Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

**Introducción**

Este capítulo incluye términos clave usados a lo largo del *Manual del participante* con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, contacte a Servicios al participante.

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

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

[The plan should refer Participants 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.]

# **Actividades de la vida diaria (ADLs, por sus siglas en inglés):** 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-IDD, con los proveedores que le dan cuidados y con su Equipo interdisciplinario (IDT), para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

# **Agencia de Medicaid del estado:** La Agencia de New York Medicaid 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 la desafiliación del Plan FIDA-IDD 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 [plan 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 un plan que limita qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solamente las personals que viven el en el área de servicio del plan pueden estar en <plan name>. Para más información sobre el área de servicio del Plan FIDA-IDD, lea el Capítulo 1 [plan 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-IDD está equivocada.

# **Autorización previa:** [Plan may delete applicable words or sentences if it does not require prior authorization for any medical services or any drugs.] Una aprobación de <plan name> que usted tiene que recibir antes de poder obtener ciertos servicios o medicamentos o visitar a un proveedor fuera de la red. Es posible que <plan name> no cubra el servicio o medicamento si usted no reciba la aprobación.

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 de nuestro plan están marcados en la Tabla de artículos y servicios cubiertos del Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de <plan name>.

* Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).

# **Ayuda adicional:** Programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir los gastos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, tales como primas, deducibles, y copagos. La Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

# **Ayuda pagada en espera:** Usted puede seguir recibiendo sus servicios o artículos 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.

# **Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro 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 relacionados con salud.

# **Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (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 psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

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

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

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

# **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 cuidado de emergencia para proveedores fuera de la red.

# **Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF):** Cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados en centros 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. Usted 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 cubiertos. El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

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

# **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 usted tiene que pagar por servicios y artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 [plan 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.

# **Entrenamiento en competencia cultural:** Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a entender mejor sus antecedentes, valores, y creencias para mejor adaptar sus servicios a sus necesidades sociales, culturales, y lingüísticas.

# **Equipo interdisciplinario (IDT):** Su IDT incluirá su Administrador de cuidados, su proveedor de cuidado primario de servicios para discapacidades del desarrollo y otros profesionales de cuidado de la salud que le ayudarán a obtener los cuidados que usted necesite. Su IDT también le ayudará a hacer su Plan de vida y decisiones de cobertura.

# **Equipo médico duradero:** Ciertos artículos que su médico indique para usar en el hogar. 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 o evaluación de la planificación de servicios integrales:** Una revisión de su salud médica y conductual, los servicios y respaldos a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS) en la comunidad y en centros médicos, los servicios para la discapacidad en el desarrollo y las necesidades sociales. Es utilizado por usted y su Equipo interdisciplinario (por sus siglas en inglés, IDT) para desarrollar su Plan de vida. El término se refiere a la evaluación integral inicial que recibirá cuando se incorpora a <plan name>. Esta evaluación integral será realizada por su Administrador de cuidados en su hogar, y puede incluir el hospital, el centro de enfermería o cualquier otro lugar donde usted viva en el momento de realizar 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):** 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 para usted desde el 1 de enero.

# **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 de la tercera edad o centro 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 expectativa de vida de seis meses o menos.

* Un participante que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
* Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial ofrecen atención completa para la persona, incluyendo 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 [plan may insert reference, as applicable] para la información sobre cómo comunicarse con ICAN.

# **Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI, por sus siglas en inglés):** Información de usted y sobre su salud, tal como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historial médico. Lea el Aviso de prácticas de privacidad de <plan name> para más información sobre cómo <plan name> protege, usa, y divulga su PHI, así como sus derechos en lo relacionado a su PHI.

# **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 deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

# ***Manual del participante* y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como participante de <plan name>.

# **Medicaid (o Asistencia médica):** 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 [plan may insert reference, as applicable] si quiere información para comunicarse con Medicaid en su estado.

# **Médicamente necesario:** Aquellos 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 la Parte D de Medicare.”

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

# **Medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):** Los OTC son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional médico.

# **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 (ESRD) (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 Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado.

# **Medicare Original (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare):** El gobierno federal ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, 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. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico).
* Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
* Si no quiere estar en <plan name>, puede elegir Medicare Original.

