Amerigroup | CoverKids

Manual para miembros

Amerigroup Community Care, Tennessee

800-600-4441 (TRS 711)

myamerigroup.com/tn

1025405TNMSPAGP 01/23

Números de teléfono GRATUITOS para pedir ayuda	
Servicios para Miembros de CoverKids Llame sobre su atención médica	**800-600-4441** Línea TTY/TDD: **711**
Línea de Ayuda de Enfermería	Español: **866-864-2545 (TRS 711)** English: **866-864-254 (TRS 711)**
DentaQuest Llame para asuntos relacionados con la atención dental (dientes) de menores de 19 años de edad	**888-291-3766**
Servicios de Farmacia OptumRx	**844-568-2179**
Línea para denunciar el fraude Llame para reportar fraude o abuso en relación con CoverKids	**800-600-4441 (TRS 711)**
Salud de la Población	**800-600-4441 (TRS 711)**
TennCare Connect Llame para hacer preguntas de elegibilidad	**855-259-0701**
Recursos Comunitarios Solicite ayuda para buscar bancos de alimentos, servicios de vivienda y otras necesidades de la vida.	**800-600-4441 (TRS 711)**

Nombres de los doctores	Números de teléfono

CoverKids[SM] y su plan de seguro médico, Amerigroup Community Care

Manual para Miembros

2023

¿Necesita un manual de CoverKids en inglés? Para conseguir un manual en inglés, llame al 800-600-4441 (TRS 711).

Su derecho a la privacidad

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

IMPORTANTE:

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

Do you need free help with this letter?

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

Spanish: **Español**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-600-4441 (TRS:711).

Kurdish: **کوردی**

ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قسە دەکەیت، خزمەتگوزاریەکانی یارمەتی زمان، بەخۆڕایی، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە بکە..800-600-4441 (TRS:711)

Arabic: **العربية**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-600-4441 (TRS:711).(رقم هاتف الصم والبكم

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 800-600-4441 (TRS:711).

Vietnamese: **Tiếng Việt**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-600-4441 (TRS:711).

Korean: **한국어**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-600-4441 (TRS:711).번으로 전화해 주십시오.

French: **Français**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-600-4441 (TRS:711).

Amharic: **ربيةلعا**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-600-4441 (መስማት ለተሳናቸው፡TRS:711).

Gujarati: **ગુજરાતી**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-600-4441 (TRS:711) .

Laotian: **ພາສາລາວ**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-600-4441 (TRS: 711).

German: **Deutsch**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-600-4441 (TRS:711).

Tagalog: **Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-600-4441 (TRS:711).

Hindi: **हिंदी**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।800-600-4441 (TRS:711) . पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: **Srpsko-hrvatski**

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 800-600-4441 (TRS- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Russian: **Русский** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-600-4441 (телетайп: TRS:711).
Nepali: **नेपाली** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 800-600-4441 (टिटिवाइ: TRS:711 ।
Persian: **فارسی** **توجه**: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-600-4441 (TRS:711) تماس بگیرید.

¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?

¿Tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para recibir atención médica o para participar en uno de nuestros programas o servicios?

¿O acaso tiene más preguntas sobre su atención médica?

Llámenos gratis al 800-600-4441. Podemos conectarlo con la ayuda o servicio gratuito que necesite. (Para TRS, llame al: 711.)

Obedecemos las leyes de derechos civiles federales y estatales. No tratamos a las personas de manera diferente por su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Piensa que no lo ayudamos o que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo? Puede presentar una queja por correo, por correo electrónico o en internet. A continuación se indican tres lugares donde puede presentar dicha queja:

TennCare Office of Civil Rights Compliance 310 Great Circle Road, 3W Nashville, TN 37243 Correo electrónico: HCFA.Fairtreatment@tn.gov Teléfono: 855-857-1673 (TRS 711) Puede obtener un formulario de queja en: https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintformSP.pdf.	Amerigroup Nondiscrimination Coordinator 22 Century Blvd., Suite 220 Nashville, TN 37214 Correo electrónico: tn.nondiscrimination@amerigroup.com Teléfono: 800-600-4441 (TRS 711) Fax: 866-796-4532	U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Ave. SW, Rm 509F, HHH Bldg Washington, DC 20201 Teléfono: 800-368-1019 TDD: 800-537-7697 Puede obtener un formulario de queja en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. O puede presentar una queja en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Contenido

Bienvenido a CoverKids y a su plan de seguro médico,Amerigroup Community Care 1
Su plan de Seguro Médico de CoverKids 2
Su Plan de Seguro Médico Farmacéutico 2
Plan de seguro dental para niños 2
Red de proveedores de CoverKids 5
Consultas con el doctor 6
Si tiene que cambiar de PCP 7
Atención de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental o para Trastorno por Uso de Sustancias) 8
Proveedores especialistas 9
Atención en el hospital 9
Emergencias de Salud Mental 10
Emergencias de Salud Mental 11
Atención de emergencia cuando está de viaje 13
Paquetes de beneficios 15
Atención con límites 16
Otros servicios de CoverKids 18
Atención Médica Preventiva – Atención para que conserve la salud 20
Embarazo 21
Después del nacimiento de su bebé 22
Atención Preventiva para Niños: Atención médica para su niño o adolescente 23
Atención dental (de dientes) para niños 24
Atención de la vista (de los ojos) para niños 25
Servicios no cubiertos 25
Lo que usted paga por su atención médica – Copagos 29
Tipos de problemas y lo que usted puede hacer 36
¿Necesita una nueva tarjeta de CoverKids? 36
¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor? 36
¿Necesita presentar una queja sobre su atención? 36
¿Necesita cambiar su plan de seguro médico? 37
¿Necesita ayuda para conseguir sus medicamentos con receta? 39
¿Necesita ayuda para recibir sus servicios de atención médica? 40
¿Le están cobrando? ¿Tuvo que pagar algo? 41
Hay dos tipos de apelaciones: la diferencia entre Apelaciones de Elegibilidad y Apelaciones de Servicios Médicos 44
Cómo apelar si tiene problemas con la atención médica 49
Cómo presentar una Apelación de Elegibilidad 51

Sus derechos y obligaciones como miembro de CoverKids 54
Su derecho de apelar.....57
Su derecho a la privacidad.....58
Las obligaciones de CoverKids hacia usted 62
Su obligación de reportar el fraude y el abuso 63
(Para TTY llame al: 1-800-848-0298) Directivas por Adelantado.....75
Calendario de vacunación de CoverKids.....82
Definiciones legales 88

Bienvenido a CoverKids y a su plan de seguro médico, Amerigroup Community Care

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

Nadie que tenga CoverKids puede tener otro seguro, ni siquiera Medicare.

Si tiene u obtiene otro seguro médico, llame a TennCare Connect al 855-259-0701 y pida que cancelen su CoverKids.

¿Por qué es importante saber acerca de su CoverKids?

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

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

IMPORTANTE: La ley estatal dispone que usted tiene que informar a CoverKids de cambios que pudieran afectar su cobertura. Usted **debe** informar estos cambios en los 10 días posteriores al cambio y debe proporcionarle a CoverKids el comprobante que necesitan para hacer el cambio. Llame o haga cambios en el portal en línea de TennCare Connect de inmediato si:

- Si se muda**
- Si cambia de trabajo
- Cambia la cantidad de personas de su familia
- La cantidad de sus ingresos cambia
- Obtiene un seguro médico colectivo

** Cada vez que se mude de casa le tiene que informar a CoverKids de su nueva dirección.

¿Por qué? TennCare/CoverKids le envía por correo información importante sobre su cobertura y beneficios de CoverKids. Si ellos no tienen su dirección actual, usted **podría perder** su CoverKids. Llame a TennCare Connect al **855-259-0701** para darles su nueva dirección, o puede hacer cambios en línea creando una cuenta gratuita de TennCare Connect en **tenncareconnect.tn.gov.**

Su plan de Seguro Médico de CoverKids

Amerigroup es su plan de seguro médico de CoverKids que le ayuda a **recibir atención médica física o conductual (servicios de salud mental, uso de alcohol y uso de sustancias).** Si tiene preguntas sobre cómo recibir atención médica física o conductual, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).** La llamada es gratis.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Necesita saber qué tipo de doctor debe consultar? Llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería, al **866-864-2545 (TRS 711).** La llamada es gratis.

Su Plan de Seguro Médico Farmacéutico

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

Antes de acudir, verifique que la farmacia acepta CoverKids. Para averiguarlo, vaya a **Find a Network Pharmacy Tool** en https://www.optumrx.com/oe_coverkids/landing. Escriba la información solicitada para buscar farmacias cercanas que acepten CoverKids. O, puede llamar a Servicios de Farmacia de CoverKids para pedir ayuda, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana al **844-568-2179.**

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

En la Parte 1 y la Parte 2 puede leer más acerca de su cobertura farmacéutica.

Plan de seguro dental para niños

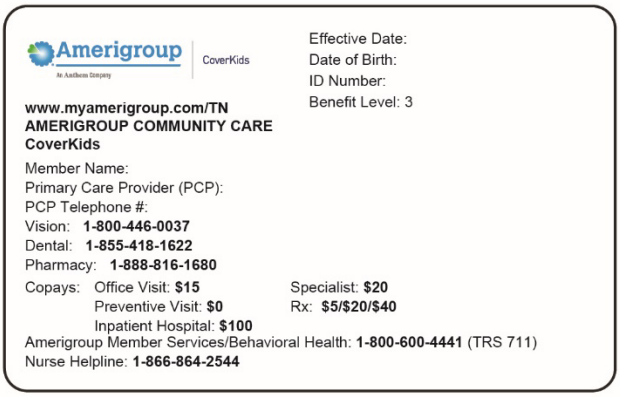
CoverKids solamente cubre la atención dental de rutina para los menores de 19 años de edad. El plan de seguro dental de CoverKids es **DentaQuest.** Ellos le pueden si tiene preguntas sobre el cuidado dental. Para buscar un dentista de DentaQuest, vaya a **http://www.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/.**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

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

Parte 1:

Cómo usar su plan de seguro médico de CoverKids

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



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

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

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

Esta tarjeta es solamente para usted. No permita que nadie más use su tarjeta. Si extravía o le roban su tarjeta, o si alguno de los datos es incorrecto, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)** para que le enviemos una tarjeta nueva. La llamada es gratis.

