

Acontecimiento Determinante: Acontecimiento que sucede y que permite al participante hacer un cambio en el estado de cobertura actual (por ejemplo: agregar o quitar un dependiente) en el transcurso del año del plan.

Acreditación: Certificación de que una organización cumple con los estándares de la organización de revisión. Ejemplos: acreditación de las HMO por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA por sus siglas en inglés) o acreditación de hospitales por la Comisión Unida de Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud (JCAHO por sus siglas en inglés).

Año de Beneficio: Período de cobertura, normalmente de 12 meses de largo, el cual se utiliza para la administración de un plan de beneficios de la salud (del 1^{ro} de mayo al 30 de abril).

Año del Plan: El año del plan para CFISD comienza el 1^{ro} de mayo y termina el 30 de abril.

Apelaciones: Proceso usado por un paciente o proveedor para solicitar que se vuelva a tomar en consideración un servicio previamente negado.

Atención auxiliar: Servicios de apoyo y/o de diagnósticos tales como radiología, fisioterapia, farmacia o laboratorio.

Atención de Urgencia: Cuando se necesita atención médica inmediata en una situación que no es de emergencia, eso se llama atención de "urgencia". Algunos ejemplos de atención de urgencia incluyen infecciones de oídos, esguinces, fiebre alta, vómitos e infección en el tracto urinario. Las situaciones de urgencia no se consideran emergencias.

Beneficios: Porción del costo de los servicios cubiertos por el seguro y pagados por el plan de salud. Por ejemplo, si un plan paga el resto de una cuenta de un doctor después que se ha hecho un copago por una visita a la oficina del doctor, la cantidad que paga el seguro es lo que se conoce como "beneficio."

Cambio de Categoría: Acontecimiento que afecta el estilo de vida que causa que una persona deba modificar el estado actual de la categoría de los beneficios de cobertura. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a: el nacimiento de un niño, divorcio o matrimonio. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan de Cypress-Fairbanks para obtener una lista más detallada de acontecimientos que califican para un cambio en la categoría.

Certificación de Ingreso hecha con Anticipación/Revisión de Estadía Continua (PAC/CSR por sus siglas en inglés respectivamente): Proceso por el cual la persona encargada de hacer la revisión evalúa la solicitud del medico de guardia para el ingreso a un hospital de cuidado intensivo y la duración de la estadía. La necesidad médica se determina utilizando criterios establecidos. El ingreso o la estadía continua deberán certificarse para el pago total de la solicitud. Sírvase revisar el Resumen de la

Descripción del Plan de Cypress-Fairbanks para obtener una descripción completa de los requisitos aplicables a PAC/CSR.

Certificación hecha con Anticipación: Proceso para obtener una certificación de un plan de la salud para una estadía rutinaria en el hospital o para procedimientos para pacientes externos. El proceso consiste en la revisión del criterio para la determinación de cobertura del beneficio.

Contribución del Distrito: Cantidad de dinero definida determinada y pagada por el distrito mensualmente para compensar el costo del plan del beneficiario.

Contribución del Empleado: Cantidad de dinero que el empleado asegurado paga por su cobertura después de restar las contribuciones del distrito. Esta cantidad se basa en el plan seleccionado y el nivel de cobertura (empleado solamente, empleado y cónyuge, empleado e hijo(os) y empleados y familia).

Coseguro: Método tradicional de pago de servicios de salud cubiertos por el seguro en el cual una parte de los gastos cubiertos por el seguro se divide entre el plan de beneficio de salud y el participante. Es un porcentaje definido de los cargos cubiertos por servicios prestados. Por ejemplo, un plan de salud podría pagar el 80% del costo de los servicios cubiertos por el seguro y el participante pagaría el 20%.

Cuidado Preventivo: Servicios médicos y dentales con el propósito de detección e intervención tempranas.

De su Propio Bolsillo: Porción del pago, deducibles o tarifas pagadas por los participantes por servicios o recetas médicas. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan de Cypress-Fairbanks ISD para obtener una descripción de tarifas elegibles que se puedan aplicar al pago de su propio bolsillo.

