



Descripción general del plan

Estado de Tennessee • Departamento de Finanzas y Administración

Envíe la Solicitud de cobertura médica* a:

AccessTN c/o BCBST
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga, TN 37402
Fax seguro: 1-866-636-0161

AccessTN es administrado por BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc.
- un Licenciataro Independiente de Bluecross Blueshield Association.

Solicitud 2011* Consejos, planes de beneficios y tablas de primas

Este folleto es acerca de AccessTN. Esperamos que lo ayude a medida que completa su Solicitud de cobertura médica* adjunta en su paquete de solicitud. Está organizado por secciones en el mismo orden que la solicitud*:

Sección A: Información del solicitante	Página 3
Sección B: Elija su plan de beneficios	Página 3
Sección C: Información de primas	Página 7
Sección D: ¿Usted califica?	Página 7
Sección E: Otras coberturas de seguro	Página 11
Sección F: Historia clínica	Página 11
Sección G: Firma del solicitante	Página 11
Sección H: Complete esta sección si alguien lo ayudó o si alguien puede ayudarnos con este formulario	Página 11
Sección I: Información médica protegida y autorización	Página 12
Sección J: Declaración de comprensión y afirmación	Página 12

En este y en otros documentos de AccessTN, utilizaremos palabras en plural como “nosotros”, “nos” o “nuestro” para referirnos a AccessTN. Utilizaremos palabras en singular como “usted” o “yo” para el solicitante, la persona que solicita la cobertura. También usaremos “miembro” para referirnos a una persona que está inscrita en AccessTN. Cuando decimos “Documento del plan” nos referimos al conjunto de documentos, especialmente el Manual para Miembros, que proporcionan la descripción formal que regula los beneficios, las pólizas y las definiciones del plan, según lo aprobó la Junta de AccessTN.

También encontrará formularios e información acerca de AccessTN en la Web en www.AccessTN.gov si lo necesita. Puede llamar al número gratuito 1-866-636-0080 para obtener ayuda con la solicitud.* Esta es la línea de Servicios de Atención al Miembro de BlueCross BlueShield of Tennessee (BCBST). BCBST es un administrador del plan de AccessTN. También hay disponibles formularios e información en su sitio web www.BCBST.com. Puede encontrarlos bajo las pestañas de “Plan Options - Cover Tennessee” en la parte superior de la página web www.BCBST.com. O puede solicitar formularios e información llamando al 1-866-0080.

Nuestra dirección de correo postal para las solicitudes completadas* es:

AccessTN
c/o BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc.
1 Cameron Hill Circle
Chattanooga TN 37402

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

******* AVISO IMPORTANTE *******

La Junta de AccessTN ha reabierto la inscripción en el programa. AccessTN está ahora disponible para aquellas personas que cumplan con los requisitos de elegibilidad. El programa de asistencia con las primas ha alcanzado su presupuesto máximo. Por lo tanto, no habrá asistencia con las primas disponible para los miembros nuevos. Las personas que sean elegibles para AccessTN también serán elegibles para el Plan federal de seguro de afección preexistente (Pre-existing Condition Insurance Plan, PCIP). La información acerca del PCIP está disponible en www.pcip.gov o llamando al 1-866-717-5826.

¿Qué es AccessTN?

AccessTN es un programa patrocinado por el Estado de Tennessee para personas que no pueden obtener otra cobertura médica debido a afecciones médicas preexistentes. El programa es parte de la iniciativa de Cover Tennessee y es uno de los 35 grupos estatales de alto riesgo en el país que proporcionan este tipo de cobertura. Cuando decimos “cobertura” nos referimos a pagos que se realizan por servicios médicos y costos de medicamentos como los que hace el seguro médico. Diremos “Grupo” como forma abreviada de AccessTN, incluidas aquellas compañías que utilizamos para administrar servicios como la inscripción, los pagos de reclamaciones o la asistencia con las primas.

AccessTN es una cobertura médica que funciona como un seguro individual.

“Seguro” es un término que utilizaremos mucho. Primero, AccessTN NO es TennCare, un programa de asistencia médica regulado por las pautas federales de Medicaid. Tampoco es Medicare. Los seguros están basados en reglas, lo que puede resultar un poco complicado. Este folleto le informará acerca de algunas de nuestras pautas.

Un seguro es un acuerdo por el cual usted paga una tarifa establecida (una prima) para recibir cobertura para un programa establecido de servicios médicos y de salud (plan de beneficios). Estas primas están basadas en un cálculo profesional de lo que costarían estos servicios. Los “Servicios cubiertos” son simplemente aquellos que el plan cubre o paga. Tómese un tiempo para leer la página 4 donde se indican las diferentes opciones de planes de beneficios. En la página 11, encontrará los significados de algunos términos de seguros que se usan comúnmente.

El seguro NO pagará por otros servicios médicos, llamados “servicios no cubiertos”. Si obtiene alguno de estos servicios, usted deberá pagar las reclamaciones, incluso si se los receta el doctor. Por eso, es importante elegir el plan de beneficios con cuidado y conocer todos los servicios que estarán y no estarán cubiertos.

¿Quién paga AccessTN?

Nuestros miembros pueden padecer de afecciones médicas graves y por eso tienden a tener más reclamaciones médicas. Eso hace que nuestras primas sean más altas que las tarifas comerciales pero no llegan a cubrir los costos reales del Grupo. Los fondos estatales y las contribuciones de otros planes de seguro médico en el estado ayudan a pagar parte de las pérdidas de AccessTN.

