Capítulo 12: Definiciones de términos clave

**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, contacte 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/Medicaidmembers.]

[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, “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 cuidado de salud y servicios familiares (Department of Healthcare and Family Services) de Illinois.

**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 si el plan limita la participación dependiendo de dónde vivan las personas. 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 tiene que recibir antes de poder obtener ciertos servicios o medicamentos o visitar a un proveedor fuera de la red. Es posible que <plan name> no cubra el servicio o medicamento si no reciba 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 están marcados en la tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene nuestra autorización previa.

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

**Ayuda adicional:** Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos de 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 beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”.

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

**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).

**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**, por sus siglas en inglés**):** La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] explica cómo comunicarse con CMS.

**Coordinador de cuidados:** 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 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 o suministro. Por ejemplo, usted podría pagar $2 o $5 por un servicio o un medicamento de receta.

[Plans that do not have coinsurance should delete this paragraph.] **Coseguro:** Un porcentaje (por ejemplo un 20%) del costo total por los servicios o medicamentos de receta que usted tiene que pagar en el momento de recibirlos.

[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**, por sus siglas en inglés**):** 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, por sus siglas en inglés) 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 un medicamento es $1.30. Esto significa que el costo de su medicamento es un poco más de $0.04 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago sería un poco más de $0.04 por dia, 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 usted 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 situación médica en la que una persona del público en general con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría que es tan grave que si no se obtiene cuidado médico inmediato podría llevar a la muerte, un mal funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo o daño a la función de una parte del cuerpo, o en el caso de una mujer embarazada, poner la salud física o mental de ella o de su bebé por nacer en riesgo grave. Algunos de los síntomas de una emergencia son dolor intenso, dificultad para respirar o sangrar sin control.

**Equipo de cuidados:** Un equipo de cuidados, encabezado por un coordinador de cuidados, que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales que están ahí para ayudarle a formular un plan de cuidados y asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

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

**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 de salud:** Una revisión del historial clínico de un miembro y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría tener en el futuro.

**Excepción:** Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto 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 la cantidad de los copagos cuando recibe servicios cubiertos por nuetro plan. No le permitimos a nuestro proveedores cobrarle mas de esta cantidad.]

[*Plans with no cost sharing, insert:* Debido a que <plan name> paga el total de los costos de sus servicios, usted no debe nada. Los proveedores no le pueden cobrar nada.por sus servicios.]

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

**Hogar para personas de la tercera edad 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 ayudar a vivir cómodamente a las personas con pronósticos médicos terminales. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que tenga seis meses de vida o menos.

* Un miembro que tenga un pronóstico médico terminal, tiene derecho a elegir un 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 de salud personal (también llamado Información de salud protegida) (PHI, por sus siglas en inglés):Información de usted y sobre su salud, tal como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historial médico. Lea el Aviso de prácticas de privacidad de <plan name> para más información sobre cómo <plan name> protege, usa, y divulga su PHI, así como sus derechos al respeto de su PHI.

**Ingresos de seguridad complementarios (SSI**, por sus siglas en inglés**):** 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**, por sus siglas en inglés**):** Una institución 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**, por sus siglas en inglés**):** 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:** El documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, o cláusulas adicionales, que explica 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:** Esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar para personas de la tercera edad. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas o de otro modo son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois. [Plans may revise the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate a*nd ensure that it is updated and used consistently throughout member material models*].

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

**Medicamento genérico:** Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para describir todos los medicamentos de receta cubiertos por 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. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Medicamentos sin recetas (OTC, por sus siglas en inglés):Medicamentos sin recetas 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 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 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 Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se llama “persona doblemente 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(tambien referido como la Lista de medicamentos) está en uno de los [insert number of tiers] niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto será lo que usted pague por el medicamento.

[If the plan does not have cost sharing should delete this paragraph.] Niveles de medicamentos:Grupos de medicamentos el nuestra Lista de medicamentos, Genérico, de marca, o medicamentos sin recetas (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentosestá en uno de los [insert number of tiers] niveles.

**Ombudsman:** Una oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Esta persona puede responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayurdale a entender qué debe hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el ombudsman en los capítulos 2 y 9 de este manual.

**Organización de mejora de la calidad (QIO**, por sus siglas en inglés**):** 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. Para más información, lea el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable] 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 ser considerado aún 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 preparado por usted y su coordinador de cuidados, que describe las necesidades médicas, de salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica metas y servicios para atender esas necesidades.

Plan de Medicare Advantage:Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “Planes MA,” ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare 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 coordinadores de cuidados, quienes le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite.

**Prótesis y ortopedia**: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos de soporte para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica y venosa.

**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 le 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.

**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 para “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.

Referencia:Una referencia significa que su care [*insert the term the plan uses (e.g.,* proveedor *or* médico)] de cuidados personal (PCP) tiene que autorizar que usted vea a alguien que no sea su PCP. Si no recibe aprobación, es posible que <plan name> no cubra los servicios. Usted no necesita una referencia para ver a ciertos especialistas, tales como especialistas de salud de mujeres. Puede encontrar más información sobre referencias en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren referencias 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] 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**, por sus siglas en inglés**):** Los servicios y respaldos a largo plazo incluyen Atención a largo plazo y programas de excepción de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Los programas de excepción HCBS pueden ofrecer servicios que le ayudarán a mantenerse en su hogar y en la comunidad.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS**, por sus siglas en inglés**):** 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 number.]  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.] |