Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados a lo largo del *Manual del miembro* 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, llame a Servicios al miembro.

[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the Member Handbook. You may insert definitions not included in this model and exclude definitions not applicable to your plan or to your contractual obligations with CMS and the state or enrolled Medicare/Medicaid members.]

[Plans must revise references to “Medicaid” to use “MassHealth”. Plans should add “(Medicaid)” after the name at the first use.]

[If revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service” or using a different term for Medicaid) affect glossary terms, plans should rename the term and alphabetize it correctly within the glossary.]

[If you use any of the following terms in your Member Handbook, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 12, with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, and point of service.]

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

# Acción adversa: Una acción o falta de acción, por parte de <plan name> que usted puede apelar. Esto incluye:

* <Plan name> rechazó o aprobó un servicio limitado que su médico solicitó,
* <Plan name> redujo, suspendió o terminó la cobertura que ya habíamos aprobado,
* <Plan name> no pagó un artículo o servicio que usted considera que es un Servicio cubierto,
* <Plan name> no resolvió su solicitud de autorización de servicio dentro de los plazos requeridos,
* Usted no pudo obtener un Servicio cubierto de un proveedor en la red de <plan name> en un tiempo razonable, **y**
* <Plan name> no actuó dentro de los plazos para examinar una decisión de cobertura y darle una decisión.

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

# Apelación de Nivel 1: La solicitud realizada por un miembro para que el plan revise una Acción adversa (también llamada Apelación interna).

# Apelación de Nivel 2: Una apelación enviada a una organización independiente sin relación con el plan, para que revise la decisión del plan sobre una Apelación de Nivel 1 (la primera etapa en una Apelación externa por un servicio de Medicare).

# Apelar: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos que cambiemos o cancelemos nuestra decisión. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica las apelaciones y le dice cómo presentar una apelación.

# Área de servicio: Un área específica cubierta por un plan de salud (algunos planes de salud aceptan miembros solamente si viven en cierta área). Para los planes que limitan los médicos y hospitales que 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>.

# Autorización previa: [Plans 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 debe recibir antes de poder obtener un servicio específico o un medicamento o para ver un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no recibe la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de nuestro plan.

* Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de nosotros.

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

# Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer el ejercicio que ordene un proveedor). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos.

# [Plans that do not have cost-sharing should delete this paragraph.] Ayuda adicional: Programa de Medicaid que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos por 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: Recibir beneficios mientras usted está esperando una decisión sobre una apelación. Esta cobertura continúa se llama “ayuda pagada en espera”.

# **Centro de Cirugía Ambulatoria**: Una institución que ofrece servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en la institución.

# Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con personal y equipo que da cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

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

# Consejo de Audiencias (BOH) de MassHealth: El Consejo de audiencias dentro de la Oficina de Medicaid de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachussetts (EOHHS).

# Continuación de cuidados: la cantidad de tiempo que usted puede seguir viendo a sus médicos y obteniendo sus servicios actuales después de que se convierta a miembro de <plan name>. El período de Continuación de cuidados dura 90 días o hasta que se completen su evaluación completa y Plan de cuidados individualizado (ICP, por sus siglas en inglés).

# Coordinador de cuidado de salud: La persona principal que trabaja con usted, <plan name> y los proveedores que le dan cuidados, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. [Plans should change “Care Coordinator” to the term used by the state or plan, if applicable, and place the paragraph in correct alphabetical order.]

# Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS): una persona que trabaja con usted y con su Equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que usted obtenga los servicios y respaldos que necesita para vivir independiente.

# [Plans that do not have copays should delete this paragraph.] Copago: una cantidad fija que usted paga cada vez que obtiene un servicio o suministro. Por ejemplo, usted podría pagar $1.30 o $3.90 por un medicamento de receta. <Plan name> sólo cobra copagos por medicamentos de receta y algunas otras cosas que usted consigue en la farmacia.

# [Plans that do not have cost-sharing should delete this paragraph.] Costo compartido: Las cantidades que usted tiene que pagar cuando usted recibe medicamentos. El costo compartido incluye copagos.

# Cuidado de 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 de SNF incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

# Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar estos servicios.

# Cuidado necesario de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión repentina que no es una emergencia pero que requiere de 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.

# [Plans that do not have cost sharing for Part D drugs should delete this paragraph. Plans may revise the information in this definition to reflect the appropriate number of days for their one-month supplies as well as the cost-sharing amount in the example.] **Cuota diaria de costo compartido**: Una cuota que se puede aplicar cuando su médico receta un suministro de menos de un mes de algunos medicamentos para usted y usted debe pagar un copago. Una cuota diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en un suministro para un mes.

Por ejemplo: Digamos que su copago por un suministro para un mes (un suministro de 30 días) de su medicamento es $1.30. Esto significa que lo que paga para su medicamento es un poco más de $0.04 al día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago sería un poco más de $0.04 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de $0.30.

# Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

# Desafiliación: El proceso de terminar su participación en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida, por ejemplo si ya no es elegible para MassHealth).

# Determinación de la organización: Una decisión de un plan o de uno de sus proveedores en relación a la cobertura de servicios o cuánto tiene que pagar por servicios 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 situación médica que una persona del público en general con un conocimiento promedio de salud y medicina encontraría que es tan grave que si no se obtiene atención médica inmediata podría llevar a la muerte, un mal funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo o daño a la función de una parte del cuerpo, o en el caso de una mujer embarazada, poner la salud física o mental de ella o de su bebé por nacer a riesgo grave. Algunos de los síntomas de una emergencia son dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado sin control.

# Entidad de revisión independiente (IRE): La organización independiente contratada por Medicare para revisar Apelaciones externas (Nivel 2) si no decidimos totalmente a favor de su Apelación interna.

# **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 adaptar mejor los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

# 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.

# Equipo para el cuidado de salud: Un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de salud y otras personas que le ayuden a obtener el cuidado que necesita. Su Equipo para el cuidado de salud también le ayudará a preparar un Plan de cuidados individualizado (ICP).

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

# Especialista en salud de la mujer: un especialista, incluyendo un obstetra o ginecólogo, dentro de la red de proveedores de <plan name> para servicios cubiertos en atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

# [Plans with a single coverage stage should delete this paragraph.] Etapa de cobertura catastrófica: La parte del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el fin del año. Usted comienza esta etapa cuando llega al límite de $<TrOOP amount> para sus medicamentos de receta.

# [Plans with a single coverage stage should delete this paragraph.]Etapa de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos de medicamentos de la Parte D alcancen los $ [insert initial coverage limit]. Esto incluye las cantidades que usted ha pagado, los montos que nuestro plan ha pagado por usted y el Subsidio por bajos ingresos. Usted inicia esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

# Evaluación de salud: Una revisión del historial médico del paciente y su estado actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría tener en el futuro.

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

# 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.

[Plans with cost sharing, insert: Como miembro de <plan name>, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad.]

[Plans with no cost sharing, insert: Debido a que <plan name> paga el costo total de sus servicios, no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.]

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

# Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para proporcionar medicamentos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

# [Plans that do not have cost-sharing should delete this paragraph.] Gastos directos de su bolsillo: El requisito de costo compartido en el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen. Lea la definición de “costo compartido” arriba.

# 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 necesitan 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. Los servicios incluyen enfermería, servicios de medicina social; asesoría, que incluye el proceso de duelo, dietética, espiritual y otros tipos de asesoría; terapia física, ocupacional y del habla; ama de casa y auxiliar de salud en el hogar; suministros médicos, medicamentos, suministros biológicos y cuidados como paciente hospitalizado a corto plazo.
* <Plan name> deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

# **Información de identificación personal (PII):** información que puede ser usada para distinguir o rastrear la identidad de un individuo, ya sea sola o combinada con otra información que está vinculada o puede ser vinculada con un individuo específico.

# Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas con médicos e historial médico. Para más información, lea el Aviso de prácticas de privacidad de <plan name> sobre la forma en que <plan name> protege, usa y divulga su información médica personal, así como sus derechos en cuanto a su información médica personal.

# Inscripción: El proceso de hacerse miembro de nuestro plan.

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

# *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos de receta con cobertura de <plan name>. Nosotros elegimos 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 miembro* y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos o cláusulas adicionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

# MassHealth: El programa Medicaid del estado de Massachussetts.

# Medicaid (o Asistencia médica): Un programa dirigido 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 cambian 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.
* Para más información para comunicarse con Medicaid en su estado, lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable]. MassHealth es el programa de Medicaid del estado de Massachussetts.

# Médicamente necesario: Servicios que son razonables y necesarios:

* Para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión, **o**
* Para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación, **o**
* Médicamente necesarios de otro modo conforme a la ley de Medicare.

De acuerdo con la ley y los reglamentos de Medicaid y conforme a MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:

* Pueden ser calculados, de manera razonable, para impedir, diagnosticar y evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar enfermedades que pongan a riesgo su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen deformidad o disfunción física, amenacen con causar o agravar una discapacidad o produzcan una enfermedad o padecimiento, **y**
* No hay otro servicio médico o lugar de servicio disponible que funcione igual de bien o que sea adecuado para usted y más económico.

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con las normas de cuidado de salud con reconocimiento profesional y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados con registros que incluyan pruebas de dicha necesidad médica y calidad.

**Medicamento genérico:** Un medicamento de receta que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos 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 referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

# Medicamentos de la Parte D: Lea “Medicamentos de la Parte D de Medicare”. [Plans that do not use PCPs may omit this paragraph.]

# Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D de Medicare. (Lea los medicamentos cubiertos en la Lista de medicamentos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D, pero MassHealth puede cubrir algunos de esos medicamentos.

