si TennCare determina que el servicio está cubierto **y** que lo necesita, usted recibirá el servicio.

¿Y si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que usted no lo necesita? Podría tener la opción de tener una audiencia imparcial. Para tener una audiencia imparcial, el servicio o los servicios que quiere deben estar cubiertos en el grupo de beneficios de Employment and Community First al que usted pertenece, lo que incluye cualquier límite en el servicio o los servicios y en el costo total de los servicios que puede recibir, es decir, su límite de gastos anuales.

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

Si presenta una apelación para mantener un servicio que ha estado recibiendo, *podría* mantenerlo durante el proceso de apelación. El beneficio debe estar cubierto para seguir recibiendo un servicio durante su apelación. Y además debe tener un plan de apoyo aprobado. TennCare solo puede pagar los servicios que están incluidos en un plan de apoyo aprobado.

No puede recibir un servicio durante su apelación si:

- El servicio no está cubierto.
- No tiene un plan de apoyo aprobado que incluya el servicio, o
- Quiere empezar a recibir un nuevo servicio.

Consulte a la parte 6 de esta guía para obtener más información sobre la interposición de apelaciones

Defensor de miembros para Employment and Community First CHOICES

Además de su de coordinador de apoyo, en UnitedHealthcare Community Plan hay otra persona que le puede brindar ayuda. Esta persona es el Defensor de miembros para Employment and Community First CHOICES. El Defensor de miembros está disponible para:

- Brindar información y responder preguntas sobre Employment and Community First CHOICES.
- Ayudarle a resolver problemas con sus servicios y apoyos.
- Ayudarle a presentar una queja, pedirle que cambie de coordinador de apoyo o recibir los servicios y apoyos que necesita.
- Ayudarle a comunicarse con el personal de UnitedHealthcare Community Plan que corresponde.

Para comunicarse con el Defensor de miembros de UnitedHealthcare Community Plan para Employment and Community First CHOICES, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **800-690-1606**. Pida hablar con el defensor de miembros de Employment and Community First CHOICES.

El pago de sus servicios en Employment and Community First CHOICES

Es posible que tenga que pagar una parte del costo de los servicios que recibe en Employment and Community First CHOICES. Esto se conoce como "responsabilidad del paciente". El importe que usted paga depende de sus ingresos. Usted solo tendrá que pagar si tuvo que establecer un Fideicomiso de Ingresos Calificado (Qualifying Income Trust, QIT) para poder calificar para Medicaid. A veces, un QIT también se denomina fideicomiso Miller. Si tiene una deuda como paciente, debe pagar su deuda en Employment and Community First CHOICES.

Usted pagará la responsabilidad del paciente a su plan de salud, excepto que reciba apoyo para la vida comunitaria. Su plan de salud le indicará cuánto debe y cómo pagar.

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

¿Y si NO paga el monto que debe?

Podrían suceder cuatro cosas:

1. Sus proveedores podrían decidir dejar de brindarle más servicios en Employment and Community First CHOICES.
2. Y si no paga la responsabilidad del paciente, UnitedHealthcare Community Plan podría decidir no brindarle más servicios en Employment and Community First CHOICES. No se podrán cubrir sus necesidades si no puede encontrar proveedores dispuestos a brindarle servicios. Deben enviarle una carta que explique por qué ya no pueden brindarle estos servicios. Si cree que están equivocados, puede apelar. En su carta se explicará cómo apelar.
3. Y si no paga la responsabilidad del paciente, otros planes de salud TennCare podrían decidir no brindarle sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Si eso sucede, usted podría quedar afuera de Employment and Community First CHOICES. Si no puede seguir en Employment and Community First CHOICES, TennCare le enviará una carta explicándole el motivo. Si cree que estamos equivocados, puede apelar. En esa carta se explicará cómo apelar.

4. Y si no puede seguir en Employment and Community First CHOICES, es posible que ya no reúna los requisitos para TennCare. Si la única manera que califica para TennCare es porque recibe servicios en Employment and Community First CHOICES, también podría perder su cobertura de TennCare. Antes de que termine su cobertura de TennCare, recibirá una carta que le explicará cómo apelar si cree que hay una equivocación.

¿Tiene facturas médicas por la atención que recibió ANTES de que comenzara su cobertura de TennCare? Esto incluye atención en un asilo de convalecencia, o copagos o deducibles de **Medicare**.

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

Podríamos restar esas facturas de la responsabilidad del paciente que debe todos los meses. Esto significa que la responsabilidad del paciente será menor. (Incluso podría ser cero). Seguiremos restando esas facturas hasta que se haya restado el costo total de sus facturas médicas.

Las facturas deben ser por la atención que recibió los 3 meses antes al mes en que presentó su solicitud de TennCare. Por ejemplo, si presenta su solicitud para TennCare en abril, las facturas deben ser enero, febrero y marzo.

Pueden ser facturas que usted ya pagó. O pueden ser facturas que todavía no haya pagado. Y esperamos que usted las pague. (Es decir, no tiene otro seguro que las pague). ¿Y si un miembro de la familia o alguna otra persona pagó esas facturas? Envíelas únicamente si esa persona espera que usted le pague.

Si tiene facturas médicas como esta, envíelas a TennCare. Hay dos formas de que nos lleguen.



Por correo a:
TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240



Por fax al:
855-315-0669

En cada hoja que envíe, no se olvide de escribir “for patient liability" ("por responsabilidad del paciente”) e incluir su nombre y número de seguro social.

¿Tiene Medicare u otro seguro que le ayude a pagar su atención a largo plazo?

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

¿Tiene un seguro de atención a largo plazo que le pague **a usted**? En ese caso, usted debe pagar la cantidad que recibe para poder cubrir el costo de sus servicios en Employment and Community First CHOICES. Esto **no** reducirá el monto de ninguna responsabilidad del paciente que usted deba. Usted debe pagar el seguro de atención a largo plazo que recibe **y** la responsabilidad del paciente que deba.

Cancelación de la inscripción en Employment Community First CHOICES

Su inscripción en Employment and Community First CHOICES y la recepción de servicios y apoyo a largo plazo pueden finalizar por varios motivos y también pueden variar dependiendo del Grupo de Employment and Community First CHOICES en el que esté inscrito. Nosotros podemos recomendar la cancelación de la inscripción de un miembro de Employment and Community First CHOICES, pero TennCare tomará la decisión final. Algunas razones por las que podrían cancelar su inscripción en Employment and Community First CHOICES pueden ser:

- Ya no reúne los requisitos para Medicaid.
- Ya no necesita el nivel de atención que se le brinda a través de Employment and Community First CHOICES.
- Usted se niega a permitir que un coordinador de apoyo entre en su casa. Si un coordinador de apoyo no puede ir a su casa, no podemos garantizar su seguridad y buena condición de salud.
- El riesgo de que usted o las personas que brindan atención en su hogar sufran algún daño es demasiado grande.
- Aunque hay proveedores disponibles para brindar atención, ninguno de ellos está dispuesto a brindarle cuidados.
- Usted se niega a recibir servicios que se identifican en su plan de apoyo centrado en la persona como servicios necesarios.
- Ya no necesita y no está recibiendo ningún servicio y apoyo a largo plazo.
- No paga la responsabilidad del paciente.

También se puede cancelar su suscripción si:

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

Su coordinador de apoyo comprobará regularmente para asegurarse de que la atención que recibe en su propia casa o en la comunidad (incluidos los gastos de atención en el hogar y los servicios privados de enfermería) no superen su límite de gastos.

Si la **única** forma en que usted califica para Medicaid es porque recibe servicios y apoyo a largo plazo y se le cancela la inscripción en Employment and Community First CHOICES, su cobertura de TennCare también podría terminar. Antes de que se dé término a su programa, recibirá una carta que le informará por qué. Tendrá la oportunidad de calificar en uno de los grupos que cubre Medicaid.

Renovaciones

Como sucede con todos los programas de Medicaid, tenemos que asegurarnos de que todas las personas sigan siendo elegibles todos los años: esto se conoce como renovaciones. Debemos asegurarnos de que sigue cumpliendo las normas médicas y financieras de Employment and Community First CHOICES. Asegúrese de que TennCare tenga su dirección actual. Si se muda, infórmenos sobre esto de inmediato. Abra su correo y preste atención a las solicitudes de información que TennCare necesita para que su cobertura pueda continuar. Su plan de salud TennCare puede ayudarle si se lo pide. Si usted pierde Employment and Community First CHOICES, debe haber un cupo disponible para que pueda inscribirse nuevamente.

Katie Beckett

¿De qué se trata el Programa Katie Beckett?

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

¿Cómo presento la solicitud para el programa Katie Beckett?

Si su hijo es elegible para TennCare, su hijo no es elegible para el programa Katie Beckett. Hay una cantidad limitada de fondos para atender a las personas cada año. Esto significa que no todos los que quieran presentar la solicitud pueden inscribirse o recibir servicios de inmediato.

¿Conoce a alguien que no está en TennCare y quiera presentar la solicitud el programa Katie Beckett? Debe comunicarse con la Oficina Regional de Admisión del Departamento de Discapacidad y Envejecimiento (DDA) en el área de su estado.

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

Esta oficina les ayudará a averiguar si califica para el programa Katie Beckett.

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

Hay 3 grupos en el programa Katie Beckett.

1. **Katie Beckett Parte A** (o simplemente "**Parte A"**) es para menores que calificarían para el cuidado en una institución médica, como un hospital, asilo de convalecencia o centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID). Pero, en su lugar, quieren recibir atención en su casa.
2. **Medicaid Diversion, también conocido como Katie Beckett Parte B** (o simplemente **“Parte B”**), es para menores que no califican para recibir atención en una institución. Pero están “en riesgo” de entrar en uno, a menos que puedan recibir servicios.

3. **Elegibilidad Continua** (o simplemente **"Parte C"**) es para menores que actualmente tienen Medicaid, pero cuya cobertura de Medicaid está por terminar porque los ingresos o los recursos de sus padres aumentaron. La Parte C puede permitir que el menor conserve Medicaid si califica para inscribirse en la Parte A, pero no hay un cupo abierto para el menor ahora mismo. (A continuación le contamos más sobre los "cupos").

Si un niño se inscribe en la Parte C y luego obtiene una vacante de la Parte A, debe pasar a la Parte A. Ya no se puede quedar en la Parte C.

Límites de inscripción en el programa Katie Beckett

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

La Parte A tiene fondos para atender **a un máximo de** 300 niños. La cantidad real de menores que se atienden en la parte A dependerá del costo de los servicios que necesite cada niño. Si el costo de los servicios es menor al previsto, podemos atender a más niños. Si el costo de los servicios es mayor, atenderemos a menos niños.

La Parte B tiene fondos para atender **a un máximo de** 4,700 niños.

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

¿Cómo decide TennCare quién obtiene un cupo?

Los cupos de la Parte A se llenan en función de la **necesidad.** En primer lugar, se atenderá primero a los niños con las necesidades médicas más complejas. Luego, siguen los niños con las necesidades conductuales más complejas. Y después los niños que cumplen el nivel institucional de atención.

¿Y si hay un empate, es decir, cuando dos niños tienen las mismas necesidades médicas o de salud conductual y solo hay un cupo disponible? TennCare decidirá quién obtiene el cupo en función de lo siguiente:

- Si el estado del niño está empeorando;
- Los tipos de atención médica que ha recibido el niño;
- Los tipos de atención médica y de otra naturaleza que el niño necesita diariamente; y
- Otras cuestiones que afectan a los cuidadores familiares.

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

Las cupos de la Parte B se llenan **por orden de llegada**. Los niños serán inscritos en los cupos disponibles de la Parte B según la fecha en que presentaron la solicitud o fueron incluidos en la lista de espera de la Parte B.

Cómo recibir servicios en el programa Katie Beckett

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

Servicios para la Parte A

Los niños de la Parte A califican para todos los beneficios de Medicaid para menores. Incluye lo siguiente:

- Visitas al médico y a hospitales;
- Atención dental;
- atención de la salud en el hogar;
- Servicios de enfermería a domicilio;
- Suministros y equipos médicos;
- Terapia ocupacional, fisioterapia y logopedia; y
- Transporte médico que no es de emergencia (NEMT).

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

Los niños que están en la Parte A también pueden recibir ayuda adicional para su discapacidad. Esto incluye servicios que ayudan a la familia a cubrir las necesidades de sus hijos en el hogar. Estos se denominan **servicios basados** en el **hogar** y la **comunidad** o **HCBS.** El costo total de HCBS que recibe un niño en la Parte A no

puede superar los $15,000 al año. Este es el límite anual del niño. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año.

Los niños en la Parte A reciben atención hasta el Costo Comparable de la Atención Institucional. En las Partes A y C de Katie Beckett, TennCare ayudará a pagar la atención de su hijo en el hogar. La cantidad que paga TennCare por la atención del niño en el hogar no puede superar lo que costaría brindar atención en una institución. Esto se llama "Costo Comparable de la Atención Institucional". Si la atención de su hijo en el hogar costara más, su hijo no califica para la Parte A o Parte C. Esto está incluido en la ley federal y estatal y en la exención Katie Beckett de TennCare.

El costo de cuidar a su hijo incluye TODOS los cuidados que TennCare paga por visitas al médico, hospitalizaciones y medicamentos recetados. Su hijo recibiría algún tipo de atención en una institución o en su hogar. De esta manera, por el costo del cuidado en su casa, contamos los servicios que un niño no recibiría en una institución. Esto incluye tareas como las siguientes: salud en el hogar, servicios privados de enfermería, equipo médico personal, terapia ambulatoria o en el hogar, servicios de salud mental basados en la comunidad (incluido el tratamiento residencial) y otros servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS).

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

Para Katie Beckett, debe firmar un formulario en el que indica que usted entiende que los costos totales de su hijo no pueden superar el Costo Comparable de la Atención Institucional.

Servicios en la Parte B

Los niños que están en la Parte B no recibirán beneficios de Medicaid. Sin embargo, el niño recibirá servicios (HCBS) para ayudar a la familia a cubrir sus necesidades en el hogar. Esto incluye ayuda para pagar el seguro y atención que el niño necesita y

que el seguro no cubre. El costo total de HCBS que recibe un niño en la Parte B no puede superar los $10,000 al año. Este es el límite anual del niño. Comienza el 1 de enero de cada año y termina el 31 de diciembre de cada año.

Servicios en la Parte C

Los niños que están en la Parte C recibirán todos los beneficios de Medicaid que les corresponde. Los niños que están en la Parte C **no** recibirán HCBS.

Los tipos de servicios cubiertos en cada Parte del programa Katie Beckett se detallan en un gráfico al final de este documento. Algunos de los servicios tienen límites. Esto significa que TennCare solo pagará una cierta cantidad de estos servicios. En el caso de HCBS, el gráfico indica cómo cada servicio puede ayudar a su hijo, qué Partes lo cubren y los límites de ese servicio. Si tiene preguntas sobre un servicio, consulte a su plan de salud TennCare o al DDA.

Preautorización para servicios y apoyos a largo plazo

A veces será necesario que obtenga nuestra **autorización** para sus servicios de salud física o de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) antes de recibirlos, aunque un médico diga que necesita los servicios. Esto se conoce como preautorización. Los servicios que deben tener preautorización antes de recibirlos solo se pagarán si los autorizamos **antes** de que se brinden.

Todos los servicios y apoyos a largo plazo deben ser aprobados antes de que los paguemos. Todos los **servicios de cuidado a domicilio** deben ser aprobados en su plan de apoyo **antes de recibirlos**. El cuidado en un asilo de convalecencia a veces puede comenzar antes de obtener la **autorización**, pero de todas maneras necesita la **autorización** antes de que lo paguemos. No pagaremos ningún servicio ni apoyo a largo plazo a menos que tenga una **autorización.**

Utilice los proveedores de HCBS de Katie Beckett que trabajan con su plan de salud TennCare o con el DDA

Debe utilizar proveedores que trabajen con su plan de salud TennCare (o en la Parte B, con el DDA) para los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). En la Parte A, su plan de salud le explicará cómo encontrar una lista de estos proveedores, que se llama directorio de proveedores. El directorio de proveedores

en línea se actualiza cada semana. También puede llamar a su plan de salud TennCare para saber si un proveedor está en la red. En la parte B, su administrador de casos de Katie Beckett compartirá una lista de proveedores que puede elegir.

¿De qué se trata la atención dirigida por el afiliado?

La Atención dirigida por el afiliado es una forma de obtener **ciertos** tipos de servicios que su hijo necesita en el programa Katie Beckett. La atención dirigida por el afiliado le da más opciones y control sobre **quién** le brinda apoyo a su hijo y **cómo** se lo brinda. En las Partes A y B de Katie Beckett, los únicos servicios que puede gestionar son:

- Cuidado sustituto
- Cuidados de apoyo en el hogar
- Transporte comunitario

En la atención dirigida por el afiliado, usted contrata a las personas que le brindan algunos de los servicios a su hijo; esto quiere decir que trabajan **para usted** (en lugar de un proveedor). Esto significa que debe ser capaz de hacer las cosas que haría un empleador. Esto incluye tareas como las siguientes:

Contratar y capacitar a sus trabajadores

- Buscar, entrevistar y contratar a los trabajadores que le brindan atención.
- Definir los deberes de trabajo de los empleados.
- Preparar una descripción de las funciones para sus trabajadores.
- Capacitar a los empleados para que le brinden atención según sus necesidades y preferencias.

Definir y gestionar el horario de sus trabajadores

- Establecer el horario en el cual sus empleados le brindarán la atención.
- Asegurarse de que sus trabajadores registren el horario de entrada y salida mediante un sistema de Verificación Electrónica de Visitas **cada vez** que trabajan.
- Asegurar que sus trabajadores le brinden *únicamente* la atención que haya sido aprobada para usted.
- Asegurar que ningún empleado que trabaja por hora le brinde más de 40 horas de atención en una semana.

Supervisar a sus trabajadores

- Supervisar a sus trabajadores.
- Evaluar el desempeño de sus empleados en el trabajo.
- Resolver problemas o quejas con el rendimiento de sus trabajadores.
- Despedir a un trabajador cuando sea necesario.

Supervisar los salarios y las notas de servicio de los trabajadores

- Decidir cuánto le pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el estado).
- Revisar las horas registradas por sus trabajadores para verificar su exactitud.
- Asegurarse de que haya notas claras en su casa sobre la atención que brindan los empleados.

Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario

- Crear un plan de respaldo por si un empleado no se presenta a trabajar (para garantizar que se cubran las necesidades de su hijo).
- Activar el plan de respaldo cuando sea necesario.

También tiene que gestionar la atención que su hijo necesita dentro del presupuesto aprobado para cada servicio.

¿Y si usted no puede hacer todas o algunas de estas cosas? En ese caso, usted puede elegir a un familiar, amigo o una persona cercana para que las haga para atender a su hijo. Aprenderá más sobre este tema si elige la atención dirigida por el afiliado.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que le brinde atención a través de la atención dirigida por el afiliado?

Sí. Los trabajadores que contrata pueden ser personas que conozca; es decir, pueden ser familiares o amigos. Pero TennCare no puede pagarle a los familiares o a otras personas para que brinden la atención que ellos le habrían dado en forma gratuita. TennCare solo paga la atención para cubrir las necesidades que los familiares u otras personas que lo ayudan **no pueden** cubrir. Y, **no puede** pagarse a sí mismo ni a nadie que viva en el hogar con su hijo para proporcionar cuidados de relevo o apoyo en el hogar.

Autogestión de tareas de cuidado de la salud

Si está en la atención dirigida por el afiliado, también puede hacer que sus empleados hagan ciertos tipos de tareas de cuidado de la salud para su hijo. Las tareas de atención médica son actividades rutinarias, como tomar los medicamentos recetados, que la mayoría de las personas realizan por sí solas todos los días. Normalmente, si usted no puede realizar las tareas de atención médica por sí solo y no tiene un familiar que las haga por usted, una enfermera autorizada debe realizarlas.

Sin embargo, en la atención dirigida por el afiliado, si su médico lo aprueba, usted puede que sus empleados hagan ciertos tipos de tareas de cuidado de la salud para su hijo. Usted (o su representante) debe poder capacitar a los empleados para que sepan cómo hacer cada tarea de cuidado de la salud, y debe supervisarlos cuando hacen dicha tarea.

Hable con su Administrador de Casos si tiene alguna pregunta sobre la independencia en las tareas de atención médica.

Su administrador de atención de enfermería

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

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

¿No sabe quién es su administrador de atención de enfermería o cómo comunicarse? Puede llamarnos al 800-690-1606.

Su administrador de atención de enfermería:

- Le proporcionará información sobre el Programa Katie Beckett y responderá sus preguntas.
- Le ayudará a recibir el tipo de servicios y apoyo a largo plazo correspondientes en el entorno adecuado para que pueda atender sus necesidades.

- Coordinará todas sus necesidades de salud física, salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) y sus servicios y apoyo a largo plazo.
- Le ayudará a solucionar problemas y responder a las preguntas que tenga sobre su cuidado.
- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que ellos sepan lo que pasa con su atención médica y coordinará la provisión de los servicios.
- Hacer una evaluación integral e individual de su salud y sus necesidades de servicios y apoyo a largo plazo; y
- Elaborar un plan de apoyo centrado en el paciente.

Cómo cambiar el administrador de atención de enfermería

Si no está conforme con su administrador de atención de enfermería y prefiere otro, puede consultarnos. Puede tener otro administrador de atención de enfermería si hay uno disponible. Esto no significa que pueda elegir a quien usted desee como su administrador de atención de enfermería. Debemos tener la capacidad para satisfacer las necesidades de todos los miembros de Katie Beckett y asignar personal de una manera que nos permita hacerlo. Para solicitar otro administrador de atención de enfermería, llámenos al **800-690-1606**. Díganos por qué desea cambiar de administrador de atención de enfermería. Si no podemos asignarle un nuevo administrador de atención de enfermería, le diremos por qué. Y le ayudaremos a resolver cualquier problema o inquietud que esté relacionada con su administrador de atención de enfermería.

Puede haber momentos en los que UnitedHealthcare Community Plan tenga que cambiar su administrador de atención de enfermería. Esto puede ocurrir si su administrador de atención de enfermería ya no trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, está de licencia durante un tiempo o tiene demasiados miembros para brindarles la atención que necesitan. Si esto ocurre, UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta para informarle quién será su nuevo administrador de atención de enfermería y cómo comunicarse.

Puede comunicarse con su administrador de atención de enfermería en cualquier momento en que tenga una pregunta o preocupación sobre sus servicios y apoyos. No necesita esperar hasta que le visiten o llamen. Debe comunicarse con su administrador de atención de enfermería en cualquier momento en que tenga un

cambio en su estado de salud u otras cosas que puedan afectar al tipo o cantidad de apoyo que necesite. Si necesita ayuda fuera del horario de atención y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamarnos al **800-690-1606**.

Su plan de apoyo centrado en la persona

En las Partes A y B de Katie Beckett, cada niño debe tener un plan de apoyo. (En la Parte A, se llama Plan de Apoyo Centrado en la Persona o **PCSP**. En la Parte B, se llama Plan de Apoyo Individual o **ISP**). Se trata de un plan que ayuda a orientar los servicios y brinda apoya al niño. Le informa las personas que le apoyarán:

- lo que le importa a usted: las cosas que usted realmente considera importantes
- lo que es importante para usted: el apoyo que necesita para mantenerse sano y seguro y lograr sus objetivos, y
- cómo apoyarlo para que esas cosas estén en su vida.

Su plan de apoyo debe incluir:

- sus fortalezas y necesidades
- los objetivos que desea alcanzar
- servicios y apoyo (pagados y no pagados) que recibirá para ayudarle a alcanzar sus objetivos
- con qué frecuencia recibirá esos servicios y apoyo
- quién se los brindará, y
- los espacios (o lugares) donde se le brindarán.

Su administrador de atención de enfermería o administrador de casos de Katie Beckett le ayuda a desarrollar su plan de apoyo. Le ayudarán a:

- identificar los servicios y apoyo que necesita,
- explorar opciones de empleo y formas de ser parte de su comunidad y entablar relaciones,
- decidir qué servicios y apoyo necesitará para satisfacer sus necesidades y alcanzar sus objetivos,

- desarrollar y tener acceso a otros servicios y apoyo no pagos que también pueden ayudarle,
- entender todos los servicios, proveedores y lugares entre los que puede elegir,
- elegir los servicios que recibirá, a su proveedor para cada servicio y los lugares donde recibirá los servicios,
- escribir su plan de apoyo sobre la base de sus decisiones, preferencias y necesidades de apoyo, y
- asegurarse de recibir los servicios de su plan de apoyo.

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

Su plan de apoyo debe desarrollarse de manera que garantice lo siguiente:

- Usted ayuda a dirigir el proceso de planificación.
- Usted recibe la ayuda que necesita para dirigir el proceso de planificación.
- Usted es quien toma las decisiones y tiene la información que necesita para tomar esas decisiones.
- Usted cuenta con la ayuda de la familia, amigos, defensores o cualquier otra persona que elija.
- Usted tiene la oportunidad de hablar por sí mismo.
- Usted puede tener a alguien que hable en su nombre y elegir a esa persona.
- Usted tiene y usa los servicios de un intérprete si el idioma que habla o entiende no es el inglés.

Su plan de apoyo también se debe desarrollar de manera que garantice lo siguiente:

- Si lo desea, antes de la reunión de planificación, hable con su administrador de atención de enfermería o con el administrador de casos de DDA de Katie Beckett.
- Elegir a quién invitar a la reunión (y decidir si **no** quiere que vaya alguna persona).
- La reunión de planificación se programa en el horario y lugar que mejor le quede a usted.

- Tener la oportunidad de ayudar a elegir a los proveedores de servicios **antes** de que empiecen los servicios y en cualquier momento durante el año si usted quiere cambiar de proveedor. Su plan de salud o DDA tratará de brindarle los proveedores que desee. (El proveedor debe ser contratado con su plan de salud o DDA y tener la voluntad y disponibilidad de prestar sus servicios).
- Tener la opción, en cualquier momento, de dirigir (o dejar de dirigir) algunos o todos los servicios que incluye la atención dirigida por el afiliado.
- Que usted firme su plan de apoyo.
- Y, las personas que brindarán los servicios y el apoyo (pagados y no pagados) firman su plan de apoyo declarando su compromiso a aplicar su plan tal como está escrito.

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

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

Presentación de una apelación

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

- Puede presentar una apelación si cree que una evaluación no coincide con las necesidades de su hijo y considera que debe recibir más servicio u otros servicios.
- Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con los servicios del plan de apoyo de su hijo.
- Puede presentar una apelación si un servicio cubierto que su hijo necesita no está en su plan de apoyo.
- Puede presentar una apelación si rechazan su solicitud para modificar el plan de apoyo de su hijo, o si el plan de apoyo de su hijo no se modifica hasta cierto grado para satisfacer sus necesidades.
- Y, puede presentar una apelación si un servicio está en el plan de apoyo aprobado de su hijo, pero no lo recibe o hay una demora para recibirlo.

El hecho de presentar una apelación no significa que recibirá los servicios que quiere. Pero TennCare volverá a examinar su pedido. Si TennCare determina que el servicio está cubierto **y** que su hijo lo necesita, su hijo recibirá el servicio.

