Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder a sus preguntas sobre <plan name> y sus beneficios de cuidado de salud. Usted puede usar este capítulo para obtener información sobre como comunicarse con su Coordinador de servicios 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, "see 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 Contenido**

[A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name> 3](#_Toc48810697)

[A1. Cuando comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc48810698)

[B. Cómo comunicarse con su Coordinador de servicios 7](#_Toc48810699)

[B1. Cuando comunicarse con su Coordinador de servicios 7](#_Toc48810700)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc48810701)

[C1. Cuando llamar a la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc48810702)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias 10](#_Toc48810703)

[D1. Cuando comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias 10](#_Toc48810704)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) 11](#_Toc48810705)

[E1. Cuando comunicarse con HICAP 11](#_Toc48810706)

[F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 12](#_Toc48810707)

[F1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute 12](#_Toc48810708)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc48810709)

[H. Cómo comunicarse con Texas Medicaid 14](#_Toc48810710)

[I. Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de HHSC 15](#_Toc48810711)

[J. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Texas para el cuidado de salud a largo plazo 16](#_Toc48810712)

[K. Otros recursos 17](#_Toc48810713)

# 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.]  [Include information on what to do in case of an emergency.]  [Include information about after-hours and weekend coverage.]  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 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. Cuando 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.]

* Decisiones de cobertura de su cuidado de salud
* Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
* sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
* sobre la cantidad de los servicios de salud que cubriremos para usted.
* 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 F a continuación [plans may insert reference, as applicable]).
* 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> directamente 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.
* 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 Medicaid y a medicamentos de venta sin receta médica de Medicaid.
* Para saber más sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, lea 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 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 alguna de las farmacias de nuestra red. 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> directamente 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 Medicaid-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.

# Cómo comunicarse con su Coordinador de servicios

[Plans should use the term “Service Coordinator.” Plans should include information explaining what a Service Coordinator is, how members can get a Service Coordinator, how they can contact the Service Coordinator, and how they can change their Service Coordinator. If plans do not offer a Service Coordinator, 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.]  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 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. Cuando comunicarse con su Coordinador de servicios

* Preguntas sobre el cuidado de su salud
* 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.] Usted podría ser elegible para obtener los siguientes servicios:

* Cuidado de enfermería especializada
* Terapia física
* Terapia ocupacional
* Terapia del lenguaje
* Servicios médico-sociales
* Cuidado 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.]  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 personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## C1. Cuando llamar a la Línea de consejería de enfermeras

* Preguntas sobre el cuidado de su salud

# Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias

[*Plans must include information on how to access services and what to do in case of an emergency. Plan should also briefly describe what the Behavior Health and Substance Abuse Crisis Line is.*]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies and state that the phone line must be staffed by trained personnel 24 hours a day/7 days a week.]  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 personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## D1. Cuando comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias

* Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento
* Preguntas sobre los servicios de tratamiento por abuso en el consumo de sustancias

# Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)

El Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) ofrece consejos gratuitos sobre el seguro de salud a las personas con Medicare. En Texas, SHIP se llama Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP).

HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-3439 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the SHIP uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen problemas para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [www.tdi.texas.gov/general/espanol.html](https://www.tdi.texas.gov/general/espanol.html) |

## E1. Cuando comunicarse con HICAP

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros de HICAP podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un plan nuevo y podrán ayudarle a:
* ayudarle a entender sus derechos,
* ayudarle a entender las opciones de su plan,
* ayudarle a presentar quejas sobre el cuidado de su salud o tratamientos, **y**
* ayudarle a resolver problemas con sus facturas.

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

Nuestro estado cuenta con una organización llamada TMF, Health Quality Institute. Éste 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.TMF, Health Quality Institute no está vinculado con nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-725-9216 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the QIO uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | TMF Health Quality Institute Bridgepoint I, Suite 300 5918 West Courtyard Drive Austin, TX 78730-5036 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [www.tmf.org/](http://www.tmf.org/) |

## F1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute

* 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 en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

# 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 al día, 7 días de la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para 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/)  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. |

# Cómo comunicarse con Texas Medicaid

[Plans must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Texas Medicaid program.]

[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]

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

Texas Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios y respaldos a largo plazo y ofrece ayuda para cubrir costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Texas Medicaid.

[If applicable, plans may also inform members that they can get information about Texas Medicaid from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-8263 ó 2-1-1 |
| POR TTY | 1-800-735-2989 ó 7-1-1 |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| PÁGINA WEB | [yourtexasbenefits.com/Learn/Home?lang=es\_ES](https://yourtexasbenefits.com/Learn/Home?lang=es_ES) |

# Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de HHSC

La Oficina del Ombudsman de HHSC funciona como un defensor en su nombre. Ellos pueden responder a preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender lo que tiene que hacer. La Oficina del Ombudsman de HHSC también ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con servicios de salud o con facturas. Ellos no están conectados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La Oficina del Ombudsman de HHSC es un programa independiente y sus servicios son gratuitos.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-866-566-8989 |
| POR TTY | 1-800-735-2989  Este número es para personas que tienen problemas para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. |
| POR CORREO | Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P O Box 13247 Austin, TX 78711-3247 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | [hhs.texas.gov/es/quienes-somos/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs](https://hhs.texas.gov/es/quienes-somos/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs)/ |

# Cómo comunicarse con el Ombudsman de Texas para el cuidado de salud a largo plazo

El Ombudsman de Texas para el cuidado de salud a largo plazo es un programa de ombudsman que ayuda a las personas a conocer acerca de los hogares para personas de la tercera edad y otros ambientes donde se recibe cuidado de salud a largo plazo. Además, ayuda a resolver problemas entre estos lugares y los residentes o sus familias.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-2412 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the LTC ombudsman program uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen problemas para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.] |
| POR CORREO | Texas Long-Term Care Ombudsman Program Texas Health and Human Services P. O. Box 149030 MC-W250 Austin, TX 78714-9030 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us](mailto:ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us) |
| PÁGINA WEB | [apps.hhs.texas.gov/news\_info/ombudsman/](https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/) |

# Otros recursos

[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county aging and disability resource centers, choice counselors, state administrative services contractor, or area agencies on aging.]

[Plans may include other phone numbers more unique to their plan, for example:

* Cuidado de la vista
* Línea de ayuda de cuidados administrados de Medicaid 1-866-566-8989 o 7-1-1 para los usuarios de TTY
* Contratistas dentales
* Servicios de transporte médico]

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