Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le ofrece información de contacto sobre recursos importantes que pueden ayudar a responder sus preguntas sobre <plan name> y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo contactar a su Administrador de cuidados y otros que pueden abogar en su nombre. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*

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

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

[*The plan 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 Contenido**

[A. Cómo comunicarse con Servicios al participante de <plan name> 3](#_Toc48641147)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al participante 3](#_Toc48641148)

[B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados 6](#_Toc48641149)

[B1. Cuándo comunicarse con su Administrador de cuidados 6](#_Toc48641150)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 7](#_Toc48641151)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 7](#_Toc48641152)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc48641153)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc48641154)

[E. Cómo comunicarse con New York Medicaid Choice 9](#_Toc48641155)

[F. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP) 10](#_Toc48641156)

[F1. Cuándo comunicarse con HIICAP 11](#_Toc48641157)

[G. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc48641158)

[G1. Cuándo comunicarse con Livanta 12](#_Toc48641159)

[H. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc48641160)

[I. Cómo comunicarse con Medicaid 14](#_Toc48641161)

[J. Cómo comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) 15](#_Toc48641162)

[K. Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman del estado de New York para el cuidado de salud a largo plazo 16](#_Toc48641163)

[L. Cómo comunicarse con la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities [OPWDD]) y las oficinas regionales para discapacidades del desarrollo (Developmental Disability Regional Offices [DDROs]) 17](#_Toc48641164)

[M. Otros recursos 18](#_Toc48641165)

[M1. Miembros de la clase Willowbrook 18](#_Toc48641166)

# A. 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 phone number> Esta llamada es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas para oir 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.] |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al participante

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre quejas, facturas o tarjetas de identificación de participante

[If the plan has different numbers for the functions listed below, the plan 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 ciertos 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 [plan 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 [plan may insert reference, as applicable].
* Reclamos relacionados con sus servicios y artículos
* Usted puede presentar un reclamo (también llamado “presentar una queja”) 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 un reclamo sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido o presentarla a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) (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 (lea la sección anterior [plan may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar un reclamo sobre <plan name> directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.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 un reclamo, lea el Capítulo 9 [plan 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 de venta sin receta médica que están cubiertos por <plan name>. Lea el capítulo 5 y la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) 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 [plan may insert reference, as applicable].
* Apelaciones sobre sus medicamentos
* Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

[The plan should include contact information for appealing Medicaid drugs and Part D drugs. If the contact information is the same, the plan 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 [plan may insert reference, as applicable].
* Reclamos relacionados con sus medicamentos
* Usted puede presentar un reclamo (también llamado “presentar una queja”) sobre nosotros o alguna de las farmacias. Esto incluye reclamos relacionados 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 (Vaya a la sección anterior [plan may insert reference, as applicable]).
* Usted puede enviar un reclamo de <plan name> directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.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 un reclamo por sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plan 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 [plan may insert reference, as applicable].

# B. Cómo comunicarse con su Administrador de cuidados

[The plan 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 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 para oír 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.] |

## B1. Cuándo comunicarse con su Administrador de cuidados

* 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 pedir servicios, artículos y medicamentos
* Quiere pedir una reevaluación integral o quiere hacer cambios a su Plan de vida

# C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

[Plan should include a brief description and 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 a 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 phone number> Esta llamada es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas para oír 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 a la semana. |

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

* Preguntas inmediatas sobre su salud

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

[Plan should only include the Behavioral Health Crisis Line if it is applicable*. If the plan includes a Behavioral Health Crisis Line, it should also briefly describe what it is*.]

|  |  |
| --- | --- |
| 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 phone number> Esta llamada es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Para 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 servicios de salud del comportamiento
* Cualquier problema que pueda tener
* [*Insert when applicable:* Preguntas sobre los servicios de trastornos por uso de sustancias]

# E. Cómo comunicarse con New York Medicaid Choice

New York Medicaid Choice es el agente de inscripción del estado de New York para el programa FIDA-IDD. New York Medicaid Choice puede ayudarle a inscribirse o borrarse del Plan FIDA-IDD. Los consejeros de New York Medicaid Choice también pueden ayudarle a entender sus derechos.

