

# Glosario de cobertura de salud y términos médicos

- Este glosario contiene muchos términos usados frecuentemente, pero no es una lista completa. Los términos y definiciones de este glosario tienen fines educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones en su plan. Es posible que algunos de estos términos no tengan exactamente el mismo significado cuando se usen en su póliza o plan, y en esos casos, tiene preferencia la póliza o el plan. (Vea su Resumen de beneficios y cobertura para información sobre cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan).
- El texto en **azul negrita** indica un término definido en este Glosario.
- Vea en la página 4 un ejemplo que muestra cómo los **deducibles, coseguro y límites de pago de bolsillo** funcionan juntos en un caso de la vida real.

## Cantidad permitida (Allowed Amount)

La cantidad máxima en que se basa el pago por los servicios de salud cubiertos. Esto puede llamarse “gasto elegible” (eligible expense), “asignación de pago” (payment allowance) o “tarifa negociada” (negotiated rate). Si su **prestador** fuera de red cobra más que la cantidad permitida, usted puede tener que pagar la diferencia. (Véase **Facturación del saldo**).

## Apelación (Appeal)

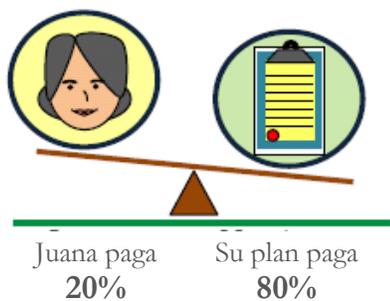
Una solicitud para que su aseguradora o **plan** de salud revise otra vez una decisión o una **queja**.

## Facturación de saldo (Balance Billing)

Cuando un **prestador** factura la diferencia entre el cargo del prestador y la **cantidad permitida**. Por ejemplo, si el cargo del prestador es \$100 y la cantidad permitida es \$70, el prestador puede hacer una factura por los \$30 restantes. Un **prestador preferido** puede **no** facturar el saldo por los servicios cubiertos.

## Coseguro (Co-insurance)

Su proporción de los costos de un servicio de salud cubierto, calculado como porcentaje (por ejemplo, 20%) de la **cantidad permitida** para el servicio. Usted paga coseguro **más** los **deducibles** que deba. Por ejemplo, si la cantidad permitida de su **seguro o plan de salud** para una visita a la consulta es \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería \$20. El seguro o plan de salud paga el resto de la cantidad permitida.



(Consulte la página 4 para un ejemplo detallado)

## Complicaciones del embarazo (Complications of Pregnancy)

Condiciones debidas al embarazo, trabajo de parto y parto que requieran atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea programada no de emergencia no son complicaciones del embarazo.

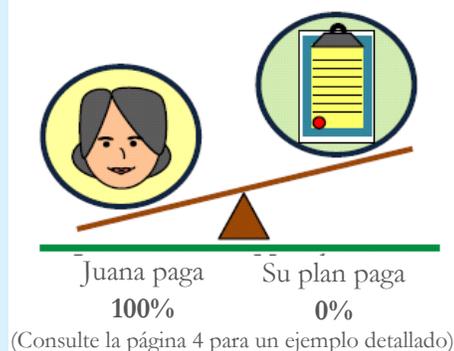
## Copago (Co-payment)

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de salud cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar por el tipo de servicio de salud cubierto.

## Deducible

La cantidad que debe por servicios de salud que su seguro o plan de salud cubre antes de que su **seguro o plan de salud** empiece a pagar.

Por ejemplo, si su deducible es \$1000, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible \$1000 para servicios de salud cubiertos sujetos al deducible. El deducible puede no aplicar a todos los servicios.



## Equipamiento médico durable (Durable Medical Equipment, DME)

Equipos o suministros prescritos por un **prestador** de salud para uso diario o extendido. La cobertura por DME puede incluir: equipo de oxígeno, sillas de rueda, muletas o tiras de prueba de sangre para diabéticos.

## Condición médica de emergencia (Emergency Medical Condition)

Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan seria que cualquier persona razonable buscaría atención médica inmediata para evitar daños graves.

## Transporte de emergencia médica

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

## Atención en Sala de Emergencia (Emergency Room Care)

**Servicios de emergencia** que usted recibe mientras está en una sala de emergencias.

## Servicios de emergencia (Emergency Services)

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

## Servicios excluidos (Excluded Services)

Servicios de salud que su **seguro** o **plan de salud** no paga ni cubre.

## Queja (Grievance)

Un reclamo que usted comunica a su aseguradora o **plan** de salud.