Somos parte de la familia de programas estatales Cover Tennessee que busca ayudar a los ciudadanos de Tennessee a mejorar su acceso a los seguros médicos y a la atención médica y esperamos que AccessTN pueda ser una opción para usted. Pero solo inscribiremos a la cantidad de miembros que creemos que el Grupo puede pagar. Presente su solicitud lo antes posible si le parece que cumple con los requisitos.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

Sección A: Información del solicitante

La información que proporciona en la Sección A de la Solicitud de cobertura médica* nos brinda detalles de quién es usted y de dónde vive. La necesitamos para saber cómo comunicarnos con usted, para confirmar que califica para el programa y para asistirlo en la administración de sus afecciones médicas. Sabemos que esta es su información médica personal (personal health information, PHI) y que debe manejarse con cuidado. A esta información la llamamos “datos médicos” pero también incluye otra información que lo identifica, como su fecha de nacimiento y su dirección. Nosotros y las compañías que prestan servicios de AccessTN usaremos sus datos médicos únicamente cuando las leyes estatales y las reglas de privacidad lo permitan. Las Secciones G e I de la Solicitud de cobertura médica* le brindarán más información sobre esto.

Sección B: Elija su plan de beneficios

¿Qué es un PPO y cuáles son mis opciones?

Todas nuestras opciones de planes de beneficios actuales se basan en un diseño de organización de proveedor preferido (preferred provider organization, PPO). Esto quiere decir que el Plan tiene contrato con una “red” de doctores, hospitales y otros proveedores de salud. Acuerdan cobrar una suma establecida llamada “cargo máximo permitido” (maximum allowed charge, MAC) para cada uno de los servicios cubiertos. No le pedirán más que su parte preestablecida de la reclamación, llamada “coseguro”. Esta parte que le corresponde al miembro es en general el 20% en nuestros planes de beneficios. Lea el Directorio de Proveedores en www.BCBST.com o llame al 1-866-636-0080 para saber si sus doctores actuales están “dentro de la red” o para buscar otros doctores “dentro de la red” en el área donde vive.

También puede utilizar doctores y hospitales que no aparezcan en la lista, a los que llamamos proveedores “fuera de la red”. Pero si lo hace, deberá pagar una parte mayor, en general el 40%. Los proveedores fuera de la red también pueden cobrarle más que el cargo máximo permitido del Plan, la cantidad establecida que pagamos “dentro de la red”.

AccessTN tiene tres planes de beneficios diferentes: Uno, Dos y Tres. La página 4 tiene un listado general de los servicios que cubren cada uno de los planes de beneficios. El Documento del plan contiene información más detallada sobre los servicios cubiertos, los límites y las excepciones.

- El Plan Uno tiene un deducible de \$1,000. Este plan ofrece el deducible más bajo.
- El Plan Dos tiene un deducible de \$3,000 y es el único plan que se puede utilizar con la cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA). Encontrará más información sobre las HSA a continuación.
- El Plan Tres tiene un deducible de \$5,000. Es un plan de seguro médico de deducible alto y NO se puede utilizar con una HSA. Puede ser una buena opción para aquellos que planifican pagar la mayor parte de los gastos médicos por su cuenta, pero que desean una cobertura para farmacia o para gastos médicos mayores debido a una enfermedad o lesión.

¿Qué hace que el Plan Dos se pueda utilizar con la cuenta de ahorros para la salud?

No ofrecemos la “cuenta de ahorros para la salud” (HSA). Puede abrir una HSA en un banco o en una cooperativa de crédito. Una HSA es una cuenta de ahorros individual para gastos médicos presentes y futuros que tiene un tratamiento tributario federal especial. Consulte www.ustreas.gov o la publicación 969 del IRS para obtener más información acerca de las HSA. No podemos aconsejarle respecto a los impuestos; debe hablar con un asesor tributario acerca de su elección.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

AccessTN ofrece un plan de seguro médico de deducible alto, el Plan Dos (deducible de \$3,000) que se puede utilizar con una HSA. Las HSA tienen reglas especiales y solo se pueden utilizar con un plan de seguro de deducible alto que califique, como el Plan Dos. Los planes de deducible alto que se utilicen con HSA requieren que TODOS los servicios, excepto la atención preventiva, se apliquen al deducible. Esto quiere decir que, excepto por el examen físico anual, usted pagará el monto total de todos los costos médicos y farmacéuticos hasta que haya pagado \$3,000 en gastos que califiquen durante el año del plan.

Los beneficios del Plan Dos son muy diferentes que los de los planes Uno y Tres. Consulte el programa de beneficios en la página 4. Tenga en cuenta que el beneficio máximo de farmacia es más bajo que los de los planes Uno y Tres. Consulte www.BCBST.com o llame al 1-866-636-0080 si tiene preguntas. Analice estas diferencias y los beneficios tributarios que le brinda utilizar una HSA para elegir su plan de beneficios.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

PLANES DE BENEFICIOS DISPONIBLES PARA 2011

Estos planes están disponibles tanto para la elegibilidad Regular como para la elegibilidad de Transferencia. La elegibilidad de Transferencia no tiene un periodo de espera para las afecciones preexistentes. La cobertura Regular tiene un periodo de beneficio reducido de 6 meses para las afecciones preexistentes. Los Planes de beneficios están sujetos a cambios establecidos por la Junta de AccessTN. El reembolso del plan está basado en el cargo máximo permitido (MAC).

