

Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- Este glosario tiene muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Los términos y definiciones en el glosario tienen un propósito educativo y pueden ser distintos a los términos y definiciones de su plan. Además, es posible que algunos de estos términos no tengan el mismo significado cuando se usan en su póliza o plan y, en dicho caso, rige su póliza o plan. (Consulte el Resumen de beneficios y cobertura para obtener información de cómo obtener una copia del documento de su plan o póliza).
- El texto **azul en negrita** indica un término que se define en este glosario.
- Consulte la página 4 para ver un ejemplo que muestra cómo los **deducibles**, el **coseguro** y los **límites de gastos de bolsillo** trabajan conjuntamente en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Cantidad máxima en la que se basa el pago para los servicios de atención médica cubiertos. Esto se puede llamar “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada”. Si su **proveedor** cobra más de la cantidad permitida, es posible que usted tenga que pagar la diferencia. (Consulte **Facturación de saldo**).

Apelación

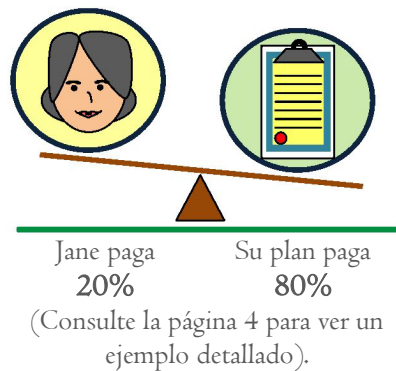
Una solicitud para que su compañía de seguros médicos o **plan** revise nuevamente una decisión o una **queja formal**.

Facturación de saldo

Cuando un **proveedor** le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y la **cantidad permitida**. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$100 y la cantidad permitida es \$70, el proveedor podría facturarle los \$30 restantes. Un **proveedor preferido** **no** puede facturar el saldo de los servicios cubiertos.

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) de la **cantidad permitida** para el servicio. Usted paga el coseguro **más** los **deducibles** que adeude. Por ejemplo, si la cantidad permitida del **seguro médico** o del **plan** para una visita en el consultorio es \$100 y usted alcanzó su deducible, el pago del 20% de coseguro sería \$20. El seguro médico o el plan pagan el resto de la cantidad permitida.



Complicaciones de embarazo

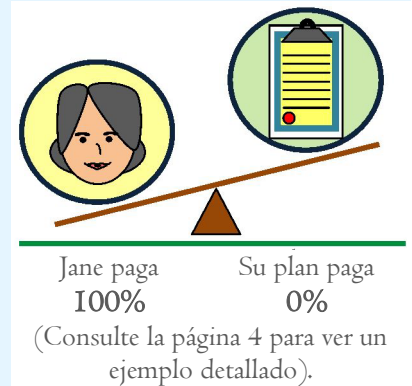
Condiciones debido al embarazo, trabajo de parto y parto que exigen atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o el feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia no son complicaciones del embarazo.

Copago

Cantidad fija en dólares (por ejemplo, \$15) que paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica que se cubre.

Deducible

La cantidad que usted debe por los servicios de atención médica que cubre su **seguro médico** o **plan** antes de que su seguro médico o plan comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de



\$1000, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos al deducible. Es posible que no se aplique el deducible a todos los servicios.

Equipo médico duradero (DME)

Equipo y suministros que ordena un **proveedor** de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura para DME puede incluir: equipo para oxígeno, sillas de ruedas, muletas o cintas reactivas de análisis de sangre para diabéticos.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar un daño severo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una **condición de emergencia**.

Servicios en la sala de emergencias

Servicios de emergencia que usted recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencias

Evaluación de una **condición de emergencia** y el tratamiento para evitar que empeore.

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su **seguro médico** o **plan** no paga ni cubre.

Queja formal

Una queja que usted comunica a su compañía de seguros médicos o **plan**.

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen la terapia de un niño que no camina ni habla a la edad prevista. Estos servicios podrían incluir terapia ocupacional y fisioterapia, servicios de patología del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que obliga a la compañía de seguros médicos a pagar una parte o la totalidad de sus gastos de atención médica a cambio de una **prima**.

