Capítulo 12: Definiciones de palabras 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.]

[If revisions to terminology 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, “ver Capítulo 9, Sección A, página 1.” An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Agencia de Medicaid del estado**:** El Departamento de salud y servicios humanos (Department of Health and Human Services) de South Carolina (SCDHHS) está designado como la única agencia del estado para la administración del programa Medicaid en South Carolina (llamado “Healthy Connections Medicaid”). SCDHHS es una agencia a nivel de ministerio, bajo el control del gobernador del estado de South Carolina.

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

**Área de servicio:** Un área geográfica en el que un plan de salud acepta miembros. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener <plan name>.

**Asistente 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 asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos.

**Audiencia imparcial:** Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que se tomó está equivocada.

**Autorización previa:** [Plans may delete applicable words or sentences if it does not require prior authorization for any medical services or any drugs.] Una aprobación de <plan name> que usted 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 obtienen 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*.

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

**Ayuda pagada en espera:** Usted puede seguir recibiendo sus servicios aprobados anteriormente mientras esté esperando una decisión sobre una apelación de Nivel 1 (y en el caso de un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras usted espera una decisión sobre una apelación de Nivel 2). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”. Para más información lea el Capítulo 9. Por favor llame a Servicios al cliente al número anotado al pie de la página si tiene alguna otra pregunta.

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

**Capacitación en competencia cultural:** Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores 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.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Una institución que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en la institución.

**Centros para 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.

[**Coordinador de cuidados or** **Administrador de cuidados** (plan’s preference)]**:** La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con los proveedores que le dan cuidados, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. [Plans may replace “coordinador de cuidados” with the term “administrador de cuidados” and place the paragraph in correct alphabetical order.]

[Plans that do not have copays should delete this paragraph.] **Copago:** Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que usted recibe un servicio [plans with drug copays, insert: o suministro]. Por ejemplo, usted podría pagar $2 o $5 por un servicio [plans with drug copays, insert: o un medicamento de receta].

[Plans that do not have cost sharing should delete this paragraph.] **Costo compartido:** Cantidades que usted tiene que pagar cuando usted recibe servicios o medicamentos. Costo compartido incluye copagos y coseguro.

[Plans that do not have cost sharing should delete this paragraph.] **Costos de 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.

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

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

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

[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 de costo compartido diario:** 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 de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días por un suministro por 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 por 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 y 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.

**Determinación de la organización:** El plan tomó una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión 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.

**Emergencias:** Una emergencia médica es cuando usted o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría que usted tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de alguna parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

**Entidad de revisión independiente (IRE):** Una organización contratada por Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) para realizar una revisión de apelaciones de Nivel 2, por un servicio o artículo cubierto por Medicare únicamente o por Medicare y Health Connections Medicaid juntos. Si <plan name> niega su aprobación para tal servicio o artículo, durante una apelación de Nivel 1 del miembro, la apelación de la negativa se envía a IRE para que realicen una revisión de Nivel 2. IRE no está ligada a <plan name> y no es una agencia del gobierno. Por favor lea más información sobre las apelaciones de Nivel 2 en el Capítulo 9. [plans may insert reference, as applicable]

**Equipo de cuidados:** Un equipo de cuidados puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener los cuidados que necesite. Usted es un miembro importante del equipo de cuidados y también puede incluir otros familiares o amigos.

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

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

[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 del año. Usted comienza esta etapa cuando llega al límite de $<TrOOP amount> por 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 ha pagado, las que nuestro plan ha pagado por usted y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en 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 completa**: Una revisión con el fin de obtener una visión más profunda de sus necesidades médicas y sociales y sus capacidades. Obtendremos esta información de usted, sus proveedores y familiares o personas que le cuiden, cuando sea apropiado. Esta evaluación la realizarán profesionales de la salud certificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y[coordinadores de cuidados **or** administradores de cuidados(plan’s preference)]*.*

**Examen inicial de salud:** Una revisión del historial médico del paciente y sus condiciones actuales. Se usa para averiguar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

**Excepción:** Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está 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. Llame a Servicios para miembros si recibe facturas que no entiende.

[*Plans with cost sharing, insert:* Como miembro de <plan name>, usted solo tiene que pagar los co-pagos de su plan cuando recibe servicios que esten cubiertos por su plan. No le permitimos a los proveedores, cobrarle más por sus servicios que esta cantidad.]

[*Plans with no cost sharing, insert:* <plan name> paga por el costo complete de sus servicios, usted no paga nada de co-pagos. Los proveedores no pueden cobrarle nada por los servicios cubiretos por su plan.]

**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 usted las surte en una de nuestras farmacias de la red.

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

**Healthy Connections Medicaid:** El programa de Medicaid de South Carolina. Lea la definición de "Medicaid" de abajo para obtener más información.

