

PLAN DENTAL COVERKIDSSM



MANUAL PARA MIEMBROS DEL PLAN DENTAL

Vigente a partir del 1/11/2025

Renaissance®
866-864-2526
www.renmemberportal.com/mp/rengp

PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505



Renaissance®

Índice

Bienvenido a Renaissance	1
Uso del manual.....	1
Números de teléfono e información de contacto importantes	2
Sitio web del portal para miembros de su hijo.....	6
Beneficios para miembros de su hijo.....	6
¿Cómo encuentro un dentista para mi hijo?	7
Resumen de beneficios dentales de su hijo	8
Cómo recibir atención de emergencia	9
Cómo recibir servicios cubiertos.....	9
Ir al dentista.....	11
Qué debe llevar a la cita de su hijo	11
Cómo solicitar un intérprete.....	11
Cómo obtener ayuda cuando el consultorio está cerrado	11
Salud bucal infantil.....	12
Derechos y responsabilidades del miembro	12
Derechos del miembro.....	12
Responsabilidades del miembro.....	13
Hablar sobre sus necesidades y deseos de atención médica.....	14
Testamento vital o plan de atención anticipada.....	14
Poder notarial duradero para atención médica de Tennessee o designación de representante para atención médica	14
Apelaciones de CoverKids	15
Apelaciones por servicios dentales	15
Apelaciones por elegibilidad: cómo obtener o mantener CoverKids y resolver otros problemas relacionados.....	18
Quejas (reclamos) por servicio al cliente y calidad de la atención en Renaissance Dental	19
Proceso para quejas por derechos civiles o discriminación	20
Denunciar fraude, uso indebido o abuso en CoverKids.....	22
Aviso de no discriminación.....	23

Bienvenido a Renaissance

Renaissance tiene un contrato con TennCare para prestar servicios dentales a los niños del Plan de Seguro Médico Infantil de Tennessee (CHIP), conocido como CoverKids.

Este manual es su guía para conocer los servicios que ofrecemos a su hijo. También le proporcionará consejos útiles sobre los beneficios de su hijo y sobre cómo ayudarlo a mantenerse saludable. Para obtener una copia de nuestro contrato completo con TennCare o para solicitar otra copia gratuita de este manual, comuníquese con nosotros al 866-864-2526 (TTY/TDD 711). También puede consultarlo y encontrar más información sobre el plan dental en nuestro portal para miembros en www.renmemberportal.com/mp/rengp.

Uso del manual

Este manual lo ayudará a comprender cómo funciona el programa. Léalo antes de llamar a su dentista o a otros dentistas que figuran en el sitio web de Renaissance.

En este manual, se utilizan algunos términos que debe comprender:

- **“Su hijo”, “hijo” y “miembro”:** el niño miembro inscrito en el programa del plan dental CoverKids.
- **“Usted”, “su”:** el padre, la madre o el tutor legal del niño.
- **“Nosotros”, “nos”, “nuestro”:** hace referencia a Renaissance.
- **“Su dentista”, “dentista participante” y “dentista contratado”:** el dentista que usted elija y que tenga un contrato con Renaissance para proporcionar la atención dental de su hijo.
- **“Consultorio dental asignado”:** el consultorio del dentista al que su hijo acudirá de forma habitual para recibir atención dental y que se le asignará al ingresar al programa.
- **“Plan dental de TennCare”, “Medicaid”, “CoverKids” y “TennCare”:** la División de TennCareSM y/o el Plan Dental de TennCare y el Plan Dental CoverKids.
- **“Tarjeta de identificación CoverKids”, “tarjeta de identificación” y “tarjeta de identificación del plan de salud”:** la tarjeta de identificación que recibe de parte del plan de salud de su hijo.
- **“Medios auxiliares”, “medios o servicios auxiliares”:** tipos de asistencia, como interpretación en lengua de señas calificada o información escrita en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, lectura de cartas, braille u otros formatos alternativos (diferentes). Los miembros de CoverKids pueden solicitar medios y servicios auxiliares de forma gratuita.
- **“Servicios para miembros”, “centro de llamadas para miembros” y “servicio al cliente”:** la línea telefónica gratuita a la que puede llamar para obtener ayuda con el plan dental Renaissance de su hijo.
- **“Emergencia”, “emergencias”, “emergencia grave” y “servicios de emergencia”:** situaciones en las que podría existir un grave peligro o daño para la salud de su hijo si no recibe atención de inmediato.
- **“Urgente”, “servicios urgentes”:** servicios que no son tan graves como los servicios de emergencia, pero que no deben esperar hasta la próxima cita programada.
- **“Queja”, “reclamo”:** un reclamo que usted nos comunica. Puede presentar una queja si tiene un problema para comunicarse con nosotros o si no está satisfecho con la forma en que un miembro del personal o un proveedor trató a su hijo. No se trata de una queja sobre una decisión de tratamiento o un servicio que no esté cubierto o que haya sido denegado (consulte Apelación).

- **“Apelación”:** la acción que puede tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o de pago tomada por nosotros. Puede apelar si denegamos su solicitud, reducimos, limitamos o denegamos la cobertura, o si dejamos de proporcionar o pagar la totalidad o parte de un servicio dental o de un dispositivo o aparato dental. También puede presentar una apelación si no proporcionamos los servicios dentales de forma oportuna.

Números de teléfono e información de contacto importantes

Los representantes de nuestro Departamento de Servicio al Cliente pueden responder sus preguntas. Puede llamarnos en cualquier momento. Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- Elegir o cambiar el dentista de su hijo.
- Averiguar si un servicio está cubierto.
- Saber cómo apelar una decisión sobre un servicio que hayamos denegado.
- Saber cómo presentar una queja cuando no esté satisfecho con la atención recibida.
- Ayudarlo a comprender materiales escritos, entre otros.

Podemos proporcionarle un intérprete para ayudarlo a comunicarse con nosotros o con su dentista en cualquier idioma. También ofrecemos nuestros materiales en otros idiomas. Los servicios de interpretación y los materiales traducidos son gratuitos para nuestros miembros.

Proporcionamos medios y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros. Servicios como intérpretes calificados de lengua de señas, servicios de transcripción y servicios TTY. También puede solicitar recibir este Manual para Miembros del Plan Dental y otros materiales en braille y en letra grande de forma gratuita.

Servicio al Cliente de Renaissance (línea gratuita)	866-864-2526
Línea gratuita para personas con discapacidad auditiva	TTY/TDD 711
Horario de atención del Servicio al Cliente de Renaissance	De lunes a viernes (Excepto feriados aprobados por el estado) De 7 a. m. a 5 p. m., hora central Sistema automatizado disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Portal para miembros de Renaissance	www.renmemberportal.com/mp/rengp
TennCare Connect	855-259-0701
Programa de Farmacias de TennCare	Llame a OptumRx al 888-816-1680
Presentar una apelación por un servicio dental de CoverKids	Llame a Apelaciones Médicas para Miembros de TennCare al 800-878-3192
Presentar una apelación sobre la elegibilidad en CoverKids	Llame a TennCare Connect al 855-259-0701
Presentar una queja (reclamo) por derechos civiles o discriminación	Llame a la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare (OCRC) al 615-507-6474 (TDD/TTY 711)

Presentar una queja (reclamo) por servicio al cliente o calidad de la atención ante Renaissance	Llame a Renaissance al 866-864-2526
Denunciar fraude y/o abuso de Medicaid	• En caso de sospechas de fraude por parte de un miembro, llame a la Línea Directa de la Oficina del Inspector General (OIG) de Tennessee al 800-433-3982 • En caso de sospechas de fraude por parte de un proveedor, llame a la línea directa de lucha contra el fraude de TennCare al 888-687-9611 o visite https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html. Luego haga clic en "How to Report TennCare Provider Fraud" (Cómo denunciar fraude por parte de proveedores de TennCare). • En caso de sospechas de fraude por parte de un miembro o de un proveedor, también puede llamar a la línea directa de lucha contra el fraude de Renaissance al 800-971-4139 o escribir a: Renaissance Inquiries PO Box 1505 Farmington Hills, MI 48333-1505
Aviso de prácticas de privacidad de TennCare Aviso de prácticas de privacidad de Renaissance	• https://www.tn.gov/tenncare/legal/tenncare-notice-of-privacy-practices.html • https://renaissancebenefits.com/online-privacy-policy/

¿Necesita servicios gratuitos de idioma o un medio o servicio auxiliar?

Si habla un idioma que no sea inglés, ofrecemos ayuda en su idioma de forma gratuita. Contamos con servicios gratuitos de interpretación y traducción para ayudarlo. Ofrecemos medios y servicios auxiliares gratuitos, como texto en letra grande, para poder comunicarnos de forma eficaz con usted. Llámenos al 1-866-864-2526 (TRS/TTY: 711).

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-864-2526 (TRS/TTY: 711).

Arabic: ربيعة

وظة حلم: اذا ملكنته غللا ربيعةا اتمددة عاسملا وبة غللا رفوتم كذا انجام. اتصل مقبر: 1-866-864-2526

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 1-866-864-2526

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 1-866-864-2526

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-864-2526 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-864-2526.

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-866-864-2526.

Gujarati: ગુજરાતી

ગુજરાતી: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો

1-866-864-2526.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂບດລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-864-2526.

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-864-2526.

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-864-2526.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-864-2526 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-866-864-2526.