Atención médica en casa

Servicios de atención médica que una persona recibe en casa.

Servicios de hospicio

Servicios para dar alivio y apoyo a las personas y a sus familias en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Hospitalización

Atención en un hospital que exige el ingreso como paciente hospitalizado y que generalmente exige una estancia durante la noche. Una estancia por una noche para observación podría considerarse como atención ambulatoria.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención en un hospital que generalmente no exige una estancia durante la noche.

Coseguro dentro de la red

El porcentaje (por ejemplo, 20%) que paga usted de la **cantidad permitida** por los servicios de atención médica cubiertos, a los **proveedores** que tienen un contrato con su **seguro médico** o **plan**. El coseguro dentro de la red generalmente le cuesta menos que el **coseguro fuera de la red**.

Copago dentro de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos a los **proveedores** que tienen un contrato con su **seguro médico** o **plan**. Los copagos dentro de la red generalmente son inferiores a los **copagos fuera de la red**.

Médicamente necesario

Servicios de atención médica o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas y que cumplen los estándares aceptados en la medicina.

Red

Los centros, **proveedores** y distribuidores que su compañía de seguros médicos o **plan** han contratado para prestar servicios de atención médica.

Proveedor no preferido

Un **proveedor** que no tiene un contrato con su compañía de seguros médicos o **plan** para prestarle servicios. Usted pagará más para consultar a un proveedor no preferido. Revise su póliza para ver si puede consultar a todos los proveedores que tienen contrato con su **seguro médico** o **plan**, o si su seguro médico o plan tiene una **red** por “niveles” y usted debe pagar más para consultar a algunos proveedores.

Coseguro fuera de la red

El porcentaje (por ejemplo, 40%) que paga de la **cantidad permitida** por los servicios de atención médica cubiertos, a los proveedores que **no** tienen un contrato con su **seguro médico** o **plan**. El coseguro fuera de la red generalmente le cuesta más que el **coseguro dentro de la red**.

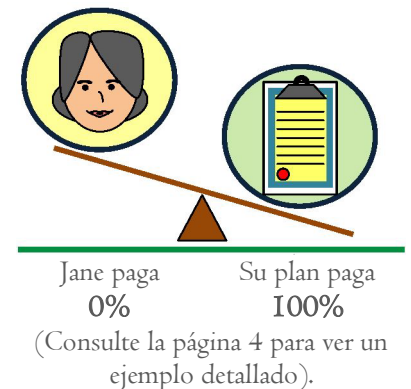
Copago fuera de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos a los proveedores que **no** tienen contrato con su **seguro médico** o **plan**. Los copagos fuera de la red generalmente son más que los **copagos dentro de la red**.

Límite de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted paga durante un período de póliza (generalmente un año) antes de que su **seguro médico** o **plan** comience a pagar el 100% de la **cantidad permitida**. Este límite

nunca incluye su **prima**, los cargos por **saldos facturados** ni la atención médica que su seguro médico o plan no cubre. Algunos seguros médicos o planes no incluyen todos sus **copagos**, **deducibles**, pagos de **coseguro**, pagos fuera de la red u otros gastos en este límite.



Servicios prestados por un médico:

Servicios de atención médica que un médico autorizado (M.D. [médico] o D.O. [osteópata] proporciona o coordina.

Plan

Un beneficio que su empleador, sindicato u otro grupo patrocinador le da para pagar sus servicios de atención médica.

Preautorización

Una decisión de su compañía de seguros médicos o **plan** de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un **medicamento con receta** o un **equipo médico duradero** es **médicamente necesario**. En ocasiones llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su **seguro médico** o plan puede exigir una autorización previa para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro médico o plan cubrirá el costo.

Proveedor preferido

Un **proveedor** que tiene un contrato con su compañía de seguros médicos o **plan** para prestarle servicios con descuento. Revise su póliza para ver si puede consultar a todos los proveedores preferidos o si su **seguro médico** o plan tiene una **red** por “niveles” y usted debe pagar más para consultar a algunos proveedores. Su seguro médico o plan puede tener proveedores preferidos que también son proveedores “participantes”. Los proveedores participantes también tienen contrato con su compañía de seguros médicos o plan, pero es posible que el descuento no sea tan grande y deba pagar más.