Si tiene preguntas acerca de CoverKids, puede:

Escríbanos a:

CoverKids Member Services
Amerigroup Community Care
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466-2509

Llamar:

800-600-4441 (TRS 711)

Red de proveedores de CoverKids

Dentro de la Red

Los doctores y otros lugares y personas que colaboran con CoverKids se conocen como la **Red de Proveedores**. Todos los proveedores de CoverKids se enumeran en nuestro **Directorio de Proveedores**. Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en **myamerigroup.com/tn**. O llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)** para pedir una lista. A veces la lista impresa no es la más actualizada, ya que pueden haberse inscrito o dado de baja algunos proveedores después de la impresión. Sin embargo, el Directorio de Proveedores en línea se actualiza todas las semanas. También puede llamarnos al **800-600-4441 (TRS 711)** para averiguar si un proveedor está en nuestra red.

En ocasiones, es posible que su doctor no pueda atenderlo o proporcionarle el tratamiento que necesite debido a razones éticas (morales) o religiosas. Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)**. Nosotros le podemos ayudar a encontrar un doctor que le pueda proporcionar la atención o tratamiento que necesite.

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

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

Fuera de la red

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

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

Si ya estaba recibiendo atención o tratamiento cuando su CoverKids comenzó, es posible que pueda continuar recibiendo la atención sin necesidad de una autorización o referido. Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)** para que le digan cómo.

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

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

También puede consultar nuestro Directorio de Proveedores en línea en **myamerigroup.com/tn** para buscar doctores que hablan otros idiomas.

También puede recibir ayuda gratuita para comunicarse con su doctor, como un intérprete de lenguaje de señas, escribir notas o un guión gráfico. **Antes de su cita, llámenos o llámenos a su proveedor** para recibir esta ayuda.

Consultas con el doctor

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

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

A veces se indica el nombre de su PCP en el frente de su tarjeta de miembro. ¿Y si el nombre de su PCP no se indica en su tarjeta? Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)** para pedir el nombre de su PCP o para informarse sobre otros PCP de nuestra red. ¿Y si quiere cambiar de PCP?

En la siguiente página se explica cómo.

La mayoría de los PCP tienen un horario de atención regular, pero puede llamar a su PCP en cualquier momento. Si llama después de horas hábiles, ellos le dirán cómo comunicarse con el doctor. Si no le contestan después de horas hábiles, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).**

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

Antes de ir a la primera cita con su PCP:

1. Pídale a su antiguo doctor que envíe su expediente médico a su PCP. Eso no le cuesta nada a usted. Su expediente le pertenece. Su expediente servirá para que su PCP se entere sobre su salud.

2. Llame a su PCP para hacer una cita.
3. Tenga a la mano su tarjeta de CoverKids cuando llame.
4. Diga que es miembro de CoverKids y proporcione su número de identificación de CoverKids.
5. Anote la fecha y la hora de su cita. Si es paciente nuevo, es posible que el proveedor le pida que acuda un poco más temprano. Anote la hora a la que le pidan que acuda.
6. Haga una lista de las preguntas que le quiere hacer a su PCP. Anote cualquier problema de salud que tiene.

El día de su cita:

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

Su PCP se encargará de **la mayoría** de sus asuntos de salud. Su PCP puede encontrar y tratar los problemas de salud cuando apenas empiezan. Él o ella tendrá su expediente médico. Con eso su PCP puede tener una idea general de su estado de salud. Su PCP lleva un control de toda la atención médica que usted reciba.

Si tiene que cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP:

1. Encuentre un nuevo PCP en la red de CoverKids. Para buscar un nuevo PCP, consulte nuestro directorio de Proveedores. O puede ir en línea a **myamerigroup.com/tn** o llamar al **800-600-4441 (TRS 711).**
2. Después, llame al PCP para verificar que él o ella pertenece a la red de proveedores de CoverKids. **No se olvide de preguntar** si está aceptando pacientes nuevos.

¿Necesita ayuda para buscar un nuevo PCP? Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).** Le ayudaremos a buscar a un nuevo PCP que esté aceptando pacientes nuevos.

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

Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y resolver algunas inquietudes sobre este cambio.

Puede llamar a Salud de la Población al **800-600-4441 (TRS 711)** para asistencia.

Atención de Salud Conductual (Servicios de Salud Mental o para Trastorno por Uso de Sustancias)

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

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

Antes de su primera consulta:

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

El día de su cita:

1. **Lleve** todas sus medicinas y una lista de preguntas con usted para que su proveedor sepa **cómo ayudarle**.
2. **Llegue a tiempo** a su cita. Si no puede llegar a su cita a tiempo, llame a su proveedor para que le den otra cita.
3. **Lleve** su **tarjeta de identificación** de CoverKids. Es posible que su proveedor le saque una copia.

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

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental o de trastorno por uso de sustancias, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)**. O, si tiene preguntas sobre servicios de salud mental y para trastorno por uso de sustancias, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)**. La llamada es gratis.

Proveedores especialistas

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

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

Usted **no** tiene que ir primero a su PCP si necesita un chequeo con un doctor que se especializa en salud de la mujer. Al doctor que atiende a la mujer se le llama obstetra ginecólogo (en inglés lo abrevian OB/GYN).

El especialista en el tratamiento de la mujer tiene que estar en nuestra red. En la Parte 2 de este manual encontrará más información acerca de la atención médica de la mujer.

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

Si necesita ayuda para buscar especialista médico, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).**

Atención en el hospital

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

Debe tener la autorización de su proveedor de la red para recibir atención hospitalaria.

A menos que sea una emergencia, nosotros solamente pagaremos la atención en el hospital si su proveedor de la red lo dispone.

Emergencias de Salud Mental

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

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

Las emergencias pueden ser cosas como:	**Estas no suelen ser emergencias:**
• Falta de aliento o no poder hablar • Una cortada profunda, un hueso roto o una quemadura • Hemorragia que no se puede detener • Dolor intenso en el pecho que no se le quita • Dolor intenso del estómago que no se le quita • Convulsiones que provocan desmayo • No poder mover las piernas o brazos • Cuando no se puede despertar a la persona • Sobredosis de drogas o medicamentos	• Dolor de garganta • Resfriado o gripe • Dolor de la espalda baja • Dolor de oído • Dolor de estómago • Cortadas pequeñas, poco profundas • Moretón • Artritis • Dolor de cabeza, a menos que sea muy intenso y que sea un dolor como nunca antes había tenido.

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

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

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

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

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

Emergencias de Salud Mental

Usted puede recibir atención para una emergencia de salud mental o relacionada con trastorno por uso de sustancias en cualquier momento, aunque se encuentre de viaje. Y no es necesario que obtenga ninguna autorización para recibir atención de emergencia.

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

O, puede llamar a su proveedor. Su proveedor le puede ayudar a recibir atención de emergencia si la necesita. CoverKids paga las emergencias de salud mental y de trastorno por uso de sustancias aunque el doctor u hospital no esté en la Red de Proveedores.

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

Las emergencias pueden ser cosas como:	**Usualmente las siguientes cosas NO son emergencias:**
• Planear en hacerse daño • Pensar en hacerle daño a otra persona	• Necesitar una renovación de medicamento con receta • Cómo pedir ayuda para hacer una cita

Si tiene este tipo de emergencia:

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

Menores de 18 años de edad

Si es menor de 18 años de edad o su hijo es menor de 18 años y tiene una emergencia de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias):

- Acuda a la sala de emergencias más cercana o
- Llame al 911 o

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

Para comunicarse directamente con una agencia:

Youth Villages
(866) 791-9221 (TN Central Norte)
(866) 791-9222 (TN Central Sur)
(866) 791-9227 (TN Rural Occidental)
(866) 791-9226 (Región de Memphis)
(866) 791-9224 (Región Este)
(866) 791-9225 (Región Sudeste)

Cooperativa de Salud Mental
(615) 726-0125 (Condado de Davidson)

Frontier Health
(877) 928-9062 (TN Noreste)

Helen Ross McNabb
(865) 539-2409 (TN Este)

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

Si tiene problemas para comunicarse con alguien en el número que indicado para su área, llame al **800-600-4441 (TRS 711).** Nosotros le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

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

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

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

Atención de emergencia cuando está de viaje

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

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

Cuando llegue a casa, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)** y avísenos que tuvo que pagar su atención médica o que le dieron una factura. Nosotros queremos colaborar con usted y el proveedor para presentar un reclamo por su atención.

Parte 2:

Servicios que CoverKids paga

Paquetes de beneficios

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

Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles son sus servicios de salud física o de salud conductual, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).**

Beneficios para CoverKids

Todos los servicios con cobertura de CoverKids deben ser necesarios por razones médicas según la definición dispuesta en las reglas de CoverKids. La definición de necesario por razones médicas se encuentra en la Parte 8 de este manual. Para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos con límites, consulte “Atención con límites” a partir de la página 16.

Servicios de CoverKids	Cubierto/No Cubierto
Servicios quiroprácticos	Cubierto No cubierto para las mujeres embarazadas de 19 años y mayores
Servicios clínicos y otros servicios de atención médica ambulatoria	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto con límites No cubierto para las mujeres embarazadas de 19 años y mayores
Suministros médicos desechables	Cubierto
Equipo médico duradero (DME)	Cubierto con límites
Ambulancia aérea y terrestre para emergencias	Cubierto
Atención de emergencia	Cubierto
Servicios de asistencia médica en el hogar	Cubierto con límites
Cuidados para enfermos terminales (*hospice*)	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos los servicios hospitalarios de rehabilitación	Cubierto

Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Cubierto
Servicios de laboratorio y radiografías	Cubierto
Servicios de terapia ocupacional	Cubierto con límites
Servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias	Cubierto
Servicios ambulatorios	Cubierto
Servicios de terapia física	Cubierto con límites
Servicios de médico	Cubierto
Suministros y servicios familiares de atención prenatal y antes del embarazo	Cubierto
Medicamentos con receta	Cubierto
Evaluaciones de salud de rutina e inmunizaciones	Cubierto
Servicios en centro de enfermería especializada	Cubierto con límites
Servicios de terapia del habla	Cubierto con límites
Servicios quirúrgicos	Cubierto
Servicios de la vista	Cubierto con límites No cubierto para las mujeres embarazadas de 19 años y mayores

Atención con límites

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

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

1. **Equipo Médico Duradero**

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

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

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

2. **Servicios de Asistencia Médica en el Hogar**

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

3. **Terapia Ocupacional**

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

4. **Terapia Física**

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

5. **Centro de Enfermería Especializada**

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

6. **Terapia del Habla**

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

7. **Servicios de la vista**

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

Para las mujeres embarazadas de 19 años de edad y mayores, los servicios de la vista se limitan a la evaluación médica y al tratamiento de afecciones anormales y trastornos de los ojos.

¿Ha aprovechado todos sus beneficios? Podemos ofrecer sugerencias y opciones para la atención continua. Puede llamar a Salud de la Población al **800-600-4441 (TRS 711)** para asistencia.

Otros servicios de CoverKids

TennCare cubre algunos servicios **solamente en casos especiales**. Estos son servicios como:

1. **Salud de la Población,**
2. **Cuidados paliativos,**
3. **Esterilización,**
4. **Aborto e**
5. **Histerectomía**

A continuación encontrará más información referente a estos servicios.