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 1-866-864-2526

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با
1-866-864-2526 تماس بگیرید.

Sitio web del portal para miembros de su hijo

Dado que su hijo es miembro de Renaissance, puede acceder a nuestro portal en línea en <https://www.renmemberportal.com/mp/rengp>, que lo ayudará con lo siguiente:

- Encontrar uno de nuestros dentistas contratados mediante la herramienta de búsqueda de proveedores Find a Dentist (Buscar un dentista)
- Ver todos los beneficios dentales de Renaissance de su hijo
- Ver el manual para miembros
- Comunicarse con nosotros
- Ver boletines e información sobre su salud bucal

Si se le solicita al usar el buscador de proveedores, asegúrese de seleccionar el plan de su hijo: CoverKids.

Brindar a su hijo la mejor atención y servicio

El Programa de Mejora de la Calidad de Renaissance existe porque queremos ofrecerle los mejores servicios. El Programa de Mejora de la Calidad mide qué tan buenos son los servicios que ofrecemos. Lo usamos para evaluar de cerca a todos los dentistas que participan en el programa a fin de asegurarnos de que proporcionen la mejor atención dental para las necesidades de su hijo. Empleamos el Programa de Mejora de la Calidad para realizar cambios en la forma en que brindamos los servicios y seguir mejorándolos. Para obtener una copia del Programa Anual de Mejora de la Calidad, llame al Servicio al Cliente de Renaissance al 866-864-2526. En algunas ocasiones, podría recibir encuestas de satisfacción de miembros sobre su atención.

Beneficios para miembros de su hijo

¿Cómo puedo obtener más información sobre los beneficios dentales?

Para obtener más información sobre sus beneficios dentales, visite nuestro portal para miembros en línea en www.renmemberportal.com/mp/rengp o llámenos al 866-864-2526.

¿Cuándo comienzan sus beneficios de CoverKids?

Recibirá una carta de TennCare que le informará cuándo se aprobó CoverKids y la fecha en que comienzan los beneficios. Los servicios que reciba antes de esta fecha no estarán cubiertos por CoverKids. También recibirá una carta de bienvenida de nuestra parte. La enviaremos cuando recibamos la información de cobertura de su hijo por parte de TennCare.

¿Se me notificará si finaliza la cobertura de los beneficios de CoverKids?

Cuando la cobertura de CoverKids finalice, TennCare le enviará una carta en la que indicará que su hijo ya no se encuentra cubierto por CoverKids. Esto también significa que sus servicios dentales ya no estarán cubiertos por nosotros. La fecha que figure en la carta será el último día en que cuente con la cobertura de CoverKids. TennCare no pagará los servicios que reciba después de la fecha indicada en la carta. Deberá pagar cualquier servicio que reciba después de la fecha indicada en la carta.

¿Qué es la atención dental de rutina?

La atención dental de rutina incluye visitas diagnósticas y preventivas, y servicios terapéuticos como empastes, coronas, tratamientos de conducto y extracciones.

¿Cuánto tiempo debe esperar para ser atendido?

Se debe programar una cita dentro de las 3 semanas en lo que respecta a los servicios de rutina y dentro de las 48 horas en el caso de los servicios urgentes.

¿Cómo encuentro un dentista para mi hijo?

Se le asignará un consultorio dental si aún no tiene un dentista contratado. También puede usar la herramienta Find a Dentist (Buscar un dentista) en www.renmemberportal.com/mp/rengp. Llame al 866-864-2526 si necesita ayuda para encontrar un dentista contratado o si quiere cambiar de dentista.

¿El dentista de mi hijo debe formar parte de la red de Renaissance?

Sí. Sin embargo, puede elegir cualquier dentista contratado para la atención dental primaria de su hijo. **Si su hijo acude a un dentista que no esté contratado, usted tendrá que pagar el tratamiento, a menos que se trate de una emergencia.** Si necesita ayuda para encontrar un dentista, use la herramienta Find a Dentist (Buscar un dentista) en www.renmemberportal.com/mp/rengp o llame al 866-864-2526.

¿Una clínica puede ser el consultorio dental asignado de mi hijo (clínica rural, centro de salud calificado a nivel federal o clínica dental del departamento de salud del condado)?

Sí, un centro de salud calificado a nivel federal, una clínica rural o una clínica dental del departamento de salud del condado pueden ser el consultorio dental asignado si usted lo elige y tiene contrato con Renaissance.

¿Cuántas veces puedo cambiar el consultorio dental asignado de mi hijo?

Puede cambiar su consultorio dental asignado cuando necesite encontrar la opción adecuada.

Si cambio el consultorio dental asignado de mi hijo, ¿cuándo puede empezar a recibir servicios con ese proveedor?

Podrá atenderse con el nuevo proveedor a partir del mes siguiente a su solicitud de cambio. En algunos casos, según el motivo, podemos cambiar el dentista de su hijo de inmediato.

¿Hay alguna razón por la que puedan rechazar la solicitud de cambio de consultorio dental asignado?

Podríamos rechazar su solicitud por alguno de los siguientes motivos:

- El consultorio dental asignado al que quiere cambiar no acepta pacientes nuevos
- El consultorio dental asignado al que quiere cambiar no brinda los servicios dentales que necesita

¿Un consultorio dental asignado puede solicitar trasladarlo a otro consultorio?

Se lo podría trasladar de un consultorio dental asignado a otro por cualquiera de los siguientes motivos:

- Si usted o su hijo no siguen las indicaciones del dentista.
- Si usted o su hijo a menudo son ruidosos o alteran el orden en la sala de espera o en el área de tratamiento del dentista.
- Si la relación con el consultorio dental asignado no resulta conveniente para usted o para el dentista.

¿Qué sucede si se encuentra fuera de la ciudad y le corresponde una revisión dental de CoverKids?

Las consultas por servicios de CoverKids recibidas fuera de la ciudad pero dentro del estado de Tennessee estarán cubiertas siempre que los servicios se reciban de un proveedor de Renaissance.

¿Qué sucede si necesita atención dental de rutina o servicios dentales de emergencia cuando se encuentra fuera de la ciudad o fuera de Tennessee?

Si necesita atención dental de rutina mientras viaja, puede usar la herramienta Find a Dentist (Buscar un dentista) del portal para miembros en www.renmemberportal.com/mp/rengp. Si necesita ayuda para encontrar un dentista, llámenos al 866-864-2526.

Si necesita servicios dentales de emergencia mientras viaja, acuda al consultorio dental o al departamento de emergencias de un hospital más cercano y, luego, llámenos a nosotros o al plan médico de su hijo.

¿Qué sucede si necesita servicios dentales cuando se encuentra fuera del país?

Los servicios dentales prestados fuera del país no están cubiertos por CoverKids.

Resumen de beneficios dentales de su hijo

Los miembros de CoverKids tienen beneficios dentales para servicios dentales médicamente necesarios hasta los 18 años.

Si tiene preguntas, visite nuestro portal para miembros en www.renmemberportal.com/mp/rengp o llámenos al 866-864-2526.

Algunos de estos beneficios pueden incluir:

- Evaluaciones de la salud bucal: el dentista preguntará sobre los hábitos de cepillado, el uso de hilo dental y la alimentación
- Exámenes de los dientes y la cavidad bucal: el dentista examinará toda la boca para comprobar la salud de los dientes y las encías
- Flúor tópico: el dentista aplicará flúor, que es un mineral, en los dientes para ayudar a prevenir caries
- Aplicación de selladores dentales: el dentista colocará una capa delgada en los surcos de los dientes posteriores para protegerlos
- Servicios de profilaxis dental: el dentista realizará una limpieza profunda de los dientes
- Servicios de diagnóstico: el dentista usará radiografías junto con el examen para determinar qué tratamiento dental se necesita
- Servicios restauradores: el dentista podría necesitar hacer un empaste o colocar una corona para reparar un diente
- Servicios de ortodoncia: el dentista podría remitirlo a un ortodoncista para usar aparatos si reúne los requisitos según CoverKids
- Servicios de endodoncia: el dentista podría trabajar en el interior del diente, como un tratamiento de conducto
- Cirugía bucal: el dentista podría necesitar realizar una cirugía en la boca o la mandíbula de su hijo, como extraer muelas de juicio
- Servicios de periodoncia: el dentista podría necesitar tratar una enfermedad de las encías, como hacer una limpieza profunda
- Servicios de patología bucal: el dentista podría extraer tejido y enviarlo a un laboratorio para determinar si hay una infección o incluso cáncer
- Servicios de anestesia: el dentista podría administrar un medicamento para evitar que su hijo sienta dolor durante una cirugía u otro tratamiento

Servicios de ortodoncia

Los aparatos dentales están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios antes de colocarlos. Esto incluye el caso de un niño con una maloclusión incapacitante. Eso significa que los dientes de su hijo le provocan una deficiencia nutricional, un trastorno del habla o lesiones en el tejido blando de la boca debido a una sobremordida. Cualquiera de estas afecciones debe estar documentada y tratada por el médico de su hijo y/o el patólogo del habla y/o el ortodoncista antes de que puedan solicitar la aprobación para servicios de ortodoncia, como los aparatos. Si tiene preguntas sobre los beneficios de ortodoncia, llámenos al 866-864-2526.

¿Qué servicios NO están cubiertos?

