Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder a sus preguntas sobre <plan name> y sus beneficios de cuidado de salud. Usted puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de cuidados y otros que pueden abogar en su nombre. Palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabética en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

[Plan should refer members 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[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 miembro de <plan name> 3](#_Toc47082762)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc47082763)

[B. Cómo comunicarse con su administrador de cuidados 7](#_Toc47082764)

[B1. Cuándo comunicarse con su administrador de cuidados 7](#_Toc47082765)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc47082766)

[C1. Cuándo llamar a la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc47082767)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc47082768)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento: 10](#_Toc47082769)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) 11](#_Toc47082770)

[E1. Cuándo hablar con un consejero de SHIP 11](#_Toc47082771)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc47082772)

[F1. Cuándo comunicarse con <state-specific QIO name> 12](#_Toc47082773)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc47082774)

[H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid 14](#_Toc47082775)

[I. Cómo comunicarse con el Defensor del cuidado de salud RIPIN 15](#_Toc47082776)

[J. Cómo comunicarse con la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo 16](#_Toc47082777)

[K. Otros recursos 17](#_Toc47082778)

# A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name>

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <toll-free number> Esta llamada es gratuita.  <days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos 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 las 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.] |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

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

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

* Preguntas sobre decisiones de cobertura
* Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:

– sus beneficios y servicios cubiertos, **o**

* sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud.
* Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud.
* Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Apelaciones sobre el cuidado de su salud
* Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
* Para saber más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Quejas sobre el cuidado de su salud
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor de servicios de salud, (incluyendo un proveedor fuera de la red o dentro de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. 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 Calidad (vea la Sección F a continuación).
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud, puede presentar una apelación (vea la sección anterior [plan may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar una queja 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 teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Para saber más sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Decisiones de cobertura de sus medicamentos
* Una decisión de cobertura de sus medicamentos es una decisión sobre:
* sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
* la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
* Esto es aplicable a sus medicamentos de la Parte D, a medicamentos de receta de Rhode Island Medicaid y a medicamentos de venta sin receta médica de Rhode Island Medicaid.
* 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.

[Plan should include contact information for appealing Medicaid drugs and Part D drugs. If the contact information is the same, 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 por pagos de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Quejas relacionadas con sus medicamentos
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquiera de las farmacias de nuestra red. Esto incluye quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, usted puede apelar. (Lea la sección anterior [plan may insert reference, as applicable].)
* Usted puede enviar una queja de <plan name> directamente a Medicare. Puede usar el formulario por Internet [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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 una queja por sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Reembolso de un pago que hizo por cuidados o medicamentos

[If the plan has an arrangement with the state, it may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits. Plan adding this language should include reference to the plan’s *Member Services*.]

* Para saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que paguemos una factura que recibió, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].
* Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las apelaciones.

# B. Cómo comunicarse con su administrador de cuidados

[The plan should include information explaining what a care manager is, how members can get a care manager, and how they can change their care manager. If the plan does not offer a care manager, they should instruct members to contact the Nurse Advice Call Line or other appropriate number.]

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 las 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

* Preguntas sobre el cuidado de su salud
* Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

[Plan 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. [Plan should revise this section as necessary to list the specific services that are available.] Usted podría ser elegible para obtener los siguientes servicios:

* Cuidado de enfermeras especializadas
* Terapia física
* Terapia ocupacional
* Terapia del lenguaje
* Servicios sociales médicos
* Cuidado de salud en el hogar

# 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.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Tenemos servicios de gratuitos 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 las personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## C1. Cuándo llamar a la Línea de consejería de enfermeras

* Preguntas sobre el cuidado de 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 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 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 las 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 los servicios de salud conductual
* [Insert when applicable: Preguntas sobre los servicios de trastornos por uso de substancia]

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

El Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP, por sus siglas en inglés) ofrece consejos gratuitos sobre el seguro de salud a las personas con Medicare. En Rhode Island, usted puede obtener un referido para un consejero de SHIP llamando a The POINT.

The POINT no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-401-462-4444 o 2-1-1 |
| TTY | 711  [Insert if the SHIP uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | United Way of RI, 50 Valley Street, Providence, RI 02909 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |

## E1. Cuándo hablar con un consejero de SHIP

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros de SHIP podrán responder a sus preguntas sobre cambiar a un nuevo plan y podrán ayudarle a:
* entender sus derechos,
* entender las opciones de su plan,
* presentar quejas sobre el cuidado de su salud o tratamientos, **y**
* resolver problemas con sus facturas

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

Nuestro estado cuenta con una organización llamada <state-specific QIO name>. 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. <State-specific QIO name> no está vinculado 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 las personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | <Mailing Address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | <Web address> |

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

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

# G. 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 CMS (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  Las llamadas 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 oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| PÁGINA WEB | [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov/)  Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, centros de enfermería, 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”.  Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en su biblioteca local o centro de enfermería especializada. Allí le ayudarán a visitar este sitio web usando sus computadoras. 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. |

# H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid

[Plan must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state.]

[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]

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

Medicaid ofrece ayuda con servicios de cuidados de salud y servicios y respaldos a largo plazo y ofrece ayuda para cubrir costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que usted recibe de Medicaid, llame a Rhode Island Medicaid.

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

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-697-4347 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [www.eohhs.ri.gov](http://www.eohhs.ri.gov/) |

# I. Cómo comunicarse con el Defensor del cuidado de salud RIPIN

El Defensor del cuidado de salud RIPIN funciona como un defensor en su nombre. Puede responder a preguntas si usted tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender lo que tiene que hacer. El Defensor del cuidado de salud RIPIN también ayuda a las personas inscritas en <plan name> que tienen problemas con servicios de salud o con facturas. El Defensor no está conectado con nuestro plan de salud ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-747-3224 |
| POR TTY | 711  [Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | 300 Jefferson Boulevard, Warwick, RI 02888 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [HealthcareAdvocate@ripin.org](mailto:HealthcareAdvocate@ripin.org) |
| PÁGINA WEB | [www.ripin.org/healthcareadvocate/](http://www.ripin.org/healthcareadvocate) |

# J. Cómo comunicarse con la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo

La Alianza para un mejor cuidado a largo plazo, es un programa de ombudsman que ayuda a las personas a conocer sobre los hogares para personas de la tercera edad y otros ambientes donde se recibe cuidado de salud a largo plazo. Además, ayuda a resolver problemas entre estos lugares y los residentes o sus familias.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-401-785-3340 ó 1-888-351-0808 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the *LTC ombudsman program* uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oír o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | 422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [www.alliancebltc.com/](http://www.alliancebltc.com/) |

# K. Otros recursos

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