Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

[If applicable, plans should modify this chapter to include contact information for other   
health services.]

[Plans should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1". An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. Cómo comunicarse con Servicios al participante de <plan name> 3](#_Toc456356563)

[Comuníquese con Servicios al participante, si tiene: 3](#_Toc456356564)

[ Preguntas sobre el plan 3](#_Toc456356565)

[ Preguntas sobre quejas, facturas o Tarjetas de identificación para los participantes 3](#_Toc456356566)

[ Decisiones de cobertura sobre sus servicios y artículos 3](#_Toc456356567)

[ Apelaciones sobre sus servicios y artículos 4](#_Toc456356568)

[ Quejas relacionadas con sus servicios y artículos 4](#_Toc456356569)

[ Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos 4](#_Toc456356570)

[ Apelaciones sobre sus medicamentos 5](#_Toc456356571)

[ Quejas relacionadas con sus medicamentos 5](#_Toc456356572)

[ Devolución de un pago que hizo por cuidados de salud o medicamentos 5](#_Toc456356573)

[B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados 6](#_Toc456356574)

[Comuníquese con su Administrador de cuidados, si: 6](#_Toc456356575)

[ Tiene preguntas sobre sobre sus cuidados y servicios, artículos y medicamentos cubiertos 6](#_Toc456356576)

[ Necesita ayuda para programar e ir a sus citas 6](#_Toc456356577)

[ Tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 6](#_Toc456356578)

[ Quiere solicitar servicios, artículos y medicamentos 6](#_Toc456356579)

[ Quiere solicitar una re-evaluación integral o quiere hacer cambios a su Plan de servicios personalizados 6](#_Toc456356580)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 7](#_Toc456356581)

[Llame a la Línea de consejería de enfermeras, si tiene: 7](#_Toc456356582)

[ Preguntas inmediatas sobre su salud 7](#_Toc456356583)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc456356584)

[Llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento, para: 8](#_Toc456356585)

[ Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento 8](#_Toc456356586)

[ Cualquier problema que pueda tener 8](#_Toc456356587)

[E. Cómo comunicarse con el Agente de inscripción 9](#_Toc456356588)

[Llame a New York Medicaid Choice, si tiene: 9](#_Toc456356589)

[ Preguntas sobre sus opciones del Plan FIDA 9](#_Toc456356590)

[F. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP) 10](#_Toc456356591)

[Llame a HIICAP, si tiene: 10](#_Toc456356592)

[ Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare 10](#_Toc456356593)

[G. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de calidad (QIO) 11](#_Toc456356594)

[Llame a Livanta, si tiene: 11](#_Toc456356595)

[ Preguntas sobre el cuidado de su salud 11](#_Toc456356596)

[H. Cómo comunicarse con Medicare 12](#_Toc456356597)

[I. Cómo comunicarse con Medicaid 13](#_Toc456356598)

[J. Cómo comunicarse conIndependent Consumer Advocacy Network 14](#_Toc456356599)

[K. Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman del estado de New York para el cuidado de salud a largo plazo 14](#_Toc456356600)

[L. Otros recursos 15](#_Toc456356601)

Cómo comunicarse con Servicios al participante de <plan name>

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |
| POR FAX | [Fax number is optional.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [Web address is optional.] |

## Comuníquese con Servicios al participante, si tiene:

### Preguntas sobre el plan

### Preguntas sobre quejas, facturas o Tarjetas de identificación para los participantes

[If plans have different numbers for the functions listed below, plans should insert separate charts with the additional contact information.]

### Decisiones de cobertura sobre sus servicios y artículos

Una decisión de cobertura es una decisión sobre si puede obtener ciertos servicios y artículos cubiertos o sobre la cantidad de servicios y artículos que cubriremos para usted.

Llámenos o llame a su Administrador de cuidados si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura que <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) tomó sobre sus servicios y artículos.

* Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

### Apelaciones sobre sus servicios y artículos

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que nosotros o su IDT haya tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted cree que nosotros o su IDT cometimos un error.

* Para saber más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

### Quejas relacionadas con sus servicios y artículos

Usted puede presentar una queja (también llamado “hacer una denuncia”) sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluyendo un proveedor fuera o dentro de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con <plan name>. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido o presentarla a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (vea la Sección G a continuación [plans may insert reference, as applicable]).

