

Glosario de términos médicos y seguros de salud

- El glosario contiene muchos de los términos médicos usados comúnmente, pero no todos. Los términos se definen con propósito educativo y pueden diferir de los que usa su plan. Algunos incluso podrían no tener el mismo significado cuando se usan en su póliza o plan, en cuyo caso debe atenerse a la definición del plan. (Vea el Resumen de Beneficios y Cobertura para averiguar cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan.)
- Las palabras en **Negritas en azul** son los términos definidos en el Glosario.
- Consulte la página 4 para un ejemplo de los **deducibles**, **coseguro** y **límites de gastos del bolsillo** aplicados a una situación real.

Cantidad aprobada

La cantidad máxima que se paga por un servicio cubierto. También se le conoce como “gasto aprobado”, “pago autorizado” o “precio negociado”. Si el **proveedor** le cobra más de esta cantidad, usted tendrá que pagar la diferencia. (Vea **Saldo de Facturación**.)

Apelación

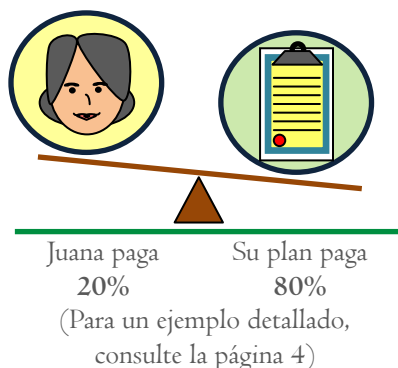
Un pedido de revisión que le hace al **plan** o a la compañía de seguro, sobre una decisión o sobre una **queja** que usted haya presentado.

Saldo de facturación

Cuando un **proveedor** le cobra la diferencia entre lo que ha facturado el proveedor y la **cantidad aprobada**. Por ejemplo, si el proveedor facturó \$100 y la cantidad aprobada es \$70, el proveedor le puede cobrar los \$30 diferencia. Un **proveedor preferido** tal vez **no** le cobre el saldo de facturación por los servicios cubiertos.

Coseguro

La parte que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Es un porcentaje (por ejemplo 20%) de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Usted paga el coseguro **más** cualquier **deducible** que deba. Por ejemplo, si la cantidad aprobada por el **seguro médico o el plan** para la visita médica es \$100 y usted ya ha pagado el deducible, el coseguro (20%) será \$20. El seguro médico pagará el resto de la cantidad aprobada.



Complicaciones del embarazo

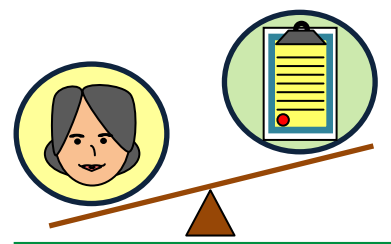
Problemas del embarazo o parto que requieren atención médica para prevenir daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas y las cesáreas que no sean de emergencia no se consideran como complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos. La cantidad puede variar según el tipo de servicio.

Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su **seguro médico** o su **plan** comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es \$1000, el plan no pagará hasta que usted haya gastado \$1000 en los servicios cubiertos a los que se aplica el deducible. No todos los servicios requieren el pago del deducible.



Equipo Médico Duradero (DME)

Equipo e insumos ordenados por su **proveedor** de servicios de la salud para su uso cotidiano o por un tiempo prolongado. La cobertura del DME puede incluir: el oxígeno, silla de ruedas, muletas o tiras de prueba para diabéticos.

Emergencia médica

Una enfermedad, herida, síntoma o afección tan grave, que la persona razonablemente buscará ayuda médica inmediata para evitar un daño grave.

Traslado por emergencia médica

Servicios de ambulancia para una [emergencia médica](#).

Atención en la sala de emergencia

[Servicios de emergencia](#) recibidos en la sala de emergencia.

Servicios de emergencia

Evaluación y tratamiento de una [emergencia médica](#) para evitar que la condición empeore.

Servicios excluidos

Los servicios médicos que su [seguro médico o su plan](#) no cubre.

Queja

Una insatisfacción que usted le comunica a su seguro médico o [plan](#).

Servicios para recuperar sus habilidades

Servicios médicos que le permiten al paciente mantener, aprender y mejorar sus destrezas y funcionamiento cotidianos. Por ejemplo, una terapia para un niño que no camina o habla como es de esperar para la edad que tiene. Los servicios pueden incluir la terapia física, ocupacional, del lenguaje y otros servicios para discapacitados, en una variedad de dependencias para pacientes internados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato por el cual su compañía de seguro paga algunos o todos sus servicios médicos por el pago de una [prima](#).