¿Qué pasa si TennCare decide que el servicio no está cubierto o que su hijo no lo necesita? Podría tener la opción de tener una audiencia imparcial. Para tener una audiencia imparcial, el servicio o los servicios que quiere deben estar cubiertos en el grupo de beneficios al que pertenece su hijo, lo que incluye cualquier límite en el servicio o los servicios y en el costo total de los servicios que puede recibir su hijo, es decir, el límite de gastos anuales de su hijo.

TennCare solo puede pagar los servicios cubiertos en el grupo de beneficios al que pertenece su hijo. Si un servicio no está cubierto, o si usted quiere más de un servicio de lo que está cubierto, TennCare no puede pagarlo.

Si presenta una apelación para mantener un servicio que su hijo ha estado recibiendo, *podría* mantenerlo durante el proceso de apelación. El beneficio debe estar cubierto para seguir recibiendo un servicio durante su apelación. Y, además, su hijo debe tener un plan de apoyo aprobado. TennCare solo puede pagar los servicios que están incluidos en un plan de apoyo aprobado.

No puede recibir un servicio durante su apelación:

- Si el servicio no está cubierto.
- No tiene un plan de apoyo aprobado que incluya el servicio.
- O bien, quiere empezar a recibir un nuevo servicio.

Consulte la parte 6 de este manual para obtener más información sobre la presentación de apelaciones.

Otros requisitos del programa Katie Beckett

Contratar y mantener seguros privados

Para inscribirse en la Parte A, el niño debe tener y mantener un seguro privado. Este es el seguro que sus padres obtienen de su trabajo o adquieren por separado. Si un niño no tiene seguro privado cuando realice la solicitud, TennCare le permitirá inscribirse y esperar al siguiente período de inscripción abierta para adquirir el seguro.

¿Qué pasa si el niño no tiene un seguro privado y no lo tiene antes del 15 de enero del año siguiente? Ya no reunirá los requisitos para la Parte A. ¿Qué ocurre si un niño tiene un seguro privado, pero lo pierde después de inscribirse? Debe informarle a TennCare inmediatamente. Tendrá 60 días después de que finalice para obtener de nuevo un seguro privado.

El nuevo seguro privado debe cumplir las normas federales de cobertura mínima esencial. Si su hijo no tiene seguro de salud privado en la fecha prevista, su hijo ya no podrá quedarse en Katie Beckett.

¿Qué pasa si no puede pagar un seguro privado?

Si un niño que solicita Katie Beckett no tiene seguro privado, la familia puede solicitar una **excepción por dificultades.** Solo se puede aprobar una excepción por dificultades **si** una de estas cosas es cierta:

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

ÚNICAMENTE se dispone de una excepción por dificultades cuando un niño solicita por primera vez Katie Beckett y no tiene ya un seguro privado. No puede pedir una excepción por dificultades si su hijo ya tiene seguro privado O si pierde el seguro privado más tarde.

Si TennCare decide que el niño cumple los requisitos para aplicar una excepción por dificultades, la familia tendrá que comprar un seguro privado para el niño. Pero TennCare ayudará a pagar la parte de ese seguro que corresponde al niño. Para obtener esta ayuda, debe aportar pruebas del costo del seguro privado del niño.

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

El costo del seguro privado para los hijos se calculará dividiendo la prima total por la cantidad de miembros de la familia cubiertos por la póliza. Es probable que esto sobreestime la parte del costo que corresponde al niño, ya que los seguros suelen ser más caros para los adultos. Se trata de un método sencillo que favorece el interés de las familias.

Primas de Katie Beckett Parte A

Para poder reunir los requisitos para la Parte A, los padres del niño deben pagar una prima mensual si sus ingresos superan el 150% del nivel federal de pobreza. El importe de la prima dependerá de los ingresos de la familia, la cantidad de personas en la familia y el costo del seguro privado del niño. El importe que un progenitor pague por la parte del seguro privado correspondiente al hijo se deducirá del importe de la prima de la Parte A. Puede encontrar ejemplos de cómo funciona esto en los sitios web TennCare y DDA de Katie Beckett. Los montos de las primas pueden ajustarse cada año para tener en cuenta los cambios en el nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés).

El primer mes de la prima debe pagarse *antes* de que un niño pueda inscribirse en la Parte A. Si el primer mes de la prima no se paga en un plazo de 60 días, la vacante se asignará a otro niño. Su hijo tendrá que volver a presentar la solicitud a Katie Beckett.

Las familias pagarán las primas mensualmente mediante giro bancario automático. Debe pagar su prima cada mes. Si una familia no paga la prima de la Parte A cada mes, se retirará al niño del programa.

- Si la prima se paga con más de 30 días de retraso, el niño dejará de recibir servicios hasta que se pague.
- Si el pago de la prima tiene más de 60 días de retraso, se retirará al niño de la Parte A.

Se enviará un aviso antes de que ocurra cualquiera de estas cosas. La familia puede presentar una apelación si cree que hay un error.

Si se cancela la inscripción de su hijo en la Parte A por no pagar las primas, tendrá que volver a presentar la solicitud a Katie Beckett. Tendrá que pagar las primas que debe antes de que el niño pueda volver a calificar. Y, tiene que haber una vacante abierta. No se conservará la vacante del niño.

Cancelación de la inscripción en el programa Katie Beckett

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

- No paga las primas a tiempo.
- Su hijo ya no necesita el nivel de atención proporcionado a través del Programa Katie Beckett.
- Su hijo es admitido en una institución médica durante un período de al menos 30 días, a menos que haya motivos razonables para esperar que reciba el alta pronto.
- Se determina que su hijo tiene derecho a Medicaid en otra categoría.

Si se cancela la inscripción de su hijo en el Programa Katie Beckett, su inscripción con TennCare también terminará. Antes de que se dé término a su programa, recibirá una carta que le informará por qué. Tendrá la oportunidad de calificar en uno de los grupos que cubre Medicaid.

Renovación de la cobertura de Katie Beckett cada año

Como sucede con todos los programas de Medicaid, tenemos que asegurarnos de que cada niño siga siendo elegible todos los años: esto se conoce como renovaciones. Debemos asegurarnos de que todavía cumple las normas médicas y financieras para Katie Beckett. Asegúrese de que TennCare tenga su dirección actual. Si se muda, infórmenos sobre esto de inmediato. Abra su correo y esté atento a las solicitudes de información que TennCare o DDA necesita para que la cobertura de su hijo pueda continuar. En la Parte A y la Parte C, su plan de salud TennCare puede ayudarle si se lo pide. Si un niño pierde Katie Beckett, debe haber una vacante abierta para que se inscriba de nuevo. DDA renovará cada año los niños de la Parte B en Katie Beckett.

¿Qué es el abuso, el descuido y la explotación?

Los miembros de TennCare tienen derecho a no sufrir abuso, descuido ni explotación. Es importante que entienda **cómo identificar** y **cómo denunciar** los abusos, el descuido y la explotación.

El **abuso** puede ser...

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

Incluye las lesiones, el confinamiento no razonable, la intimidación o el castigo que da lugar a daños físicos, dolor o angustia mental.

El abuso en todas sus formas es un acto “consciente” o “deliberado”.

El **descuido** es la falta de prestación de los servicios y apoyos necesarios para evitar daños físicos, angustia mental o enfermedades mentales, y que da lugar a lesiones o a un riesgo probable de daños graves.

El descuido puede ser intencionado o no.

La **explotación** significa que el dinero o las pertenencias de alguien se toman, reubican o utilizan mal de forma intencionada. Incluso si solo se los toma por un corto tiempo o la persona da su consentimiento, puede seguir siendo explotación.

La explotación puede incluir…

- Fraude o coacción,
- Falsificación, o
- Utilización no autorizada de efectivo, cuentas bancarias o tarjetas de crédito.

Si cree que usted o alguien que conoce es víctima de abuso, descuido o explotación o que cualquier otro miembro es víctima de abuso, descuido o explotación, informe a su coordinador de atención, coordinador de apoyo o administrador de casos.

Los coordinadores de atención, los coordinadores de apoyo, los administradores de casos y los proveedores deben informar a DDA de cualquier caso sospechoso de abuso, descuido o explotación.

Usted, su familia, las personas que le apoyan o cualquier ciudadano privado pueden denunciar directamente a la Unidad de Investigaciones de DDA, las 24 horas del día, de los presuntos abusos, descuidos o explotación.

La línea telefónica de denuncia de abusos de DDA es: **1-888-633-1313**

No es necesario que se identifique cuando realice la denuncia. El DDA colaborará con las autoridades según sea necesario y con los servicios de protección de adultos y los servicios de protección de niños.

Defensor de la atención a largo plazo

El programa Defensor de la atención a largo plazo del estado ofrece asistencia a las personas que viven en residencias de ancianos u otros entornos residenciales ubicados en la comunidad, como los centros de atención asistida o los centros de atención para adultos en estado grave. Un Defensor de la atención a largo plazo **no** trabaja para el centro, el estado o UnitedHealthcare Community Plan. Esto ayuda a sus integrantes a ser justos y objetivos al momento de resolver problemas y dudas.

El Defensor de la atención a largo plazo de cada zona del Estado puede:

- Proporcionar información sobre la admisión y el alta en los servicios a largo plazo y los centros de apoyo.
- Proporcionar información sobre los derechos y responsabilidades de los residentes.
- Ayudar a los residentes y a sus familias a resolver problemas y a responder preguntas que no hayan podido abordar por sí solos ante el establecimiento. Los problemas pueden incluir:
    - Calidad de la atención,
    - Derechos de los residentes o
    - Admisiones, traslados y altas.

Para averiguar más sobre el programa Defensor de la atención a largo plazo, o para comunicarse con el defensor de su área, llame gratis a la Comisión de la vejez y la discapacidad de Tennessee (Tennessee Commission on Aging and Disability) al **877-236-0013.**

Defensor de Apoyos para la vida comunitaria (Community Living Supports, CLS)

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

Este Defensor trabaja para la Agencia del área para la vejez y la discapacidad (Area Agency on Aging and Disability) de su zona. UnitedHealthcare Community Plan les dará su nombre y le llamarán. Su defensor puede

ayudarle a:

- Comprender sus derechos y responsabilidades. Esto incluye su derecho a decidir si desea estos servicios, quién proporciona sus servicios, dónde vive y con quién vive.
- Ejercer sus derechos cuando necesite ayuda.
- Resuelva sus inquietudes de calidad u otros problemas que no pueda resolver con su proveedor o plan de salud.
- Comunicarse con otros lugares que puedan ayudarle cuando lo necesite.
- Comprender, identificar y denunciar abuso, descuido o explotación.

También puede llamar gratis al 1-866-836-6678 desde cualquier lugar del estado para dirigirse a su Area Agency on Aging and Disabilities (AAAD) más cercana.

Sistema de apoyo a los beneficiarios

TennCare tiene contrato con Disability Rights TN (DRT) para ayudar a las personas que solicitan o se inscriben en CHOICES, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett. Lo denominamos sistema de ayuda a los beneficiarios.

Estas son las cosas con las que DRT puede ayudarle:

- Conseguirle ayuda para que pueda presentar solicitud en CHOICES, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett
- Explicarle sus derechos y responsabilidades.
- Responder a las preguntas sobre TennCare, incluidos CHOICES, Employment and Community First CHOICES o Katie Beckett
- Presentar y resolver inquietudes o quejas
- Presentar apelaciones o averiguar sobre una apelación que ha presentado
- Proporcionar datos sobre audiencias estatales imparciales

Ninguno de los servicios tiene costo. DRT puede trabajar con TennCare y su plan de salud para obtener respuestas si necesita más ayuda.

Puede pedirle ayuda a DRT de la siguiente manera:

Formas de pedir ayuda a DRT

	Complete el formulario en línea. Visite el sitio web de DRT en https://www.ltsshelptn.org/
	**Llame** a DRT gratis al **888-723-8193.**
	**Envíe un correo electrónico** a DRT a esta dirección: benefitshelp@disabilityrightstn.org Asegúrese de poner esto en su correo electrónico: • Su nombre o el nombre de la persona que necesita ayuda • Número al que se le pueda devolver la llamada • Mejor tiempo para devolverle la llamada

DRT tiene servicios de interpretación, traducción y otras ayudas disponibles sin costo para usted. Avísele a DRT si necesita este tipo de ayuda.

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

- Puede obtener información y recursos que le servirán de ayuda.
- Puede que le deriven al equipo de admisión de DRT para más ayuda.
- Puede que le deriven a TennCare, a su plan de salud TennCare o a otra persona para que le indiquen los siguientes pasos. DRT puede ayudarle con dichos pasos.

Parte 4: Cómo funciona el programa TennCare para usted

Qué paga por su atención médica: copagos

Sus copagos

La atención preventiva es una atención que le ayuda a mantener un buen estado de salud a través de chequeos, vacunas, atención durante el embarazo y parto. Este tipo de atención es gratuita siempre. No debe realizar copagos para la atención preventiva. En la Parte 2 figura más información sobre la atención preventiva.

Para otra atención, como internaciones o visitas de niños enfermos, **es probable** que tenga que pagar parte del costo. Los copagos son lo que paga por cada servicio de salud que reciba.

No todos en TennCare tienen copagos. Su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan le indicará si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen de:

- El tipo de TennCare que tiene (TennCare Medicaid o TennCare Standard), y
- En algunos casos, de los ingresos mensuales de su familia antes de impuestos, y
- Cuántas personas de su familia viven con usted.

¿Tiene otro seguro que pague por el cuidado de su salud? Como también tiene TennCare, **solo** paga el copago de TennCare. Más adelante en este manual obtendrá más información sobre cómo funciona TennCare con otros seguros.

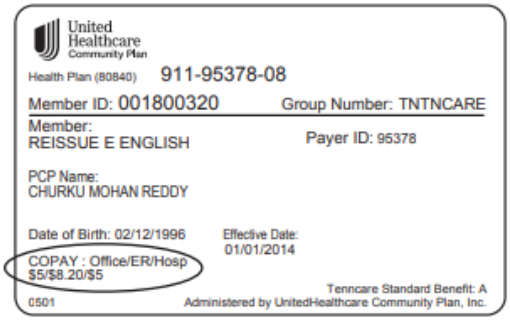
Las mujeres embarazadas **no** tienen copagos por los medicamentos que reciben mientras están embarazadas. Las personas que reciben cuidados para enfermos terminales **no** tienen copagos por los medicamentos recetados que reciben por dicho cuidado. Si está embarazada o recibe cuidados para enfermos terminales, **debe informar** al farmacéutico para que **no** le cobren el copago.

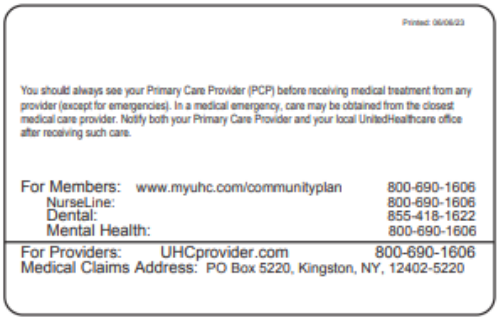
Solo debería abonar su copago por el cuidado que reciba. **No** se le debe facturar el resto del costo de su cuidado. Si le facturan el resto del costo, puede presentar una apelación. Consulte la parte 5 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su cuidado.

Importante: Ninguno de los médicos o proveedores de cuidado de la salud en UnitedHealthcare Community Plan puede negarse a brindarle servicios médicamente necesarios porque no abona sus copagos.

Sin embargo, UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores pueden tomar medidas para recaudar los copagos que debe.

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





Su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan le indica si tiene copagos para médicos, especialistas, visitas al hospital y a la sala de emergencias.

La tarjeta de TennCare Pharmacy Plan le indica si tiene copagos por medicamentos recetados.

Las siguientes páginas le brindan más información sobre los copagos de TennCare y dónde llamar si tiene preguntas.

Copagos de TennCare

¿Paga copagos por un PCP, especialista, visita a la sala de emergencias e internaciones? ¿No está seguro? Verifique su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan o llame a TennCare Connect al **855-259-0701.**

Gráfico de copagos de TennCare

Miembro	Copago de recetas	Copago de PCP (médico general)	Copago de especialista	Uso en sala de emergencias (si no lo ingresan	Copago de internaciones
Niños menores de 21 años de TennCare Medicaid	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Niños menores de 21 años de TennCare Standard, por debajo del 134% del nivel federal de pobreza*	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Niños menores de 21 años de TennCare Standard, del 134% al 199% del nivel federal de pobreza*	$3 de copago para medicamentos de marca; $1.50 de copago para medicamentos genéricos	$5	$5	$8.20	$5
Niños menores de 21 años de TennCare Standard, al 200% y superior del nivel federal de pobreza*	$3 para medicamentos de marca; $1.50 de copago para medicamentos genéricos	$15	$20	$50	$100
Adultos de 21 años o más de TennCare Medicaid que reciben cuidados a largo plazo que paga	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno

Miembro	Copago de recetas	Copago de PCP (médico general)	Copago de especialista	Uso en sala de emergencias (si no lo ingresan	Copago de internaciones
TennCare y podrían recibir cuidados en una institución si lo desean (CHOICES 1, CHOICES 2, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 6, ECF CHOICES 7, ECF CHOICES 8)					
Adultos de 21 años o más de TennCare, que reciben cuidados a largo plazo que paga TennCare y que no reúnen los requisitos para recibir cuidados en una institución (CHOICES 3, algunas personas en ECF CHOICES 4, ECF CHOICES 5)	$3 para medicamentos de marca; $1.50 de copago para medicamentos genéricos	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Adultos de 21 años o más de TennCare Medicaid que **NO** reciben cuidados a largo plazo que paga TennCare	$3 para medicamentos de marca; $1.50 de copago para medicamentos genéricos	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno

*Para saber qué porcentaje del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) corresponde a su grupo familiar, consulte los montos de ingresos en línea en la Guía de referencia de elegibilidad de TennCare: **https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/eligibilityrefguide.pdf**

¿Tiene TennCare Medicaid? Vaya a la página 155.

La siguiente sección solo es importante para los miembros que tienen TennCare Standard.

¿Tiene TennCare Standard?

Para saber lo que debe pagar en copagos por el cuidado de la salud, consulte su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan o llame a TennCare Connect al **855-259-0701.**

Si tiene TennCare Standard, tendrá un límite en el importe total de los copagos que pagará cada trimestre (cada tres meses). Debería haber recibido una carta de TennCare que le informa cuánto es su límite. Los copagos que usted paga por cada niño en TennCare Standard se combinarán para ayudarle a alcanzar su límite cada trimestre.

Así es como TennCare cuenta los trimestres en un año:

1.º trimestre: Enero, febrero y marzo

2.º trimestre: Abril, mayo y junio

3.º trimestre: Julio, agosto y septiembre

4.º trimestre: Octubre, noviembre y diciembre

El **límite** del copago cada 3 meses de su familia se basa en los ingresos que usted informa a TennCare. Este límite es el **máximo** que pagará en copagos cada trimestre.

Asegúrese de mantener los recibos que muestran lo que se le cobró en copagos durante el trimestre. Consérvelos juntos en un lugar seguro porque los necesitará más tarde. **¿Por qué?** Si alcanza su máximo de gastos de su bolsillo en un trimestre, no pagará más copagos por ese trimestre. Pero debe avisarle a TennCare cuando haya alcanzado su límite para el trimestre.

Tan pronto como sus ingresos totalicen su límite durante un trimestre, llame gratis a TennCare Member Medical Appeals al **800-878-3192.** Dígales que ha alcanzado el límite de copago de su familia. Le pedirán que les envíe copias de sus recibos en las que figure su total.

Cada recibo deberá mostrar:

- El tipo de atención que recibió,
- El nombre de la **persona** que recibió la atención,
- El nombre del **médico u otro lugar** que le haya brindado la atención,
- La **fecha** en que recibió la atención, **y**
- El **monto** que le cobraron por la atención.

IMPORTANTE: Un recibo de la caja registradora, Explicación de Beneficios (EOB), o un recibo de la tarjeta de crédito puede no mostrar todo lo que necesitamos.

Después de que TennCare revise sus recibos, recibirá una carta que dice que ha cumplido su límite para ese trimestre. Una vez que reciba esa carta, no tendrá que pagar más copagos por ese trimestre. Cuando comience el nuevo trimestre, volverá a pagar sus copagos.

¿Qué pasa si sus ingresos para el trimestre superan su límite? Llame a TennCare Member Medical Appeals al **800-878-3192.** Infórmeles que ha cumplido con el límite del copago de su familia.

Si sus ingresos cambian o el tamaño de su familia cambia, es probable que sus copagos también cambien. Debe informar de cualquier cambio en el tamaño de la familia o los ingresos a TennCare llamando a TennCare Connect lo antes posible.

¿Tiene preguntas sobre los copagos o su límite trimestral? TennCare Connect también puede responder a estas preguntas. Llámelos gratis al **855-259-0701.**

Cómo funciona TennCare con otros seguros y Medicare

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

La parte 1 de este manual explica la diferencia entre TennCare Medicaid y TennCare Standard. El tipo de beneficios que tiene, si debe pagar un copago y si puede tener otro seguro y seguir teniendo derecho a TennCare dependen del tipo de TennCare que tenga. En esta sección se analizará cómo funciona TennCare con otros seguros.

*¿Tiene Medicare? La siguiente página le dice cómo funciona TennCare con Medicare.

TennCare Medicaid y otros seguros

La mayoría de las personas que **tienen** TennCare Medicaid pueden tener otro seguro de salud. Así es como actúa TennCare Medicaid si tiene otro seguro.

- Su otro **seguro de salud debe pagar primero**, antes de su TennCare. A esto se le denomina su "seguro primario".
- Su TennCare paga por servicios cubiertos que su otro seguro de salud no cubre.

Si tiene otro seguro médico, debe indicar:

- El lugar en el que recibe cuidado de la salud para que puedan facturar el seguro adecuado.
- TennCare Connect para que TennCare sepa sobre su otro seguro de salud.

¿Qué pasa si recibe una factura por servicios que cree que no debe pagar? Si tiene otro seguro además de TennCare, podría deberse a que sus diferentes compañías de seguros de salud no se facturan correctamente. Llámenos al **800-690-1606** para recibir ayuda.

TennCare cubre los servicios de transporte aéreo en ambulancia. Los miembros no tienen un costo de bolsillo por estos servicios. Las compañías de ambulancias aéreas no son las mismas que las compañías de seguros; los miembros no pueden inscribirse en un plan de membresía con una compañía de ambulancias aéreas.

Copagos

Si su seguro primario paga primero por un servicio cubierto por TennCare, solo debe pagar su copago de TennCare.

Por ejemplo: su seguro primario tiene un copago de $25 para una visita al consultorio del PCP. Sin embargo, tiene TennCare Medicaid, y no hay un copago de TennCare para un PCP. ¿Qué ocurre entonces? Su PCP no debe cobrarle el copago, sino que debe presentar la reclamación de su visita con su seguro primario.

TennCare Standard y otros seguros

La mayoría de las personas que tienen TennCare Standard **no pueden** tener otro seguro o tener "acceso" al seguro de salud grupal. **"Acceso al seguro de salud de grupo"** significa que puede obtener un seguro de salud a través de un empleador o algún otro plan de salud de grupo. Para TennCare Standard, no importa cuánto cueste el otro seguro, ni qué servicios cubre. Lo que importa es si el otro seguro se le ha ofrecido o está a su disposición.

Recuerde que TennCare Standard se aplica a los niños menores de 19 años que pierden su TennCare Medicaid. Cuando era el momento de ver si podían mantener TennCare Medicaid, no eran elegibles. Sin embargo, las normas de TennCare Standard dicen que estos niños pueden pasar a TennCare Standard si no tienen acceso a seguro de salud de grupo.

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



Importante: ¿Ha tenido un accidente?

A veces, cuando tiene un accidente, hay otra persona que debe pagar por su cuidado de la salud. Esto podría ser un accidente de auto o un accidente de trabajo.

Usted debe indicarnos quién debe pagar por su cuidado de la salud en caso de accidente. Llámenos gratis al **800-690-1606**.

TennCare y Medicare

Medicare se cuenta igual que el seguro de salud de grupo. Se trata de personas de 65 años o más, y de algunas personas de cualquier edad que, según la Seguridad Social, tienen alguna discapacidad. Las personas con enfermedad renal en etapa terminal también pueden tener Medicare.

Estas son las diferentes partes de Medicare:

La **Parte A** es para internaciones, cuidados en centros de enfermería especializada, cuidados de la salud a domicilio y cuidados para enfermos terminales.

La **Parte B** es para los servicios de su médico y cuidados para pacientes ambulatorios.

La **Parte D** es para los medicamentos con receta.

También hay otras formas de tener Medicare. Estos se denominan **Planes de Salud de Medicare (estos planes a veces se denominan Parte C de Medicare).** Estos planes ponen todas las partes A, B y D juntas para usted en un plan.



Importante: Medicare le cobra por las primas, deducibles y copagos. Si no puede pagar por ellos, puede solicitar un programa llamado **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).**

QMB paga por:

- Sus primas de Medicare.
- El deducible hospitalario que Medicare no paga.
- La parte de cada factura del médico que Medicare no paga.

Presente la solicitud para ser un Beneficiario calificado de Medicare llamando a TennCare Connect al 855-259-0701.

Si tiene Medicare y obtiene SSI, ya tiene QMB. No necesita presentar la solicitud.

Para saber más sobre **Medicare,** llame a **800-633-4 227**. La llamada es gratuita.

Otro lugar que puede ayudarle con Medicare es el Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener ayuda con Medicare, puede llamar gratis al **Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos** al **877-801-0044.**

Si tiene TennCare y Medicare, su TennCare funciona de una manera diferente.

- Su **Medicare es su primer seguro (primario).** Los hospitales, los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud facturarán primero a Medicare.
- **TennCare es su segundo seguro (secundario).** Después de que sus proveedores facturen a Medicare, también facturarán a TennCare por sus copagos y deducibles de Medicare. **Recuerde,** TennCare **no pagará nada** por los medicamentos recetados cuando los adultos tengan Medicare. ¿Es menor de 21 años y tiene Medicare? Siga leyendo para saber cuándo TennCare paga por sus recetas.
- ¿Tiene TennCare Medicaid porque está inscrito en el Programa de Cáncer de Mama y/o Cervical (BCC)? Entonces **tampoco puede** tener Medicare. Si es elegible para Medicare mientras está inscrito en el programa BCC, TennCare le enviará una carta. Allí se le indicará que deben ver si usted es elegible para TennCare Medicaid de otra manera.
- Si necesita cuidado de la salud que no está cubierta por Medicare pero está cubierta por TennCare, acuda a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para esos servicios cubiertos por TennCare, de modo que TennCare pagará por ellos.
- Para los adultos de Medicare de 21 años o más, TennCare **no** paga por los medicamentos recetados. Medicare Parte D pag a por sus medicamentos recetados.
- Para niños menores de 21 años que tienen TennCare y Medicare:
    - Medicare Parte D paga la mayoría de sus medicamentos recetados. TennCare **no** paga el copago por sus recetas de Medicare.
    - TennCare pagará solo los medicamentos cubiertos por TennCare que Medicare no cubre.

