Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the Participant Handbook. You may insert definitions not included in this model.]

[If revisions to terminology affect glossary terms, plans should rename the term and alphabetize it correctly within the glossary.]

[Plans should refer Participants 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.]

**Actividades de la vida diaria:** Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Administrador de cuidados:** La persona principal que trabaja con usted, con el Plan FIDA, con los proveedores que le dan cuidados y su Equipo interdisciplinario (IDT), para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

**Agencia de Medicaid del estado:** La Agencia de Medicaid del estado de New York es la Oficina de programas de seguros de salud (OHIP) del Departamento de salud del estado de New York (NYSDOH).

**Agente de inscripción:** La entidad independiente (New York Medicaid Choice) que administra la inscripción y cancela la inscripción del Plan FIDA para el Estado de New York.

**Apelación:** Una manera formal de cuestionar una decisión de cobertura si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

**Área de servicio:** Un área geográfica en el que un plan de salud acepta Participantes. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener <plan name>. Para más información sobre el área de servicio del Plan FIDA, lea el Capítulo 1 [plans may insert reference, as applicable].

**Audiencia administrativa integrada:** Una reunión en la Oficina de audiencias administrativas integradas en la cual usted puede explicar por qué usted piensa que <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) tomaron una decisión equivocada.

**Audiencia imparcial:** Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal del Estado de New York y demuestre que una decisión que tomamos sobre su elegibilidad para Medicaid o el Programa FIDA está equivocada.

**Autorización previa:** [Plans may delete applicable words or sentences if it does not require prior authorization for any medical services or any drugs.] Aprobación necesaria para poder obtener ciertos servicios, artículos o medicamentos. Algunos servicios, artículos y medicamentos están cubiertos solamente si <plan name>, su IDT, u otro proveedor específico los autoriza para usted. Los servicios y artículos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable]. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de <plan name> o del IDT. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

## Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar medicamentos de receta de Medicare Parte D. La Ayuda adicional también se llama Subsidio por bajos ingresos o LIS.

## Ayuda pagada en espera: Usted puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación de nivel 1, 2 o 3. Esta cobertura continua se llama ayuda pagada en espera o continuación de beneficios. Todos los otros servicios y artículos continuarán automáticamente en los niveles aprobados durante el proceso de apelación.

## Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su participación en <plan name>. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

## Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare y Medicaid. El Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] explica cómo comunicarse con CMS.

## Consejo de apelaciones para Medicare: La entidad que realiza las apelaciones de Nivel 3, como se explica en el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]**.**

## Continuación de beneficios: Lea “ayuda pagada en espera”.

## Cuidado auto-dirigido: Un programa que le da la flexibilidad de elegir y administrar las personas que le proveen cuidados de salud. Usted (o la persona que usted designe) son responsables de conseguir, contratar, entrenar, supervisar y despedir a las personas que le proveen cuidados de salud. Para más información, lea los Capítulos 3 y 4 [plans may insert reference, as applicable].

## Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos provistos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. El plan cubre cuidados de emergencia para proveedores fuera de la red.

## Cuidado de instituciones de enfermería especializada (SNF): Cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en una institución de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados de institución de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

## Cuidado necesario de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede obtener cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o si no puede llegar a ellos.

## Decisión de cobertura: Una decisión hecha por su IDT, <plan name> u otro proveedor autorizado sobre si <plan name> cubrirá o no un servicio para usted. Esto incluye las decisiones sobre servicios, artículos y medicamentos. El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

## Determinación de la organización: <Plan name> tomó una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión en relación a la cobertura de servicios y artículos o cuánto tiene que pagar por servicios y artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas decisiones de cobertura en este manual. El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

## Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o daño en la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor severo.

## Equipo interdisciplinario (IDT): Su IDT incluirá su Administrador de cuidados y otros profesionales de cuidado de la salud que usted elija (incluyendo su Proveedor de cuidados primarios (PCP)), que estarán ahí para ayudarle a obtener los cuidados que usted necesite. Su IDT también le ayudará a hacer su Plan de servicios personalizados (PCSP) y decisiones de cobertura.

## Equipo médico duradero (DME): ciertos elementos que su médico pide para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

## Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo.

## Evaluación integral: Es una revisión de su historial médico, sus condiciones actuales, sus necesidades y preferencias. Lo hacemos para que usted y su Equipo interdisciplinario (IDT) desarrollen un plan de servicio personalizado (PCSP). El término se refiere tanto a la primera evaluación integral que usted recibirá cuando se una a <plan name> (o dentro de los seis meses después de su última evaluación, si usted se unió a <plan name> de <MLTC>) y como a las evaluaciones integrales sucesivas que usted recibirá por lo menos cada seis meses, o más frecuentemente, si es necesario, debido a cambios en sus necesidades. La evaluación integral y re-evaluaciones serán hechas por una Enfermera registrada, en su hogar, esto puede incluir un hospital, centro de enfermería u otro lugar dónde usted viva en el momento que le tengan que hacer la evaluación.

## Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

## Explicación de beneficios (EOB): Es un resumen de los medicamentos que usted recibió durante un mes en particular. Muestra todos los pagos hechos para usted por <plan name> y Medicare desde el 1 de enero.

## Facturación incorrecta/inadecuada: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. Llame a Servicios para miembros si recibe facturas que no entiende. Como <plan name> paga el costo completo de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.

## Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas de Participantes de <plan name>. Las llamamos farmacias de la red porque han aceptado trabajar con <plan name>. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si usted las surte en una de nuestras farmacias de la red.

## Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con <plan name> para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los Participantes de <plan name>. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por <plan name>, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

## Hogar para personas personas de la tercera edad o institución de enfermería: Un lugar que da cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesiten estar en el hospital.

## Hospicio: Un programa de cuidados y respaldo para personas con pronósticos médicos terminales, para ayudarles a vivir cómodamente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Una persona que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio. Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial, ofrecen atención para la "persona completa", que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. <Plan name> deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

## Independent Consumer Advocacy Network (ICAN): Una oficina que le ayudará si tiene problemas con <plan name>. Los servicios de ICAN son gratuitos. Lea en el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] para la información sobre cómo comunicarse con ICAN.

## Institución de enfermería especializada (SNF): Una institución de enfermería con personal y equipo que da cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

## Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Una institución que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o sicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

## Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta.

## Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos de receta cubiertos por <plan name>. <Plan name> elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama formulario.

## *Manual del participante* y divulgación de información: El documento, que junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, cláusulas adicionales u otros documentos seleccionados de cobertura opcionales, explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como Participante de <plan name>.

## Medicaid (o Medical Assistance): Un programa operado por los gobiernos federal y del estado, que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid. Lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable]si quiere información para comunicarse con Medicaid en su estado.

## Médicamente necesario: Los servicios y artículos necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar condiciones que causan un sufrimiento agudo, ponen en peligro la vida, resultan en enfermedades o dolencias, interfieren con su capacidad de hacer actividades normales o puedan empeorar un defecto. <Plan name> le proveerá cobertura de acuerdo con las reglas actuales de cobertura más favorables de Medicare y del Departamento de salud del estado de New York (NYSDOH), y las normas federales y las pautas de cobertura.

## Medicamento de marca: Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas.

## Medicamento genérico: Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

## Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos de receta cubiertos por <plan name>.

## Medicamentos de la Parte D: Lea “Medicamentos de Medicare Parte D.”

## Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden tener cobertura de Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

## Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, los menores de 65 años con determinadas discapacidades y los que padecen de enfermedad de los riñones en etapa terminal (por lo general, esto significa quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de cuidado de salud a través de Original Medicare o un plan de cuidados administrados.

## Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médicamente necesario de hospital, institución de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidados en hospicio.

## Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición médica. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

## Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

## Medicare Parte D: El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (Llamamos a este programa Parte D para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas y algunos suministros para pacientes externos que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Medicaid. <Plan name> incluye Medicare Parte D.

## Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): El gobierno federal ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, sus servicios están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso. Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos. Si no quiere estar en <plan name>, puede elegir Original Medicare.

## Nivel de costo: Un grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos, o de venta libre). Cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los [insert number of tiers] niveles.

## Oficina de audiencias administrativas integradas (IAHO): Una unidad dentro de la Oficina de ayuda temporal y para discapacitados del Estado de New York, que realiza muchas de las Apelaciones de Nivel 2 mencionadas en el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

## Organización de mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los Participantes. Lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] si quiere información para comunicarse con la QIO de su estado.

## Paciente interno: Un término utilizado cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos certificados. Si no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente externo y no como paciente interno, aunque pase la noche en el hospital.

## Parte A: Lea “Medicare Parte A.”

## Parte B: Lea “Medicare Parte B.”

## Parte C: Lea “Medicare Parte C.”

## Parte D: Lea “Medicare Parte D.”

## Participante (Participante de nuestro plan, o Participantes del plan): Una persona que tiene Medicare y Medicaid y es elegible para obtener servicios y artículos cubiertos a través del Programa FIDA, que está inscrita en <plan name> y cuya inscripción

ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

## Plan de servicio personalizado (PCSP): Un plan detallando los servicios y artículos que usted recibirá, cómo los recibirá y sus metas de cuidados. Su Equipo interdisciplinario (IDT) escribe su PCSP junto con usted.

## Plan FIDA (Organización integral para personas elegibles para ambos programas): Es una organización de administración de cuidados médicos, bajo contrato con Medicare y Medicaid, para proveerle a las personas elegibles todos los servicios disponibles a través de los programas, así como servicios nuevos. El plan está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, y otros proveedores. También tiene Administradores de cuidados para ayudarle a coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para proveerle el cuidado que usted necesita.