Cuidado de la salud en el hogar

Los servicios médicos que la persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio

Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas con una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización

La atención que recibe en un hospital cuando se lo admite y generalmente tiene que pasar la noche. Una noche en el hospital para observación puede considerarse como atención ambulatoria.

Atención ambulatoria en el hospital

Los servicios médicos que recibe en el hospital pero que generalmente no requiere que pase la noche internado.

Coseguro para servicios de la red del plan

El porcentaje (por ejemplo 20%) de la [cantidad aprobada](#) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los [proveedores](#) de la salud que tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El coseguro de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el [coseguro de los servicios fuera de la red](#).

Copago para servicios de la red del plan

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud que tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más bajo que el [copago de los servicios fuera de la red](#).

Necesario por motivos médicos

Servicios o insumos médicos para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, [condición](#), herida o los síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptables.

Red

Las dependencias, médicos y [proveedores](#) contratados por su seguro médico o [plan](#) para brindarle servicios.

Proveedor no preferido

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con una compañía de seguro o con un [plan](#) para brindarle servicios. Si desea atenderse con un proveedor no preferido, usted tendrá que pagar más. Fíjese en su póliza de seguro para averiguar si puede atenderse con todos los proveedores que tengan un contrato con su [seguro médico o plan](#), o si el seguro o el plan tiene una [red](#) “escalonada” y usted tendrá que pagar una cantidad adicional por atenderse con ciertos proveedores.

Coseguro para servicios fuera de la red del plan

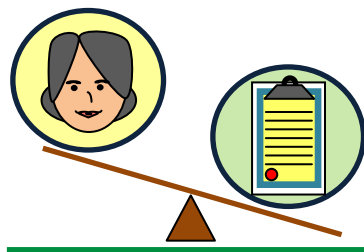
El porcentaje (por ejemplo 40%) de la [cantidad aprobada](#) que usted les paga, por los servicios cubiertos a los proveedores de la salud que **no** tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El coseguro de los servicios fuera de la red es generalmente más caro que el [coseguro de los servicios de la red](#).

Copago para servicios fuera de la red

Una cantidad fija (por ejemplo 30) que usted les paga, por los servicios cubiertos, a los proveedores de la salud que **no** tienen un contrato con su [seguro médico o plan](#). El copago de los servicios de proveedores de la red es generalmente más caro que el [copago de los servicios de la red](#).

Límite de gastos del bolsillo

El monto máximo que usted pagará mientras tenga el plan (generalmente un año) antes de que su **seguro médico o su plan** comience a pagar el 100% de la **cantidad aprobada**. Este límite nunca incluye la **prima**, el **saldo de facturación** o los servicios que su plan no cubre. Algunos seguros o planes no tienen en cuenta para este límite, a todos los **copagos**, **deducibles**, **coseguro**, gastos fuera de la red u otros gastos.



Juana paga 0% Su plan paga 100%
(Para un ejemplo detallado, consulte la página 4)

Servicios del médico

La atención médica brindada o coordinada por un médico licenciado (M.D. – Médico o D.O. – Osteópata).

Plan

Un beneficio patrocinado por su empleador, sindicato u otro grupo para pagar por sus servicios médicos.

Preautorización

Una decisión de su compañía de seguro o **plan** sobre si un servicio médico, tratamiento, **medicamento recetado** o **equipo médico duradero** es necesario por **motivos médicos**. También se le conoce como autorización previa, aprobación anticipada o precertificación. Su **seguro médico o plan** puede pedírsela para ciertos servicios excepto en casos de emergencia. La autorización previa no es una garantía de que el seguro o su plan pagará por el servicio.

Proveedor preferido

Un **proveedor** que tiene un contrato con una compañía de seguro o **plan** para brindarle servicios con descuento. Fíjese en su póliza para ver si se puede atender con todos los proveedores preferidos o si su **seguro médico o plan** tiene una **red** “escalonada” y usted tendrá que pagar una cantidad adicional por atenderse con ciertos proveedores. Su plan puede tener una lista de proveedores preferidos que son también proveedores “participantes”. Los proveedores participantes tienen un contrato con el plan, pero el descuento tal vez no sea tan bueno y usted puede que tenga que pagar más.

Prima

Lo que usted tiene que pagar por la cobertura de su **seguro médico o plan**. Usted y/o su empleador generalmente paga la prima mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Cobertura de las recetas médicas

Un **seguro médico o plan** que ayuda a pagar por sus recetas médicas.

