[Plan should utilize the below table to auto-populate key terms throughout the document, using the following steps:

1. Update the values for each of the data fields in the table below by highlighting the text (including the angle brackets (< >)) and typing in the appropriate value.
2. Press Ctrl+A to select all text in the main document sections.
3. Press F9 to update the field references. If a box appears asking to update the Table of Contents, select “Update entire table” and press OK.
4. Double click on the header. Press Ctrl+A to select all header text.
5. Press F9 to update the field references in the header.
6. If the header does not populate throughout the document, steps 5 and 6 should be repeated for each header section in the document.
7. Double click on the footer, and press Ctrl+A to select all footer text.
8. Press F9 to update the field references in the footer.
9. If the footer does not populate throughout the document, steps 8 and 9 should be repeated for each footer section in the document.

| **Data Field (bookmarkName)** | **Value** |
| --- | --- |
| Plan Name (planName) | <plan name> |
| Member Services Name (memberServicesName) | <member services name> |
| Days and Hours of Operation (msDaysAndHoursOfOperation) | <Days and hours of operation> |
| Toll-free Phone Number (msPhoneNumber) | <phone number(s)> |
| TTY/TDD Phone Number (msTTYPhoneNumber) | <TTY/TDD phone number> |
| Mailing Address (msMailingAddress) | <Mailing address> |
| Web Address (msWebAddress) | <web address> |
| Name for Care Coordinator (nameForCareCoordinator) | <name for care coordinator> |
| Care Coordinator Days and Hours of Operation (ccDaysAndHoursOfOperation) | <Days and hours of operation> |
| Care Coordinator TTY/TDD Phone Number (ccTTYPhoneNumber) | <TTY/TDD phone number> |
| Care Coordinator Mailing Address (ccMailingAddress) | <Mailing address> |
| Nurse Advice Call Line Phone Number (naPhoneNumber) | <phone number(s)> |
| Nurse Advice Call Line TTY/TDD Number (naTTYPhoneNumber) | <TTY/TDD Phone number> |
| Nurse Advise Call Line Days and Hours of Operation (naDaysAndHoursOfOperation) | <Days and hours of operation> |
| Behavioral Health Crisis Line Phone Number (bhPhoneNumber) | <phone number(s)> |
| Behavioral Health Crisis Line TTY/TDD Number (bhTTYPhoneNumber) | <TTY/TDD Phone number> |
| Behavioral Health Crisis Line Days and Hours of Operation (bhDaysAndHoursOfOperation) | <Days and hours of operation> |
| State Name (stateName) | Rhode Island |
| SHIP Name (SHIPName) | The POINT |
| SHIP Phone Number (SHIPPhoneNumber) | 1-401-462-4444 |
| SHIP Mailing Address (SHIPMailingAddress) | United Way of RI, 50 Valley Street, Providence, RI 02909 |
| QIO Name (QIOName) | <State-specific QIO name> |
| QIO Phone Number (QIOPhoneNumber) | <Phone number(s)> |
| QIO Mailing Address (QIOMailingAddress) | <Mailing address> |
| QIO Web Address (QIOWebAddress) | <Web address> |
| State Medicaid Name (stateMedicaidName) | Rhode Island Medicaid |
| Medicaid Phone Number(s) (medicaidPhoneNumber) | 1-855-697-4347 |
| Medicaid Mailing Address (medicaidMailingAddress) | Hazard Building, 74 West Road, Cranston, RI 02920 |
| Medicaid Web Address (medicaidWebAddress) | http://www.eohhs.ri.gov |
| Ombudsman Program Name (ombudsmanProgramName) | RIPIN Healthcare Advocate |
| Ombudsman Program Phone Number(s) (ombudsmanProgramPhoneNumber) | 1-855-747-3224 |
| Ombudsman Program Mailing Address (ombudsmanProgramMailingAddress) | 1210 Pontiac Avenue  Cranston, RI 02920 |
| Ombudsman Program Web Address (ombudsmanProgramWebAddress) | <Web address> |
| Ombudsman Long Term Program Name (ombudsmanLongTermProgramName) | The Alliance for Better Long Term Care |
| Ombudsman LTC Program Phone Number(s) (ombudsmanLTCProgramPhoneNumber) | 1-401-785-3340 or  1-888-351-0808 |
| Ombudsman LTC Program Mailing Address (ombudsmanLTCProgramMailingAddress) | 422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888 |
| Ombudsman Program Web Address (ombudsmanLTCProgramWebAddress) | http://www.alliancebltc.com/ |
| Name of plan members (memberName) | Member |

**Note:** Plan should be cognizant of grammar and capitalization and review the document to ensure the populated bookmarks appear appropriately throughout.

