

Glosario de Términos de Facturación y Seguros

A

Número de cuenta

El número asignado por tu proveedor (hospital, médico, servicio de atención domiciliaria, etc.) cuando se prestaron los servicios médicos.

Ajuste

La parte de tu factura que tu proveedor ha aceptado deducir.

Fecha de admisión (fecha de admisión)

La fecha de ingreso para tratamiento.

Ingreso del diagnóstico

Palabras o frases que tu médico utiliza para describir tu condición.

Aviso anticipado al beneficiario (ABN)

Un aviso que tu proveedor te entrega antes de ser tratado, informándote de que Medicare no pagará el tratamiento o servicio. El aviso se te entrega para que decidas si quieres recibir el tratamiento y cómo pagarlo.

Cantidad permitida

Determinado por tu seguro como la cantidad que tu proveedor debe por un servicio en particular. Esta cantidad suele ser menor que la facturada por el proveedor y se determina mediante contratos o regulaciones prenegociadas. El total combinado que pague tú y tu seguro para un proveedor no debería superar la cantidad permitida cuando estamos dentro de la red con tu plan. Llama a tu compañía de seguros para más información.

Cirugía ambulatoria

Cirugía ambulatoria o cirugía que no requiera una estancia hospitalaria de una noche.

Cantidad no cubierta

Lo que tu compañía de seguros no paga, incluyendo franquicias, coseguros y cargos por servicios no cubiertos.

Servicio auxiliar

Los servicios que recibes más allá de los gastos de alojamiento y comida, como pruebas de laboratorio, terapia, cirugía, etc.

Apelación

Un proceso por el cual tú, tu médico o tu hospital pueden oponerse a tu plan de salud cuando no estés de acuerdo con la decisión del plan de denegar el pago de tu atención.

Aplicado al deducible

Una parte de tu factura, según lo definida por tu compañía de seguros, que debes a tu proveedor.

Asignación de prestaciones

Un acuerdo que firmas y que permite a tu seguro pagar directamente al proveedor.

Médico adjunto

El médico que ordena tu tratamiento y que es responsable de tu atención.

Número de autorización

Un número que indica que tu tratamiento ha sido aprobado por tu plan de seguro. También se llama Número de Certificación, Número de Autorización Previa o Número de Autorización de Tratamiento.

B

Verificación de la elegibilidad de beneficiarios

Una forma en que los proveedores pueden obtener información sobre si tienes cobertura de seguro.

Contrato de beneficios

El acuerdo legal entre un plan de salud y tú. Este contrato establece toda la gama de beneficios disponibles a través de tu plan de salud. Un Contrato de Beneficios también se denomina a veces certificado de cobertura o prueba de cobertura.

Beneficios

El grado en que tu cobertura de seguro cubrirá los servicios que te presten. Los beneficios pueden describir qué parte de la cantidad permitida puede corresponderte, el nivel al que pagarán por los servicios prestados por distintos proveedores y qué tipos de servicios cubrirán o no.

Factura/factura/extracto

Un resumen impreso de tu factura médica.

Medicamento comercial

Medicamentos fabricados y vendidos por una gran farmacéutica. Los medicamentos de marca pueden o no figurar en un formulario. Para cualquier necesidad sanitaria, puede haber medicamentos competidores de diferentes compañías. El formulario de tu plan de salud puede incluir un medicamento de marca específico si se ha acordado un precio con esa empresa. Este medicamento de marca costará más que la versión genérica, pero menos que otros medicamentos de marca que no están en el formulario. Si compras medicamentos de marca que no están en el formulario, a menudo pagas más porque tu plan de salud paga más.

C

Número de certificación

Un número que indica que tu tratamiento ha sido aprobado por tu plan de seguro. También llamado Número de Autorización, Número de Autorización Previa o Número de Autorización de Tratamiento.

ChampVA

Seguro vinculado al servicio militar. ChampVA comparte el coste de ciertos procedimientos y suministros médicamente necesarios con los beneficiarios elegibles. ChampVA no cuenta con una red de proveedores de atención sanitaria, por lo que los miembros elegibles pueden acudir a la mayoría de los proveedores autorizados.

