Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre <plan name> y 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 otros que pueden abogar en su nombre. 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, “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.]

[*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 Contenido

[A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name> 3](#_Toc50025160)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc50025161)

[B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc50025162)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc50025163)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc50025164)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc50025165)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc50025166)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc50025167)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) 11](#_Toc50025168)

[E1. Cuándo comunicarse con HICAP 11](#_Toc50025169)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc50025170)

[F1. Cuándo comunicarse con <State-specific QIO name> 12](#_Toc50025171)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc50025172)

[H. Cómo comunicarse con Medi-Cal Health Care Options 14](#_Toc50025173)

[I. Cómo comunicarse con el Programa de Ombuds de Cal MediConnect 15](#_Toc50025174)

[J. Cómo comunicarse con Servicios sociales de su condado 16](#_Toc50025175)

[K. Cómo comunicarse con el Plan especializado de salud mental de su condado 17](#_Toc50025176)

[K1. Comuníquese con el plan especializado de salud mental de su condado, si usted tiene: 17](#_Toc50025177)

[L. Cómo comunicarse con el Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California 18](#_Toc50025178)

[M. Otros recursos 19](#_Toc50025179)

# A. 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.]  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 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.] |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre quejas, facturas 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.]

* Preguntas sobre decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
* 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 [plans 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 [plans 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 Fa continuación [plans may insert reference, as applicable]).
* Usted puede llamarnos y explicar su queja. Llame a Servicios al miembro al <phone number>.
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud, puede presentar una apelación (lea la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar una queja sobre <plan name> 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.
* Usted puede presentar una queja sobre <plan name> ante el Programa de Ombuds de Cal MediConnect llamando al <phone number>.
* Para saber más sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, lea el Capítulo 9 [plans 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 Medi-Cal y a medicamentos de venta sin receta médica de Medi-Cal.
* 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 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 saber más sobre cómo apelar por pagos de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas relacionadas con sus medicamentos
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. 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 [plans may insert reference, as applicable].)
* Usted puede enviar una queja de <plan name> 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 una queja por sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o 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 saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que paguemos una factura que recibió, lea el Capítulo 7 [plans 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 [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 desea cancelar su inscripción en nuestro plan o si tiene alguna pregunta sobre su inscripción.]

# B. 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.]  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 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.] |

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

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

Los LTSS incluyen Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS), Programas de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) [Plan shall change Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) to the term Planificación y administración de cuidado (CPM), once the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care] 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 ser elegible para obtener los siguientes servicios:

* Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS),
* Programas de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) [Plan shall change Programa de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) to the term Planificación y administración de cuidado (CPM) once the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care],
* Cuidado de enfermería especializada,
* Terapia física,
* Terapia ocupacional,
* Terapia del lenguaje,
* Servicios médico-sociales, **y**
* Cuidado de salud en el hogar.

# C. 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.]  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 escuchar o para hablar. Para 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 el cuidado de su salud

# D. 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.]  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 escuchar 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 del comportamiento y el abuso de sustancias
* [Insert when applicable: Preguntas sobre el transtorno por el uso de sustancias]
* [Plans should revise this section as necessary to list the specific services that are available.]

Si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental en su condado, vaya a la página <page number>.

# E. 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 consejos gratuitos sobre seguros de salud a las personas con Medicare. Los consejeros de HICAP podrán responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué puede hacer para resolver su problema. HICAP tiene consejeros entrenados en cada condado y los servicios son gratuitos.

HICAP no está relacionado 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 las personas con problemas para escuchar 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> |

## E1. Cuándo comunicarse con HICAP

* Preguntas sobre su plan Cal MediConnect o sobre Medicare
* Los consejeros de HICAP podrán: responder a sus preguntas sobre el cambio o un nuevo plan y 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 escuchar 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, 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 | [[es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/)](https://es.medicare.gov/)  Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí 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 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 para personas de la tercera edad. 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 Medi-Cal Health Care Options

[**COHS plans should delete this section.**]

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

Medi-Cal Health Care Options podrá ayudarle si usted tiene preguntas sobre cómo elegir un plan Cal MediConnect o si tiene otras preguntas sobre 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., lunes a viernes. |
| POR TTY | 1-800-430-7077  Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para 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.] |
| PÁGINA WEB | [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es](https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es) |

# I. Cómo comunicarse con el Programa de Ombuds de Cal MediConnect

El Programa del Ombuds de Cal MediConnect funciona para abogar en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y le ayudarán a entender qué hacer. El Programa del Ombuds de Cal MediConnect puede ayudarle a resolver problemas relacionados con servicios o con facturas. También El Programa de Ombuds de Cal MediConnect no está vinculado con nuestro plan, ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios so 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 las personas con problemas para escuchar 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> |

# J. Cómo comunicarse con Servicios sociales de su condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de [*plans should insert reference to particular services for which County Social Services provides assistance, as applicable*], comuníquese con Servicios sociales en 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 las personas con problemas para escuchar 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> |

# K. Cómo comunicarse con el Plan especializado de salud mental de su condado

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP), 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.]  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 escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## K1. Comuníquese con el plan especializado de salud mental de su condado, si usted tiene:

* Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento proporcionados por 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.]

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

El Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California (DMHC) es responsable de regular los planes de salud. El Centro de asistencia de DMHC le puede ayudar con las apelaciones y quejas que tenga, sobre los servicios de Medi-Cal, en contra de su plan de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-888-466-2219  Los representantes de DMHC están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. |
| POR TTY | 1-877-688-9891  Este número es para las personas con problemas para escuchar o para hablar. Para 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 |
| PÁGINA WEB | [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) |

# M. 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.]