- Servicios que no sean médicamente necesarios para la salud dental de su hijo
- Servicios como el blanqueamiento dental u otra atención dental estética

- Procedimientos experimentales o de investigación
- Servicios que sean elegibles para reembolso por otro seguro o que estén cubiertos por otro plan de seguro o de servicios de salud
- Servicios que puedan estar limitados por frecuencia u otras limitaciones y exclusiones de beneficios Si tiene preguntas, visite nuestro portal para miembros en www.renmemberportal.com/mp/rengp o llámenos al 866-864-2526.

Cómo recibir atención de emergencia

¿CoverKids cubre los servicios dentales de emergencia?

CoverKids cubre los servicios dentales de emergencia.

¿Qué es una emergencia dental?

Una emergencia dental es un servicio necesario para controlar una hemorragia, aliviar el dolor, eliminar una infección aguda, evitar la pérdida de dientes y tratar lesiones. Si su hijo tiene una emergencia dental, llame a su consultorio dental asignado y consulte qué debe hacer. El dentista podría tener un número de teléfono diferente para llamadas fuera del horario habitual.

Usted y su hijo tienen derecho a acudir a cualquier proveedor, hospital u otro lugar para recibir servicios dentales de emergencia. CoverKids también cubre los servicios dentales recibidos en un hospital. Esto incluye los servicios que brinda el médico y otros servicios que puedan ser necesarios, como la anestesia. Tiene los mismos beneficios y cobertura para los servicios de emergencia que para los servicios de rutina.

Si su hijo participa en un plan de salud médico, ese plan podría pagar estos servicios.

Algunos ejemplos de emergencias que pueden encontrarse cubiertas:

- Luxación de mandíbula
- Daño traumático a los dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o gingival
- Sangrado inusual después de la extracción de un diente u otro procedimiento de cirugía oral
- Tratamientos y dispositivos para la corrección de anomalías craneofaciales
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

Cómo recibir servicios cubiertos

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

No se necesita una remisión para los servicios brindados por dentistas que tienen un contrato con Renaissance. Algunos servicios dentales realizados por un especialista dental pueden requerir una remisión, incluidos los servicios de ortodoncia, cirugía oral y otros.

¿Qué sucede si necesita consultar a un especialista dental?

El dentista le informará si su hijo necesita consultar a un especialista.

Puede usar el portal para miembros en www.renmemberportal.com/mp/rengp o llamarnos al 866-864-2526 si necesita ayuda para encontrar un dentista especialista que tenga un contrato con nosotros.

No se necesita otra remisión para continuar el tratamiento con un especialista dental por el mismo problema. También puede solicitar una segunda opinión a otro dentista contratado. Llámenos si necesita una segunda opinión.

Si no hay dentistas ni especialistas en nuestra red de proveedores que puedan brindarle la atención necesaria o una segunda opinión, gestionaremos la atención con un dentista o especialista que no pertenezca a nuestro plan. Esto se llama remisión fuera de la red. Debe obtener la aprobación de nuestra parte antes de que sea atendido por un proveedor fuera de la red. Solo cubriremos los servicios de un proveedor dental fuera de la red si su hijo tiene la aprobación antes de la cita. Es posible que tenga que pagar cualquier servicio fuera de la red que no hayamos aprobado.

¿Qué es la autorización previa (PA)?

Algunos servicios dentales deben aprobarse (con autorización previa) antes de acudir al dentista. Si necesita un servicio que requiere PA, el dentista debe completar un formulario de solicitud de autorización previa y enviárnoslo. Debemos aprobar la solicitud de PA antes de que pueda recibir la atención. Si no aprobamos el servicio, informaremos al dentista y le enviaremos una notificación por escrito con la decisión. **No se requiere autorización previa para los servicios dentales de emergencia.**

CoverKids solo cubre los servicios que sean médicamente necesarios. Si ya no es elegible para recibir los beneficios dentales de CoverKids, el proveedor le pedirá que firme una exención. La exención significa que usted será responsable de pagarle al proveedor los servicios que reciba.

Si su hijo ya no está cubierto por los beneficios de CoverKids, todas las autorizaciones previas quedan sin efecto. Usted será responsable de pagar todos los servicios que reciba si la cobertura de CoverKids de su hijo ha finalizado o venció.

¿Qué significa “médicamente necesario”?

Para obtener más información, consulte la Regla de Necesidad Médica de TennCare. Se encuentra en el sitio web de TennCare: <https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-16.20111128.pdf>.

¿Cómo obtengo los medicamentos que el dentista le recetó (recetas)?

Lleve la receta que le entregó el dentista y la tarjeta de identificación del plan de salud a la farmacia más cercana.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener los medicamentos que el dentista recetó (recetas)?

Llame a su plan de salud o comuníquese con el Programa de Farmacia de TennCare al 888-816-1680.

¿Qué hago si recibo una factura del dentista de mi hijo? ¿A quién llamo?

Si recibe una factura del dentista, llámenos al 866-864-2526. Tenga a mano la tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo y la factura del dentista cuando llame.

¿Cuál es el copago de mi hijo?

Un copago es la parte de la factura que usted paga cada vez que recibe servicios dentales. Es un cargo fijo. Para conocer cuál es su copago, llámenos al 866-864-2526.

No hay copagos para los servicios preventivos. Si desea saber si un servicio se considera preventivo, llámenos o visite el portal del sitio web en www.renmemberportal.com/mp/rengp.

Si un servicio tiene copago y hay más de una cita, usted pagará el copago en cada cita. Por ejemplo, si le realizan un empaste el lunes y otro distinto el martes, pagará el copago en cada cita.

¿Cuáles son mis gastos máximos de bolsillo?

Las familias no están obligadas a pagar más del cinco por ciento (5 %) de sus ingresos familiares anuales en gastos de bolsillo. Si ya pagó copagos hasta alcanzar el máximo, no tendrá más copagos hasta el próximo año calendario. Renaissance le enviará una carta sobre gastos máximos de bolsillo cuando alcance el cinco por ciento anual de participación en los costos. Para saber si alcanzó su máximo de gastos de bolsillo, llámenos al 866-864-2526.

Ir al dentista

Qué debe llevar a la cita de su hijo

¿Qué debo llevar a la cita con el dentista?

Lleve la tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo. No enviamos tarjetas de identificación separadas para la atención dental de su hijo. Si su hijo tiene otra cobertura de seguro dental, lleve esa información para mostrársela al dentista.

¿Qué hago si necesito cancelar la visita dental?

Si no puede asistir a la cita, llame al consultorio del dentista al menos 24 horas antes para cancelarla.

Cómo solicitar un intérprete

¿Alguien puede interpretarme cuando hable con el dentista de mi hijo?

Puede buscar un dentista que hable su idioma usando la herramienta Find a Dentist (Buscar un dentista) en www.renmemberportal.com/mp/rengp. El personal de nuestro centro de llamadas para miembros también puede ayudarlo a encontrar un dentista que hable su idioma. No tiene la necesidad de recurrir a familiares o amigos como intérpretes. También puede llamarnos al 866-864-2526 para obtener ayuda con la interpretación en su idioma.

¿A quién llamo para solicitar un intérprete?

Llámenos si no encuentra un dentista que hable su idioma. Llámenos si necesita ayuda para programar una cita o si necesita un intérprete para la cita dental de su hijo. También puede pedir que un intérprete le explique información dental. Estos servicios son gratuitos.

¿Debo llamar con anticipación?

Sí. En la mayoría de los casos, necesitamos al menos 48 horas de aviso. Llámenos al 866-864-2526 tan pronto como haya programado la cita con el dentista.

Llámenos al 866-864-2526 si necesita un intérprete durante la cita. Haremos lo siguiente:

- Le preguntaremos qué idioma habla.
- Le pediremos la información del dentista.
- Programaremos un intérprete virtual para su cita, quien se sumará mediante videollamada.
- Lo llamaremos para confirmar que se haya programado el intérprete.

Cómo obtener ayuda cuando el consultorio está cerrado

¿Cómo recibirá atención dental mi hijo cuando el consultorio del dentista se encuentre cerrado?

Si necesita atención dental cuando el consultorio está cerrado y no se trata de una emergencia, puede llamar al dentista y dejar un mensaje en el servicio de contestador o en el buzón de voz. El personal del dentista lo llamará cuando el consultorio vuelva a abrir.

Salud bucal infantil

¿Cómo puede mi hijo aprovechar al máximo los beneficios?

Puede aprovechar al máximo su cobertura dental si sigue estas recomendaciones:

- Consulte únicamente a dentistas que tengan un contrato con nosotros y que figuren en la herramienta Find a Dentist (Buscar un dentista).
- Visite al dentista con regularidad para revisiones.
- Siga las indicaciones del dentista sobre el cepillado y el uso de hilo dental.
- Solicite tratamiento antes de que tenga dolor de muelas u otro problema.
- Asista a todas las citas con el dentista.

El cuidado de los dientes comienza desde el nacimiento. Se le deben limpiar las encías dos veces al día. Use una gasa húmeda o un paño limpio y húmedo. Limpie suavemente todas las superficies de las encías. La primera visita dental debe realizarse dentro de los seis meses después de que aparezca el primer diente y no más tarde del primer cumpleaños.

Cuando ya tenga dientes, empiece a usar un cepillo de dientes infantil suave y una pequeña cantidad de pasta dental con flúor (del tamaño de un grano de arroz). No se preocupe si no puede escupir la pasta dental. La pasta dental que queda en la boca ayuda a proteger los dientes.