Deducible: Monto que un individuo o familia debe pagar personalmente como contribución para los gastos médicos cubiertos, generalmente basado en un año calendario. Por ejemplo, si un plan tiene un deducible de \$100 dólares, el deducible se cumple una vez que los primeros \$100 dólares de los gastos médicos cubiertos para ese año han sido pagos. A partir de ahí, el plan comienza a hacer pagos hacia el costo de los servicios cubiertos del cuidado de la salud.

Dentro de la Red: Término usado para describir el uso de proveedores que tienen un contrato con una compañía de atención médica dirigida (PPO). Muchos planes de beneficios animan a los afiliados a usar proveedores participantes (en la red) para disminuir el gasto de personal de los afiliados.

Dependiente: Su cónyuge; y todo hijo soltero menor de 25 años de edad; mayores de 25 años de edad fundamentalmente mantenido por usted e incapaz de ganarse el sustento por razones de discapacidad física o mental. Un niño incluye a un niño legalmente adoptado; también incluye a un hijastro que viva con usted. Toda persona que sea elegible como un

Empleado no se considerará un Dependiente. Ninguna persona podrá considerarse un Dependiente de más de un Empleado.

Dirección del Caso: Coordinación de servicios para ayudar satisfacer las necesidades del cuidado de la salud de un paciente, generalmente cuando el paciente tiene una condición que requiere el uso de múltiples servicios de parte de múltiples proveedores. Este término se utiliza también para referirse a la coordinación de cuidado durante, y después de una estadía en el hospital.

Directorio de Proveedores: Los directorios de los proveedores son listas de proveedores que tienen un contrato con una red de compañías de atención médica dirigida (PPO) para proveer cuidado a sus participantes. Los participantes pueden consultar el directorio para seleccionar proveedores participantes en la red.

Emergencia: Accidente o enfermedad repentina que una persona con un conocimiento competente de medicina piensa que deba tratarse inmediatamente o podría resultar en: pérdida de la vida, complicaciones médicas graves o estado de discapacidad permanente. Cuando ocurre un accidente grave o una enfermedad repentina y los síntomas son graves y ocurren de improviso, busque ayuda médica inmediatamente.

Algunos ejemplos de situaciones de emergencia incluyen: hemorragias incontroladas, ataques o pérdida de conocimiento, falta de aliento, dolor en el pecho o sensación de opresión o aplastamiento, posible sobredosis de medicamentos o envenenamiento, parálisis súbita o arrastramiento de palabras, quemaduras graves, huesos quebrados o dolor fuerte.

Enfermedades Preexistentes: Toda enfermedad física o mental por la cual un individuo buscó o recibió atención médica, asesoramiento médico, tratamiento o diagnóstico durante los seis meses anteriores a la fecha de inscripción del individuo. (Aplica solamente a planes opcionales, no a HMO y PPO)

Explicación de beneficios (EOB por sus siglas en inglés): Informe provisto por el administrador de los beneficios de salud que explica los beneficios provistos, las cantidades de reembolso permitidas, los deducibles, coseguros u otros ajustes realizados y la cantidad neta pagada. Un participante recibe típicamente una explicación de beneficios con un cheque de reembolso de una solicitud o como una confirmación de que una solicitud ha sido pagada directamente al proveedor.

Fuera de la Red: Término usado para describir el uso de los proveedores del cuidado de la salud que no tienen un contrato para proveer servicios con una compañía de atención médica dirigida (PPO).

Ley Consolidada Omnibus de Reconciliación del Presupuesto (COBRA por sus siglas en inglés): Ley federal que requiere que la mayoría de las empresas ofrezcan la oportunidad de comprar la misma cobertura de beneficios de salud que la empresa provee al resto de sus empleados a todos aquellos empleados y dependientes asegurados, quienes de lo contrario perderían la cobertura de salud por razones especificadas en la ley. Esta

continuación de cobertura puede durar solamente por un período de tiempo máximo especificado (generalmente 18 meses para empleados y dependientes quienes de lo contrario pierden cobertura debido a la pérdida del empleo o por disminución de horas de trabajo, o 36 meses para dependientes quienes perderían cobertura por ciertas razones además de la pérdida del empleo por el empleado).