Salud de la Población

Los servicios de Salud de la Población le proporcionan información sobre cómo conservar la salud. Si tiene una enfermedad de largo plazo o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de Salud de la Población pueden ayudarle con cosas como:

- Entender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- Ayudarle a usted o a su hijo a buscar un médico de atención primaria y tener transporte a sus citas
- Preparar un plan de atención basado en el consejo su doctor o del doctor de su hijo para las necesidades médicas y de salud del conductual
- Ser un aliado suyo o de su hijo para coordinar la atención con todos sus proveedores de atención médica
- Tener un embarazo y parto saludables
- Ayuda para conseguir sus medicamentos recetados
- Ayudar a que usted o a su hijo no tenga que ser hospitalizado al atenderlo en la comunidad
- Identificar organizaciones comunitarias que puedan dar apoyo y recursos no médicos para mejorar la salud y el bienestar de usted o su hijo
- Ayudar con los cambios de estilo de vida que quiera hacer, como dejar de fumar o controlar su peso
- Ayudar a explicar información de salud importante para usted o a sus doctores

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

Salud de la Población puede asignarle a un administrador de cuidados. Un administrador de cuidados lo ayudará a conseguir todos los cuidados que necesite. Le podrían asignar un administrador de cuidados si usted:

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

Para ver si puede tener un administrador de cuidados o si quiere participar en los servicios de Salud de la Población, usted (o alguien en su nombre) puede llamar al **800-600-4441 (TRS 711).**

Cuidados Paliativos es un tipo de atención médica para los enfermos terminales. Tiene que utilizar los servicios de un proveedor que se encuentre en nuestra red. Si necesita ayuda con cuidados paliativos (*hospice)*, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).**

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

- Ser un adulto de 21 años de edad o mayor.
- Contar con todas sus facultades mentales y ser capaz de tomar decisiones sobre su salud.
- No encontrarse en una institución mental o en la cárcel.
- Completar un papel en el que usted da su autorización. A esto se le llama Formulario de Consentimiento para Esterilización. Nos puede llamar al **800-600-4441 (TRS 711)** para pedir el formulario.

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

Aborto solo se puede cubrir en casos limitados, como si tiene una enfermedad física de la que podría morir sin un aborto.

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

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

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

Atención Médica Preventiva – Atención para que conserve la salud

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

NOTA: No tendrá copagos para la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:

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

Embarazo

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

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

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

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y ya está acudiendo a un OB/GYN cuando reciba su CoverKids, usted puede continuar acudiendo a ese doctor para su atención médica. Sin embargo, él o ella tiene que aceptar la cantidad que CoverKids paga. Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)** para preguntar si puede continuar acudiendo a ese doctor. Es posible que le pidamos que se cambie a un doctor OB/GYN que esté en nuestro Directorio de Proveedores, siempre y cuando usted no corra riesgo al cambiarse.

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

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

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

Después del nacimiento de su bebé

¡Tanto usted como su bebé necesitan atención médica de seguimiento! La atención de la mamá después del parto se llama atención posparto. Asegúrese de programar citas de seguimiento con su doctor para que pueda asegurarse de que está bien después de dar luz. Debe acudir a su doctor dos veces en los tres meses después de que haya nacido su bebé. Si tiene complicaciones o problemas, es posible que su doctor quiera verla más seguido. Tanto su salud física como su salud mental son importantes. Hable con su doctor si se siente triste, llora mucho y no sabe por qué o si todo la hace sentir abrumada y sin esperanza.

Algunas mujeres a veces deben ir a su doctor de cabecera (PCP) o a un especialista en las semanas y los meses posteriores al parto para tratar cosas como la concentración elevada de azúcar en la sangre o la presión arterial alta.

Su bebé necesita un chequeo con un doctor (PCP) unas semanas después del nacimiento. TennCare cubrirá a su bebé cuando nazca. No se olvide informarnos de que nació su bebé. La atención médica después de que su bebé nazca se llama **atención postnatal**. La atención postnatal incluye la circuncisión practicada por un doctor y exámenes especiales para recién nacidos.

Usted **debe** buscar un PCP para su bebé y es mejor elegir un PCP para su bebé **antes** de que nazca. El doctor del bebé debe estar en nuestro directorio de proveedores para que TennCare pague esos servicios de atención médica.

Llame al doctor para hacer una cita para el chequeo de su bebé.

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

- Después de que nazca su bebé, el hospital le dará los papeles para que le saque un número de Seguro Social a su bebé. **Llene esos papeles y envíelos a la oficina del Seguro Social.**
- **Informe a CoverKids sobre su bebé en cuanto pueda.** Llame gratis a TennCare Connect al **855-259-0701.**

  Dígales que ya completó los papeles para el número de Seguro Social de su bebé.
- No se olvide de informarnos cuando le llegue la tarjeta del Seguro Social de su bebé por correo. Si su bebé tiene TennCare o CoverKids, llame al **855-259-0701.** Deles el número de Seguro Social de su bebé.

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

Atención Preventiva para Niños: Atención médica para su niño o adolescente

Registro, Chequeos y Seguimiento

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

En CoverKids, los chequeos médicos de rutina infantiles son gratis.

CoverKids también paga toda la atención médica y medicinas necesarias para tratar los problemas descubiertos en el chequeo. Eso incluye problemas médicos, dentales, del habla, de la audición, de la vista y de conducta (problemas mentales y de trastorno por uso de sustancias).

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

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

Los chequeos pueden incluir:

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

Si el PCP (pediatra) de su hijo descubre cualquier problema, CoverKids también le proporciona a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, del oído, de la vista y conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) que él o ella necesite.

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

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

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

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

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

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

Atención dental (de dientes) para niños

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

Los dientes de los niños requieren atención especial. Los niños deben ir a un chequeo y limpieza cada seis meses. Los niños deben comenzar a ver a un dentista en el momento en que les salga el primer diente o a más tardar al cumplir un año.

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

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

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

Atención de la vista (de los ojos) para niños

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

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

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

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

Servicios no cubiertos

Esta es una lista general de algunos de los servicios que CoverKids **no** cubre para nadie. O nos puede llamar al **800-600-4441 (TRS 711)** para pedirnos la lista completa.

Algunos servicios sin cobertura son:

1. Los servicios que no son necesarios por razones médicas. Pero sí se cubre la atención preventiva (atención necesaria para conservar la salud).
2. Los servicios que son experimentales o de investigación.
3. La cirugía para su apariencia.
4. Ningún tratamiento médico o de salud conductual (salud mental o para trastorno por uso de sustancias) si usted está en una cárcel o prisión local, estatal o federal.

5. Los servicios que recibió antes de tener CoverKids o después de que su CoverKids termine.
6. Los artículos para higiene personal, lujo o conveniencia.
7. Cuidado de Custodia y Servicios de Cuidador
8. Servicios principalmente para atención de convalecencia o curas de reposo.
9. La atención de los pies para comodidad o apariencia como pies planos, callos, uñas.
10. La cirugía para la reasignación del sexo y cualquier tratamiento relacionado con ésta.
11. Queratotomía radial u otra cirugía para corregir un error refractivo del ojo.
12. Los servicios que le sean prestados por algún familiar o cualquier persona que viva en su casa.
13. Servicios de partera fuera de un centro de salud con licencia.
14. Cargos en exceso del cargo máximo permitido.
15. Servicios o suministros para la cirugía ortognática.
16. Tratamiento y terapias para fines de mantenimiento.
17. Autotratamiento o capacitación.
18. Consultas por teléfono o correo electrónico para completar un formulario de reclamo o para proporcionar expedientes médicos. Los proveedores de la red no deben cobrarle por faltar a citas perdidas y no se cubren los cargos por faltar a citas.
19. Cualquier cargo de gestión.
20. Medicamentos y suministros que se consiguen sin receta médica por ley federal o estatal.
21. Las medicinas para:

- Crecimiento del cabello
- Fines estéticos
- Controlar el apetito
- El tratamiento de la impotencia
- El tratamiento de la infertilidad

22. Las medicinas que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) dice que son:

- DESI o implementación del estudio sobre la eficacia de los medicamentos – esto significa que la investigación dice que no son eficaces.
- LTE o menos que eficaces – significa que la investigación dice que son menos eficaces que los IRS – esto significa que los medicamentos son idénticos, relacionados o similares a las medicinas LTE.

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

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

1. Servicios Dentales de Rutina
2. Servicios Quiroprácticos
3. Anteojos, lentes de contacto o exámenes de la vista.

Parte 3:

Cómo funciona para usted el programa de CoverKids

Lo que usted paga por su atención médica – Copagos

Sus copagos

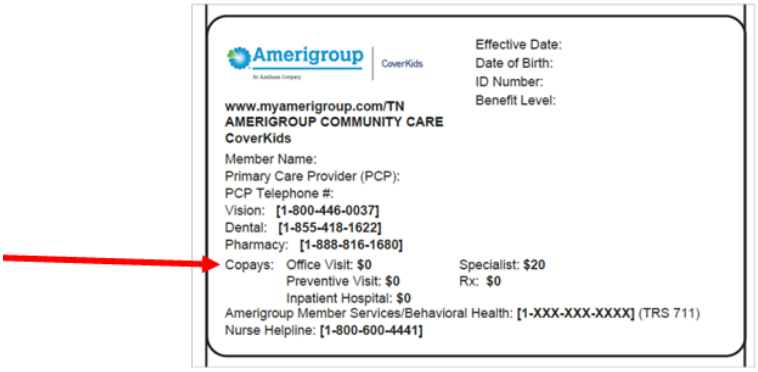
La atención preventiva es la atención que le ayuda a conservar la salud, como chequeos, vacunas, atención del embarazo y el parto. Este tipo de atención es siempre gratuita. No tiene copagos para la atención preventiva. En la Parte 2 se proporciona más información sobre la atención preventiva.

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

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

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

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



En su tarjeta de CoverKids se indica si usted tiene copagos para doctores, especialistas y consultas en el hospital y la sala de emergencias.