Una visita al dentista puede evitar caries, enfermedad de las encías y otros problemas. Después de la primera cita, debe ver al dentista cada seis meses o antes si tiene problemas dentales. Las visitas dentales regulares pueden prevenir problemas importantes que le hagan faltar a la escuela y a usted al trabajo. Asegúrese de programar la siguiente cita dental antes de salir del consultorio del dentista.

Mantenga sus dientes sanos con estas recomendaciones:

- Cepíllese dos veces al día.
- Use hilo dental todos los días.
- No comparta cepillos de dientes.
- Cambie los cepillos de dientes cada tres o cuatro meses.
- Guarde los cepillos con las cerdas hacia arriba.
- No cubra los cepillos de dientes. Deben secarse al aire.
- Nunca se debe hacer que un niño se duerma luego de tomar jugo o leche. Eso puede dañar los dientes.
- Solo se debe dar agua después del cepillado nocturno.
- Limpie los biberones, los vasos con boquilla, los chupetes y los juguetes de dentición con agua y jabón.
- Hable con el dentista si usa chupete o si se chupa los dedos o el pulgar.
- Debe tomar agua con flúor y usar pasta dental con flúor.
- Siga una alimentación equilibrada y evite los alimentos y las bebidas azucaradas.

Derechos y responsabilidades del miembro

Derechos del miembro

Como miembro, su hijo tiene derechos y responsabilidades. Nuestro personal respetará sus derechos. No lo discriminaremos por ejercer sus derechos.

1. Ser tratado con respeto y dignidad. Tiene derecho a la privacidad y a que su información dental y financiera se procese de forma confidencial.
2. Solicitar y recibir información sobre Renaissance, sus políticas, sus servicios, sus proveedores, y los derechos y deberes de los miembros.
3. Solicitar y recibir información sobre el modo en que Renaissance paga a sus proveedores, incluidos incentivos por costo o calidad.

4. Solicitar y recibir información sobre sus registros dentales, médicos y de seguro, según lo establecen las leyes federales y estatales. Puede ver sus registros dentales, médicos y de seguro, obtener copias y solicitar que se corrijan si contienen errores.
5. Recibir servicios sin ser tratado de forma diferente a raíz de su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otras categorías protegidas por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a presentar o enviar una queja por escrito si considera que ha sido objeto de discriminación. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin temor a un trato inadecuado por parte de Renaissance, los proveedores o TennCare. Puede presentar una queja en su nombre y conocer más sobre sus derechos en el sitio de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare en <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.
6. Recibir atención sin temor a que se utilice como castigo, intimidación, conveniencia o venganza medidas como sujeciones físicas o aislamientos.
7. Presentar apelaciones o quejas sobre Renaissance o su atención.
8. Hacer sugerencias sobre sus derechos y responsabilidades o sobre el funcionamiento de Renaissance.
9. Elegir un proveedor que tenga un contrato con Renaissance. Puede rechazar la atención para su hijo que provenga de determinados proveedores.
10. Recibir atención de emergencia para su hijo las 24 horas del día, los siete días de la semana.
11. Recibir información de su dentista, de forma clara y comprensible, sobre la atención y todas las opciones de tratamiento que podrían funcionar para su hijo, sin importar el costo o si están cubiertas.
12. Participar en las decisiones sobre su atención dental.
13. Solicitar a TennCare y a Renaissance que revisen cualquier error que considere que han cometido.
14. Solicitar información sobre cómo ingresar a CoverKids, mantener CoverKids o sobre la atención médica.
15. Dar por terminada su cobertura de TennCare en cualquier momento.
16. Ejercer cualquiera de estos derechos sin que cambie la forma en que Renaissance o sus proveedores lo traten.

Responsabilidades del miembro

Su hijo y Renaissance tienen el mismo interés en mejorar su salud dental. Usted y su hijo pueden ayudar si aceptan las siguientes responsabilidades.

1. Debe informar a TennCare si cambia de dirección o de número de teléfono. Si no informa un cambio de dirección o número de teléfono, podría dejar de recibir información importante sobre la elegibilidad o los beneficios de su hijo.
2. Debe intentar mantener hábitos saludables que incluyan actividad física, no consumir tabaco y tener una alimentación sana.
3. Usted y su hijo deben participar en las decisiones del dentista sobre los tratamientos.
4. Usted y su hijo deben colaborar con los dentistas y otros proveedores de Renaissance para elegir tratamientos en los que todos estén de acuerdo.
5. Si tiene un desacuerdo con Renaissance, usted y su hijo deben intentar resolverlo primero mediante el proceso de quejas de Renaissance.
6. Usted y su hijo deben obtener información sobre los aspectos que Renaissance cubre y no cubre. Debe leer el manual para miembros para entender cómo se aplican las reglas.
7. Si programa una cita para su hijo, debe intentar llegar al consultorio del dentista a la hora acordada. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
8. Usted y su hijo deben informar cualquier uso indebido por parte de proveedores dentales o médicos, otros miembros, Renaissance u otros planes dentales o médicos.

Hablar sobre sus necesidades y deseos de atención médica

Testamento vital o plan de atención anticipada

Cuando una persona está muy enferma, podría morir si no recibe medicamentos o no está conectada a máquinas que la mantengan con vida.

Según la Ley de Derecho a una Muerte Natural de Tennessee, usted tiene derecho a decidir si quiere que lo mantengan con vida mediante estas máquinas y medicamentos, y durante cuánto tiempo. Puede dejar indicada su decisión mediante un "testamento vital".

Debe completar el testamento vital mientras todavía puede decidir por usted mismo. El testamento vital debe firmarse delante de dos personas.

Estas personas no pueden ser:

1. Familiares por sangre o matrimonio
2. Personas que tengan derecho a recibir sus bienes después de su muerte
3. Su médico ni empleados del consultorio donde se atiende como paciente

Debe hacer tres copias de su testamento vital. Deben quedar:

1. En poder de su médico de atención primaria (PCP).
2. En poder de una persona de confianza que tome decisiones médicas por usted.
3. Guardadas junto con los demás documentos importantes.

Una vez que firme el testamento vital, seguirá vigente aunque usted no pueda hablar. Si desea modificarlo, puede hacerlo en cualquier momento mientras todavía pueda expresar su voluntad. Puede encontrar información sobre el testamento vital en el manual para miembros de su plan de salud.

IMPORTANTE: No está obligado a completar estos documentos. Es su decisión. Puede hablar con un abogado o con una persona de confianza antes de completarlos.

Poder notarial duradero para atención médica de Tennessee o designación de representante para atención médica

El documento de poder notarial duradero para atención médica le permite designar a otra persona para que tome decisiones médicas en su lugar. En 2004, la ley de Tennessee cambió el nombre de este documento a "designación de representante para atención médica"; ambos nombres son válidos.

Esta persona solo podrá tomar decisiones en su nombre si usted está demasiado enfermo para hacerlo. Podrá hablar en su nombre si usted no puede hablar. Su enfermedad podría ser temporal. Estos documentos deben firmarse y contar con testigos o certificación notarial. Una vez firmados por todas las partes, quedan vigentes. Quedarán así hasta que usted decida cambiarlos.

Estos documentos solo se usarán si usted está demasiado enfermo para expresar su voluntad. Si todavía puede decidir por usted mismo, seguirá tomando las decisiones sobre su atención médica.

Si completa estos documentos, realice tres copias:

- Entregue una copia a su médico de atención primaria para que la guarde en su historia clínica.
- Entregue una copia a la persona que tomará decisiones médicas o dentales por usted.
- Guarde una copia con los documentos importantes.

IMPORTANTE: No está obligado a completar estos documentos. Es su decisión. Puede hablar con un abogado o con una persona de confianza antes de completarlos.

Apelaciones de CoverKids

Una apelación es una forma de asegurarse de que las decisiones de CoverKids se basen en información correcta. Cuando presenta una apelación, está pidiendo la oportunidad de explicarle a un juez cuál cree que fue el error que cometió CoverKids. Esto se llama **audiencia imparcial**.

Su derecho a apelar y su derecho a una audiencia imparcial se explican con más detalle en la sección "¿Qué más necesita CoverKids para procesar su apelación?" en la página 17 de este manual.

Existen dos tipos de apelaciones: apelaciones por servicios dentales y apelaciones por elegibilidad. Una apelación por servicios dentales es la acción que puede emprender si no está de acuerdo con una decisión de cobertura dental tomada por CoverKids o por Renaissance. Una apelación por elegibilidad es la acción que puede tomar si no logra obtener o mantener CoverKids para su hijo.

Apelaciones por servicios dentales

Las apelaciones por servicios dentales son para quienes tienen CoverKids. Corresponden a situaciones en las que el plan dental de su hijo no aprueba un servicio que el dentista considera necesario. Las apelaciones por servicios dentales se presentan ante el área de Apelaciones Médicas para Miembros. En la página 16, se explica con más detalle cómo presentar una apelación por servicios dentales.

Renaissance le enviará una carta si se rechaza la solicitud del dentista para que su hijo reciba un servicio dental. Renaissance también enviará una carta si intentamos suspender o reducir un servicio que ya reciba. En la carta, se le indicará cómo puede apelar.

Siempre que necesite un servicio que Renaissance haya denegado, tiene derecho a solicitar una apelación a CoverKids. Si tiene problemas para obtener atención dental, **llámenos primero al 866-864-2526**.

Si **aun así** no obtiene la atención que necesita, puede presentar una apelación dental llamando a **Apelaciones Médicas para Miembros al 800-878-3192**.