Reclamación

Tu factura médica que se envía a una compañía de seguros para su pago.

Número de reclamación

Un número asignado por tu compañía de seguros a una reclamación individual.

Centros para Medicare y Medicaid (CMS)

La agencia federal que gestiona el programa Medicare. Además, CMS colabora con los estados para gestionar los programas de Medicaid.

Formulario CMS 1500

El formulario estándar en papel utilizado por profesionales y proveedores sanitarios para facturar a las compañías de seguros.

COBRA (Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)

Una ley federal que protege a los empleados y a sus familias en determinadas situaciones permitiéndoles mantener su seguro médico existente durante un tiempo determinado. COBRA otorga a ciertos exempleados, jubilados, cónyuges, excónyuges e hijos dependientes el derecho a la continuación temporal de la cobertura sanitaria a tarifas grupales. La persona debe pagar el coste de la prima para mantener su seguro, pero los costes suelen ser más baratos que la cobertura sanitaria individual.

COBRA solo se aplica bajo ciertas condiciones, como pérdida de empleo, fallecimiento, divorcio u eventos similares. COBRA suele aplicarse a los planes de salud colectivos ofrecidos por empresas con más de 20 empleados.

Codificación de las reclamaciones

Traducir la información clínica de tu historial médico en números (como códigos de diagnóstico y procedimiento) que las compañías de seguros utilizan para pagar las reclamaciones.

Co-seguro

La cantidad que debes pagar después de que tu seguro haya cubierto su parte, según tu Contrato de Beneficios. En muchos planes de salud, los pacientes deben pagar una parte de la cantidad permitida. Por ejemplo, si el plan paga el 70% de la cantidad permitida, el paciente paga el 30% restante. Si tu plan es una organización de proveedores preferentes (véase "Organización de Proveedores Preferentes (PPO)") u otro tipo de producto de red estrecha, tus costes de coseguro pueden ser menores si utilizas los servicios de un proveedor dentro de la red que figura en la lista de proveedores preferidos del plan. Llama a tu compañía de seguros para más información.

Plan de seguro comercial

El seguro de salud comercial suele ser un plan patrocinado por el empleador o adquirido de forma privada. Los planes comerciales no son mantenidos ni proporcionados por ningún programa gestionado por el gobierno. Las pólizas comerciales pueden venderse individualmente o como parte de un plan grupal.

Consentimiento para el tratamiento

Un acuerdo que firmas y que te da permiso para recibir servicios médicos o tratamiento de médicos u hospitales.

Copago (copago)

Una tarifa fija y predeterminada que pagas en el momento del servicio. Los importes de copago varían según el servicio y pueden variar según el proveedor (dentro de la red, fuera de la red o tipo de proveedor) que veas. Las cantidades también pueden variar según el tipo de servicio que estés recibiendo (por ejemplo, atención primaria vs. atención especializada). Para las recetas, las cantidades de copago pueden variar según la marca de los medicamentos de marca frente a los genéricos. Llama a tu compañía de seguros para más información.

Coordinación de beneficios (COB)

Cómo las compañías de seguros trabajan juntas cuando tienes más de un plan de seguro. Un paciente puede estar cubierto por más de un plan de seguro comercial, como a través de un empleador así como del empleador de un cónyuge, padre o pareja de hecho. Si tienes más de un plan de seguro, consulta con la póliza secundaria para saber cómo cubre los gastos que quedan después de que tu cobertura principal haya pagado su parte. (Véase "Seguro secundario")

Beneficio cubierto

Servicios que tu compañía de seguros paga total o parcialmente.

Días cubiertos

Los días que tu compañía de seguros paga total o parcialmente.

Código CPT (Terminología Procedimental Actual)

Un sistema de numeración de 5 dígitos que ayuda a estandarizar la facturación profesional y ambulatoria en centros de hospitalización. Existe un código CPT para ciertos tipos de servicios médicos. El uso de este código permite a los proveedores de salud y a las compañías de seguros comunicarse y hacer un seguimiento de la facturación de forma más eficiente.

D

Fecha de la factura

Fecha de preparación de la factura. No es la misma fecha que la fecha del servicio.

Fecha de servicio (DOS)

Fecha del tratamiento.