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

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

Copagos de CoverKids

¿Usted paga copagos por un proveedor de atención primaria, especialista, consulta en urgencias y hospitalización? ¿No está seguro? Revise su tarjeta de CoverKids o llame a Servicios para Miembros de CoverKids al **800-600-4441 (TRS 711).**

	NIVEL DE BENEFICIOS		
	1	**2**	**3**
Consulta en consultorio/servicios para pacientes externos			
Consulta de atención primaria • Consulta en consultorio familiar, de medicina general, de medicina interna, de obstetricia/ginecología, de pediatría, y en clínicas que no requieren cita • Incluye a los enfermeros, asistentes médicos y enfermeras parteras (sólo en centro médico con licencia) que trabajan bajo la supervisión de un médico de cabecera	Copago de $15	Copago de $5	No hay copago
Consulta con especialista y cirugía ambulatoria • Consulta en el consultorio con cualquier proveedor especialista • Cirugía ambulatoria, incluidos servicios de diagnóstico invasivos (por ejemplo, colonoscopia) - **Copago único por fecha de servicio**	Copago de $20	Copago de $5	No hay copago
Servicios de Salud Conductual (Salud Mental, Abuso de Alcoholismo y Abuso de Sustancias) • Consulta • Servicios ambulatorios de salud	Copago de $15	Copago de $5	No hay copago

	NIVEL DE BENEFICIOS		
	1	**2**	**3**
mental y trastorno por uso de sustancias - **Un solo copago por fecha de servicio**			
Quiroprácticos • Cobertura únicamente para niños menores de 19 años	Copago de $15	Copago de $5	No hay copago
Servicios de Rehabilitación y Terapia • Incluso terapia del habla, física y ocupacional • Se limita a 52 consultas por tipo de terapia por año natural	Copago de $15	Copago de $5	No hay copago

	NIVEL DE BENEFICIOS		
	1	**2**	**3**
Farmacia - beneficios administrados por OptumRx			
Suministro de 30 y 90 días/medicamentos de farmacia especializada	$5 genérico $20 de marca preferida $40 de marca no preferida	$1 genérico $3 de marca preferida $5 de marca no preferida	No hay copago
Atención que no es de emergencia			
Consulta en la sala de emergencias que NO se Considera una Verdadera Emergencia Médica • Instalación (Salud Física y Conductual - Salud Mental y Trastorno por Uso de Sustancias) • DEBE ser un Proveedor de la Red. Si el proveedor no pertenece a la red, CoverKids NO pagará.	Copago de $50	Copago de $10	No hay copago
Hospitalizaciones			

	NIVEL DE BENEFICIOS		
	1	**2**	**3**
Instalación para Pacientes Internados (Salud Física y Conductual [Salud Mental y Abuso de Alcoholismo y Abuso de Sustancias]) • El copago se exenta si es readmitido dentro de las 48 horas siguientes a la consulta inicial para el mismo episodio de enfermedad o lesión • Servicios de rehabilitación • Tratamiento de Salud Mental y de Trastorno por Uso de Sustancias	$100 de copago por admisión	$5 de copago por admisión	No hay copago
Servicios de la Vista - Estos servicios son elegibles solamente para los menores de 19 años. Cuando los armazones y lentes se ordenan al mismo tiempo, se cobra un copago			
Lentes graduados para gafas • Incluidas bifocales o trifocales • Se limita a uno por Año del Plan	Copago de $15 $85 de beneficio máximo	Copago de $5 $85 de beneficio máximo	No hay copago
Lentes de contacto graduados en lugar de lentes para gafas • Se limita a uno por Año del Plan	Copago de $15 $150 de beneficio máximo	Copago de $5 $150 de beneficio máximo	No hay copago
Armazones • Se limita a cada 2 Años del Plan	Copago de $15 $100 de beneficio máximo	Copago de $5 $100 de beneficio máximo	No hay copago

Los siguientes servicios <u>NO</u> requieren un copago
Atención Preventiva
Consultas • Evaluaciones médicas de rutina • Vacunas • Examen anual de audición y de a vista
Consulta en consultorio/servicios para pacientes externos
• Análisis y radiografías
Atención de Emergencia
• Consulta en la sala de emergencias que se Considera una Emergencia
Servicios para Mujeres Embarazadas
Las Mujeres Embarazadas no tienen copagos
Ambulancia
• Tierra y aire
Atención Médica en el Hogar
• La Atención de Enfermería en el Hogar se limita a 125 visitas por año natural
Cuidados Paliativos (hospice)
• Se exenta el copago para todos los servicios si el miembro está bajo cuidados paliativos
Servicios de la Vista - Estos servicios son elegibles solamente **para los menores de 19 años**.
Examen Anual de la Vista • Incluido un examen de refracción y la prueba anual de glaucoma • Debe acudir a un proveedor de la red

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

El límite de gastos de bolsillo de su familia cada año natural se basa en los ingresos que usted reporta a CoverKids. Este límite es el **máximo** que pagará en copagos cada año natural. La cantidad máxima que pagará en copagos cada año es el 5% de sus ingresos familiares. ¿Necesita saber cuál es su límite de gastos de bolsillo anual? Llame a Servicios para Miembros de CoverKids al **800-600-4441 (TRS 711).**

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

¿Tiene preguntas sobre los copagos? Podemos contestar estas preguntas también. Llame gratis a Servicios para Miembros de CoverKids al **800-600-4441 (TRS 711).**

Parte 4:

Ayuda para los problemas con su CoverKids

Tipos de problemas y lo que usted puede hacer

Es posible que enfrente diferentes tipos de problemas con su atención médica.

Algunos problemas se pueden resolver con tan sólo hacer una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas acerca de su atención médica, llámenos **800-600-4441 (TRS 711)** para recibir ayuda.

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

¿Necesita una nueva tarjeta de CoverKids?

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

- Para pedir una nueva tarjeta de CoverKids, llame al **800-600-4441 (TRS 711).**

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

¿Necesita encontrar un doctor o cambiar de doctor?

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

¿Quiere cambiar de doctor porque no está satisfecho con el doctor que tiene? Por favor, díganos. Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).**

¿Necesita presentar una queja sobre su atención?

Si no está a gusto con la atención médica que está recibiendo, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).** Díganos que quiere presentar una queja.

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

¿Necesita cambiar su plan de seguro médico?

Si quiere cambiar de plan de seguro médico porque tiene problemas para recibir atención médica, infórmenos. Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711)**. Nosotros le ayudaremos a resolver el problema. Usted **no** tiene que cambiar de plan de seguro médico para recibir la atención médica que necesite.

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

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

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

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

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

Encuentre su condado a continuación:

- **¿Vive usted 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

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

- **¿Vive usted en uno de estos condados 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

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

- **¿Vive usted en uno de estos condados 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

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

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

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

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

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

1. Usted padece algún problema médico que requiere atención médica difícil, extensa y continua y
2. Su especialista ya no acepta su plan de seguro médico y
3. Su plan de seguro médico no cuenta con un especialista que pueda prestarle la atención médica que usted necesita y
4. Su plan de seguro médico no puede trabajar con su especialista para prestarle la atención médica que usted necesita y
5. Su especialista acepta el plan de seguro médico al que usted se quiere cambiar y
6. El plan de seguro médico al que se quiere cambiar está aceptando nuevos miembros de CoverKids.

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

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

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

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

O escríbales en una hoja de papel. Si manda una carta a Apelaciones Médicas para Miembros de CoverKids, asegúrese de decirles:

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

Por correo a:

CoverKids Member Medical Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-00593

Por fax al:

888-345-5575

¿Necesita ayuda para conseguir sus medicamentos con receta?

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

¿Necesita un doctor que le recete sus medicinas?

¿Qué puede hacer si necesita encontrar a un doctor o si su doctor no le quiere recetar la medicina que necesita? Llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).**

¿Necesita una autorización de CoverKids para recibir su medicina? A eso se le llama una "autorización previa" o PA.

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

- Llame a OptumRX para obtener la autorización de OptumRx para este medicamento.
- O, pídale que le cambie su receta a una que no requiere autorización.

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

Le puede pedir a su doctor que le recete una medicina diferente que no requiere una autorización. O, si piensa que OptumRx cometió un error, usted puede presentar una apelación. Usted tiene 60 días para apelar después de que OptumRx diga que no. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte la Parte 5 de este manual.

¿Le dijeron en la farmacia que no le pueden surtir sus medicamentos con receta porque no tiene CoverKids/OptumRx? Antes de que su CoverKids termine, recibirá una carta por correo. En la carta le dirán por qué está terminando su CoverKids. La carta también explica cómo presentar una apelación. Sin embargo, si se muda de casa y no le avisa a CoverKids, es posible que no le llegue la carta. Posiblemente no se enteraría de que su CoverKids terminó sino hasta llegar a la farmacia.

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

¿Necesita ayuda para recibir sus servicios de atención médica?

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

Para problemas sobre atención de la salud física y/o conductual (salud mental o abuso de alcohol o abuso de sustancias), siempre llámenos primero al **800-600-4441 (TRS 711)**.

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

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

¿Le dijimos que no cuando su doctor pidió una autorización para su atención médica?
Llame a su doctor o proveedor de salud conductual (salud mental o abuso de alcohol o abuso de sustancias) y dígale que dijimos que no.

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

¿Le están cobrando? ¿Tuvo que pagar algo?

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

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

Si usted recibió atención médica que piensa que CoverKids debería pagar, llámenos al **800-600-4441 (TRS 711).** Si le están mandando facturas por la atención médica, podemos ayudarle a enterarse por qué. Si usted pagó la atención médica, veremos si le podemos reembolsar el pago.

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

Usted tiene 60 días para presentar una apelación después de enterarse de que hay un problema. Si le están mandando facturas, tiene 60 días a partir de la fecha en que recibió la primera factura para apelar. Si pagó la atención médica, tiene 60 días después de haber pagado para apelar.

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

Usted puede pedir que se termine su CoverKids. Hay 2 maneras de pedir que terminen su CoverKids:

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

IMPORTANTE: Si no **firma su carta** se retrasará su petición. Es posible que tenga que enviar otra solicitud con su firma.

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

Por correo a:

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

Por fax al:

855-315-0669

Otras razones por las que su CoverKids puede terminar:

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

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

Parte 5:

Apelaciones de CoverKids

Hay dos tipos de apelaciones: la diferencia entre Apelaciones de Elegibilidad y Apelaciones de Servicios Médicos

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

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

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

Apelaciones de Elegibilidad:

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

Apelaciones de Servicios Médicos:

Las Apelaciones de Servicios Médicos son para personas que tienen CoverKids. Las Apelaciones de Servicios Médicos son para problemas como lograr que su plan de seguro médico apruebe un servicio que su doctor dice que necesita o que lo asignen al plan de seguro médico que usted quiere.

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

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

Siempre que necesite un servicio que Amerigroup haya negado, tiene derecho a pedirle una apelación a CoverKids. Si se trata de problemas para recibir atención médica, siempre llame primero al **800-600-4441 (TRS 711)**.

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

¿Puedo pedirle a mi doctor que presente la apelación por mí? Sí. Pero la ley exige que su doctor tenga su permiso (autorización) por escrito. Escriba **su nombre, fecha de nacimiento, el nombre de su doctor y su permiso para que él o ella apele en su nombre** en una hoja de papel. Luego, envíela por fax o por correo a Apelaciones Médicas para Miembros de CoverKids (vea **abajo**).