Medicamentos de Formulario: Lista de medicamentos preferenciales y/o comúnmente recetados. Un equipo de doctores y farmaceutas escogen estos medicamentos por su superioridad clínica, seguridad, facilidad de uso y costo. El formulario se desarrolló para asistir a los doctores y a los pacientes a seleccionar medicamentos con el mayor valor terapéutico. El criterio usado para evaluar y seleccionar los medicamentos incluye:

- Eficacia – La habilidad del medicamento para tratar una condición o prevenir enfermedades.
- Seguridad – La incidencia de efectos secundarios e interacciones de los medicamentos.
- Costo – El costo es el último factor a tomar en consideración, después de estar satisfechos con los otros dos.

Medicamentos de Mantenimiento: Medicamentos que se recetan para el tratamiento a largo plazo de condiciones crónicas, tales como diabetes, alta presión o asma.

Medicamentos de Marca: Medicamentos elaborados por una compañía farmacéutica que ha escogido patentar la fórmula del medicamento y registrar su nombre de marca.

Medicamentos fuera del Formulario: Medicamentos que típicamente son más costosos y que no proveen valor adicional (como documentado en una investigación médica imparcial). Estos medicamentos no están incluidos en la lista del formulario y son los más costosos.

Medicamentos Genéricos: Medicamentos recetados que tienen la misma fórmula de ingredientes activos que los medicamentos de marca. Un medicamento genérico se conoce solamente por el nombre de su fórmula y su fórmula está a disposición de toda compañía farmacéutica que la solicite. Los medicamentos genéricos están calificados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) como medicamentos de marca seguros y eficaces y típicamente menos costosos.

Medicamentos Recetados de Formulario: Lista de medicamentos que nuestro plan prefiere que los doctores receten basándose en el costo económico y los estándares de calidad. La lista se distribuye a los doctores, farmacias y/o participantes del plan y se ofrecen pautas para recetar medicamentos económicamente.

Medicamentos Recetados: Medicamento que ha sido aprobado por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos, el cual puede despacharse solamente por receta médica.

Médico Primario/Médico de Cabecera: En un plan HMO, el Médico Primario o Médico de Cabecera (PCP por sus siglas en inglés) es la fuente primaria de atención médica. El PCP que usted escoge coordina toda su atención médica, desde sus visitas rutinarias anuales a la recomendación para ver a un especialista, servicios de laboratorio y rayos x e ingresos al hospital.

Necesidad Médica: Necesidad Médica es un término que se usa para referirse a un curso de tratamiento visto como el más eficaz para los síntomas de salud específicos que usted está experimentando. El curso de tratamiento se determina conjuntamente entre usted, su profesional de la salud y su compañía de seguros. Este curso de tratamiento se esfuerza para proveerle a usted la mejor atención en el entorno más apropiado.

Organización de Proveedores Preferenciales (PPO): Compañía de atención médica dirigida la cual es una red de proveedores de servicios de la salud, que incluye doctores y hospitales. Este plan permite a los participantes elegir su proveedor de cuidado de la salud. Sin embargo, si se recibe atención médica de parte de un proveedor "preferencial" (participante en la red), por lo general la cobertura de beneficios será mayor y los deducibles y gastos de su propio bolsillo serán más bajos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO): Organización que organiza una amplia gama de servicios del cuidado de la salud que comúnmente incluye cuidado de hospital, servicios de doctores y muchas otras clases de servicios del cuidado de la salud haciendo hincapié en el cuidado preventivo.

Parte del Pago: Monto que paga el participante cuando recibe el servicio. Estos pagos son tarifas determinadas con anterioridad para visitas al doctor, medicamentos o servicios de hospital. Estos pagos no son deducibles.

Privilegios para Invitados: Opción de beneficio de CIGNA HealthCare que, bajo ciertas circunstancias, puede proveer un nivel de cobertura dentro de la red a personas aseguradas quienes están temporalmente fuera de su "propia" área de servicio de su plan por más de 90 días. Por más información, llame al número al dorso de su tarjeta de identificación del plan HMO de Cypress-Fairbanks ISD.

Proveedor de la Red: Médicos, hospitales y otros expertos en el cuidado de la salud que tienen un contrato con la red.