## Servicios de habilitación

Servicios de salud que ayudan a la persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Por ejemplo, esto incluye terapia para un niño que no camina ni habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología de habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de centros hospitalarios y/o ambulatorios.

## Seguro de salud (Health Insurance)

Un contrato que exige que su asegurador de salud pague algo o parte de sus costos de salud a cambio de una **prima**.

## Atención de salud domiciliaria

Servicios de salud que una persona recibe en su hogar.

## Servicios de hospicio (Hospice Services)

Servicios para brindar comodidad y apoyo para personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

## Hospitalización (Hospitalization)

Cuidado en un hospital que requiere ingresar como paciente interno y normalmente exige quedarse en la noche. Una estadía por la noche para observación podría ser atención ambulatoria.

## Atención hospitalaria ambulatoria (Hospital Outpatient Care)

Cuidado en un hospital que normalmente no requiere pasar la noche.

## Coseguro en red (In-network Co-insurance)

El porcentaje (por ejemplo, 20%) que usted paga de la **cantidad permitida** por servicios de salud cubiertos a los **prestadores** con contrato con su **seguro** o **plan de salud**. El coseguro en red normalmente cuesta menos que el **coseguro fuera de red**.

## Copago en red (In-network Co-payment)

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por servicios de salud cubiertos a los **prestadores** con contrato con su **seguro** o **plan de salud**. Los copagos

en red normalmente son menores que los **copagos fuera de red**.

## Medicamento necesario (Medically Necessary)

Los servicios o suministros de salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, trastorno o sus síntomas y que cumplan los estándares aceptados de la medicina.

## Red (Network)

Los centros, **prestadores** y proveedores que tienen contratos con su aseguradora o **plan** de salud para proveer servicios de salud.

## Prestador no preferido (Non-Preferred Provider)

Un **prestador** que no tiene contrato con su aseguradora o **plan** de salud para prestarle servicios a usted. Usted pagará más por ver a un prestador no preferido. Revise su póliza para ver si puede ir a todos los prestadores que tienen contrato con su **seguro** o **plan de salud**, o si su seguro o plan de salud tiene una **red** "por niveles" (tiered) y usted debe pagar más por ver a ciertos prestadores.

## Coseguro fuera de red (Out-of-network Co-insurance)

El porcentaje (por ejemplo, 40%) que usted paga de la **cantidad permitida** por servicios de salud cubiertos a los prestadores que **no** tienen contrato con su **seguro** o **plan de salud**. El coseguro fuera de red normalmente cuesta más que el **coseguro en red**.

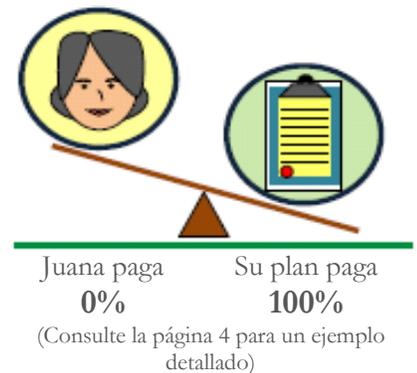
## Copago fuera de red (Out-of-network Co-payment)

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por servicios de salud cubiertos por prestadores que **no** tienen contrato con su **seguro** o **plan de salud**. Los copagos fuera de red normalmente son más altos que los **copagos en red**.

## Límite de pago de bolsillo (Out-of-Pocket Limit)

El máximo que usted paga durante un periodo de póliza (normalmente un año) antes de que su **aseguradora** o **plan de salud** empiece a pagar el 100% de la **cantidad permitida**.

Este límite nunca incluye su **prima**, **cargos por facturación de saldo** o servicios de salud que su seguro o plan de salud no cubre. Algunos seguros o planes de salud no cuentan todos sus **copagos**, **deducibles**, **copagos** de coseguro, pagos fuera de red u otros gastos que cuentan para este límite.



## Servicios de médicos (Physician Services)

Servicios de salud que provee o coordina un médico registrado (M.D. – Doctor en medicina o D.O. – Doctor de medicina osteopática).

### Plan

Un beneficio que su empleador, sindicato u otro patrocinador grupal le ofrece para pagar sus servicios de salud.

## Preautorización (Preauthorization)

Una decisión tomada por su aseguradora o **plan** de salud de que un servicio de salud, plan de tratamiento, **fármaco recetado** o **equipo médico durable** es **medicamento necesario**. Algunas veces se llama autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su **seguro** o plan de salud puede requerir preautorización por ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en casos de emergencia. La preautorización no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirán el costo.

