Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados 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, llame 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, “refer to 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 (ADL): 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 sus proveedores de cuidados y con su Equipo interdisciplinario (IDT) para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.

# Agencia de Medicaid del estado: La Agencia de Medicaid del estado de New York es el Departamento de Salud del estado de New York (NYSDOH), Programas de la Oficina de Seguros de Salud (OHIP).

# Agente de inscripción: La entidad independiente (New York Medicaid Choice) que se ocupa de las afiliaciones y desafiliaciones del Plan FIDA-IDD del estado de New York.

# Apelación: Una manera formal de cuestionar una decisión de cobertura si le parece que es incorrecta. Puede presentar una apelación para solicitar que cambia una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

# Área de servicio: Un área geográfica en la 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 rutinarios (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden acceder a <plan name>. Para obtener más información sobre el área de servicio del Plan FIDA-IDD, consulte el Capítulo 1 [plan may insert reference, as applicable].

# Audiencia administrativa integrada: Una reunión en la Oficina de Audiencias Administrativas Integradas en la que usted puede explicar por qué considera que <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) tomaron una decisión equivocada.

# Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema ante un tribunal del estado de New York y demuestre que una decisión que tomamos acerca de su elegibilidad para el Programa FIDA-IDD o Medicaid no es la correcta.

# Autorización previa: [The 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 debe recibir antes de poder obtener ciertos servicios o medicamentos, o acudir a un proveedor fuera de la red. <Plan name> podría no cubrir el servicio o medicamento si usted no recibe 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 la autorización previa de nuestro plan están indicados en la Tabla de beneficios en el 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 indicados 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 sus gastos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, 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 motivos de su apelación, mientras espera 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 para terminar su participación en <plan name>. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

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

# Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro 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. En el Capítulo 2, [plan may insert reference, as applicable] se explica cómo comunicarse con CMS.

# Consejo de apelaciones de Medicare (MAC): Una entidad que realiza las Apelaciones de Nivel 3 mencionadas en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

# Continuación de beneficios: Consulte el apartado “Ayuda pagada en espera”.

# Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor entrenado para prestar estos servicios. El plan cubre cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red.

# Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado 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 que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Usted puede obtener cuidado necesario de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o cuando no puede acceder a ellos.

# Decisión de cobertura: Una decisión tomada por su IDT, <plan name> u otro proveedor autorizado sobre si <plan name> brindará cobertura de un servicio o no. Esto incluye decisiones sobre servicios, artículos y medicamentos cubiertos. En el Capítulo 9, [plan may insert reference, as applicable] se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

# Determinación de la organización: <Plan name> ha tomado una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión en relación con la cobertura de servicios y artículos o sobre cuánto tiene que pagar por los servicios y artículos cubiertos. En este manual, a las determinaciones de la organización se les llama “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

# Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de alguna parte del cuerpo o la pérdida del funcionamiento de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

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

# Equipo interdisciplinario (IDT): Su IDT estará conformado por su Administrador de cuidados, sus proveedores primarios de servicios para discapacidades del desarrollo y otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita. Su IDT también lo ayudará a hacer un Plan de vida y a tomar decisiones de cobertura.

# Equipo médico duradero (DME): Ciertos elementos que su médico pide para que usted use en su casa. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, 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 (LTSS) con base en la comunidad y en centros médicos, los servicios para la discapacidad del desarrollo y las necesidades sociales. Es utilizado por usted y su Equipo interdisciplinario (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, 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 no está normalmente cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

# *Explicación de beneficios* (EOB) Un resumen de los medicamentos que recibió durante un mes determinado. También muestra el total de pagos realizados 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 la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de participante de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. Comuníquese con Servicios al participante si recibe facturas que no entiende.

Como <plan name> paga la totalidad del costo de sus servicios, usted no paga ninguna cantidad como costo compartido. Su proveedor no puede cobrarle nada por los servicios.

# Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas a 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 solo 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 en 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 necesitan estar en el hospital.

# Hospicio: Un programa de cuidado y respaldo para ayudar a personas con pronósticos médicos terminales 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.

* Un participante que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
* Un equipo de profesionales y cuidadores con entrenamiento 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 puede ayudarlo si tiene problemas con <plan name>. Sus servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo comunicarse con la ICAN.

# Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historial médico. Consulte 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 respecto 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 la 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 adicionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como participante de <plan name>.

# Medicaid (o Asistencia médica): Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar por el cuidado de la salud, servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos.

* También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre.
* Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.
* Consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo 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, provocan enfermedades o dolencias, interfieren con su capacidad de hacer actividades normales o puedan empeorar un defecto. <Plan name> 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 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 describir todos los medicamentos de receta y otros medicamentos cubiertos por <plan name>.

# 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 estos medicamentos.

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

# Medicamentos de venta sin receta médica (OTC): Los medicamentos de venta sin receta médica son aquellos medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional médico.

# Medicare Original (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare): El gobierno federal ofrece Medicare Original. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso.

* Puede acudir 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 usted no quiere estar inscrito en <plan name>, puede elegir Medicare Original.

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

# 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 en 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 de New 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. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. La Ombudsman para las personas inscritas en el Plan FIDA-IDD es la ICAN. Puede obtener más información sobre la ICAN en los Capítulos 2 [plan may insert reference, as applicable] y 9 [plan 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 las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los participantes. Consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

# Paciente hospitalizado: Este término se utiliza cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

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

# Parte A: Consulte “Parte A 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) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

# Parte B: Consulte “Parte B 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 C: Consulte “Parte C 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 están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. <Plan name> incluye la Parte D de Medicare.

# Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

# Participante (Participante de nuestro plan o Participantes del plan): Una persona que tiene Medicare y Medicaid y cumple con los requisitos 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 en el que se detallan los servicios y artículos que usted recibirá, cómo los recibirá y sus objetivos del cuidado. Su Plan de vida es desarrollado por usted y su Equipo interdisciplinario (IDT).

# Plan FIDA-IDD, Fully Integrated Duals Advantage for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo): Una organización de cuidados administrados contratada por Medicare y Medicaid para ofrecer servicios disponibles a individuos elegibles a través de programas y servicios nuevos. El programa está compuesto por médicos, hospitales, proveedores para discapacidades del desarrollo, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Administradores de cuidados, quienes lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

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

# Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP): HIICAP es el Programa de asistencia del seguro de salud del estado de New York. HIICAP ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a personas con Medicare. El HIICAP no está vinculado con ninguna compañía de seguros, plan de cuidados administrados o 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): Un programa piloto administrado por el estado de New York y el gobierno federal para ofrecer un mejor cuidado de la salud a las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal evalúan nuevas maneras de mejorar la forma en la que recibe los servicios de cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

# Proveedor de cuidado primario (PCP): Su médico principal u otro proveedor responsable de proveer muchos de sus servicios y artículos de cuidados preventivos y primarios. Su PCP también será 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, un enfermero practicante o un asistente médico.
* Para obtener más información al respecto, consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable].

# Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeras y otras personas que le proporcionan servicios y cuidados de salud. Este término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico, servicios para discapacidades del desarrollo y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

* Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud.
* Los 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>, deberá usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos, salvo en determinadas situaciones, como en casos de emergencia o cuidado necesario de urgencia. Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”.

# Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Un proveedor o centro 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 detallan los proveedores o centros fuera de la red.

# Reclamo: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o preocupaciones sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier preocupación sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de la 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, 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> responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al participante.

# Servicios con base en el hogar y la comunidad: Servicios desarrollados por la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD), bajo programas de excepción con base en el hogar y en la comunidad para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades intelectuales 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 el hogar, empleo prevocacional, 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 por Medicare: Servicios 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 cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

# Servicios y artículos cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de todo lo que incluye el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los servicios para la discapacidad del desarrollo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, los 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 respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una enfermedad a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudarán a permanecer en su hogar, para que no tenga que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Generalmente, también se utilizan los términos cuidado a largo plazo, servicios y respaldos a largo plazo o servicios con base en la comunidad y en el hogar para referirse a los LTSS.

# 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 Participants to find and read the contact information.]

**Servicios al participante 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 participante también tiene servicio de intérpretes gratuito para las personas que no hablen inglés. |
| **POR TTY** | [Insert number.]  [Insert if plan uses a direct TTY number: Este número requiere equipo telefónico especial y es solo 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.] |
| **POR EL SITIO WEB** | [Insert URL.] |