Proveedores fuera de la Red: Proveedor médico que no tiene un contrato con una compañía de atención médica dirigida (PPO).

Derivación: Cuando un médico determina que un paciente tiene una condición que requiere la atención de un especialista, el médico hace una derivación para que el paciente vea un especialista. Las personas inscritas en el plan PPO de Cigna no necesitan tener una derivación para ver a un especialista. Sin embargo, bajo los planes HMO de Cigna, se requiere que usted tenga una autorización por escrito de parte de su médico antes de poder ver a otro médico o a un especialista.

Red: Grupo de proveedores del cuidado de la salud contratados por un plan de salud grupal para cuidar de sus miembros dentro de un área geográfica específica comúnmente conocido como Organización de Proveedores Preferenciales (PPO por sus siglas en inglés).

Revisión de Credenciales: Proceso que compara las credenciales del proveedor del cuidado de la salud con las credenciales requeridas para participar en una red de atención médica dirigida. Para participar en una red de CIGNA HealthCare, se estudian minuciosamente las credenciales de los doctores y los establecimientos antes de ser admitidos. Este proceso de revisión de credenciales se repite cada dos años. Ellos deben satisfacer ciertos criterios para la continua participación en la red de proveedores de CIGNA HealthCare.

Servicios Administrativos Solamente (ASO por sus siglas en inglés): Un plan en el cual un proveedor de seguros autorizado provee servicios administrativos al plan de beneficios de la salud de una empresa (tal como procesamiento de solicitudes), pero no asegura el riesgo de pagar beneficios a los afiliados. En un plan ASO, la empresa paga por los beneficios de la salud. Al plan PPO de Cypress-Fairbanks ISD lo administra la compañía CIGNA HealthCare sobre la base del plan ASO.

Tarjeta de Identificación (ID card): Todos los participantes reciben tarjetas de identificación para proveer una identificación apropiada bajo su plan de salud grupal. La información en las tarjetas de identificación ayuda a los proveedores a verificar la elegibilidad del paciente para la cobertura.

Clave de la terminología en español y en inglés:

Acontecimiento Determinante – Qualifying Event

Acreditación – Accreditation

Año de Beneficio – Benefit year

Año del plan – Plan year

Apelaciones – Appeals

Atención auxiliar - Ancillary care

Atención de Urgencia – Urgent Care

Beneficios – Benefits

Cambio de Categoría – Status change

Certificación de Ingreso hecha con Anticipación/Revisión de Estadía Continua (PAC/CSR) – Pre-Admission Certification/Continued Stay Review (PAC/CSR)

Certificación hecha con Anticipación – Precertification

Contribución del Distrito – District Contribution

Contribución del Empleado – Employee Contribution

Coseguro – Coinsurance

Cuidado Preventivo – Preventive care

De su Propio Bolsillo – Out-of-Pocket

Deducible – Deductible

Dentro de la Red – In-Network

Dependiente – Dependent
Derivación – Referral
Dirección del Caso – Case management
Directorio de Proveedores – Provider Directory
Emergencia – Emergency
Enfermedades Preexistentes – Pre-Existing Condition
Explicación de Beneficios (EOB) – Explanation of benefits
Fuera de la Red – Out-of-Network
Ley Consolidada Omnibus de Reconciliación del Presupuesto (COBRA) – Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)
Medicamentos de Formulario – Formulary drugs
Medicamentos de Mantenimiento – Maintenance medication
Medicamentos de Marca – Brand-name drugs
Medicamentos fuera del Formulario – Non-Formulary Drugs
Medicamentos Genéricos – Generic drugs
Medicamentos recetados – Prescription Drugs
Medicamentos Recetados de Formulario – Prescription drugs formulary
Médico Primario/Médico de Cabecera – Primary Care Physician
Necesidad Médica – Medical Necessity
Organización de Proveedores Preferenciales (PPO) – Preferred Provider Organization (PPO)
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) – Health Maintenance Organization
Parte del Pago – Copayment (copay)
Privilegios para Invitados – Guest Privileges
Proveedor de la Red – Network Provider
Proveedores fuera de la Red – Non-Network Provider
Red – Network
Revisión de Credenciales – Credentialing
Tarjeta de Identificación – ID card