

## Términos de atención médica que debe saber

Sabemos que la terminología de atención médica puede confundir. Para ayudarlo a entender mejor, hemos creado un glosario de términos frecuentes y ejemplos de cómo se usan.

### Plan de deducible agregado

Un tipo de plan de atención médica en el que se debe alcanzar todo el deducible por familia antes de que cualquier miembro tenga acceso a beneficios después del deducible, aun si un miembro ya alcanzó su deducible individual.

### Cantidad permitida

La cantidad máxima que pagará su plan por un servicio cubierto. Los médicos dentro de la red aceptaron facturar la cantidad permitida. Si un médico fuera de la red cobra una cantidad mayor que la cantidad permitida, usted puede ser responsable de pagar el saldo. Esto se le llama facturación del saldo.

### Facturación del saldo

Si usted consulta con un médico fuera de la red, el médico puede facturar más de la cantidad permitida. Puede ser que su plan no cubra la diferencia entre la cantidad facturada y la cantidad permitida, y ese saldo es su responsabilidad. Por ejemplo, si usted ve a un médico fuera de la red por una consulta de \$150, pero la cantidad permitida de su plan solo es \$100, el clínico puede facturarle el saldo restante.



### Período de beneficios

El período de tiempo (generalmente un año) cuando los servicios están cubiertos por su plan. Durante el período de beneficios, se acumulan los pagos para los deducibles y los máximos de gastos de bolsillo. Después de que termine el período de beneficios, esos pagos acumulados se ponen en cero y empieza un nuevo período de beneficios, aun si no se han alcanzado los deducibles y los máximos de gastos de bolsillo.

### Administración de la atención

Un programa diseñado para los miembros que proporciona ayuda, educación y apoyo para que manejen mejor su atención.

### Evento de cambio

Un evento de vida como matrimonio, nacimiento de un hijo o pérdida de otro seguro médico. Esos eventos permiten al miembro hacer cambios en el plan cuando no sea el período de inscripción abierta.

### Reclamo

Una solicitud de pago por los servicios médicos que recibe. Los reclamos los presenta usted o su médico y los revisa la aseguradora.

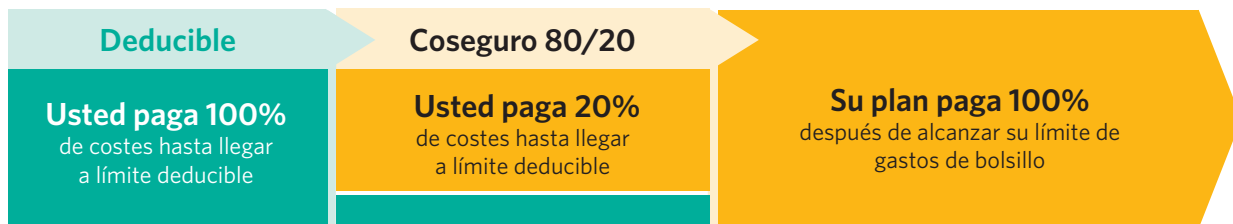
## Clínico

Un médico, hospital, clínica u otro profesional de atención médica calificado que presta servicios médicos al miembro.

## Coseguro

El coseguro es la cantidad que usted paga después de que alcanza su deducible. Su plan de seguro médico pagará una parte de la factura médica y usted será responsable de pagar el resto. Por ejemplo, si usted tiene un deducible de \$1000 y una responsabilidad de coseguro del 20 % y recibe un servicio que cuesta \$2000, usted será responsable de pagar todo el deducible (\$1000) y el 20 % del saldo restante (\$200) para un total de \$1200, mientras que el plan paga los \$800 restantes.

## Coseguro: quien paga que y cuando



## Condición

Una lesión, enfermedad o trastorno que necesita atención médica.

## Copago

Un copago es un cargo fijo que usted paga cuando visita al médico. Es una cantidad fija de dinero que usted paga por un servicio cubierto.

## Costo compartido (o costo del miembro)

Costo compartido se refiere al número de métodos que permiten que el miembro y la aseguradora compartan el costo de los servicios cubiertos, en los que el miembro debe pagar los gastos de bolsillo. Los ejemplos de costos compartidos incluyen deducibles, copagos y coseguro.

## Servicio cubierto

Servicios de atención médica que están cubiertos por una disposición de beneficios específica del plan de seguro médico y que no se excluyen en el plan. Se considera que son médicamente necesarios según las políticas médicas del plan y los paga el plan.

