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](#_Toc138237615)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc138237616)

[B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc138237617)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc138237618)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc138237619)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc138237620)

[D. [*Optional:* Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento] 10](#_Toc138237621)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc138237622)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) 11](#_Toc138237623)

[E1. Cuándo comunicarse con el SHIP 11](#_Toc138237624)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc138237625)

[F1. Cuándo comunicarse con <State-specific QIO name> 12](#_Toc138237626)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc138237627)

[H. Cómo comunicarse con Medicaid 14](#_Toc138237628)

[I. Cómo comunicarse con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois 15](#_Toc138237629)

[J. Cómo comunicarse con el Programa de Ombudsman para el Cuidado en el Hogar de Illinois 16](#_Toc138237630)

[K. Otros recursos 17](#_Toc138237631)

# 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 | <Phone number(s)> 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> |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

* preguntas sobre el plan
* preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas identificación de miembro de <plan name>

[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 de su cuidado de 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, incluidos los proveedores de la red o 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]).
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede apelar. (Consulte la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar una queja sobre <plan name> directamente 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 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 Medicaid y a los medicamentos de venta sin receta médica de Medicaid.
* 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 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 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 una 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]).
* También puede enviar una queja sobre <plan name> directamente 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 Medicaid-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.

# Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

[Plans should replace “care coordinator” with the term used by the plan/state. 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, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)
* si su proveedor o coordinador de cuidado de salud cree que usted puede ser elegible para recibir cuidado a largo plazo o respaldos y servicios adicionales para permanecer en su casa, lo remitirá a una agencia que decidirá si usted es elegible para dichos servicios.

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.] Es posible que reciba estos servicios:

* cuidado de enfermería especializada
* asistente personal
* ama de casa
* cuidado de día para adultos
* sistema de respuesta a emergencias en el hogar
* fisioterapia
* terapia ocupacional
* terapia del lenguaje
* 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

# D. [*Optional:* 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.*]

| 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

[*Plans should include information on what members should call the behavioral health crisis line about*]

* preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento
* [*Insert when applicable:* preguntas sobre los servicios de trastorno por consumo de sustancias]

# Cómo comunicarse con el Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP)

El Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare.El SHIP no tiene vinculación con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-888-206-1327 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR CORREO | Senior Health Insurance Program  Illinois Department on Aging  One Natural Resources Way, Suite 100  Springfield, IL 62702-1271 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [AGING.SHIP@illinois.gov](mailto:AGING.SHIP@illinois.gov) |
| POR EL SITIO WEB | [www.ilaging.illinois.gov/ship](https://ilaging.illinois.gov/ship.html) |

## E1. Cuándo comunicarse con el SHIP

* preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros del SHIP podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:
* entender sus derechos,
* comprender las opciones de su plan,
* obtener respuestas a sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo,
* 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 y 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 Medicaid

Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios y respaldos a largo plazo, así como para cubrir los costos en el caso de las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, llame a la Línea de ayuda al cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

[If applicable, plans 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 | 1-800-843-6154 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-866-324-5553 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [DHS.WebBits@illinois.gov](mailto:DHS.WebBits@illinois.gov) |
| POR EL SITIO WEB | [www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=70728](http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=70728) |

# Cómo comunicarse con la Línea directa de beneficios de salud de Illinois

La Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Cuidados de Salud y Servicios Familiares de Illinois brinda información general sobre los beneficios de Medicaid.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-226-0768 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-877-204-1012 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR EL SITIO WEB | [www.hfs.illinois.gov](http://www.hfs.illinois.gov)  Este es el sitio web oficial de Medicaid. En él, se ofrece información actualizada sobre Medicaid. |

# Cómo comunicarse con el Programa de Ombudsman para el Cuidado en el Hogar de Illinois

El Programa de Ombudsman para el Cuidado en el Hogar de Illinois es un programa que 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. También puede ayudarlo a presentar una queja o una apelación ante su plan. El Programa de Ombudsman para el Cuidado en el Hogar de Illinois no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-888-206-1327 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR CORREO | Home Care Ombudsman Program  Illinois Department on Aging  One Natural Resources Way, Suite 100  Springfield, IL 62702-1271 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Aging.HCOProgram@illinois.gov](mailto:Aging.HCOProgram@illinois.gov) |
| POR EL SITIO WEB | [www.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx](https://www2.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx) |

# Otros recursos

[Plans should provide information on additional resources, including county aging and disability resource centers, choice counselors, enrollment brokers, and area agencies on aging. Plans should format consistently with other sections and include a brief description and information about any other resources they add.]