## Plan parcial/MLTC: Un plan de administración de cuidados de Medicare que está disponible para personas elegibles, como una alternativa al Programa FIDA, para los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) de Medicaid.

## Programa de Administración de cuidados a largo plazo (MLTCP): El Programa de administración de cuidados a largo plazo es el programa de Medicaid por el cual, las personas elegibles pueden obtener servicios y respaldos a largo plazo (LTTS) basados en la comunidad o un establecimiento, a través de un plan de cuidados administrados bajo contrato para proveer estos y otros servicios de Medicaid.

## Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP): HIICAP es el programa de ayuda para los seguros de salud del Estado de New York. HIICAP provee consejería gratuita sobre los seguros de salud para las personas con Medicare. HIICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguro, ni un plan de cuidados administrados, ni el Plan FIDA.

## Programa FIDA (Organización integral para personas elegibles para ambos programas): Es un programa de demostración que es administrado conjuntamente por el Estado de New York y el gobierno federal para proveerle un mejor cuidado de salud a las personas que tiene tanto Medicare como Medicaid. Bajo esta demostración, el Estado y el gobierno federal están evaluando nuevas formas para mejorar cómo usted recibe sus servicios de cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

## Programa integral para personas de la tercera edad (PACE): Un programa de cuidados administrados para Medicare y Medicaid que está disponible para personas elegibles como una alternativa al Programa FIDA. Lea el Capítulo 10 [plans may insert reference, as applicable] para más información sobre cómo seleccionar PACE.

## Programa Medicaid Advantage Plus (MAP): Un programa de administración de cuidados de Medicare y Medicaid que está disponible para personas elegibles, como una alternativa al Programa FIDA. Lea el Capítulo 10 [plans may insert reference, as applicable] para más información sobre cómo seleccionar MAP.

## Proveedor de cuidados primarios (PCP): Su médico de cabecera u otro proveedor que se encarga de proveerle muchos de los artículos y servicios preventivos y de cuidados primarios. Su PCP formará parte de su Equipo interdisciplinario (IDT), si usted lo decide. Si en su IDT, su PCP participará en el desarrollo de su Plan de servicio personalizado (PCSP), tomando determinaciones de cobertura sobre los servicios y artículos solicitados por o para usted y aprobando las autorizaciones para los servicios y artículos que formarán parte de su PCSP. Su PCP puede ser un médico de cuidados primarios, una enfermera o un asistente médico. Para más información, lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].

## Proveedor de la red: Proveedor es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado de salud. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo. Los proveedores tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud. Les llamamos proveedores de la red cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no le cobran a nuestros Participantes una cantidad adicional. Mientras usted sea Participante de <plan name>, usted debe usar los proveedores de la red para obtener servicios y artículos cubiertos, a menos que sea bajo ciertas condiciones, como en los casos de emergencia o atención necesaria urgente. Los proveedores de la red también son llamados proveedores del plan.

## Proveedor fuera de la red o Institución fuera de la red: Un proveedor o institución que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por <plan name> y no está contratado para proporcionar servicios y artículos cubiertos a los Participantes de <plan name>. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable]se explican los proveedores o instituciones fuera de la red.

## Queja: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de la red.

## Servicios al participante: Un departamento dentro de <plan name> que se encarga de responder sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] para más información sobre cómo comunicarse con Servicios al participante.

## Servicios y artículos cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta, equipos y otros servicios cubiertos por <plan name>. Los servicios y artículos cubiertos están detallados individualmente en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

## Servicios y artículos cubiertos por Medicare: Servicios y artículos cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo <plan name>, deben cubrir todos los servicios y artículos que cubre Medicare Parte A y Parte B.

## Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS a veces se llaman cuidado a largo plazo, servicios y respaldos a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad.

## Tratamiento progresivo: Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

[Plans may add a back cover for the Participant Handbook that contains contact information for Participant Services. Below is an example plans may use. Plans also may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the contact information.]

# Servicios al participante de <Plan name>

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | [Insert toll-free phone number(s).]  Las llamadas a este número son gratuitas. [Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]  Servicios al participante también tiene servicio de intérpretes gratuito, para las personas que no hablen inglés. |
| TTY | [Insert toll-free TTY/TDD number.]  [Insert if plan uses a direct TTY number: Este número requiere equipo telefónico especial y es para personas que tienen problemas para oír o hablar.]  Las llamadas a este número son gratuitas. [Insert days and hours of operation.] |
| POR FAX | [Optional: Insert fax number.] |
| POR CORREO | [Insert address.]  [**Note:** Plans may add email addresses here.] |
| SITIO WEB | [Insert URL.] |