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 administrador de cuidados 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 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, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” 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 contenidos

[A. Cómo comunicarse con Servicios al participante de <plan name> 3](#_Toc77323463)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al participante 3](#_Toc77323464)

[B. Cómo comunicarse con su administrador de cuidados 6](#_Toc77323465)

[B1. Cuándo comunicarse con su administrador de cuidados 6](#_Toc77323466)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 7](#_Toc77323467)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 7](#_Toc77323468)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc77323469)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc77323470)

[E. Cómo comunicarse con New York Medicaid Choice 9](#_Toc77323471)

[F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) 10](#_Toc77323472)

[F1. Cuándo comunicarse con el HIICAP 11](#_Toc77323473)

[G. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc77323474)

[G1. Cuándo comunicarse con Livanta 12](#_Toc77323475)

[H. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc77323476)

[I. Cómo comunicarse con Medicaid 14](#_Toc77323477)

[J. Cómo comunicarse con la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) 15](#_Toc77323478)

[K. Cómo comunicarse con el Ombudsman para el Cuidado de Salud a Largo Plazo del estado de New York 16](#_Toc77323479)

[L. Cómo comunicarse con la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) y las oficinas regionales de discapacidades en el desarrollo (DDRO) 17](#_Toc77323480)

[M. Otros recursos 18](#_Toc77323481)

[M1. Miembros de la clase Willowbrook 18](#_Toc77323482)

# 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.]  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 participante

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre reclamos, facturación 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 relacionada con lo siguiente:
* si puede obtener determinados servicios y artículos cubiertos, **o**
* qué cantidad de determinados servicios y artículos cubiertos puede obtener.
* Llámenos o llame al administrador de cuidados si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura que haya tomado <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) respecto de sus servicios y artículos.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Apelaciones relacionadas con sus servicios y artículos
* Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado nosotros o su IDT sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que nosotros o el IDT cometimos un error.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Reclamos sobre sus servicios y artículos
* Usted puede presentar un reclamo (lo que también se conoce como “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 <plan name>. También puede presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido, directamente a nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) (consulte la Sección G a continuación [plan may insert a reference, as applicable]).
* Nota: Si no está de acuerdo con alguna decisión de cobertura que haya tomado <plan name> o su IDT acerca de sus servicios y artículos, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior[plan may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar un reclamo 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 un reclamo, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Decisiones de cobertura de medicamentos
* Una decisión de cobertura es una decisión sobre lo siguiente:
* si puede obtener determinados medicamentos cubiertos **o**
* qué cantidad puede obtener de un medicamento cubierto determinado.
* 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 de Medicaid de acuerdo con la cobertura de <plan name>. Consulte el Capítulo 5 y la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos)para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos y sobre cómo obtener medicamentos cubiertos.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Apelaciones relacionadas con 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 obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Reclamos sobre sus medicamentos
* Usted puede presentar un reclamo (lo que también se conoce como “presentar una queja”) sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye los reclamos relacionados con sus medicamentos de receta.
* **Nota:** Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos de receta, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior[plan may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar un reclamo 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 un reclamo sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Devolución de los pagos efectuados por usted en concepto de cuidados de salud y medicamentos
* Para saber cómo solicitarnos que le devolvamos lo que usted pagó, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable].

# 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.]  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 administrador de cuidados

* Preguntas sobre su cuidado y sus servicios, artículos y medicamentos cubiertos
* Ayuda para programar citas y asistir a ellas
* Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)
* Solicitud de servicios, artículos y medicamentos
* Solicitud de una reevaluación integral o de cambios en el Plan de vida

# 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, los 7 días de la semana. [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.]  La Línea de consejería de enfermeras está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. |

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

* Preguntas inmediatas sobre su salud

# 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.]  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> |

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

* Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento
* Cualquier problema por el que esté atravesando
* [Insert when applicable: Preguntas sobre los servicios de trastorno por consumo de sustancias]

# Cómo comunicarse con New York Medicaid Choice

New York Medicaid Choice es el agente de inscripción al programa FIDA-IDD (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid) del estado de New York y puede ayudarlo a inscribirse o cancelar su inscripción en el plan FIDA-IDD. Los consejeros de New York Medicaid Choice también pueden ayudarlo a comprender sus derechos.

