



¿Por qué debería apelar?

Algunas razones incluyen:

- Se le negó la cobertura y cometimos un error.
- Su atención médica terminó o va a terminar y cometimos un error.
- Sus ingresos son demasiado bajos para pagar CHOICES o la atención en una casa de convalecencia.
- Sus copagos o primas son demasiado altos y nos equivocamos con sus ingresos.
- Tenemos mal sus ingresos o el tamaño de su familia.
- Su fecha de inicio es incorrecta.
- TennCare está tardando demasiado en decirle si está aprobado.



¿Qué debería decirle a TennCare en su apelación?

- Conteste TODAS las preguntas y díganos en qué información nos equivocamos al decidir su apelación. Si nuestra información **no** es incorrecta, es posible que **no** pueda tener una audiencia imparcial.
- ¿Necesita ayuda para presentar una apelación? Llámenos gratis al **1-855-259-0701**. Si llama, podemos atender su apelación por teléfono.



¿Cómo puede presentar una apelación de TennCare?

- Por teléfono llamando al **855-259-0701**. Llame de lunes a viernes.
- En línea con su cuenta TennCare Connect en tenncareconnect.tn.gov
- Por escrito utilizando este formulario de apelación.

Envíe su apelación por correo a :

- TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240
- O envíela gratis por fax al 1-855-315-0669.

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



¿Y si no puede recibir la atención que necesita?

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



¿Y ahora qué?

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

TennCare no permite el trato injusto.

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

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

1. ¿Para quién es la apelación?

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ O su ID de Persona de TennCare _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Hogar Móvil Trabajo Mejor hora para llamarle _____

¿Qué idioma habla? Marque **una** casilla.

Inglés Español Otro _____ Si es español, ¿necesitas sus cartas en español? Sí No

2. ¿Hay otras personas en su hogar que tienen el mismo problema?

Si sí, proporciónenos su nombre, fecha de nacimiento y número de ID de Persona de TennCare o número de Seguro Social.

3. ¿Para qué es la apelación?

TennCare CoverKids Katie Beckett

LTSS o CHOICES ECF CHOICES Plan de Ahorro de Medicare o MSP

4. ¿Cuál es el problema que está teniendo?

Mi solicitud no ha sido procesada en 45 días.

(90 días si recibe TennCare por discapacidad o necesita servicios y apoyos de atención a largo plazo)

Mi fecha de comienzo es incorrecta. ¿Cuál cree que debería ser su fecha de inicio? _____

¿Recibió alguna atención médica 3 meses antes de presentar la solicitud? Sí No

Si sí, ¿en qué fecha lo atendieron? _____

Si esta apelación es para un bebé menor de 1 año, ¿tenía la madre CoverKids o TennCare cuando dio a luz? Sí No

Me negaron la atención médica.

Mi responsabilidad del paciente o lo que pago por CHOICES está mal.

¿Cuál cree que debería ser la cantidad de su responsabilidad del paciente? _____

Mi atención médica terminó o está terminando.

Otra razón (explique) _____

5. ¿Usted o alguien en su hogar ha apelado este problema antes?

Sí No Si sí, díganos su nombre y número de apelación.

Siga leyendo. Queda 1 página más para llenar.

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298.

6. Díganos por qué quiere apelar este problema.

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

7. ¿Ha tenido algún problema relacionado con sus avisos de elegibilidad? Yes No

Si respondió "sí", proporciónenos más información sobre el problema.

8. ¿Ha terminado su atención médica? ¿O va a terminar su atención médica?

Es posible que pueda conservar TennCare durante su apelación. **Si conserva TennCare durante su apelación y pierde, es posible que deba devolverle el dinero a TennCare.**

Marque esta casilla si quiere tener TennCare durante esta apelación. Le informaremos en una carta si conserva TennCare durante su apelación.

9. ¿Quiere agregar a un representante para esta apelación? Si sí, díganos quién.

Centro de enfermería Poder notarial Familia Abogado Representante autorizado

Nombre completo _____

Dirección postal _____

Teléfono _____ Hogar Móvil Trabajo Mejor hora para llamarle _____

Es posible que TennCare necesite una autorización por escrito para hablar con esta persona. Denos su autorización por escrito por medio de nuestro formulario de Individuo u Organización Representante.

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

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

¿Necesita ayuda con su apelación? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298.