¿Y si no le envía su autorización a CoverKids y su doctor pide una apelación acelerada? CoverKids le enviará una hoja que debe llenar, firmar y devolvernos.

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

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

¿Piensa que tiene una emergencia?

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

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

Si alguna de las anteriores cosas corresponde en su caso, usted puede pedirle a CoverKids una apelación de emergencia. Recuerde, su **doctor** también puede pedirle a TennCare este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que su doctor tenga **su permiso (autorización) por escrito**.

Después de que dé su autorización por escrito su doctor puede ayudarle completando un Certificado de Apelación Acelerada del Proveedor”, como la que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es una emergencia, le puede pedir a su doctor que firme el Certificado de Apelación Acelerada del Proveedor. Pídale al doctor que envíe el certificado por fax al **888-345-5575.**

CoverKids y su plan de seguro médico, Amerigroup, evaluarán su apelación y decidirán si debe ser acelerada. **Si es así**, usted recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente

una semana. Recuerde, podría tomar más tiempo si su plan de seguro médico necesita más tiempo para obtener sus expedientes médicos. Pero, si su plan de seguro médico decide que su apelación no debe ser acelerada, entonces recibirá una audiencia en un plazo de 90 días de la fecha en que presentó su apelación.

Cómo presentar una Apelación Médica	
	POR TELÉFONO: Puede llamar gratis a Apelaciones Médicas para Miembros de CoverKids al 800-878-3192. Estamos para ayudarle de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 4:30 p.m., horario del Centro.
	POR CARTA: Usted puede enviar una hoja de apelación **o** una carta referente a su problema a: **CoverKids Medical Member Appeals** **P.O. Box 000593** **Nashville, TN 37202-0593** Puede usar la hoja de apelación médica que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Otra persona, como un amigo o su doctor, puede completar la hoja, pero usted lo debe autorizar. Para imprimir una hoja de apelación de la Internet, vaya a: **https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf.** Si necesita otra hoja de apelación médica o quiere que CoverKids se la envíe, llame a **Apelaciones Médicas para Miembros de CoverKids** al **800-878-3192.** O, puede escribir su apelación en una hoja de papel normal. Conserve una copia de su apelación. Escriba la fecha en que se la envió a CoverKids.
	POR FAX: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al **888-345-5575.** Conserve la hoja que dice que su fax pasó.

Para todas las apelaciones médicas, CoverKids necesita:

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

¿Qué más necesita CoverKids para tramitar su apelación?

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

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

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

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

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

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

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

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

- La **fecha** en que recibió la atención médica o medicina que usted quiere que CoverKids pague.

- El nombre del **doctor** o u **otro lugar** donde le atendieron o donde le dieron la medicina.
- (Si los conoce, incluya la **dirección** y el **número de teléfono** del **doctor** u **otro lugar** donde le atendieron.)
- **Si usted pagó la atención médica o medicina**, proporciónele a CoverKids una **copia de un recibo** que compruebe que usted pagó. El recibo debe indicar:
  - El **tipo de atención médica** que recibió que quiere que CoverKids pague
  - Y el nombre de la **persona** a quien atendieron
  - Y el nombre del **doctor u otro lugar** que atendió
  - Y la **fecha** en que lo atendieron
  - Y la **cantidad** que pagó por la atención
- Si le enviaron una factura por la atención médica o la medicina, dele a CoverKids una copia de la factura. La factura debe indicar:
  - El **tipo de atención** por la que le están cobrando
  - Y el nombre de la **persona** a quien atendieron
  - Y el nombre del **doctor u otro lugar** que atendió
  - Y la **fecha** en que lo atendieron
  - Y la **cantidad** que le están cobrando

Cómo apelar si tiene problemas con la atención médica

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

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

   Si CoverKids dice que usted puede tener una audiencia imparcial, recibirá una carta por correo informándole de la fecha de su audiencia.

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

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

por qué por escrito. Puede presentar una apelación en Chancery Court si aún no está de acuerdo con las acciones de TennCare.

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

Apelaciones de Elegibilidad - Cómo conseguir o conservar CoverKids y otros problemas de CoverKids

Una apelación sobre problemas de CoverKids *aparte de atención médica* se llama una **apelación de elegibilidad.**

Las apelaciones de elegibilidad pasan a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad en TennCare Connect.

Una apelación de elegibilidad se utiliza para problemas de CoverKids como:

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

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

Cómo presentar una Apelación de Elegibilidad

Cómo presentar una Apelación de Elegibilidad	
	POR TELÉFONO: Puede llamar gratis a TennCare Connect al **866-259-0701.** Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes de las 7:00 a.m. a las 6:00 p.m., horario del Centro.
	POR CARTA: Puede escribir su apelación en una hoja de papel y enviarla a: **TennCare Connect** **P.O. Box 305240** **Nashville, TN 37230** Para imprimir una hoja de apelación de la Internet, vaya a: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html y haga clic en el enlace Eligibility Appeal (Apelación de Elegibilidad). Conserve una copia de su apelación. Escriba la fecha en que envió su apelación a TennCare Connect.
	POR FAX: Puede enviar la hoja de apelación o una carta gratis por fax al **1-855-315-0669.** Conserve la hoja que dice que su fax pasó.

Para todas las apelaciones de elegibilidad, la unidad de apelaciones de elegibilidad necesita:

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

¿Qué más necesita la unidad de apelaciones de elegibilidad para tramitar su apelación?

Para tener una audiencia imparcial, **debe hacer las siguientes dos cosas:**

1. Usted le debe dar a la unidad de apelaciones de elegibilidad **la información** que necesitan para tramitar su apelación.
2. Y debe decirle a la unidad de apelaciones de elegibilidad el **error** que usted piensa que cometimos. Debe ser algo que, si usted tiene la razón, signifique que puede conservar o recuperar su cobertura de CoverKids signifique que sus copagos de CoverKids cambiarán.

Parte 6:

Sus derechos y obligaciones

Sus derechos y obligaciones como miembro de CoverKids

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con respecto y de una manera digna. Usted tiene el derecho a la privacidad y que su información médica y financiera sea tratada con privacidad.
- Pedir y recibir información sobre CoverKids, sus políticas, sus servicios, sus prestadores de servicios y los derechos y obligaciones de sus miembros.
- Pedir y obtener información sobre la forma en que CoverKids les paga a sus proveedores, incluso cualquier tipo de bonificación por atención médica que se base en costo o calidad.
- Pedir y obtener información sobre sus expedientes médicos como lo disponen las leyes federales y estatales. Usted puede examinar sus expedientes médicos, recibir copias de sus expedientes médicos y pedir que sus expedientes médicos sean corregidos si están mal.
- **Recibir servicios sin ser tratado de una manera diferente** debido a su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Usted tiene el derecho de reportarlo o presentar una queja si piensa que ha sido tratado de manera diferente. Ser tratado de manera diferente significa que lo han discriminado. Si se queja, usted tiene el derecho de continuar recibiendo atención médica sin temor a recibir mal trato por parte de los proveedores o CoverKids. Para presentar una queja u obtener más información sobre sus derechos, visite: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
- Recibir atención médica sin temor a la contención física o al cautiverio como medio de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas acerca de CoverKids o su atención médica. En la Parte 5 de este manual se explica cómo.
- Hacer sugerencias acerca de sus derechos y obligaciones o sobre el modo de operar de CoverKids.
- Elegir a un nuevo PCP en la red de Amerigroup. Usted puede rechazar la atención médica de ciertos proveedores.
- Recibir atención que es necesaria por razones médicas y apropiada para usted, cuando la necesite. Esto incluye recibir **servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**
- Que se le informe de una manera fácil de entender sobre su atención y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar para usted, independientemente de su costo o de que estén o no estén cubiertos.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Preparar un testamento vital o plan de atención por adelantado y que se le informe sobre las Directivas Médicas por Adelantado.

- Cambiar de plan de seguro médico. Si acaba de empezar en CoverKids, puede cambiar de plan de seguro médico una vez durante los primeros 90 días de haber recibido CoverKids. Después de eso, puede pedir un cambio de plan de seguro médico a través de un proceso de apelación. Existen ciertas razones por las que puede cambiar de plan de seguro médico. En la Parte 4 de este manual se explica más acerca de cambiar de plan de seguro médico.
- Pedirle a CoverKids que vuelva a examinar cualquier error que usted piensa que cometieron en referencia a que usted pudiera conseguir o conservar su CoverKids o recibir atención médica.
- Terminar su CoverKids en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin cambiar el trato que le dan CoverKids o sus proveedores.

Sus derechos de quedarse con Amerigroup

Como miembro de Amerigroup, usted **no puede** ser retirado de Amerigroup tan sólo porque:

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

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

- Si cumple los 19 años de edad.
- Si obtiene otro seguro médico.
- Si se **muda** fuera del área de servicio de CoverKids.
- Si permite que otra persona utilice sus tarjetas de identificación o si usa su CoverKids para recibir medicinas y venderlas.
- Si usted termina su CoverKids o su CoverKids termina por otras razones.
- Si no **renueva** su TennCare cuando le toca o si no le proporciona a CoverKids la información que le piden cuando le toque renovar.
- Si usted no le informa a CoverKids que se mudó y no lo pueden encontrar.
- Si miente para obtener o conservar su CoverKids.
- Cuando usted fallezca.

Usted tiene la obligación de:

- Entender la información de su manual para miembros y otros papeles que le enviemos.
- Mostrar su tarjeta de CoverKids ID siempre que reciba atención médica.

- Acudir a su PCP para toda su atención médica a menos que:
  - Su PCP lo envíe a un especialista para atención.
  - Está embarazada o acude a chequeos de mujer sana.
  - Es una emergencia.
- Acudir a proveedores que pertenecen a la red de proveedores. Pero, usted puede acudir a cualquier doctor si es una emergencia. Y, usted puede acudir a cualquiera que haya sido aprobado.
- Informar a su PCP cuando haya tenido que acudir a la sala de emergencias. Usted (o alguien en su nombre) debe informar a su PCP antes de transcurridas 24 horas de que haya sido atendido en la sala de emergencias.
- Proporcionar información a CoverKids y a sus proveedores de atención médica para que puedan atenderlo.
- Observar las instrucciones y reglas sobre su cobertura y beneficios que se encuentran en su manual. Usted también debe observar las instrucciones y reglas de las personas que lo están atendiendo.
- Ayudar a tomar las decisiones sobre su atención médica.
- Colaborar con su PCP para que pueda entender sus problemas de salud. También debe colaborar con su PCP para elaborar un plan de tratamiento que ambos deciden que le ayudará.
- Tratar a su proveedor de atención médica con respeto y dignidad.
- Acudir a sus citas médicas y llamar al consultorio si no puede acudir.
- No permitir que nadie más use su tarjeta de identificación de CoverKids y avisarnos si se pierde o se la roban.
- Informar a CoverKids de cualquier cambio como:
  - Si usted o un miembro de su familia cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
  - Si el número de integrantes de su familia cambia.
  - Si usted o un miembro de su familia obtiene un trabajo, pierde su trabajo o cambia de trabajo.
  - Si usted o un miembro de la familia tiene otro seguro médico o puede obtener otro seguro médico.
- Pagar cualquier copago que le corresponda.
- Informarnos si tiene otra compañía de seguro que debería pagar su atención médica. La otra compañía de seguro podría ser un seguro como automovilístico, residencial o de compensación del trabador.