Parte 5:

Ayuda para problemas con su cuidado de salud o TennCare

Tipos de problemas y qué puede hacer

Puede tener diferentes tipos de problemas con el cuidado de su salud.

Puede arreglar algunos problemas simplemente al hacer una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas relacionados con el cuidado de su salud, llame al **800-690-1606** para obtener ayuda.

Algunos problemas pueden demorar más tiempo en arreglarse. Aquí hay algunos ejemplos de diferentes tipos de problemas y formas de resolverlos.

¿Necesita una nueva tarjeta TennCare?

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

- Para obtener una nueva tarjeta UnitedHealthcare Community Plan, llame al **800-690-1606**.
- Para obtener una nueva tarjeta de receta, llame al servicio de asistencia de farmacia de TennCare al 888-816-1680.

No tiene que esperar a obtener su nueva tarjeta para recibir atención médica o medicamentos. **Informe a su médico o a la farmacia de que tiene TennCare.**

¿Necesita encontrar un médico o cambiar de médico?

Puede aprender a encontrar un nuevo médico en la parte 1 de este manual.

¿Está cambiando porque no está conforme con el médico que tiene? Infórmenos. Llámenos al **800-690-1606**. Queremos asegurarnos de que reciba una buena atención.

¿Necesita presentar una queja sobre su atención?

Si no está conforme con el cuidado que está recibiendo, llámenos al **800-690-1606**. Avísenos que hay que presentar una queja.

Nadie puede hacerle daño si presenta una queja. Queremos ayudarle a tener una buena atención.

¿Necesita ayuda con un traslado a su cita para el cuidado de la salud?

Si no tiene una forma de llegar a sus visitas de salud, es probable que TennCare pueda organizar su traslado. ¿Necesita ayuda con un traslado? ¿Tiene problemas para organizar su traslado o para llegar a su cita a tiempo? Llámenos al **800-690-1606** para informarnos que necesita ayuda.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

Si quiere cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir cuidado de la salud, avísenos. Llámenos al **800-690-1606**. Lo ayudaremos a solucionar el problema. **No tiene** que cambiar de plan de salud para recibir la atención que necesita.

- ¿Quiere cambiar de plan de salud para que pueda ver a un médico que trabaje con ese plan?
- **RECUERDE LO SIGUIENTE:** Debe asegurarse de que todos sus médicos trabajan con su nuevo plan de salud. Solo podrá ver médicos que trabajen con su plan nuevo.
- **¿Qué pasa si tiene una aprobación de su plan de salud para una atención que no ha recibido?** Si cambia de plan y sigue necesitando la atención, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan.

Compruebe estas cosas antes de decidir cambiar de plan de salud:

- ¿El médico que necesita trabaja con el plan de salud al que se quiere cambiar?
- ¿El médico al que se quiere cambiar acepta nuevos miembros de TennCare?

Hay dos ocasiones en las que es fácil cambiar su plan de salud.

1. Cuando adquiere TennCare por primera vez, tiene **90** días para cambiar su plan de salud. Cuando adquiere TennCare, le envían una carta. En esa carta se le indica cómo cambiar su plan de salud en los primeros 90 días.
2. Una vez al año durante su **"mes de inscripción abierta**". El momento en el que puede cambiar depende de dónde viva.

Busque su condado a continuación:

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

  De ser así, **solo** podrá cambiar su plan de salud durante el mes de **marzo.** Su nueva asignación del plan de salud comenzaría el 1.º de mayo. Hasta entonces, seguiríamos brindándole la atención.

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

  De ser así, **solo** podrá cambiar su plan de salud durante el mes de **mayo.** Su nueva asignación del plan de salud comenzaría el 1.º de julio. Hasta entonces, seguiríamos brindándole la atención.

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

  De ser así, **solo** podrá cambiar su plan de salud durante el mes de **julio.** Su nueva asignación del plan de salud comenzaría el 1.º de septiembre. Hasta entonces, seguiríamos brindándole la atención.

IMPORTANTE: Tiene hasta el **último día** de su mes de inscripción abierta para pedir que cambien su plan de salud.

Otras razones por las que puede pedir que cambien su plan de salud son las siguientes:

- Tiene familiares en el plan de salud al que se quiere cambiar
- **O,** TennCare cometió un error al darle un plan de salud que no trabaja en la zona donde vive.
- **O,** se mudó y su plan de salud no trabaja en la zona donde vive ahora.

¿Recibe LTSS (Servicios y Apoyo a Largo Plazo)? También puede pedir que se cambien los planes de salud si la atención que necesita no está disponible en su plan actual, sino en un plan de salud diferente. Las normas sobre situaciones de dificultad que se indican a continuación también se aplican a LTSS CHOICES y Employment and Community First CHOICES.

Es posible que pueda cambiar su plan de salud si está pasando por alguna dificultad. Pero para cumplir los requisitos para una excepción por dificultades, todo lo que aparece a continuación debe ser cierto en su caso:

1. Tiene una afección médica que requiere cuidados difíciles, extensos y continuos, y
2. Su especialista** ya no trabaja con su plan de salud, y
3. Su plan de salud no cuenta con un especialista que pueda brindarle los cuidados que necesita, y
4. Su plan de salud no puede trabajar con su especialista para brindarle los cuidados que necesita, y
5. Su especialista trabaja con el plan de salud al que desea cambiarse, y
6. El plan de salud al que usted quiere cambiarse está aceptando nuevos miembros de TennCare.

Para pedirle a TennCare que cambie su plan de salud, debe indicarle:

- Su **número de Seguridad Social.** Si no tiene ese número, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, el día y el año.
- El nombre del plan de salud que quiere.
- Y, la razón por la que quiere cambiar de plan de salud.

** Un **especialista** es un médico que brinda cuidado para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico que trata los problemas cardíacos. Otro es un oncólogo, que es un médico que brinda tratamiento contra el cáncer. Hay muchos tipos diferentes de especialistas.

Llame a TennCare Member Medical Appeals al **800-878-3192.** Indíqueles que quiere cambiar su plan de salud.

O puede escribirles en papel. Si escribe a TennCare Member Medical Appeals, asegúrese de decirles:

- Su nombre (nombre de pila, inicial del segundo y apellido)
- Su número de Seguridad Social
- El nombre del plan de salud mencionado anteriormente al que desea cambiarse
- El nombre y el número de seguridad social de cualquier otra persona de su familia que también necesite cambiarse a este plan de salud
- Su número de teléfono al que podamos comunicarnos durante el día y el mejor momento para llamar.



Envíe su solicitud por correo postal a:

TennCare Member Medical Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-0593



Por fax al:

888-345-5575

¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos recetados?

La parte 2 de este manual le indica cómo funciona TennCare para medicamentos con receta.

¿Necesita que un médico le recete un medicamento?

¿Qué pasa si necesita encontrar un médico o su médico no le receta el medicamento que necesita? Llámenos al **800-690-1606**.

¿Necesita la aprobación de TennCare para obtener su medicamento? Se denomina "autorización previa" (Prior Authorization, PA).

Si su medicamento necesita una aprobación, llame a su médico. Pida a su médico que:

- Llame al Programa de Farmacia de TennCare para obtener la aprobación de TennCare para este medicamento
- O, cambie su receta por una que no necesite una aprobación.

¿Qué sucede si su médico no pide la aprobación de TennCare o no cambia su receta? Entonces, puede pedir a TennCare que apruebe su medicamento. Llame al **800-639-9156**.

¿Qué pasa si su médico le pide una aprobación y TennCare dice que no?

Puede pedir a su médico que le recete un medicamento diferente que no necesita una aprobación. O, si piensa que TennCare cometió un error, presentar una apelación. Tiene 60 días después de que TennCare diga que **no** para apelar. Para más información sobre cómo apelar, consulte la parte 6 del presente manual.

¿Recibió una carta que indicaba que solicitó a TennCare que pagara más de 2 medicamentos de marca este mes?

- Llame a su médico para ver si necesita **todos** los medicamentos que está tomando.
- **¿Qué sucede si dice que sí?** Entonces pídale a su médico que le ayude a elegir los medicamentos más importantes.

  O bien, puede pedir a su farmacia que le ayude a elegir los medicamentos más costosos. Cada mes, consiga esos medicamentos **primero** para que TennCare pague por ellos.
- Puede preguntar a la farmacia o a su médico si su medicamento está en las **Listas de Exención** Automática. (Estas son las listas de TennCare de medicamentos que no contarán en su límite de recetas.)
- Incluso si ha recibido **2** medicamentos de marca en 1 mes, todavía **puede** conseguir los medicamentos de esas listas.
- Si pidió a TennCare que pagara por demasiados **medicamentos de marca,** pídale a su médico que le **recete medicamentos genéricos.**

Para obtener más información sobre las Listas de Exención Automática, consulte las partes 2 y 5 de este manual. Para obtener una lista actual de ambos, vaya a: **https://contenthub-aem.optumrx.com/content/dam/contenthub/onboarding/assets/Tenncare/AutoExempt-Attestation-Drug-List.pdf**

O, si cree que TennCare cometió un error al contabilizar sus recetas este mes, puede presentar una apelación. En su apelación, indíquele a TennCare:

1. Su **número de Seguridad Social.** Si no tiene ese número, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, el día y el año.
2. El **tipo de medicamento** sobre el que presenta una apelación.
3. Y la **razón por la que quiere presentar una apelación: que piensa que TennCare cometió un error al contabilizar sus recetas este mes.** Cuéntenos todo lo que pueda sobre el problema.

Asegúrese de incluir cualquier error que crea que TennCare cometió. Envíe copias de cualquier documento que considere que puede ayudarnos a comprender su problema. Puede presentar una apelación por correo, fax o teléfono. Para más información sobre la forma de presentar una apelación., consulte la parte 6 del presente manual.

¿La farmacia dijo que ya no tiene cobertura de recetas de TennCare?

Esto puede ocurrir por dos motivos:

1. Para los adultos que tienen **Medicare** y TennCare, TennCare ya no paga por las recetas. Debe obtener su medicamento a través de la Parte D de Medicare. Para recibir ayuda con la Parte D de Medicare, llame a la Parte D de su plan. O puede llamar a **Medicare** al **800-633-4227.** A veces su farmacia también puede ayudarle con la Parte D de Medicare.
2. Si usted es un adulto con TennCare Standard, su TennCare no paga por sus recetas. Para ver si puede recibir otra ayuda con su medicamento, llame a CoverRX al **866-268-3786.**

¿La farmacia dijo que no pueden surtir sus recetas porque no tiene TennCare? Antes de que finalice TennCare, recibirá una carta por correo. La carta le indicará por qué termina su cobertura de TennCare. También se le dirá cómo presentar una apelación. Pero, si se muda y no le dice a TennCare, es posible que no reciba la carta. Es posible que no se entere de que su cobertura de TennCare ha finalizado hasta que vaya a la farmacia.

¿Cree que TennCare cometió un error? Llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701.** Ellos pueden decirle si tiene TennCare, o si terminó. Si piensa que TennCare cometió un error, pueden decirle si todavía tiene tiempo para apelar.

¿Necesita ayuda para obtener sus servicios para el cuidado de la salud?
La parte 2 de este manual indica los servicios que paga TennCare.

En caso de problemas relacionados con la salud física o del comportamiento (salud mental, trastorno por consumo de alcohol o sustancias), llámenos siempre primero al **800-690-1606.**

Si todavía no puede recibir el cuidado que necesita, puede llamar a **TennCare Member Medical Appeals** al **800-878-3192.** Llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora central. Pero si tiene una emergencia, puede llamar en cualquier momento.

¿Necesita una aprobación antes de que TennCare pague por su cuidado de la salud? Eso se denomina "autorización previa" (Prior Authorization, PA). Si su atención necesita una aprobación, llame a su médico. Su médico tiene que pedirnos la aprobación.

¿Dijimos que no cuando su médico pidió una aprobación para su atención?
Llame a su médico y/o a su proveedor de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) y dígale que hemos dicho que no.

Si usted o su médico piensan que cometimos un error, puede presentar una apelación. Tiene 60 días después de que su plan de salud diga que **no** para presentar una apelación. En la parte 6 del presente manual figura información sobre apelaciones.

¿Ha pagado por cuidado de la salud que cree que TennCare debe pagar? O, ¿le están cobrando por cuidado de la salud que cree que TennCare debe pagar?

A veces puede recibir una factura si el médico no sabe que tiene TennCare. Cada vez que recibe atención, **debe**:

- Avisarle al médico u otro lugar en el que recibió cuidado que tiene TennCare.
- Muéstreles su tarjeta de TennCare.

Si usted ha recibido cuidado de la salud por el que cree que TennCare debe pagar, llámenos al **800-690-1606.** Si está recibiendo facturas por el cuidado, podemos ayudarle a averiguar por qué. Si pagó por la atención, veremos si podemos devolverle el dinero.

O puede presentar una apelación. Si recibe facturas, tiene 60 días desde que recibe su primera factura para apelar. Si pagó la atención, tiene 60 días después de que pague para apelar.

En la parte 6 del presente manual figura información sobre apelaciones.

Formas de terminar su TennCare

1. Puede pedir que finalice su TennCare por correo o por teléfono.



POR CORREO: Envíe una carta a TennCare Connect que indique que quiere terminar con su TennCare.

Incluya su nombre, número de seguridad social y asegúrese de **firmar** la carta.

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



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

Avíseles que quiere terminar su TennCare.

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

¿Quiere finalizar TennCare para otros miembros de la familia? Coloque también sus nombres y números de la Seguridad Social en la carta.

	**Por correo a:** TennCare Connect P.O. Box 305240 Nashville, TN 37230-5240
	**Por fax al:** 855-315-0669

2. Otras formas de que su TennCare puede terminar:

- Si algo cambia para en su vida y ya no cumple las normas de TennCare.
- Si deja que otra persona utilice su tarjeta de TennCare.
- Si no sigue las normas de UnitedHealthcare Community Plan o TennCare, más de una vez.
- Si no completa su Paquete de Renovación para su TennCare cuando se le pide. **Los miembros de TennCare deben renovar su TennCare cada año.** Cuando sea el momento de ver si todavía reúne los requisitos para TennCare, TennCare le enviará una carta y un Paquete de Renovación por correo.

Antes de que finalice su TennCare, recibirá una carta por correo. La carta le indicará por qué finaliza su TennCare. También le indicará cómo presentar una apelación si cree que hemos cometido un error.

Programa TennCare Advocacy



Importante: ¿Necesita más ayuda para el cuidado de su salud? ¿O necesita más ayuda para el cuidado de la salud mental o con el tratamiento por abuso de drogas o alcohol? ¿O ayuda con otros problemas de TennCare?

Llame al programa TennCare Advocacy. Llámelos gratis al 800-758-1638.

Parte 6: Apelaciones de TennCare

Apelaciones de TennCare

Una apelación es una forma de asegurarse de que TennCare tome decisiones con la información correcta. Al apelar, usted solicita explicarle a un juez cuál es el error que usted considera que TennCare cometió. Esto se llama **audiencia imparcial**.

En la parte 7 de este manual se explican más su derecho a apelar y su derecho a una audiencia imparcial.

Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura médica de TennCare o UnitedHealthcare Community Plan. Esto se denomina apelación del servicio médico.

También puede presentar una apelación si no puede obtener o mantener TennCare. Esto se llama apelación de elegibilidad.

Apelaciones del servicio médico

Las apelaciones del servicio médico son para las personas que tienen TennCare. Las apelaciones del servicio médico son por problemas como conseguir que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que necesita, o que le asignen al plan de salud que desea. Las apelaciones del Servicio Médico se dirigen a TennCare Member Medical Appeals. La página 173 le ofrece más información sobre la presentación de una apelación del servicio médico.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si se deniega la solicitud de su médico para obtener un medicamento o servicio médico. UnitedHealthcare Community Plan también enviará una carta si intentamos detener o reducir la atención que ha estado recibiendo. La carta le indicará cómo puede presentar una apelación.

Siempre que necesite un servicio que UnitedHealthcare Community Plan ha negado, tiene derecho a solicitar una apelación a TennCare. Si tiene problemas para obtener cuidado de la salud, llámenos siempre primero al **800-690-1606.**

Si **todavía** no puede recibir el cuidado que necesita, puede presentar una apelación médica llamando a **TennCare Member Medical Appeals** al **800-878-3192.**

Tiene 60 días después de descubrir que hay un problema para presentar una apelación. Por lo tanto, si recibe una carta de denegación de UnitedHealthcare Community Plan, tiene 60 días desde la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación.

- Para el cuidado o los medicamentos que todavía necesita, tiene **60 días** después de que TennCare o UnitedHealthcare Community Plan diga que no pagaremos por el cuidado.
- Por las facturas de cuidado de la salud que piensa que TennCare debe pagar, tiene **60 días** después de recibir su primera factura.
- Para el cuidado que usted pagó, tiene **60 días** después de pagar por el cuidado.

Cómo mantener su cuidado durante su apelación (continuación de los beneficios)

Si ya está recibiendo cuidado, es probable que pueda seguir recibiéndolo durante su apelación. Para seguir recibiendo cuidado durante su apelación, deben cumplirse **todas** estas condiciones:

1. Debe apelar en la fecha en que su cuidado se detendrá o cambiará o dentro de los 10 días siguientes a la fecha de la carta de su plan de salud (la fecha que sea posterior).
2. Debe decir en su apelación que quiere seguir recibiendo la atención durante la apelación.
3. La apelación debe ser por el **tipo** y la **cantidad** de cuidado que ha estado recibiendo que se ha detenido o cambiado.
4. Debe tener una orden de un médico para el cuidado (si es necesario).
5. El cuidado debe ser algo que TennCare todavía cubre.

IMPORTANTE: ¿Qué sucede si quiere seguir recibiendo cuidado **durante** su apelación y pierde su apelación? Puede que tenga que pagar a TennCare por el cuidado que recibió durante su apelación.

¿Cree que tiene una emergencia?

Generalmente, una apelación se resuelve en un plazo de **90 días** después de que usted la presenta. Sin embargo, si usted tiene una emergencia y su plan de salud está de acuerdo en que lo haga**,** recibirá una apelación rápida. La apelación rápida se decidirá en aproximadamente una semana. Podría demorar más si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos.

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

Si una de esas cosas se aplica a su caso, puede pedir a TennCare una apelación rápida. Su **médico** también puede solicitar este tipo de apelación por usted. Pero la ley requiere que su médico tenga **su permiso (aprobación) por escrito.** Escriba **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que presente una apelación de su parte** por escrito. A continuación, envíelo por fax o correo a TennCare Member Medical Appeals (ver **más abajo**).

¿Qué pasa si no envía a TennCare su aprobación y su médico pide una apelación rápida? TennCare le enviará una página para completar, firmar y enviarnos de vuelta.

Después de dar su aprobación por escrito, su médico puede ayudarle al completar un certificado de apelación rápida del proveedor como el que aparece en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es de emergencia, su médico puede firmar el certificado de apelación rápida del proveedor. Su médico debe enviar el certificado por fax al **888-345-5575.**

TennCare y su plan de salud examinarán su apelación y decidirán si debe acelerarse. **De ser así**, obtendrá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde, podría tomar algunos días más si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos. Sin embargo, si su plan de salud decide que su apelación no debe acelerarse, entonces obtendrá una decisión de audiencia en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación.

Cómo presentar una apelación médica

Presentar una apelación médica



POR TELÉFONO: Puede llamar gratis a TennCare Member Medical Appeals al 800-878-3192. Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora central.



POR CORREO: Puede enviar un escrito de apelación **o** una carta acerca de su problema a:

TennCare Medical Member Appeals
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-0593

Para imprimir un escrito de apelación desde Internet, visite: **https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf.**

Si recibe la aprobación, alguien más como un amigo o su médico puede completar la página.

Si necesita otra página de apelaciones médicas o quiere que TennCare le envíe una, llame a **TennCare Member Medical Appeals** al **800-878-3192.** O puede presentar su apelación por escrito.

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



POR FAX: Puede enviar por fax su página o carta de apelación de forma gratuita al 888-345-5575.

Conserve el documento que muestra que su fax se envió correctamente.

Para todas las apelaciones médicas, TennCare necesita:

1. Su **nombre** (el nombre de la persona que quiere apelar sobre su cuidado o medicamento).
2. Su **número de Seguridad Social.** Si no tiene el número de SSN, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, el día y el año.
3. La **dirección** en la que recibe su correo.
4. El **nombre** de la persona a la que llamar si TennCare tiene una pregunta sobre su apelación (puede ser usted, o alguien más).
5. Un **número de teléfono** al que podamos comunicarnos durante el día por esa persona (puede ser su número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).

¿Qué más necesita TennCare para analizar su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial sobre los problemas de cuidado de la salud, **debe hacer ambas cosas:**

- Debe informar a TennCare **los datos** que TennCare necesita para procesar su apelación.
- Y debe informar a TennCare cuál es **el error** que usted considera que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, significa que TennCare pagará por este cuidado.

Dependiendo de la razón por la que presenta una apelación médica, aquí hay algunos otros tipos de información que debe decirle a TennCare:

¿Está presentando una apelación por cuidado o medicamentos que todavía necesita? Indíquele a TennCare:

- El tipo de cuidado de la salud o medicamentos por los que está presentando la apelación;
- Y la razón por la que quiere apelar. Dígale a TennCare todo lo que pueda sobre el problema. Asegúrese de decir qué error cree que cometió TennCare. Envíe copias de cualquier documento que considere que puede ayudar a TennCare a entender su problema.

¿Está presentando una apelación porque quiere **cambiar de plan de salud**? Indíquele a TennCare:

- El nombre del plan de salud que quiere; y
- La **razón por la que quiere cambiar de plan de salud.**

¿Está presentando una apelación por **cuidado que ya ha recibido** y piensa que TennCare debe pagar? Indíquele a TennCare:

- La **fecha** en la que recibió el cuidado o el medicamento por el que quiere que pague TennCare.
- El nombre del **médico** u **otro lugar** que le haya brindado el cuidado o el medicamento.

  (Si lo tiene, incluya la **dirección** y el **número de teléfono** del **médico** u **otro lugar** que le haya brindado el cuidado).
- **Si pagó por el cuidado o el medicamento**, también entréguele a TennCare **una copia de un recibo** que demuestre que pagó. Su recibo debe mostrar:
  - El **tipo de cuidado** que recibió que quiere que pague TennCare
  - Y el nombre de la **persona** que recibió el cuidado
  - Y el nombre del **médico u otro lugar** que le haya brindado la atención
  - Y la **fecha** en que recibió el cuidado
  - Y el **monto** que pagó por el cuidado
- Si está recibiendo una factura por el cuidado o el medicamento, dé a TennCare una copia de una factura. Su factura debe mostrar:
  - El **tipo de cuidado** que se le está facturando
  - Y el nombre de la **persona** que recibió el cuidado
  - Y el nombre del **médico u otro lugar** que le haya brindado el cuidado
  - Y la **fecha** en que recibió el cuidado
  - Y el **monto** que se le está facturando

¿Qué hace TennCare cuando presenta una apelación por un problema de cuidado de la salud?

1. **Cuando TennCare reciba su apelación, le enviarán una carta que indicará que recibió su apelación.** Si usted pidió seguir recibiendo su cuidado durante su apelación, dirá si puede seguir recibiendo dicho cuidado. Si ha pedido una apelación de emergencia, dirá si puede tener una apelación de emergencia.

2. **Si TennCare necesita más datos para trabajar su apelación, recibirá una carta que indicará qué datos le hace falta.** Debería darle a TennCare todos los datos que pide lo antes posible. Si no lo hace, su apelación puede terminar.
3. **TennCare debe resolver una apelación regular en 90 días.** Si tiene una apelación de emergencia, ellos tratarán de tomar una decisión en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus registros médicos).
4. **Para decidir sobre su apelación, es posible que necesite una audiencia imparcial.** Para tener una audiencia imparcial, debe decir que TennCare cometió un error que, si tiene razón, significa que recibirá el cuidado de la salud o el servicio que está pidiendo. Es posible que **no** tenga una audiencia imparcial si solicita cuidado o servicios que no están cubiertos por TennCare. Una audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que cree que cometió TennCare. Si TennCare dice que puede tener una audiencia imparcial, recibirá una carta que le indicará cuándo será su audiencia.

¿Qué ocurre en una audiencia imparcial sobre problemas de cuidado de la salud?

1. **Su audiencia** puede ser por teléfono o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen:
    - Un juez administrativo
    - Un abogado de TennCare
    - Un testigo de TennCare (alguien como un médico o enfermera de TennCare)
    - Puede hablar por sí mismo. O, puede traer a alguien más, como un amigo o un abogado, para hablar por usted.
2. **Durante la audiencia,** puede decirle al juez el error que cree que TennCare cometió. Puede proporcionar al juez datos y pruebas sobre su salud y atención médica. El juez los escuchará a todos.
3. **Después de la audiencia,** recibirá una carta que le indicará la respuesta del juez. ¿Qué pasa si el juez dice que usted ganó su apelación? TennCare debe estar de acuerdo en que es la decisión correcta basada en los hechos de su caso. La ley federal dice **que la decisión de un juez no es definitiva hasta que TennCare la aprueba.** Si TennCare anula la decisión de un juez, debemos explicarle por qué por escrito. La carta le dirá qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de TennCare.

Recuerde, en la parte 7 de este manual puede encontrar más información sobre sus derechos a una audiencia imparcial.

Apelaciones de elegibilidad - Obtención o mantenimiento de TennCare y otros problemas de TennCare

Una apelación sobre problemas de TennCare *distintos del cuidado de la salud* se denomina **apelación de elegibilidad.** Se presenta una apelación de elegibilidad a TennCare Connect y luego se dirige a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad de TennCare.

Se utiliza una apelación de elegibilidad para problemas de TennCare como:

- Recibe una carta que dice que su TennCare terminará,
- O, su TennCare ha terminado pero no recibió una carta porque se mudó,
- O, cree que sus copagos de TennCare son incorrectos,
- O, cree que TennCare le dio el paquete de beneficios equivocado.

Si tiene algún problema como los mencionados anteriormente, llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Verificarán si se ha cometido un error. Si deciden que tiene razón, arreglarán el problema. Pero si dicen que no, y usted sigue pensando que se ha cometido un error en su caso, **puede presentar una apelación.**

Cómo presentar una apelación de elegibilidad

Formas de presentar una apelación de elegibilidad



Por Internet: Puede presentar una apelación a través de su cuenta en TennCare Connect. Visite **tenncareconnect.tn.gov.**



POR TELÉFONO: Puede llamar gratis a TennCare Connect al **855-259-0701** en cualquier momento, de lunes a viernes.



POR CORREO: Puede apelar **por escrito.** Puede presentar su apelación en papel normal.

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

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

Puede obtener una página de apelación de nuestro sitio web. Visite la página web Cómo presentar una apelación de elegibilidad y haga clic en el formulario de elegibilidad en inglés o español.

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



POR FAX: Puede enviar por fax su página o carta de apelación de forma gratuita al 1-855-315-0669.

