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

Aviso de Elegibilidad Presunta (NPE) de recién nacido

Nombre del recién nacido: _____
Fecha de nacimiento: _____

❑ Aprobado para TennCare provisional

Ya inscribimos a su recién nacido en TennCare. La cobertura de su bebé comienza el _____. Pronto usted recibirá por correo una tarjeta de
(insert date)
TennCare para su bebé.

Esto es provisional. Teníamos muy poca información sobre su bebé. Usted debe terminar el proceso de solicitud para que su bebé pueda conservar TennCare.

Para terminar, debe completar toda la solicitud de TennCare para su bebé. Llame al 1-800-318-2596 o complete la solicitud en www.healthcare.gov.

Debe completar la solicitud a más tardar a finales del mes que viene. ¿Y si no lo hace? Su bebé perderá TennCare. ¡No se demore!

❑ Negación

Le negamos TennCare a su bebé porque:

- ❑ Su ingreso es demasiado alto.
- ❑ Usted no vive en Tennessee.
- ❑ Su bebé no es ciudadano de Estados Unidos o no es un inmigrante elegible.
- ❑ Su bebé tiene más de 12 meses de edad.

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

_____	_____	_____
Firma del empleado	Nombre del hospital o centro de maternidad	Fecha