



Terminología de atención médica administrada

Apelación – Una petición para su organización de cuidado administrado a una negación o una reclamación otra vez.

Atención de enfermería especializada – Servicios de enfermeras con licencia en su propia casa o en un hogar de ancianos.

Atención de hospital ambulatoria – Cuidados en un hospital que por lo general no requieren una noche de estancia.

Atención de la sala de emergencia – Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Atención médica domiciliaria – Servicios de asistencia médica que una persona recibe en una casa.

Atención urgente – Cuidado de una enfermedad, lesión o condición suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan severa como para requerir atención de emergencia.

Autorización previa – Una decisión por su aseguradora de salud o plan antes de recibir un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento o equipo médico duradero que es médicamente necesario. A veces se llama autorización, aprobación o certificación. Autorización previa no asegura que su seguro médico o plan cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados – Seguro de salud o plan que ayuda a pagar por medicamentos y medicamentos recetados.

Condición médica de emergencia – Una enfermedad, accidente, síntoma o problema tan grave que una persona razonable quizá busque atención inmediata para evitar daños.

Copago – Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio médico cubierto, generalmente cuando usted recibe el servicio. La cantidad puede variar por el tipo de servicio médico cubierto.

Equipo médico duradero (DME) – Equipos y suministros ordenados por un médico para el uso diario o prolongado. Cobertura para DME puede incluir: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de prueba para la sangre para los diabéticos.

Especialista – Un médico especialista que se centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar a ciertos tipos de síntomas y condiciones.

Hospitalización – Cuidado en un hospital que requiere admisión como una hospitalización y generalmente requiere que le paciente pase la noche en el hospital.

Médicamente necesario – Servicios de salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas los cuales incluyen estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos – Medicamentos que de acuerdo a la ley requieren receta médica.



Médico de atención primaria – Un médico (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía) que directamente proporciona o coordina una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Plan de salud – Un beneficio como Medicaid que paga por sus servicios de salud.

Prima – La cantidad que debe pagar por su seguro médico o plan.

Proveedor – Un médico (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía), institución médica profesional o atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo requerido por la ley estatal.

Proveedor de cuidado primario – Un médico (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía), enfermera, enfermera de clínica especialista o asistente médico, según lo permitido bajo la ley estatal, que prevé, coordina, o ayuda al paciente a tener acceso una gama de servicios de salud.

Proveedor no participante – Un proveedor que no tiene un contrato con su compañía de seguros de salud o plan para brindarle los servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora de salud o plan para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En casos limitados como no hay otros proveedores, su compañía de seguros de salud puede contratar a pagarle a un proveedor no participante.

Proveedor participante – Un proveedor que tiene un contrato con su compañía de seguros de salud o plan para brindarle los servicios cubiertos.

Queja – Una queja que usted comunica a su aseguradora de salud o plan.

Queja – Un reclamo a su plan o aseguranza de salud.

Red – Instalaciones, médicos y proveedores que su aseguranza de salud o plan ha contratado a proporcionar servicios de salud.

Seguro de salud – Un contrato que requiere a su compañía de seguro de salud pagar sus gastos de salud cubiertos a cambio de una prima.

Servicios de emergencia – Evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios de habilitación y dispositivos – Servicios de atención médica como terapia física u ocupacional que puede ayudar a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria.

Servicios de hospicio – Servicios para proporcionar confort y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a su familia.

Servicios de rehabilitación y dispositivos – Servicios de atención médica como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque una persona estaba enferma, lastimada o deshabilitada.



Servicios de un médico profesional – Servicios de salud que un médico con licencia (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopática) proporciona o coordina.

Servicios excluidos – Servicios de atención médica que su seguro médico o plan no paga o cubre.

Transporte médico de emergencia – Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.