Conserve el documento que muestra que su fax se envió correctamente.

Para presentar una apelación de elegibilidad por escrito debe incluir:

- Su **nombre completo** (nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido).
- Su número de Seguridad Social
- Los nombres de las otras personas que viven con usted con el mismo problema.
- Su **número de teléfono al que podamos comunicarnos durante el día** y el mejor momento para llamar.
- El **error específico** que cree que se cometió. Comente todo lo que pueda sobre el problema.
- Envíe **copias** de cualquier documento que muestre por qué cree que se cometió el error.

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

Parte 7:

Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y dignidad. Tiene derecho a la privacidad y a que su información médica y financiera sea tratada con privacidad.
- Solicitar y obtener información sobre UnitedHealthcare Community Plan, sus políticas, sus servicios, sus cuidadores y los derechos y deberes de los miembros.
- Preguntar y obtener información sobre cómo paga UnitedHealthcare Community Plan a sus proveedores, incluyendo cualquier tipo de bonificación por la atención basada en el costo o la calidad.
- Solicitar y obtener información sobre sus registros médicos y de seguro como dictaminan las leyes federales y estatales. Puede ver sus registros médicos y de seguro, obtener copias de ellos y pedir que se corrijan si son incorrectos.
- Obtener servicios sin recibir un trato diferente debido a su raza, color de piel, origen nacional, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a informar o presentar una denuncia por escrito si cree que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que ha sido discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin miedo a un mal tratamiento por parte de UnitedHealthcare Community Plan, proveedores o TennCare. Para presentar una queja o conocer más sobre sus derechos, visite:

  https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
- Obtener cuidado sin temor a cualquier forma de restricción física o reclusión utilizadas para acoso, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas sobre UnitedHealthcare Community Plan o su cuidado. La parte 5 y la parte 6 de este manual le explican cómo.
- Hacer sugerencias sobre sus derechos y responsabilidades o cómo funciona UnitedHealthcare Community Plan.
- Elegir un PCP en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Puede rechazar la atención de ciertos proveedores.
- Obtener los cuidados necesarios desde el punto de vista médico que sean adecuados para usted, cuando lo necesite. Esto incluye la prestación de **servicios de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana.**

- Recibir información de una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar para usted, sin importar lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Recibir ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.
- Hacer un testamento vital o directivas anticipadas y recibir información sobre las directivas médicas anticipadas.
- Cambiar los planes de salud. Si es nuevo en TennCare, puede cambiar de plan de salud una vez durante los 90 días después de recibir TennCare. Después de esto, puede pedir que se modifiquen los planes de salud mediante un proceso de apelación. Hay ciertas razones por las que puede cambiar de plan de salud. La parte 5 y la parte 6 de este manual le explican más sobre los cambios de planes de salud.
- Pedir a TennCare y UnitedHealthcare Community Plan que examinen de nuevo cualquier error que piense que cometieron.
- Preguntar sobre cómo inscribirse en TennCare, cómo mantener su cobertura de TennCare o cómo recibir atención médica.
- Finalizar TennCare en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin cambiar la forma en que UnitedHealthcare Community Plan o sus proveedores le tratan.
- TennCare debe asegurarse de que sus empleados y proveedores contratados respeten y protejan los derechos de los miembros.

Sus derechos de permanecer en UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, **no** lo pueden cambiar de UnitedHealthcare Community Plan solo porque:

- Su salud empeora.
- Ya tiene un problema médico. Esto se denomina una condición preexistente.
- Su tratamiento médico es caro.
- Por cómo utiliza sus servicios.
- Tiene una afección de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias).
- Sus necesidades especiales le hacen actuar de forma poco cooperativa o perturbadora.

Las únicas razones por las que lo pueden cambiar de UnitedHealthcare Community Plan son:

- Si **cambia** de plan de salud.
- Si **se muda** fuera de la zona de UnitedHealthcare Community Plan.
- Si deja que otra persona utilice sus tarjetas de identificación, o si utiliza su TennCare para conseguir medicamentos para vender.
- Si usted cancela su TennCare o si su TennCare se cancela por otros motivos
- Si no **renueva** su TennCare cuando es el momento, o si no le da a TennCare la información que pide cuando es el momento de renovar.
- Si no permite que TennCare y UnitedHealthcare Community Plan sepan que usted se mudó, y no pueden encontrarle.
- Si miente para obtener o mantener su TennCare.
- En caso de su fallecimiento.

Tiene la responsabilidad de:

- Comprender la información que figura en su Guía para Miembros y en otros documentos que le enviamos.
- Mostrar su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que reciba cuidado de la salud. Si tiene otro seguro, debe mostrar también esa tarjeta.
- Acuda a su PCP para toda su atención médica a menos que:
    - Su PCP le envíe a un especialista para que le atienda. Deba obtener una derivación de su PCP para ir a un especialista.
    - Esté embarazada o se esté haciendo controles de salud femenina.
    - Sea una emergencia.
- Utilice proveedores que estén en la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Sin embargo, en caso de emergencia, puede acudir a cualquier profesional. Además, puede acudir a cualquier profesional que haya sido autorizado mediante una referencia.
- Avisarle a su PCP cuando ha tenido que ir a la Sala de Emergencia. Usted (o alguien en su nombre) debe informar a su PCP antes de las 24 horas del momento en que recibió atención en la Sala de Emergencias.
- Brindar información a UnitedHealthcare Community Plan y a sus proveedores de atención médica para que puedan atenderlo.

- Seguir las instrucciones y normas que figuran en el manual sobre su cobertura y beneficios. También debe seguir las instrucciones y las normas de las personas que le están prestando cuidado de la salud.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.
- Colaborar con su PCP para que comprenda sus problemas de salud. También debe trabajar con su PCP para elaborar un plan de tratamiento que ambos decidan que le ayudará.
- Tratar a su proveedor de cuidados de salud con respeto y dignidad.
- Cumplir con las citas de cuidado de la salud y llamar al consultorio para cancelar si no puede acudir a su cita.
- No permitir que nadie más utilice su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y que sepamos si la ha perdido o se la han robado.
- Informar a TennCare Connect de cualquier cambio como:
    - Si usted o un miembro de la familia cambian su nombre, dirección o número de teléfono.
    - Si tiene un cambio en el tamaño de la familia.
    - Si usted o un miembro de la familia consiguen un trabajo, pierden su trabajo o cambian de trabajo.
    - Si usted o un miembro de la familia tiene otro seguro de salud o puede obtener otro seguro de salud.
- Pagar los copagos que le correspondan.
- Avisarnos si hay otra compañía de seguros que deba hacerse cargo de su atención médica. La otra compañía de seguros podría ser una compañía de seguros de automóvil, de casa o de compensación del trabajador.

Otros derechos y responsabilidades como miembro de TennCare y UnitedHealthcare Community Plan

Su derecho a apelar los problemas de cuidado de la salud en TennCare

En TennCare, usted recibe su atención médica a través de un plan de salud de TennCare. Tiene derechos cuando se adopta una medida que le impide recibir cuidado de la salud cuando lo necesita.

Tiene derecho a obtener una respuesta de su plan de salud cuando usted o su médico soliciten cuidado de la salud.

Para algunos tipos de cuidado, su médico debe obtener la aprobación del plan de salud antes de que TennCare pague por él. Se denomina "autorización previa" (Prior Authorization, PA). ¿Qué pasa si su médico le pide a su plan de salud que autorice el cuidado en su nombre? Su plan de salud debe decidir en 7 días. Si no puede esperar 7 días para el cuidado que necesita, puede pedirles que tomen una decisión antes. Esto se conoce como preautorización rápida. Las preautorizaciones rápidas deben decidirse en 72 horas.

Tiene derecho a recibir una carta de su plan de TennCare si:

- Su plan de salud TennCare dice que **no** cuando usted o sus médicos piden cuidado de la salud.
- O bien, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O bien, su plan de salud TennCare interrumpe o cambia su cuidado de la salud.

La carta debe decir **por qué** no puede recibir el cuidado y **qué puede hacer** al respecto.

Si su **plan de salud** decide cambiar el cuidado que está recibiendo, debe recibir una carta al menos **10 días antes** de que se produzca el cambio. ¿Qué pasa si su **médico** decide cambiar el cuidado que está recibiendo? Para los tipos de cuidado que se indican a continuación, las **personas menores de 21 años** deben recibir una carta **2 días hábiles antes** de que ocurra y los **adultos mayores de 21 años** deben recibir una carta **el día que reciben el alta**:

- Tratamiento de la salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) para un miembro prioritario, entre los que se incluyen niños con trastornos emocionales graves (SED) o adultos con enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI)
- Tratamiento de la salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) en un hospital u otro lugar donde debe permanecer para recibir el cuidado (servicios psiquiátricos o residenciales para pacientes)
- Cuidado de un problema de salud a largo plazo cuando su plan de salud no puede darle el siguiente tipo de atención que necesita para ese problema

Tiene derecho a apelar si:

- TennCare dice que **no** cuando usted o sus médicos piden cuidado de la salud.
- O, TennCare interrumpe o cambia su cuidado de la salud.
- O bien, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O, tiene facturas de cuidado de la salud que cree que TennCare debería haber pagado pero no lo hizo.

Tiene **solo 60 días** para apelar después de que descubra que hay un problema.

Alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación por usted.

Tiene derecho a una audiencia imparcial sobre su apelación si cree que TennCare cometió un error.

Para tener una audiencia imparcial, debe decir que TennCare cometió un error que, si tiene razón, significa que recibirá el cuidado de la salud o el servicio que está pidiendo. Es posible que **no** tenga una audiencia imparcial si solicita cuidado o servicios que no están cubiertos por TennCare. Una audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que cree que cometió TennCare.

¿Qué pasa si un juez dice que usted ganó su apelación? TennCare debe estar de acuerdo en que es la decisión correcta basada en los hechos de su caso. Si TennCare no está de acuerdo, podemos anular la decisión del juez. La legislación federal otorga este derecho a TennCare. Si TennCare anula la decisión de un juez, debemos explicarle por qué por escrito. Si TennCare no invalida la decisión del juez, TennCare tiene 72 horas para hacer lo que el juez ordenó.

Si tiene una emergencia, tiene derecho a obtener una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana (pero podría tomar más tiempo si su plan de salud necesita más tiempo para obtener su historial médico).

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

Si cree que tiene una emergencia, puede solicitar una apelación de emergencia a TennCare llamando al **800-878-3192**. Su médico también puede solicitar este tipo de apelación por usted. Pero la ley requiere que su médico tenga **su permiso (aprobación) por escrito.** Escriba **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que presente una apelación por usted** por escrito. A continuación, envíelo por fax o por correo a TennCare (ver la parte 6 de este manual para la dirección y el número de fax).

¿Qué pasa si no nos envía su aprobación y su médico pide una apelación rápida? TennCare le enviará una página para completar, firmar y enviarnos de vuelta.

Después de dar su aprobación por escrito, su médico puede ayudarle al completar un certificado de apelación rápida del proveedor como el que aparece en la parte 8 de este manual. Si su apelación es de emergencia, su médico puede firmar el certificado de apelación rápida del proveedor. Su médico debe enviar el certificado por fax al **888-345-5575.** TennCare y su plan de salud examinarán su apelación y decidirán si debe acelerarse. **De ser así**, obtendrá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana.

Recuerde, podría tomar algunos días más si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos. Sin embargo, si su plan de salud decide que su apelación no debe acelerarse, entonces obtendrá una audiencia en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación.

Tiene derecho a obtener una decisión sobre su apelación en un plazo de 90 días si no es una emergencia.

Si ya está recibiendo cuidado, puede tener derecho a seguir recibiéndolo durante la apelación.

Para seguir recibiendo atención durante su apelación, todas estas cosas deben ser ciertas:

- Debe apelar en la fecha en que su cuidado se detendrá o cambiará o dentro de los diez días siguientes a la fecha de la carta de su plan de salud (la fecha que sea posterior).

- Debe decir en su apelación que quiere seguir recibiendo la atención durante la apelación.
- Solo puede pedir que se **mantenga el cuidado que ha estado recibiendo** durante su apelación.
- Si necesitó una orden de un médico para recibir el cuidado, seguirá necesitando una orden de un médico para seguir recibiéndolo durante su apelación.
- El cuidado debe ser algo que TennCare todavía cubre.

¿Qué pasa si sigue recibiendo cuidados durante su apelación y pierde su apelación? Puede que tenga que pagar a TennCare por ese cuidado que recibió durante su apelación.

Aviso de TennCare sobre prácticas de privacidad



Importante: El Gobierno Federal exige a TennCare que le proporcione este Aviso de Privacidad. Este aviso le indica cómo se puede utilizar y compartir la Información Personal sobre usted. También le indica cómo puede acceder a esta información y corregirla. Revise este aviso atentamente.

Su TennCare no cambiará. No tiene que hacer nada más.

Este aviso le indicará lo siguiente:

- Los tipos de información personal que tenemos,
- Por qué la recopilamos,
- Cómo la recopilamos,
- Cómo la compartimos,
- Con quién la compartimos,
- Cuánto tiempo la mantenemos,
- Qué hacer si no quiere que su información se comparta con ciertas personas, y
- Sus derechos sobre su información.

Qué tipo de información personal tenemos:

Cuando solicitó los beneficios de TennCare nos informó su nombre, sobre la gente de su hogar y dónde vive. También nos ha dicho sus ingresos y recursos.

Recibimos información de los proveedores de cuidado de la salud y de las agencias federales u otras agencias estatales para ayudar con su solicitud. También podemos obtener otros datos de salud como:

- Una lista de los servicios de salud y los tratamientos que recibe,
- Notas o registros de su médico, farmacia, hospital u otros profesionales de la salud,
- Lista del medicamento que toma ahora o que ha tomado antes,
- Resultados de radiografías y pruebas de laboratorio, y
- Información genética ("genética" son rasgos familiares como el color del cabello o el color de los ojos. También puede tratarse de afecciones de salud que tiene en común con sus parientes consanguíneos).

Por qué recopilamos su Información Personal:

Las leyes federales y estatales nos permiten recoger, conservar y utilizar esta información para prestarle servicios. Esto se utiliza para:

- Determinar su elegibilidad para nuestros programas,
- Colaborar con nuestros socios para prestarle servicios, y
- Trabajar para mejorar los servicios que le prestamos.

Las leyes federales y estatales dicen que debemos seguir las normas de privacidad para mantener privada su Información Personal. Todos los que trabajan con nosotros también deben seguir estas normas de privacidad.

Cómo recopilamos, utilizamos o compartimos su Información Personal:

Con el fin de administrar el programa Medicaid, podemos recopilar información sobre usted y sus miembros de la familia a partir de las solicitudes de servicios o de nuestros socios. Pueden incluir:

- Organismos federales como la Administración de la Seguridad Social o el Servicio de Impuestos Internos.

- Departamentos estatales como el Departamento de Servicios Humanos de Tennessee, el Departamento de Trabajo de Tennessee o el Departamento de Salud de Tennessee
- Los socios de TennCare, como las organizaciones de atención gestionada y los proveedores.

Nuestros sitios web pueden usar cookies. Estos son pequeños datos que se colocan en su disco duro para recoger la información que ha introducido. Utilizamos esta información para ayudar a que nuestro sitio web sea más fácil de utilizar y para mejorar su funcionamiento. No tiene que aceptar cookies de nosotros, pero si decide no hacerlo, algunas de las funciones de nuestro sitio pueden no estar disponibles para usted.

Solo podemos utilizar o compartir su Información Personal como nos permite la ley.

Cuándo necesitamos su permiso para compartir su Información Personal:

A veces necesitaremos su permiso por escrito antes de poder compartir su Información Personal. Le pediremos que firme un documento en el que nos dará su permiso si necesitamos utilizar o compartir alguna de las siguientes informaciones:

- Notas que toma un terapeuta durante las sesiones de terapia (se denominan notas de psicoterapia)
- Información personal con empresas que utilizarán la información para tratar de conseguir el negocio de otras personas (con fines de marketing); e
- Información personal con otra persona a cambio de dinero.

¿Puede cancelar su permiso? Sí, puede cancelar su permiso, pero debe comunicárnoslo por escrito. Tampoco podemos recuperar la información personal que ya hemos compartido.

Cuando NO necesitamos su permiso para compartir su Información Personal:

Las normas de privacidad nos permiten compartir su información personal *sin pedir su permiso* a las personas, o con distintos fines, incluidos:

- Usted. Podemos ayudarle a encontrar y programar la atención y enviarle noticias sobre los servicios de salud.
- Otras personas involucradas en su cuidado, como familiares o cuidadores. También puede pedirnos que no compartamos su Información Personal con determinadas personas.

- Para demostrar que tiene cobertura de TennCare y para ayudarle a obtener el cuidado de la salud que necesita.
- Para pagar a su plan de salud y a los proveedores de cuidado de la salud.
- Para mejorar el programa y los servicios que le ofrecemos.

Podemos compartir su Información Personal con personas u organizaciones que trabajan con TennCare, como:

- Prestadores de cuidado de la salud como médicos, enfermeras, hospitales y clínicas.
- Su plan de salud u otras empresas que tienen contratos con TennCare.
- Personas que ayudan en las apelaciones si presentan una apelación a TennCare. Su apelación puede ser en persona, por escrito o por teléfono. A veces otras personas pueden estar con usted en su audiencia de apelación.
- Organismos gubernamentales federales, estatales o locales que prestan o controlan el cuidado de la salud.

En algunas situaciones, la ley también nos permite compartir su Información Personal con:

- Médicos forenses, casas funerarias o proveedores que trabajan con servicios como trasplantes de órganos.
- Investigadores médicos. Deben mantener privada su Información Personal.
- Las agencias de salud pública deben actualizar sus registros de nacimientos, defunciones o seguimiento de enfermedades.
- El tribunal cuando la ley dice que debemos o cuando se nos ordena.
- La policía, o por otras razones jurídicas o de investigación. Podemos denunciar fraudes, abusos o descuido.
- Otras agencias: como para actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos compartir su Información Personal si sacamos la información que indica quién es usted. *No podemos compartir su Información Personal con nadie. Incluso cuando la compartimos, solo podemos compartir la información que la persona necesita para hacer realmente su trabajo.* Y no podemos compartir su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para TennCare.

¿Cuánto tiempo conservamos su Información Personal?

TennCare conservará su Información Personal mientras sea necesaria para que podamos prestarle servicios y ejecutar el programa Medicaid. Disponemos de la información que requieren las leyes y reglamentos estatales y federales.

¿Qué pasa si no quiere compartir toda su Información Personal?

Debe pedir por escrito que no quiere que compartamos su Información Personal. Debe decirnos la información personal que no desea compartir y con quién no quiere que la compartamos. Por ejemplo, puede pedirnos que no compartamos información personal si:

- Pagó la atención de su propio bolsillo y
- Pidió a su médico que no compartiera su información personal para esa consulta.

Hay otros momentos en los que no compartimos su Información Personal si nos lo pide. Lo aprobaremos si podemos, pero podríamos no aprobarlo si es un niño menor o si la ley nos permite compartir la Información Personal. Si no podemos aprobar su solicitud, le enviaremos una carta que diga por qué. ¿Qué pasa si no nos pide que no compartamos su Información Personal? Solo podemos utilizarla y compartirla como se explica en este aviso.

Sus derechos sobre su Información Personal:

Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos. Esta sección le habla de sus derechos y de algunas de las formas en que podemos ayudarle.

Obtener una copia digital o en papel de su historia clínica

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica y otra información de salud, que tengamos sobre usted. Deberá presentar la solicitud por escrito.
- Podemos proporcionar una copia o un resumen de su información, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud.
- Si se deniega su solicitud, le diremos por qué y le diremos cuáles son sus derechos.
- Puede que tenga que pagar dinero por el costo de copiar y enviar sus copias.

Comunicaciones

- Puede pedirnos por escrito que nos pongamos en contacto con usted de una manera diferente o en un lugar diferente. Si comunicarnos con usted por escrito o verbalmente le pone en peligro, infórmenos a través del Programa TN Safe at Home utilizando la información que figura a continuación.

  Número de teléfono: 1-615-253-3043

  Sitio web: https://sos.tn.gov/SafeAtHome

  Correo electrónico: TNSOS.SAFE@TN.Gov
- Puede pedirnos que no le enviemos cartas sobre recaudación de fondos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Debe enviarnos una solicitud por escrito si no desea que compartamos su información personal.
- Debe indicarnos qué información personal no desea que compartamos y con quién no desea que la compartamos. Por ejemplo:
- Usted pagó su atención médica de su propio bolsillo, y
- Pidió a su médico que no compartiera su información personal relacionada con esa consulta.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información fuera de TennCare

Puede solicitar por escrito una lista de las personas con las que hemos compartido su Información Personal en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, dicha lista no incluirá las ocasiones en las que hayamos compartido información con su consentimiento, ni aquellas en las que la ley establezca que no era necesario obtener su consentimiento. Por ejemplo, cuando utilizamos información personal

- Para ayudarle a obtener o pagar el cuidado de la salud, o
- Dirigir nuestro programa, o
- Para proporcionar información a las autoridades policiales si estamos obligados a hacerlo

Obtener una copia de este aviso

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel lo antes posible.

Pedirnos que corrijamos su historial

Puede pedirnos que cambiemos la Información Personal que está equivocada. Debe pedirlo por escrito y decirnos por qué tenemos que cambiarlo. Si no podemos hacer el cambio, enviaremos una carta que le indique por qué.

La responsabilidad de TennCare con usted:

TennCare debe mantener su Información Personal a salvo. Protegemos su privacidad, seguridad y confidencialidad. Si se filtra su información personal, es posible que tengamos que informarle a usted y a las autoridades federales. Tenemos que informarle:

- Si el tipo de información personal que se filtró permitiría identificar quién es usted (como su Número de Seguridad Social o su fecha de nacimiento) o sus registros de tratamiento, y
- Si alguien realmente utilizó o vio su Información Personal, y
- Lo que hicimos para reducir el riesgo de que su Información Personal fuera mal utilizada.

Comunicaciones dirigidas a usted:

De conformidad con la Federal de Protección al Consumidor Telefónico, nosotros y/o nuestros asociados, como los planes o proveedores de salud, podemos llamarle o escribirle, utilizando un sistema automático de marcación telefónica para informarle sobre las opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, avísenos. También puede llamar al 1-888-382-1222 o a su plan de salud para añadir su número de teléfono a la lista de no llamar.

Solicitudes - Envíenos su solicitud por escrito:

Sus solicitudes deberán presentarse por escrito. Sugerimos enviar una carta por correo. Asegúrese de decirnos lo que nos pide que hagamos. Escriba su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de TennCare *o* los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguridad Social en su carta. Envíe su carta a:



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

También puede comunicarse con nosotros por medio de correo electrónico. Si desea utilizar el correo electrónico, contacte primero con la Oficina de Privacidad de TennCare sin incluir ninguna información sensible (como su fecha de nacimiento o su ID de TennCare) para que podamos responder a través de un portal de correo electrónico seguro. Si envía un correo electrónico con información sensible sin usar un portal de correo electrónico seguro, existe algún riesgo de que la información personal pueda ser leída o accedida por un tercero.

Conserve una copia de la carta para su registro. ¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda para presentar su solicitud? Llame a TennCare Connect al **855-259-0701** gratis.

Cambios a este aviso:

Las políticas y procedimientos de TennCare pueden cambiar sin previo aviso. Utilizaremos las políticas y los procedimientos que tenemos en vigor cuando presente su solicitud.

Las normas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de TennCare también pueden cambiar. Si se realizan cambios importantes, nosotros o su plan de salud pueden enviarle estos cambios por escrito. Tenemos derecho a hacer los cambios en todos los datos de salud que tenemos o solo en los nuevos datos de salud que obtenemos.

Esta nota se actualizó en octubre de 2023 y se aplica a todos los datos de salud que tenemos. Si necesita una copia nueva o desea comprobar si hay cambios, visite http://www.tn.gov/tenncare/. La última versión de este aviso se encuentra en el “Aviso de prácticas de privacidad”.

Preguntas o quejas sobre la privacidad

TennCare cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. No discriminamos ni tratamos a las personas de manera injusta por motivos de raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, discapacidad u otros grupos protegidos. No se le castigará si se queja o pide ayuda.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Cree que se han violado sus derechos a la privacidad? ¿Cree que le han discriminado? Puede llamar gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701. O puede escribir o llamar a:

Division of TennCare Atención: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 Teléfono: 866-797-9469 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: 866-627-7748 Sitio web: https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html

Su responsabilidad de denunciar fraudes y abusos

La mayoría de los miembros y proveedores de TennCare son honestos. Pero incluso algunas personas deshonestas pueden afectar el programa TennCare. Las personas que mienten a propósito para obtener TennCare pueden ser multadas o enviadas a la cárcel.

Si descubre un caso de fraude y abuso en el programa TennCare, debe informarnos al respecto. Pero no tiene que decirnos su nombre.

El fraude y el abuso para los miembros de TennCare pueden ser cosas como:

- Mentir sobre hechos para obtener o mantener TennCare.
- Ocultar cualquier hecho para que pueda obtener o mantener TennCare.
- Dejar que otra persona utilice su tarjeta de identificación TennCare.
- Vender o entregar medicamentos recetados a cualquier otra persona.

El fraude y abuso de los **proveedores de TennCare** pueden ser cosas como:

- Facturar a TennCare por servicios que nunca se dieron.
- Facturar a TennCare dos veces por el mismo servicio.

Para informarnos sobre fraude y abuso, llame gratis a UnitedHealthcare Community Plan al **800-690-1606.**

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

Fraude por parte de los miembros:

Oficina del Inspector General (OIG)
P.O. Box 282368
Nashville, TN 37228
800-433-3982
https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html

Fraude por parte del proveedor:

TennCare Office of Program Integrity
Division of TennCare
Attn: Program Integrity Tip Department
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243
https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html

Oficina de Investigación de Tennessee (TBI)
Medicaid Fraud Control
901 R.S. Glass Blvd.
Nashville, TN 37216
800-433-5454
https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html

Parte 8: Documentos de salud que puede necesitar

Solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP)

Para cambiar a su proveedor de cuidado primario en línea, inicie sesión en su cuenta de https://member.uhc.com/communityplan. También puede solicitar un formulario impreso llamando al **800-690-1606**.

Formulario de queja por discriminación de TennCare

El programa TennCare no discrimina ni trata a las personas de manera injusta por motivos de su raza, color, nacionalidad (incluida la capacidad limitada del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad, religión o sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que le trataron de un modo diferente o le han discriminado, puede presentar una queja formal (queja) ante la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare en:

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

¿Necesita ayuda para presentar una queja formal? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Para presentar una queja a TennCare, visite:

Formulario de discriminación de TennCare en inglés

Formulario de discriminación de TennCare en español

Formulario de discriminación de TennCare en árabe

Para solicitar una copia en papel, llame al 615-507-6474 o gratis al 855-857-1673 (TRS 711).

Formulario de apelación médica

Las apelaciones del Servicio Médico son por problemas como conseguir que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que necesita.

Para presentar una apelación médica, complete el formulario de apelación médica para miembros: https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf

Para solicitar una copia en papel del formulario, llame al 1-800-878-3192.

