**Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**

**Introducción**

Este capítulo le facilita los datos de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a obtener respuestas a sus preguntas sobre <plan name>, Medicare del estado de Ohio y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de cuidados 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 and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." 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](#_Toc170480520)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc170480521)

[B. Cómo comunicarse con su administrador de cuidados 6](#_Toc170480522)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras disponible las 24 horas 7](#_Toc170480523)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 7](#_Toc170480524)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento disponible las 24 horas 8](#_Toc170480525)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 8](#_Toc170480526)

[E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 9](#_Toc170480527)

[E1. Cuándo comunicarse con Livanta 9](#_Toc170480528)

[F. Cómo comunicarse con Medicare 10](#_Toc170480529)

[G. Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio 11](#_Toc170480530)

[H. Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio 12](#_Toc170480533)

[I. El Plan de pago de medicamentos de receta de Medicare 13](#_Toc170480534)

[J. Otros recursos 13](#_Toc170480535)

# Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name>

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| **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(s)> 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 (must be the same as above)> |
| **POR FAX** | [*Fax number is optional.*] |
| **POR CORREO** | <Mailing address>  Si nos envía una apelación o una queja, puede usar el formulario del Capítulo 9 [*plans may insert reference, as applicable*]. También puede escribir una carta para informarnos sobre su pregunta, problema, queja o apelación. |
| **POR CORREO ELECTRÓNICO** | [*Email address is optional.*] |
| **POR EL SITIO WEB** | [*URL is optional*] |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

* preguntas sobre el plan
* preguntas sobre los reclamos o las facturas de proveedores
* tarjetas de identificación de miembro
* Infórmenos si no recibió su tarjeta de identificación de miembro o si la perdió.
* cómo encontrar proveedores de la red
* Aquí se incluyen preguntas sobre cómo encontrar un proveedor de cuidado primario (PCP) o cómo cambiarlo.
* cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo
* En ocasiones, usted podrá recibir ayuda para el cuidado diario de su salud y para sus necesidades diarias básicas. Si el Departamento de Medicaidde Ohio y <plan name> lo consideran necesario, puede que usted reciba servicios de vida asistida, ama de casa, cuidado personal, comidas, equipo adaptable y respuesta a emergencias, entre otros.
* cómo entender la información de su *Manual del miembro*
* recomendaciones sobre cuestiones que considera que deberíamos cambiar
* otra información sobre <plan name>
* Puede pedir más información sobre nuestro plan, incluida información relacionada con la estructura y el funcionamiento de <plan name> y cualquier plan de incentivo a los médicos que tengamos.

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

* decisiones de cobertura sobre sus cuidados de salud y medicamentos
* Una decisión de cobertura es una decisión sobre lo siguiente:
* sus beneficios y sus servicios y medicamentos cubiertos, **o**
* el importe que abonaremos en concepto de servicios de salud y medicamentos.
* Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de una decisión de cobertura.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 [*plans may insert reference, as applicable*].
* apelaciones sobre sus cuidados de salud y medicamentos
* 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 sus cuidados de salud y medicamentos
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor o farmacia. 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 E a continuación [*plans may insert reference, as applicable*]).
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud o sus medicamentos, 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.
* Puede enviar una queja sobre <plan name> directamente al Departamento de Medicaid de Ohio. Llame al 1-800-324-8680 (TTY 711). Esta llamada es gratuita. Consulte la página <page number> para conocer otras formas de comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio.
* Puede enviar una queja sobre <plan name> al Ombudsman de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, 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

[*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 obtener más información sobre cómo recibir ayuda con un servicio que pagó o el abono de una factura que recibió, 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 administrador de cuidados

[*Plans should include information explaining what a care manager is, how members can get a care manager, how they can contact the care manager, and how they can change their care manager.*]

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| **POR TELÉFONO** | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  La línea del administrador de cuidados está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. [*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 (must be the same as above)> |
| **POR FAX** | [*Fax number is optional.*] |
| **POR CORREO** | <Mailing address> |
| **POR CORREO ELECTRÓNICO** | [*Email address is optional.*] |
| **POR EL SITIO WEB** | [*URL is optional.*] |

# Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras disponible las 24 horas

[*Plans should include a brief description and information about what the Nurse Advice Call Line is, including the name for the plan’s line if different.*]