## Deducible

Un deducible es la cantidad que usted paga por los servicios de atención médica antes de que su seguro médico empiece a pagar.

## Dependiente

Un hijo, cónyuge u otra persona que depende del suscriptor para manutención y que está cubierto por su plan médico.

## Equipo médico duradero (DME)

Suministros o equipo ordenado por un médico para ayudar con el tratamiento de una lesión o condición médica. Los ejemplos de DME incluyen sillas de ruedas, tanques de oxígeno, bombas de insulina y muletas.

## **Condición médica de emergencia**

Cualquier condición, lesión o enfermedad en la que la falta de atención médica inmediata podría tener como consecuencia daño grave a su cuerpo, salud o bienestar.

## **Exclusiones (o servicios excluidos)**

Cualquier servicio, procedimiento o suministro no cubierto por su plan médico.

## **Organización de proveedores exclusivos (EPO)**

A menudo se la llama red estrecha. Es parecido a una HMO (organización para el mantenimiento de la salud) en que tiene una lista específica o una red exclusiva de médicos y no cubre la mayor parte de la atención fuera de la red. Pero una EPO le permite al paciente visitar a cualquier médico de su red sin necesidad de que lo remita su PCP (proveedor de atención primaria).

## **Evidencia de cobertura**

La evidencia de cobertura es un documento que tiene información detallada sobre lo que cubre su plan de seguro médico, la cantidad que usted pagará y más información sobre el plan.

## **Explicación de beneficios (EOB)**

Una explicación de beneficios es una declaración en la que se describen los costos de la atención médica recibida. Explica qué parte de un reclamo (una solicitud de pago presentada por su médico por los artículos o servicios cubiertos) se pagó al médico y cuánto le corresponderá pagar a usted.

## **Lista de medicamentos cubiertos (formulario)**

Una lista de medicamentos con receta, tanto de marca como genéricos, que se determina que son las opciones más rentables para el tratamiento de una condición médica. Esos medicamentos los elige su plan y algunas veces están divididos en niveles, cada nivel representando un nivel de costo compartido diferente.

## **Subsidio de beneficios médicos**

Un descuento en la cantidad que un miembro debe pagar para participar en un plan de atención médica. Este descuento puede reducir las primas, los deducibles, los copagos y otras cantidades de costos compartidos, y está basado en la necesidad económica. El miembro debe presentar una solicitud para que lo consideren para este subsidio.

## **Sistema de salud**

Un sistema de instituciones, profesionales médicos y recursos que trabajan juntos para dar y mantener la atención médica de alto nivel.

## **Dentro de la red**

Se refiere a cualquier médico, servicio o procedimiento que se contrate con la red asociada con el plan del miembro. Los servicios dentro de la red están cubiertos con una tarifa más baja que los servicios fuera de la red. En algunos planes, no hay ninguna cobertura fuera de la red.

## **Medicamento necesario**

Servicios o suministros de atención médica que son necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o síntomas asociados. Esos servicios o suministros deben cumplir los estándares aceptados de medicina para que se consideren médicamente necesarios.

## Miembro

Un miembro es una persona cubierta inscrita en el plan de seguro médico.

## Red

Los médicos, hospitales y otros servicios médicos que tienen contrato con una aseguradora médica para cubrir las necesidades médicas de sus miembros.

## Clínico de la red

Un clínico de la red es un clínico de atención médica (médicos, enfermero de práctica avanzada, especialista en enfermería clínica o asistente médico) que tiene un contrato con el plan de seguro médico para darle una mejor tarifa.

## Período de inscripción abierta (OEP)

Un período de inscripción abierta es un momento específico de cada año en el que puede inscribirse en un seguro médico o cambiar su cobertura o de plan. El mercado de seguros federal está abierto del 1 de noviembre al 15 de diciembre todos los años.

## Fuera de la red

Se refiere a cualquier médico, servicio o procedimiento que NO tenga contrato con la red asociada con el plan del miembro. Los servicios fuera de la red están cubiertos con una tarifa más alta que los servicios dentro de la red. En algunos planes, no hay ninguna cobertura fuera de la red.