Certificado de proveedor que proporciona el tratamiento: Apelación *rápida* de TennCare

Una apelación típica para un servicio médico se decide en hasta noventa (90) días. Sin embargo, una apelación rápida, debido a la salud de un paciente, debe decidirse en el plazo de una semana (o hasta tres semanas si se da al plan de salud tiempo adicional para obtener y revisar los registros médicos de un paciente). Solo se acelerará la apelación si esperar hasta noventa (90) días por una decisión, "podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del miembro o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener el pleno funcionamiento".

Para solicitar una apelación rápida para su paciente, complete el Certificado de apelaciones rápidas para proveedores:

ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf (tn.gov)

Para solicitar una copia en papel del formulario, llame gratis a TennCare Member Medical Appeals al **1-800-878-3192**.

Instrucciones por Anticipado

El Departamento de Salud de Tennessee ha elaborado un formulario único que le permite decir a su familia y a los médicos lo que quiere que pase con su cuidado de la salud y quién desea que tome decisiones para su cuidado de la salud, si no puede decidir por sí mismo. Si nombra a un representante en este formulario, es posible que se le permita tomar otras decisiones no relacionadas con la atención médica, a menos que indique en el formulario que no puede hacerlo. El formulario de la Directiva anticipada sobre cuidado de la salud puede consultarse en:

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

Parte 9: Más información

TennCare Kids: Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT) de TennCare

En TennCare Kids/EPSDT <u>para niños menores de 21 años</u>, cubrimos:

- Visitas regulares y periódicas al médico para ver si el niño se desarrolla normalmente y si tiene algún problema de salud física o conductual (salud mental, trastorno por consumo de alcohol o sustancias), afecciones dentales u otras afecciones. Estas visitas se denominan "evaluaciones" y necesitan realizarse de acuerdo con el Programa de Periodicidad de la Academia estadounidense de pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP).

  Por ejemplo:

  - Los niños desde el nacimiento hasta los 30 meses de edad tienen derecho a 12 evaluaciones;
  - Los niños de 3 a 11 años tienen derecho a 9 evaluaciones
  - Los niños de 12 a 20 años tienen derecho a 9 evaluaciones

  * Además, un niño tiene derecho a hacerse una “evaluación” siempre que sea derivado a un médico por alguien, como un maestro, que note un cambio en la salud o el comportamiento del niño.

- Las evaluaciones de TennCare Kids/EPSDT incluyen las siguientes:
  - Una historia clínica general de salud y desarrollo;
  - Un examen físico amplio y sin ropa;
  - Vacunas apropiadas (inyecciones);
  - Pruebas adecuadas de visión y audición;
  - Pruebas de laboratorio adecuadas;
  - Pruebas de desarrollo/comportamiento (según sea necesario)
  - Educación de salud (asesoramiento sobre cómo mantener a su hijo sano)

También obtiene otros servicios además de los servicios de evaluación:

- Tratamiento, incluida la rehabilitación, de cualquier problema de salud (físico, mental o de desarrollo) u otras afecciones descubiertas durante una "evaluación". También puede recibir asistencia para la programación de servicios.

- Visitas periódicas a un dentista para revisiones y tratamiento;
- Pruebas periódicas de la audición y la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema de oído y vista;
- Inmunizaciones (vacunas) para difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola (MMR), Hib, gripe, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (HPV) y meningitis, neumocócica
- Análisis de laboratorio rutinarios. (**Importante:** se hará una prueba para determinar el plomo en la sangre y la anemia de células falciformes si el niño está en una situación que podría ponerlo en riesgo para cualquiera o ambas cosas)
- Si su hijo tiene un nivel alto de plomo en sangre, se harán investigaciones sobre el plomo. Si cree que su hijo ha estado alrededor de cosas que tienen un alto contenido de plomo, como pintura vieja, informe a su médico; y educación para la salud; y
- Asistencia en materia de transporte y programación: Si no puede llevar a su hijo a sus visitas de salud, es posible que pueda conseguir transporte. El transporte y la programación de la ayuda están disponibles cuando se tiene que ir lejos de casa para llegar y recibir atención.
- La ayuda para el transporte de un niño incluye los gastos de viaje, el costo de las comidas y el lugar de alojamiento. También puede incluir a alguien que vaya con el niño si es necesario. Llame a su plan de salud para programar su cita y transporte de **TennCare Kids**; y
- Otros cuidados médicos necesarios, servicios de diagnóstico, tratamientos y otras medidas necesarias para corregir, mejorar defectos o evitar que estos empeoren; si su hijo tiene enfermedades y afecciones físicas y mentales que se detectan en el proceso de detección, se le tratará.
- La educación básica en salud para niños y padres forma parte de los servicios preventivos que le ofrece TennCare.

Importante: No se requieren pagos complementarios para los servicios preventivos.

TennCare Kids: Programa de vacunación de niños y adolescentes

Programa recomendado de vacunación para niños y adolescentes de 18 años o menos

ESTADOS UNIDOS
2025

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

Anticuerpo monoclonal	**Abreviatura(s)**	**Nombre(s) comercial(es)**
Anticuerpo monoclonal del virus sincitial respiratorio (Nirsevimab)	RSV-mAb	Beyfortus
Vacuna	**Abreviatura(s)**	**Nombre(s) comercial(es)**
Vacuna contra la COVID-19	1vCOV-mRNA	Comirnaty, mNexspike, Spikevax
	1vCOV-aPS	Nuvaxovid
Vacuna contra el dengue	DEN4CYD	Dengvaxia
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la pertussis acelular	Difteria, tétano y tos ferina (DTaP)	Daptacel Infanrix
Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b	Hib (PRP-T)	ActHIB Hiberix
	Hib (PRP-OMP)	PedvaxHIB
Vacuna contra la hepatitis A	HepA	Havrix Vaqta
Vacuna contra la hepatitis B	HepB	Engerix-B Recombivax HB
Vacuna contra el virus del papiloma humano	HPV (virus del papiloma humano)	Gardasil 9
Vacuna contra la gripe (inactivada: producida en huevo)	IIV3	Múltiples
Vacuna contra la gripe (inactivada: cultivo celular)	ccIIV3	Flucelvax
Vacuna contra la gripe (viva, atenuada)	LAIV3	FluMist
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	Sarampión, paperas, rubéola (Measles, Mumps, Rubella, MMR)	M-M-R II Priorix
Vacuna meningocócica de los serogrupos A, C, W, Y	MenACWY-CRM	Menveo
	MenACWY-TT	MenQuadfi
Vacuna meningocócica del serogrupo B	MenB-4C	Bexsero
	MenB-FHbp	Trumenba
Vacuna meningocócica de los serogrupos A, B, C, W, Y	MenACWY-TT/ MenB-FHbp	Penbraya
Vacuna contra la viruela símica	Mpox	Jynneos
Vacuna antineumocócica conjugada	PCV15	Vaxneuvance
	PCV20	Prevnar 20
Vacuna antineumocócica de polisacáridos	PPSV23	Pneumovax 23
Vacuna contra el poliovirus (inactivada)	IPV	Ipol
Vacuna contra el virus respiratorio sincitial	Virus sincitial respiratorio (VRS)	Abrysvo
vacuna contra el rotavirus	RV1 RV5	Rotarix RotaTeq
Vacuna contra el tétanos, la difteria y la pertussis acelular	Tdap (tétanos, difteria y tos ferina acelular)	Adacel Boostrix
Vacuna contra el tétanos y la difteria	Td	Tenivac Tdvax
Vacuna contra la varicela	VAR	Varivax
Vacunas de combinación *(utilizar vacunas de combinación en lugar de inyecciones separadas cuando corresponda)*		
DTaP, hepatitis B y vacuna de poliovirus inactivado	DTaP-HepB-IPV	Pediarix
DTaP, poliovirus inactivado y vacuna de *Haemophilus influenzae* tipo b	DTaP-IPV/Hib	Pentacel
DTaP y vacuna de poliovirus inactivado	DTaP-IPV	Kinrix Quadracel
DTaP, poliovirus inactivado, *Haemophilus influenzae* tipo b y vacuna contra la hepatitis B	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis
Vacuna contra el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela	MMRV	ProQuad

* El administrador recomendó vacunas si el historial de vacunación está incompleto o se desconoce. No reiniciar o añadir dosis a las series de vacunas durante intervalos prolongados entre dosis. Cuando no se administre una vacuna a la edad recomendada, administrar en una visita posterior. El uso de nombres comerciales es solo para fines de identificación y no implica el respaldo del ACIP o los CDC.

Revisado el 7 de octubre de 2025.

Cómo usar el programa de vacunación de niños y adolescentes

1. Determinar la vacuna recomendada por **edad (Tabla 1)**
2. Determinar el intervalo recomendado para la vacunación de refuerzo **(Tabla 2)**
3. Evaluar la necesidad de vacunas adicionales recomendadas por afección médica u otra indicación **(Tabla 3)**
4. Repasar los tipos de vacunas, frecuencias, intervalos y consideraciones para situaciones especiales **(Notas)**
5. Revisar las contraindicaciones y precauciones para los tipos de vacunas **(anexo)**
6. Revisar la guía ACIP nueva o actualizada **(anexo)**

Denuncias

- Casos sospechosos de enfermedades o brotes denunciables prevenibles mediante vacunación a su departamento de salud estatal o local
- Eventos adversos clínicamente significativos para el Sistema de notificación de reacciones adversas a las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) en www.vaers.hhs.gov o al 800-822-7967

Preguntas o comentarios

Comuníquese a través del sitio www.cdc.gov/cdc-info o por teléfono al 800-CDC-INFO (800-232-4636), en español o inglés, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este, de lunes a viernes, excepto los feriados.

Descargue la aplicación CDC Vaccine Schedules para proveedores en www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/app.html

Información de utilidad

- Recomendaciones completas del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP): www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html
- Recomendaciones para la toma de decisiones clínicas compartidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación: www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html
- *Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización* (incluidas contraindicaciones y precauciones): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- Declaraciones de información sobre vacunas: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- Manual para la vigilancia de enfermedades evitables con vacunas (incluida la identificación del caso y la respuesta al brote): www.cdc.gov/surv-manual/php/

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS

Escanee el código QR para acceder al calendario en línea

CS310020-E

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

Estas recomendaciones deben leerse con las notas siguientes. Para aquellos que se atrasen o comiencen tarde, proporcionar la vacunación de recuperación en la primera oportunidad como se indica en las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre dosis, ver el calendario de refuerzos (Tabla 2).

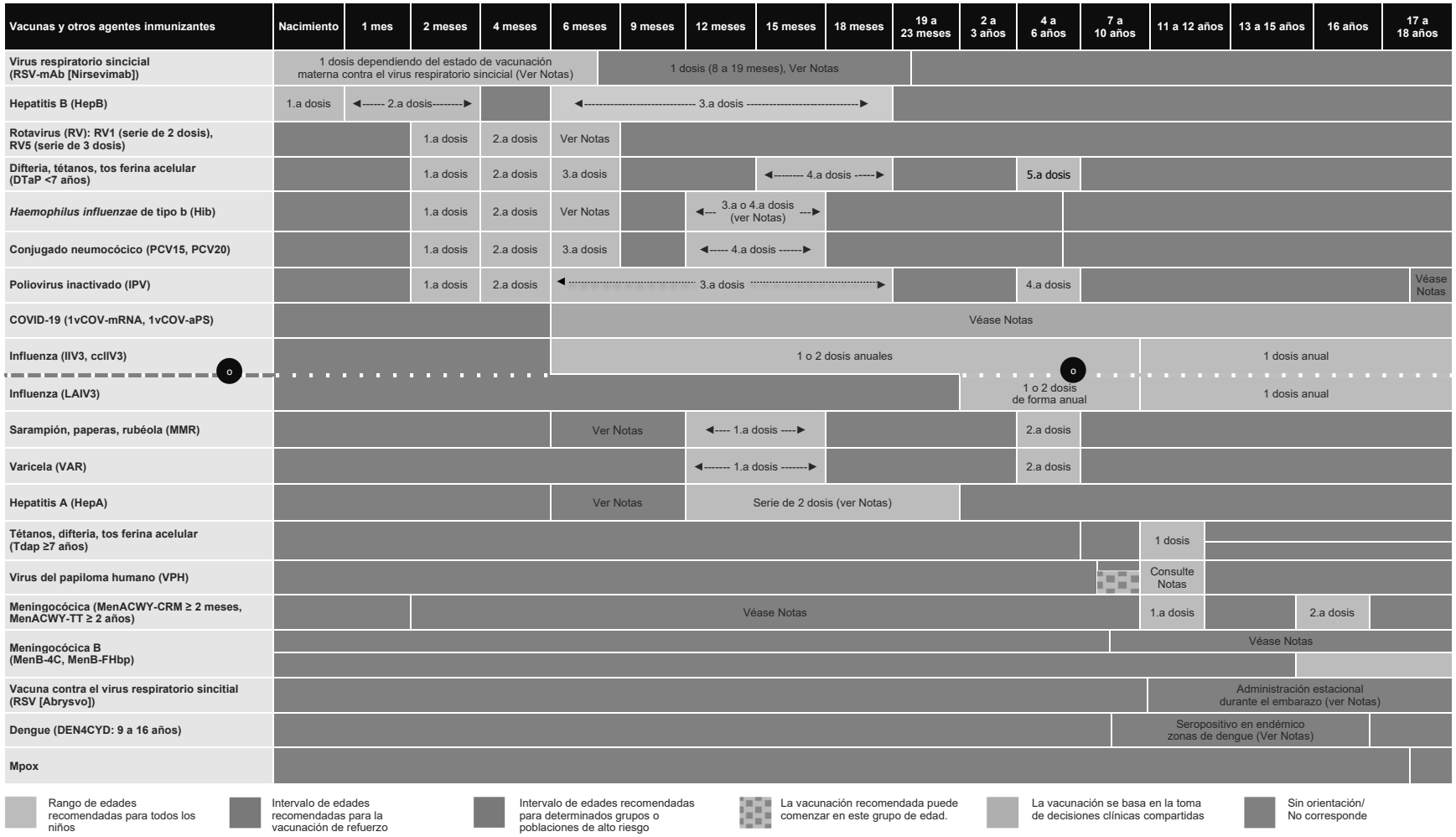


Tabla 2 Calendario recomendado de vacunación de refuerzo para niños y adolescentes que comienzan tarde o que tienen más de un mes de retraso, Estados Unidos, 2025

La siguiente tabla indica los programas de actualización y los intervalos mínimos entre dosis para niños que se hayan atrasado en las vacunas. No es necesario recomenzar una serie de vacunas, independientemente del tiempo que haya transcurrido entre las dosis. Utilizar la sección apropiada para la edad del niño. **Utilice siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que le siguen.**

Niños de 4 meses a 6 años					
Vacuna	**Edad mínima para la 1.ª dosis**	**Intervalo mínimo entre dosis**			
		Entre la 1.ª y la 2.ª dosis	**Entre la 2.ª y la 3.ª dosis**	**Entre la 3.ª y la 4.ª dosis**	**Entre la 4.ª y la 5.ª dosis**
Hepatitis B	Nacimiento	**4 semanas**	**8 semanas *y*, por lo menos, 16 semanas después de la primera dosis** la edad mínima para la dosis final es de 24 semanas		
Rotavirus	6 semanas La edad máxima para la primera dosis es de 14 semanas, 6 días.	**4 semanas**	**4 semanas** la edad máxima para la dosis final es de 8 meses, 0 días		
Difteria, tétanos y tos ferina	6 semanas	**4 semanas**	**4 semanas**	**6 meses**	**6 meses** No es necesaria una quinta dosis si la cuarta dosis se administró a la edad de 4 años o más ***y*** al menos 6 meses después de la 3.a dosis
Haemophilus influenzae tipo b	6 semanas	**No se necesitan más dosis** si la primera dosis se administró a la edad de 15 meses o más. **4 semanas** si la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños. **8 semanas (como dosis final)** si la primera dosis se administró a la edad de 12 a 14 meses.	**No se necesitan más dosis** si la dosis previa se administró a la edad de 15 meses o más **4 semanas** si la edad actual es menos de 12 meses ***y*** la primera dosis se administró antes de los 7 meses ***y*** al menos 1 dosis previa fue PRP-T (ActHib, Pentacel o Hiberix), Vaxelis o desconocido **8 semanas *y* de 12 a 59 meses (como dosis final)** si la edad actual es menos de 12 meses ***y*** la primera dosis se administró entre los 7 y los 11 meses; **O** si la edad actual es de 12 a 59 meses ***y*** la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños ***y*** la segunda dosis se administró antes los 15 meses; **O** si ambas dosis fueron PedvaxHIB y se administraron antes del primer cumpleaños	**8 semanas (como dosis final)** Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes del primer cumpleaños.	
Neumocócica conjugada	6 semanas	**No se necesitan más dosis** para niños sanos si la primera dosis se administró a la edad de 24 meses o más **4 semanas** si la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños **8 semanas (como dosis final para niños sanos)** si la primera dosis se administró en el primer cumpleaños o después	**No se necesitan más dosis** para niños sanos si la dosis previa se administró a la edad de 24 meses o más **4 semanas** si la edad actual es menos de 12 meses ***y*** la dosis previa se administró durante los primeros 7 meses **8 semanas (como dosis final para niños sanos)** si la dosis previa se administró a la edad de 7 a 11 meses (esperar hasta al menos la edad de 12 meses o más); **O** si la edad actual es de 12 meses o más ***y*** al menos 1 dosis se administró antes de la edad de 12 meses	**8 semanas (como dosis final)** Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses independientemente del riesgo, o de 60 a 71 meses con cualquier riesgo, que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses.	
Poliovirus inactivado	6 semanas	**4 semanas** si la edad actual es <4 años **6 meses (como dosis final)** si la edad actual es de 4 años o más	**4 semanas** si la edad actual es <4 años **6 meses (como dosis final)** si la edad actual es de 4 años o más	**6 meses (edad mínima 4 años para la dosis final)**	
sarampión, paperas, rubéola	12 meses	**4 semanas**			
Varicela	12 meses	**3 meses**			
Hepatitis A	12 meses	**6 meses**			
Meningocócica ACWY	2 meses MenACWY-CRM 2 años MenACWY-TT	**8 semanas**	Véase Notas	Véase Notas	
Niños y adolescentes de 7 a 18 años					
Meningocócica ACWY	No corresponde (N/C)	**8 semanas**			
Tétanos, difteria; tétanos, difteria y tos ferina acelular	7 años	**4 semanas**	**4 semanas** si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños **6 meses (como dosis final)** si la primera dosis de DTaP/DT o Tdap/Td se administró en el primer cumpleaños o después	**6 meses** si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños	
Virus del papiloma humano	9 años	**Se recomiendan intervalos de rutina entre las dosis.**			
Hepatitis A	N/C	**6 meses**			
Hepatitis B	N/C	**4 semanas**	**8 semanas *y* por lo menos 16 semanas después de la primera dosis**		
Poliovirus inactivado	N/C	**4 semanas**	**6 meses** Una cuarta dosis no es necesaria si se administró la tercera dosis a los 4 años de edad o más ***y*** al menos 6 meses después de la dosis anterior.	Se indica una cuarta dosis de IPV si todas las dosis anteriores se administraron después de los 4 años de edad **O** si la tercera dosis <se administró más de 6 meses después de la segunda dosis.	
sarampión, paperas, rubéola	N/C	**4 semanas**			
Varicela	N/C	**3 meses** si tiene menos de 13 años. **4 semanas** si tiene 13 años o más			
Dengue	9 años	**6 meses**	6 meses		

Tabla 3 Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes según indicación médica, Estados Unidos, 2025

Utilice siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que le siguen. Las afecciones médicas no suelen ser mutuamente excluyentes. Si tiene múltiples afecciones, consulte la orientación de todas las columnas relevantes. Véanse Notas para las afecciones médicas no incluidas en la lista.

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Embarazo	Inmunodepresión (excluida la infección por VIH)	Infección por VIH porcentaje y recuento de CD4		Fuga de LCR o implante coclear	Asplenia o deficiencias persistentes de componentes del complemento	Cardiopatía o enfermedad pulmonar crónica	Insuficiencia renal, Enfermedad renal en etapa terminal o en diálisis	Enfermedad hepática crónica	Diabetes
			<15% o <200/mm³	≥15% y ≥200/mm³						
VRS-mAb (nirsevimab)		2a temporada de RSV		1 dosis dependiendo del estado de vacunación materna contra el virus respiratorio sincicial (Ver Notas)			2.ª temporada de RSV para enfermedad pulmonar crónica (véase Notas)	1 dosis dependiendo del estado de vacunación materna contra el virus respiratorio sincicial (Ver Notas)		
Hepatitis B										
Rotavirus		SCID[b]								
Dtap/Tdap	DTaP Tdap: 1 dosis en cada embarazo									
Hib		HSCT: 3 dosis	Véase Notas			Véase Notas				
Neumocócica										
IPV										
COVID-19	Véase Notas	Pueden ser necesarias dosis adicionales (Ver Notas)		Véase Notas						
Influenza inactivada		Trasplante de órgano sólido: 18 años (ver Notas)								
LAIV3							Asma, sibilancia: 2-4 años[c]			
MMR	*									
VAR	*									
Hepatitis A										
HPV	*	Serie de 3 dosis (véase Notas)								
MenACWY										
MenB										
RSV(Abrysvo)	Administración estacional (Véase Notas)									
Dengue										
Mpox	Véase Notas									

Recomendada para todos los niños de edad adecuada que no tengan documentación de una serie de vacunación completa

No recomendada para todos los niños, pero recomendada para algunos niños en función de su mayor riesgo de contraer la enfermedad o de presentar desenlaces graves

La vacunación se basa en la toma de decisiones clínicas compartidas

Podrían ser necesarias dosis adicionales según la afección médica u otras indicaciones. Véase Notas.

Precaución: podría estar indicada si el beneficio de la protección supera el riesgo de una reacción adversa

Contraindicada o no recomendada. * Vacunar después del embarazo, si está indicado.

Sin orientación/ No corresponde

a. Para obtener información adicional sobre los parámetros de laboratorio relacionados con el VIH y el uso de vacunas de virus vivos, véase las Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización, "Inmunocompetencia alterada", en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html y la Tabla 4-1 (nota al pie J) en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

b. Inmunodeficiencia combinada grave

c. LAIV3 contraindicado para niños de 2-4 años de edad con asma o sibilancias durante los 12 meses anteriores

Notas

Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Para las recomendaciones de vacunación para las personas de 19 años o más, véase el Calendario recomendado de inmunización para adultos, 2025.

Información adicional

- Para calcular los intervalos entre dosis, 4 semanas = 28 días. Los intervalos de ≥4 meses se determinan por meses calendario.
- Dentro de un rango de números (por ejemplo, 12-18), un guion (–) debe leerse como "a".
- Las dosis de vacunas administradas ≤4 días antes de la edad o intervalo mínimo se consideran válidas. Las dosis de cualquier vacuna administrada ≥5 días antes de la edad mínima o intervalo mínimo no deben contabilizarse como válidas y deben repetirse según la edad apropiada. **La dosis repetida debe espaciarse después de la dosis inválida por el intervalo mínimo recomendado.** Para más detalles, véase la Tabla 3-2, Edades recomendadas y mínimas e intervalos entre dosis de vacunas, en la *Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html.
- La información sobre los requisitos y recomendaciones de vacunación para viajes está disponible en www.cdc.gov/travel/.
- Para la vacunación de personas con inmunodeficiencias, véase la Tabla 8-1, Vacunación de personas con inmunodeficiencias primarias y secundarias en la *Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html, and Immunization in Special Clinical Circumstances (en: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 32nd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72-86).
- Para obtener información sobre la vacunación en el contexto de un brote de una enfermedad prevenible por vacunación, póngase en contacto con el departamento de salud de su localidad o estado.
- El Programa Nacional de Indemnización por Lesiones Causadas por Vacunas (VICP) es una alternativa sin atribución de culpa al sistema jurídico tradicional para resolver reclamaciones por lesiones relacionadas con vacunas. Todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunas para niños y adolescentes están cubiertas por el VICP, excepto por las vacunas contra el dengue, PPSV23, RSV, Mpox y COVID-19. Las vacunas contra la Mpox y la COVID-19 están cubiertas por el Programa de Indemnización por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Para obtener más información, visite www.hrsa.gov/vaccinecompensation o www.hrsa.gov/cicp.

Vacunación contra la COVID-19
(edad mínima: 6 meses [Spikevax], 5 años [Comirnaty], 12 meses [mNexspike, Novaxovid])

Toma de decisiones clínicas compartidas

Vacunación basada en la toma de decisiones individuales, con énfasis en que la relación riesgo-beneficio de la vacunación es más favorable para las personas con mayor riesgo de padecer COVID-19 grave y más baja para las personas que no tienen un riesgo elevado según la lista de factores de riesgo de COVID-19 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (visite www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html). Para obtener más información sobre la toma de decisiones clínicas compartidas, visite www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html

El calendario actual de vacunación contra la COVID-19 y la formulación de las dosis están disponibles en www.cdc.gov/covidschedule.

Se debe administrar un producto de vacuna contra la COVID-19 apropiado para la edad para cada dosis. No hay una recomendación preferente para el uso de una vacuna contra la COVID-19 sobre otra cuando se dispone de más de una vacuna recomendada apropiada para la edad.

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra el dengue
(edad mínima: 9 años)

Vacunación de rutina

- Niños de 9 a 16 años que viven en zonas endémicas de dengue **Y** tienen confirmación de laboratorio de infección por dengue previa : serie de 3 dosis administrada a los 0, 6 y 12 meses
- Las zonas endémicas incluyen a Puerto Rico, American Samoa, US Virgin Islands, Federated States of Micronesia, Republic of Marshall Islands, y Republic of Palau. Para acceder a la orientación actualizada sobre las zonas endémicas de dengue y las pruebas de laboratorio previas a la vacunación, visite www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7006a1.htm?s_cid=rr7006a1 _w and www.cdc.gov/dengue/index.html
- La vacuna contra el dengue no debe administrarse a niños que viajarán o visitarán zonas endémicas de dengue.

Vacunación contra difteria, tétanos y tos ferina (DTaP) (edad mínima: 6 semanas [4 años para Kinrix o Quadracel])

Vacunación de rutina

- Serie de 5 dosis (serie primaria de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, seguida de dosis de refuerzo a las edades de 15-18 meses y 4-6 años)
  - **De manera prospectiva:** La dosis 4 puede administrarse a partir de los 12 meses si han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis 3.
  - **De manera retrospectiva:** Se puede contar una 4.ª dosis que se administró inadvertidamente a los 12 meses si han transcurrido al menos 4 meses desde la dosis 3.

Vacunación de recuperación

- La dosis 5 no es necesaria si la dosis 4 se administró a la edad de 4 años o más y al menos 6 meses después de la dosis 3.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Niños menores de 7 años con una contraindicación específica para el componente de tos ferina de la vacuna DTaP:** Se podría administrar Td para todas las dosis restantes recomendadas en lugar de DTaP. La encefalopatía dentro de los 7 días de la vacunación cuando no es atribuible a otra causa identificable es la única contraindicación específica para el componente de pertussis de la vacuna DTaP. Para obtener más información, visite www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/td-offlabel.html.
- **Manejo de heridas en niños menores de 7 años con antecedentes de 3 o más dosis de vacuna que contenga toxoide tetánico:** Para todas las heridas, excepto las heridas limpias y menores, administrar DTaP si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de la vacuna con toxoide tetánico. Para acceder a información detallada, visite www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6702a1.htm.