Deducibles

La cantidad que un paciente paga antes de que el seguro pague algo. En la mayoría de los casos, se aplican franquicias por persona y año natural. En las organizaciones de proveedores preferentes (PPO), los deducibles suelen aplicarse a todos los servicios, incluyendo pruebas de laboratorio, estancias hospitalarias y visitas a la clínica o al

médico. Algunos seguros exigen la franquicia por las visitas a la consulta. Algunos planes tienen franquicias específicas de cada servicio.

Grupos relacionados con el diagnóstico (DRGs)

Un sistema de pago utilizado por muchas compañías de seguros para las facturas hospitalarias de hospitalización. Este sistema clasifica las enfermedades y procedimientos médicos en grupos. Los hospitales reciben un pago fijo por cada ingreso.

Hora de alta

La hora en que un paciente es dado de alta del hospital.

Descuento

La cantidad en dólares que se elimina de tu factura, normalmente debido a un contrato entre tu proveedor y tu compañía de seguros.

Drogas/autoadministradas

Medicamentos que no requieren administración por parte de médicos o enfermeros. Tu seguro puede no cubrir estos casos cuando se ofrecen como parte de un servicio ambulatorio.

Deudas por parte del seguro

La cantidad que tu compañía de seguros ha aceptado pagar.

Fecha de entrega del paciente

La cantidad que debes.

Equipos médicos duraderos (DME)

El equipo médico que puede usarse muchas veces, o el equipo especial ordenado por tu médico, normalmente para uso en casa.

E

Fecha de entrada en vigor

La fecha en la que comienza un Contrato de Beneficios para la cobertura.

Elegibilidad

Una determinación de si una persona cumple o no los requisitos para participar en el plan.

Cantidad de pago elegible

Los servicios médicos están cubiertos por una compañía de seguros.

Atención de urgencias

La atención se ofrece en el Departamento de Urgencias de un hospital.

Urgencias

La parte de un hospital que atiende a pacientes con problemas médicos urgentes o de urgencia.

Seguro estimado

Una estimación de los pagos de tu compañía de seguros.

Matriculado

Una persona que está cubierta por un seguro médico.

Cantidad estimada a pagar

La cantidad que el proveedor estima que tú o tu compañía de seguros debéis.

Tratamientos experimentales o de investigación

Un medicamento, dispositivo, procedimiento diagnóstico, tratamiento, medida preventiva o intervención médica similar que aún no ha demostrado ser médicamente seguro y/o eficaz. Los servicios considerados de investigación suelen no estar cubiertos por el seguro de salud. Consulta con tu plan de seguros o con el equipo de estudio si procede si hay cobertura disponible para tratamientos experimentales o de investigación.

Explicación de los beneficios (EOB)

Una declaración que te envíe tu seguro después de que procesen una reclamación enviada por un proveedor. El EOB indica la cantidad facturada, la cantidad permitida, la cantidad pagada al proveedor y cualquier copago, franquicia o coseguro que debas recibir. La EOB puede detallar la actividad de beneficios médicos de una persona o familia.

F

Número de identificación fiscal federal

Un número asignado por el gobierno federal a médicos y hospitales a efectos fiscales.

Programa de asistencia financiera

Tarifas gratuitas o reducidas para la atención proporcionada a pacientes con dificultades económicas demostradas.

Responsabilidad financiera

La cantidad de tu factura que tienes que pagar.

Cuenta de gastos flexibles (FSA o cuenta flexible)

Un beneficio para empleados que permite reservar una cantidad fija de salarios antes de impuestos para gastos cualificados. Los gastos cualificados generalmente incluyen gastos médicos de bolsillo. La cantidad reservada debe decidirse de antemano y los empleados pierden cualquier dinero no utilizado en la cuenta al final del año.

Formulario

Una lista de medicamentos con receta preferidos. El formulario clasifica los medicamentos en grupos, o niveles, según cuánto coste cubrirá tu plan de salud y cuánto tengas que pagar tú.

G

Medicamento genérico

Medicamentos con beneficios probados que cuestan menos porque no son fabricados por grandes compañías farmacéuticas y no llevan marcas comerciales. En casi todos los casos, en este grupo pagas menos de tu bolsillo por las drogas. No todos los medicamentos tienen opciones genéricas.

