Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le facilita los datos de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a obtener respuestas 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 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, "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.]

[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 miembro de <plan name> 3](#_Toc76487151)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc76487152)

[B. Cómo comunicarse con su administrador de cuidados 7](#_Toc76487153)

[B1. Cuándo comunicarse con su administrador de cuidados 7](#_Toc76487154)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc76487155)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc76487156)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc76487157)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc76487158)

[E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), así como con el Programa de ayudas para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME) 11](#_Toc76487159)

[E1. Cuándo hablar con un consejero del SHIP 11](#_Toc76487160)

[E2. Cuándo hablar con un consejero de MME 12](#_Toc76487161)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 13](#_Toc76487162)

[F1. Cuándo comunicarse con <state-specific QIO name> 13](#_Toc76487163)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 14](#_Toc76487164)

[H. Cómo comunicarse con Rhode Island Medicaid 15](#_Toc76487165)

[I. Cómo comunicarse con el Defensor del cuidado de salud de RIPIN 16](#_Toc76487166)

[J. Cómo comunicarse con la Alianza para un Mejor Cuidado a Largo Plazo 17](#_Toc76487167)

[K. Otros recursos 18](#_Toc76487168)

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

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <toll-free number> 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 miembro

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre reclamos, facturación o 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.]

* 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 [plan 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 [plan may insert reference, as applicable].
* Quejas sobre su cuidado de salud
* Usted puede 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 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).
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior [plan 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 [plan 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 Rhode Island Medicaid y a los medicamentos de venta sin receta de Rhode Island Medicaid.
* 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.

[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 obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].
* Quejas relacionadas con sus medicamentos
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier 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 [plan 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 [plan may insert reference, as applicable].
* Devolución de los pagos efectuados por usted en concepto de cuidados de salud y 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 obtener más información sobre cómo solicitarnos la devolución de un pago que haya hecho o el abono de una factura, consulte el Capítulo 7 [plan 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 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las apelaciones.

# 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.]  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 de 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.] Es posible que reciba estos servicios:

* Cuidado de enfermería especializada
* Fisioterapia
* Terapia ocupacional
* Terapia del lenguaje
* Servicios médico-sociales
* Cuidados de salud en el hogar

# 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.]

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| 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

# 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.]

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| 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

* 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 Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), así como con el Programa de ayudas para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare.La Oficina de Envejecimiento Saludable (OHA) es la encargada de proporcionar los servicios del programa SHIP en Rhode Island.

El Programa de ayudas para la inscripción en Medicare-Medicaid (MME) proporciona asesoramiento personalizado sobre seguros de salud a las personas inscritas en Medicare y Medicaid. The POINT es la entidad encargada de proporcionar los servicios del programa MME en Rhode Island.

El programa SHIP y The POINT no están vinculados con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | SHIP de Rhode Island: 1-888-884-8721  The POINT: 1-401-462-4444 o 2-1-1 |
| POR TTY | 711  [Insert if the SHIP 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 | Office of Health Aging, Louis Pasteur Building  57 Howard Avenue  Cranston, RI 02920  Atención: Programa SHIP |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |

## E1. Cuándo hablar con un consejero del SHIP

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros del SHIP podrán responder a sus preguntas sobre el cambio a un plan Medicare nuevo y ayudarlo a:
* comprender las opciones de su plan,
* entender sus derechos,
* presentar quejas sobre sus cuidados de salud o tratamientos, **y**
* resolver problemas con sus facturas.

## E2. Cuándo hablar con un consejero de MME

* Preguntas sobre sus opciones de seguros de salud cuando usted cumple los requisitos para convertirse en miembro de Medicare y Medicaid
  + Los consejeros de MME de The POINT pueden ayudarle a:
    - saber cuáles son sus opciones de seguro de salud proporcionándole asesoramiento individual,
    - saber cuáles son sus derechos,
    - solucionar cualquier problema que tenga para poder acceder a Medicaid **y**
    - obtener cobertura temporal de los medicamentos de receta de la Parte D si lo necesita

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

Nuestro estado tiene 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.

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| 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).

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| 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 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 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 alguna pregunta sobre la ayuda que 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.]

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-697-4347  de 8:30 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the state Medicaid program 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 | Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) |

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

El Defensor del cuidado de salud de RIPIN actúa por usted en su defensa. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer. El Defensor del cuidado de salud de RIPIN también ayuda a las personas inscritas en <plan name> con problemas en 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 | Datos de contacto |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-747-3224  de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes |
| POR TTY | 711  [Insert if the ombudsman program 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 | 300 Jefferson Boulevard, Warwick, RI 02888 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [HealthcareAdvocate@ripin.org](mailto:HealthcareAdvocate@ripin.org) |
| POR EL SITIO WEB | [www.ripin.org/healthcareadvocate/](http://www.ripin.org/healthcareadvocate/) |

# 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 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.

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-401-785-3340 o 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 personas con problemas de audición o del habla. Para poder 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.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.alliancebltc.com/](http://www.alliancebltc.com) |

# 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.]