New York Medicaid Choice no tiene vinculación con ninguna compañía de seguros, plan de cuidado administrado o este plan FIDA-IDD.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-844-343-2433 Esta llamada es gratuita.  New York Medicaid Choice está disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. |
| POR TTY | 1-888-329-1541 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 CORREO | New York Medicaid Choice  P.O. Box 5081  New York, NY 10274 |
| POR EL SITIO WEB | [www.nymedicaidchoice.com/?language=es](http://www.nymedicaidchoice.com/?language=es) |

# Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP).

El HIICAP no está vinculado con ninguna compañía de seguros, plan de cuidado administrado o plan FIDA-IDD.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-701-0501 Esta llamada es gratuita. |
| POR EL SITIO 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 del HIICAP directamente:

| **OFICINA LOCAL** | **POR TELÉFONO** | **POR CORREO** |
| --- | --- | --- |
| 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  Int. 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 el HIICAP

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros del HIICAP podrán responder a sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo de Medicare y ayudarlo a:
* entender sus derechos **y**
* comprender las opciones de su plan de Medicare.

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

Nuestro estado tiene una QIO llamada Livanta. 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.Livanta no tiene ninguna vinculación 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 de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | Livanta QIO  10820 Guilford Rd., Suite 202  Annapolis Junction, MD 20701 |
| POR EL SITIO WEB | [www.livantaqio.com/es](https://www.livantaqio.com/es) |

## G1. Cuándo comunicarse con Livanta

* 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](https://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 Medicaid

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

Medicaid ofrece ayuda con los costos médicos y de LTSS para las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe 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 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. |
| POR TTY | 1-877-898-5849 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. |

# Cómo comunicarse con la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

La ICAN ayuda a las personas inscritas en el plan FIDA-IDD y 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 ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas con el servicio o la facturación. No tiene ninguna vinculación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-844-614-8800 Esta llamada es gratuita.  La ICAN está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. |
| POR TTY | Debe llamar al 711 y seguir las instrucciones para comunicarse con el 844-614-8800. |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org) |
| POR EL SITIO WEB | [icannys.org/get-help/help-spanish](https://icannys.org/get-help/help-spanish) |

# Cómo comunicarse con el Ombudsman para el Cuidado de Salud a Largo Plazo del estado de New York

El Programa de Ombudsman para el Cuidado de Salud a Largo Plazo es un programa que ayuda a que las personas obtengan información sobre los hogares para personas de la tercera edad y otros establecimientos de cuidado a largo plazo. Asimismo, ayuda en la resolución de problemas entre estos centros y los residentes o sus familias.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-342-9871 Esta llamada es gratuita. |
| POR EL SITIO WEB | [www.ltcombudsman.ny.gov](http://www.ltcombudsman.ny.gov) |

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

# Cómo comunicarse con la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) y las oficinas regionales de discapacidades en el desarrollo (DDRO)

La OPWDD brinda respaldos y servicios para las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo. Si tiene preguntas sobre los servicios de la OPWDD, puede comunicarse con su DDRO local o llamar a la línea informativa.

DDRO

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

Línea informativa gratuita de la OPWDD 1-866-946-9733

* Si tiene dificultades auditivas, use el sistema New York Relay 711

# 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 usted es miembro de la clase Willowbrook, puede tener un correpresentante o ser representado únicamente por el Consejo Asesor del Consumidor (CAB). Como miembro de la clase, puede elegir tener la correpresentación de un miembro de su familia o del CAB, o bien, tener a su familia como representante único. Si bien su familia puede ser su representante único, sería conveniente que el CAB actúe como su correpresentante. También puede ser su propio defensor y actuar como su propio corresponsal.

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