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS DE PPO Estos planes se ofrecen tanto para la elegibilidad de Transferencia como para la elegibilidad Regular (consulte el Documento del plan para obtener más detalles)	Plan Uno "deducible más bajo"	Plan Dos "elegible para cuenta de ahorros para la salud"	Plan Tres "deducible alto" No elegible para HSA
DEDUCIBLE por año de plan:	Dentro de la red Fuera de la red	\$1,000 \$2,000	\$3,000 \$3,000 \$5,000 \$10,000
ATENCIÓN PREVENTIVA: servicios específicos únicamente	100% dentro de la red	100% dentro de la red	100% dentro de la red
La atención preventiva tiene cobertura desde el primer dólar para servicios de bienestar específicos, tales como un estudio preventivo anual para mujeres sanas, pruebas de detección preventivas y un examen físico anual. La atención preventiva no está sujeta al deducible dentro de la red antes mencionado ni a coseguro.			
ASIGNACIÓN PARA ESPECIALISTA: una asignación de \$200 para las primeras reclamaciones por servicios de atención de especialistas recibidos cada año del plan; no está sujeta a un deducible ni a un coseguro	100% hasta \$200 sólo dentro de la red	No disponible debido a las reglas federales de HSA	100% hasta \$200 sólo dentro de la red
MEDICAMENTOS CON RECETA: sujetos a límites adicionales; la Farmacia no está sujeta a un deducible en los planes Uno y Tres	No hay deducible para los medicamentos para pacientes ambulatorios	El deducible se aplica a los medicamentos	No hay deducible para los medicamentos para pacientes ambulatorios
Medicamentos genéricos	Copago de \$10 (el costo si el precio es inferior)	Copago de \$10 (el costo si el precio es inferior)	Copago de \$10 (el costo si el precio es inferior)
Medicamentos preferidos de marca	Copago de 25% hasta un máximo de \$50	Copago de 25% hasta un máximo de \$50	Copago de 25% hasta un máximo de \$50
Medicamentos no preferidos de marca	Copago de 50% hasta un máximo de \$100	Copago de 50% hasta un máximo de \$100	Copago de 50% hasta un máximo de \$100
GASTOS CUBIERTOS: como se especifica en el Documento del plan, están sujetos a un cargo máximo permitido (MAC)	80% dentro de la red 60% fuera de la red	80% dentro de la red 60% fuera de la red	80% dentro de la red 60% fuera de la red
AFECCIONES PREEXISTENTES: beneficio reducido durante 6 meses en los planes Regulares (la limitación no se aplica a la atención preventiva, a los medicamentos con receta ni al asesoramiento de salud mental para pacientes ambulatorios). <u>No</u> se aplica a los planes de Transferencia	50% dentro de la red 50% fuera de la red durante los primeros 6 meses de cobertura únicamente	50% dentro de la red 50% fuera de la red durante los primeros 6 meses de cobertura únicamente	50% dentro de la red 50% fuera de la red durante los primeros 6 meses de cobertura únicamente
Beneficios de maternidad en los planes Regulares	Excluidos durante el periodo de espera de 12 meses	Excluidos durante el periodo de espera de 12 meses	Excluidos durante el periodo de espera de 12 meses
Beneficios de maternidad en planes de Transferencia desde el primer día y en planes Regulares después de los primeros 12 meses	80% dentro de la red 60% fuera de la red	80% dentro de la red 60% fuera de la red	80% dentro de la red 60% fuera de la red
Beneficios de quiropráctico	Sujetos a pautas	Sujetos a pautas	Sujetos a pautas
Servicios de emergencia (dentro o fuera de la red)	80% de cargos razonables	80% de cargos razonables	80% de cargos razonables
Copago por visita a la Sala de emergencias (Emergency Room, ER): no se aplica si es internado (nota: se requiere copago incluso si se han alcanzado los gastos de su propio bolsillo, excepto en la HSA)	Copago de \$50 por visita además de coseguro	Sujeto a requisitos de deducible y de coseguro	Copago de \$75 por visita además de coseguro
Máximo anual de gastos de su propio bolsillo	\$5,000	\$5,950	\$10,000
Nota: El máximo anual de gastos de su propio no se aplica a afecciones preexistentes durante los primeros 6 meses; no se aplica a servicios fuera de la red ni a copagos de ER; no se aplica a copagos de farmacia, excepto para el Plan Dos			
Beneficios anuales máximos, excepto trasplantes de órganos	\$250,000 médico \$100,000 farmacia	Sin máximo médico \$50,000 farmacia	\$250,000 médico \$100,000 farmacia
Beneficio complementario de trasplante de órgano (Planes Uno y Tres únicamente)	\$100,000	Máximo de \$100,000 No complementario	\$100,000
Beneficios máximos de por vida	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,000,000
Limitaciones de tratamiento del abuso de sustancias químicas	Máximos de por vida: Dos internaciones: máximo de 28 días por internación. Dos internaciones para desintoxicación: máximo de 5 días por internación.		