Prima

La cantidad que debe pagar por su **seguro médico** o **plan**. Por lo general, usted o su empleador la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Cobertura de medicamentos con receta

Seguro o **plan médico** que ayuda a pagar los fármacos o **medicamentos con receta**.

Medicamentos de venta con receta

Fármacos o medicamentos que por ley necesitan una receta.

Médico de atención primaria

Un médico (M.D. o D.O.) que presta directamente o coordina una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria

Un médico (M.D. o D.O.), una enfermera practicante, una enfermera clínica o un auxiliar médico especialistas, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor

Un médico (M.D. o D.O.), profesional de salud o centro de atención médica autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Cirugía reparadora

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesario para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos congénitos, accidentes, lesiones o condiciones médicas.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar capacidades y funciones para la vida diaria que se pudieran haber perdido o que se hayan visto afectadas debido a que la persona estaba enferma, lesionada o discapacitada. Estos servicios podrían incluir terapia ocupacional y fisioterapia, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Atención de enfermería especializada

Servicios de enfermeros autorizados en su propia casa o en un centro de atención residencial. Los servicios de atención especializada los prestan tecnólogos y terapeutas en su propia casa o en un centro de atención residencial.

Especialista

Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un **proveedor** que tiene más capacitación en un área específica de la atención médica.

UCR (usual, habitual y razonable)

La cantidad pagada por un servicio médico en un área geográfica basándose en lo que los **proveedores** en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o por uno similar. A veces, la cantidad UCR se usa para determinar la **cantidad permitida**.

Atención de urgencia

Atención para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica de inmediato, pero no tan grave como para necesitar **servicios en la sala de emergencias**.

Cómo usted y su compañía de seguros comparten gastos: ejemplo

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20%

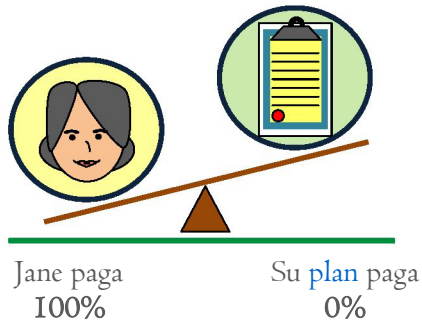
Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1.º de enero

Comienzo del período de cobertura

31 de diciembre

Fin del período de cobertura



Jane aún no ha alcanzado su deducible de \$1,500

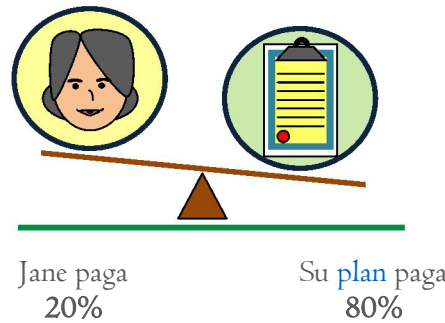
Su plan no paga ninguno de los costos.

Costos de la visita en el consultorio: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0

→ más costos



Jane alcanza su deducible de \$1,500, comienza el coseguro

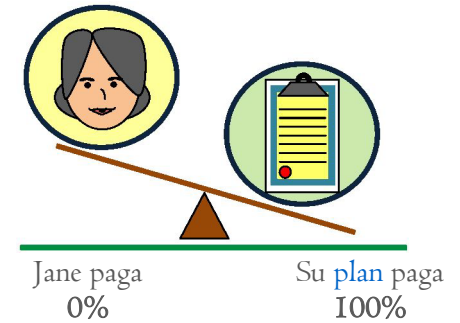
Jane ha consultado a un médico varias veces y ha pagado \$1,500 en total. Su plan paga parte de los costos de su próxima visita.

Costos de la visita en el consultorio: \$75

Jane paga: 20% de \$75 = \$15

Su plan paga: 80% de \$75 = \$60

→ más costos



Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de \$5,000

Jane visitó a un médico a menudo y pagó un total de \$5,000. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costos de la visita en el consultorio: \$200

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$200