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

# **Medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):** Medicamentos de venta sin receta médica 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 ciertas personas: Aquellos que tienen 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 Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidado administrado (lea “Plan de salud”).

# Medicare Original (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare): Medicare ofrecido por el gobierno. Conforme al Medicare Original, Medicare paga a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud. Esos montos de pago son fijados por el Congreso.

* Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare.
* Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Medicare Original está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
* Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

# Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y MassHealth elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y MassHealth.

# Miembro de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. A un miembro de Medicare-Medicaid también se llama “persona doblemente elegible”.

# [If the plan does not have cost sharing should delete this paragraph.] **Nivel de costo compartido:** Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como la Lista de medicamentos) está en uno de los [insert number of tiers] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto será lo que usted pague por el medicamento.

# [Plans that do not have cost sharing should add this paragraph.] Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Medicamentos genéricos, de marca o de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos está en uno de los [insert number of tiers] niveles de medicamentos.

# Ombudsman: Una persona u organización en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Los servicios ombudsman para los miembros de One Care son provistos por My Ombudsman. Usted puede encontrar más información sobre My Ombudsman en los Capítulos 2 [*plans may insert reference, as applicable*] y 9 [*plans may insert reference, as applicable*] 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 vigilen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Para más información para comunicarse con la QIO de su estado, lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

# Paciente hospitalizado: Un término utilizado cuando ha sido internado oficialmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue internado oficialmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio 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 cuidado de hospicio.

# Parte B: Lea “Parte B de Medicare”.

# Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad o padecimiento. 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 ambulatorios que no tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, ni de MassHealth. <Plan name> incluye la Parte D de Medicare.

# Plan de cuidados individualizado (ICP): Un plan que describe cuáles servicios de salud recibirá y cómo los recibirá. (También conocido como Plan de cuidados personales individualizado.)

# Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de cuidado de salud [plans should change “Care Coordinator” to the term used by the state and/or plan, if applicable] que le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para asegurarse de que usted tenga el cuidado que necesita.

# **Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrece beneficios a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

# Prótesis y ortóticos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, arneses para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica o intravenosa.

# Proveedor de cuidado primario (PCP): Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud.

* Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse sano. Esta persona trabajará con su Equipo para el cuidado de salud.
* Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y puede referirlo a ellos.
* Para obtener más información sobre el cuidado de proveedores de cuidado primario, lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable].

# Proveedores de la red: “Proveedores” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otros que le dan servicios de cuidado de salud y atención. 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.

* 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, aceptan nuestro pago y no cobrarle a nuestros miembros ninguna cantidad adicional.
* Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.
* Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”.

# Proveedores fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedores o instituciones, que no son nuestros empleados, ni de nuestra propiedad, ni son operados por nuestro plan y que no han aceptado trabajar con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] se explican los proveedores o centros fuera de la red.

# Queja o reclamo: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene una 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. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una reclamo”.

# Reclamo: Lea “Queja o reclamo”.

# **Referido:** Un referido significa que su [*insert the term the plan uses (e.g.,* proveedor *or* médico*)*] de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe autorizar que usted vea a alguien que no sea su PCP. Si no recibe aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para ver ciertos especialistas, tales como especialistas en salud de la mujer. Usted puede encontrar más información sobre referidos en el Capítulo 3 [*plans may insert reference, as applicable*] y sobre los servicios que requieren referidos en el Capítulo 4 [*plans may insert reference, as applicable*].

# Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

# Servicio cubierto: El término general que usamos para hablar de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

# Servicios al miembro: Un departamento dentro de nuestro plan cuya labor es responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para más información para comunicarse con Servicios al miembro, lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

# Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubre la Parte A y la Parte B de Medicare.

# Servicios de rehabilitación: Tratamiento que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante, incluyendo terapia física, del habla y lenguaje y ocupacional. Para conocer más sobre servicios de rehabilitación, lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

# Servicios de salud del comportamiento: Tratamientos para salud mental y el abuso en el consumo de sustancias.

# Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Asistencia para que pueda quedarse en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital.

# Subrogación: Un proceso de substitución de un acreedor por otro, que se aplica si usted tiene derecho legal a recibir pago de una persona u organización porque otra persona o entidad fue responsable de su enfermedad o lesión. Podemos usar este derecho de subrogación, con o sin su consentimiento, para recuperar de la persona o entidad responsable o de su compañía de seguros, el costo de los servicios proporcionados o gastos incurridos por nosotros que están relacionados con su enfermedad o lesión.

# [Plans that do not have cost-sharing should delete this paragraph.] Subsidio por bajos ingresos (LIS): Lea “Ayuda adicional.”

# Terapia escalonada: 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 Member Handbook that contains contact information for Member 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 miembro de <plan name>

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | [Insert 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 miembro también tiene servicio de intérpretes gratuito, para las personas que no hablen inglés. |
| TTY | [Insert number.]  [Insert if plan uses a direct TTY number: Este número requiere equipo telefónico especial y es para personassordas o con dificultades auditivas o del habla.]  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.] |