Garante

La persona responsable de pagar la factura. El aval es siempre el paciente, salvo que el paciente sea un adulto incapacitado o un menor no mancipado (menor de 18 años), en cuyo caso, el aval es el progenitor o tutor legal del paciente.

H

Codificación de procedimientos comunes en la atención sanitaria (HCPC)

Un sistema de numeración de cinco dígitos que ayuda a estandarizar la facturación profesional y ambulatoria de las instalaciones. Existe un código HCPC para ciertos tipos de servicios médicos. El uso de este código permite a los proveedores de salud y a las compañías de seguros comunicarse y hacer un seguimiento de la facturación de forma más eficiente.

Proveedor sanitario

La entidad que proporciona servicios médicos, como hospitales, médicos o laboratorios.

Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Organización de mantenimiento de la salud (HMO) (se refiere al seguro de salud). Estos planes de seguro de salud exigen que los pacientes inscritos reciban toda su atención de un grupo específico de proveedores (excepto en algunos casos de urgencias). El plan puede requerir que tu médico de cabecera haga una derivación antes de que puedas recibir atención especializada. Una HMO puede requerir que vivas o trabajes en su área de servicio para ser elegible para la cobertura. Las HMO suelen ofrecer atención integrada y se centran en la prevención y el bienestar.

Plan de salud

Un plan de salud se refiere al tipo de seguro que tienes. Puede que forme parte de un plan de salud grupal a través de su empleador, que haya adquirido un plan individual en el Mercado de Seguros de Salud, que esté cubierto por la compensación laboral por no se trata de lesiones laborales, o tener cobertura a través de un plan de salud gubernamental como Medicare y Medicaid.

Cuenta de ahorro para la salud (HSA)

Una cuenta asociada a un plan de salud con alta franquicia que te permite reservar dinero antes de impuestos para pagar tu deducible u otros gastos médicos cualificados. Las contribuciones se realizan en la cuenta por el individuo o su empleador y están limitadas a un importe máximo cada año. A diferencia de una cuenta de gastos flexible, los fondos se acumulan año tras año si no se gastan.

HIPAA

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud establece estándares para proteger la privacidad de tu información sanitaria.

Plan de salud con alta franquicia (HDHP)

Un plan de salud con alta franquicia (HDHP) con una cuenta de ahorro para la salud (HSA) ofrece cobertura médica y una forma libre de impuestos para ahorrar para futuros gastos médicos. Un plan de salud con franquicia alta normalmente no cubre los gastos sanitarios hasta que se cumple la franquicia, lo que significa que serás responsable de los gastos sanitarios de tu bolsillo hasta que cumplas con tu franquicia. Una vez que se haya cumplido la franquicia, los gastos sanitarios elegibles serán cubiertos por el plan.

Agencia de atención domiciliaria

Una agencia que atiende a los pacientes en sus hogares.

Hospicio

El grupo que ofrece atención sanitaria hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria para pacientes terminales.

Facturación hospitalaria

Esto se refiere a los cargos por los servicios prestados en una clínica o departamento ambulatorio hospitalario.

Cargo hospitalario

La cantidad de dinero que el hospital cobra por un servicio o suministro médico en particular.

|

Cargo incremental de enfermería

Los cargos por los servicios de enfermería se sumaban a los gastos básicos de alojamiento y manutención.

Seguro individual

Seguro de salud adquirido por un individuo, no como parte de un plan grupal.

Dentro de la red

Un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores sanitarios preferidos y contratados con tu compañía de seguros. Recibirás el máximo beneficio si recibes atención de proveedores dentro de la red. Dependiendo de tu plan de seguro, tus beneficios pueden reducirse o no estar cubiertos en absoluto si recibes servicios de proveedores que no están en la red.

Exenciones de seguros

Los servicios excluidos de tu póliza de seguro, como atención oncológica o condiciones obstétricas/ginecológicas o preexistentes.

Nombre del grupo asegurado

El nombre del grupo o del seguro que te asegura, normalmente un empleador.

Número de grupo asegurado

Un número que tu compañía de seguros utiliza para identificar el grupo bajo el que estás asegurado.