Su derecho de apelar

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

1. **Usted tiene el derecho de que su plan de seguro médico le dé una respuesta cuando usted o su doctor piden atención médica.**
2. Para algunos tipos de atención médica, su doctor tiene que obtener la autorización de su plan de seguro médico para que CoverKids la pague. A eso se le llama una "autorización previa" o "PA". ¿Qué ocurrirá si su doctor le pide a su plan de seguro médico que autorice atención médica para usted? Su plan de seguro médico debe decidir en 14 días. Si usted no puede esperar 14 días para recibir la atención médica que necesita, puede pedirles que decidan más pronto.

   O, usted puede apelar antes de que hayan transcurrido los 14 días. **Usted tiene el derecho de recibir una carta de su plan CoverKids si:**

   - Su plan de seguro médico de CoverKids dice que no cuando usted o sus doctores piden atención médica.
   - **O**, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
   - **O**, su plan de CoverKids suspende o cambia su atención médica.

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

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

   - Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) para un miembro prioritario, lo cual incluye a un niño que padece un Trastorno Emocional Grave (en inglés lo abrevian SED) o un adulto con una Enfermedad Mental Grave y Persistente (en inglés lo abrevian SPMI).
   - Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por uso de sustancias) en un hospital u otro lugar en el que debe quedarse para recibir la atención (servicios psiquiátricos para pacientes internados o residenciales).
   - Atención para un problema de salud de largo plazo cuando su plan de seguro médico no puede darle el siguiente tipo de atención médica que necesita para ese problema.
   - Servicios de asistencia médica en el hogar.
   - Si su plan de seguro médico o su doctor no le envían la carta a tiempo, **no** le pueden cambiar su atención médica.

3. **Usted tiene el derecho de apelar si:**
    - CoverKids dice que no cuando usted o su doctor pide atención médica.
    - **O,** CoverKids suspende o cambia su atención médica.
    - **O**, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención
    - **O**, tiene facturas de atención médica que usted piensa que CoverKids debería haber pagado pero no pagó.

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

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

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

Su derecho a la privacidad

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

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

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

1. Los tipos de información médica que tenemos
2. Cómo la revelamos
3. A quién la revelamos
4. Qué hacer si no quiere que le revelemos su información médica a ciertas personas
5. Y sus derechos sobre su información médica

Su información médica es privada

Sabemos que usted valora la privacidad de su información médica**.** A esta información la llamamos información médica protegida (en inglés se abrevia **PHI**). La información médica protegida es cualquier información que se usa para identificarlo y para registrar su historia médica y de salud.

La ley federal dice que debemos observar las reglas de privacidad para mantener su información médica protegida segura y a salvo. Todos quienes trabajan con nosotros y para nosotros también deben observar estas reglas de privacidad.

1. Los tipos de información médica que tenemos

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

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

2. Cómo la revelamos

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

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

3. A quién la revelamos

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

Y podemos revelar su información médica protegida a todas las personas que trabajan con CoverKids, como, por ejemplo:

- Proveedores de servicios médicos como médicos, enfermeras, hospitales y clínicas.
- Su plan de seguro médico u otras compañías que tienen contratos con CoverKids.
- La gente que le ayuda con apelaciones si usted presenta una apelación de CoverKids. Su apelación puede ser en persona o por teléfono. Es posible que otras personas estén

con usted en su audiencia de apelación.
- Agencias del gobierno federal, estatal o local que proporcionan o evalúan atención médica.

Las reglas de privacidad también dicen que podemos revelar la información médica protegida a gente como:

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

También podemos revelar su información médica protegida si eliminamos la información que dice quién es usted. Pero, no podemos revelar su información médica protegida a cualquiera. E incluso cuando la revelamos, solo podemos revelar la información que la persona necesite para hacer su trabajo. Y no podemos revelar su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para CoverKids.

Algunas veces necesitamos que usted nos autorice por escrito para que podamos revelar su información médica protegida. Le pediremos que firme un papel en el cual nos da su autorización:

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

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

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

Nos debe pedir por escrito que no revelemos cierta información sobre su salud. Nos debe decir cuál información médica protegida no quiere que revelemos y a **quién** no quiere que la

revelemos. Hay otros momentos en los que no revelaremos su información médica protegida si nos lo pide. Si podemos, le diremos que sí. Pero, es posible que no podamos decir que SÍ si usted es menor de edad o si la ley nos permite revelar la información médica protegida. Si no podemos decir que SÍ, le enviaremos una carta que dice por qué.

5. Sus derechos sobre su información médica protegida

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

Y, usted tiene el derecho de:

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

La lista indicará quién recibió su información médica protegida en los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud. Pero, no indicará las veces que la revelamos con su autorización u otras veces cuando la ley dice que no necesitamos obtener su permiso. Por ejemplo, cuando usamos la información médica protegida para:

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

Las obligaciones de CoverKids hacia usted

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

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

Peticiones – nos tiene que pedir por escrito

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

Envíe a:

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

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda con su petición?

LLAME A: TennCare Connect al **855-259-0701.**

Cambios en este aviso

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

Las reglas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de CoverKids también podrían cambiar. Si se producen cambios importantes, le enviaremos los cambios por escrito.

Nosotros tenemos el derecho de aplicar los cambios a toda la información médica que tenemos. O sólo a nueva información médica que recibamos.

Preguntas o quejas

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

O comuníquese con:

Division of TennCare Attn: 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: www.hhs.gov/ocr

Su obligación de reportar el fraude y el abuso

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

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

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

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

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

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

Para informarnos sobre fraude y abuso, llame **gratis a la Línea directa** de **Amerigroup al 800-600-4441 (TRS 711).**

También nos puede informar sobre fraude y abuso en línea. Vaya a https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html**.** Luego haga clic en “Report TennCare Fraud” (Reportar fraude en TennCare).

Parte 7:

Documentos relacionados con la salud que podría necesitar

TN Division of TennCare | CoverKids

QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DE TENNCARE

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

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

1.* Escriba su nombre y dirección.
Nombre: _____

Dirección: _____

_____Código postal_____

Teléfono: (_____) _____Fecha de nacimiento:_____

Dirección de correo electrónico:_____

Nombre del MCO/plan de seguro médico:

_____

2.* ¿Está reportando esta queja en nombre de otra persona? Sí: _____ No: _____
Si respondió Sí, ¿a quién piensa que trataron de manera diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad/impedimento, edad, sexo, religión ni cualquier otro grupo protegido por la ley?
Nombre: _____

Dirección:

_____

_____ Código postal _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Fecha de nacimiento:_____

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

_____

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

_____

3.* ¿Qué parte del Programa TennCare piensa que lo trató de manera diferente?
Servicios médicos____ Servicios dentales____ Servicios de farmacia_____ Salud conductual
Servicios y Apoyos de Largo Plazo_____ Servicios de elegibilidad_____ Apelaciones_____

4.* ¿Por qué cree que lo trataron de una manera diferente? Fue por su:
Raza___ Lugar de nacimiento____ Color____ Sexo____ Edad____ Discapacidad_____ Religión____ Otro _____

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

6.* ¿Cuándo le sucedió? ¿Sabe la fecha?
Fecha en que comenzó: _____ Última fecha en que sucedió: _____

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

_____
_____
_____

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

_____
_____
_____

9. ¿Alguien vio que cuando lo trataban de manera diferente? Si no es así, díganos su:
Nombre_____
Dirección_____
Teléfono_____

10. ¿Tiene más información que quiere darnos?

_____
_____
_____

11.* No podemos aceptar una queja que no esté firmada. Por favor, escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el representante autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme abajo.
Como representante autorizado, usted debe tener un comprobante legal de que puede actuar en nombre de esta persona.
Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres o tutor debe firmar en su nombre.
Declaración: *Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para que investigue mi queja.*

_____

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

_____

(Firme aquí si usted es el Representante Autorizado) (Fecha)

¿Está presentando esta queja para otra persona, pero usted no es el Representante Autorizado de la persona? Firme abajo. La persona para quien está reportando esta queja debe firmar arriba o debe informar a su plan de seguro médico o a TennCare que está bien que la otra persona firme en su nombre.
Declaración: *Declaro que la información de esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso a TennCare para que se comunique conmigo sobre esta queja.*

_____

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

¿Es usted ayudante de TennCare o d MCO/plan de seguro médico y está ayudando de buena fe al miembro a presentar la queja? Si es así, por favor firme abajo:

_____

(Firme aquí si es un ayudante de TennCare o de MCO/plan de seguro médico) (Fecha)

Está bien reportar una queja a TennCare o a su MCO/plan de seguro médico. La información contenida en esta queja se trata de manera privada. Los nombres y otros datos sobre las personas que aparecen en esta queja sólo se revelan cuando es necesario. Envíe por correo una Autorización para Revelar Información con su queja. Si está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a la persona que firme la hoja de Autorización para Revelar Información y envíela por correo con esta queja. Conserve una copia de todo lo que envíe. Envíe por correo las hojas de la Queja completada y la Autorización para Revelar Información firmada a:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance
310 Great Circle Road; Floor 3W • Nashville, TN 37243
615-507-6474 o gratis al 855-857-1673 (TRS 711)
HCFA.fairtreatment@tn.gov

También puede llamarnos si necesita ayuda con esta información.

Division of TennCare

TennCare - Autorización para Revelar Información

Para investigar su queja, es posible que TennCare tenga que revelar su nombre u otra información sobre usted a otras personas u organizaciones importantes en esta queja.

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

- Entiendo que durante la investigación de mi queja TennCare posiblemente tenga que revelar mi nombre, fecha de nacimiento, información médica y otros datos a otras personas u organizaciones. Y es posible que TennCare necesite recopilar esta información sobre usted a través de individuos u organizaciones. Por ejemplo, si reporto que mi doctor me trató de manera diferente debido mi color, es posible que TennCare tenga que hablar con mi doctor y pedir mis expedientes médicos.

