Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le facilita los datos de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder a sus preguntas sobre <plan name> y sobre sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud y otras personas que pueden actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Tabla de contenidos

[A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name> 3](#_Toc77081463)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc77081464)

[B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc77081465)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc77081466)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc77081467)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc77081468)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc77081469)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc77081470)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) 11](#_Toc77081471)

[E1. Cuándo comunicarse con el HICAP 11](#_Toc77081472)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc77081473)

[F1. Cuándo comunicarse con <State-specific QIO name> 12](#_Toc77081474)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc77081475)

[H. Cómo comunicarse con Health Care Options de Medi-Cal 14](#_Toc77081476)

[I. Cómo comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect 15](#_Toc77081477)

[J. Cómo comunicarse con Servicios Sociales de su condado 16](#_Toc77081478)

[K. Cómo comunicarse con el plan especializado de salud mental de su condado 17](#_Toc77081479)

[K1. Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado si tiene: 17](#_Toc77081480)

[L. Cómo comunicarse con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California 18](#_Toc77081481)

[M. Otros recursos 19](#_Toc77081482)

# Cómo comunicarse con Servicios al miembro 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.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder 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.] |
| POR EL SITIO WEB | [Web address is optional.] |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembro

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

* Decisiones de cobertura de su cuidado de salud
* Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión relacionada con lo siguiente:
* sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
* los importes que abonaremos en concepto de servicios de salud.
* Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de una decisión de cobertura del cuidado de su salud.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones sobre su cuidado de salud
* Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas sobre su cuidado de salud
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (de la red o de fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido, directamente a nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (consulte la Sección F a continuación [plans may insert reference, as applicable]).
* Puede llamarnos y explicarnos su queja. Llame a Servicios al miembro al <phone number>.
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).
* Puede enviar una queja sobre <plan name> a Medicare. Para ello, puede utilizar el formulario que encontrará en línea en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Puede enviar una queja sobre <plan name> al Programa Ombuds de Cal MediConnect llamando al <phone number>.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Decisiones de cobertura de medicamentos
* Una decisión de cobertura de medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
* sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
* los importes que abonaremos en concepto de medicamentos.
* Esto es aplicable a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos de receta de Medi-Cal y a los medicamentos de venta sin receta médica de Medi-Cal.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones relacionadas con sus medicamentos
* Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

[Plans should include contact information for appealing Medi-Cal 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 Medi-Cal drugs are labeled in the Drug List.]

* Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas relacionadas con sus medicamentos
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Eso incluye las quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, usted puede apelar. (Consulte la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).
* Puede enviar una queja sobre <plan name> a Medicare. Para ello, puede utilizar el formulario que encontrará en línea en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Devolución de los pagos efectuados por usted en concepto de cuidados de salud y medicamentos

[Plans with an arrangement with the state may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medi-Cal-covered benefits. Plans adding this language should include reference to the plan’s Member Services.]

* Para obtener más información sobre cómo solicitarnos la devolución de un pago que haya hecho o el abono de una factura, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].
* Si, tras pedirnos que paguemos una factura, rechazáramos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las apelaciones.

[COHS plans include the following:

* Preguntas sobre su inscripción
* Comuníquese con Servicios al miembro si quiere terminar su participación en nuestro plan o tiene otras preguntas sobre la inscripción.]

# Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

[Plans should include information explaining what a care coordinator is, how members can get a care coordinator, how they can contact the care coordinator, and how they can change their care coordinator.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder 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.] |
| POR EL SITIO WEB | [Web address is optional.] |

## B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

* Preguntas sobre su cuidado de salud
* Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
* Preguntas sobre el transporte
* Preguntas sobre los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS incluyen los Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS) y los Centros de enfermería (NF).

[Plans should include information on eligibility requirements for LTSS.]

En ocasiones, usted podrá recibir ayuda para el cuidado diario de su salud y para sus necesidades diarias. [Plans should revise this section as necessary to list the specific services that are available.]

Usted podría cumplir los requisitos necesarios para poder acceder a los siguientes servicios:

* Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS)
* Cuidado de enfermería especializada
* Fisioterapia
* Terapia ocupacional
* Terapia del habla
* Servicios médico-sociales
* Cuidados de salud en el hogar

# Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

[Plans should include a brief description and information about what the Nurse Advice Call Line is.]

