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 “Texas Medicaid.” If the state-specific name does not include the word “Medicaid,” 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.]

# 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: La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), es la única agencia del estado responsable de operar y, en algunos casos, supervisar el programa de Medicaid del estado.

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

# Área de servicio: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si este limita la participación según el lugar donde viven 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 rutinarios (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden acceder a <plan name>.

# Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es la correcta.

# 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.

# 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, 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 espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. 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).

# Centro de cirugía ambulatoria: Un centro 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 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.

# Coordinador de servicios: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidados para asegurarse de que usted reciba 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 recibe un servicio o suministro. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un servicio 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 recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye copagos y coseguro.

# Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor entrenado para brindar 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 incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

# Cuidado necesario de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión o condición que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Usted puede obtener cuidado necesario de urgencia por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o cuando no puede acceder a ellos.

# [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.

Por 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 algo 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: El plan ha tomado una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión en relación con la cobertura de servicios 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: Una emergencia médica ocurre cuando usted o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de alguna parte del cuerpo o la pérdida o disminución grave del funcionamiento de una parte del cuerpo [insert as applicable: (y si usted es mujer y está embarazada, la pérdida del feto)]. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

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

# Equipo coordinador de servicios: Su equipo coordinador de servicios podrá estar formado por doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que lo ayudarán a obtener el cuidado que necesita. Su equipo coordinador de servicios también lo ayudará a hacer su plan de cuidado.

# Equipo médico duradero (DME): Ciertos elementos que su médico pide para que usted use en su casa.

Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

# Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte 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 del año. Usted (o las partes elegibles que lo representen) comienza esta etapa cuando ha gastado $<TrOOP amount> en sus medicamentos de receta de la Parte D cubiertos durante el año y no debe pagar nada.

# [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 completa de riesgo de salud: Una evaluación para confirmar su nivel apropiado de riesgo y desarrollar su plan de cuidado. Las evaluaciones completas incluirán, sin limitación, salud física y del comportamiento, necesidades sociales; estado funcional, dominios de bienestar y prevención, estatus y capacidades de la persona que lo cuida, así como sus preferencias, fortalezas y objetivos.

# Evaluación de riesgos 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 coordinar o 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 apliquen 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; también llamado requisito de gastos “directos de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” provista anteriormente.

# Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación virtual donde los miembros pueden buscar medicamentos específicos cubiertos en forma completa, exacta, ágil y clínicamente apropiada, además de información sobre los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección médica y restricciones de la cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) correspondientes a los medicamentos alternativos.

# 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.
* <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): 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 información sobre cómo <plan name> protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos respecto a su PHI.

# Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede 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 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 adicionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

# Medicaid (o Asistencia médica): Un programa operado por el gobierno 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.

* 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 Texas Medicaid.

# Médicamente necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, así como aquellos servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. [Plans should insert the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate and 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 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 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 de Medicare: Medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Texas Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

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

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

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

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

# Medicare: El programa de seguro de salud federal 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 Texas Medicaid 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 el estado.

# Miembro de Medicare-Medicaid: Una persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y de Texas 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 oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede consultar más información sobre 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 cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

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

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

# Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

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

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

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

# Parte D de Medicare: El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Texas Medicaid. <Plan name> incluye la Parte D de Medicare.

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

# Plan de cuidado: Un plan de cuidado concentrado en la persona que controla los servicios de cuidado de salud que usted recibirá y cómo los recibirá. El Coordinador de servicios desarrolla el plan con usted, su familia, como sea apropiado, y sus proveedores. El plan de cuidado contiene su historial médico, un resumen de sus necesidades médicas y sociales a corto y largo plazo actuales, inquietudes y metas, y una lista de los servicios necesarios, su frecuencia y una descripción de quién proporcionará esos servicios.

# Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios, quienes le ayudan a administrar a 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.

# Plan Medicare-Medicaid (MMP): Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan conjuntamente para proporcionarle los cuidados que usted necesite.

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 día, multiplicado por 7 días, para un pago total de $0.30.

# 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 acude 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 también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y le remite a ellos.
* En muchos planes de salud de Medicare, usted debe acudir primero a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
* 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 está contratado 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: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o una inquietud 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: 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 cuidado primario (PCP) debe autorizar que usted pueda acudir a alguien que no es 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, 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 plan responsable 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. Consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los 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 para personas de la tercera edad o a un hospital.

# 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>**

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