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 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, 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](#_Toc138765101)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc138765102)

[B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc138765103)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc138765104)

[C. Cómo comunicarse con la <Nurse Advice Call Line> 8](#_Toc138765105)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 8](#_Toc138765106)

[D. Cómo comunicarse con la <Behavioral Health Crisis Line> 9](#_Toc138765107)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 9](#_Toc138765108)

[E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) 10](#_Toc138765109)

[E1. Cuándo comunicarse con el SHINE 10](#_Toc138765110)

[F. Cómo comunicarse con Medicare 11](#_Toc138765111)

[G. Cómo comunicarse con MassHealth 12](#_Toc138765112)

[H. Cómo comunicarse con My Ombudsman 13](#_Toc138765113)

[I. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 14](#_Toc138765114)

[I1. Cuándo comunicarse con la QIO 14](#_Toc138765115)

[J. Otros recursos 15](#_Toc138765116)

# 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 | <Phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas 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

[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 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 cubriremos en concepto de servicios 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 de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
* 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
* Puede llamar a Servicios al miembro para presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja, directamente a nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido (consulte la Sección H a continuación [plans may insert reference, as applicable]).
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede apelar llamando a Servicios al miembro. (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 llamar al 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].
* También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** queja o con la presentación de una apelación. (Consulte la sección I [plans may insert reference, as applicable] para obtener la información de contacto con My Ombudsman).
* decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
* Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión en cuanto a:
  + sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
  + la cantidad de dinero que pagaremos por sus medicamentos.
* Esto es aplicable a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos de receta de MassHealth y a los medicamentos de venta sin receta de MassHealth. [Plans should modify the preceding 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 obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* apelaciones de sus medicamentos
* Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* quejas sobre 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 page number 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 llamar 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, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* preguntas acerca del pago del cuidado de salud, los suministros médicos o los medicamentos de venta con y sin receta médica que ya pagó
* Para obtener más información sobre cómo abonar una factura o solicitarnos la devolución de un pago que haya hecho por servicios o medicamentos de receta, consulte el Capítulo 7 [plans may insert page number 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 page number reference, as applicable] para obtener más información sobre las apelaciones.

# Cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud

[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.*]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas 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

* 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)
* preguntas sobre cómo recibir ayuda para su alimentación, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
* preguntas sobre su Plan de cuidados individualizado (ICP)
* preguntas sobre autorizaciones de servicios solicitados por sus proveedores
* preguntas sobre los beneficios de los Servicios con cobertura flexible y cómo solicitarlos

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

# 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.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number > Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas 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 <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.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas 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

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

* necesita ayuda durante una crisis de salud mental
* necesita ayuda durante una crisis 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 Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (Servimos las Necesidades de Información de Salud para Todos).

El SHINE no tiene vinculación con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) |
| POR TTY | 1-800-439-2370 (solo Massachusetts)  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE en su área. |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.mass.gov/health-insurance-counseling](http://www.mass.gov/health-insurance-counseling) |

## E1. Cuándo comunicarse con el SHINE

* preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros del SHINE podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:
* 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 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 son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

|  |  |
| --- | --- |
| 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 MassHealth

MassHealth 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 MassHealth. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de MassHealth, la información de contacto se encuentra a continuación.

[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 | 711  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | MassHealth Customer Service  55 Summer Street  Boston, MA 02110 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [membersupport@mahealth.net](mailto:membersupport@mahealth.net) |
| POR EL SITIO WEB | [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth) |

# Cómo comunicarse con My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con el programa para obtener información o ayuda y los servicios son gratuitos. El personal de My Ombudsman:

* Responderá a sus preguntas o lo remitirá al lugar adecuado para que encuentre lo que necesita.
* Lo ayudará con un problema o inquietud relacionados con One Care o su plan One Care, <plan name>. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará sobre el asunto y analizará las opciones con usted para resolver el problema.
* Lo ayudará con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirle al plan One Care, MassHealth o Medicare que revisen alguna decisión que hayan tomado sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso.
* Usted puede llamar o escribir a My Ombudsman. Ingrese al sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada acerca de la ubicación y los horarios de atención.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-781-9898 (gratuito) |
| MassRelay y Videophone (VP) | Use el servicio 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898.  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas o del habla.  Videophone (VP): 339-224-6831  Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas. |
| POR CORREO | My Ombudsman  25 Kingston Street, 4to piso  Boston, MA 02111 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org) |
| POR EL SITIO WEB | [www.myombudsman.org](https://www.myombudsman.org/) |

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

[Plans may update this section with new QIO information as necessary.] Massachusetts tiene una Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) llamada KEPRO. 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.La QIO no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

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

## I1. Cuándo comunicarse con la QIO

* 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 la 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.

# 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.]