Notas

Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

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

Vacunación de rutina

- **ActHIB, Hiberix, Pentacel o Vaxelis:** Serie de 4 dosis (serie primaria de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, seguida de una dosis de refuerzo* a la edad de 12-15 meses)
  - *No se recomienda el uso de Vaxelis como dosis de refuerzo. Se debe utilizar una vacuna diferente que contenga Hib para la dosis de refuerzo.
- **PedvaxHIB:** Serie de 3 dosis (serie primaria de 2 dosis a los 2 y 4 meses de edad, seguida de una dosis de refuerzo a la edad de 12-15 meses)
- **Lactantes indígenas estadounidenses y nativos de Alaska:** Se prefiere Vaxelis y PedvaxHIB por encima de otras vacunas con Hib para la serie primaria.

Vacunación de recuperación

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

Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2. Se puede utilizar Vaxelis para la vacunación de recuperación en niños menores de 5 años. Se debe seguir el calendario de vacunación de recuperación si se utiliza Vaxelis para una o más dosis. Para acceder a información detallada sobre el uso de Vaxelis, visite www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm.

Situaciones especiales

- **Quimioterapia o tratamiento con radiación:**

  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

  Las dosis administradas dentro de los 14 días siguientes al inicio del tratamiento o durante el tratamiento deben repetirse al menos 3 meses después de la finalización del tratamiento.
- **Trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT):**
  - Serie de 3 dosis separadas 4 semanas comenzando 6 a 12 meses después del trasplante exitoso, independientemente del historial de vacunación con Hib
- **Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes):**

  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

  Personas no vacunadas* de 5 años o más
  - 1 dosis
- **Esplenectomía electiva:**

  Personas no vacunadas* de 15 meses o más
  - 1 dosis (preferiblemente al menos 14 días antes del procedimiento)
- **Infección por VIH:**

  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

  Personas no vacunadas* de 5-18 años
  - 1 dosis
- **Deficiencia de inmunoglobulinas, deficiencia de componentes tempranos del complemento o uso de inhibidores de componentes tempranos del complemento:**

  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

* *No vacunados* = Menos que las series de rutina (hasta la edad de 14 meses) **o** sin dosis (edad de 15 meses o más)

Vacunación contra la hepatitis A (edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

Vacunación de rutina

- **Serie de 2 dosis** (intervalo mínimo: 6 meses) a la edad de 12 a 23 meses

Vacunación de recuperación

- **Las personas no vacunadas hasta los 18 años deben completar una serie de 2 dosis** (intervalo mínimo: 6 meses).
- Las personas que recibieron previamente 1 dosis a la edad de 12 meses o más deben recibir la dosis 2 al menos 6 meses después de la dosis 1.
- Los adolescentes de 18 años o más pueden recibir HepA-HepB (Twinrix) como una serie de 3 dosis (0, 1 y 6 meses) o una serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21 a 30 días, seguidas de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Viajes internacionales

- Personas que viajan o trabajan en países con tasa alta o intermedia de hepatitis A endémica (www.cdc.gov/travel/):
  - **Lactantes de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; volver a vacunar con 2 dosis (separadas por al menos 6 meses) entre los 12 a 23 meses.
  - **No vacunados de 12 meses o más:** Administrar la dosis 1 tan pronto como se considere un viaje.

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra la hepatitis B
(edad mínima: nacimiento)

Vacunación de rutina

• **La madre es HBsAg negativa**
- Serie de 3 dosis a la edad de 0, de 1 a 2, de 6 a 18 meses **(usar vacuna monovalente HepB para dosis administradas antes de las 6 semanas de edad)**
  • Peso al nacer ≥2,000 gramos: 1 dosis dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento si es médicamente estable
  • Peso al nacer <2,000 gramos: 1 dosis a la edad cronológica de 1 mes o al momento del alta hospitalaria (lo que sea anterior e incluso si el peso sigue siendo <2,000 gramos)
- Los lactantes que no recibieron una dosis al nacer deben comenzar la serie tan pronto como sea posible (véase la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos).
- Se permite la administración de 4 dosis cuando se utiliza una vacuna combinada que contiene HepB después de la dosis de nacimiento.
- **Intervalos mínimos (véase la Tabla 2):** cuando se administran 4 dosis, sustituir "dosis 4" por "dosis 3" en estos cálculos.
- **Dosis final (3.ª o 4.ª):** Edad de 6 a 18 meses **(edad mínima 24 semanas)**

• **La madre es HBsAg positiva**
- **Dosis de nacimiento (sólo vacuna HepB monovalente):** administrar **la vacuna contra la HepB** y **la inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG)** en extremidades distintas dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento, independientemente del peso al nacer.
- **Peso al nacer <2000 gramos:** administrar 3 dosis adicionales de vacuna HepB comenzando a la edad de 1 mes (total de 4 dosis).
- **Dosis final (3.ª o 4.ª):** administrar a la edad de 6 meses **(edad mínima 24 semanas).**
- Probar para detectar HBsAg y anti-HBs a la edad de 9-12 meses. Si la serie de HepB se retrasa, analizar 1-2 meses después de la dosis final. No realizar la prueba antes de los 9 meses.

• **La madre es HBsAg desconocido**

Si existe otra evidencia que sugiera infección materna por el virus de la hepatitis B (p. ej., presencia de ADN del VHB, HBeAg positivo o madre con infección crónica por hepatitis B conocida), manejar al lactante como si la madre fuera HBsAg positiva.
- **Dosis de nacimiento (sólo vacuna HepB monovalente):**
  • Peso al nacer ≥2,000 gramos: administrar la **vacuna contra la HepB** en un plazo de 12 horas posteriores al nacimiento. Determinar el estado de HBsAg de la madre tan pronto como sea posible. Si se determina que la madre es HBsAg positiva, administrar **la inmunoglobulina contra la hepatitis B** tan pronto como sea posible (en una extremidad diferente), pero a más tardar a los 7 días.
  • Peso al nacer <2,000 gramos: administrar **la vacuna contra la HepB** y **la inmunoglobulina contra la hepatitis B** (en extremidades distintas) dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento. Administrar 3 dosis adicionales de **vacuna contra la HepB** comenzando a la edad de 1 mes (total de 4 dosis).
- **Dosis final (3.ª o 4.ª):** administrar a la edad de 6 meses **(edad mínima 24 semanas).**
- Si se determina que la madre es HBsAg positiva o si el estado permanece desconocido, probar para detectar HBsAg y anti-HBs a la edad de 9 a 12 meses. Si la serie de HepB se retrasa, analizar 1-2 meses después de la dosis final. No realizar la prueba antes de los 9 meses de edad.

Vacunación de recuperación
• Las personas no vacunadas deben completar una serie de 3 dosis a los 0, 1-2, 6 meses. Véase la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos.
• Los adolescentes de 11 a 15 años pueden utilizar un calendario alternativo de 2 dosis con al menos 4 meses entre dosis (formulación para adultos **Recombivax HB** solamente).
• Los adolescentes de 18 años podrían recibir:
- **Heplisav-B:** Serie de 2 dosis separadas al menos 4 semanas
- **PreHevbrio*:** Serie de 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses
- **HepA-HepB (Twinrix):** Serie de 3 dosis (0, 1 y 6 meses) o serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21 a 30 días, seguido de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Situaciones especiales

• La revacunación generalmente no se recomienda para personas con un estado inmunitario normal que se vacunaron cuando eran lactantes, niños, adolescentes o adultos.
• **Pruebas serológicas posteriores a la vacunación y la revacunación**
(si anti-HBs <10 mIU/ml) se recomienda para ciertas poblaciones, incluidos:
- Lactantes nacidos de madres HBsAg positivas
- Personas en etapa predialítica o en diálisis de mantenimiento
- Otras personas inmunodeprimidas
- Para conocer las recomendaciones de revacunación detalladas, visite www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm.

*** Nota:** PreHevbrio no se recomienda en el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas.

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

Vacunación de rutina y de recuperación
• La vacunación contra el VPH se recomienda de forma rutinaria a **la edad de 11 a 12 años (puede comenzar a los 9 años)** y se recomienda la vacunación contra el VPH para todas las personas hasta los 18 años si no se han vacunado adecuadamente.
• Serie de 2 o 3 dosis dependiendo de la edad en la vacunación inicial:
- **Edad de 9 a 14 años en la vacunación inicial:** Serie de 2 dosis a los 0, de 6 a 12 meses (intervalo mínimo: 5 meses; repetir la dosis si se administra demasiado pronto)
- **Edad 15 años o más en la vacunación inicial:** Serie de 3 dosis a 0, de 1 a 2 meses, 6 meses (intervalos mínimos: dosis 1 a dosis 2 = 4 semanas; dosis 2 a dosis 3 = 12 semanas; dosis 1 a dosis 3 = 5 meses; repetir dosis si se administra demasiado pronto)
• No se recomienda ninguna dosis adicional cuando se ha completado cualquier serie de vacunas contra el VPH **de cualquier valencia** utilizando los intervalos de dosificación recomendados.

Situaciones especiales
• **Afecciones inmunodepresoras, incluida la infección por VIH:** Serie de 3 dosis, incluso para aquellos que inician la vacunación a la edad de 9 a 14 años.
• **Antecedentes de abuso o agresión sexual:** Iniciar a la edad de 9 años
• **Embarazo:** No es necesario realizar pruebas de embarazo antes de la vacunación; no se recomienda la vacunación contra el VPH hasta después del embarazo; no es necesaria ninguna intervención si se vacuna durante el embarazo

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Notas Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacunación contra la influenza
(edad mínima: 6 meses [IIV3], 2 años [LAIV3], 18 años [vacuna contra la influenza recombinante, RIV3])

Vacunación de rutina
- Usar anualmente cualquier vacuna contra la influenza apropiada para la edad y el estado de salud:
  - **De 6 meses a 8 años** que han recibido menos de 2 dosis de vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024, o cuyo historial de vacunación contra la influenza se desconoce: 2 dosis, separadas por al menos 4 semanas. Administrar la dosis 2 incluso si el niño cumple 9 años entre la recepción de la dosis 1 y la dosis 2.
  - **De 6 meses a 8 años** que han recibido al menos 2 dosis de vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024: 1 dosis.
  - **Edad igual o superior a 9 años:** 1 dosis
  - **Receptores de trasplante de órgano sólido de 18 años que reciben medicamentos inmunosupresores:** las vacunas inactivadas de dosis alta (HD-IIV3) y las vacunas inactivadas potenciadas (allV3) son opciones aceptables. No hay preferencia sobre otras IIV3 o RIV3 apropiadas para la edad.
- Para la temporada 2024-25, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7305a1.htm.
- Para la temporada 2025-26, véase las recomendaciones de la vacunación contra la influenza del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación 2025-26.

Situaciones especiales
- **Contactos cercanos (por ejemplo, contactos domésticos) de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido:** no deben recibir LAIV3. Si se administra LAIV3, deben evitar tener contacto con estas personas con inmunosupresión o cuidar de ellas durante 7 días después de la vacunación.

Nota: Las personas con alergia al huevo pueden recibir cualquier vacuna contra la influenza (basada en huevo o no basada en huevo) apropiada para la edad y el estado de salud.

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola
(edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

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

Vacunación de recuperación
- **Niños y adolescentes no vacunados:** Serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de diferencia*

Situaciones especiales
- **Viajes internacionales**
  - **Lactantes de 6–11 meses:** 1 dosis antes de la salida; revacunar con serie de 2 dosis a la edad de 12 a 15 meses (12 meses para niños en zonas de alto riesgo) y dosis 2 tan pronto como 4 semanas después*.
  - **Niños de 12 meses o más:**
    - No vacunados: Serie de 2 dosis (con al menos 4 semanas de diferencia*) antes de la salida
    - 1 dosis recibida previamente: administrar la dosis 2 al menos 4 semanas después de la dosis 1*
- En situaciones de brote de paperas, para información sobre dosis adicionales de MMR (incluida la 3.ª dosis de MMR), véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

***Nota:** No se recomienda MMRV para niños de 12 a 47 meses ni para jóvenes de 13 a 18 años. El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

Vacunación contra los serogrupos meningocócicos A, C, W e Y
(edad mínima: 2 meses [MenACWY-CRM, Menveo], 2 años [MenACWY-TT, MenQuadfi]), 10 años [MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbraya])

Vacunación de rutina
- Serie de 2 dosis a la edad de 11 a 12 años; 16 años

Vacunación de recuperación
- **Edad 13-15 años:** 1 dosis ahora y refuerzo a la edad de 16-18 años (intervalo mínimo: 8 semanas)
- **Edad 16-18 años:** 1 dosis

Situaciones especiales
Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), infección por VIH, deficiencias persistentes de componentes del complemento, uso de inhibidores de componentes del complemento (p. ej., eculizumab, ravulizumab):
- **Menveo***
  - Dosis 1 a la edad de 2 meses: Serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a la edad de 4, 6 y 12 meses)
  - Dosis 1 a la edad de 3-6 meses: Serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y dosis 3 si procede] al menos 8 semanas después de la dosis anterior hasta que se reciba una dosis a la edad de 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de la edad de 12 meses)
  - Dosis 1 a la edad de 7-23 meses: Serie de 2 dosis (dosis 2 al menos 12 semanas después de la dosis 1 y posterior a la edad de 12 meses)
  - Dosis 1 a la edad de 24 meses o más: Serie de 2 dosis separadas al menos 8 semanas
- **MenQuadfi**
  - Dosis 1 a la edad de 24 meses o más: Serie de 2 dosis separadas al menos 8 semanas

Viaje a países con enfermedad meningocócica hiperendémica o epidémica, incluidos los países del cinturón africano de la meningitis o durante el Hajj (www.cdc.gov/travel/):
- **Niños menores de 24 meses:**
  - **Menveo* (edad de 2-23 meses)**
    - Dosis 1 a la edad de 2 meses: Serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a la edad de 4, 6 y 12 meses)
    - Dosis 1 a la edad de 3-6 meses: Serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y dosis 3 si procede] al menos 8 semanas después de la dosis anterior hasta que se reciba una dosis a la edad de 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de la edad de 12 meses)
    - Dosis 1 a la edad de 7-23 meses: Serie de 2 dosis (dosis 2 al menos 12 semanas después de la dosis 1 y posterior a la edad de 12 meses)

Vacunación contra los serogrupos meningocócicos A, C, W e Y
- continuación

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

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

Vacunación en la adolescencia de niños que recibieron MenACWY antes de la edad de 10 años:

• **Niños para los que se recomiendan refuerzos debido a un riesgo creciente de enfermedad meningocócica** (por ejemplo, aquellos con deficiencias de componentes del complemento, VIH o asplenia): Seguir el calendario de refuerzo para las personas con mayor riesgo.

• **Niños para los que no se recomiendan refuerzos** (por ejemplo, un niño sano que recibió una dosis única para viajar a un país en el que la enfermedad meningocócica es endémica): Administrar MenACWY según el calendario recomendado para adolescentes con la dosis 1 a la edad de 11-12 años y la dosis 2 a la edad de 16 años.

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

Nota: Para acceder a las **recomendaciones de dosis de refuerzo** de MenACWY para los grupos que se listan en "Situaciones especiales" y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacunación meningocócica, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Los niños de 10 años o más podrían recibir una dosis única de Penbraya como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día clínico (véase la sección "Vacunación contra el serogrupo meningocócico B" a continuación para obtener más información).

ESPACIO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE DEJADO EN BLANCO

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

Toma de decisiones clínicas compartidas

• **Adolescentes que no tienen mayor riesgo de edad de 16 a 23 años (edad preferida de 16 a 18 años)* en función de la toma de decisiones clínicas compartidas.**

- **Bexsero o Trumenba (utilizar la misma marca para todas las dosis):** Serie de 2 dosis separadas al menos 6 meses (si la dosis 2 se administra en menos de 6 meses, administrar la dosis 3 al menos 4 meses después de la dosis 2)

*Para optimizar la protección rápida (por ejemplo, para estudiantes que comienzan la universidad en menos de 6 meses), se podría administrar una serie de 3 dosis (0, de 1 a 2, 6 meses).

Para obtener más información sobre la toma de decisiones clínicas compartidas para MenB, véase www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/isd-job-aid-scdm-mening-b-shared-clinical-decision-making.pdf

Situaciones especiales

Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), deficiencias persistentes de componentes del complemento, uso de inhibidores de componentes del complemento (p. ej., eculizumab, ravulizumab).

- **Bexsero o Trumenba (utilizar la misma marca para todas las dosis, incluso para las dosis de refuerzo)** serie de 3 dosis a los 0, de 1 a 2, 6 meses (si la dosis 2 se administró al menos 6 meses después de la dosis 1, la dosis 3 no es necesaria; si la dosis 3 se administra antes de 4 meses después de la dosis 2, se debe administrar una 4.ª dosis al menos 4 meses después de la dosis 3)

Para acceder a las **recomendaciones de dosis de refuerzo** de MenB para los grupos que se listan en "Situaciones especiales" y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacunación meningocócica, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Nota: Las vacunas MenB podrían administrarse simultáneamente con vacunas MenACWY si se indica, pero en una zona anatómica diferente, si es factible.

Los niños de 10 años o más podrían recibir una dosis única de Penbraya (MenACWY-TT/MenB-FHbp) como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día clínico. En el caso de niños de edad elegible que no presenten un mayor riesgo, si se utiliza Penbraya para la dosis 1 de MenB, se debe administrar MenB-FHbp (Trumenba) para la dosis 2 de MenB. En el caso de niños de edad elegible que presentan un mayor riesgo de enfermedad meningocócica, se podría utilizar Penbraya para dosis adicionales de MenACWY y MenB (incluyendo dosis de refuerzo) si ambas se administrarían el mismo día clínico **y** han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis más reciente de Penbraya.

vacunación contra la viruela símica
(edad mínima: 18 años [Jynneos])

Situaciones especiales

• **Edad de 18 años y riesgo de infección por viruela símica:** completar serie de 2 dosis, con 28 días de separación.

Los factores de riesgo para la infección por la viruela símica incluyen:

- Homosexuales, bisexuales u otros HSH, o una persona que tiene sexo con homosexuales, bisexuales u otros HSH que en los últimos 6 meses ha tenido uno de los siguientes:
  - Un nuevo diagnóstico de al menos 1 enfermedad de transmisión sexual
  - Más de 1 pareja sexual
  - Sexo en un lugar de sexo comercial
  - Sexo en asociación con un gran acontecimiento público en una zona geográfica en la que se está produciendo la transmisión de la viruela símica
- Personas que son parejas sexuales de las personas descritas anteriormente
- Personas que anticipan experimentar cualquiera de las situaciones descritas anteriormente

• **Embarazo:** Actualmente no existe una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización para el uso de Jynneos en el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas con cualquier factor de riesgo descrito anteriormente podrían recibir Jynneos.

Para acceder a información detallada, véase www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine- considerations/vaccination-overview.html

ESPACIO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra el neumococo
(edad mínima: 6 semanas [PCV15], [PCV 20]; 2 años [PPSV23])

Vacunación de rutina con PCV

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

Vacunación de recuperación con PCV

- Niños sanos de edad de 2 a 4 años con alguna serie incompleta* Serie PCV: 1 dosis de PCV
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Nota: Para niños **sin** condiciones de riesgo, no está indicada PCV20 si han recibido 4 dosis de PCV13 o PCV15 u otra serie completa de PCV apropiada para la edad.

Situaciones especiales

Niños y adolescentes con fuga de líquido cefalorraquídeo; cardiopatía crónica; enfermedad renal crónica (excluyendo diálisis de mantenimiento y síndrome nefrótico); enfermedad hepática crónica; enfermedad pulmonar crónica (incluyendo asma persistente moderada o persistente grave); implante coclear; o diabetes mellitus:

Edad 2-5 años

- Cualquier serie incompleta* de PCV con:
  - 3 dosis de PCV: 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV)
  - Menos de 3 dosis de PCV: 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y administradas con al menos 8 semanas de separación)
- Serie de PCV recomendada completada pero no ha recibido PPSV23.
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente.

Edad 6-18 años

- No recibió previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o PCV20. Si se usa PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15**.
- Recibió PCV antes de la edad de 6 años pero no ha recibido PPSV23
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23. Administrar al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente.
- Recibió PCV13 únicamente a la edad de 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV13 más reciente.
- Recibió 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a la edad de 6 años o después: no se indican más dosis de PCV o PPSV23.

Niños y adolescentes en diálisis de mantenimiento, o con afecciones inmunodepresoras tales como síndrome nefrótico; asplenia congénita o adquirida o disfunción esplénica; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; enfermedades y afecciones tratadas con fármacos inmunosupresores o radioterapia, incluyendo neoplasias malignas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin y trasplante de órganos sólidos; infección por VIH; o enfermedad de células falciformes u otras hemoglobinopatías:

Edad 2-5 años

- Cualquier serie incompleta* de PCV:
  - 3 dosis de PCV: 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV)
  - Menos de 3 dosis de PCV: 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y administradas con al menos 8 semanas de separación)
- Serie de PCV recomendada completada pero no ha recibido PPSV23.
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente. Si se usa PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

Edad 6-18 años

- No recibió previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o 1 dosis de PCV20. Si se usa PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15**.
- Recibió PCV antes de la edad de 6 años pero no ha recibido PPSV23
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: sin dosis adicional de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente. Si se usa PPSV23, administrar PCV20 o dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
- Recibió PCV13 únicamente a la edad de 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV13 más reciente. Si se usa PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
- Recibió 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a la edad de 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13 y al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

Embarazo: ninguna recomendación para PCV o PPSV23 debido a datos limitados. Puede encontrar el resumen de los datos existentes sobre la vacunación contra el neumococo durante el embarazo en www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm

Para recibir orientación sobre la determinación de qué vacunas contra el neumococo necesita un paciente y cuándo, consulte la aplicación móvil que puede descargarse aquí: wcms-wp.cdc.gov/pneumococcal/hcp/vaccine-recommendations/app.html

* *Serie incompleta* = No haber recibido todas las dosis en la serie recomendada o en una serie de recuperación apropiada para la edad. Véase la Tabla 2 de las recomendaciones sobre vacunas contra el neumococo del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización en stacks.cdc.gov/view/cdc/133252

***Cuando se indican tanto PCV15 como PPSV23, administrar primero todas las dosis de PCV15. PCV15 y PPSV23 no deben administrarse durante la misma visita.*

Vacunación contra el poliovirus
(edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

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

Vacunación de recuperación

- En los primeros 6 meses de vida, utilizar edades e intervalos mínimos sólo para viajes a una región endémica de poliomielitis o durante un brote.
- **Adolescentes de 18 años que se sabe o se sospecha que no están vacunados o cuya vacunación está incompleta:** administrar las dosis restantes (1, 2 o 3 de IPV) para completar la serie primaria de 3 dosis*. A menos que haya razones específicas para creer que no fueron vacunados, la mayoría de las personas de 18 años o más nacidas y criadas en los Estados Unidos pueden suponer que fueron vacunadas contra la poliomielitis cuando eran niños.

Serie que contiene la vacuna oral contra el poliovirus (OPV), ya sea una serie mixta OPV-IPV o solo OPV:

- El número total de dosis necesarias para completar la serie es el mismo que el recomendado para el calendario de IPV de los Estados Unidos. www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6.htm?s_%20cid=mm6601a6_w.
- Sólo la OPV trivalente (tOPV) cuenta hacia los requisitos de vacunación de los Estados Unidos.
  - Las dosis de OPV administradas antes del 1 de abril de 2016 deben contarse (a menos que se indique específicamente que se administraron durante una campaña).
  - Las dosis de OPV administradas el 1 de abril de 2016 o después de esa fecha no deben contarse.
  - Para acceder orientación para evaluar las dosis documentadas como "OPV", véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?s_cid=mm6606a7_w.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Adolescentes de 18 años con mayor riesgo de exposición al poliovirus y serie primaria completa*:** se podría administrar un refuerzo de IPV de por vida

*** Nota:** La serie primaria completa consiste en al menos 3 dosis de IPV o vacuna contra el poliovirus oral trivalente (tOPV) en cualquier combinación.

Para acceder a información detallada, véase:
www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html

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

Inmunización de rutina

- **Lactantes nacidos de octubre a marzo en la mayoría de las partes continentales de los Estados Unidos***
  - La madre no recibió la vacuna contra el RSV o se desconoce el estado de vacunación de la madre contra el RSV o la madre recibió la vacuna contra el RSV en un embarazo anterior: administrar 1 dosis de nirsevimab en el plazo de 1 semana desde el nacimiento (idealmente durante la hospitalización del nacimiento).
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **menos de 14 días** antes del parto: administrar 1 dosis de nirsevimab en el plazo de 1 semana desde el nacimiento (idealmente durante la hospitalización del nacimiento).
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **al menos 14 días** antes del parto: nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en raras circunstancias a discreción de los proveedores de cuidado de la salud (véase www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)
- **Lactantes nacidos de abril a septiembre en la mayoría de los Estados Unidos continentales***
  - La madre no recibió la vacuna contra el RSV o se desconoce el estado de vacunación de la madre contra el RSV o la madre recibió la vacuna contra el RSV en un embarazo anterior: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de RSV*.
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **menos de 14 días** antes del parto: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de RSV*.
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **al menos 14 días** antes del parto: nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en raras circunstancias a discreción de los proveedores de cuidado de la salud (véase www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

Los lactantes con hospitalización de nacimiento prolongada** (por ejemplo, por prematuridad) dados de alta de octubre a marzo deben inmunizarse poco antes o inmediatamente después del alta.

Situaciones especiales

- **Edades de 8 a 19 meses con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad que requirió apoyo médico (p. ej., tratamiento crónico con corticosteroides, tratamiento con diuréticos u oxigenoterapia suplementaria) en cualquier momento durante los 6 meses previos al inicio de la segunda temporada de RSV; inmunodepresión grave; fibrosis quística con peso para la talla el <percentil 10 o con manifestaciones de enfermedad pulmonar grave (p. ej., hospitalización previa por exacerbación pulmonar en el primer año de vida o anomalías persistentes en las imágenes torácicas cuando el paciente está estable)**:**
  - 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de RSV*
- **Edades de 8 a 19 meses que son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska:** 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada del RSV*
- **Elegibles por edad y sometidos a cirugía cardiaca con bypass cardiopulmonar**:** 1 dosis adicional de nirsevimab después de la cirugía. Véase www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000lbl.pdf

*** Nota:** Aunque el momento del inicio y la duración de la temporada del RSV puede variar, la administración de nirsevimab se recomienda de octubre a marzo en la mayoría de los Estados Unidos continentales (óptimamente de octubre a noviembre o dentro de 1 semana luego del nacimiento). Los proveedores en jurisdicciones con estacionalidad del RSV que difiere de la mayoría de los Estados Unidos continentales (por ejemplo, Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (por ejemplo, CDC, departamentos de salud) o centros médicos regionales sobre el momento de la administración en función de la estacionalidad local del RSV.

