Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

**Introducción**

Este capítulo incluye términos clave utilizados 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, red, PHO, grupo médico del plan, and punto de servicio.]

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

# Acción adversa:Una acción adversa es una acción o falta de acción por parte de <plan name> contra la que usted puede apelar. Esto incluye lo siguiente:

* <Plan name> rechaza o aprueba un servicio limitado que solicitó su médico;
* <Plan name> redujo, suspendió o terminó la cobertura que ya habíamos aprobado;
* <Plan name> no pagó por un servicio o artículo que usted considera que es un Servicio cubierto;
* <Plan name> no resolvió su pedido 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 tomar una decisión.

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

# **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 (primera etapa en una Apelación externa por un servicio de Medicare).

# Apelación: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para solicitar 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. En el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] se desarrollan las apelaciones y se explica 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 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>.

# Autorización previa (PA): [Plans may delete applicable words or sentences if it does not require PA 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 médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen PA de nuestro plan.

* Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están indicados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si nosotros le proporcionamos PA.

* Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están indicados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

# Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios 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 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 beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”.

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

# Centro de cirugía ambulatoria: Un centro 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 el centro.

# 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. En el Capítulo 2, [plans may insert reference, as applicable] se 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 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (EOHHS).

# **Continuidad del cuidado:** el período de tiempo en el que usted puede seguir acudiendo a sus médicos y recibiendo los servicios actuales luego de convertirse en un miembro de <plan name>. El período de continuidad del cuidado dura 90 días o hasta que su evaluación completa y su Plan de cuidados individualizado (ICP) estén terminados.

# Coordinador de cuidado de salud: La persona principal que trabaja con usted, con <plan name> y con sus proveedores de cuidados, para asegurarse de que usted reciba 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 reciba los servicios y respaldos que necesita para tener una vida independiente.

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

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

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

# 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 pueden incluir 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.

# [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 por un suministro por un mes.

Cuota diaria de costo compartido:1Por ejemplo: Digamos que su copago por un suministro para un mes (un suministro de 30 días) de un medicamento es $1.35. Esto significa que el costo de su medicamento es menos de $0.05 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago sería de menos de $0.05 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.

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

# Determinación de la organización: Una decisión tomada por un plan, o uno de sus proveedores, en relación con la cobertura de servicios o sobre cuánto tiene que pagar por los servicios cubiertos. En este manual, a las determinaciones de la organización se les llama “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, [plans may insert reference, as applicable] se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

# Emergencia: Unasituación médica que una persona común con un conocimiento promedio de salud y medicina consideraría que es tan grave que si no se obtiene cuidado médico inmediato podría llevar a la muerte, un mal funcionamiento de un órgano, la disfunción grave de una función del cuerpo, o, en el caso de una mujer embarazada, podría poner la salud física o mental de ella o de su bebé por nacer en riesgo grave. Los síntomas médicos de una emergencia son dolor intenso, dificultad para respirar o hemorragia incontrolable.

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

# **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 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.

# Equipo para el cuidado de salud: Un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que lo ayudarán a obtener el cuidado que necesita. Su Equipo para el cuidado de salud también lo ayudará a hacer un Plan de cuidados individualizado (ICP).

# Especialista en salud de la mujer: Un especialista, como 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.

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

# [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 fin de año. Usted comienza esta etapa cuando llega al límite de $<TrOOP amount> de 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 $[insert initial coverage limit]. Esto incluye las cantidades que usted haya pagado, las que nuestro plan ha pagado por usted y el subsidio por bajos ingresos. Esta etapa da comienzo cuando usted 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 y la condición actual del paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

# Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que no está normalmente cubierto 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. Comuníquese con Servicios al miembro si recibe facturas que no entiende.

[Plans with cost sharing, insert: Como miembro de <plan name>, usted solo debe pagar por la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores le cobren más de esa cantidad.]

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

# Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas a 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 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 nuestro plan para proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en 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. Consulte la definición de “costo compartido” antes mencionada.

# Hogar para personas de la tercera edad o centro de enfermería: Un lugar que proporciona cuidados a las personas que no pueden recibirlos en sus hogares, pero que no necesitan ser hospitalizados.