Nombre del asegurado (beneficiario)

El nombre de la persona asegurada, que también se denomina el miembro.

Cuidados intensivos

La unidad de atención médica o quirúrgica en un hospital que proporciona atención a pacientes que necesitan más atención que la que puede proporcionar una unidad médica o quirúrgica general.

Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10-CM)

El ICD-10-CM es el sistema oficial para asignar códigos a diagnósticos y procedimientos asociados con la utilización hospitalaria en Estados Unidos.

Factura/factura/extracto

Un resumen impreso de tu factura médica.

L

Responsabilidad

La persona o personas responsables o obligadas por la factura.

Cobertura máxima de por vida

La Ley de Cuidado de Salud Asequible prohíbe que los planes de salud impongan límites anuales o vitalicios a la mayoría de los beneficios que recibes. Los planes pueden establecer un límite anual de dólares y un límite vitalicio en el gasto en servicios sanitarios que no se consideran beneficios esenciales para la salud. Los beneficios esenciales para la salud incluyen al menos los siguientes:

1. Servicios ambulatorios
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Cuidado del embarazo, maternidad y recién nacido

5. Salud mental
6. Medicamentos con receta
1. Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
2. Servicios de laboratorio
3. Servicios preventivos y de bienestar
4. Servicios pediátricos

Las pólizas de seguro de salud individuales con derechos adquiridos no están obligadas a seguir las normas sobre límites anuales. Los planes con derechos adquiridos son aquellos que existían el 23 de marzo de 2010 y que no han sido modificados de forma que reduzcan sustancialmente los beneficios o aumenten los costes para los consumidores. Las aseguradoras deben notificar a los consumidores que disponen de estas pólizas que cuentan con un plan con derechos adquiridos.

Cuidados a largo plazo

La atención recibida en una residencia de ancianos.

M

Atención gestionada

Un tipo de seguro que exige que los pacientes solo acudan a proveedores (médicos y hospitales) que tengan contrato con la empresa de atención gestionada, salvo en caso de emergencias médicas o atención urgente, si el paciente está fuera del área de servicio del plan.

Medicaid

Medicaid es un plan de seguro de salud federal y estatal financiado conjuntamente y administrado por los estados para adultos de bajos ingresos, mujeres embarazadas, niños y personas con ciertas discapacidades. Para más información, consulte Su Cobertura de Seguro de Salud.

Medicare

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertos jóvenes con discapacidad y personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante, a veces llamada ESRD). Para añadir información adicional información, incluyendo explicaciones sobre las diferentes partes de Medicare, consulte Su Cobertura de Seguro de Salud.

Número de historial médico

El número asignado por tu médico u hospital que identifica tu historial médico individual.

Medicare Advantage

Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía de seguros que contrata con Medicare para proporcionarte todos tus beneficios de la Parte A y la Parte B, además de beneficios que el Medicare Original no cubre. Para más información, consulte Su Cobertura de Seguro de Salud.

Asignación de Medicare

Proveedores que han aceptado pacientes de Medicare y acordaron no cobrarles más de lo aprobado por Medicare.

Número de Medicare

Se asigna una tarjeta de Medicare con un número único a cada persona cubierta por Medicare. El número es utilizado por los proveedores para la facturación, la elegibilidad y el estado de la reclamación. El Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) sustituye al número de reclamación de seguro médico basado en el SSN (HICN).

Medicare Parte A

Normalmente conocido como seguro hospitalario, ayuda a pagar la atención hospitalaria en hospitales y hospicios, así como algunos costes de enfermería especializada.

Medicare Parte B

Ayuda a pagar servicios médicos, atención ambulatoria y otros servicios médicos no cubiertos por la Parte A de Medicare.

Aviso resumen de Medicare (MSN)

Un extracto que Medicare te envía después de tramitar una reclamación de un proveedor por los servicios que te prestan. También llamado Explicación de los Beneficios de Medicare (EOMB). El EOMB indica la cantidad facturada, la cantidad permitida, la cantidad pagada al proveedor y cualquier copago, franquicia o coseguro que debas recibir. El EOMB puede detallar la actividad de beneficios médicos de una persona o familia.