- Usted no tiene que estar de acuerdo en que se revele su nombre y otros datos. No siempre se necesita para investigar una queja. Aunque usted no firme la autorización, trataremos de investigar su queja. Si no está de acuerdo en permitirnos usar su nombre u otros detalles, eso podría limitarnos o impedirnos investigar su queja. Tal vez tengamos que cerrar su caso. Antes de cerrar su caso si debido a que usted no firmó la autorización, podríamos comunicarnos con usted para preguntarle si quiere firmar una autorización de manera que se pueda continuar la investigación.

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

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

Este Acuerdo para Revelar Información tiene vigencia hasta que se pronuncie el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare sin cancelar su queja. Si cancela su contrato, la información que ya se haya compartido no se puede hacer desconocida.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Necesita ayuda? ¿Quiere reportar una queja? Llame o envíe por correo las hojas <u>firmadas de la Queja y la Autorización para Revelar Información</u> a:

TennCare OCRC
310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243

Teléfono: 1-615-507-6474 o gratis al 1-855-857-1673 (TRS 711)
Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

¿Necesita ayuda con este material?
Si habla un idioma que no sea inglés, hay ayuda gratuita en su idioma. Esta página le dice cómo recibir ayuda en un idioma que no sea inglés. También le informa acerca de otro tipo de ayuda que está disponible.
Spanish: Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Kurdish: کوردی ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریەکانی یارمەتی زمان، بەخۆڕایی، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە 1- 855-259-0701 (1-800-848-0298) TTY بکە.
Arabic: العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-259-0701 (رقم هاتف الصم والبكم:1-800-848-0298).
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 1-855-259-0701 （TTY 1-800-848-0298）。
Vietnamese: Tiếng Việt CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Korean: 한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298)번으로 전화해 주십시오.
French: Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-259-0701 (ATS : 1-800-848-0298).
Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-259-0701 (መስማት ለተሳናቸው: 1-800-848-0298).
Gujarati: ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Laotian: ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທຣ 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
German: Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Tagalog: Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Hindi: हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) पर कॉल करें।
Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-259-0701 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1- 800-848-0298).
Russian: Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-259-0701 (телетайп: 1-800-848-0298).
Nepali: नेपाली ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-259-0701 (टिटिवाइ: 1-800-848-0298) ।
Persian: **توجه**: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم میباشد.با 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) تماس بگیرید.

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

Llámenos gratis al 1-855-259-0701. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite.

(Para TTY llame al: 1-800-848-0298) **Directivas por Adelantado**

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

Testamento Vital o Plan de Atención por Adelantado

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

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

Usted tiene que firmar los papeles y tener testigos o llevarlos al notario.

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

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

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

Poder Notarial Duradero de Tennessee para Atención Médica o Designación de un Agente para Atención Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

DIRECTIVA PARA ATENCIÓN MÉDICA POR ADELANTADO*

(Tennessee)

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

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

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

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

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

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

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

Vigencia (marque una): ☐ Doy permiso a mi agente para tomar decisiones de atención médica en cualquier momento, incluso aunque yo pudiera hacerlo. ☐ No doy ese permiso (este formulario se aplica solo cuando yo ya no tenga capacidad).

Parte 2 **Indique sus deseos de calidad de vida:** Al marcar "sí" a continuación, he indicado los estados de salud con los que estaría dispuesto a vivir si recibiera la atención adecuada y manejo del dolor. Al marcar "**no**" a continuación, he indicado los estados de salud con los que no estaría dispuesto a vivir (que para mí crearía una calidad de vida **inaceptable**).

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

<u>Indique sus deseos de tratamiento</u>: Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí (como lo indica uno o más de los estados de salud marcados con "no") y mi afección es irreversible (es decir, no mejorará), ordeno que se proporcione el tratamiento médico apropiado de la siguiente manera. Al marcar "sí" a continuación, he indicado el tratamiento que quiero. Al marcar "**no**" a continuación, he indicado el tratamiento que **no quiero**.

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

POR FAVOR, FIRME EN LA PÁGINA 2

Parte 3 **Otras instrucciones, como atención en una casa para enfermos desahuciados arreglos funerarios, etc.**

(Si es necesario, puede adjuntar más hojas)

Parte 4 Donación de órganos: A mi muerte, deseo hacer el siguiente regalo anatómico para fines de trasplante, investigación y/o educación (marque una):

☐ Cualquier órgano/tejido ☐ Todo mi cuerpo ☐ Solo los siguientes órganos/tejidos: _____

☐ Ninguna donación de órganos/tejidos

FIRMA

Parte 5 Su firma debe ser presenciada **ya sea** por dos adultos competentes ("Bloque A") **o** por un notario público ("Bloque B").

Firma: _____ Fecha: _____

(Paciente)

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

Testigos:

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

2. Soy un adulto competente que no ha sido nombrado como el agente. No estoy relacionado con el paciente por sangre, matrimonio ni adopción y no tendría

derecho a ninguna porción del patrimonio del paciente luego de su muerte en virtud de un testamento o codicilo existente o por disposición legal. Fui testigo de la firma del paciente en este formulario.

_____
Firma del testigo número 2

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

STATE OF TENNESSEE

COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. Yo conozco a la persona (o me demostró con pruebas satisfactorias) que firmó este instrumento y sé que es la persona cuyo nombre aparece anteriormente como el "paciente". The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires:_____

_____
Signature of Notary Public

QUÉ HACER CON ESTA DIRECTIVA POR ADELANTADO: (1) proporcione una copia a su(s) doctor(es); (2) conserve una copia en sus archivos personales a los que los demás tengan acceso; (3) dígales a sus familiares y amigos más cercanos lo que está en el documento; (4) proporcione una copia a la(s) persona(s) que nombró como su agente de atención médica.

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

Parte 8:

Más información

Calendario de vacunación de CoverKids

En CoverKids para los niños menores de 19 cubrimos:

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

Por ejemplo:

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

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

Los chequeos incluyen lo siguiente:

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

Usted también recibe otros servicios además de los chequeos:

- Tratamiento, incluida la rehabilitación, para cualquier problema de salud (física, mental o del desarrollo) u otras afecciones descubiertas durante un chequeo. También puede recibir asistencia para hacer citas.
- Consultas regulares con un dentista para chequeos y tratamiento a través DentaQuest;
- Exámenes regulares y periódicos de la audición y de la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema de audición y de la vista;
- Inmunizaciones (vacunas) contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, las paperas, la rubéola (MMR), HIB, gripe, vacunas contra la hepatitis A y B,

varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y la meningitis, neumococos y

- Análisis de laboratorio de rutina. (Tenga en cuenta que se le hará a su hijo una prueba de plomo en la sangre y de anemia de células falciformes si él o ella está una situación que podría suponer un riesgo de una o ambas de estas cosas)
- Si su hijo tiene una concentración elevada de plomo en la sangre, se harán investigaciones de plomo. Si usted piensa que su hijo ha estado en contacto con cosas que tienen un alto contenido de plomo, tales como pintura vieja, dígale a su doctor, y
- Educación en salud, y
- Otros servicios necesarios de atención médica, diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos, prevenir que empeoren los defectos; si su hijo tiene enfermedades físicas o mentales descubiertas en los chequeos de detección, se les da tratamiento.
- La educación básica en salud para niños y padres es parte de los servicios preventivos de CoverKids.

No se requieren copagos para los servicios preventivos.

2022: Vacunas recomendadas para niños, desde el nacimiento hasta los 6 años de edad

	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19–23 meses	2–3 años	4–6 años
HepB	HepB	HepB			HepB						
RV			RV	RV	RV						
DTaP			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP				DTaP
Hib			Hib	Hib	Hib	Hib					
PCV13			PCV13	PCV13	PCV13	PCV13					
IPV			IPV	IPV	IPV						IPV
Influenza (anual)*											
MMR						MMR					MMR
Varicela						Varicela					Varicela
HepA§						HepA§					

¿Está creciendo su familia?

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

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

SE RECOMIENDA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 PARA TODOS LOS NIÑOS DE 6 MESES O MÁS.

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

NOTAS A PIE DE PÁGINA:

* Se recomiendan dos dosis con un intervalo de por lo menos cuatro semanas para los niños de 6 meses a 8 años de edad que reciban por primera vez la vacuna contra la influenza (gripe) y para otros niños en este grupo de edad.

§ Se requieren 2 dosis de la vacuna HepA para brindar una protección duradera. La primera dosis de la vacuna HepA se debe administrar entre los 12 y los 23 meses de edad. La segunda dosis debe aplicarse 6 meses después de la primera. Todos los niños y adolescentes de más de 24 meses de edad que no hayan sido vacunados también deberían recibir 2 dosis de la vacuna HepA.

Si su hijo tiene alguna afección que lo ponga en riesgo de contraer infecciones o si va a viajar fuera de los Estados Unidos, consulte al médico sobre otras vacunas que el niño pueda necesitar.

Más información al reverso sobre enfermedades que se pueden prevenir con vacunas y las vacunas que las previenen

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

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

AAFP
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

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

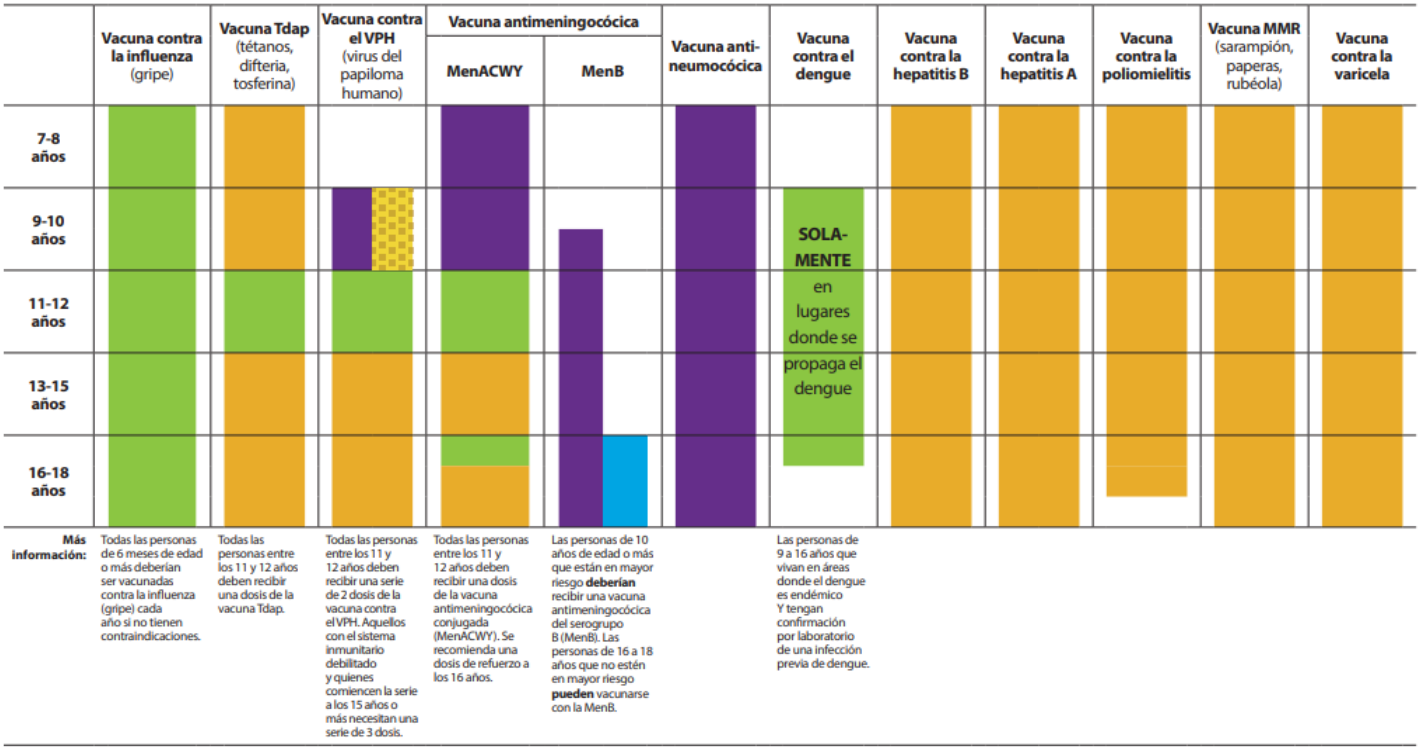
Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas y las vacunas que las previenen