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

## C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

* Preguntas sobre su cuidado de 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. If plans include a Behavioral Health Crisis Line, they should also briefly describe what it is. If there are different contact lines for mental health services and substance use services, the plans should include both lines here.]

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

## D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento

* Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y de abuso de sustancias
* [Insert when applicable: Preguntas sobre los servicios de trastorno por consumo de sustancias]
* [Plans should revise this section as necessary to list the specific services that are available.]

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios especializados de salud mental de su condado, consulte la página <page number>.

# Cómo comunicarse con el Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)

El Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare. Los consejeros del HICAP podrán responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para solucionar su problema. Este programa tiene consejeros capacitados en cada condado y sus servicios son gratuitos.

El HICAP no tiene ninguna vinculación con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

[Plans should update the table below with the contact information for the local HICAP.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)>  <Days and hours of operation> |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the HICAP uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | <Web address> |

## E1. Cuándo comunicarse con el HICAP

* Preguntas sobre su plan Cal MediConnect u otras preguntas sobre Medicare
* Los consejeros de HICAP podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
* entender sus derechos,
* comprender las opciones de su plan,
* presentar quejas sobre sus cuidados de salud o tratamientos, **y**
* resolver problemas con sus facturas.

# Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada <State-specific QIO name>. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la asistencia a los miembros de Medicare.<State-specific QIO name> no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the QIO uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | <Web address> |

## F1. Cuándo comunicarse con <State-specific QIO name>

* Preguntas sobre su cuidado de salud
* Usted puede presentar una queja relacionada con el cuidado recibido, 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 centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

# Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare es CMS (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  Las llamadas son gratuitas y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR EL SITIO WEB | [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)  Este es el sitio web oficial de Medicare. En él se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas de la tercera edad, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.  Aquí encontrará sitios web y números de teléfono que pueden resultarle útiles, así como folletos que usted podrá imprimir desde su computadora.  Si no dispone de computadora, acuda a la biblioteca o al centro para personas mayores de su localidad, donde podrá visitar el sitio web utilizando las computadoras disponibles en sus instalaciones. También puede llamar a Medicare, al teléfono mencionado arriba, y decirles lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. |

# Cómo comunicarse con Health Care Options de Medi-Cal

[COHS plans should delete this section.]

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

Health Care Options de Medi-Cal puede ayudarlo si tiene preguntas sobre la selección de un plan Cal MediConnect u otros problemas con la inscripción.

[If applicable, plans may also inform members that they can get information about Cal MediConnect from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-844-580-7272  Los representantes de Health Care Options están disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. |
| POR TTY | 1-800-430-7077  Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | California Department of Health Care Services  Health Care Options  P.O. Box 989009  West Sacramento, CA 95798-9850 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es](https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es) |

# Cómo comunicarse con el Programa Ombuds de Cal MediConnect

El Programa Ombuds de Cal MediConnect actúa como defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer. El Programa Ombuds de Cal MediConnect también puede ayudarlo con problemas del servicio o de facturación. El Programa Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-501-3077 Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | <Web address> |

# Cómo comunicarse con Servicios Sociales de su condado

Si necesita ayuda con sus [plans should insert reference to particular services for which County Social Services provides assistance, as applicable] beneficios, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado. [Plans should include additional language about relevant services if applicable.]

[Plans should update the table below with the contact information for the local county social services department.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the program uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | <Web address> |

# Cómo comunicarse con el plan especializado de salud mental de su condado

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles mediante el plan de salud mental (MHP) del condado si usted cumple con los criterios de necesidad médica.

[Plans should update the table below with the contact information for the local MHP.]

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

## K1. Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado si tiene:

* Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento que brinda el condado

[Plans should revise this section as necessary to list the specific services that are available.]

[Plans with Medi-Cal products not subject to Knox-Keene licensure requirements should delete this section.]

# Cómo comunicarse con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El centro de ayuda del DMHC puede ayudarlo con las apelaciones y quejas contra su plan de salud en relación con los servicios de Medi-Cal.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-888-466-2219  Los representantes del DMHC están disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. |
| POR TDD | 1-877-688-9891  Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | Help Center  California Department of Managed Health Care  980 Ninth Street, Suite 500  Sacramento, CA 95814-2725 |
| POR FAX | 1-916-255-5241 |
| POR EL SITIO WEB | [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov/) |

# 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. Plans should format consistently with other sections and include a brief description and information about any other resources they add.]