Suplementos de Medicare o pólizas "Medigap"

Pólizas que complementan la cobertura de Medicare. La mayoría de las veces, estas pólizas cubren los copagos y franquicias de Medicare, pero nada extra. Consulta con tu seguro complementario cómo coordina los beneficios con Medicare.

N

Red

Un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos sanitarios contratados por un plan de salud para cuidar a sus miembros.

Cargos no cubiertos

Los cargos por servicios médicos denegados o excluidos por tu seguro. Puede que te facturen por estos cargos.

Proveedor no participante

Un médico, hospital u otro proveedor sanitario que no forme parte de un plan de seguro, médico o red hospitalaria.

O

Observación

Un servicio ambulatorio hospitalario ordenado por un médico cuando este aún no está seguro de que necesitarás atención hospitalaria, pero considera que necesitas monitorización ambulatoria en el hospital mientras tanto.

Proveedor fuera de la red

Un médico u otro proveedor sanitario que no forme parte de un plan de seguro, médico o red hospitalaria. (Véase "Proveedor no participante")

Fuera de la red

Un médico, hospital u otro proveedor sanitario que no forme parte de un plan de seguro, médico o red hospitalaria. (Véase "Proveedor no participante")

Gastos de bolsillo

Los costes que el paciente debe asumir porque Medicare u otro seguro no lo cubre.

Máximo de gastos de bolsillo

La mayor cantidad de dinero que tendrás que pagar antes de que tu compañía de seguros cubra todos los costes. Cada plan establece un límite de dólares para el año natural. Una vez alcanzado ese límite, el plan pagará el 100% de la cantidad permitida por cargos elegibles durante el resto del año natural. Algunas compañías de seguros no incluyen ciertos costes en este límite, como tratamientos de fertilidad o medicamentos recetados. Otras compañías de seguros aumentan el máximo de pago de bolsillo para la atención proporcionada por proveedores fuera de la red.

Medicamento de venta libre

Medicamentos que no requieren receta. Se pueden comprar en una farmacia o farmacia y dispensarse a los pacientes, ya sea en el hospital o en la consulta del médico.

P

Pago al proveedor

La cantidad que la compañía de seguros paga a tu proveedor médico.

Pagado a ti

La cantidad que la compañía de seguros paga a ti o a tu aval.

Proveedor participante

Un médico u hospital que acepte el pago de tu seguro (para servicios cubiertos) como pago completo, menos tus franquicias, copagos y cantidades de coseguro.

Cantidad pendiente del paciente

La cantidad que tu proveedor te cobra por los servicios recibidos.

Paga esta cantidad

La cantidad que debes para tu factura médica.

Práctica médica

Un grupo de médicos, enfermeros y asistentes médicos que trabajan juntos.

Punto de servicio (POS)

Un tipo de plan de salud que permite a los miembros elegir recibir servicios de un proveedor de red participante o no participante. Normalmente hay costes más altos para el paciente si recibe servicios de un proveedor no participante.

Número de póliza

Un número que te da tu compañía de seguros para identificar tu contrato.

Poder notarial

Un poder notarial es un documento legal que te permite nombrar a otra persona (llamada apoderado o agente) para que actúe en tu nombre y tome ciertas decisiones por ti. Un poder notarial puede autorizar a tu representante a tomar decisiones médicas por ti (cuando no puedas hacerlo), comprar o vender cosas, gestionar un negocio, invertir dinero, cobrar cheques y gestionar tus asuntos financieros en general. Tu apoderado debe tener más de 18 años y puede ser un familiar, familiar u otra persona de confianza, pero no puede ser tu médico. También puedes nombrar a varios abogados en caso de que tu abogado principal no pueda cumplir con sus funciones. Tu

poder notarial puede escribirse para que entre en vigor inmediatamente o para que entre en vigor en algún momento futuro y puede durar un periodo limitado o indefinidamente; Tu poder notarial termina cuando falleces. Si tiene alguna pregunta adicional sobre poderes notariales, por favor busque asesoramiento legal independiente.

Aprobación o certificación previa a la admisión

Un acuerdo hecho entre tu compañía de seguros y tú o tu proveedor para pagar su parte de tu tratamiento médico. Los proveedores solicitan esta aprobación a tu compañía de seguros antes de proporcionar tu tratamiento médico.

