

**¿Por qué debería apelar?****Algunas razones incluyen:**

- No puede conseguir atención médica ni medicamentos.
- Quiere cambiar de plan de seguro médico.
- Usted tiene facturas de atención médica que piensa que TennCare debería pagar.
- Usted tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica o medicina.

**¿Qué debe decirle a TennCare en su apelación médica?**

- Conteste TODAS las preguntas y díganos en qué información nos equivocamos al decidir su apelación. Si nuestra información **no** es incorrecta, es posible que **no** pueda tener una audiencia imparcial.
- ¿Necesita ayuda para presentar una apelación? Llámenos gratis al **1-800-878-3192**.
- Si llama, podemos atender su apelación por teléfono.

**Cómo presentar una apelación médica ante TennCare**

- Por teléfono llamando al **1-800-878-3192**. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del centro.
- Por escrito utilizando este formulario de apelación.
Envíe su apelación por correo a :
TennCare Member Medical Appeal Form
P.O. Box 593
Nashville, TN 37202-0593
- O envíela gratis por **fax** al 1-888-345-5575

Guarde una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo o por fax. Si la envía por fax, conserve la página que dice que fax pasó.

**¿Y si no puede recibir la atención que necesita?**

- **Llame a su plan de seguro médico primero.** El teléfono gratuito se indica en su tarjeta de TennCare.
- **¿No tiene su tarjeta? ¿O sigue teniendo problemas DESPUÉS de haber llamado a su plan de seguro médico?** Llame gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al **1-800-878-3192**. Podemos ayudarle con su problema O ayudarle a presentar una apelación.
- Obtenga más información sobre las apelaciones médicas de TennCare en tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-a-medical-appeal.html

**¿Qué sucede ahora?**

- Examinaremos su apelación.
- Si tiene razón solucionaremos el problema. Le enviaremos una carta que le indicará cómo solucionamos el problema.
- Si no podemos solucionar su problema, es posible que le pidamos más información. Si lo hacemos, le enviaremos una carta indicándole la información que necesitamos. Veremos si le corresponde una audiencia imparcial. Si le corresponde una audiencia imparcial, recibirá una carta que dice la fecha en que se celebrará la audiencia. Si no le corresponde una audiencia imparcial, le diremos por qué.

TennCare no permite el trato injusto.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? ¿Tiene más preguntas? ¿Necesita más ayuda? Puede llamar gratis a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-800-878-3192**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-866-771-7043.

**Escriba en letra de molde únicamente con tinta negra o azul oscuro.
 Marque las casillas () así .**

1. ¿Para quién es la apelación?

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ O su ID de Persona de TennCare _____
 Dirección postal _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono _____ Casa Celular Trabajo Mejor hora para llamarle _____
 ¿Qué idioma habla? Marque **una** casilla. Inglés Español Otro _____
 Si es español, ¿necesita sus cartas en español? Sí No

2. ¿Quién completó este formulario?

Díganos su nombre si la apelación no es para usted. _____
 ¿Es usted: Uno de los padres, un pariente o un amigo Abogado Doctor o proveedor de atención médica
 Si es doctor o proveedor de atención médica, necesita el permiso por escrito de su paciente para presentar esta apelación.

Su Persona que Ayuda puede ser un individuo o una organización. La información divulgada por y a su Persona que Ayuda puede ser divulgada a otros. No todos tienen que seguir las mismas reglas de privacidad. Puede enviar estos formularios con su Apelación. Vaya al sitio web indicado abajo e imprima los formularios.

Permiso HIPAA para divulgar expedientes (Este formulario solo nos permite divulgar información.)	tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/eleserecord.pdf
Formulario de Individuo Representante (Este formulario solo permite que una persona lo represente.)	tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/HCFAAuthorizedRepresentativeIndividual.pdf
Formulario de Organización Representante (Este formulario solo permite que una organización lo represente.)	tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/HCFAAuthorizedRepresentativeOrganization.pdf

3. ¿Cuál es el problema que está teniendo? Marque todo lo que corresponda:

- Quiero cambiar mi plan de seguro médico.** ¿Cuál cree que debería ser plan de seguro médico?
 Wellpoint BlueCare Tennessee UnitedHealthcare Community Plan
- Tengo facturas médicas por atención o medicamentos que TennCare debería pagar.**
 ¿En qué fecha recibió la atención o medicina? ____/____/____
 ¿Quién lo atendió o le dio la medicina? _____
 ¿Cuál es el número de teléfono de esa persona? _____
 ¿Cuál es su dirección? _____
 ¿Pagó usted atención médica o medicina y quiere que le reembolsen? Sí No

Siga leyendo. Queda una página más para llenar.

