



## CONCEPTOS CLAVES

Las siguientes son definiciones de términos y palabras específicas que se utilizan en la industria de los seguros, que pueden ayudarle en la comprensión de coberturas o exclusiones en los servicios del cuidado de la salud.

**Visita a la Oficina: (Office Visit)** Un contacto directo y personal entre un médico u otro proveedor de la asistencia médica y un paciente en el consultorio del Médico de Cuidado de la Salud para el diagnóstico o tratamiento asociados con el uso de los códigos que procedan en la visita a la oficina.

**Acceso Abierto (OA): (Open Access (OA))** Sin referencias necesarias para ir a ver a especialistas en el Plan.

**“Portero” (GK): (Gate Keeper (GK))** PCP debe proporcionar remisiones a especialistas en el Plan.

Los "riders" son elementos no cubiertos por el seguro regular. Por ejemplo la visión, dental, farmacia, maternidad. Si desea recibir estos servicios debe pagar la tarifa mensual adicional para ellos.

**Prima: (Premium)** Una prima de seguro es la cantidad real de dinero cobrado por las compañías de seguros para mantener activa la cobertura. Es la cantidad mensual que se paga.

**Co-pago, Copago: (Co-payment, Copay)** La cantidad fija en dólares que usted es responsable de pagar al incurrir en gastos médicos elegibles para ciertos servicios, por lo general las establecidas por la red de proveedores sanitarios, hospitales (o salas de emergencia de los hospitales), centros de salud.

**Deducible: (Deductible)** es una figura del Derecho de los Seguros y se define como la participación del Asegurado en la pérdida ocasionada por un incidente y tiene como finalidad que el Asegurado haga todo lo que está a su alcance para evitar que acontezca el incidente. Generalmente el importe del Deducible puede ser pactado con la Aseguradora bajo la siguiente regla: A mayor importe de la Prima menor es el importe del Deducible y a menor importe de la Prima mayor es el importe del Deducible. Deducible; Puede incluir copagos, varía de acuerdo a la compañía.

**Coaseguro: (Coinsurance)** La parte de Gastos Médicos para los cuales la persona asegurada tiene la responsabilidad financiera. En la mayoría de los casos, la persona cubierta es responsable de pagar un porcentaje de los gastos médicos cubiertos en exceso del Plan de deducible. El coaseguro varía dependiendo de si es dentro de la red o fuera de los proveedores de red

**Máximo gasto de bolsillo: (Out-of-Pocket Maximum)** El importe máximo de coaseguro que cada persona cubierta o la familia es responsable de pagar durante un año del plan antes de que el

coaseguro requerido por el plan comience a tener efecto. Cuando el gasto de su bolsillo máximo se alcanza, el Plan pagará el 100% de los gastos adicionales cubiertos por el resto del Año del Plan. Máximo gasto de su bolsillo; Puede incluir copagos, deducibles y coaseguros, varía de acuerdo a la compañía.

**CYD:** Calendar Year Deductible / **Deducible Año Calendario**

**Beneficios máximos de por Vida: (Lifetime Benefit Maximum)** Su póliza de seguro puede incluir una disposición que especifique un "beneficio máximo de por vida" o "límite máximo beneficio". La suma indicada es la cantidad total que su compañía de seguros pagará en su nombre a lo largo de su vida. Esta cantidad comienza a acumularse en la fecha que su póliza comienza y continúa hasta que su póliza termina por cualquier razón, incluyendo su muerte. A diferencia del gasto máximo de su bolsillo anual, con el pago de por vida máximo, las cantidades que gasta su aseguradora para pagar sus créditos se transfieren de un año a otro, así que alguien con una condición médica crónica o gastos catastróficos en salud podría muy bien estar en peligro de llegar a su desembolso máximo de por vida. Beneficios máximos de por vida; Pueden ser Limitados e Ilimitados

**Atención hospitalaria: (Inpatient care)** es el cuidado que se brinda a un paciente ingresado en un hospital, centro de cuidado prolongado, un hogar de ancianos u otro centro. Un paciente cuyo tratamiento necesita de residencia al menos una noche en un hospital, un paciente hospitalizado.

**Servicios ambulatorios: (Outpatient Services)** Servicios prestados tanto en el exterior de un hospital o establecimiento de salud o centro de cuidados en un hospital o centro de atención médica cuando no se incurren en los gastos de habitación y la comida. La atención ambulatoria se entiende como todo servicio de cuidado de salud prestados a un paciente que no es admitido en una institución. La atención ambulatoria se puede proporcionar en un consultorio médico, clínica, domicilio del paciente o el departamento ambulatorio de un hospital.

**Atención Urgente: (Urgent Care)** es la prestación de atención ambulatoria en un centro dedicado a la prestación de atención médica fuera de un departamento de urgencias del hospital, generalmente en un imprevisto, sin cita previa. Centros de atención de urgencia se utilizan principalmente para tratar a los pacientes que tienen una lesión o enfermedad que requiera atención inmediata, pero no es lo suficientemente grave como para justificar una visita a una sala de emergencias. A menudo, los centros de atención urgente no están abiertos de forma continua, a diferencia de una sala de emergencias de un hospital el que estará abierto en todo momento.

**Freestanding Facilities / Instalaciones Independientes**

**Fuera de la Red de Servicios (fuera de la red): (Out-of-Network Services (Non-network))**

Servicios prestados por un proveedor de atención médica que no es miembro del Plan

**Proveedor No Participantes: (Non-Participating Provider)** Un proveedor de atención médica que no participa en el Plan.

**Proveedor Participante: (Participating Provider)** Un proveedor de atención médica que participa en el Plan.

**Período de Exámenes Libres: (Free-look period)** es el período de tiempo que usted tiene para revisar su nueva póliza de seguro de salud y devolverla para un reembolso completo si no cumple con sus expectativas. Este período de exámenes libres comienza el día en que usted recibe su póliza en el correo y es fijado comúnmente en 10 días. Algunos tipos de planes de salud están

obligados a proporcionar un período de prueba gratis de 30 días por la ley. Esta disposición es requerida en la mayoría de los estados por la que los asegurados tienen de 10 a 20 días para examinar sus nuevas póliza sin compromiso.

**Período de Gracia: (Grace Period)** Periodo de tiempo después de la fecha de vencimiento de una prima en la que la póliza sigue en vigor sin penalización. Esta disposición es requerida en la mayoría de los estados por la que los asegurados tienen de 10 ó 20 días durante los cuales la póliza sigue en vigor sin penalización.

**Período de Espera: (Waiting Period)** También conocido como período de eliminación, se refiere a la cantidad de tiempo temporal que un asegurado no estará cubierto para determinada atención de salud por sus costos. Ejemplo: La Maternidad.

**Condición Preexistente: (Pre-Existing Condition)** es cualquier condición o síntoma, que fue diagnosticado, o por los que la persona recibió atención médica o tratamiento de un médico antes de la fecha de vigencia de la cobertura. Las compañías de seguros pueden requerir un período de espera antes de cubrir los costos relacionados con esa condición. Los beneficios se pagan por los servicios cubiertos por condiciones pre-existentes después que una persona cubierta ha sido inscrita en el Plan de Salud y ha permanecido durante veinticuatro (24) meses consecutivos. Sólo el tratamiento o servicio que se recibe después del período de veinticuatro meses (24) serán elegibles para los beneficios. Esta limitación también se aplica a la prescripción de medicamentos relacionados con la condición pre-existente.