# **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.

* Una persona 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. 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, visitas médicas e historial médico. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de <plan name> para obtener más informaciónsobre cómo <plan name> protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos respecto a su PHI.

# Inscripción: El proceso para convertirse en miembro de nuestro plan.

# Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tomar. 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>. Elegimos los medicamentos en la lista con la ayuda de los 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 de Medicaid de la Commonwealth de Massachusetts.

# Medicaid (o Asistencia médica): Un programa operado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar 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 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado. MassHealth es el programa de Medicaid de la Commonwealth de Massachusetts.

# Médicamente necesario: Servicios que son razonables y necesarios:

* para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
* para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación; **o**
* médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare.

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

* puede considerarse de manera razonable que previenen, diagnostican, evitan el agravamiento, alivian, corrigen o curan enfermedades que ponen en riesgo su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan alguna deformidad o disfunción física, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o producen una enfermedad o dolencia, **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 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 son fabricados y vendidos 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 cubiertos por nuestro plan.

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

# Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos que pueden tener cobertura en la Parte D de Medicare. (Consulte cuáles son 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 podría cubrir algunos de estos medicamentos.

# **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)**:** Medicare ofrecido por el gobierno. Con Medicare Original, Medicare paga a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud. El Congreso determina los montos a pagar.

* 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 no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

# Medicare: El programa federal de seguros de salud para: personas de 65 años de edad o más, 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 (consulte el apartado “Plan de salud”).

# Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y MassHealth y cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que está inscrita 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 que cumple con los requisitos para obtener cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se llama “persona dualmente elegible”.

# [Plans that do 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 llamada Lista de medicamentos)está en uno de [insert number of tiers] los niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto será el costo del 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 medicamentos de venta sin receta médica (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentos está en uno de los [insert number of tiers] niveles.

# Ombudsman: Una persona u organización 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. My Ombudsman provee los servicios Ombudsman para los miembros de One Care. Puede obtener 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 las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

# Paciente hospitalizado: Este término se utiliza cuandousted 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 el apartado “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 el apartado “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 el apartado “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 MassHealth. <Plan name> incluye la Parte D de Medicare.

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

# Plan de cuidados individualizado (ICP): Un plan en el que se detallan los servicios que usted recibirá y cómo los recibirá. (También conocido como un Plan de cuidados personal 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 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 “Planes MA”, que ofrece beneficios a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

# **Prótesis y dispositivos ortopédicos:** 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 enteral o parenteral.

# [Plans that do not use PCPs may omit this paragraph.] Proveedor de cuidado primario (PCP): Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero la mayoría de sus problemas de salud.

* Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite 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 remitirlo a ellos.
* Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de cuidado primario.

# 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 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 y aceptan nuestro pago y no le cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.
* Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.
* 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 nuestro plan y no ha 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 detallan los proveedores o centros fuera de la red.

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

# Reclamo: Consulte el apartado “Queja o Reclamo”.

# **Referido:** Un referido significa que su [insert the term the plan uses (e.g., proveedor or médico)] de cuidado primario (PCP) debe autorizar que usted acuda a alguien que no sea su PCP. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre referidos, consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] y sobre los servicios que requieren referidos, 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. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

# Servicios al miembro: Un departamento dentro de nuestro planresponsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al miembro.

# 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 cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

# Servicios 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 suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

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

# **Servicios de salud del comportamiento:** Tratamientos para la salud mental y el uso de sustancias.

# Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Asistencia que le permitirá permanecer 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 parte fue responsable de su enfermedad o lesión. Podemos usar este derecho de subrogación, con o sin su consentimiento, para recuperar de la parte responsable o de su compañía de seguros, el costo de los servicios proporcionados o gastos incurridos por nosotros relacionados con su enfermedad o lesión.

# [Plans that do not have cost-sharing should delete this paragraph.] Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte el apartado “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. |
| --- | --- |
| **POR TTY** | [Insert number.]  [Insert if plan uses a direct TTY number: Este número requiere equipo telefónico especial y es para personas sordas 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.] |
| **POR EL SITIO WEB** | [Insert URL.] |