LÍMITES ANUALES PARA BENEFICIOS ESPECÍFICOS

Farmacia (puede haber límites adicionales para medicamentos específicos)	Máximo de \$100,000	máximo de \$50,000	Máximo de \$100,000
Los planes Uno y Tres proporcionan cobertura complementaria de farmacia que extiende el máximo hasta \$180,000 para factor antihefílico para pacientes ambulatorios.			
Centro de rehabilitación de pacientes hospitalizados	Sin límite por separado	45 días	Sin límite por separado
Centro de rehabilitación de pacientes ambulatorios	45 días	45 días	45 días
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla para pacientes ambulatorios	45 sesiones sujetas a las pautas del Plan	45 sesiones sujetas a las pautas del Plan	45 sesiones sujetas a las pautas del Plan
Centro de enfermería especializada (después de una hospitalización)	45 días	45 días	45 días

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

aprobada)			
Atención médica a domicilio	30 visitas	30 visitas	30 visitas
Equipo Médico Duradero	Máximo de \$3,000	Máximo de \$3,000	Máximo de \$3,000
Salud mental/abuso de sustancias químicas en pacientes hospitalizados	30 días	30 días	30 días
Salud mental/abuso de sustancias químicas en pacientes ambulatorios	45 sesiones	45 sesiones	45 sesiones

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

Sección C: Información de primas

Calcularemos su prima

Las primas son diferentes para los planes Uno, Dos y Tres. La Sección C de la solicitud* le pide información acerca de su peso y le pregunta si fuma. Las tarifas son las mismas ya sea que califique para cobertura AccessTN de Transferencia o Regular.

AccessTN calculará su prima. Si lo desea, puede utilizar las tablas de la página 10 para hacer un cálculo aproximado de su parte mensual de la prima como miembro.

No hay un límite de ingresos ni de activos para inscribirse en AccessTN. Está abierto a personas con cualquier ingreso. No hay asistencia para las primas disponible.

¿Quién puede pagar la prima por usted?

Las reglas del Grupo requieren que nos informe si obtiene ayuda para pagar su parte de la prima de parte de otros que no sean sus familiares y amigos. Pero las reglas permiten la ayuda de las iglesias y fundaciones si nos lo hace saber. No está permitido que doctores, hospitales o compañías de medicamentos paguen su prima. Tampoco puede hacerlo su empleador.

Cualquiera puede brindar ayuda para los demás costos que no sean las primas. Las reglas del Grupo no restringen quiénes lo pueden ayudar a pagar el coseguro, los deducibles o los pagos para servicios que no estén cubiertos por su plan de beneficios.

Sección D: ¿Usted califica?

¿Califica como No asegurable por el estado, Transferible estatal o Elegible de HIPAA?

Hay tres formas de calificar para AccessTN:

- D1, No asegurable por el estado, si tiene una afección médica preexistente que le impide obtener un seguro. A esto le llamamos Cobertura Regular.
- D2, Transferencia estatal, si recién está saliendo de TennCare, CoverKids o de otros seguros específicos con menos de 18 meses de cobertura continua.
- D3, Elegible de HIPAA, si recién está saliendo de COBRA o de cualquier otra cobertura que califique con más de 18 meses de cobertura continua.

Todos los planes de beneficios (Uno, Dos y Tres) están disponibles para cada tipo de elegibilidad.

Ofrecemos cobertura médica a aquellas personas que no pueden obtener otro seguro debido a su estado de salud. La principal diferencia entre estas tres categorías es si ha estado asegurado durante los últimos 3 meses y si sus afecciones preexistentes pueden estar cubiertas con beneficio total al momento en que se inscribe.

*Afecciones preexistentes: para las categorías de elegibilidad D1 (No asegurable por el estado, Regular) o D2 (Transferencia estatal), **DEBE ENVIARNOS** una prueba de que usted no es asegurable. Esto quiere decir que no puede obtener un seguro porque tiene una afección médica preexistente.*

Las afecciones preexistentes son aquellas por las cuales recibió o tuvo motivo de recibir atención o tratamiento médico durante un periodo de seis meses inmediatamente antes de inscribirse en AccessTN.

*Puede probar una **afección preexistente** con cualquiera de las siguientes:*

- **Con una carta de negociación de cobertura de parte de una compañía aseguradora, con base en CUALQUIER afección médica o combinación de afecciones. NO tiene que ser una de las 55 afecciones médicas preexistentes mencionadas (indicadas en la página siguiente).**

Utilice la Declaración del médico interviniente* por separado (adjunta en su paquete) o una carta de su doctor que demuestre que usted tiene una de las 55 afecciones médicas preexistentes calificadas (indicadas en la página siguiente)

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

⇒ Si utiliza una carta de rechazo de seguro para demostrar que no es asegurable, el motivo puede ser cualquier afección o combinación de afecciones. No tiene que ser una de las afecciones médicas que se indican a continuación.

⇒ Si tiene una de estas afecciones médicas, su doctor puede firmar la **Declaración del médico interviniente*** por separado (que se encuentra en su paquete y en línea en www.AccessTN.gov) o **su doctor puede escribir una carta por separado si también nos informa el diagnóstico y el código de facturación de su afección.**

