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 cuidado 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](#_Toc16768204)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc16768205)

[B. Cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados 6](#_Toc16768206)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidados 6](#_Toc16768207)

[C. Cómo comunicarse con la <Nurse Advice Call Line> 7](#_Toc16768208)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de llamadas para consejos de enfermería 7](#_Toc16768209)

[D. Cómo comunicarse con la <Behavioral Health Crisis Line> 8](#_Toc16768210)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc16768211)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP, State Health Insurance Assistance Program) 9](#_Toc16768212)

[E1. Cuándo comunicarse con SHINE 9](#_Toc16768213)

[F. Cómo comunicarse con Medicare 10](#_Toc16768214)

[G. Cómo comunicarse con MassHealth 11](#_Toc16768215)

[H. Cómo comunicarse con la Organización de mejora de la calidad (QIO) 12](#_Toc16768216)

[H1. Cuándo comunicarse con QIO 12](#_Toc16768217)

[I. Cómo comunicarse con My Ombudsman 13](#_Toc16768218)

[J. Otros recursos 15](#_Toc16768219)

# A. 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 phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.  <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. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

[If plans have different numbers for the functions listed below, plans should provide additional sections for the contact information].

* Preguntas sobre el plan
* Decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud
* Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión sobre:
* sus beneficios y servicios cubiertos **o**
* sobre la cantidad de los servicios de salud que cubriremos para usted.
* Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones sobre su cuidado de salud
* Una apelaciónes una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
* Para conocer más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas sobre su cuidado de salud
* Puede llamar a Servicios al miembro para presentar una queja sobre nosotros o de cualquier proveedor (incluyendo proveedores fuera y dentro 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 que recibió, ante nosotros o ante la Organización de mejora de calidad. (Lea la Sección H de abajo [plans may insert reference, as applicable].)
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud, puede presentar una apelación llamando a Servicios al miembro. (Lea la Sección de arriba [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 llame al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Para conocer más sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* También puede llamar a My Ombudsman para pedir ayuda acerca de cómo presentar **cualquier** queja o para presentar una apelación. (Consulte la sección I [plans may insert reference, as applicable] para acceder a la información de contacto de My Ombudsman.)
* Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
* Una decisión de cobertura sobre 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 Parte D, medicamentos de receta de MassHealth y medicamentos de venta libre de MassHealth.   
  [Plans should modify the information to include contact information for MassHealth drugs, if it is different from Part D drugs. If applicable, explain how MassHealth drugs are labeled in the Drug List.]
* Para saber más sobre decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones sobre sus medicamentos
* Para conocer más sobre cómo hacer una apelación sobre sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas sobre sus medicamentos
* Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos de receta.
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de receta, puede presentar una apelación. (Lea la Sección anterior [plans may insert reference, as applicable].)
* 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 llame al 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Preguntas sobre el pago por cuidado de salud o medicamentos que usted ya pagó
* Para obtener más información sobre el pago de una factura que usted recibió o para preguntarnos cómo pagar servicios o medicamentos de receta, 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 phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.  <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 su cuidado de salud
* Preguntas sobre cómo obtener servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

[Plans should revise this section as necessary to list the specific services that are available.]

# C. Cómo comunicarse con la <Nurse Advice Call Line>

[Plans may use plan-specific names for the Nurse Advice Call Line. 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. |
| TTY | <TTY phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.  <Days and hours of operation> |

## C1. Cuándo comunicarse con la Línea de llamadas para consejos de enfermería

* Preguntas sobre su cuidado de salud

# D. Cómo comunicarse con la <Behavioral Health Crisis Line>

[*Plans may use plan-specific names for the Behavioral Health Call 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 phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar.  <Days and hours of operation> |

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

[Plans may add or modify the information below about your organization’s crisis hotline.]

