

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

Use esta página **únicamente** para

presentar una **Apelación Médica de TennCare.**

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

¿Necesita ayuda para presentar una apelación médica?

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

Version in English on other side

1. ¿Quién es la persona que quiere apelar?

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

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

Dirección postal vigente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

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

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

2. ¿Quién completó este formulario?

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

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

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

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

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

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

4. ¿Piensa que tiene una emergencia?

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

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

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

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

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

Physician Signature: _____ Date: _____

Tennessee License Number: _____

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

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

Parte A. Quiero cambiar de plan de salud. Nombre del plan de salud que quiere _____

Parte B. Necesita atención o medicina. ¿De qué clase? Sea específico _____

- ¿Cuál es el problema? No puedo obtener nada de atención médica ni medicina.
 No puedo obtener toda la atención médica o medicina que necesito.
 Me están reduciendo o suspendiendo la atención médica o medicina.
 Tengo que esperar demasiado tiempo para obtener la atención médica o medicina.

¿Le recetó el médico la atención médica o la medicina? Sí No

Si respondió Sí, el nombre del médico _____

¿Le ha pedido a su plan de salud esta atención médica o medicina? Sí No

Si respondió Sí, ¿cuándo? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Le llegó una carta sobre este problema? Sí No Si respondió Sí, la fecha de la carta _____

¿Quién le envió la carta? _____

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

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

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

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

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

La fecha en que recibió la atención o medicina _____ El nombre del médico, farmacia u otro lugar que lo atendió o le dio la medicina _____ Su número de teléfono (____) _____ - _____

Su dirección _____

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

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

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

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

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

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

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

O, envíelas por **FAX** (gratis) al 1-888-345-5575. **Conserve una copia** de la página que demuestra que su fax pasó. Para apelar por **TELÉFONO**, llame gratis al 1-800-878-3192.

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

Rev: 08Feb10

TennCare no permite el trato injusto.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión, o discapacidad. Si piensa que lo han tratado injustamente, llame gratis al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290**