Afecciones médicas que pueden hacer que usted califique para AccessTN sin que el asegurador lo rechace.					
Sistema del cuerpo		Afección médica	Sistema del cuerpo		Afección médica
1	Principal	SIDA/VIH+	29	Sistema nervioso	Parálisis cerebral, moderada a grave
2	Principal	Trasplantes, realizados o recomendados, excluidos donante o córnea	30	Sistema nervioso	Ataxia de Friedrich
3	Cánceres	Cánceres, excluido cáncer de piel excepto melanoma	31	Sistema nervioso	Síndrome de Guillain-Barré, actual
4	Cánceres	Enfermedad de Hodgkin	32	Sistema nervioso	Corea de Huntington
5	Cánceres	Leucemia	33	Sistema nervioso	Miastenia grave
6	Circulatorio	Anemia aplásica, crónica	34	Sistema nervioso	Síndrome de Sturge-Weber
7	Circulatorio	Embolia cerebral, embolia pulmonar	35	Sistema nervioso	Tabes dorsal (ataxia locomotora)
8	Circulatorio	Accidente cerebrovascular (ACV) [derrame cerebral] que no sea un ataque isquémico transitorio	36	Sistema nervioso	Hidrocefalia
9	Circulatorio	Insuficiencia cardíaca congestiva, incluida miocardiopatía	37	Sistema nervioso	Saturnismo (cerebral)
10	Circulatorio	Ataque cardíaco (infarto de miocardio) dentro de un periodo de 5 años	38	Sistema nervioso	Esclerosis múltiple, esclerosis posterolateral
11	Circulatorio	Cirugía de bypass cardíaco dentro de un periodo de 5 años	39	Sistema nervioso	Distrofia muscular
12	Circulatorio	Hepatitis B, C, D o G aguda o crónica de moderada a grave con receta	40	Sistema nervioso	Enfermedad de Parkinson
13	Circulatorio	Anemia drepanocítica	41	Sistema nervioso	Siringomielia
14	Circulatorio	Talasemia con síntomas presentes	42	Sistema nervioso	Topectomía y lobotomía
15	Circulatorio	Arteritis, necrosante	43	Sistema nervioso	Tumores, cerebro o hipófisis
16	Circulatorio	Hemofilia	44	Sistema nervioso	Parálisis, incluidas tetraplejía y paraplejía
17	Digestivo	Enfermedad de Crohn, con síntomas actuales y que requiere cirugía	45	Otros	Trastornos autistas
18	Digestivo	Colitis ulcerosa, actual	46	Otros	Fibrosis quística
19	Digestivo	Cirrosis del hígado	47	Otros	Lupus eritematoso diseminado
20	Digestivo	Pancreatitis, crónica	48	Otros	Enfermedad de Wilson
21	Endocrino	Diabetes, tipo I o tipo II no controlada o diabetes con complicaciones (ojos, riñones, pies, etc.)	49	Psiquiátrico	Trastornos psicóticos, incluidos esquizofrenia y trastornos delirantes
22	Locomotor	Artritis, reumatoide	50	Respiratorio	Enfisema pulmonar, moderado a grave
23	Locomotor	Paladar leporino, que requiere cirugía, excluida la hendidura de microforma	51	Respiratorio	Fibrosis pulmonar
24	Locomotor	Enfermedad de Still	52	Respiratorio	Silicosis (antracosis)
25	Locomotor	Enfermedad de Legge-Perthes	53	Urinario	Riñón, poliquistico
26	Sistema nervioso	Alzheimer	54	Urinario	Riñón: insuficiencia renal crónica, incluidas las personas que reciben diálisis
27	Sistema nervioso	Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)	55	Urinario	Enfermedad renal hipertensiva
28	Sistema nervioso	Lesión cerebral, traumática			

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

Para elegibilidad de **D1, No asegurable por el estado (Regular)**, debe cumplir con las siguientes reglas desde la (a) hasta la (f):

- (a) Ser residente de Tennessee durante 6 meses y ciudadano de Estados Unidos o inmigrante legal calificado.
- (b) Tener una afección médica preexistente que lo convierta en no asegurable.
- (c) No ser elegible para la cobertura del empleador donde usted trabaja, ni para Medicare ni Medicaid y no tener ningún otro seguro médico.
- (d) Demostrar que es **no asegurable** tal como se describe en las páginas anteriores. Esto quiere decir que no puede obtener un seguro porque tiene motivos médicos preexistentes.
- (e) No haber estado asegurado durante los últimos 3 meses anteriores a la solicitud de la cobertura (o cumplir con cualquiera de las excepciones a este requisito aprobadas).
- (f) Enviar prueba de seguro anterior.

D1, No asegurable por el estado, o cobertura Regular, es la categoría de elegibilidad para aquellos que han estado sin otro seguro médico durante los últimos 3 meses anteriores a AccessTN (se aplican algunas excepciones). Este lapso de tiempo sin seguro se llama periodo de carencia requerido.

Fecha de entrada en vigencia: Los formularios para cobertura Regular aprobados el día 15 de cualquier mes contarán con la cobertura desde el día 1 del mes siguiente.

(La Solicitud de cobertura médica * contiene detalles adicionales acerca de los requisitos para D1).

Para elegibilidad de **D2, Transferencia estatal**, debe cumplir con las siguientes reglas desde la (a) hasta la (f):

- (a) Ser residente de Tennessee durante 6 meses y ciudadano de Estados Unidos o inmigrante legal calificado.
- (b) Presentar la solicitud dentro de los 63 días posteriores a la finalización de la cobertura anterior con TennCare (Medicaid), CoverKids u otra cobertura especificada.
- (c) Tener una afección médica preexistente que lo convierta en no asegurable.
- (d) No ser elegible para un plan de seguro médico grupal, ni para Medicare ni Medicaid y no tener ninguna otra cobertura de seguro médico
- (e) Demostrar que es **no asegurable** tal como se describe en las páginas anteriores. Esto quiere decir que no puede obtener un seguro porque tiene motivos médicos preexistentes.
- (f) Enviar prueba de seguro anterior

La cobertura de D2, Transferencia estatal es la categoría de elegibilidad para aquellas personas que recién están saliendo de TennCare o Medicaid o que están a punto de perder otra cobertura grupal específica con menos de 18 meses de cobertura y sin ninguna opción de COBRA o de continuación de cobertura. No hay periodo de carencia requerido.