Dispone de 60 días desde que se entera del problema para apelar. Por lo tanto, si recibe una carta de denegación de Renaissance, tiene 60 días desde la fecha de la carta para presentar la apelación.

- Para atención dental que aún necesita, dispone de **60 días desde que** CoverKids o Renaissance le informen que no pagarán ese servicio.
- Para facturas dentales que considere que CoverKids debería cubrir, dispone de **60 días** desde que reciba la primera factura.
- En el caso de la atención que pagó por su cuenta, tiene **60 días** desde la fecha en que realizó el pago.

¿Cree que su hijo tiene una emergencia?

Por lo general, su apelación se resuelve dentro de los **90 días** posteriores a la presentación. Sin embargo, si se trata de una emergencia y el plan dental confirma que lo es, recibirá una apelación **acelerada**. Una apelación acelerada se resuelve en aproximadamente una semana. Podría demorar unos días adicionales si el plan dental necesita más tiempo para obtener los registros dentales.

Se considera una emergencia cuando esperar 90 días por una decisión podría poner en riesgo la vida o la salud física o mental de su hijo.

Si ese es el caso, puede solicitar a CoverKids una apelación acelerada. El **dentista** también puede solicitar este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que usted le otorgue **su autorización por escrito. Escriba en una hoja el nombre de su hijo, su fecha de nacimiento, el nombre del dentista y su autorización para que el dentista presente la apelación por usted. Incluya su firma o la firma de su representante autorizado.** Luego, envíela por fax o por correo a Apelaciones Médicas para Miembros (consulte **a continuación**).

¿Qué sucede si no envía su autorización a CoverKids y el dentista presenta una solicitud de apelación acelerada? CoverKids le enviará una hoja para completar, firmar y entregar.

Si ese es el caso, puede solicitar a CoverKids una apelación acelerada. El **dentista** también puede solicitar este tipo de apelación en su nombre. Pero la ley exige que usted le otorgue **su autorización por escrito. Escriba en una hoja el nombre de su hijo, su fecha de nacimiento, el nombre del dentista y su autorización para que el dentista presente la apelación por usted. Incluya su firma o la firma de su representante autorizado.** Luego, envíela por fax o por correo a Apelaciones Médicas para Miembros (consulte **a continuación**).

Luego, CoverKids y el plan dental evaluarán la apelación y decidirán si debe acelerarse. **Si corresponde**, recibirá una decisión en aproximadamente una semana. Recuerde que podría demorar unos días más si el plan dental necesita más tiempo para obtener los registros dentales. Si el plan dental determina que la apelación no debe acelerarse, la decisión se tomará dentro de los 90 días desde la fecha en que usted presentó la apelación.

Cómo presentar una apelación por servicios dentales

POR TELÉFONO: Puede llamar sin cargo al área de Apelaciones Médicas para Miembros al 800-878-3192. Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora central.

POR CORREO: Puede enviar una página de apelación o una carta con su reclamo a:

Medical Member Appeals P.O. Box
000593
Nashville, TN 37202-0593

Si desea imprimir una página de apelación desde Internet, ingrese a:

<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf>.

Si lo autoriza, otra persona, como un amigo, o el dentista puede completar la página por usted.

Si necesita otra página de apelación o desea que CoverKids se la envíe, llame a **Apelaciones Médicas para Miembros al 800-878-3192**. También puede escribir la apelación en una hoja común. Guarde una copia de la apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a CoverKids.

POR FAX: Puede enviar su página de apelación o carta por fax sin cargo al 888-345-5575. Conserve la hoja que confirma que el fax se envió correctamente.

Información que CoverKids necesita para cualquier apelación dental:

1. **Nombre de su hijo** (el nombre de la persona que desea presentar una apelación respecto de la atención dental).

2. **Número de Seguro Social (SSN) de su hijo.** Si no tiene número de Seguro Social, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, el día y el año.
3. **Dirección** donde recibe la correspondencia de su hijo.
4. **Nombre** de la persona con quien CoverKids debe comunicarse si tiene preguntas sobre la apelación (puede ser usted u otra persona).
5. **Número de teléfono disponible durante el día** de esa persona (puede ser su número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).
6. **Servicios** por los cuales presenta la apelación.

¿Qué más necesita CoverKids para procesar su apelación?

Para tener derecho a una audiencia imparcial por un problema de atención dental, **debe cumplir con estos dos pasos:**

- Brindar a CoverKids **los datos** necesarios para procesar la apelación.
- Explicar con claridad cuál cree que fue el **error** cometido por CoverKids. Ese error debe ser algo que, si usted tiene razón, implique que CoverKids debe pagar la atención dental.

Según el motivo por el cual presenta la apelación dental, hay otros datos que debe informar a CoverKids.

¿Presenta una apelación por atención dental que su hijo aún necesita? Debe informar a CoverKids:

- El tipo de atención dental por la cual está apelando.
- Y el motivo por el cual desea apelar. Explique el problema a CoverKids con el mayor detalle posible. Asegúrese de señalar cuál cree que fue el error cometido por CoverKids. Envíe copias de cualquier documento que pueda ayudar a CoverKids a comprender el problema.

¿Está apelando por **atención dental que su hijo ya recibió** y por la cual considera que CoverKids debe pagar? Debe informar a CoverKids:

- La **fecha** en que recibió la atención dental por la cual solicita el pago a CoverKids.
- El nombre del **dentista** o del **otro lugar** donde recibió la atención. (Si lo tiene, incluya también la **dirección** y el **número de teléfono** del **dentista** o del **otro lugar** donde se brindó la atención dental).
- Si usted pagó la atención dental, debe entregar también a CoverKids una **copia del recibo** que demuestre el pago.

El recibo debe indicar:

- El **tipo de atención dental** recibida por la cual solicita el pago a CoverKids.
- El nombre de la **persona** que recibió la atención dental.
- El nombre del **dentista** o del **otro lugar** donde se brindó la atención.
- La **fecha** en que se brindó la atención.
- El **monto** que pagó por la atención.
- Si recibe una **factura por esa atención dental**, debe entregar a CoverKids una copia de la factura.

La factura debe indicar:

- El **tipo de atención dental** que se está cobrando.
- El nombre de la **persona** que recibió la atención.
- El nombre del **dentista o del otro lugar** donde se brindó la atención dental.
- La **fecha** en que se brindó la atención dental.
- El **monto** que se está cobrando.

¿Qué hace CoverKids cuando presenta una apelación por un problema de atención dental?

- **Al recibir su apelación, CoverKids le enviará una carta para confirmar que la recibió.**
Si indicó que se trata de una emergencia y solicitó una apelación acelerada, en la carta se indicará si corresponde otorgarla.
- **Si CoverKids necesita más información para procesar la apelación, recibirá una carta en la que se indicará qué datos faltan.** Debe entregar a CoverKids toda la información solicitada lo antes posible. Si no lo hace, la apelación podría finalizar.
- **CoverKids debe tomar una decisión sobre una apelación regular en un plazo de 90 días.** Si se trata de una apelación de emergencia, intentarán tomar una decisión en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener los registros dentales de su hijo).
- **Para resolver su apelación, puede ser necesaria una audiencia imparcial.** Para tener derecho a esa audiencia, debe afirmar que CoverKids cometió un error que, si usted tiene razón, supone que su hijo recibirá la atención dental o el servicio que está solicitando. **No** es probable que reciba una audiencia imparcial si solicita atención o servicios que no estén cubiertos por CoverKids. Una audiencia imparcial le permite explicarle a un juez cuál cree que fue el error cometido por CoverKids. Si CoverKids determina que corresponde una audiencia imparcial, recibirá una carta en la que se indique la fecha de la audiencia.

¿Qué sucede en una audiencia imparcial por un problema de atención dental?

- **La audiencia** puede realizarse por teléfono o de forma presencial. Las distintas personas que pueden participar en la audiencia incluyen:
 - Un juez administrativo
 - Un abogado de CoverKids
 - Un testigo de CoverKids (como un dentista)
- Usted puede hablar en su propio nombre. También puede llevar a otra persona para que hable por usted, como un amigo o un abogado. Puede solicitar que el proveedor dental testifique a su favor.
- **Durante la audiencia,** podrá explicarle al juez cuál cree que fue el error cometido por CoverKids. Puede presentar información y pruebas sobre la salud y la atención dental de su hijo. El juez escuchará la posición de cada parte.
- **Una vez finalizada la audiencia,** recibirá una carta con la respuesta del juez. ¿Qué sucede si el juez decide que usted ganó la apelación? CoverKids debe confirmar que la decisión es correcta según los hechos del caso. La ley federal establece que la **decisión del juez no es definitiva hasta que CoverKids la apruebe.** Si CoverKids revierte la decisión del juez, debe informarle por escrito el motivo. En la carta se indicará qué puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de CoverKids.

Recuerde que puede obtener más información sobre el derecho a una audiencia imparcial en la sección "¿Qué más necesita CoverKids para procesar su apelación?", en la página 17 de este manual.

Apelaciones por elegibilidad: cómo obtener o mantener CoverKids y resolver otros problemas relacionados

Una apelación sobre un problema *distinto de la atención dental* se llama **apelación por elegibilidad**. Estas apelaciones se presentan ante TennCare Connect y, luego, pasan al área de Apelaciones por Elegibilidad de TennCare.