**Healthy Connections Prime:** Un programa de demostración, administrado de manera conjunta por South Carolina y el gobierno federal, para proporcionar mejor cuidados de salud a las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos.

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

**Hospicio:** Un programa de cuidados y respaldo para personas con pronósticos médicos terminales, para ayudarles a vivir cómodamente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

* Un miembro que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
* Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial, ofrecen atención para la "persona completa", que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
* <Plan name> deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

# Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI, por sus siglas en inglés): 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 PHI, así como sus derechos en cuanto a su PHI.

# Ingresos de seguridad complementarios (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.

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

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

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

# *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos de receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

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

# Medicaid (o Medical Assistance): Un programa operado por los gobiernos federal y del estado, que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos.

* Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare.
* Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.
* Lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] si quiere información para comunicarse con Medicaid en su estado.

**Médicamente necesario:**

* Servicios que son razonables y necesarios:
  + Para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, **o**
  + Para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado del cuerpo, **o**
  + De alguna otra manera necesarios de acuerdo con las leyes de Medicare.
  + Esto incluye cuidados que ayudan a evitar que ingrese en un hospital o institución de enfermería.
* De acuerdo con las leyes y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si son:
  + Esenciales para prevenir, diagnosticar o evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen dolor y sufrimiento, causen deformaciones o disfunciones físicas, amenacen con causar o agravar una discapacidad o tener como resultado una enfermedad, **y**
  + Proporcionados en una institución apropiada al nivel de cuidados apropiado, para el tratamiento de su condición médica, **y**
  + Proporcionados de acuerdo con los estándares de práctica médica aceptados de manera general.

**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 activos 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 cubiertos por nuestro plan.

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

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

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

**Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio):** El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso.

* Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y 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 Parte A:** El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médicamente necesario de hospital, institución de enfermería especializada, salud en el hogar y residencia para enfermos terminales.

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

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

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

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

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** Una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

**Miembro de Medicare-Medicaid:** Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Healthy Connections Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se llama una “persona doblemente elegible”.

[Plans that do not have cost sharing for drugs should insert this paragraph:] **Nivel:** Un nivel es grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos, o de venta libre).

[Plans that do not have cost sharing for drugs 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 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 libre (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentosestá en uno de los [*insert number of tiers*] niveles.

**Ombudsman** (Healthy Connections Prime Advocate)**:** Una oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. El defensor de Healthy Connections Prime es el ombudsman para las personas inscritas en Health Connections Prime. Usted puede encontrar más información sobre el ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual, incluyendo cómo comunicarse con el Ombudsman.

**Organización de cuidados coordinados e integrados (CICO):** Otro nombre para un plan de Medicare-Medicaid.

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

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

**Parte A:** Lea “Medicare Parte A.”

**Parte B:** Lea “Medicare Parte B.”

**Parte C:** Lea “Medicare Parte C.”

**Parte D:** Lea “Medicare Parte D.”

**Plan de cuidados:** Un plan para los servicios de salud que usted recibirá y cuándo los recibirá.

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

**Plan de salud:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene [coordinador de cuidados **or** administrador de cuidados (plan’s preference)], quienes le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite.

**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 la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado de salud. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

* Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud.
* Les llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.
* Mientras usted sea miembro de nuestro plan, usted debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o Institución fuera de la red:** Un proveedor o institución que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado 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 instituciones fuera de la red.

[Plans that do not use PCPs may omit this paragraph.] **Proveedor personal (PCP):** Su proveedor personal 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 necesite para mantenerse sano.

* Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y le da pre-autorizaciones para verles.
* En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor personal antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
* Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] si quiere información sobre cómo recibir atención de proveedores personales.

**Queja:** Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de la red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

**Reclamo:** Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado.

**Referido:** Un referido significa que su proveedor de cuidados primarios (PCP) tiene que darle aprobación antes de que usted vea a alguien que no es su PCP. Si usted no recibe aprobación, es posible que <plan name> no cubra los servicios. Usted no necesita un referido para ver a ciertos especialistas, tales como especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referidos en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren referidos en el Capítulo 4.

**Servicios al miembro:** Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] y al pie de la página si quiere información sobre cómo comunicarse con Servicios al miembro.

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

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos cuando hablamos de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para conocer más sobre servicios de rehabilitación.

**Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS):** Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudarán a mantenerse en su hogar, para que no tenga que ir a un hogar de cuidados para personas mayores o a un hospital.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Lea “Ayuda adicional”.

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

[Plans may add a back cover for the 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 personas que tienen problemas para oír o hablar.]  Las llamadas a este número son gratuitas. [Insert days and hours of operation.] |
| POR FAX | [Optional: Insert fax number.] |
| POR CORREO | [Insert address.]  [Note**:** Plans may add email addresses here.] |
| SITIO WEB | [Insert URL.] |