# **Niveles de medicamentos**: Un grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos, o de venta sin receta médica). Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) 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 deNew York, que realiza muchas de las Apelaciones de Nivel 2 mencionadas en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

# **Ombudsman:** Una oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayurdale a entender qué debe hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. El programa de ombudsman para personas inscritas en el Plan FIDA-IDD es el ICAN. Puede encontrar más información sobre ICAN en los Capítulos 2 [*plan may insert reference, as applicable*]y 9 [*plan may insert reference, as applicabl*e] de este manual.

# **Organización para el Mejoramiento de 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 [plan may insert reference, as applicable] si quiere información para comunicarse con la QIO de su estado.

# **Paciente hospitalizado:** 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 hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

# **Parte A:** Lea “Parte A de Medicare.”

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

# **Parte B:** Lea “Parte B de Medicare.”

# **Parte B de Medicare:** 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. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

# **Parte C:** Lea “Parte C de Medicare.”

# **Parte C de Medicare:** 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.

# **Parte D:** Lea “Parte D de Medicare.”

# **Parte D de Medicare:** 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 la Parte A o la Parte B de Medicare, ni de Medicaid. <Plan name> incluye la Parte D de Medicare.

# **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-IDD, que está inscrita en <plan name> y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

# **Plan de vida:** Un plan que indica los servicios y artículos que usted recibirá, cómo los recibirá y sus metas de cuidados. Usted y su Equipo interdisciplinario (IDT) desarrollarán su Plan de vida.

# **Plan FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage** **for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid):** 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 para discapacidades del desarrollo, 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 Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA,” que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare le paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

# **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 cuidado administrado, ni el Plan FIDA-IDD.

# **Programa FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage** **for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tengan Medicare y Medicaid):** Un programa piloto 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 y que tienen discapacidades intelectuales y del desarrollo. Bajo este programa piloto, 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.

# **Proveedor de cuidado primario (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).

* Su PCP participará en el desarrollo de su Plan de vida, tomando determinaciones de cobertura sobre los servicios y artículos que usted pidió y aprobando las autorizaciones para los servicios y artículos que formarán parte de su Plan de vida.
* Su PCP puede ser un médico de cuidado primario, una enfermera practicante o un asistente médico.
* Para más información, lea el Capítulo 3 [plan 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, servicios para discapacidades en el desarrollo y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

* Estos 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 les 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 cuidado necesario de urgencia. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

# **Proveedor fuera de la red o Centro 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 [plan may insert reference, as applicable] se explican los proveedores o centros fuera de la red.

# **Reclamo:** 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.

# **Reevaluación integral:** Una nueva evaluación integral posterior que recibirá al menos una vez al año, pero con mayor frecuencia de ser necesario debido a los cambios en sus necesidades. Esta nueva evaluación integral será realizada por un profesional licenciado en su hogar, y puede incluir el hospital, el centro de cuidados intermedio o cualquier otro lugar donde usted viva en el momento de realizar la nueva evaluación.

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

# **Servicios con base en el hogar y la comunidad:** Servicios desarrollados por Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD, Oficina para personas con discapacidades del desarrollo), bajo planes de servicios de excepción con base en el hogar y en la comunidad para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales y/o del desarrollo (I/DD), quienes prefieren recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) en su hogar o en la comunidad, en lugar de un entorno institucional.

Los servicios de excepción de OPWDD incluyen habilitación diaria, una persona que da cuidados y vive en la casa, empleo pre-vocacional, empleo con respaldo, habilitación residencial, respiro, intermediario fiscal, bienes y servicios dirigidos por la persona, agentes de respaldo, dispositivos de asistencia tecnológica y adaptación, habilitación comunitaria, transición a la comunidad, modificaciones medioambientales (accesibilidad para el hogar), modificaciones en el vehículo, respaldos intensivos de comportamiento y vías de acceso al empleo.

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

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

# **Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS):** Los LTSS 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 cuidados a largo plazo, servicios y respaldos a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad.

# **Terapia escalonada:** Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

[The plan may add a back cover to the Participant Handbook that contains contact information for Participant Services. Below is an example the plan may use. Plan 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 number.]  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 hablan inglés. |
| TTY | [Insert 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:** plan may add email addresses here.] |
| SITIO WEB | [Insert URL.] |