La apelación por elegibilidad se emplea para problemas como los siguientes:

- Recibe una carta donde se indica que la cobertura de CoverKids de su hijo terminará.
- O bien, la cobertura de CoverKids terminó, pero no recibió la carta porque su hijo se mudó.

- O bien, considera que los copagos de CoverKids no son correctos.
- O bien, cree que CoverKids otorgó un paquete de beneficios equivocado.

Si tiene un problema como alguno de los mencionados, llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Verificarán si hubo algún error. Si confirman que tiene razón, corregirán el problema. Pero si le dicen que no y usted sigue pensando que hubo un error en su caso, **puede apelar**.

Cómo presentar una apelación por elegibilidad

POR INTERNET: Puede presentar la apelación desde su cuenta en TennCare Connect.

Ingrese en <https://tenncareconnect.tn.gov/>.

POR CORREO: Puede presentar la apelación **por escrito**. Puede escribir la apelación en una hoja común.

Luego, envíe la carta con el reclamo a:

Eligibility Appeals
P.O. Box 23650
Nashville, TN 37202-3650

Puede obtener una página de apelación en nuestro sitio web. Ingrese en la página How to File an Eligibility Appeal (Cómo presentar una apelación por elegibilidad) en <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html> y haga clic en el formulario de elegibilidad en inglés o en español. Guarde una copia de la apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare Connect.

POR FAX: Puede enviar su página de apelación o la carta por fax sin cargo al 1-844-202-5618. Conserve la hoja que confirma que el fax se envió correctamente.

Para presentar una apelación por elegibilidad por escrito, debe incluir:

- **Nombre completo** de su hijo (nombre, inicial del segundo nombre y apellido).
- Número de **Seguro Social** de su hijo, si lo tiene.
- **Nombres de otras personas que viven con usted** y que tengan el mismo problema.
- **Número de teléfono disponible durante el día**, junto con el horario más conveniente para llamar.
- El **error específico** que considera que se cometió. Explique el problema con el mayor detalle posible.
- Envíe **copias** de cualquier documento que explique por qué cree que se cometió ese error.

Guarde una copia de la apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare.

Quejas (reclamos) por servicio al cliente y calidad de la atención en Renaissance Dental

Queremos que esté satisfecho con los servicios que recibe su hijo de parte de Renaissance y de nuestros proveedores. Si no lo está, puede presentar una queja/un reclamo. Llámenos al 866-864-2526. Las quejas son reclamos que puede presentar cuando no está satisfecho con el plan o con la forma en que un miembro del personal o un proveedor trató a su hijo.

Cómo presentar una queja ante Renaissance

Queremos saber qué está mal para mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor o sobre la calidad de la atención o de los servicios recibidos por su hijo, puede comunicarse de inmediato al 866-864-2526. Si no está satisfecho con nosotros o con el dentista, puede presentar una

queja en cualquier momento. Renaissance cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos lo posible por responder sus preguntas o colaborar para resolver el problema. Presentar una queja no afectará los servicios de atención médica de su hijo ni sus beneficios. Estos son ejemplos de situaciones en las que podría presentar una queja:

- Un proveedor o un miembro del personal de Renaissance no respetó los derechos de su hijo.
- Tuvo dificultades para obtener una cita con el proveedor en un plazo adecuado.
- No quedó satisfecho con la calidad de la atención o del tratamiento recibido.
- Un proveedor o un miembro del personal de Renaissance lo trató de forma grosera.
- Un proveedor o un miembro del personal de Renaissance no fue sensible ante sus necesidades culturales u otras necesidades especiales.

Puede presentar su queja por teléfono llamando al 866-864-2526. También puede presentarla por escrito enviándola por correo a:

Renaissance
PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505

En la carta de queja, debe brindar la mayor cantidad de información posible. Por ejemplo, indique la fecha y el lugar del incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo sucedido. Asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de miembro de su hijo. Puede solicitar ayuda para presentar la queja llamando al 866-864-2526. Le informaremos cuando hayamos recibido la queja. Es posible que nos comuniquemos para solicitar más información.

En cualquier momento del proceso de queja, puede designar a alguien para que lo represente o actúe en su nombre. Esa persona será su representante. Si decide tener un representante, debe informar a Renaissance por escrito en la dirección indicada. Incluya el nombre y la información de contacto del representante. Su queja se resolverá dentro de los 90 días calendario desde su presentación. Recibirá una carta con nuestra decisión.

[¿Puede alguien de Renaissance ayudarme a presentar una queja/un reclamo?](#)

Puede llamar al 866-864-2526 para recibir asistencia. Indique que desea presentar una queja. Responderemos sus preguntas.

Una vez que reciba el formulario del centro de llamadas para miembros, complete el formulario y envíelo por correo a:

Renaissance
PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505

[**Proceso para quejas por derechos civiles o discriminación**](#)

[¿Qué debo hacer si tengo una queja por derechos civiles o discriminación? ¿A quién llamo?](#)

Si considera que Renaissance, un proveedor o TennCare no brindó los servicios de CoverKids a su hijo o lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de

TennCare (OCRC) por correo electrónico en HCFA.fairtreatment@tn.gov, por correo postal en 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, a través del sitio web de OCRC en <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html> o llamando al 615-507-6474 (TDD/TTY 711). Si necesita ayuda para presentar una queja por discriminación puede llamar sin cargo a TennCare Connect al 855-259-0701.

Los formularios para quejas por discriminación en inglés, español y árabe, las políticas y más información sobre derechos civiles y asistencia como alimentos u otros recursos se encuentran disponibles en el sitio web de OCRC.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede hacerlo de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina para Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD/TTY)

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

¿Puede alguien de Renaissance ayudarme a presentar una queja por discriminación?

Primero puede llamar a TennCare Connect al 855-259-0701 para recibir ayuda con la presentación de la queja por discriminación. Si ya llamó a TennCare Connect y aún necesita asistencia, puede llamar a OCRC al 615-507-6474. Si no logró comunicarse con TennCare Connect ni con OCRC, puede llamar a Renaissance al 866-864-2526 para recibir ayuda. Indique que desea presentar una queja. Responderemos sus preguntas.

Denunciar fraude, uso indebido o abuso en CoverKids

¿Desea denunciar fraude, uso indebido o abuso en CoverKids?

Puede informarnos si considera que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios está actuando de forma incorrecta. Una acción incorrecta puede ser fraude, uso indebido o abuso, lo cual está prohibido por la ley. Por ejemplo, puede informarnos si considera que alguien:

- Recibe pagos por servicios de CoverKids que no se brindaron o que no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para obtener tratamiento.
- Permite que otra persona use una identificación de CoverKids.
- Usa la identificación de CoverKids de otra persona.
- No informa correctamente la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

Para denunciar fraude, uso indebido o abuso, puede elegir una de las siguientes opciones:

- En caso de sospechas de fraude por parte de un miembro, llame a la Línea Directa de la Oficina del Inspector General (OIG) de Tennessee al 800-433-3982
- En caso de sospechas de fraude por parte de un proveedor, puede llamar a la línea directa de lucha contra el fraude de TennCare al 888-687-9611 o ingresar en <https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html>. Luego haga clic en "How to Report TennCare Provider Fraud" (Cómo denunciar fraude por parte de proveedores de TennCare).
- En caso de sospechas de fraude por parte de un miembro o de un proveedor, también puede llamar a la línea directa de lucha contra el fraude de Renaissance al 800-971-4139 o escribir a:

Renaissance Inquiries
PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505

Al denunciar fraude, uso indebido o abuso, debe reunir la mayor cantidad posible de información.

1. Si la denuncia es sobre un proveedor (médico, dentista, consejero, etc.), incluya:
 - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor.
 - Nombre y dirección del establecimiento (hospital, hogar de ancianos, agencia de atención domiciliaria, etc.).
 - Número de Medicaid del proveedor y del establecimiento, si lo tiene.
 - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
 - Nombres y números de teléfono de otras personas que puedan colaborar en la investigación.
 - Fechas de los hechos.
 - Resumen de lo sucedido.
 - Información del paciente o del reclamo, si corresponde y está disponible.
2. Si la denuncia es sobre una persona que recibe beneficios, incluya:
 - Nombre de la persona.
 - Fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de expediente, si lo tiene.
 - Ciudad donde vive.
 - Detalles específicos sobre el fraude, uso indebido o abuso.

Aviso de no discriminación

La discriminación está prohibida por motivos de raza, color, nacionalidad (incluso por dominio limitado del inglés y lengua principal), edad, discapacidad o sexo. TennCare no excluye personas ni las trata de forma menos favorable (diferente) por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cómo obtener ayuda relacionada con una discapacidad

TennCare ofrece adaptaciones razonables para personas con discapacidad. Se considera adaptación razonable a un pedido adecuado de cambio en una norma, política, práctica o servicio para satisfacer una necesidad vinculada con una discapacidad. TennCare dispone de medios y servicios auxiliares gratuitos para facilitar la comunicación. Estos medios y servicios auxiliares incluyen tipos de ayuda como los siguientes:

- Intérpretes calificados de lengua de señas.
- Información escrita en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, lectura de documentos, Braille u otros formatos.

Ayuda con el idioma

TennCare ofrece ayuda gratuita con el idioma a personas cuya lengua principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados.
- Traducciones, es decir, información escrita en otros idiomas.