If an error message appears in the document indicating that the source could not be found (shown below), a bookmark may have been deleted.

C:\Users\570630\AppData\Local\Temp\msohtmlclip1\02\clip_image001.jpg

 To recreate a bookmark, plan should use the following steps:

1. Highlight the value that is not updating.
2. On the Insert ribbon tab, in the Links group, select Bookmark.
3. Enter the bookmark name in parentheses after the data field name.
4. Follow the steps above to update the bookmarks.]

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

[If applicable, plan should modify this chapter to include contact information for other   
health services.]

[Plan 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. Cómo comunicarse con <member services name> de <plan name> 6](#_Toc462692353)

[Comuníquese con <member services name>, si tiene: 6](#_Toc462692354)

[ Preguntas sobre el plan 6](#_Toc462692355)

[ Preguntas sobre quejas, facturas o las Tarjetas de identificación para los miembros 6](#_Toc462692356)

[ Preguntas sobre decisiones de cobertura 6](#_Toc462692357)

[ Apelaciones sobre el cuidado de su salud 7](#_Toc462692358)

[ Quejas sobre el cuidado de su salud 7](#_Toc462692359)

[ Decisiones de cobertura de sus medicamentos 7](#_Toc462692360)

[ Apelaciones sobre sus medicamentos 8](#_Toc462692361)

[ Quejas relacionadas con sus medicamentos 8](#_Toc462692362)

[ Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos 8](#_Toc462692363)

[B. Cómo comunicarse con su <name for care coordinator> 9](#_Toc462692364)

[Comuníquese con su <name for care coordinator>, si tiene: 9](#_Toc462692365)

[ Preguntas sobre el cuidado de su salud 9](#_Toc462692366)

[ Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 9](#_Toc462692367)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 10](#_Toc462692368)

[Llame a la Línea de consejería de enfermeras, si tiene: 10](#_Toc462692369)

[ Preguntas sobre el cuidado de su salud 10](#_Toc462692370)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento 11](#_Toc462692371)

[Llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento, si tiene: 11](#_Toc462692372)

[ Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento 11](#_Toc462692373)

[E. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) 12](#_Toc462692374)

[Hable con un consejero de SHIP, si tiene: 12](#_Toc462692375)

[ Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare 12](#_Toc462692376)

[F. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) 13](#_Toc462692377)

[Comuníquese con <State-specific QIO name>, si tiene: 13](#_Toc462692378)

[ Preguntas sobre el cuidado de su salud 13](#_Toc462692379)

[G. Cómo comunicarse con Medicare 14](#_Toc462692380)

[H. Cómo comunicarse con Medicaid 16](#_Toc462692381)

[I. Cómo comunicarse con el Defensor del cuidado de salud RIPIN 17](#_Toc462692382)

[J. Cómo comunicarse con la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo 18](#_Toc462692386)

[K. Otros recursos 18](#_Toc462692387)

# Cómo comunicarse con <member services name> 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 las personas con problemas para oir 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.] |

## Comuníquese con <member services name>, si tiene:

### Preguntas sobre el plan

### Preguntas sobre quejas, facturas o las Tarjetas de identificación para los miembros

[If the plan has different numbers for the functions listed below, plan 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 que pagaremos por sus servicios de salud.

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 [plan may insert reference, as applicable].

### Apelaciones sobre el cuidado de su salud

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos <plan name> 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 [plan 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 [plan 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 [plan 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 [plan 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 Medicaid que no requieren receta médica.

* Para saber más sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

### Apelaciones sobre sus medicamentos

Una *apelación* es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.