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-800-878-3192**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-866-771-7043.

Si sí, envíenos comprobante de que pagó por la atención médica o la medicina.

Si no **y** recibió una factura que cree que TennCare debería pagar, envíenos una copia de la factura. Asegúrese de decimos la fecha en que recibió la factura por primera vez.

Necesito atención médica o medicina.

¿Qué tipo de atención médica o medicina necesita? _____

No puedo conseguir ni atención médica ni medicina.

No puedo conseguir toda la atención médica o medicina que necesito.

Me están reduciendo o suspendiendo la atención médica o medicina.

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

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

Entonces, ¿cuál es el nombre de su doctor? _____

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

Si sí, ¿en qué fecha le preguntó a su plan de seguro médico y qué le dijeron?

_____/_____/_____

¿Le llegó una carta sobre este problema? Sí No

Si sí, ¿cuál es 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 recibiendo la atención médica o medicina durante su apelación?

Sí No

¿Su doctor dice que usted sigue necesitando esta atención médica o medicina? Sí No

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.

4. Díganos por qué quiere apelar este problema.

¿En qué se equivocó TennCare? Envíe comprobantes que demuestren por qué TennCare se equivocó.

5. ¿Piensa que tiene una emergencia? Si sí, siga leyendo.

Una emergencia significa que esperar 90 días para una decisión de “sí” o “no” **podría poner en peligro su vida y su salud física o mental**. Su apelación se decide en un plazo de **90 días** de que la presente.

Si tiene una emergencia y su plan de seguro médico está de acuerdo en que es una emergencia, tendrá una apelación **acelerada**. Una apelación acelerada se decide en aproximadamente una semana.

Podría tardar más si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos.

Siga leyendo. Queda **una página más** para leer.

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-800-878-3192**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-866-771-7043.

Rev: 24Feb23

¿Sigue pensando que tiene una emergencia? Si es así, puede pedirle a TennCare una apelación **acelerada** llamando al 1-800-878-3192. Su **doctor** también puede pedir este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que su doctor tenga **su permiso (autorización) por escrito**. Escriba **su nombre, fecha de nacimiento, el nombre de su doctor y su permiso para que él o ella apele en su nombre** en una hoja de papel. Luego, envíela por fax o por correo a TennCare. ¿Y si no nos envía su autorización y su doctor solicita una apelación acelerada? TennCare le enviará un formulario para completar, firmar y devolverlo.

Después de que dé su autorización por escrito, su doctor puede ayudarle completando un **“Certificado de apelación acelerada del proveedor”**. Su doctor puede obtener la hoja en el sitio web de TennCare en tn.gov/tenncare. Su doctor debe enviar por fax este certificado **y** sus expedientes médicos a TennCare. Su plan de seguro médico y TennCare evaluarán su apelación y decidirán si debe ser acelerada. **Si es así**, usted recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde, podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos.

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-800-878-3192**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-866-771-7043.

Rev: 24Feb23



**STATE OF TENNESSEE
DIVISION OF TENNCARE,**

**TennCare Member Medical Appeals
P.O. Box 593
Nashville, Tennessee 37202-0593**

Formulario de autorización para apelación

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre del doctor en letra de imprenta: _____

Sí, quiero solicitar una audiencia imparcial de TennCare para:

(Medicina, artículo o servicio)

Le doy permiso a mi doctor para presentar una solicitud de audiencia imparcial en mi nombre.

Quiero seguir recibiendo los servicios que he estado recibiendo hasta que mi apelación termine. Entiendo que mi plan de seguro médico analizará mi caso y decidirá si puedo seguir recibiendo esta atención durante mi apelación.

Firma del paciente

Fecha

Dirección

Número de teléfono

TC-0182

RDA 2045

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-800-878-3192**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-866-771-7043.

Rev: 24Feb23