## Gastos de bolsillo

Cualquier costo por servicios cubiertos que sea la responsabilidad del miembro. Estos incluyen los deducibles, coseguros y copagos. El plan médico establece un límite de gastos de bolsillo para cada año de beneficios, y después de alcanzarlo, el plan empieza a pagar el 100 % de la cantidad permitida por los servicios cubiertos.

## Límite de gastos de bolsillo (o máximo de gastos de bolsillo)

El máximo de gastos de bolsillo es la mayor cantidad de dinero que usted tendrá que pagar durante el año del plan. Una vez alcanzado ese máximo de gastos de bolsillo, el plan de seguro médico cubrirá el 100 % de todos los gastos.

## Plan

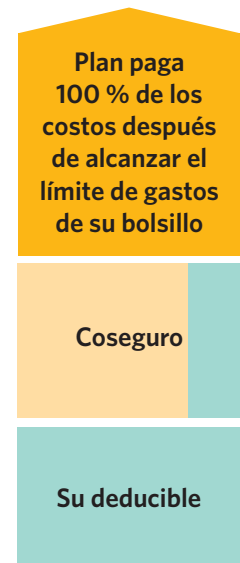
El plan del seguro médico se refiere a Ascension Personalized Care.

## Prima

Una prima es la cantidad que paga todos los meses para tener cobertura de seguro médico.

## Atención preventiva (o servicios de prevención)

Los servicios prestados a personas sanas con la intención de prevenir enfermedades y mantener la salud. Los servicios de prevención incluyen los exámenes de control de bebé sano, exámenes físicos, vacunas y ciertos exámenes de cáncer.



## **Autorización previa**

Una autorización previa es la aprobación que debe recibir el miembro de su plan médico antes de recibir ciertos tratamientos, medicamentos o servicios.

## **Especialista**

Un médico que se especializa en tratar enfermedades específicas, partes del cuerpo o grupos de edades.

## **Medicamento especializado**

Medicamentos con receta de costo alto usados para tratar condiciones complejas o crónicas como esclerosis múltiple, hepatitis C y artritis reumatoide. Los medicamentos especializados están en un nivel de medicamentos más alto y puede ser necesario adquirirlos en una farmacia de especialidades.

## **Cuadro de beneficios**

El cuadro de beneficios es una lista de los servicios cubiertos por el plan médico e incluye información de los copagos, deducibles y cualquier otro cargo.

## **Resumen de los beneficios y cobertura (SBC)**

El resumen de beneficios y cobertura (SBC) es un documento que muestra la información del deducible, copagos y todo lo que está cubierto por el plan de seguro médico.

## **Período de inscripción especial**

El período de inscripción especial es un momento determinado en el que puede inscribirse en el seguro médico si ha tenido cierto evento de vida. Esto puede incluir la pérdida de cobertura médica, una mudanza, casarse, tener un bebé o adoptar un niño.

## **Administrador tercero (TPA)**

Es una organización que procesa los reclamos y hace algunas tareas administrativas relacionadas con un plan de beneficios.

## **Centro de atención de urgencia**

Es un centro en el que se da tratamiento a enfermedades o condiciones inesperadas que necesitan atención médica, pero que no se consideran demasiado graves como para ir a sala de emergencias. Ejemplos de condiciones médicas de atención de urgencia incluyen fiebre, dolor de garganta y dolor de oído.

## Coseguro: explicación de cómo funciona

El coseguro parece ser confuso al principio, por lo que veamos cómo funciona para ayudarlo a entender. Para nuestro ejemplo, vamos a usar una factura de atención médica por un total de \$8000. Usted tiene un deducible de \$1000 y el límite de gastos de bolsillo es \$5000.



Si usted no ha alcanzado su deducible, primero pagará toda esa cantidad. Después de eso, pagará el 20 % del saldo de los cargos; en este ejemplo, el saldo es \$7000.

Deducible = \$1000  
20% de \$7000 = \$1400  
**Usted paga \$2400**  
**Plan paga \$5600**



Supongamos que usted recibe los servicios y le facturan \$8000 después de que alcanzó su deducible. Ahora usted solo paga 20 % de los cargos hasta alcanzar su límite de gastos de bolsillo.

20% de \$8000  
80% de \$8000  
**Usted paga \$1600**  
**Plan paga \$6400**



Si usted recibe los servicios después de alcanzar su límite de gastos de bolsillo, su plan entonces cubre el 100 % de los cargos; en este ejemplo, el cargo completo de \$8000.

**Usted paga \$0**  
**Plan paga \$8000**