## Prestador preferido (Preferred Provider)

Un **prestador** que no tiene contrato con su aseguradora o **plan** de salud para prestarle servicios a usted con un descuento. Revise su póliza para saber si puede ver a todos los prestadores preferidos o si su **seguro** o plan de salud tiene una **red** “por niveles” (tiered) y debe pagar extra para ver algunos prestadores. Su seguro o plan de salud puede tener prestadores preferidos que además son prestadores “participantes”. Los prestadores participantes también tienen contrato con su aseguradora o plan de salud, pero el descuento puede no ser tan grande, y usted puede tener que pagar más.

## Prima (Premium)

La cantidad que debe pagar por su **seguro** o **plan de salud**. Usted y/o su empleador normalmente lo paga al mes, al trimestre o al año.

## Cobertura de fármacos recetados (Prescription Drug Coverage)

La **aseguradora** o **plan de salud** que ayuda a pagar **fármacos recetados** y medicamentos.

## Fármacos recetados (Prescription Drugs)

Fármacos y medicamentos que requieren receta por ley.

## Médico de atención primaria (Primary Care Physician)

Un médico (M.D. – Doctor en medicina o D.O. – Doctor en medicina osteopática) que provee o coordina directamente una serie de servicios de salud para un paciente.

## Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider)

Un médico (M.D. – Doctor en medicina o D.O. – Doctor de medicina osteopática), enfermera médica, enfermero

especialista clínico o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que provee, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una serie de servicios de salud.

## Prestador (Provider)

Un médico (M.D. – Doctor en medicina o D.O. – Doctor de medicina osteopática), profesional de salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo requiera la ley estatal.

## Cirugía reconstructiva (Reconstructive Surgery)

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

Los servicios de salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria que se han perdido o están deterioradas debido a que una persona está enferma, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología de habla y lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de centros de internación y/o ambulatorios.

## Atención de enfermería especializada

Servicios de enfermeras registradas en su hogar o en un hogar de ancianos. Servicios de cuidado especializado de técnicos o terapeutas en su propio hogar o centro residencial.

## Especialista (Specialist)

Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un **prestador** que tiene más formación en un área específica de la salud.

## UCR (usual, habitual y razonable)

La cantidad pagada por un servicio médico en un área geográfica basada en que cobran normalmente los **prestadores** del área por el mismo servicio médico uno similar. La cantidad UCR a veces se usa para determinar la **cantidad permitida**.

## Atención de urgencia

Cuidado de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente seria que una persona razonable buscaría atención rápidamente, pero no tan severa como para requerir **atención en una sala de emergencia**.

# Cómo comparten costos usted y la aseguradora - Ejemplo

Deducible del plan de Juana: \$1,500

Coseguro: 20%

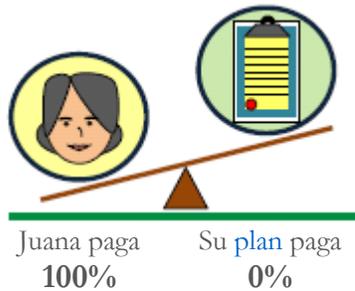
Límite de pago de bolsillo: \$5,000

1º de enero

Inicio del periodo de cobertura

31 de diciembre

Fin del periodo de cobertura



**Juana no ha alcanzado todavía su deducible de \$1500**

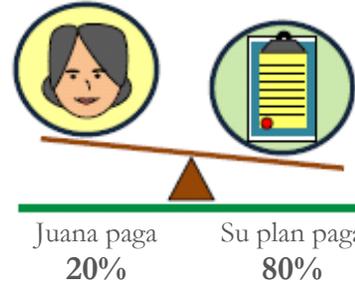
Su plan no paga ninguno de los costos.

Costos por visita a la consulta: \$125

Juana paga: \$125

Su plan paga: \$0

→  
más  
costos



**Juana alcanza su deducible de \$1,500, empieza a funcionar su coseguro**

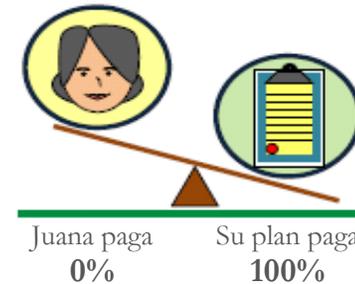
Juana ha visto a un doctor varias veces y ha pagado en total \$1,500. Su plan paga parte de los costos en la siguiente visita.

Costos por visita a la consulta: \$75

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

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

→  
más  
costos



**Juana alcanza los \$5,000 de límite de pago de bolsillo**

Juana ha visto a un doctor con frecuencia y ha pagado en total \$5,000. Su plan paga el costo total de sus servicios de salud cubiertos durante el resto del año.

Costos por visita a la consulta: \$200

Juana paga: \$0

Su plan paga: \$200