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad transmitida por	Síntomas de la enfermedad	Complicaciones de la enfermedad
Varicela	La vacuna contra la varicela protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Difteria	La vacuna DTaP* protege contra la difteria.	Aire, contacto directo	Dolor de garganta, fiebre moderada, debilidad, inflamación de los ganglios del cuello	Inflamación del músculo cardiaco, insuficiencia cardiaca, coma, parálisis, muerte
Hib	La vacuna contra Hib protege contra la *Haemophilus influenzae* tipo b.	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas a menos que la bacteria entre en la sangre	Meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), discapacidad intelectual, epiglotitis (infección que puede ser mortal, que puede bloquear la tráquea y causar problemas respiratorios graves), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Hepatitis A	La vacuna HepA protege contra la hepatitis A.	Contacto directo, comida o agua contaminada	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, cansancio, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), orina oscura	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastornos de los riñones, del páncreas y de la sangre, muerte
Hepatitis B	La vacuna HepB protege contra la hepatitis B.	Contacto con sangre o líquidos corporales	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), dolor en las articulaciones	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte
Influenza (gripe)	La vacuna contra la influenza protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, cansancio extremo	Neumonía (infección en los pulmones), bronquitis, sinusitis (infección de los senos paranasales), infecciones de oído, muerte
Sarampión	La vacuna MMR** protege contra el sarampión.	Aire, contacto directo	Sarpullido, fiebre, tos, moqueo, conjuntivitis	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Paperas	La vacuna MMR** protege contra las paperas.	Aire, contacto directo	Inflamación de glándulas salivales (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular	Meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espina), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera, muerte
Tosferina	La vacuna DTaP* protege contra la tosferina (*pertussis*).	Aire, contacto directo	Tos intensa, moqueo, apnea (interrupción de la respiración en los bebés)	Neumonía (infección en los pulmones), muerte
Poliomielitis	La vacuna IPV protege contra la poliomielitis.	Aire, contacto directo, por la boca	Puede no causar síntomas. Dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza	Parálisis, muerte
Enfermedad neumocócica	La vacuna PCV13 protege contra la infección neumocócica.	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas. Neumonía (infección en los pulmones)	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), muerte
Enfermedad por rotavirus	La vacuna RV protege contra el rotavirus.	Por la boca	Diarrea, fiebre, vómitos	Diarrea intensa, deshidratación, muerte
Rubéola	La vacuna MMR** protege contra la rubéola.	Aire, contacto directo	A veces sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos	Muy grave en las mujeres embarazadas: puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento
Tétanos	La vacuna DTaP* protege contra el tétanos.	Exposición a través de cortaduras en la piel	Rigidez del cuello y los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre	Fractura de huesos, dificultad para respirar, muerte

* La vacuna DTaP combina la protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.
** La vacuna MMR combina la protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Última actualización en febrero del 2022 • CS322257-A
MLS 329241

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES — 2022: Vacunas recomendadas para los niños desde los 7 hasta los 18 años de edad



Más información:

- **Vacuna contra la influenza (gripe):** Todas las personas de 6 meses de edad o más deberían ser vacunadas contra la influenza (gripe) cada año si no tienen contraindicaciones.
- **Vacuna Tdap (tétanos, difteria, tosferina):** Todas las personas entre los 11 y 12 años deben recibir una dosis de la vacuna Tdap.
- **Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano):** Todas las personas entre los 11 y 12 años deben recibir una serie de 2 dosis de la vacuna contra el VPH. Aquellos con el sistema inmunitario debilitado y quienes comiencen la serie a los 15 años o más necesitan una serie de 3 dosis.
- **Vacuna antimeningocócica — MenACWY:** Todas las personas entre los 11 y 12 años deben recibir una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY). Se recomienda una dosis de refuerzo a los 16 años.
- **Vacuna antimeningocócica — MenB:** Las personas de 10 años de edad o más que están en mayor riesgo **deberían** recibir una vacuna antimeningocócica del serogrupo B (MenB). Las personas de 16 a 18 años que no estén en mayor riesgo **pueden** vacunarse con la MenB.
- **Vacuna contra el dengue:** Las personas de 9 a 16 años que vivan en áreas donde el dengue es endémico Y tengan confirmación por laboratorio de una infección previa de dengue.

Se recomienda la vacunación contra el COVID-19 para todas las personas de 6 meses o más.
Hable con el médico o el personal de enfermería que atiende a su hijo acerca de las vacunas recomendadas para su edad.

- Estas casillas sombreadas indican cuándo se recomienda la vacuna para todos los niños, a menos que el médico le diga que su hijo no puede recibir en forma segura la vacuna.
- Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se recomienda para niños con ciertas afecciones o situaciones de estilos de vida que los ponen en mayor riesgo de enfermedades graves. Consulte las recomendaciones específicas de cadda vacuna en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/.
- Estas casillas sombreadas indican que la vacuna **SE DEBE** administrar a un niño que esté poniéndose al día con las vacunas.
- Esta casilla sombreada indica que los niños que no tengan mayor riesgo **PUEDEN** recibir la vacuna si así se desea, después de hablar con un proveedor de atención médica.
- Esta casilla sombreada indica que los niños que no tengan mayor riesgo pueden recibir la vacuna si así se desea, después de hablar con un proveedor de atención médica.

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

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

AAFP
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

Enfermedades que se pueden prevenir con vacunas y las vacunas que las previenen

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad transmitida por	Síntomas de la enfermedad	Complicaciones de la enfermedad
Varicela	La vacuna contra la varicela protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Dengue	La vacuna contra el dengue protege contra esta enfermedad.	Picadura de un mosquito infectado	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, dolor detrás de los ojos, sarpullido, dolores en las articulaciones, dolores en el cuerpo, náuseas, pérdida del apetito, sentirse cansado, dolor abdominal	Hemorragia intensa, convulsiones, *shock*, daño al hígado, al corazón o a los pulmones, muerte
Difteria	Las vacunas Tdap* y Td** protegen contra la difteria.	Aire, contacto directo	Dolor de garganta, fiebre moderada, debilidad, inflamación de los ganglios del cuello	Inflamación del músculo cardiaco, insuficiencia cardiaca, coma, parálisis, muerte
Hepatitis A	La vacuna HepA protege contra la hepatitis A.	Contacto directo, comida o agua contaminada	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, cansancio, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), orina oscura	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastornos de los riñones, del páncreas y de la sangre, muerte
Hepatitis B	La vacuna HepB protege contra la hepatitis B.	Contacto con sangre o líquidos corporales	Puede no causar síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarilla de la piel y los ojos), dolor en las articulaciones	Infección crónica del hígado, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte
Infección por el virus del papiloma humano	La vacuna contra el VPH protege contra el virus del papiloma humano.	Contacto directo con la piel	Puede no causar síntomas. Verrugas genitales	Cáncer vaginal, de vulva, de pene, anal, orofaríngeo
Influenza (gripe)	La vacuna contra la influenza protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, cansancio extremo	Neumonía (infección en los pulmones), bronquitis, sinusitis (infección de los senos paranasales), infecciones de oído, muerte
Sarampión	La vacuna MMR*** protege contra el sarampión.	Aire, contacto directo	Sarpullido, fiebre, tos, moqueo, conjuntivitis	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Enfermedad meningocócica	Las vacunas MenACWY y MenB protegen contra la enfermedad meningocócica.	Aire, contacto directo	Comienzo repentino de fiebre, dolor de cabeza y rigidez en el cuello, sarpullido de color morado oscuro	Pérdida de extremidades, sordera, trastornos del sistema nervioso, discapacidades del desarrollo, trastornos convulsivos, accidente cerebrovascular, muerte
Paperas	La vacuna MMR*** protege contra las paperas.	Aire, contacto directo	Inflamación de glándulas salivales (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular	Meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espina), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera, muerte
Tosferina	La vacuna Tdap* protege contra la tosferina.	Aire, contacto directo	Tos intensa, moqueo, apnea (interrupción de la respiración en los bebés)	Neumonía (infección en los pulmones), muerte
Enfermedad neumocócica	La vacuna antineumocócica protege contra la enfermedad neumocócica.	Aire, contacto directo	Puede no causar síntomas. Neumonía (infección en los pulmones)	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal), muerte
Poliomielitis	La vacuna contra la poliomielitis protege contra esta enfermedad.	Aire, contacto directo, por la boca	Puede no causar síntomas. Dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza	Parálisis, muerte
Rubéola	La vacuna MMR*** protege contra la rubéola.	Aire, contacto directo	A veces sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos	Muy grave en las mujeres embarazadas: puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, defectos de nacimiento
Tétanos	Las vacunas Tdap* y Td ** protegen contra el tétanos.	Exposición a través de cortaduras en la piel	Rigidez del cuello y los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre	Fractura de huesos, dificultad para respirar, muerte

*La vacuna Tdap combina la protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.
**La vacuna Td combina la protección contra la difteria y el tétanos.
***La vacuna MMR combina la protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Si tiene preguntas sobre las vacunas de su hijo, consulte al médico o personal de enfermería que atienda a su hijo.

Última actualización en agosto del 2022 - CS322257-B
MLS 329241

Definiciones legales

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

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

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

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

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