Fecha de entrada en vigencia: La cobertura de Transferencia estatal comienza el día siguiente que finaliza su cobertura anterior. Puede presentar la solicitud antes de que finalice su cobertura anterior. Tendrá que pagar todas las primas atrasadas.

(La Solicitud de cobertura médica * contiene detalles adicionales acerca de los requisitos para D2).

Para **D3 (elegibilidad de HIPAA) NO** es necesario demostrar que **no es asegurable**. Debe ser residente de Tennessee y cumplir con **TODAS** las siguientes reglas desde la (a) hasta la (f):

- (a) Ser residente de Tennessee y ciudadano de Estados Unidos o inmigrante legal calificado.
- (b) Tener 18 meses o más de cobertura médica combinada sin interrupciones en la cobertura durante más de 63 días.
- (b) Su cobertura más reciente debe ser una cobertura mediante un plan de seguro médico GRUPAL patrocinado por su empleador.
- (c) No ser elegible para la cobertura del empleador, ni para Medicare ni Medicaid y no tener ninguna otra cobertura médica.
- (d) No haber sido dado de baja de su cobertura más reciente por falta de pago de primas o por fraude.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

- (e) Haber adquirido y finalizado su elegibilidad COBRA total si la continuación de COBRA o de la cobertura grupal estaban disponibles.
- (f) Enviar prueba de seguro anterior.

Fecha de entrada en vigencia: Si califica como una persona elegible de HIPAA, debe marcar dicha casilla en la Sección D3. Su cobertura AccessTN comenzará el día siguiente a la finalización de su cobertura anterior, si paga las primas adeudadas a todos los meses correspondientes. Este tipo de elegibilidad no tiene reducción en la cobertura para afecciones médicas preexistentes durante los primeros seis meses.

(La Solicitud de cobertura médica* contiene detalles adicionales acerca de los requisitos para D3).

Los distintos tipos de elegibilidad (D1, D2 o D3) también se diferencian en la forma en que nosotros pagamos los servicios para afecciones preexistentes en los primeros seis meses de cobertura.

Las afecciones preexistentes son aquellas por las cuales recibió o tuvo motivo de recibir atención o tratamiento médico durante un periodo de seis meses inmediatamente antes de inscribirse en AccessTN.

Las categorías D2 (Transferencia estatal) y D3 (elegible de HIPAA) pagan el beneficio total (generalmente el 80%) para afecciones preexistentes desde el primer día de la cobertura. Esto es así ya sea que elija el Plan Uno, el Plan Dos o el Plan Tres.

La categoría de elegibilidad D1 (No asegurable por el estado), que llamamos cobertura AccessTN Regular, ofrece un beneficio reducido para afecciones preexistentes durante los primeros seis meses posteriores a la inscripción. Los planes Uno, Dos y Tres para esta categoría "AccessTN Regular" tienen un periodo de espera de 6 meses para "afecciones preexistentes" antes de que paguemos el beneficio total (generalmente el 80%) de las reclamaciones para cualquier afección médica que usted tenía al momento en que se inscribió.

Cómo funciona el periodo de beneficio reducido de 6 meses para las afecciones preexistentes: En los planes Regulares (elegibilidad de D1, No asegurable por el estado), pagaremos el 50% del Cargo máximo permitido (MAC) de los servicios para afecciones preexistentes durante los primeros 6 meses, sujeto a su deducible. Usted será responsable de pagar el 50% restante del MAC. El 50% que paga durante estos 6 meses NO se contabiliza para el máximo de gastos de su propio bolsillo, por eso, es posible que en el caso de algunos servicios no primordiales prefiera esperar hasta pasar 6 meses dentro de la cobertura.

Excepciones a la limitación de afecciones preexistentes: La limitación de afecciones preexistentes NO se aplica a servicios de atención preventiva específicos relacionados con el estudio preventivo anual para mujeres sanas, con las pruebas de detección preventivas y con el examen físico anual. Tanto el plan Regular como el de Transferencia también proporcionan desde el primer día el beneficio total para farmacia para pacientes ambulatorios, medicamentos de quimioterapia y radiación para pacientes ambulatorios, servicios de asesoría para pacientes ambulatorios y una nueva asignación para especialistas de \$200 anuales. Ninguno de estos servicios estará sujeto al deducible del Plan Uno o del Plan Tres. Sin embargo, debido a las reglas especiales para los planes que se utilizan con cuentas de ahorros para la salud (HSA), estos beneficios deben estar sujetos al deducible tanto para el Plan Dos Regular como para el Plan Dos de Transferencia.

Los planes Uno, Dos y Tres con elegibilidad de D1, No asegurable por el estado (Regular) también tienen un periodo de espera de 12 meses antes de que se cubra la maternidad.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

Sección E: Otras coberturas de seguro

¿Qué otro seguro está permitido?

AccessTN es una cobertura médica para aquellas personas que no pueden obtener un seguro médico en otro lado. No podemos cubrir a aquellas personas que tienen capacidad de obtener un seguro mediante su empleador. La disponibilidad de una cobertura grupal en su trabajo o el hecho de estar inscrito en una póliza médica principal individual puede descalificarlo para la inscripción inmediata en AccessTN. Las reglas del plan requieren que nos haga saber si tiene otra cobertura o si puede obtener otra cobertura después de calificar para AccessTN. **No todos los tipos de seguro médico lo descalificarán para AccessTN.** Infórmenos lo que pueda acerca de cualquier otra cobertura. Es posible que le pidamos más detalles.

