Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

**Introducción**

Este capítulo le ofrece información de contacto para recursos importantes que pueden ayudar a responder a sus preguntas sobre <plan name> y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo contactar a su coordinador de cuidados 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, "*ver Capítulo 9, Sección A, página 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](#_Toc518823655)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc518823656)

[B. Cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados 7](#_Toc518823657)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidados 7](#_Toc518823658)

[C. Cómo comunicarse con la Linea de consejería de enfermeras 9](#_Toc518823659)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc518823660)

[D. [*Optional:* Cómo comunicarse con la <Behavioral Health Crisis Line>] 10](#_Toc518823661)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 10](#_Toc518823662)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) 11](#_Toc518823663)

[E1. Cuándo comunicarse con SHIP 11](#_Toc518823664)

[F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) 12](#_Toc518823665)

[F1. Cuándo comunicarse con <State-specific QIO name> 12](#_Toc518823666)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 13](#_Toc518823667)

[H. Cómo comunicarse con Medicaid 15](#_Toc518823668)

[I. Cómo comunicarse con la Línea de emergencia de Illinois para beneficios de salud 16](#_Toc518823669)

[J. Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman de Illinois para el Cuidado de salud a largo plazo 17](#_Toc518823670)

[K. Otros recursos 18](#_Toc518823671)

1. 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.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD 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> |

A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre quejas, facturas o las Tarjetas de identificación para los miembros de <plan name>

[If plans have different numbers for the functions listed below, plans should insert separate charts with the additional contact information.]

* Preguntas sobre decisiones de cobertura
* 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 la 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 llamando a Servicios al miembro. (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 <https://www.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 se aplica a sus medicamentos de la Parte D, a medicamentos de receta de Medicaid y a medicamentos de Medicaid que no requieren receta médica.
* Para saber más sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones por pagos de sus medicamentos
* Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre 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 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://boozallen-my.sharepoint.com/personal/578700_bah_com/Documents/MM%20MSC/IL_Translation/Uploaded/www.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.

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados

[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.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD 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. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidados

* 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)
* Si su proveedor o Coordinador de cuidados cree que usted es elegible para recibir cuidado de salud a largo plazo o respaldos o servicios adicionales para que pueda permanecer en su hogar, ellos le enviarán a una agencia que decidirá si usted es elegible para recibir esos 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.] Usted podría ser elegible para obtener los siguientes servicios:

* Cuidado de enfermeras especializadas
* Asistente personal
* Ayuda para las tareas en el hogar
* Cuidado diario de adultos
* Sistema de respuesta por emergencias en el hogar
* Terapia física
* Terapia ocupacional
* Terapia del lenguaje
* Cuidado de salud en el hogar

# C. Cómo comunicarse con la Linea 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/TDD 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. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

* Preguntas sobre el cuidado de su salud

D. [Optional: Cómo comunicarse con la <Behavioral Health Crisis Line>]

[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.]  Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY/TDD 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. 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 servicios de salud conductal
* [Insert when applicable: Preguntas sobre los servicios de trastornos por uso de sustancias.]

E. **Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP**)

Este programa ofrece consejos gratuitos sobre el seguro de salud a las personas con Medicare.SHIP no está relacionado 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 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-888-206-1327 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 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 |
| PÁGINA WEB | <https://www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx> |

E1. Cuándo comunicarse con SHIP

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

F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada <State-specific QIO name>. Este 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.<State-specific QIO name> no está vinculado con nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> |
| POR TTY | [TTY/TDD 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 | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | <Web address> |

F1. Cuándo comunicarse con <State-specific QIO name>

* 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 un lugar con enfermeras especializadas o los servicios de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminarán demasiado pronto.

G. 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 para 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 | <http://www.medicare.gov>  Éste es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, residencias 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 de salud y medicamentos”.  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. |

H. Cómo comunicarse con Medicaid

Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios 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 su elegibilidad para Medicaid, llame a la Línea de ayuda a los clientes del Departamento de servicios humanos del estado 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 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-866-324-5553 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | DHS.WebBits@illinois.gov |
| PÁGINA WEB | http://www.dhs.state.il.us |

I. Cómo comunicarse con la Línea de emergencia de Illinois para beneficios de salud

La Línea de ayuda de beneficios de salud del Departamento de cuidado de salud y servicios familiares de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-226-0768 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:45 p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-877-204-1012 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:45 p.m. La llamada es gratuita. |
| PÁGINA WEB | <http://www.hfs.illinois.gov>  Este es el sitio web oficial de Medicaid. En él se ofrece información actualizada sobre Medicaid. |

J. Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman de Illinois para el Cuidado de salud a largo plazo

El Programa del Ombudsman de Illinois para el Cuidado de salud a largo plazo es un programa ombudsman que funciona para abogar en su nombre. Ellos pueden responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayurdarle a enterder que hacer. Ellos también pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan. El Programa del Ombudsman de Illinois para el Cuidado de salud a largo plazo no está conectado con nuestra compañía de seguro o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:00 p.m p.m. La llamada es gratuita. |
| POR TTY | 1-888-206-1327 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5:00 p.m 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) |
| PÁGINA WEB | <https://www2.illinois.gov/aging/ProtectionAdvocacy/LTCOmbudsman/Pages/default.aspx> |

K. 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.]