[Plan should include contact information for appealing Medicaid drugs and Part D drugs. If the contact information is the same, plan 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 [plan may insert reference, as applicable].

### Quejas relacionadas con sus medicamentos

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquiera 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* [plan may insert reference, as applicable].)

Usted puede enviar una queja de <plan name> directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en <https://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 [plan may insert reference, as applicable].

### Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos

[If the plan has an arrangement with the state, it may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits. Plan adding this language should include reference to the plan’s <member services name>.]

* 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 [plan 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 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las apelaciones.

# Cómo comunicarse con su <name for care coordinator>

[The plan should include information explaining what a <name for care coordinator> is, how members can get a <name for care coordinator>, how they can contact the <name for care coordinator>, and how they can change their <name for care coordinator>. If the plan does not offer a <days and hours of operation>, they should instruct members to contact the Nurse Advice Call Line or other appropriate number.]

|  |  |
| --- | --- |
| 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 las personas con problemas para oir 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.] |

## Comuníquese con su <name for care coordinator>, si tiene:

### 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)

[Plan 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. Usted podría ser elegible para obtener los siguientes servicios:

* Cuidado de enfermeras especializadas
* Terapia física
* Terapia ocupacional
* Terapia del lenguaje
* Servicios sociales médicos
* Cuidado de salud en el hogar

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

# Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

[Plan should include 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 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 las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## Llame a la Línea de consejería de enfermeras, si tiene:

### Preguntas sobre el cuidado de su salud

# Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento

[Plan should only include the Behavioral Health Crisis Line if it is applicable.]

|  |  |
| --- | --- |
| 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 las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## Llame a la Línea de crisis de salud del comportamiento, si tiene:

### Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento

# 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 Rhode Island, usted puede obtener una preautorización para un consejero de SHIP llamando a THE POINT.

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

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-401-462-4444 |
| TTY | [TTY/TDD phone number is optional.]  [Insert if the SHIP uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | United Way of RI, 50 Valley Street, Providence, RI 02909 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |

## Hable con un consejero de SHIP, si tiene:

### Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare

Los consejeros de SHIP podrán:

* ayudarle a entender sus derechos,
* ayudarle a entender las opciones de su plan,
* responder a sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo,
* 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 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 las personas con problemas para oir 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> |

## Comuníquese con <State-specific QIO name>, si tiene:

### 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.

# 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, las 24 horas del día, 7 días de la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| PÁGINA WEB | http://[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov/)  Este 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 información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. |

# Cómo comunicarse con Medicaid

[Plan must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state.]

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

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

Medicaid ofrece ayuda con servicios de cuidados de salud 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 la ayuda que usted recibe de Medicaid, llame a Medicaid de Rhode Island.

[If applicable, the plan 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 | 1-855-697-4347 |
| POR TTY | [TTY/TDD phone number is optional.]  [Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | Hazard Building, 74 West Road, Cranston, RI 02920 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | http://www.eohhs.ri.gov |

# Cómo comunicarse con el Defensor del cuidado de salud RIPIN

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-855-747-3224 |
| POR TTY | [TTY/TDD phone number is optional.]  [Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | 1210 Pontiac Avenue, Cranston, RI 02920 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [HealthcareAdvocate@ripin.org](mailto:HealthcareAdvocate@ripin.org) |
| PÁGINA WEB | <Web address> |

El Defensor del cuidado de salud RIPIN, ayuda a las personas inscritas en <state-specific demonstration program> que tienen problemas con servicios de salud o con facturas. Allí le podrán ayudar a presentar una queja o una apelación ante su plan de salud.

# Cómo comunicarse con la Alianza para un mejor cuidado a largo plazo

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-401-785-3340 ó 1-888-351-0808 |
| POR TTY | [TTY/TDD phone number is optional.]  [Insert if the ombudsman program uses a direct TTY number: Este número es para las personas con problemas para oir o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | 422 Post Road, Suite 204, Warwick, RI 02888 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| PÁGINA WEB | http://www.alliancebltc.com/ |

La Alianza para un mejor cuidado a largo plazo ayuda a las personas a conocer sobre los hogares asistidos 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.

# Otros recursos

[Plan 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.]