* Nota: Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura que <plan name> o su IDT tomó sobre sus servicios o artículos, puede presentar una apelación (vea la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).

También puede enviar una queja sobre <plan name> directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

* Para saber más sobre cómo presentar una queja, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

### Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos

Una decisión de cobertura es una decisión sobre si puede obtener ciertos medicamentos cubiertos o sobre la cantidad de medicamentos que cubriremos para usted. Esto es aplicable a sus medicamentos de la Parte D, a medicamentos de receta de Medicaid y a medicamentos de Medicaid que no requieren receta médica que están cubiertos por <plan name>. Lea el Capítulo 5 y la lista de medicamentos cubiertos para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos y cómo obtener medicamentos cubiertos.

* Para saber más sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

### Apelaciones sobre sus medicamentos

Una *apelación* es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.

[Plans should include contact information for appealing Medicaid drugs and Part D drugs. If the contact information is the same, plans should modify the information so only one number is given to appeal all drugs. If applicable, explain how Medicaid drugs are labeled in the Drug List.]

* Para saber más sobre cómo apelar sobre sus medicamentos, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

### Quejas relacionadas con sus medicamentos

Usted puede presentar una queja (también llamado “hacer una denuncia”) sobre nosotros o alguna de las farmacias. Esto incluye quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.

* Nota: Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura sobre sus medicamentos de receta, puede presentar una apelación (vea la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).

Usted puede enviar una queja de <plan name> directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

### Devolución de un pago que hizo por cuidados de salud o medicamentos

Para saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].

# Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados

[Plans should include information explaining what a Care Manager is, how Participants are assigned a Care Manager, how they can contact the Care Manager, and how they can change their Care Manager.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |
| POR FAX | [Fax number is optional.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [Web address is optional.] |

## Comuníquese con su Administrador de cuidados, si:

### Tiene preguntas sobre sobre sus cuidados y servicios, artículos y medicamentos cubiertos

### Necesita ayuda para programar e ir a sus citas

### Tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

### Quiere solicitar servicios, artículos y medicamentos

### Quiere solicitar una re-evaluación integral o quiere hacer cambios a su Plan de servicios personalizados

# Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

[Plans should include information about what the Nurse Advice Call Line is.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  La Línea de consejería de enfermeras está disponible las 24 horas del día,  7 días de la semana. [Include information on the use of alternative technologies.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan Inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  La Línea de consejería de enfermeras está disponible las 24 horas del día,  7 días de la semana. |

## Llame a la Línea de consejería de enfermeras, si tiene:

### Preguntas inmediatas sobre su salud

# Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento

[Plans should only include the Behavioral Health Crisis Line if it is applicable.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## Llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento, para:

### Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento

### Cualquier problema que pueda tener

# Cómo comunicarse con el Agente de inscripción

New York Medicaid Choice es el Agente de inscripción del estado de New York para el programa FIDA. New York Medicaid Choice provee consejería gratuita sobre las opciones disponibles del Plan FIDA y puede ayudarle a inscribirse o borrarse de un Plan FIDA.

New York Medicaid Choice no está relacionado con ninguna compañía de seguros, plan de cuidados médicos administrados, ni con el Plan FIDA.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-600-FIDA Esta llamada es gratuita.  El Agente de inscripción está disponible de lunes a viernes de 8:30 am a 8:00 pm y los sábados de 10:00 am a 6:00 pm. |
| POR TTY | 1-888-329-1541 Esta llamada es gratuita.  Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | New York Medicaid Choice  P.O. Box 5081  New York, NY 10274 |
| PÁGINA WEB | http://www.nymedicaidchoice.com |

## Llame a New York Medicaid Choice, si tiene:

### Preguntas sobre sus opciones del Plan FIDA

Los consejeros de New York Medicaid le pueden:

* ayudar a entender sus derechos,
* ayudar a entender sus opciones con el Plan FIDA, ***y***
* responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo Plan FIDA.

# Cómo comunicarse con el Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP)

El Programa de asistencia de seguro de salud (SHIP) provee consejería gratuita sobre los seguros de salud para las personas que tienen Medicare. En el estado de New York, el SHIP se llama Programa de información, consejería y ayuda para los seguros de salud (HIICAP).

HIICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros, plan de cuidados médicos administrados, ni con el Plan FIDA.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-701-0501 Esta llamada es gratuita. |
| PÁGINA WEB | http://www.aging.ny.gov/healthbenefits |

También puede comunicarse con su oficina local de HIICAP directamente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OFICINA LOCAL | TELÉFONO | DIRECCIÓN |
| Nassau County | 516-485-3754 | Office of Children and Family Services 400 Oak Street Garden City, New York 11530 |
| New York City | 212-602-4180 | Department for the Aging 2 Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1392 |
| Suffolk County | 631-979-9490 | RSVP Suffolk  811 West Jericho Turnpike, Suite 103W  Smithtown, NY 11787 |
| Westchester County | 914-813-6100 | Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550 |

## Llame a HIICAP, si tiene:

### Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare

Los consejeros de HIICAP pueden:

* ayudarle a entender sus derechos,
* ayudarle a entender sus opciones del plan de Medicare, ***y***
* responderle sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo Plan de Medicare.

# Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Livanta. Este es un grupo de doctores y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. Livanta no está vinculada con nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-866-815-5440 Esta llamada es gratuita.  Livanta está disponible de lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm y sábados y domingos de 11:00 am a 3:00 pm. |
| POR TTY | [TTY/TDD phone number is optional.]  [Insert if the QIO uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | BFCC-QIO Program  9090 Junction Dr., Suite 10  Annapolis Junction, MD 20701 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | BFCCQIOArea1@livanta.com |
| PÁGINA WEB | http://bfccqioarea1.com |

## Llame a Livanta, si tiene:

### Preguntas sobre el cuidado de su salud

Usted puede presentar una queja relacionada con el cuidado que recibió, si usted:

* Tiene un problema con la calidad del cuidado de salud,
* Cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, ***o***
* Cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en un lugar con enfermeras especializadas o los servicios de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminarán demasiado pronto.

# Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, 7 días de la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| PÁGINA WEB | http://[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)  Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, residencias para personas de la tercera edad, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y sitios para diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También podrá encontrar contactos de Medicare en su estado, seleccionando “Formularios y ayuda” y luego haciendo clic en “Números telefónicos y sitios web”.  El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área:  **Buscador de planes de Medicare:** Aquí se ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos de receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Buscar planes de salud y medicamentos”.  Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad. También puede llamar a Medicare, al teléfono mencionado arriba, y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. |

# Cómo comunicarse con Medicaid

[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers for Medicaid program assistance.]

Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y respaldos a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que puede obtener de Medicaid, llame a la Línea de ayuda de Medicaid.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-541-2831 Esta llamada es gratuita.  La Línea de ayuda de Medicaid está disponible de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm y los sábados de 9:00 am a 1:00 pm. |
| POR TTY | 1-877-898-5849 Esta llamada es gratuita.  Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |

# Cómo comunicarse conIndependent Consumer Advocacy Network

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) ayuda a las personas inscriptas en un programa de FIDA a acceder servicios y artículos cubiertos, a responder preguntas sobre los cobros o a resolver otras preguntas y problemas. ICAN puede ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-844-614-8800 Esta llamada es gratuita.  ICAN está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. |
| POR TTY | Llame al 711 y siga las indicaciones para marcar 844-614-8800 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org) |
| PÁGINA WEB | <http://www.icannys.org> |

# Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman del estado de New York para el cuidado de salud a largo plazo

El Programa del Ombudsman para el cuidado de salud a largo plazo, ayuda a las personas, a aprender sobre los centros de enfermería y otros establecimientos de cuidados a largo plazo. Además, ayuda a resolver problemas entre estos lugares y los residentes o sus familias.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-342-9871 Esta llamada es gratuita. |
| PÁGINA WEB | <http://www.ltcombudsman.ny.gov> |

También puede comunicarse directamente con su ombudsman local para cuidados a largo plazo. La información de contacto para el ombudsman de su condado, se encuentra en el directorio de la siguiente página web: <http://www.ltcombudsman.ny.gov/Whois/directory.cfm>.

# Otros recursos

[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county aging and disability resource centers, choice counselors, or area agencies on aging.]