Las pólizas de atención a largo plazo, de cáncer únicamente y de indemnización son ejemplos de coberturas que no se consideran como otro seguro para fines de elegibilidad de AccessTN. Esto quiere decir que puede tener estas pólizas durante el periodo de carencia requerido sin quedar descalificado y puede mantenerlas durante la cobertura de AccessTN.

La cobertura individual que excluye un sistema del cuerpo principal como el cardíaco puede no descalificarlo en algunos casos. La exclusión debe basarse en su historial médico personal y debe ser una exclusión permanente de un sistema del cuerpo.

Sección F: Historia clínica

¿Por qué AccessTN necesita mi historia clínica?

Esta información ayudará a AccessTN a asistirlo con la administración de sus afecciones médicas, incluida la posibilidad de la administración de enfermedades si tiene asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial coronaria o diabetes. Responda brevemente las preguntas de las páginas 5 y 6 de la Solicitud de cobertura médica*. Hay una lista de afecciones médicas para ayudarlo a identificar más de sus necesidades de administración de atención. Las respuestas “sí” y “no” y lo que recuerde están bien para este fin.

Sección G: Firma del solicitante

¿Qué significa mi firma en la solicitud*?

Al firmar la solicitud* en la Sección G, usted está declarando que ha leído las secciones requeridas y que la información que ha enviado en la solicitud* es verdadera. Lea esta información atentamente.

Sección H: Complete esta sección si alguien lo ayudó o si alguien puede ayudarnos con este formulario

Díganos quién lo ayudó con su solicitud* y si podemos hablar con las personas que usted menciona.

Esto nos indica si alguien lo ayudó a completar la solicitud*. En esta sección, también nos puede autorizar a hablar acerca de sus datos médicos con las personas que usted menciona.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

Sección I: Información médica protegida y autorización

¿Qué es la información médica protegida y cómo se utilizan mis datos médicos?

Información médica protegida (PHI) quiere decir datos y registros sobre su salud, incluidos:

- registros de reclamaciones
- informes de laboratorio
- registros hospitalarios
- correspondencia
- expedientes clínicos
- su dirección y fecha de nacimiento

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus datos médicos. Las reglas de privacidad establecen que AccessTN o sus proveedores de salud no pueden brindar información sobre usted a terceros, a menos que usted lo autorice. Dichas reglas nos permiten utilizar esta información para su atención médica, incluidas las operaciones de AccessTN como elegibilidad e inscripción. Cuando firma la solicitud*, está autorizando a sus proveedores, empleadores u otras personas que nombre en la solicitud* a proporcionar a AccessTN información sobre usted y también nos autoriza a nosotros a hablar con ellos. Esto incluye TennCare, si alguna vez estuvo inscrito en el programa TennCare (Medicaid).

Sección J: Declaración de comprensión y afirmación

Lea esta información atentamente. Realice todas las preguntas que tenga. Al firmar la solicitud* en la Sección G, usted declara que ha leído la Sección J y ha comprendido los términos. También acepta nuestros términos de cobertura y declara que la información que envió en la solicitud* es verdadera.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

PRIMAS MENSUALES PARA LOS PLANES DE ACCESSTN

Plan UNO: Deducible de \$1,000

Edad	Peso ideal o inferior		Por encima del peso ideal	
	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco
< de 30	\$410	\$472	\$456	\$524
30-39	\$477	\$548	\$530	\$608
40-49	\$579	\$666	\$643	\$740
50-59	\$688	\$792	\$765	\$880
60-64	\$812	\$934	\$902	\$1,038
65 o más	\$958	\$1,102	\$1,065	\$1,225

Para determinar su prima mensual, primero busque su estatura y su peso en el siguiente cuadro.

Después, diríjase a las tablas del lado izquierdo de esta página para el plan de beneficios que eligió (planes Uno, Dos o Tres) y busque la fila de su grupo etario.

Desplácese sobre la fila de su edad hasta llegar a la columna adecuada para usted:

- Si su peso es igual o menor a lo que indica el cuadro, utilice las columnas "Peso ideal o inferior". Si su peso es superior a lo que indica el cuadro, utilice el lado "Por encima del peso ideal".
- Por último, ¿consume tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, pipa o cigarros) o no?

Esta será la prima mensual para su cobertura inicial.

Plan DOS: Deducible de \$3,000 (elegible para cuenta de ahorros para la salud)

Edad	Peso ideal o inferior		Por encima del peso ideal	
	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco
< de 30	\$318	\$366	\$353	\$406
30-39	\$369	\$425	\$410	\$472
40-49	\$449	\$516	\$498	\$573
50-59	\$534	\$614	\$593	\$682
60-64	\$630	\$724	\$699	\$804
65 o más	\$743	\$855	\$826	\$950

Peso ideal definido como si tuviera un Índice de masa corporal (IMC) de 30	
Estatura	Peso ideal
4' 10"	142
4' 11"	147
5' 0"	152
5' 1"	157
5' 2"	163
5' 3"	168
5' 4"	173
5' 5"	179
5' 6"	185
5' 7"	190
5' 8"	196
5' 9"	202
5' 10"	208
5' 11"	214
6' 0"	220
6' 1"	226
6' 2"	232
6' 3"	239
6' 4"	245
6' 5"	252