Medicamentos recetados

Medicamentos que deben ser recetados por ley.

Médico de cabecera (cuidado primario)

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata) que brinda directamente o coordina una gama de servicios de atención al paciente.

Proveedor de atención primaria

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata), enfermera licenciada, asistente médico o una especialista en enfermería clínica, autorizada por la ley estatal, para brindar, coordinar o ayudar al paciente a tener acceso a una amplia gama de servicios médicos.

Proveedor

Un médico (M.D. –Doctor o D.O. – Osteópata), profesional de la salud, o centro médico aprobado, certificado o licenciado, de conformidad con la ley estatal.

Cirugía reconstructiva

Una cirugía y el tratamiento posterior necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo, debido a un defecto de nacimiento, un accidente, una herida o una afección médica.

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que les ayudan a las personas a mantener, recuperar o mejorar las destrezas para la vida cotidiana, que habían perdido debido a una enfermedad, herida o discapacidad. Los servicios pueden incluir la terapia física, del habla y la rehabilitación mental que reciba como paciente internado en un centro médico o como paciente ambulatorio.

Cuidado de enfermería especializado

Servicios de una enfermera licenciada que recibe en su hogar o en un asilo para ancianos (residencia geriátrica). Estos servicios son brindados por técnicos y terapeutas en su propio hogar o en el asilo para ancianos.

Especialista

Un médico especializado que se concentra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes, para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar cierto tipo de síntomas o condiciones. Un especialista que no sea un médico es un **proveedor** que tiene más entrenamiento en un área específica de la salud.

UCR (Habitual, Acostumbrado y Razonable)

La cantidad que se paga por un servicio médico en un área geográfica, basada en el monto que cobran los **proveedores** de esa zona por servicios similares. A la UCR a veces se le conoce como **cantidad aprobada**.

Atención urgente

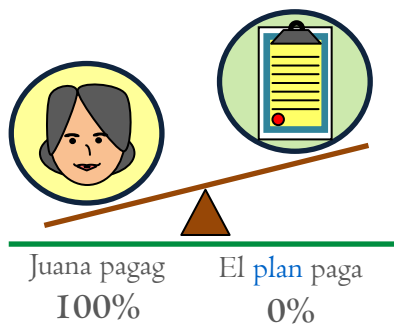
El servicio médico que recibe por una enfermedad, herida o afección que es lo suficientemente grave como para que la persona busque atención inmediata pero no lo suficientemente grave como para acudir a la **sala de emergencia**.

Cómo comparten los costos usted y su seguro - Ejemplo

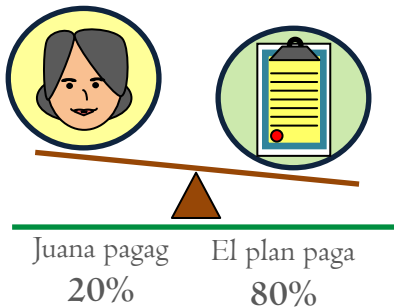
Deducible del plan de Juana: \$1,500 Coseguro: 20% Límite de gastos del bolsillo: \$5,000

1ero de enero
Inicio de la cobertura de la
póliza

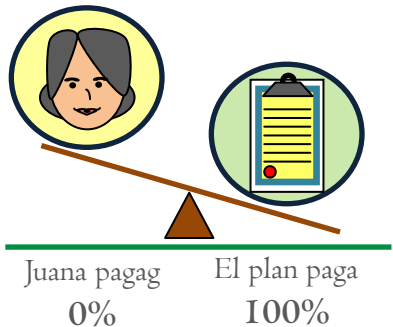
31 de diciembre
Termina la cobertura de la
póliza



Juana aún no ha pagado el deducible anual de \$1,500
Por lo tanto su plan no paga ninguno de los costos:
Visita médica: \$125
Juana paga: \$125
El plan paga: \$0



Juana ha pagado el deducible anual de \$1,500, a partir de ahora paga un coseguro
Juana ha ido al médico varias veces y ha gastado en total \$1,500. En la próxima visita, el plan de Juana pagará parte de los costos.
Visita médica: \$75
Juana paga: 20% ng \$75 = \$15
El plan paga: 80% ng \$75 = \$60



Juana ha alcanzado el límite de gastos del bolsillo de \$5,000
Juana ha ido al médico frecuentemente y ha gastado un total de \$5,000. Ahora, el plan paga el costo total de los servicios cubiertos por el resto del año.
Visita médica: \$200
Juana paga: \$0
El plan paga: \$200