

**iCoverKids puede
ayudar a los niños que
califiquen a obtener
un seguro de salud de
alta calidad sin primas
mensuales!**



**iCOVERKIDS
ES UNA BUENA
NOTICIA
PARA USTED!
¡INSCRÍBASE
YA!**

COVER+TENNESSEE

programas:

COVERTN
COVER+TENNESSEE

COVERKids
COVER+TENNESSEE

COVERRx
COVER+TENNESSEE

ACCESSoTN
COVER+TENNESSEE

Cover Tennessee ofrece seguro de salud para las personas no aseguradas en Tennessee a través de tres programas de seguros y un programa de beneficios en farmacia. CoverTN es una iniciativa para seguro de salud básico económica y transferible para pequeños negocios no asegurados. Seguro comprensivo para niños es proporcionado a través de CoverKids, y adultos y niños con enfermedades crónicas son elegibles para AccessTN. CoverRx es un programa de beneficios en farmacia a nivel estatal diseñado para asistir a quienes no tienen cobertura farmacéutica pero tienen una necesidad crítica por medicamentos. Por favor tenga en cuenta que las inscripciones para nuevos miembros en CoverTN están cerradas.

1-866-COVERTN
www.CoverTN.gov



317355
July 2011

COVERKids
COVER+TENNESSEE



**Seguro de salud
integral gratuito
para mantener
a sus niños
saludables**

1-866-620-8864
WWW.COVERKIDS.COM



Qué está cubierto

- ★ Visitas al Doctor, incluyendo chequeos
- ★ Prescripciones
- ★ Hospitalización y servicios médicos
- ★ Servicios de salud mental
- ★ Exámenes de la vista rutinarios, prueba de glaucoma, anteojos y lentes de contacto
- ★ Limpiezas dentales, rayos X y tratamientos

Quién califica

- ★ De 18 años de edad o menores
- ★ Residente de Tennessee
- ★ Ciudadano de los Estados Unidos o residente legal que califica (bebés nacidos en los Estados Unidos serán considerados ciudadanos de los Estados Unidos)
- ★ Sin seguro por lo menos tres meses antes de aplicar
- ★ No elegible para TennCare
- ★ No acceso al seguro médico de los empleados del estado
- ★ Ingreso familiar de hasta el 250% del nivel de pobreza federal (FPL)
- ★ Cobertura de Maternidad disponible para las mujeres embarazadas en o debajo de los 250% del nivel de pobreza federal que reúnan otros requisitos de elegibilidad

Costos

- ★ GRATIS para familias dentro del 250% FPL
- ★ Asequible pagos mensuales para familias por arriba del 250% FPL
- ★ Asequible Copagos basados en su grupo de ingresos

Personas en la unidad familiar	FPL a los 150% FPL	Entre 150% y 250% FPL
1	\$11,170 - \$16,755	\$16,756 - \$27,925
2	\$15,130 - \$22,695	\$22,696 - \$37,825
3	\$19,090 - \$28,635	\$28,636 - \$47,725
4	\$23,050 - \$34,575	\$34,576 - \$57,625
5	\$27,010 - \$40,515	\$40,516 - \$67,525
6	\$30,970 - \$46,455	\$46,456 - \$77,425
7	\$34,930 - \$52,395	\$52,396 - \$87,325
8	\$38,890 - \$58,335	\$58,336 - \$97,225

(2011 FPL efectivo el 3/1/12)

Cómo inscribirse

- ★ Descargue y complete una solicitud de CoverKids, o aplique en la red en www.CoverKids.com
- ★ Llame al 1-866-620-8864 para pedir que le envíen una solicitud por correo
- ★ Asegúrese de firmar y colocar la fecha en la solicitud antes de enviarla por correo
- ★ Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor llame al 1-866-620-8864