New York Medicaid Choice no está relacionado con ninguna compañía de seguros, plan de cuidado administrado, ni con este Plan FIDA-IDD.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-844-343-2433 Esta llamada es gratuita.  New York Medicaid Choice 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 personas con problemas para oír 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 | [www.nymedicaidchoice.com/?language=es](http://www.nymedicaidchoice.com/?language=es) |

# F. 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 seguros de salud (HIICAP).

HIICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros, plan de cuidado administrado, ni con el Plan FIDA-IDD.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-701-0501 Esta llamada es gratuita. |
| PÁGINA WEB | [aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap](https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap) |

También puede comunicarse con su oficina local de HIICAP directamente:

| OFICINA LOCAL | TELÉFONO | DIRECCIÓN |
| --- | --- | --- |
| Nassau County | 516-485-3754 | Family and Children’s Association 400 Oak Street, Suite 104 Garden City, New York 11530 |
| New York City | 212-602-4180 | Department for the Aging 2 Lafayette Street, 7th Floor New York, NY 10007-1392 |
| Rockland County | 845-364-2118 | Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Rd, Building B Pomona, NY 10970-0350 |
| Suffolk County | 631-979-9490 Ext. 14 | RSVP Suffolk 811 West Jericho Turnpike, Suite 103W Smithtown, NY 11787 |
| Westchester County | 914-813-6100 | Department of Senior Programs  9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550 |

## F1. Cuándo comunicarse con HIICAP

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros de HIICAP pueden responder a sus preguntas sobre cambiar a un nuevo plan y podrán ayudarle a:
* entender sus derechos **y**
* entender sus opciones del plan de Medicare.

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

Nuestro estado cuenta con una QIO 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 las personas con Medicare. Livanta no está vinculada con nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-866-815-5440 Esta llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-866-868-2289  Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | Livanta QIO  10820 Guilford Rd., Suite 202  Annapolis Junction, MD 20701 |
| PÁGINA WEB | [www.livantaqio.com/es](http://www.livantaqio.com/es) |

## G1. Cuándo comunicarse con Livanta

* 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 centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

# H. 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 de 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 al día, 7 días de la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| PÁGINA WEB | [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/)  Este es el sitio web oficial de Medicare. Aquí encuentra información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También podrá encontrar contactos de Medicare en su estado, seleccionando “Formularios, ayuda y recursos” 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”.  Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en su biblioteca local o centro comunitario para la tercera edad. También puede llamar a Medicare al teléfono mencionado arriba, y decirles qué está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. |

# I. Cómo comunicarse con Medicaid

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

Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y LTSS 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 personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |

# J. Cómo comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

ICAN ayuda a las personas inscriptas en el programa de FIDA-IDD y es un programa ombudsman que funciona para abogar en su nombre. Ellos pueden responder sus preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarle a entender lo que tiene que hacer. Ellos no están conectados con nuestro plan o con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | [icannys.org/get-help/help-spanish](https://icannys.org/get-help/help-spanish/) |

# K. 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 es un programa ombudsman que ayuda a las personas, a enterarse sobre los hogares para personas de la tercera edad 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 Ésta llamada es gratuita. |
| PÁGINA WEB | [www.ltcombudsman.ny.gov](https://www.ltcombudsman.ny.gov) |

También puede comunicarse directamente con su ombudsman local para cuidados a largo plazo. Puede encontrar la información de contacto para el ombudsman de su condado en la siguiente página web: [www.aging.ny.gov/locationsearch/ombudsmen](https://aging.ny.gov/locationsearch/ombudsmen).

# L. Cómo comunicarse con la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities [OPWDD]) y las oficinas regionales para discapacidades del desarrollo (Developmental Disability Regional Offices [DDROs])

OPWDD ofrece respaldos y servicios para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de OPWDD, usted puede comunicarse con su DDRO local o llame a la línea de información.

DDRO:

* Si usted vive en el Bronx o en el condado de New York   
  (Manhattan), llame al 1-646-766-3466
* Si usted vive en el condado de Kings, llame al 1-718-642-6000
* Si usted vive en el condado de Queens, llame al 1-718-217-4242
* Si usted vive en el condado de Richmond, llame al 1-718-983-5200
* Si usted vive en los condados de Nassau o Suffolk, llame al 1-631-434-6100
* Si usted vive en los condados de Rockland o Westchester,   
  llame al 1-845-947-6100

Línea de información gratuita de OPWDD 1-866-946-9733

* Las personas con dificultades para oír deben usar NY Relay System 711

# M. Otros recursos

[The plan may insert this section to provide additional information resources, such as county aging and disability resource centers, choice counselors, or area agencies on aging. Plan should format consistently with other sections and include a brief description and information about any other resources they add.]

## M1. Miembros de la clase Willowbrook

Si es un miembro de la clase Willowbrook, usted puede tener un co-representante o ser representado únicamente por Consumer Advisory Board (CAB, Consejo asesor del consumidor). Como miembro de la clase usted podrá elegir entre la co-representación de un miembro de su familia o el CAB o, usted podrá tener un miembro de su familia como representante único. Si bien su familia puede ser su representante único, sería conveniente que CAB actúe como co-representante. Usted también puede ser su propio defensor y actuar como su propio corresponsal.

Para más información, llame al: 518-473-6026.