* Usted necesita ayuda durante una crisis de salud mental
* Usted necesitar ayuda durante una crisis de cosumo de sustancias

# E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP, State Health Insurance Assistance Program)

Este programa da consejos gratuitos sobre el seguro de salud a personas con Medicare. En Massachusetts, SHIP se llama SHINE (Servimos las necesidades de seguro de salud para todos, Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

SHINE no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) |
| POR TTY | 1-800-439-2370 (sólo en Massachusetts)  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. |
| POR CORREO | Llame al número indicado arriba para preguntar la dirección del programa SHINE en su área. |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | <https://www.800ageinfo.com/> |

## E1. Cuándo comunicarse con SHINE

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

# F. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es un programa federal de seguros de salud. Cubre a personas de 65 años de edad o mayores; algunas personas menores de 65 con algunas discapacidades y personas con enfermedad del riñón en etapa terminal (ESRD: insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  Las llamadas a este número son gratuitas, 24 horas al día, 7 días a la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. |
| PÁGINA WEB | <http://es.medicare.gov>  Éste es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para personas mayores, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado al seleccionar “Formularios y ayuda” y luego hacer clic en "Números de teléfono 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:** Esta herramienta ofrece información personalizada sobre planes de medicamentos de receta Medicare, planes de salud Medicare y pólizas Medigap (Seguro de suplemento Medicare) en su área. Seleccione "Buscar planes de salud y de medicamentos".  Si usted no tiene una computadora, probablemente su biblioteca local o centro para adultos mayores podrán ayudarle a visitar este sitio web usando la computadora de ellos. O puede llamar a Medicare al número indicado arriba y decirles lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. |

# G. Cómo comunicarse con MassHealth

MassHealth le ayuda con el costo de cuidados médicos y servicios de respaldos a largo plazo, para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en MassHealth. Si usted tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de MassHealth, la información de contacto está abajo.

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

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-841-2900 |
| POR TTY | 1-800-497-4648  Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. |
| POR CORREO | MassHealth Customer Service  55 Summer Street  Boston, MA 02110 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [membersupport@mahealth.net](mailto:membersupport@mahealth.net) |
| PÁGINA WEB | <http://www.mass.gov/masshealth> |

# 

# H. Cómo comunicarse con la Organización de mejora de la calidad (QIO)

[Plans may update this section with new QIO information as necessary.] Massachusetts tiene una Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) que se llama KEPRO. Éste es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. QIO no está relacionada con nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-888-319-8452 |
| POR TTY | 1-855-843-4776  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar. Usted debe tener equipo telefónico especial para llamar. |
| POR CORREO | KEPRO QIO  5700 Lombardo Center Dr., Suite 100  Seven Hills, OH 44131 |
| PÁGINA WEB | [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com) |

## H1. Cuándo comunicarse con QIO

* Preguntas sobre su cuidado de salud
* Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si usted:
* Tiene algún problema con la calidad del cuidado,
* Le parece que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, **o**
* Le parece que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de institución de enfermería especializada o institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

# I. Cómo comunicarse con My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle, si tiene alguna pregunta, inquietud o problemas relativos a One Care. Usted puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. El personal de My Ombudsman:

* Puede responder a sus preguntas o enviarle al lugar correcto para encontrar lo que usted necesite.
* Puede ayudarle a resolver un problema o inquietud sobre One Care o su plan de One Care, <plan name>. My Ombudsman le escuchará, investigará el problema y discutirá con usted las opciones para ayudarle a resolver el problema.
* Ayuda con apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan de One Care, MassHealth o Medicare, que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar o escribir al OCO en su oficina. También puede visitar la oficina de My Ombudsman por cita o durante horas sin cita. Las horas sin citas son:

* Lunes de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. y
* Jueves de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-781-9898 (Sin costo) |
| MassRelay Y VIDEOLLAMADA (VP) | Use 7-1-1 para llamar 1-855-781-9898  Este número es para personas sordas, con dificultades para oír o hablar.  Videollamada (VP): 339-224-6831  Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| POR CORREO | My Ombudsman  11 Dartmouth Street, Suite 301  Malden, MA 02148 |
| E-MAIL | [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org) |
| PÁGINA WEB | <http://www.dpcma.org/myombudsman> |

# J. 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.]