



STATE OF TENNESSEE
DEPARTMENT OF FINANCE AND ADMINISTRATION
DIVISION OF HEALTH CARE FINANCE AND ADMINISTRATION
BUREAU OF TENNCARE

Aviso de Elegibilidad Presunta (PE) para Hospital

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aprobado para TennCare provisional

Lo inscribimos en TennCare Su cobertura comienza el _____.
Pronto recibirá por correo una tarjeta de TennCare. (insert date)

Esto es provisional. Solamente dura 62 días porque teníamos muy poca información sobre usted. Usted debe terminar el proceso de solicitud para que pueda conservar TennCare.

Para terminar, debe enviar la solicitud completada. También puede llamar al 1-800-318-2596 o presentar la solicitud en www.healthcare.gov. El hospital le ayudará con esto.

Tiene que enviar su solicitud completada a más tardar al final de próximo mes. ¿Y si no lo hace? Perderá su TennCare. ¡No se demore!

Negación

Lo denegamos porque:

- Sus ingresos son demasiado altos.
- Usted no vive en Tennessee.
- Usted no es ciudadano de Estados Unidos o inmigrante elegible.
- Usted no es elegible para una categoría que TennCare cubre.
- Usted no está embarazada y ya tuvo un periodo de PE de Hospital en los últimos dos años.

Usted puede presentar la solicitud otra vez. También puede solicitar otros programas. Llame al 1-800-318-2596 o presente la solicitud en www.healthcare.gov.

Employee Signature

Name of Hospital

Date

Employee Title