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/administrador de cuidados (plan’s preference)] y otras personas que pueden ayudarlo. 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](#_Toc76646093)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc76646094)

[B. Cómo comunicarse con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s* *preference)*] 6](#_Toc76646095)

[B1. Cuándo comunicarse con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*] 6](#_Toc76646096)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 8](#_Toc76646097)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 8](#_Toc76646098)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 9](#_Toc76646099)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 9](#_Toc76646100)

[E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) 10](#_Toc76646101)

[E1. Cuándo comunicarse con I-CARE 10](#_Toc76646102)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 11](#_Toc76646103)

[F1. Cuándo comunicarse con KEPRO 11](#_Toc76646104)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 12](#_Toc76646105)

[H. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid 13](#_Toc76646106)

[I. Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime 14](#_Toc76646107)

[J. Cómo comunicarse con el Ombudsman para el Cuidado de Salud a Largo Plazo de South Carolina 15](#_Toc76646108)

[K. Otros recursos 16](#_Toc76646109)

# 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 | <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 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 (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 [plans may insert reference, as applicable]).
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede presentar una apelación (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 receta de Medicare, a los medicamentos de receta de Healthy Connections Medicaid y a los medicamentos de venta sin receta de Healthy Connections 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 formal de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

[Plans should include contact information for appealing Healthy Connections 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 Healthy Connections 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 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 [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
* 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/administrador de cuidados *(plan’s* *preference)*]

[Plans should include information explaining what a [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)] is, how members can get a [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)], how they can contact the [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)], and how they can change their [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados (plan’s preference)].]

| 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.] |

## B1. Cuándo comunicarse con su [coordinador de cuidado de salud/administrador de cuidados *(plan’s preference)*]

* Preguntas sobre su cuidado de salud
* Ayuda con la programación de citas
* Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

[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.] Es posible que reciba estos servicios:

* Asistente de cuidado personal
* Cuidados de salud en el hogar
* Cuidado de día para adultos
* Servicios de compañía
* Terapia del lenguaje
* Servicios médico-sociales

# 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

# 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

* 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)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare.En South Carolina, el SHIP se denomina Programa de Asistencia de Asesoramiento sobre Seguros y Referidos para Adultos Mayores (I-CARE). No está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

Puede encontrar información sobre el I-CARE a través del Departamento para Personas Mayores.

| POR TELÉFONO | 1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. |
| --- | --- |
| POR TTY | TTY: 711 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 | Department on Aging  1301 Gervais Street, Suite 350  Columbia, SC 29201 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [askus@aging.sc.gov](mailto:askus@aging.sc.gov) |
| POR EL SITIO WEB | [aging.sc.gov](http://aging.sc.gov) |

## E1. Cuándo comunicarse con I-CARE

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros de I-CARE pueden ayudarlo a:
  + - obtener respuestas a sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo,
    - entender sus derechos,
    - comprender las opciones de su plan,
    - 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)

La QIO es 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. En South Carolina, la QIO es una empresa llamada KEPRO. KEPRO no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

| POR TELÉFONO | 1-888-317-0751 Esta llamada es gratuita.  Los miembros del equipo de KEPRO están disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, y de 11:00 a.m. a 3:00 p.m., los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas, los 7 días de la semana.  Hay servicios de traducción disponibles para los miembros y cuidadores que no hablan inglés. |
| --- | --- |
| POR TTY | 1-855-843-4776 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 | KEPRO  5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900  Tampa, FL 33609 |
| POR EL SITIO WEB | [www.keproqio.com/](http://www.keproqio.com/) |

## F1. Cuándo comunicarse con KEPRO

* 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, 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 Healthy Connections Medicaid

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

[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers for Healthy Connections Medicaid program assistance.]

Healthy Connections 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 Healthy Connections Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Healthy Connections Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

| POR TELÉFONO | 1-888-549-0820 Esta llamada es gratuita.  El número está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. |
| --- | --- |
| POR TTY | 1-888-842-3620 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 | South Carolina Department of Health and Human Services  P.O. Box 8206  Columbia, SC 29202 |
| POR EL SITIO WEB | [www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov) |

# Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime

El Defensor de Healthy Connections Prime es el ombudsman para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Un ombudsman es una oficina de su estado 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. El Defensor de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime que tienen problemas con los servicios o la facturación. No tiene ninguna vinculación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

| POR TELÉFONO | 1-844-477-4632  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. |
| --- | --- |
| POR TTY | TTY: 711 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 FAX | 1-803-734-4534 |
| POR CORREO | Healthy Connections Prime Advocate  Department on Aging  1301 Gervais Street, Suite 350  Columbia, SC 29201 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [primeadvocate@aging.sc.gov](mailto:primeadvocate@aging.sc.gov) |
| POR EL SITIO WEB | [healthyconnectionsprimeadvocate.com](http://healthyconnectionsprimeadvocate.com) |

# Cómo comunicarse con el Ombudsman para el Cuidado de Salud a Largo Plazo de South Carolina

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

Puede obtener información sobre el Ombudsman para el Cuidado de Salud a Largo Plazo de South Carolina a través del Departamento para Personas Mayores.

| POR TELÉFONO | 1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. |
| --- | --- |
| POR CORREO | Long Term Care Ombudsman  Department on Aging  1301 Gervais St., Suite 350  Columbia, SC 29201 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [ltcombudsman@aging.sc.gov](mailto:ltcombudsman@aging.sc.gov) |
| POR EL SITIO WEB | [aging.sc.gov](http://aging.sc.gov) |

# Otros recursos

[Plans 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. Plans should format consistently with other sections and include a brief description and information about any other resources they add.]