Resumen de beneficios de CoverKids

BENEFICIO	INGRESO FAMILIAR DE O MENOR AL 150% FPL	INGRESO FAMILIAR ENTRE EL 150%-250% FPL
Deducible Anual	Ninguno	Ninguno
Requisito de Condición Pre-existente	Ninguno	Ninguno
Visita al Consultorio Médico	\$5 copago PCP o por especialista	\$15 copago PCP; \$20 copago por especialista
Atención Hospitalaria	\$5 por admisión (exonerado si es readmitido dentro de las 48 horas por el mismo episodio)	\$100 por admisión (exonerado si es readmitido dentro de las 48 horas por el mismo episodio)
Medicamentos Recetados/Copagos	\$1 genéricos; \$3 marca preferida; \$5 marca no preferida	\$5 genéricos; \$20 marca preferida; \$40 marca no preferida
Maternidad	\$5 copago por OB o especialista, sólo primera visita; \$5 admisión en el hospital	\$15 copago por OB, sólo primera visita; \$20 copago por especialista; \$100 admisión en el hospital
Evaluación de Salud de Rutina e Inmunizaciones	Sin copago para servicios prestados bajo los lineamientos de American Academy of Pediatrics	Sin copago para servicios prestados bajo los lineamientos de American Academy of Pediatrics
Sala de Emergencia	\$5 copago por uso en caso de una emergencia (exonerado si es admitido); \$10 copago por uso para no-emergencias	\$50 copago por uso (exonerado si es admitido)
Cuidado Quiropráctico	\$5 copago; Visitas de mantenimiento no cubiertas cuando no es aparente o no se espera que ocurra progreso adicional	\$15 copago; Visitas de mantenimiento no cubiertas cuando no es aparente o no se espera que ocurra progreso adicional
Servicio de Ambulancia (aérea & terrestre)	Sin copago - 100% de los cargos razonables cuando el administrador de las solicitudes de prestaciones lo considere médicamente necesario	Sin copago - 100% de los cargos razonables cuando el administrador de las solicitudes de prestaciones lo considere médicamente necesario
Laboratorio y Rayos X	Sin copago - 100% del beneficio	Sin copago - 100% del beneficio
Terapia Física, del Habla y Ocupacional	\$5 copago por visita; Limitada a 52 visitas por año por tipo de terapia	\$15 copago por visita; Limitada a 52 visitas por año por tipo de terapia
Salud Mental para Pacientes Internados (requiere pre-autorización)	\$5 copago por admisión	\$100 copago por admisión
Abuso de Sustancias para Pacientes Internados (requiere pre-autorización)	\$5 copago por admisión	\$100 copago por admisión
Salud Mental/Abuso de Sustancias para Pacientes Externos (requiere pre-autorización)	\$5 copago por sesión	\$20 copago por sesión
Cuidado Dental	\$5 de copago por visita; No aplican copagos para el examen oral preventivo de rutina, rayos X y las aplicaciones de limpieza de fluoruro	\$15 de copago por visita; No aplican copagos para el examen oral preventivo de rutina, rayos X y las aplicaciones de limpieza de fluoruro
• Máximo Beneficio Anual por Niño	\$1,000	\$1,000
Servicios de Ortodoncia	\$5 co-pago	\$15 co-pago
• 12-meses de periodo de espera *		
• Máximo por Vida por Niño **	\$1,250	\$1,250
Cuidado de la Vista	Servicios preventivos (examen anual y prueba de glaucoma) - Sin copago; \$5 copago - prescripción de lentes y armazones o lentes de contacto	Servicios preventivos (examen anual y prueba de glaucoma) - Sin copago; \$15 copago - prescripción de lentes y armazones o lentes de contacto
Máximo Desembolso Anual	5% del ingreso familiar anual	5% del ingreso familiar anual

* Hay un periodo de espera de 12 meses antes que los beneficios de ortodoncia sean pagados.

** El límite máximo por vida de ortodoncia no aplica al máximo de bolsillo familiar anual.

No aplican copagos para americanos nativos/nativos de Alaska con documentos tribales reconocidos a nivel federal por debajo del 250% del FPL

VISITE WWW.COVERKIDS.COM PARA SOLICITUDES Y MAS INFORMACIÓN O LLAME AL 1-866-620-8864