A quién contactar

TennCare Connect

¿Necesita ayuda para solicitar o renovar TennCare, necesita medios y servicios auxiliares, o bien ayuda lingüística para comunicarse con TennCare? Puede llamar sin cargo a TennCare Connect al 855-259-0701.

Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare

Adaptaciones razonables

Si su hijo necesita adaptaciones razonables, puede comunicarse con la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare (OCRC).

Queja o reclamo

Si considera que TennCare no brindó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante la OCRC enviando un correo electrónico a HCFA.fairtreatment@tn.gov, por correo postal en 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, a través del sitio web de la OCRC en <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html> o llamando al 615-507-6474 (TRS 711). Si necesita ayuda para presentar una queja, puede llamar sin cargo a TennCare Connect al 855-259-0701.

Más información

Puede encontrar formularios, políticas y más información sobre derechos civiles y asistencia como alimentos u otros recursos en el sitio web de la OCRC: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina para Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Treating Provider's Certificate: Expedited TennCare Appeal

Treating Provider's Certificate: Expedited TennCare Appeal

A typical appeal for a medical service is decided in up to ninety (90) days. However, an expedited appeal, because of a patient's health, must be decided within one week (or up to three weeks if the health plan is given additional time to obtain and review a patient's medical records). An appeal will only be expedited if waiting up to ninety (90) days for a decision, "could seriously jeopardize the enrollee's life, physical health, or mental health or their ability to attain, regain, or maintain full function."

To request an expedited appeal for your patient:

1. Read the statement below. If you agree, indicate your certification and sign and date in the spaces provided.

☐ I certify that I am the treating clinician of the patient named below, and that ***the acute presentation of this medical condition is of sufficient severity that waiting up to ninety (90) days for a decision on an appeal could seriously jeopardize the enrollee's life, physical health, or mental health or their ability to attain, regain, or maintain full function.***

Provider's

Signature: _____ Date: _____

2. Identify the desired service. _____

3. Identify the patient.

(Name)

(SS#) or (date of birth)

4. At your discretion, please attach a narrative and/or medical records that support this request.
5. **Please attach** a copy of your office's **letterhead** so that TennCare has your contact information.
6. Fax this completed form and any accompanying documentation to the **Division of TennCare** at **888-345-5575**. (NOTICE: If your patient has already requested this expedited appeal from TennCare, please submit this certificate and documentation as soon as possible.)



TennCare Discrimination Complaint Form



TennCare Discrimination Complaint Form

Federal and State laws do not allow the TennCare Program to treat you differently because of your race, color, national origin, disability, age, sex, religion, or any other group protected by law. Do you think you have been treated differently for these reasons? Use these pages to report a complaint to TennCare.

The information marked with a star (*) must be answered. If you need more room to tell us what happened, use other sheets of paper and mail them with your complaint.

1.* Write your name, date of birth, email address, phone number, address, and health plan name.

2.* Are you reporting this complaint for someone else?

If yes, who do you think was treated differently because of their race, color, national origin, disability, age, sex, religion, or any other group protected by law? Tell us their name, date of birth, email address, phone number, address, health plan name, and your relationship to this person (spouse, parent, friend):

3.* Which part of the TennCare Program do you think treated you in a different way?

Was it Medical Services, Dental Services, Pharmacy Services, Behavioral Health, Long-Term Services & Supports, Eligibility Services, Appeals, or another area?

4.* How were you treated in a different way?

Was it your Race, National Origin, Color, Sex, Age, Disability, Religion, or another group?

5. What is the best time to talk to you about this complaint?

6.* When did this happen to you?

Do you know the date? When did it start and when was it the last time that it happened?

7. Complaints must be reported by 6 months from the date you think you were treated in a different way.

You may have more than 6 months to report your complaint if there is a good reason (like a death in your family or an illness) why you waited.

8.* What happened?

How and why do you think it happened? Who did it? Do you think anyone else was treated in a different way? You can write on more paper and send it in with these pages if you need more room.

9. Did anyone see you being treated differently?

If yes, tell us their name, address, and phone number.

10. Do you have more information you want to tell us about?

11.* We cannot take a complaint that is not signed.

Please write your name and the date below. Are you the Authorized Representative of the person who thinks they were treated differently? Please sign your name below. As the Authorized Representative, you must have proof that you can act for this person. If the patient is less than 18 years old, a parent or guardian should sign for the minor. Declaration: I agree that the information in this complaint is true and correct and give my OK for TennCare to investigate my complaint.

Are you reporting this complaint for someone else but you are not the person's Authorized Representative? Please sign your name below. The person you are reporting this complaint for must sign above or must tell his/her health plan or TennCare that it is okay for them to sign for him/her. Declaration: I agree that the information in this complaint is true and correct and give my OK for TennCare to contact me about this complaint.

Are you a helper from TennCare or the MCO/Health Plan assisting the member in good faith with the completion of the complaint? If so, please sign below:

It is okay to report a complaint to your MCO/Health Plan or TennCare. Information in this complaint is treated privately. Names or other information about people used in this complaint are shared only when needed. Please mail a signed Agreement to Release Information page with your complaint. If you are filing this complaint on behalf of someone else, have that person sign the Agreement to Release Information page and mail it with this complaint. Keep a copy of everything you send. Please mail or email the completed, signed Complaint and the signed Agreement to Release Information pages to us at:

TennCare, [Office of Civil Rights Compliance](#)
310 Great Circle Road; Floor 3W • Nashville, TN 37243
615-507-6474 or for free at 855-857-1673 (TRS 711)
HCFA.Fairtreatment@tn.gov

You can also call us if you need help with this information.



Agreement to Release Information

To investigate your complaint, TennCare may need to tell other persons or organizations important to this complaint your name or other information about you.

To speed up the investigation of your complaint, read, sign, and mail one copy of this Agreement to Release Information with your complaint. Please keep one copy for yourself.

- I understand that during the investigation of my complaint TennCare may need to share my name, date of birth, claims information, health information, or other information about me to other persons or organizations. And TennCare may need to gather this information about you from persons or organizations. For example, if I report that my doctor treated me in a different way because of my color, TennCare may need to talk to my doctor and gather my medical records.
- You do not have to agree to release your name or other information. It is not always needed to investigate your complaint. If you do not sign the release, we will still try to investigate your complaint. If you don't agree to let us use your name or other details, it may limit or stop the investigation of your complaint. We may have to close your case. Before we close your case because you did not sign the release, we may contact you to find out if you want to sign a release so the investigation can continue.

If you are filing this complaint for someone else, we need that person to sign the Agreement to Release Information. Are you signing this as an Authorized Representative? Then you must also give us a copy of the documents appointing you as the Authorized Representative.

By signing this Agreement to Release Information, I agree that I have read and understand my rights written above. I agree to TennCare sharing my name or other information about me to other persons or organizations important to this complaint during the investigation and outcome.

This Agreement to Release Information is in place until the final outcome of your complaint. You may cancel your agreement at any time by calling or writing to TennCare without canceling your complaint. If you cancel your agreement, information already shared cannot be made unknown. **Please write your name and the date and tell us your address and phone number here:**

Do you need help?

If you speak a language other than English, help in your language is available for free. We have free interpretation and translation services to help you. We have free auxiliary aids and services, like large print, to communicate effectively with you. Call us at **855-259-0701 (TTY: 800-848-0298 or TRS: 711)**.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-259-0701

Arabic: العربية

وظ قحلم: اذا ملكتت ةغللا ربيةعلا ا تم دخ دةعاسملا وى ةغللا رةفوتم كل انج ام. اتصل مقبر: 855-259- 0701

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 855-259-0701

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 855-259-0701

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 855-259-0701 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 855-259-0701 .

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (መስማት ለተሳናቸው፡ 800-848-0298)፡

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ ໂທ 855-259-0701

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 855-259-0701

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 855-259-0701

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 855-259-0701

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 855-259-0701 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 855-259-0701

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 855-259-0701

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگ و می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. ب 855-259-0701

The [Beneficiary Support System](#) (BSS) helps people who are enrolled in the CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES, and the Katie Beckett program. They also help people who want to enroll into these programs. For help call 888-723-8193.

The TennCare Program does not discriminate against people because of their race, color, national origin including limited English proficiency and primary language, age, disability, religion, or sex. If you need reasonable modifications or think you were treated differently, or discriminated against you can file a grievance (complaint) with TennCare's Office of Civil Rights Compliance at:

Website: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

Email: HCFA.Fairtreatment@tn.gov

Mail: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243,

Need help filing a grievance? Call TennCare Connect at 855-259-0701

OCRC: 615-507-6474 (TRS 711)

Authorization to Release Member Information Form



Authorization to Release Member Information Form

Legal Basis

Based on the Privacy Rule of the Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA), TennCare must receive authorization and consent to release your information in most cases when the purpose of the disclosure is not directly related to TennCare's Treatment, Payment or Healthcare Operations activities (45 CFR 164.508). TennCare includes programs like TennCare Medicaid, CHOICES, and CoverKids.

Instructions for Submission

You must complete pages 2 and 3 of this form and return it to TennCare. You can return it by mail or email using the information below:

Division of TennCare
Attn: Privacy Office
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243
Privacy.TennCare@tn.gov

Important Information

- Giving your permission is up to you. You don't have to share your health facts.
- You don't have to sign this form if you don't want to, and you don't need to send your information to anyone you don't want to. You will still get benefits and treatment.
- You can take back your permission. You must tell us in writing. Mail it or email it using the contact information above.
- What if you take back your permission? It won't take back the health facts we have already shared. But, we won't share any more of your health facts.
- If we share your health facts with the people or agencies you named, they may share it with others. Not everyone has to follow privacy rules.
- **You have a right to get a copy of the permission you gave us.** If you need another copy, call the TennCare Privacy Office at **1-866-797-9469**. We can charge for copies of records as allowed by law.

