

KNOW YOUR BENEFITS.

From Tilson HR

Glosario de términos de inscripciones abiertas

Las inscripciones abiertas es el periodo del año que se reserva para que los miembros puedan realizar cambios a sus elecciones de beneficios. Los términos desconocidos pueden hacer que dicho proceso sea confuso. Lea las siguientes definiciones de términos comunes de inscripciones abiertas como ayuda para revisar las opciones de beneficios.

Coseguro: cantidad o porcentaje que usted paga por ciertos servicios de atención médica cubiertos en virtud de su plan médico. En general es el monto que se paga una vez que se alcanza el deducible y varía según el diseño del plan.

Atención médica impulsada por el consumidor (también conocida como dirigida por el consumidor o a elección del consumidor) (Consumer-Driven Health Care, CDHC): programas y planes de seguro médico que tienen la intención de informarlo más sobre su salud. En virtud de estos planes, puede utilizar los servicios de

atención médica de forma más eficiente, tener más control sobre los dólares de atención médica y además los planes están diseñados para ser más accesibles. Estos planes médicos también ofrecen costos reducidos en las primas a cambio de deducibles más altos. En general, incluyen cobertura preventiva, como mamografías o exámenes físicos anuales, a costos bajos o sin cargo. Los Acuerdos de reembolso de salud (Health Reimbursement Arrangements, HRA) y Cuentas de ahorros de salud (HSA) son ejemplos comunes de planes CDHC.

Copago: tarifa plana que paga por el costo de servicios médicos cubiertos.
Gastos cubiertos: gastos de atención médica que están cubiertos en virtud de su plan médico.

Deducible: antes de que se ofrezcan los beneficios a través de un plan de salud, usted debe pagar una cantidad específica en dólares en efectivo. En virtud de algunos planes, el deducible queda sin efecto para ciertos servicios.

Dependiente: personas que cumplen los requisitos de elegibilidad en virtud de un plan de atención médica y que están inscritos en el plan como dependiente calificado.

Cuenta de gastos flexible (Flexible spending account, FSA): cuenta que le permite ahorrar dólares libres de impuestos para pagar sus gastos de atención médica y/o los de dependientes que califiquen. Usted determina la cantidad que desea contribuir a la cuenta FSA al comienzo del año del plan. Si cuando termina el año del plan quedan fondos en la cuenta, ese dinero se devuelve a su empleador.

Organización de administración de la salud (Health Management Organization, HMO): organización aprobada y con licencia con la que [tu organización] ha establecido una relación a fin de proporcionar a los empleados beneficios y servicios. Requiere que usted consulte a médicos y asista a hospitales que se encuentran en una lista especificada de proveedores.

Acuerdo de reembolso de salud (Health reimbursement arrangement, HRA): cuenta en la cual la compañía deposita dólares antes de impuestos por cada uno de los empleados cubiertos. A continuación, los empleados pueden usar esta cuenta para reembolso de los gastos de atención médica calificada. Si al finalizar el año del plan quedan fondos en la cuenta, pueden pasar al año próximo. La cuenta pertenece al empleador.

Cuenta de ahorros de salud (HSA): es una cuenta de ahorros médicos establecida para pagar los gastos médicos elegibles. Las contribuciones pueden ser realizadas tanto por usted como por [tu organización]. El dinero se toma directamente de su cheque de pago, antes de aplicados los impuestos, y se colocan en una cuenta. Los saldos se trasladan de un año al siguiente y la cuenta le pertenece a usted. Los retiros para gastos que no sean médicos están sujetos a impuestos a las ganancias y a una multa adicional si usted tiene 65 años o menos. Las cuentas HSA deben combinarse con planes médicos calificados de altos deducibles (high-deductible health plan, HDHP).

Plan médico con deducible alto (High-Deductible Health Plan, HDHP): plan de atención médica calificado que le da más control sobre sus gastos de atención médica, ofreciéndole primas mensuales más bajas a cambio de deducibles y límites de pagos en efectivo más altos. Estos planes en general se combinan con cuentas HSA o HRA.

Dentro de la red: atención que recibe por parte de un médico de atención primaria o de un especialista que se encuentra en la lista de profesionales de atención médica.

Paciente interno: persona que es tratada como paciente registrado en un hospital u otro establecimiento de atención médica. Esta persona debe abonar cargos de habitación y estadía.

Necesario desde el punto de vista médico (o necesidad médica): servicios o suministros proporcionados por el hospital u otro establecimiento de atención médica que respeten los siguientes criterios: (1) sean adecuados para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección, enfermedad, indisposición o lesión; (2) sirvan para brindar un diagnóstico o elegir la atención o el tratamiento para la afección, enfermedad, indisposición o lesión; (3) respeten los estándares de buena práctica médica; (4) no tengan como finalidad principal la comodidad y (5) se consideren la atención disponible más apropiada.

Medicare: programa de seguro administrado por el gobierno de Estados Unidos para proporcionar cobertura médica a las personas de 65 años en adelante. Miembro: usted y todas las personas cubiertas se convierten en miembros cuando se inscriben en un plan médico. Incluye a los empleados elegibles, sus dependientes, los beneficiarios COBRA y los cónyuges vivos.

Fuera de la red: la atención que recibe sin haber sido derivado por un médico o los servicios prestados por proveedores fuera

de la red. La atención médica fuera de la red y los pagos del plan están sujetos a deducibles y a copagos.

Gastos en efectivo: monto que se debe pagar como parte del costo de los servicios de atención médica. Incluye deducibles, copagos y coseguros.

Máximo en efectivo (Out-of-Pocket Maximum, OPM): la cantidad más alta que se paga para servicios cubiertos durante un periodo de beneficio. Se aplican tanto el deducible como el coseguro para alcanzar este OPM, pero es probable que los copagos no se apliquen. En algunos planes, el deducible y el OPM pueden tener el mismo límite de dólares.

Organización proveedora preferida (Preferred Provider Organization, PPO): plan que ofrece tanto beneficios dentro de la red como fuera de la red. Los miembros deben elegir uno de los proveedores o establecimientos de la red para recibir el nivel más alto de beneficios.

Prima: la cantidad que usted paga por un plan médico a cambio de cobertura. Los planes médicos con deducibles más altos, en general tienen primas más bajas.

Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): el médico que elige para coordinar la atención en virtud de su plan médico. En general incluye médicos de familia, de cabecera, internistas, pediatras, etc.

Usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR): la tarifa que se paga por servicios cubiertos que sean: (1) de un monto similar a la tarifa que cobra el proveedor de atención médica a la mayoría de los pacientes por el mismo procedimiento; (2) de la tarifa habitual que se paga a los proveedores con capacitación y especialización similar dentro del área geográfica y (3) razonables a la vista de circunstancias clínicas inusuales, etc.