Condición preexistente

Una condición médica para la que el paciente ha recibido tratamiento durante un periodo específico de tiempo antes de inscribirse en un nuevo plan de seguro. Este periodo (como 30, 60, 90 días, 6 meses, etc.) antes de la inscripción se denomina periodo de "retrospectiva". "Tratamiento" se define como recibir asesoramiento médico, recomendaciones, medicamentos recetados, diagnóstico o tratamiento. Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, ya no se permiten exclusiones para condiciones preexistentes, con una excepción: para planes individuales (no adquiridos a través de un empleador) que existían antes de 2010 e incluían dicha inclusión.

Organización de proveedores preferentes (PPO)

Una organización sanitaria que cubre una mayor parte de los costes sanitarios si un paciente utiliza los servicios de un proveedor de su lista de proveedores preferidos. Algunas PPO requieren que las personas elijan un médico de atención primaria que coordine la atención y organice derivaciones a especialistas cuando sea necesario. Otras PPO permiten a los pacientes elegir especialistas por sí mismos. Una OPP puede ofrecer niveles inferiores de cobertura para la atención proporcionada por médicos y otros profesionales sanitarios no afiliados a la OPP.

Pagos anticipados

El dinero que pagas antes de recibir atención médica; también conocidos como depósitos.

Red de atención primaria (PCN)

Un grupo de médicos que actúan como médicos de atención primaria.

Médico de atención primaria (PCP)

Un médico cuya práctica se dedica a la medicina interna, la medicina familiar y general o la pediatría. Algunas compañías de seguros también consideran a los obstetras o ginecólogos como médicos de atención primaria.

Compañía de seguros principal

El seguro es el que paga tu reclamación primero, antes de que el seguro secundario pague (para pacientes cubiertos por más de un seguro).

Número de autorización previa

Un número que indica que tu tratamiento ha sido aprobado por tu plan de seguro. También se le denomina Número de Autorización, Número de Certificación o Número de Autorización de Tratamiento.

Código de procedimiento

Un código dado a procedimientos y tratamientos médicos y quirúrgicos.

Sistema de pago prospectivo (PPS)

Un método de reembolso en el que el pago de Medicare se realiza en función de una cantidad fija predeterminada. La cantidad de pago por un servicio concreto se deduce en función del sistema de clasificación de ese servicio. (Por ejemplo, grupos relacionados con el diagnóstico para servicios hospitalarios de hospitalización ingresada.)

Descuento por contrato de proveedor

Una parte de tu factura que tu proveedor debe deducir debido a los acuerdos de facturación con tu compañía de seguros.

Proveedor

Un hospital o médico que preste atención médica al paciente.

R

Recomendación

Se necesita aprobación para un cuidado más allá de la proporcionada por tu médico de cabecera u hospital. Por ejemplo, los planes de atención gestionada (HMO) suelen requerir una derivación de tu médico de atención primaria para ver a un especialista o para procedimientos especiales.

Divulgación de información

Una declaración firmada por pacientes o avaladores que permita a los proveedores facilitar información médica para que las compañías de seguros puedan pagar las reclamaciones.

Consejos sobre remesas

La explicación que recibe el hospital, normalmente con pago, de tu compañía de seguros después de que se hayan tramitado tus servicios médicos.

Parte responsable

La persona responsable de pagar tu factura del hospital, normalmente llamada el avalador.

Código de ingresos

Un código de facturación que se utiliza para nombrar una habitación, servicio o suma de facturación específica.

S

Cirugía el mismo día

Una cirugía realizada como servicio ambulatorio.

Seguro secundario

Para las personas que están cubiertas por más de un plan de seguro, la póliza secundaria puede cubrir gastos después de que el seguro principal haya pagado su parte de la factura sanitaria. (Véase "Coordinación de beneficios.")

Plan de salud autoasegurado

Un plan de salud grupal en el que el empleador asume el riesgo de proporcionar beneficios sanitarios a sus empleados. El coste de pagar las reclamaciones lo paga el empleador.