Other Important Information

- If you want to send this form by email, contact the Privacy Office. They will help you send it in a safe way since it has your private information.
- If you want to send this form to TennCare in a way that is not listed on the form, or if you need help, call **TennCare Connect** at **855-259-0701** Monday through Friday, or email the **TennCare Privacy Office** at Privacy.TennCare@tn.gov.

You always have the right to file a privacy complaint

Division of TennCare
Attn: Privacy Office
310 Great Circle Road Nashville, TN 37243
Phone: 1-866-797-9469
Email: 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 30303-0064
Customer Response Center: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

You will not be punished if you ask for help or if you make a complaint.

Puede obtener estas hojas en español. Visite nuestro sitio web en tn.gov/tenncare. O bien, llame **TennCare Connect** al **855-259-0701**.



Authorization to Release Member Information Form

1. Who is the Member?

Name of Member (Last, First, Middle Initial):

Phone Number:

ID Number (Member ID or last 4 digits of SSN):

Date of Birth (MM/DD/YYYY):

Address:

City, State and Zip Code:

Email:

Who is completing this form? Check One:

- ☐ I am the Member OR
- ☐ I have the legal right to act for this person. (Check one below; if "other" fill in blank.)
- ☐ **Legal Guardian** ☐ **Authorized Representative** ☐ **Other (please describe):**

2. Who can my health facts be given to?

Name (like family members who live with me, or a place of business):

Organization Name (if you want to send to an organization):

Address:

City, State, and Zip Code:

Phone Number (with area code):

3. What health facts can we share?

We'll only share the health facts and records you allow and we have. Tell us the health facts and records you allow us to share. Give the date or place they come from if you can.

Health Fact(s):

Date(s) I Received Care (if applicable):

Name of the Place(s) I Received Care (if applicable):

If you give us your OK to share these other kinds of health information, tell us by checking the boxes.

- | | |
|--|---|
| ☐ HIV/AIDS | ☐ Sexual/Physical/Mental Abuse Records |
| ☐ Alcohol/Substance Abuse Records | ☐ Mental Health Records |

For any health facts you gave your **OK** share, facts we share may include medicine you take now or have taken. It doesn't include psycho-therapy notes, which you must OK separate from any other facts.

Puede obtener estas hojas en español. Visite nuestro sitio web en www.tennessee.gov/tenncare. O bien, llame **TennCare Connect** al 855-259-0701.

Authorization to Release Member Information Form

4. Why are you giving out this health information?

Is it to get health treatment, for court or work? Or are you asking for these records to be sent directly to you for your own use? Please describe:

5. When does my permission end?

We have your permission for as long as you tell us we do, but this permission can't be for more than 1 year. Tell us when to stop sharing your health facts. **If you don't tell us how long your permission lasts, then we will end your permission one year from when you sign.**

☐ My OK ends on this date: _____ OR

☐ My OK ends when this happens:

(It can be something like "you can share my medical records this one time.")

6. Signature of the Member (if Member is signing)

I give my **OK** to share the information listed in this form. This form can be an original or a copy.

Signature or Mark ("X") of Member:

Date:

If signed "X" please tell us the person's name who helped you:

Helper's Address, City, State, Zip Code:

Helper's phone number:

7. Signature of the Authorized Representative (if somebody else is signing)

Authorized Representative means you have legal proof you can act for this person. You must give us a copy of this proof.

A representative must sign for a member who cannot legally sign on his or her own. If the patient is less than 18 years old, a parent or guardian should sign for the minor.

Signature of Person signing on behalf of patient:

Phone:

Address, City, State, Zip Code:

Date:

Printed Name:

NOTICE TO ANY RECIPIENT OTHER THAN THE MEMBER

This information has been disclosed to you from records the confidentiality of which may be protected by federal and/or state law. If the records are protected under the federal regulations on the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records (42 CFR Part 2), you are prohibited from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The federal rules restrict use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Puede obtener estas hojas en español. Visite nuestro sitio web en www.tennessee.gov/tenncare. O bien, llame **TennCare Connect** al 855-259-0701.

Advance Directive For Health Care Form

ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE* (Tennessee)

Instructions: Parts 1 and 2 may be used together or independently. Please mark out/void any unused part(s). Part 5, Block A or Block B must be completed for all uses.

I, _____, hereby give these advance instructions on how I want to be treated by my doctors and other health care providers when I can no longer make those treatment decisions myself.

Part I Agent: I want the following person to make health care decisions for me. This includes any health care decision I could have made for myself if able, except that my agent must follow my instructions below:

Name: _____ Relation: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____
Address: _____ Mobile Phone: _____ Other Phone: _____

Alternate Agent: If the person named above is unable or unwilling to make health care decisions for me, I appoint as alternate the following person to make health care decisions for me. This includes any health care decision I could have made for myself if able, except that my agent must follow my instructions below:

Name: _____ Relation: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____
Address: _____ Mobile Phone: _____ Other Phone: _____

My agent is also my personal representative for purposes of federal and state privacy laws, including HIPAA.

When Effective (mark one): ☐ I give my agent permission to make health care decisions for me at any time, even if I have capacity to make decisions for myself. ☐ I do not give such permission (this form applies only when I no longer have capacity).

Part 2 Indicate Your Wishes for Quality of Life: By marking “yes” below, I have indicated conditions I would be willing to live with if given adequate comfort care and pain management. By marking “no” below, I have indicated conditions I would not be willing to live with (that to me would create an **unacceptable** quality of life).

☐ Yes ☐ No	Permanent Unconscious Condition: I become totally unaware of people or surroundings with little chance of ever waking up from the coma.
☐ Yes ☐ No	Permanent Confusion: I become unable to remember, understand, or make decisions. I do not recognize loved ones or cannot have a clear conversation with them.
☐ Yes ☐ No	Dependent in all Activities of Daily Living: I am no longer able to talk or communicate clearly or move by myself. I depend on others for feeding, bathing, dressing, and walking. Rehabilitation or any other restorative treatment will not help.
☐ Yes ☐ No	End-Stage Illnesses: I have an illness that has reached its final stages in spite of full treatment. Examples: Widespread cancer that no longer responds to treatment; chronic and/or damaged heart and lungs, where oxygen is needed most of the time and activities are limited due to the feeling of suffocation.

Indicate Your Wishes for Treatment: If my quality of life becomes unacceptable to me (as indicated by one or more of the conditions marked “no” above) and my condition is irreversible (that is, it will not improve), I direct that medically appropriate treatment be provided as follows. By marking “yes” below, I have indicated treatment I want. By marking “no” below, I have indicated treatment I **do not want**.

☐ Yes ☐ No	CPR (Cardiopulmonary Resuscitation): To make the heart beat again and restore breathing after it has stopped. Usually this involves electric shock, chest compressions, and breathing assistance.
☐ Yes ☐ No	Life Support / Other Artificial Support: Continuous use of breathing machine, IV fluids, medications, and other equipment that helps the lungs, heart, kidneys, and other organs to continue to work.
☐ Yes ☐ No	Treatment of New Conditions: Use of surgery, blood transfusions, or antibiotics that will deal with a new condition but will not help the main illness.
☐ Yes ☐ No	Tube feeding/IV fluids: Use of tubes to deliver food and water to a patient’s stomach or use of IV fluids into a vein, which would include artificially delivered nutrition and hydration.

PLEASE SIGN ON PAGE 2

Page 1 of 2

Part 3 Other instructions, such as hospice care, burial arrangements, etc.: _____

(Attach additional pages if necessary)

Part 4 Organ donation: Upon my death, I wish to make the following anatomical gift for purposes of transplantation, research, and/or education (mark one):

- ☐ Any organ/tissue ☐ My entire body ☐ Only the following organs/tissues: _____
- ☐ No organ/tissue donation

SIGNATURE

Part 5 Your signature must **either** be witnessed by two competent adults (“Block A”) **or** by a notary public (“Block B”).

Signature: _____ Date: _____
(Patient)

Block A Neither witness may be the person you appointed as your agent or alternate, and at least one of the witnesses must be someone who is not related to you or entitled to any part of your estate.

Witnesses:

1. I am a competent adult who is not named as the agent. I witnessed the patient’s signature on this form. _____
Signature of witness number 1
2. I am a competent adult who is not named as the agent. I am not related to the patient by blood, marriage, or adoption and I would not be entitled to any portion of the patient’s estate upon his or her death under any existing will or codicil or by operation of law. I witnessed the patient’s signature on this form. _____
Signature of witness number 2

Block B You may choose to have your signature witnessed by a notary public instead of the witnesses described in Block A.

STATE OF TENNESSEE

COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person who signed as the “patient.” 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

WHAT TO DO WITH THIS ADVANCE DIRECTIVE: (1) provide a copy to your physician(s); (2) keep a copy in your personal files where it is accessible to others; (3) tell your closest relatives and friends what is in the document; (4) provide a copy to the person(s) you named as your health care agent.

* This form replaces the old forms for durable power of attorney for health care, living will, appointment of agent, and advance care plan, and eliminates the need for any of those documents.