**** Nota:** Nirsevimab puede administrarse a niños que son elegibles para recibir palivizumab. Los niños que han recibido nirsevimab no deben recibir palivizumab durante la misma temporada de virus respiratorio sincicial.

Para obtener más orientación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7234a4.htm y www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html

ESPACIO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE
DEJADO EN BLANCO

Notas

Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacunación contra el virus respiratorio sincitial (RSV [Abrysvo])

Vacunación de rutina

- **Embarazadas en la semana 32 semanas con 0 días hasta las 36 semanas y 6 días de gestación desde septiembre hasta enero en la mayoría de las partes continentales de los Estados Unidos*:** 1 dosis de Abrysvo. Administrar la vacuna contra el RSV independientemente de una infección previa por RSV.
  - Se recomienda la vacunación de la contra el RSV con Abrysvo o la inmunización del lactante con nirsevimab (anticuerpo monoclonal del RSV) para prevenir la enfermedad grave por el virus sincitial respiratorio en lactantes.
- **Todas las demás embarazadas:** no se recomienda la vacuna contra el RSV
- **Embarazos posteriores:** no se recomiendan dosis adicionales. No se dispone de datos para informar si se necesitan dosis adicionales en embarazos posteriores. Los lactantes nacidos de mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra el RSV durante un embarazo anterior deben recibir nirsevimab.

***Nota:** Los proveedores en jurisdicciones con estacionalidad del RSV que difiere de la mayoría de las partes continentales de los Estados Unidos (por ejemplo, Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (por ejemplo, CDC, departamentos de salud) o centros médicos regionales sobre el momento de la administración en función de la estacionalidad local del RSV.

Vacunación contra el rotavirus (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- **Rotarix:** Serie de 2 dosis a la edad de 2 y 4 meses
- **RotaTeq:** Serie de 3 dosis a la edad de 2, 4 y 6 meses
- Si alguna dosis de la serie es **RotaTeq** o desconocida, se debe volver a la serie de 3 dosis.

Vacunación de recuperación

- No comenzar la serie a la edad de 15 semanas, 0 días o después.
- La edad máxima para la dosis final es de 8 meses, 0 días.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Vacunación contra tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) (edad mínima: 11 años para la vacunación de rutina, 7 años para la vacunación de recuperación)

Vacunación de rutina

- **Edad de 11 a 12 años:** 1 dosis de Tdap (refuerzo para adolescentes)
- **Embarazo:** 1 dosis de Tdap durante cada embarazo, preferiblemente en la primera parte de las semanas de gestación 27 a 36

Nota: Tdap podría administrarse independientemente del intervalo desde la última vacuna que contenga toxoides tetánico y diftérico.

Vacunación de recuperación

- **Edad de 13 a 18 años que no han recibido Tdap:** 1 dosis de Tdap (refuerzo para adolescentes)
- **Edad de 7 a 18 años no completamente vacunados* con DTaP:** 1 dosis de Tdap como parte de la serie de recuperación (preferiblemente la primera dosis); si se necesitan dosis adicionales, utilizar Td o Tdap.
- **Tdap administrado a la edad de 7-10 años:**
  - **Edad de 7 a 9 años** que reciben Tdap deben recibir la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes a la edad de 11 a 12 años
  - **Edad de 10 años** que reciben Tdap no necesitan la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes a la edad de 11 a 12 años
- **DTaP administrada inadvertidamente a la edad de 7 años o después:**
  - **Edad de 7 a 9 años:** DTaP podría contarse como parte de la serie de recuperación. Administrar dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes a la edad de 11 a 12 años.
  - **Edad de 7 a 9 años:** Contar la dosis de DTaP como la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Manejo de heridas** en personas de 7 años o más antecedentes de 3 o más dosis de vacuna que contenga toxoide tetánico: Para heridas limpias y menores, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis de vacuna que contenga toxoide tetánico; para todas las demás heridas, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de vacuna que contenga toxoide tetánico. Se prefiere Tdap para personas de 11 años o más que no han recibido Tdap previamente o cuyo historial de Tdap es desconocido. Si una vacuna que contenga toxoide tetánico está indicada para una adolescente embarazada, utilizar Tdap.
- Para información detallada, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm.

* *Completamente vacunados* = 5 dosis válidas de DTaP o 4 dosis válidas de DTaP si la dosis 4 se administró a la edad de 4 años o más.

Vacunación contra la varicela (edad mínima: 12 meses)

Vacunación de rutina

- Serie de 2 dosis a la edad de 12-15 meses, 4-6 años
  - La dosis 2 puede administrarse tan pronto como a los 3 meses después de la dosis 1 (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas podría contarse como válida).

Vacunación de recuperación

- Garantizar que las personas de 7 a 18 años sin evidencia de inmunidad (véase *MMWR* en www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5604.pdf) tengan una serie de 2 dosis:
  - **Edad de 11 a 12 años:** Intervalo de rutina: 3 meses (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas podría contarse como válida)
  - **Edad de 13 años o más:** Intervalo de rutina: 4-8 semanas (intervalo mínimo: 4 semanas)

Nota: No se recomienda MMRV para niños de 12 a 47 meses ni para jóvenes de 13 a 18 años (administrar las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola y contra la varicela por separado para estos grupos de edad). El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

ESPACIO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE DEJADO EN BLANCO

Apéndice Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Guía de contraindicaciones y precauciones de las vacunas de uso común
Adaptado de la Tabla 4–1 de las *Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización:* Contraindicaciones y precauciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización; de Prevención y control de la influenza estacional con vacunas: recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización — Estados Unidos, temporada de influenza 2024-2025 (cdc.gov), *y* precauciones para la vacunación contra la COVID-19

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicado o no recomendado[1]	Precauciones[2]
Vacunas contra la COVID-19 de ARNm [Comirnaty, mNexspike, Spikevax]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna contra la COVID-19 de ARNm[3]	• Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de inyección) a un componente de una vacuna contra la COVID-19 de ARNm[3]; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio en menos de 4 horas) tras la administración de una dosis previa de una vacuna contra la COVID-19 de ARNm • Miocarditis o pericarditis en el plazo de 3 semanas después de una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 • Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A). • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna de subunidades proteicas contra la COVID-19 [Nuvaxovid]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna Nuvaxovid[3]	• Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de inyección) a un componente de una vacuna de Nuvaxovid[3]; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio en menos de 4 horas) tras la administración de una dosis previa de una vacuna de Nuvaxovid • Miocarditis o pericarditis en el plazo de 3 semanas después de una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 • Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A). • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza inactivada inyectable producida en huevo (IIV3)	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier IIV producida en huevo, ccIIV, RIV o LAIV, de cualquier valencia) • Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna[3] (excepto el huevo)	• Síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barre Syndrome, GBS) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza inactivada inyectable producida en cultivo celular (ccIIV3) [Flucelvax]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier ccIIV, de cualquier valencia, o a cualquier componente[3] de la ccIIV3	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza • Personas con antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa de cualquier IIV producida en huevo, RIV o LAIV, de cualquier valencia. Si se utiliza la ccIIV3, administrarla en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de cuidado de la salud capacitado para reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Podría consultar a un alergólogo. • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza recombinante inyectable (RIV3) [Flublok]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier RIV, de cualquier valencia, o a cualquier componente[3] de la RIV3	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza • Personas con antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa de cualquier IIV producida en huevo, ccIIV o LAIV, de cualquier valencia. Si se utiliza la RIV3, administrarla en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de cuidado de la salud capacitado para reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Podría consultar a un alergólogo. • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza atenuada viva (LAIV3) [Flumist]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier IIV producida en huevo, ccIIV, RIV o LAIV, de cualquier valencia) • Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna[3] (excepto el huevo) • Niños de 2-4 años con antecedentes de asma o sibilancias • Asplenia anatómica o funcional • Inmunodeprimidos por cualquier causa, incluidas —entre otras— los medicamentos y la infección por el VIH • Contactos cercanos o cuidadores de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido • Embarazo • Implante coclear • Comunicación activa entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la orofaringe, la nasofaringe, la nariz, el oído o cualquier otra fuga craneal de líquido cefalorraquídeo • Niños y adolescentes que reciben aspirina o medicamentos que contienen salicilatos • Ha recibido medicamentos antivirales contra la influenza: oseltamivir o zanamivir en las 48 horas previas, peramivir en los 5 días previos o baloxavir en los 17 días previos	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza • Asma en personas de 5 años o más • Personas con afecciones médicas subyacentes distintas de las enumeradas en las contraindicaciones que podrían predisponer a complicaciones tras una infección por el virus de la influenza de tipo salvaje; p. ej., trastornos pulmonares crónicos, cardiovasculares (excepto hipertensión aislada), renales, hepáticos, neurológicos, hematológicos o metabólicos (incluida la diabetes mellitus) • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre

1. Cuando haya presencia de una contraindicación, **NO** se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.
2. Cuando exista una precaución, la vacunación generalmente debe aplazarse, pero podría estar indicada si el beneficio de la protección de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.
3. Los proveedores de vacunación deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Véanse los prospectos de las vacunas autorizadas en los Estados Unidos.

Apéndice

Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicado o no recomendado[1]	Precauciones[2]
Dengue (DEN4CYD)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH con inmunodepresión grave) • Falta de confirmación de laboratorio de una infección previa por dengue	• Embarazo • Infección por VIH sin evidencia de inmunosupresión grave • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Difteria, tétano y tos ferina (DTaP)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los 7 días posteriores a la administración de una dosis previa de DTP o DTaP	• Síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna que contenga toxoide tetánico • Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus tras una dosis previa de una vacuna que contenga toxoide diftérico o toxoide tetánico; aplazar la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contenga toxoide tetánico • Solo para DTaP: Trastorno neurológico progresivo, incluidos los espasmos infantiles, la epilepsia no controlada o la encefalopatía progresiva; posponer la administración de DTaP hasta que el estado neurológico se haya aclarado y estabilizado • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Haemophilus influenzae de tipo b (Hib)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Menores de 6 semanas	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Hepatitis A (HepA)	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa o a un componente[3] de la vacuna, incluido la neomicina	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Hepatitis B (HepB)	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa o a un componente[3] de la vacuna, incluida la levadura. • Embarazo: No se recomienda PreHevbrio debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Utilizar otras vacunas contra la hepatitis B si está indicado[4]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra la hepatitis A-hepatitis B (HepA-HepB) [Twinrix]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa o a un componente[3] de la vacuna, incluido la neomicina y la levadura	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Virus del papiloma humano (VPH)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • *Embarazo: No se recomienda la* vacunación contra el VPH.	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Sarampión, paperas, rubéola (MMR) Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por el VIH con inmunodepresión grave) • Embarazo • Historia familiar de inmunocompetencia alterada, a menos que se verifique clínicamente o mediante pruebas de laboratorio como inmunocompetente • Solo para MMRV: Infección por VIH de cualquier gravedad y niños menores de 4 años	• Recepción reciente (≤11 meses) de un hemoderivado que contenga anticuerpos (el intervalo específico depende del producto) • Antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica • Necesidad de realizar una prueba cutánea de tuberculina o una prueba de liberación de interferón gamma (IGRA) • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre • Solo para MMRV: Antecedentes personales o familiares (es decir, hermanos o padres) de convulsiones de cualquier etiología • Si se usa MMRV, véase Varicela/MMRV para precauciones adicionales
Meningocócica ACWY (MenACWY) MenACWY-CRM [Menveo] MenACWY-TT [MenQuadfi]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Solo para MenACWY-CRM: reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico o CRM197 • Solo para MenACWY-TT: reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide tetánico	• Solo para MenACWY-CRM: Nacimiento prematuro si es menor de 9 meses • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica B (MenB) MenB-4C [Bexsero] MenB-FHbp [Trumenba]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Embarazo • Sólo para MenB-4C: Sensibilidad al látex • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica ABCWY (MenACWY-TT/MenB-FHbp) [Penbraya]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide tetánico	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Mpox [Jynneos]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Neumocócica conjugada (PCV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico o a alguno de sus componentes[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Polisacárida neumocócica (PPSV23)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna inactivada contra el poliovirus (IPV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Embarazo • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Anticuerpo monoclonal frente al RSV (RSV-mAb)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[5]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra el virus respiratorio sincicial (RSV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Rotavirus (RV) RV1 [Rotarix] RV5 [RotaTeq]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia combinada grave (SCID) • Antecedentes de invaginación intestinal	• Inmunocompetencia alterada distinta de la SCID • Enfermedad gastrointestinal crónica • Solo para RV1: Espina bífida o extrofia vesical • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap) Tétanos, difteria (Td)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Solo para Tdap: Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de consciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los 7 días posteriores a la administración de una dosis previa de DTP, DTaP o Tdap	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna que contenga toxoide tetánico • Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus tras una dosis previa de una vacuna que contenga toxoide diftérico o toxoide tetánico; aplazar la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contenga toxoide tetánico • Solo para Tdap: Trastorno neurológico progresivo o inestable, convulsiones no controladas o encefalopatía progresiva, hasta que se haya establecido un régimen de tratamiento y la afección se haya estabilizado • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Varicela (VAR) Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por el VIH con inmunodepresión grave) • Embarazo • Historia familiar de inmunocompetencia alterada, a menos que se verifique clínicamente o mediante pruebas de laboratorio como inmunocompetente • Solo para MMRV: Infección por VIH de cualquier gravedad	• Recepción reciente (≤11 meses) de un hemoderivado que contenga anticuerpos (el intervalo específico depende del producto) • Administración de antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) en las 24 horas previas a la vacunación (evitar el uso de estos antivirales durante los 14 días posteriores a la vacunación) • Uso de aspirina o productos que contengan aspirina • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre • Si se usa MMRV, véase MMR/MMRV para precauciones adicionales

1. Cuando haya presencia de una contraindicación, NO se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
2. Cuando exista una precaución, la vacunación generalmente debe aplazarse, pero podría estar indicada si el beneficio de la protección de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
3. Los proveedores de vacunación deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Los prospectos de las vacunas autorizadas en los Estados Unidos están disponibles en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-products/vaccines-licensed-use-united-states.
4. Para obtener información sobre el registro de exposición durante el embarazo para las personas que fueron vacunadas inadvertidamente con PreHevbrio durante el embarazo, visite www.prehevbrio.com/#safety.
5. Ficha técnica completa de BEYFORTUS (nirsevimab-alip) www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000lbl.pdf.

Anexo Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Además de las recomendaciones presentadas en las secciones anteriores de este calendario de inmunización, el ACIP ha aprobado las siguientes recomendaciones por mayoría de votos desde el 24 de octubre de 2024.

Vacunas	Recomendaciones	Fecha de entrada en vigor de la recomendación*
Meningocócica (MenACWYCRM/MenB-4C, Penmenvy)	La vacuna MenABCWY puede utilizarse cuando se indican tanto MenACWY como MenB en la misma visita en: 1. Personas sanas de entre 16 y 23 años (calendario de rutina) cuando la toma de decisiones clínicas compartidas favorece la administración de la vacuna MenB y 2. Personas de ≥10 años con mayor riesgo de padecer enfermedad meningocócica (por ejemplo, debido a deficiencias persistentes del complemento, uso de inhibidores del complemento o asplenia funcional o anatómica)	25 de junio de 2025
Influenza	El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación reafirma las recomendaciones para la vacunación anual rutinaria contra la influenza de todas las personas mayores de 26 meses que no tengan contraindicaciones para la temporada 2025-2026	22 de julio de 2025
Influenza	El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación recomienda únicamente fórmulas de dosis única de vacunas anuales contra la influenza que no contengan tiomersal como conservante para tres poblaciones: - Niños de 18 años o menos - Mujeres embarazadas - Todos los adultos	22 de julio de 2025
Anticuerpo monoclonal del RSV (Clesrovimab)	El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación recomienda que los bebés menores de 8 meses nacidos durante la temporada de VRS o que estén entrando por primera vez en ella y que no estén protegidos por la vacunación materna reciban una dosis de clesrovimab.	4 de agosto de 2025
Nota: A partir del 29 de mayo de 2025, el calendario incorpora la directiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) respecto a las recomendaciones sobre la vacuna contra la COVID-19. (Se han realizado cambios en las tablas y notas relativas a las vacunas contra la COVID-19 en mujeres embarazadas y niños o adolescentes de entre 6 meses y 17 años que no padecen inmunodeficiencia moderada o grave).		

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

Definiciones jurídicas

Afección médica de emergencia: una afección médica que comienza de forma repentina y se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor severo) como para que una persona prudente, sin conocimientos médicos especializados, pero con un conocimiento promedio de salud, pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría resultar en:

- un grave peligro para la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o el bebé en gestación);
- un daño serio a las funciones corporales; o una disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal.

Cuidado a largo plazo: cuidados personales y médicos en un asilo de convalecencia, centro de cuidado intermedio para personas con discapacidad intelectual (ICF-IID), o a través de un programa de exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) financiado por TennCare, incluidos CHOICES y Employment and Community First CHOICES. Las personas afiliadas a TennCare deben cumplir los requisitos para recibir atención a largo plazo reembolsada por TennCare.

Médicamente necesario: para que un artículo o servicio médico se considere médicamente necesario, debe cumplir cada uno de los siguientes criterios:

- Debe ser recomendado por un médico con licencia que esté tratando al afiliado, o por otro proveedor de atención de salud con licencia que ejerza dentro del ámbito de su licencia y que esté tratando al afiliado; Debe ser necesario para diagnosticar o tratar la afección médica del afiliado;
- Debe ser seguro y eficaz;
- No debe ser experimental ni de investigación; y
- Debe ser la alternativa de diagnóstico o tratamiento menos costosa que sea adecuada para la afección médica del afiliado.

Cuando se aplica a la atención de un paciente hospitalizado, significa además que la afección médica del afiliado requiere que los servicios no puedan prestarse de manera segura en régimen ambulatorio;

Cuando se aplica a afiliados menores de 21 años, los servicios deberán prestarse conforme a los requisitos establecidos en 42 CFR Parte 441, Subparte B, y en la OBRA de 1989.

Glosario

Apelación: cuando su plan de salud de TennCare determine que usted no cumple con los requisitos para un servicio, recibirá una carta que le explicará el motivo. Esta carta se llama “Aviso de determinación adversa de beneficios". Si considera que su plan de salud de TennCare cometió un error y cree que *sí* cumple los requisitos para el servicio, puede presentar una Apelación ante TennCare. La carta le indicará cómo hacerlo. Una “Apelación” es una solicitud para que TennCare le conceda una audiencia imparcial. En esa audiencia imparcial, un juez decidirá si su plan de salud de TennCare cometió un error.

Copagos: un cargo o cuota que debe pagarse cuando se presta un servicio cubierto.

Equipo médico duradero (DME): equipo médico duradero prescrito por un médico para ayudar con una discapacidad, enfermedad o lesión. Por ejemplo, el equipo de oxígeno, las sillas de ruedas o las muletas son tipos de DME.

Afección médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección que comienza de forma repentina y es tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños severos.

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

Atención en la sala de emergencias: servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia: evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección se agrave.

Servicios excluidos: servicios que su plan de salud de TennCare no paga ni cubre.

Queja formal: una queja que usted presenta ante su plan de salud de TennCare relacionada con cualquier asunto distinto de una determinación adversa de beneficios.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios o equipos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios.

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

Atención médica a domicilio: servicios para el cuidado de la salud que una persona recibe en su domicilio por parte de enfermeros o auxiliares de salud en el hogar.

Servicios para pacientes terminales: servicios destinados a aliviar el dolor y brindar apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en un hospital.

Médicamente necesario: servicios para el cuidado de la salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. Para ser considerados médicamente necesarios, estos servicios deben cumplir los requisitos de TennCare.

Red: los centros, proveedores y prestadores de servicios con los que su plan de salud de TennCare ha celebrado contratos para proporcionar servicios para el cuidado de la salud.

Proveedor no participante: un proveedor de cuidado de la salud que no forma parte de la red de su plan de salud de TennCare. También llamado proveedor fuera de red.

Proveedor participante: un proveedor de cuidado de la salud que forma parte de la red de su plan de salud de TennCare. También llamado proveedor dentro de la red.

Servicios de médicos: servicios para el cuidado de la salud prestados o coordinados por un médico con licencia.

Plan: su Administrador de Beneficios de Farmacia de TennCare, Administrador de Beneficios Dentales u Organización de Cuidado Administrado.

Preautorización: una decisión de su plan de salud de TennCare que determina que un servicio o un medicamento recetado es médicamente necesario para usted. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su plan de salud de TennCare podría requerir una preautorización antes de que usted pueda acceder a ciertos servicios, suministros o medicamentos, excepto en una emergencia.

Prima: el monto que debe pagarse por su cobertura de seguro de salud.

Cobertura de medicamentos recetados: plan de salud que ayuda a pagar por medicamentos y fármacos recetados.

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que requieren una receta en virtud de la ley.

Médico de Cuidado Primario o Proveedor de Cuidado Primario (PCP): su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor de cuidado de la salud al que usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

También puede comunicarse con otros médicos y proveedores sobre el cuidado de su salud y darle una referencia para atenderse con ellos. Por lo general, usted debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Proveedor: cualquier médico, hospital, agencia u otra persona que tenga una licencia o esté autorizada para prestar servicios para el cuidado de la salud. Un proveedor también puede ser una clínica, farmacia o centro.

Servicios de rehabilitación: servicios para el cuidado de la salud que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía importante. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Atención de enfermería especializada: ciertos servicios especializados que sólo pueden ser prestados por personal de enfermería con licencia en su domicilio o en un asilo de convalecencia.

Especialista: un médico que proporciona atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo determinada. Para ver a un especialista, los miembros de TennCare deben obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario.

Cuidado de urgencia: cuidado para una enfermedad, lesión o afección que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata.

Tablas de beneficios de CHOICES

Servicios de Asistencia para Cuidadores de CHOICES

Servicios de Asistencia para Cuidadores de CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Cuidado diurno para adultos	Un lugar que ofrece actividades y cuidados supervisados durante el día.		✓	✓	hasta 2,080 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Cuidado de relevo en el hogar	Una persona que se queda con usted en su hogar por un corto período para que su cuidador pueda descansar. (Solo para cuidadores familiares u otros cuidadores habituales que no reciben pago por ayudarle).		✓	✓	216 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Cuidados paliativos como paciente interno	Una corta estancia en un asilo de convalecencia o en un centro de vida de asistida para que su cuidador pueda descansar. (Solo para cuidadores familiares u otros cuidadores habituales que no reciben pago por ayudarle).		✓	✓	9 días por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)

Apoyos para la vida comunitaria

Apoyos para la vida comunitaria

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Apoyos para la vida comunitaria	Un hogar o apartamento compartido donde vive usted y no más de otras 3 personas. El nivel de apoyo que se brinda depende de sus necesidades y puede incluir asistencia directa, supervisión, transporte y otros apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.		✓	✓	
Modelo familiar	Apoyo con las actividades de la vida diaria y otras tareas que le ayudan a vivir en la comunidad y participar en la vida comunitaria. Generalmente se presta en un entorno pequeño y compartido o con una familia (que no es la suya) que le proporcionará los apoyos que necesita. Usted debe pagar su habitación y la alimentación.		✓	✓	

Alternativas residenciales basadas en la comunidad de CHOICES

Alternativas residenciales basadas en la comunidad de CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Institución de residencia con atención asistida	Un lugar donde usted vive y recibe ayuda con necesidades de cuidado personal, servicios de asistencia doméstica y la toma de medicamentos. Usted debe pagar su habitación y la alimentación.		✓	✓	
Hogar de cuidados críticos para adultos	Un hogar donde vive usted y no más de otras 4 personas, junto con un profesional del cuidado de la salud que atiende sus necesidades especiales de salud y de atención a largo plazo. En virtud de la ley estatal, esto sólo está disponible para personas que dependen de un ventilador o que tienen una lesión cerebral traumática. Usted debe pagar su habitación y la alimentación.		✓		Limitado a adultos que dependen de un ventilador o que tienen una lesión cerebral traumática.
Cuidado de compañía	Una persona que usted contrata y que vive con usted en su hogar para ayudarlo con el cuidado personal o los servicios de asistencia doméstica cuando lo necesite.		✓		Disponible solo para miembros del Grupo 2 en atención dirigida por el afiliado que necesitan cuidados durante el día y la noche que no pueden ser proporcionados por cuidadores no remunerados. Y solo cuando su costo sea menor que otras formas de cuidado domiciliario que satisfarían sus necesidades.

Servicios de asistencia directa de CHOICES

Servicios de asistencia directa de CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Cuidado personal Visitas	Alguien que le ayuda con necesidades de cuidado personal y apoyo en el hogar, en el trabajo o en la comunidad. Si necesita ayuda personal, también puede recibir ayuda con tareas domésticas y diligencias, pero sólo para usted (no para otros miembros de la familia).		✓	✓	Visitas de hasta 2,580 horas por año calendario.

Servicios adicionales de CHOICES

Servicios adicionales de CHOICES

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Tecnología asistencial	Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que le ayudan a hacer las cosas de manera más fácil o segura en su hogar, como pinzas para alcanzar objetos.		✓	✓	Hasta $900 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Modificaciones menores en el hogar	Cambios en su hogar que le ayudarán a desplazarse con mayor facilidad y seguridad, como barras de apoyo o una rampa para silla de ruedas.		✓	✓	$6,000 por proyecto; $10,000 por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año); y $20,000 por vida (no se cuenta como parte del límite general de servicios para los miembros de CHOICES 3).

Sistema de respuesta a emergencias personales	Un botón de llamada que puede usar para obtener ayuda en una emergencia.		✓	✓	
Control de plagas	Fumigación de su hogar para eliminar una infestación, como de insectos o roedores.		✓	✓	9 visitas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año)
Comidas a domicilio	Comidas nutritivas que pueden entregarse frescas cada día o congeladas para varios días.		✓	✓	1 comida al día
Tecnología habilitadora	Diversos tipos de dispositivos y tecnologías que ayudan a promover la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de apoyo remoto y otros dispositivos inteligentes.		✓	✓	$5,000 por año calendario y está disponible hasta el 31 de marzo de 2025.

Atención en asilos de convalecencia de CHOICES

Atención en asilos de convalecencia de CHOICES

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Asilo de convalecencia	Un asilo de convalecencia es un lugar que ofrece una habitación, comidas y ayuda con las actividades de la vida diaria. La mayoría de las personas en un asilo de convalecencia tienen problemas de salud física o mental que les impiden vivir por su cuenta.	✓	✓ Solo a corto plazo.	✓ Solo a corto plazo.	Para los miembros del Grupo 2 y 3, limitado a no más de 90 días, pero solo si la persona recibe primero cuidado a domicilio, cumple los requisitos para recibir cuidado en un asilo de convalecencia y se espera que solo necesite una estancia breve.