Pago directo

Una persona que paga de su bolsillo los servicios sanitarios en ausencia de seguro.

Área de servicio

Una zona geográfica donde los planes de seguro inscriben a los miembros. En una HMO, también es la zona atendida por tu red de médicos y hospitales.

Fecha de inicio del servicio

La fecha en que comenzaron tus servicios médicos o tratamientos.

Fecha de finalización del servicio

La fecha en que finalizaron tus servicios médicos o tratamientos.

Centro de enfermería especializada

Un centro de internamiento en el que se proporciona atención de enfermería u otra terapia a pacientes que no requieren atención hospitalaria aguda.

Seguro de discapacidad de la Seguridad Social (SSDI)

Un programa de asistencia a la renta administrado por el gobierno federal para personas con discapacidad. La Administración de la Seguridad Social (SSA) tiene su propia definición de discapacidad para diversas enfermedades, como la enfermedad renal o la diabetes. El proceso de solicitud puede durar varios meses. Si se aprueba, la cantidad mensual que recibes se basa en cuánto dinero has aportado a la Seguridad Social a través de los impuestos sobre la nómina. Para ser elegible para el SSD, tu discapacidad debe cumplir una de estas condiciones:

1. Han durado o se espera que duren al menos un año.
2. Sé permanente.

- Se espera que acabe en la muerte.
1. La SSA debe considerarte discapacitado durante al menos 5 meses antes de que empieces a recibir prestaciones.

Ingresos de la Seguridad Social (SSI)

Un programa de ingresos por discapacidad a través de la SSA para personas con discapacidad que no han trabajado lo suficiente como para aportar mucho al Sistema de Seguridad Social y, por tanto, no son elegibles para la SSD. Las normas de discapacidad son las mismas que para el SSD. Sin embargo, el SSI tiene límites estrictos de ingresos y financieros.

Fuente de admisión

La fuente de tu ingreso, ya sea una derivación, un traslado o a través de urgencias.

Especialista

Un médico especializado en tratar ciertas partes del cuerpo o condiciones médicas específicas. Por ejemplo, un cardiólogo solo trata a pacientes con problemas cardíacos.

Estado de cuenta/factura/factura

Un resumen impreso de tu factura médica.

El estado de estado cubre el periodo

Las fechas en que comienza y termina tu servicio o tratamiento.

ID de remitente

El número de identificación (ID) que utilizan los médicos y hospitales cuando facturan electrónicamente. Los proveedores obtienen un documento de identidad de cada compañía de seguros a la que envían las reclamaciones.

Compañía de seguros complementarios

Una póliza de seguro adicional que gestiona reclamaciones por deducibles y reembolso de coseguro.

T

Pagador tercero

Una organización distinta al paciente (primera parte) o al proveedor sanitario (segunda parte) involucrado en el pago de reclamaciones sanitarias. Los terceros pagadores incluyen compañías de seguros, agencias gubernamentales y empleadores.

Número de autorización de tratamiento

Un número que indica que tu tratamiento ha sido aprobado por tu plan de seguro. También se le denomina Número de Autorización, Número de Certificación o Número de Autorización Previa.

Tricare

Tricare es un programa sanitario para miembros del servicio en activo y retirados uniformados y sus familias. Si los miembros se hacen elegibles para los beneficios de Tricare, ya no son elegibles para ChampVA.

Tipo de admisión

El motivo de tu admisión, como emergencia, urgente o electiva, etc.

U

Formulario de reclamación UB-04

El formulario estándar de reclamación utilizado por proveedores institucionales, como hospitales, para facturar a las compañías de seguros por servicios médicos.

Unidades de servicio

Medidas de los servicios médicos recibidos por un paciente, como el número de días hospitalarios, pintas de sangre, tratamientos o análisis de laboratorio.

Habitual, habitual y razonable (UCR)

En términos generales, el precio que cobra el proveedor. Específicamente, un cargo por un servicio concreto se considera "habitual y habitual" si se encuentra dentro del rango de precios cobrados por el mismo servicio por otros proveedores en la misma zona geográfica.

W

Periodo de espera

El tiempo que los miembros deben esperar tras inscribirse en un plan de seguro antes de ser elegibles para ciertos beneficios.