

## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos claves utilizados en su *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios al miembro.

*[Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [insert reference, as applicable] appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.]*

*[Plans should insert additional definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, your contractual obligations with CMS or enrolled beneficiaries. Plans should modify definitions as appropriate in the state and/or as directed by the state.]*

*[When plans use key terms in the Member Handbook, they explain the term in the first section where it appears along with a reference to Chapter 12.]*

*[If plans revise terminology (e.g., “Member Services” to “Customer Service”, “Care Coordinator” to “Care Manager”) that affect glossary terms, plans use the revised term consistently throughout the Member Handbook and alphabetize it in this chapter.]*



**Si tiene alguna pregunta**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

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

**Administración de terapia con medicamentos (MTM):** un grupo especializado de servicio o grupo de servicios prestados por proveedores de cuidado de salud, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de su *Manual del miembro* para obtener más información.

**Apelación:** una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro* se explican las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

**Área de servicio:** un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan a qué médicos y hospitales puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

**Audiencia ante el estado:** si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medicaid que usted ya tiene, puede solicitar una Audiencia ante el estado. Si la audiencia ante el estado se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

**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 que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de su *Manual del miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

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

**Auxiliar de salud en el hogar:** una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recomendados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

**Ayuda adicional:** programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

**Cancelación de inscripción:** el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

**Centro de cirugía ambulatoria:** un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidados.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar cuidado 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 proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro* se explica cómo comunicarse con los CMS.

**Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo):** un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

**Coordinador de cuidado de salud:** la persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que reciba los cuidados que necesita.

*[Plans that do not have copays should delete this paragraph.]* **Copago:** una cantidad fija que paga como cuota mensual cada vez que obtiene ciertos *[insert if applicable: servicios o]* medicamentos de receta. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por *[insert if applicable: un servicio o]* un medicamento de receta.

*[Plans that do not have cost-sharing should delete this paragraph.]* **Costo compartido:** cantidad que tiene que pagar cuando obtiene ciertos *[insert if applicable: servicios o]* medicamentos de receta. Los costos compartidos incluyen copagos.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

**Cuidado de emergencia:** servicios cubiertos brindados por un proveedor entrenado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

**Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF):** servicios de rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar personal de enfermería registrado o un médico.

**Cuidado necesario de urgencia:** cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita cuidado inmediato. Puede obtener cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede comunicarse con ellos.

*[Plans that do not have cost-sharing for Medicare 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 puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos por menos de un mes completo y por el que usted está obligado a pagar un copago. Una cuota diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes.

Aquí hay un ejemplo: Supongamos que el copago por su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que paga por su medicamento es de menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es de menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de menos de \$0.35.

*[Insert if applicable]* **Cuota mensual:** la parte de sus costos de cuidado de salud que es posible que tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios adquieran vigencia. El monto de su cuota mensual varía según sus ingresos y recursos.

**Decisión de cobertura:** una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores decidimos sobre si los servicios están cubiertos o cuánto paga por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro* se explican las decisiones de cobertura.

---

 **Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

**Emergencia:** una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal [*insert as applicable: (y si es una mujer embarazada, la pérdida de su hijo por nacer)*]. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**Entrenamiento en competencia cultural:** entrenamiento que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

**Equipo de cuidado interdisciplinario (ICT o Equipo de cuidado):** un equipo para el cuidado de salud puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener los cuidados que necesita. Su equipo para el cuidado de salud también lo ayuda a elaborar un plan de cuidado.

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos artículos que ordena su médico para usar en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Equipo para el cuidado de salud:** consulte “Equipo de cuidado interdisciplinario”.

**Especialista:** un médico que brinda cuidados de salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

[*Plans with a single coverage stage should delete this paragraph.*] **Etapas de cobertura catastrófica:** la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando alcanza el límite de \$<TrOOP amount> para sus medicamentos de receta.

[*Plans with a single coverage stage delete this paragraph.*] **Etapas de cobertura inicial:** La etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de la Parte de Medicare alcancen los \$[*insert initial coverage limit*]. Esto incluye los montos que pagó, lo que pagó nuestro plan en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando obtiene su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos una cuota de los costos de sus medicamentos y usted paga su cuota.

**Evaluación de riesgos de salud (HRA):** una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

---

 **Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

**Excepción:** permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Facturación incorrecta/inadecuada:** una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios al miembro si recibe facturas que no entiende.

*[Plans with cost-sharing, insert: Como miembro del plan, usted solo paga los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen a usted más de esta cantidad.]*

*[Plans with no cost-sharing, insert: Puesto que pagamos por la totalidad del costo de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle por ninguno de estos servicios.]*

**Farmacia de la red:** una farmacia que accedió a surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando las surta en una de las farmacias de nuestra 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. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

*[Plans that do not have cost-sharing delete this paragraph.]* **Gastos directos de su bolsillo:** el requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de gasto “directo de su bolsillo”. Consulte la definición anterior de “costo compartido”.