Apoyos para el empleo - Apoyos para el empleo individual

Apoyos para el empleo - Apoyos para el empleo individual

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Exploración – Empleo integrado individualizado	Le ayuda a decidir si quiere trabajar y qué tipos de trabajos podrían gustarle y en cuáles podría desempeñarse bien mediante visitas a lugares de trabajo que se ajusten a sus habilidades e intereses. También le ayuda (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder sus preguntas sobre el trabajo.	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado ni recibiendo otras apoyos laborales y no ha decidido si quiere trabajar o no.
Exploración – Autoempleo	Le ayuda a decidir si quieres crear su propia empresa y el tipo de negocio que sería adecuado para usted. También le ayuda (y a su familia) a comprender los beneficios del trabajo y le brinda respuesta para sus preguntas sobre el trabajo.	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios).

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Descubrimiento	Alguien que le ayuda a identificar los tipos de trabajo que quiere hacer, las habilidades y fortalezas que aportará a su trabajo y lo que necesitas para tener éxito. Esta información puede utilizarse para ayudarle a escribir un plan para conseguir un trabajo o iniciar su propia empresa.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado ni recibiendo otras apoyos laborales y tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 12 meses.
Observación y evaluación de la situación	Una oportunidad de probar ciertos puestos de trabajo para ver cómo son y qué debe hacer para prepararse para esos puestos.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado ni recibiendo otras apoyos laborales y tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 12 meses.
Plan de desarrollo laboral o Plan de autoempleo	Alguien que le ayuda a redactar un plan para conseguir un trabajo (o crear su propia empresa).	✓	✓	No más de una vez cada 3 años y solo si no está empleado ni recibiendo otras apoyos laborales y tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 12 meses.
Empresa emergente de desarrollo laboral o empresa emergente de trabajo por cuenta propia	Alguien que le ayuda a llevar a cabo su plan para conseguir un trabajo (o crear su propia empresa).	✓	✓	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) y solo si no está empleado ni recibiendo otras apoyos laborales y tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 9 meses.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Orientación laboral	Un orientador laboral para ayudarle cuando empiece su trabajo y hasta que pueda hacerlo usted mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.	✓	✓	Máximo de 40 horas por semana; 50 si trabaja al menos 30 horas en un empleo integrado individual.
Orientación laboral para autoempleo	Un orientador laboral para ayudarle cuando empiece su empresa y hasta que pueda gestionarla usted mismo.	✓	✓	Máximo de 40 horas por semana; 50 si trabaja al menos 30 horas en un autoempleo integrado individual.
Apoyos de compañeros de trabajo	Pagar a un compañero de trabajo para que le ayude en su trabajo en lugar de que lo haga un orientador laboral.	✓	✓	Máximo de 40 horas por semana; 50 si trabaja al menos 30 horas en un empleo integrado individual.
Avance profesional	Servicios para ayudarle a conseguir un mejor trabajo y ganar más dinero.	✓	✓	No más de una vez cada 3 años para conseguir un ascenso o un segundo empleo.
Asesoramiento sobre beneficios	Alguien que le ayude a comprender cómo los ingresos que obtiene por su trabajo afectarán otros beneficios que recibe, incluyendo el Seguro Social y TennCare.	✓	✓	• Sólo si no puede obtener el servicio a través de otro programa • Asesoramiento inicial de hasta 20 horas, no más de una vez cada 2 años • Hasta 6 horas más, no más de 3 veces al año, para considerar un nuevo trabajo, un ascenso o trabajo por cuenta propia • Hasta 8 horas adicionales, 4 veces al año, para ayudarle a permanecer como empleado o trabajador autónomo

Apoyos para el empleo - Capacitación prevocacional

Capacitación prevocacional

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Servicios de ruta hacia el empleo integrado	Cursos de capacitación de duración limitada para prepararle para trabajar en la comunidad.	✓	✓	• Hasta 12 meses; podría llegar hasta 12 meses más si se esfuerza activamente por conseguir un trabajo • Hasta 30 horas por semana

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupo 2	Grupo 3	Límites
Transporte comunitario	Le ayuda a llegar al trabajo o a otros lugares en la comunidad cuando no hay transporte público disponible y usted no tienes otra forma de llegar.	✓	✓	Hasta $225 al mes si desea recibir este servicio mediante la atención dirigida por el afiliado. Si usted recibe este servicio de parte de un proveedor y no recibe otro servicio justo antes o después: • No más de 2 viajes de ida al día. • No más de 12 viajes de ida por semana por motivos de trabajo. • No más de 6 viajes de ida por semana para hacer cosas integradas en la comunidad (además del trabajo). • No más de 12 viajes de ida por semana **combinados.**

Tabla de beneficios de Employment and Community First CHOICES

Grupos de beneficios:

Grupo 4: apoyos esenciales para la familia

Grupo 5: apoyos esenciales para el trabajo y la vida independiente

Grupo 6: apoyos integrales para el empleo y a la vida comunitaria

Grupo 7: tratamiento, estabilización y apoyos conductuales intensivos centrados en la familia

Grupo 8: servicios intensivos de transición y estabilización conductual en la comunidad

Apoyos para el empleo de ECF CHOICES

Apoyos para el empleo individual

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Exploración – Empleo integrado individualizado	Le ayuda a decidir si quiere trabajar y qué tipos de trabajos podrían gustarle y en cuáles podría desempeñarse bien mediante visitas a lugares de trabajo que se ajusten a sus habilidades e intereses. También le ayuda (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder sus preguntas sobre el trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) **y** solo si no está empleado ni recibiendo otros apoyos laborales **y** no ha decidido si quiere trabajar o no.
Exploración – Autoempleo	Le ayuda a decidir si quiere trabajar y qué tipos de trabajos podrían gustarle y en cuáles podría desempeñarse bien mediante visitas a lugares de trabajo que se ajusten a sus	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) **y** solo si no está empleado ni recibiendo otros apoyos laborales **y** no ha decidido si quiere trabajar o no.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
	habilidades e intereses. También le ayuda (y a su familia) a entender los beneficios de trabajar y ayuda a responder sus preguntas sobre el trabajo.		
Descubrimiento	Alguien que le ayuda a identificar los tipos de trabajo que quiere hacer, las habilidades y fortalezas que aportará a su trabajo y lo que necesitas para tener éxito. Esta información puede utilizarse para ayudarle a escribir un plan para conseguir un trabajo o iniciar su propia empresa.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años **y** solo si no está empleado ni recibiendo otros apoyos laborales **y** tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 12 meses.
Observación y evaluación de la situación	Una oportunidad de probar ciertos puestos de trabajo para ver cómo son y qué debe hacer para prepararse para esos puestos.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años **y** solo si no está empleado ni recibiendo otros apoyos laborales **y** tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 12 meses.
Plan de desarrollo laboral o Plan de autoempleo	Alguien que le ayuda a redactar un plan para conseguir un trabajo (o crear su propia empresa).	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años **y** solo si no está empleado ni recibiendo otros apoyos laborales **y** tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 12 meses.
Empresa emergente de desarrollo laboral o empresa emergente de trabajo por cuenta propia	Alguien que le ayuda a llevar a cabo su plan para conseguir un trabajo (o crear su propia empresa).	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez al año (al menos 365 días entre servicios) **y** solo si no está empleado ni recibiendo otros apoyos laborales **y** tiene el objetivo de encontrar un trabajo en un plazo de 9 meses.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Orientación laboral	Un orientador laboral para ayudarle cuando empiece su trabajo y hasta que pueda hacerlo usted mismo o con la ayuda de sus compañeros de trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	• Hasta 40 horas por semana de orientación laboral o apoyos de compañeros de trabajo, servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación sobre habilidades para la vida independiente **Y** las horas que usted trabaja **combinadas SI** trabaja en la comunidad o es trabajador autónomo en un empresa en la comunidad • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que usted trabaja **combinadas SI** trabaja en la comunidad o es trabajador autónomo en un empresa en la comunidad y trabaja al menos 30 horas por semana
Orientación laboral para autoempleo	Un orientador laboral para ayudarle cuando empiece su empresa y hasta que pueda gestionarla usted mismo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	• Hasta 40 horas por semana de orientación laboral o apoyos de compañeros de trabajo, servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación sobre habilidades para la vida independiente **Y** las horas que usted trabaja **combinadas SI** trabaja en la comunidad o es trabajador autónomo en un empresa en la comunidad • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que usted trabaja **combinadas SI** trabaja en la comunidad o es trabajador autónomo en un empresa en la comunidad y trabaja al menos 30 horas por semana
Apoyos de compañeros de trabajo	Pagar a un compañero de trabajo para que le ayude en su trabajo en lugar de que lo haga un orientador laboral.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	• Hasta 40 horas por semana de orientación laboral o apoyos de compañeros de trabajo, servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación sobre habilidades para la vida independiente **Y** las horas que usted trabaja **combinadas SI** trabaja en la comunidad o es trabajador autónomo en un empresa en la comunidad • Hasta 50 horas por semana de estos servicios y las horas que usted trabaja **combinadas SI** trabaja en la comunidad o es trabajador autónomo en un empresa en la comunidad y trabaja al menos 30 horas por semana

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Avance profesional	Servicios para ayudarle a conseguir un mejor trabajo y ganar más dinero.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	No más de una vez cada 3 años para conseguir un ascenso o un segundo empleo.
Asesoramiento sobre beneficios	Alguien que le ayude a comprender cómo los ingresos que obtiene por su trabajo afectarán otros beneficios que recibe, incluyendo el Seguro Social y TennCare.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	• Sólo si no puede obtener el servicio a través de otro programa. • Asesoramiento inicial por hasta 20 horas, no más de una vez cada 2 años. • Hasta 6 horas más, no más de 3 veces al año, para considerar un nuevo trabajo, un ascenso o trabajo por cuenta propia. • Hasta 8 horas adicionales, 4 veces al año, para ayudarle a permanecer como empleado o trabajador autónomo.

Apoyos para el empleo para grupos pequeños

Apoyos para el empleo para grupos pequeños

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Apoyos para el empleo – Grupo pequeño	Apoyo para que usted y otras 1 o 2 personas trabajen juntas en un grupo pequeño. Le ayuda a prepararse para un trabajo en el que pueda trabajar solo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta 30 horas por semana combinadas de apoyos para el empleo para grupos pequeños, servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación sobre habilidades para la vida independiente.

Capacitación prevocacional

Capacitación prevocacional

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Servicios de ruta hacia el empleo integrado	Cursos de capacitación de duración limitada para prepararle para trabajar en la comunidad.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	• Por hasta 12 meses; podría llegar hasta 12 meses más si se esfuerza activamente por conseguir un trabajo. • Hasta 30 horas por semana combinadas de servicios de ruta hacia el empleo, apoyos para el empleo para grupos pequeños, servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación sobre habilidades para la vida independiente.

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Apoyos para la vida comunitaria independiente

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Servicios de apoyo para la integración en la comunidad	Le ayuda a hacer cosas en la comunidad que usted quiere hacer, tomar una clase, unirse a un club, trabajar como voluntario, estar y permanecer saludable, hacer algo divertido, construir relaciones y alcanzar sus objetivos.	Grupos 4, 5, 6 y 7	• No está cubierto como un servicio separado si recibe apoyos para la vida comunitaria (forma parte de ese beneficio). • **Si usted no <u>trabaja</u> en la comunidad O recibe un servicio de apoyo para el empleo:** Hasta 20 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación sobre habilidades para la vida independiente combinadas *después* de comenzar un proceso de Decisión informada sobre el empleo • **Si trabaja en la comunidad O si recibe un servicio de apoyo para el empleo:** Hasta 30 horas por semana combinadas de servicios de apoyo para la integración en la comunidad y apoyos para el empleo individual y para grupos pequeños. • **Si está trabajando (en un trabajo individual, no en un grupo, en la comunidad) o es trabajador autónomo:** Hasta 40 horas por semana combinadas de servicios de apoyo para la integración en la comunidad,

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
			capacitación sobre habilidades para la vida independiente, orientación laboral o apoyos de compañeros de trabajo y las horas que usted trabaja. Si está trabajando o es trabajador autónomo en la comunidad al menos 30 horas a la semana: Hasta 50 horas por semana combinadas de estos servicios y las horas que usted trabaja.
Capacitación sobre habilidades para la vida independiente	Le ayuda a aprender cosas nuevas para que pueda vivir de forma más independiente. Estas habilidades pueden ayudarle a cuidar de usted mismo, de su hogar o de su dinero.	Grupos 4, 5, 6 y 7	• No está cubierto como un servicio separado si recibe apoyos para la vida comunitaria (forma parte de ese beneficio). • **Si usted no <u>trabaja</u> en la comunidad O recibe un servicio de apoyo para el empleo:** Hasta 20 horas por semana de servicios de apoyo para la integración en la comunidad y capacitación sobre habilidades para la vida independiente combinadas *después* de comenzar un proceso de Decisión informada sobre el empleo • **Si trabaja en la comunidad O si recibe un servicio de apoyo para el empleo:** Hasta 30 horas por semana combinadas de servicios de apoyo para la integración en la comunidad y apoyos para el empleo individual y para grupos pequeños. • **Si está trabajando (en un trabajo individual, no en un grupo, en la comunidad) o es trabajador autónomo:** Hasta 40 horas por semana combinadas de servicios de apoyo para la integración en la comunidad, capacitación sobre habilidades para la vida independiente, orientación laboral o apoyos de compañeros de trabajo y las horas que usted trabaja. Si está trabajando o es trabajador autónomo en la comunidad al menos 30 horas a la semana: Hasta 50 horas por semana combinadas de estos servicios y las horas que usted trabaja.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Transporte comunitario	Le ayuda a llegar al trabajo o a otros lugares en la comunidad cuando no hay transporte público disponible y usted no tienes otra forma de llegar.	Grupos 4, 5, 6 y 7	Hasta $225 por mes si desea recibir este servicio mediante la atención dirigida por el afiliado. Si usted recibe este servicio de parte de un proveedor y no recibe otro servicio justo antes o después: • No más de 2 viajes de ida al día. • No más de 12 viajes de ida por semana por motivos de trabajo. • No más de 6 viajes de ida por semana para hacer cosas integradas en la comunidad (además del trabajo). No más de 12 viajes de ida por semana **combinados.**
Asistencia personal	Alguien que le ayuda con necesidades de cuidado personal o actividades de la vida diaria en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Incluye ayuda para las tareas domésticas o diligencias. Puede ayudarle a hacer cosas como salir de la cama, tomar un baño y vestirse para que esté listo para ir a trabajar o salir a la comunidad. También puede ayudarle con sus tareas domésticas (pero no con otras personas que vivan con usted). Esto incluye cosas como hacer la limpieza y lavar la	Grupos 5 y 6	Hasta 215 horas al mes

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
	ropa, ayudarle a preparar y comer sus alimentos y a hacer sus diligencias. Además, puede ayudarle en la comunidad para hacer las cosas que usted quiere hacer. También incluye ayuda para capacitar a alguien que usted conozca para que le proporcione este tipo de apoyo.		
Tecnología de asistencia, equipo adaptativo y suministros	Ciertos artículos que le ayudan a hacer las cosas de manera más independiente en su hogar o comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre cómo utilizarlos.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta $5,000 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Tecnología habilitadora	Equipos o dispositivos que apoyan una mayor independencia en su hogar, comunidad o lugar de trabajo.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta $5,000 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Modificaciones menores en el hogar	Ciertos cambios en su hogar que le ayudarán a desplazarse con mayor facilidad y seguridad, como barras de apoyo o una rampa para silla de ruedas.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	Hasta $6,000 por proyecto; $10,000 por año calendario y $20,000 por vida.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Apoyos para la vida comunitaria y modelo familiar	Apoyo con las actividades de la vida diaria y otras tareas que le ayudan a vivir en la comunidad y participar en la vida comunitaria. Generalmente se presta en un entorno pequeño y compartido o con una familia (que no es la suya) que le proporcionará los apoyos que necesita. Usted debe pagar su habitación y la alimentación.	Grupos 5 y 6	

Apoyos al cuidado familiar

Apoyos al cuidado familiar

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Cuidado sustituto	Una persona que le ayude por un corto período para que su cuidador pueda descansar. (Solo para cuidadores familiares u otros cuidadores habituales que no reciben pago por ayudarle).	Grupos 4, 5 y 6	Hasta 30 días por año calendario o 216 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año). **Usted debe elegir una opción.** En la atención dirigida por el afiliado, **solo** se puede elegir el cuidado sustituto por horas.

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Cuidados de apoyo en el hogar	Esto es como la asistencia personal, pero para las personas que viven en casa con su familia. Alguien que le ayuda con necesidades de cuidado personal o actividades de la vida diaria con las que su familia no puede ayudar. Esta ayuda podría brindarse en su hogar, en el trabajo o en la comunidad. Incluye ayuda para las tareas domésticas (aunque no para toda la familia) o diligencias. Puede ayudarle a hacer cosas como salir de la cama, tomar un baño y vestirse para que esté listo para ir a trabajar o salir a la comunidad. Esto incluye cosas como hacer la limpieza y lavar la ropa y ayudarle a preparar y comer sus alimentos. Además, puede ayudarle en la comunidad para hacer las cosas que usted quiere hacer.	Grupo 4	

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Estipendio para cuidadores familiares (en lugar de cuidados de apoyo en el hogar)	Un pago mensual a su cuidador principal si este ayuda con sus necesidades de cuidado personal y actividades de la vida diaria (en lugar de cuidados de apoyo en el hogar). Este pago ayuda a compensar los salarios perdidos o paga por cosas que usted necesita y que no están cubiertas en ECF CHOICES. (Pero usted debe recibir los servicios que necesita para trabajar y formar parte de su comunidad).	Grupo 4	• **Únicamente si** recibe los servicios que necesita para trabajar y formar parte de la comunidad. • Hasta $500 mensuales para niños de hasta 18 años. • Hasta $1,000 mensuales para mayores de 18 años

Apoyos para la autodefensa

Apoyos para la autodefensa

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Educación y capacitación individual	Ayuda para pagar talleres y cursos de capacitación que le enseñarán a defender sus intereses y a dirigir su planificación y sus apoyos	Grupos 5, 6 y 8	Hasta $500 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Apoyo y orientación entre pares para la planificación centrada en la persona, la	Orientación y apoyo de otra persona con una discapacidad que tenga experiencia y capacitación para responder a sus preguntas y ayudarle a:	Grupos 5, 6 y 8	Hasta $1,500 por vida

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
autogestión, el empleo integrado o autoempleo y la vida independiente	• Dirigir su plan de apoyo. • Dirigir sus servicios (contratar y supervisar a su personal a cargo) • Analizar y probar las opciones para trabajar o vivir en la comunidad.		
Apoyos para la toma de decisiones	Ayuda para comprender las opciones para proteger los derechos y la libertad de los adultos con discapacidades, al tiempo que se les presta el apoyo necesario para tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar los honorarios legales por estas opciones, pero usted debe obtener primero el servicio de asesoramiento.	Grupos 4, 5, 6, 7 y 8	• Hasta $500 por vida • Debe obtener primero el servicio de asesoramiento.

Apoyos para el empoderamiento de la familia

Apoyos para el empoderamiento de la familia

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Desarrollo, organización y orientación del apoyo comunitario	Le ayuda a usted y a otras personas con discapacidades y a sus familias a: • Conectarse y ayudarse mutuamente, y • Encontrar y utilizar recursos en su comunidad.	Grupos 4 y 7	
Educación y capacitación para el cuidador familiar	Ayuda para cubrir los gastos de talleres y cursos de capacitación que les permitan a los cuidadores familiares comprenderlo, apoyarle y defender sus intereses, así como ayudarle a defender sus propios intereses.	Grupos 4 y 7	Hasta $500 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Apoyo de familia a familia	Orientación y apoyo del padre o la madre de otra persona con discapacidades con experiencia y capacitación.	Grupos 4 y 7	
Asesoramiento en materia de seguro de salud y ayuda con formularios	Capacitación y apoyo para ayudarle a comprender y utilizar los beneficios de su seguro (incluyendo TennCare, Medicare y seguros privados).	Grupos 4 y 7	Hasta 15 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).

Servicios dentales

Servicios dentales de ECF CHOICES

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Servicios dentales para adultos	Atención dental para adultos de 21 años o más, incluidos servicios como exámenes dentales, limpiezas, empastes, coronas, tratamientos de conductos y dentaduras postizas. (Los menores de 21 años ya reciben atención dental a través de TennCare).	Grupos 4, 5, 6 y 8	• Hasta $5,000 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año). • No más de $7,500 por tres años calendario consecutivos.

Apoyos para terapias

Apoyos para terapias

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Consulta especializada y capacitación	Ayuda de un profesional para evaluar, planificar y enseñar a otros a brindarle apoyo, incluido el personal remunerado y los cuidadores no remunerados. Entre los tipos de ayuda y capacitación se incluyen: • Servicios conductuales	Grupos 5, 6 y 8	• Hasta $5,000 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año). • Hasta $10,000 dólares si su evaluación demuestra que

Servicios	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
	• Terapia del habla • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Nutrición • Orientación y movilidad • Enfermería		tiene necesidades médicas o de salud del comportamiento excepcionales.

Apoyos conductuales intensivos

Apoyos conductuales intensivos

Servicio	Cómo puede ayudarle	Grupos cubiertos	Límites
Tratamiento intensivo centrado en la familia, estabilización y apoyo (Intensive Behavioral Family Centered Treatment, Stabilization and Supports, IBFCTSS)	Combina el tratamiento de la salud mental y otros apoyos basados en el hogar de forma centrada en la familia. Sólo se presta a un número limitado de niños que viven con su familia y tienen necesidades de apoyo por conductas difíciles. Los servicios capacitarán y apoyarán a su familia para que puedan seguir viviendo juntos de forma segura.	Grupo 7	
Servicios intensivos de transición y estabilización conductual en la comunidad (IBCTSS)	Se combinan servicios residenciales a corto plazo, 24/7, con tratamiento de salud mental y apoyos para un número limitado de adultos con necesidades de apoyo por comportamientos graves. Los servicios le ayudarán a hacer la transición a su vida en la comunidad de forma segura.	Grupo 8	

Tabla de beneficios de Katie Beckett

Tabla de beneficios de Katie Beckett

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
Beneficios de Medicaid para niños, incluidos los servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos	Todos los cuidados de la salud física y conductual que Medicaid debe cubrir para niños, incluidos visitas al médico, atención hospitalaria, terapias, enfermería, cuidado de la salud en el hogar, equipos y suministros médicos, así como servicios dentales, de la visión y de farmacia.	✓		✓	
Asistencia con pagos de primas	Ayuda para pagar el costo del seguro de salud privado del niño únicamente.	✓ **Únicamente por dificultades económicas.**	✓		

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
Servicios automatizados de cuidado de la salud y reembolso de gastos relacionados	Una tarjeta de débito para pagar las cosas que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) considera gastos médicos —como los copagos para el médico, el hospital y la farmacia.		✓		
Reembolso por el apoyo terapéutico individualizado	Reembolso por el cuidado aprobado que su niño necesita para su discapacidad (aunque el IRS no lo consideraría un gasto médico)		✓		
Cuidado sustituto	Una persona que ayuda a su niño por un corto período para que usted pueda descansar. (**Solo** para cuidadores familiares u otros cuidadores habituales que no reciben pago por ayudar a su niño). Usted puede contratar a los	✓	✓		Hasta 30 días por año calendario o 216 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año). **Usted debe elegir una opción.** En la atención dirigida por el afiliado, **solo** se puede elegir la opción por horas.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
	cuidadores de relevo para su niño (lo que se llama atención dirigida por el afiliado). O puede elegir una agencia proveedora para que brinde el cuidado de relevo a su niño en su hogar.				
Cuidados de apoyo en el hogar	Alguien que ayuda con las necesidades de cuidado personal o actividades de la vida diaria de su niño en su hogar o en la comunidad (aunque no en la escuela). Usted puede contratar a los cuidadores para su niño (lo que se llama atención dirigida por el afiliado). O puede elegir una agencia proveedora para que brinde el cuidado a su niño en su hogar.	✓	✓		

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
Tecnología de asistencia, equipo adaptativo y suministros	Ciertos artículos que ayudan a su niño a hacer las cosas de manera más independiente en su hogar o comunidad. Esto incluye evaluaciones y capacitación sobre cómo utilizarlos.	✓	✓		Hasta $5,000 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Modificaciones menores en el hogar	Ciertos cambios en su hogar que ayudarán a su niño a desplazarse con mayor facilidad y seguridad, como barras de apoyo o una rampa para silla de ruedas.	✓	✓		Hasta $6,000 por proyecto; $10,000 por año calendario y $20,000 por vida.
Modificaciones del vehículo	Ciertos cambios en su vehículo que le ayudarán a transportar a su niño de forma más fácil y segura.	✓	✓		Hasta $10,000 por año calendario y $20,000 por vida.

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
Servicios de apoyo para la integración en la comunidad	Ayuda a su niño a hacer cosas en la comunidad que su niño quiere hacer, como tomar una clase, unirse a un club, trabajar como voluntario, estar y permanecer saludable, hacer algo divertido, construir relaciones y alcanzar sus objetivos.	✓	✓		Hasta 20 horas por semana.
Transporte comunitario	Le ayuda a su niño a llegar a lugares de la comunidad si usted o alguien más no pueden llevarlo. En la atención dirigida por el afiliado, esto puede usarse para compensar a alguien por gasolina, un pasaje de autobús, un servicio de taxi, etc. O puede elegir un	✓	✓		Hasta $225 por mes si desea recibir este servicio mediante la atención dirigida por el afiliado

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
	proveedor para que ayude a transportar a su niño. (Esto no es para citas médicas. Sin embargo, en el caso de los niños de las Parte A y la Parte C, TennCare los cubre también (llamado transporte médico que no es de emergencia).				
Apoyos para la toma de decisiones	Ayuda para comprender las opciones para proteger los derechos y la libertad de los niños con discapacidades, al tiempo que se les presta el apoyo necesario para tomar decisiones. Puede incluir ayuda para pagar los honorarios legales por estas opciones, pero usted debe obtener primero el servicio de asesoramiento.	✓	✓		Hasta $500 de por vida Debe recibir servicios de asesoramiento primero

Servicio	Cómo puede ayudarle	Katie Beckett Parte A	Derivación de Medicaid Parte B	Elegibilidad continuada Parte C	Límites
Educación y capacitación para el cuidador familiar	Ayuda para pagar por talleres y capacitación que ayudarán a los cuidadores familiares a comprender, apoyar y abogar por el niño, así como ayudar al niño a abogar por sí mismo.	✓	✓		Hasta $500 dólares por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).
Apoyo de familia a familia	Orientación y apoyo de otro progenitor de un niño con discapacidades con experiencia y capacitación	✓	✓		
Desarrollo, organización y orientación del apoyo comunitario	Ayuda a su niño y a otras personas con discapacidades y a sus familias a: - Conectarse y ayudarse mutuamente, y - Encontrar y utilizar recursos en su comunidad.	✓	✓		
Asesoramiento en materia de seguro de salud y ayuda con formularios	Capacitación y apoyo para ayudarle a comprender y utilizar los beneficios del seguro de su niño (incluyendo TennCare, Medicare y seguros privados).	✓	✓		Hasta 15 horas por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.