Plan TRES: Deducible de \$5,000 (no compatible con cuenta HSA)

Edad	Peso ideal o inferior		Por encima del peso ideal	
	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco
< de 30	\$284	\$326	\$315	\$362
30-39	\$330	\$379	\$366	\$420
40-49	\$399	\$460	\$444	\$511
50-59	\$475	\$547	\$528	\$607
60-64	\$561	\$645	\$623	\$717
65 o más	\$662	\$761	\$736	\$847

Nota:

- 1) Todos los planes de beneficios AccessTN Regular mencionados anteriormente están sujetos a un periodo de espera de 6 meses para afecciones preexistentes y a un periodo de espera de 12 meses para cobertura de maternidad.
- 2) Usted es elegible para la cobertura AccessTN después de los 64 años ÚNICAMENTE si NO es elegible para Medicare.
- 3) AccessTN no es una póliza suplementaria de Medicare.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.

TÉRMINOS DE SEGURO Y DEFINICIONES

Algunos términos de seguro que hemos utilizado (consulte el Documento del plan para obtener información más completa):

Junta: significa la Junta de directores de AccessTN, el cuerpo que la legislatura del estado de Tennessee ha hecho responsable de establecer reglas, planes de beneficios y primas para AccessTN.

Administración de la atención: son todas las actividades que el Plan realiza para coordinar su atención médica con sus proveedores médicos. Algunas veces se denomina “administración de casos” o “revisión de utilización” para eventos médicos como hospitalizaciones, la mayoría de estos servicios son prestados por el personal médico y de enfermería del Administrador del plan.

Reclamaciones: son los pedidos de pago que los doctores y otros proveedores médicos envían a AccessTN por atención médica que le prestaron a usted. Solo pagaremos por “servicios cubiertos”. El pago a los proveedores dentro de la red está basado en tarifas que han acordado aceptar de parte del Plan.

Coseguro: es la parte de la reclamación que usted debe pagar, generalmente es un porcentaje, como el 20%. Esto se indica en su plan de beneficios. Algunas veces se denomina “copago” si el miembro paga una cantidad de dólares establecida, cómo \$20.

Deducible: como \$1,000 o \$5,000; es la cantidad en dólares que el miembro debe pagar antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Algunos servicios, como los medicamentos con receta, no están sujetos al deducible del Plan Uno y del Plan Tres.

Administración de enfermedades: es un tipo de administración de cuidado focalizado para asistirlo en la atención de afecciones médicas específicas como diabetes o asma

Lista de medicamentos: es una lista que muestra los medicamentos genéricos y de marca que son preferidos y que tienen pagos inferiores para el miembro.

HIPAA: es la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability Accountability Act, HIPAA) de 1996, que comprende muchas reglas que afectan la privacidad de la información personal y que rigen las disposiciones sobre afecciones preexistentes de las pólizas de seguro médico. Tal como lo usamos con la categoría de elegibilidad de Transferencia, un plan HIPAA es un tipo específico de póliza de seguro médico individual en el que no lo pueden rechazar si lo solicita antes de que transcurran 63 días desde la pérdida de la otra cobertura.

Cargo máximo permitido (MAC): es una tarifa en dólares establecida que los proveedores de la red acuerdan aceptar como pago total por un servicio cubierto que le proporcionan a usted.

Máximo de gastos de su propio bolsillo: es la cantidad máxima de su parte (deducibles, coseguro y copagos) de las reclamaciones de servicios cubiertos en un plan de beneficios antes de que el Plan comience a pagar el 100% de las reclamaciones de ciertos beneficios.

Administrador del plan: es la compañía que ha sido seleccionada para administrar la operación diaria de AccessTN, lo que incluye la inscripción, el servicio de atención al cliente, la verificación de elegibilidad, los pagos de reclamaciones y la administración de atención. BlueCross and Blue Shield of Tennessee, Inc. actúa como Administrador del plan para AccessTN.

Documento del plan: es una serie conjunta de documentos, especialmente el Manual para Miembros, que proporcionan la descripción formal que regula los beneficios, las pólizas y las definiciones del plan, según los aprueba la junta de AccessTN.

Autorización previa: se refiere a una regla del Plan por la cual ciertos servicios, como las hospitalizaciones o las cirugías, deben ser aprobados previamente por el Plan para que sean cubiertos en su totalidad.

Afecciones preexistentes: son aquellas por las cuales recibió o tuvo motivo de recibir atención o tratamiento médico durante un periodo de seis meses inmediatamente antes de inscribirse en AccessTN.

Residente: se refiere a una persona que tiene un domicilio legal en Tennessee (su casa está en Tennessee). Puede quedarse en muchos lugares, pero solo puede tener un domicilio o residencia legal. Es posible que le pidamos pruebas periódicas.

Red: se refiere a todos los proveedores de salud que tienen contrato con el Plan. A los proveedores que no tienen contrato con el plan se les denomina “fuera de la red”.

Periodo de espera: es un periodo de tiempo establecido que debe esperar antes de que su plan de beneficios pague o pague el beneficio total de servicios para afecciones determinadas, como maternidad o condiciones preexistentes.

Llame al número gratuito 1-866-636-0080 si tiene preguntas o si necesita ayuda con estos documentos.

*Adjunto en el paquete de solicitud y disponible en BCBST.com y en AccessTN.gov.