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| **POR TELÉFONO** | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  La <nurse advice call line name> está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. [*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 (must be the same as above)> |

## 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 disponible las 24 horas

[*Plans should include information about what the behavioral health crisis line is.* *If plans include a Behavioral Health Crisis Line, they should also briefly describe what it is.*]

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de comunicación |  |
| **POR TELÉFONO** | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  La Línea de crisis de salud del comportamiento está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. [*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 (must be same as above)> |

## 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 la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Una organización llamada Livanta es la QIO de Ohio. 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.Livanta no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| **POR TELÉFONO** | 1-888-524-9900 |
| **POR TTY** | 1-888-985-8775  Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| **POR CORREO** | 10820 Guilford Rd., Suite 202  Annapolis Junction, MD 20701 |
| **POR CORREO ELECTRÓNICO** | [*Email address is optional.*] |
| **POR EL SITIO WEB** | [www.livantaqio.com/es](http://www.livantaqio.com/es) |

## E1. Cuándo comunicarse con Livanta

* 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).

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de comunicación |  |
| **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 el Departamento de Medicaid de Ohio

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. Ohio Medicaid paga las primas de Medicare de determinadas personas y, también, los deducibles, el coseguro y los copagos de Medicare, excepto para las recetas. Medicaid cubre los servicios de cuidado a largo plazo, como los servicios de “excepción” comunitarios y en el hogar, y los servicios de vida asistida y cuidado en hogares para personas de la tercera edad a largo plazo. También cubre los servicios dentales y de la vista.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. <Plan name> brinda sus servicios cubiertos de Medicaid mediante un acuerdo de proveedores con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa al consumidor de Ohio Medicaid.

| 0 |  |
| --- | --- |
| **POR TELÉFONO** | 1-800-324-8680 Esta llamada es gratuita.  La Línea de ayuda al consumidor de Ohio está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| **POR TTY** | 7-1-1 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** | Ohio Department of Medicaid  Bureau of Managed Care  50 W. Town Street, Suite 400  Columbus, Ohio 43215 |
| **POR CORREO ELECTRÓNICO** | [bmhc@medicaid.ohio.gov](mailto:bmhc@medicaid.ohio.gov) |
| **POR EL SITIO WEB** | [www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare](https://medicaid.ohio.gov/resources-for-providers/managed-care/managed-care) |

También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios para la Familia de su condado si tiene preguntas o debe informar sobre cambios en su dirección, sus ingresos u otros seguros. La información de contacto está disponible en línea en: [jfs.ohio.gov/County/County\_Directory.pdf](https://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

# Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio

El Ombudsman de MyCare Ohio 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. También ayuda con las inquietudes sobre cualquier aspecto de su cuidado. Hay ayuda disponible para resolver conflictos con los proveedores, proteger sus derechos y presentar quejas o apelaciones ante su plan.

El Ombudsman de MyCare Ohio trabaja en conjunto con la oficina del ombudsman para el cuidado de salud a largo plazo del estado, que defiende a los consumidores que reciben servicios y respaldos a largo plazo. El Ombudsman de MyCare Ohio no tiene ninguna vinculación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| **POR TELÉFONO** | 1-800-282-1206 Esta llamada es gratuita.  El Ombudsman de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| **POR TTY** | Servicio de retransmisión de Ohio: 1-800-750-0750 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** | Ohio Department of Aging  Attn: MyCare Ohio Ombudsman  246 N. High Street, 1st Floor  Columbus, Ohio 43215-2406 |
| **POR EL SITIO WEB** | [www.aging.ohio.gov/wps/portal/gov/aging/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman](https://aging.ohio.gov/care-and-living/get-help/get-an-advocate/my-care-ohio-ombudsman)  Puede presentar una queja en línea en: [aging.ohio.gov/Contact](https://aging.ohio.gov/about-us/contact-us). |

# El Plan de pago de medicamentos de receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos de receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos vigente y le permite administrar los costos de sus medicamentos al dividirlos en pagos mensuales, que varían durante el año (enero a diciembre). Si bien esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, no ahorrará dinero ni pagará menos por sus medicamentos. La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, tiene más ventajas que esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros llamando al número incluido en el pie de página o visite [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/) para saber si esta opción de pago es conveniente para usted.

# 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.*]