**Hogar para personas de la tercera edad o centro de enfermería:** un lugar que brinda cuidado de salud a las personas que no pueden recibir cuidados en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

**Hospicio:** un programa de cuidado de salud y respaldo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente con una enfermedad terminal, lo que indica que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo especialmente entrenado de profesionales y cuidadores brinda cuidados de salud a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

- Estamos obligados a darle 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 al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

**Juez de derecho administrativo:** un juez que revisa una apelación de nivel 3.

**Límites de cantidad:** un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos de receta y de venta sin receta médica (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

**Manual del miembro y divulgación de información:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto o anexos, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

**[Insert name of Medicaid program]:** Este es el nombre de programa de Medicaid [insert name of state]. [Insert name of Medicaid program] es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y respaldos a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidados de salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

**Medicaid (o Asistencia médica):** un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y respaldos a largo plazo y los costos médicos.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

**Médicamente necesario:** esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. *[Plans may revise and use the state-specific definition of “medically necessary” and update and use it consistently throughout member materials.]*

**Medicamento de marca:** medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

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

**Medicamentos cubiertos:** el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos de receta y de venta sin receta médica (OTC) cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

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

**Medicamentos de venta sin receta médica:** los medicamentos de venta sin receta médica son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional en cuidado de salud.

**Medicare Advantage:** un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

**Medicare Original (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare):** el gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos por el pago de los montos que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.

---

**?** Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

**Medicare:** el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas inscritas en Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (consulte “Plan de salud”).

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona inscrita en Medicare y Medicaid que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito 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 califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se denomina “individuo 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 en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) está en uno de los *[insert number of tiers]* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

*[Plans should include as appropriate.]* **Niveles de medicamentos:** grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, o de venta sin receta médica (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentos está en uno de *[insert number of tiers]* niveles.

**Ombudsperson:** una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del ombudsperson son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de su *Manual del miembro*.

**Organización de revisión independiente (IRO):** una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de revisión independiente**.

**Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):** un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad de los cuidados de salud para las personas afiliadas a Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar los cuidados de salud brindados a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.

**Paciente hospitalizado:** un término utilizado cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está admitido formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche allí.

**Parte A:** consulte la “Parte A de Medicare”.

**Parte A de Medicare:** el programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, centros de enfermería especializada, cuidado de salud en el hogar y cuidados de hospicio médicamente necesarios.

**Parte B:** consulte la “Parte B de Medicare”.

**Parte B de Medicare:** el programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Parte C:** consulte la “Parte C de Medicare”.

**Parte C de Medicare:** el programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que las compañías de seguros de salud privadas brinden beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

**Parte D:** consulte la “Parte D de Medicare”.

**Parte D de Medicare:** el programa de beneficios de medicamentos de receta de Medicare. A este programa lo denominamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos de receta para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

**Plan de cuidado:** consulte “Plan de cuidados individualizado”.

**Plan de cuidados individualizado (ICP):** un plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo.



---

Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

**Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP):** plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

**Plan de salud:** una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidado de salud para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para brindarle el cuidado de salud que necesita.

**Programa de administración de medicamentos (DMP):** un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides de receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

**Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP):** un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas.

**Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE):** un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de cuidados para vivir en su hogar.

**Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP):** un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación para realizar cambios en la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

**Prótesis y ortóticos:** dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

*[Plans that do not use PCPs may omit this paragraph.]* **Proveedor de cuidado primario (PCP):** el médico u otro proveedor que utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre su cuidado y darle a usted un referido para ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo obtener cuidados de los proveedores de cuidado primario.



**Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

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

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de cuidado de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una cantidad adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no es empleado, propiedad de, ni está operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de su *Manual del miembro* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

**Queja:** una declaración escrita u oral en la que indica que tiene un problema o inquietud sobre los servicios o los cuidados de salud cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su cuidado de salud, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

**Reclamo:** una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado de salud o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

**Referido:** un referido es la aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referidos en los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual del miembro*.

**Salud del comportamiento:** término que incluye todo y que se refiere a la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):** un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

---

 **Si tiene alguna pregunta,** llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <web address>.

**Servicios al miembro:** un departamento en nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre 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, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la parte B de Medicare.

**Servicios cubiertos:** el término general que usamos para referirnos a todos los cuidados de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de su *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

**Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS):** los servicios y respaldos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que acudir a un centro de enfermería o a un hospital. Los LTSS incluyen servicios proporcionados en la comunidad y centros de enfermería (NF).

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

**Terapia escalonada:** una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.



*[Plans may add a back cover for the Member Handbook that contains contact information for Member Services or additional contacts as needed. 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>

<b>LLAME AL</b>	<i>[Insert phone number(s).]</i>  Las llamadas a este número son gratis. <i>[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]</i>  Servicios al miembro también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<i>[Insert number.]</i>  <i>[Insert if plan uses a direct TTY number: Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.]</i>  Las llamadas a este número son gratis. <i>[Insert days and hours of operation.]</i>
<b>FAX</b>	<i>[Optional: Insert fax number.]</i>
<b>ESCRIBA A</b>	<i>[Insert address.]</i>  <i>[Note: Plans may add email addresses here.]</i>
<b>SITIO WEB</b>	<i>[Insert URL.]</i>



**Si tiene alguna pregunta**, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.