

MEDICARE CURRENT BENEFICIARY SURVEY

NATIONAL STUDY - COMMUNITY COMPONENT

STATEMENT TERMS GLOSSARY

Cantidad aprobada-- La cantidad permitida por Medicare para un *servicio cubierto* en particular, lo cual es frecuentemente menor que el cobro o cuentas del *proveedor*. Medicare calcula las cantidades aprobadas de diferentes maneras, el sistema para calcular los servicios de los médicos está en un proceso de revisión considerable durante los próximos años.

Asignación -- "Aceptar Asignación" significa aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total por un servicio.

Beneficiario-- En MCBS, alguien que está cubierto por Medicare.

Período de Beneficio -- Un período de tiempo durante el que los costos se suman para determinar si se ha completado o no el deducible. El período de beneficio para muchos servicios de Medicare es el año calendario.

Reclamación -- Una cuenta sometida a Medicare u otro plan de seguro de salud.

Coseguro -- O, copago. La parte de *la cantidad aprobada* para los servicios médicos que paga el *beneficiario* después de pagar cualquier deducible. En la Parte B de Medicare, la cantidad del coseguro es el 20 por ciento. A veces se hace referencia a esta cantidad como al "80-20." En la Parte A, la cantidad del coseguro varía por tipo de servicio y cuánto del servicio se usa (ejemplo, cuántos días en el hospital). "Copago" es también un término que se usa para referirse a la cantidad que paga el beneficiario por un servicio provisto por un plan de servicios de salud administrado o HMO.

Servicios cubiertos-- Servicios médicos por los que Medicare pagará todo o parte de los cargos aprobados.

Deducible -- La cantidad de gastos médicos aprobados en que se debe incurrir antes que Medicare empiece a pagar. Hay deducibles separados para servicios cubiertos por la Parte A y por la Parte B de Medicare y éstos pueden cambiar de año en año.

"Doc-in-a-box" -- Este es también un término que puede variar a través de las regiones. Esta es una forma de clínica donde se proveen servicios de salud sin cita previa, usualmente se encuentran en o cerca de un centro comercial o en áreas comerciales. Generalmente proporciona servicios de salud primarios, y atrae a personas que no confían en un solo médico u otra fuente de servicios de salud.

Plan de Enfermedad Grave-- Un tipo de seguro que cubre el costo de los servicios médicos de ciertas enfermedades solamente, tales como el cáncer o ataque de apoplejía.

Cobro extra-- La cantidad que un proveedor cobra a un beneficiario más allá de la cantidad aprobada por Medicare para un servicio (vea **Asignación**)

Plan de Dinero Extra en Efectivo -- También llamado "plan de indemnización hospitalario" un tipo de seguro que le paga a una persona cubierta una cantidad fija (por decir, \$100) por cada día que pasa en el hospital.

Cobertura de Grupo (o Grupal) -- Seguro de salud provisto a través de un empleador, unión u otro grupo, que ofrece el mismo plan a una cantidad de personas asociadas con el grupo al mismo costo por persona.

Plan de seguro de Salud -- Un paquete de beneficios para pagar los servicios médicos, el "plan" se define por los servicios que están cubiertos, las condiciones para pagar y las cantidades de pagos por los servicios cubiertos, y el costo de las primas que las personas cubiertas deben pagar. Los detalles de un plan en particular están usualmente descritos formalmente en una "póliza".

Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) -- Hay varios nombres para las Organizaciones de Mantenimiento de Salud. Estas incluyen: Planes de servicios coordinados, planes de servicios administrados, y planes prepagados. Además, los Planes Médicos Competitivos ("CMP" según su sigla en inglés), y los Planes de Servicios de Salud Prepagados ("HCPP" según su sigla en inglés) están incluidos como planes de servicios de salud prepagados. Estos nombres posiblemente varíen por región en el país, algunos incluyen una Organización de Proveedores Preferidos ("PPO" según su sigla en inglés).

Instituciones de Servicios de Salud de Largo Tiempo -- Una institución de servicios de salud de largo tiempo es una instalación con 3 o más camas, que proporciona ya sea servicio personal o supervisión continua a los residentes, es un lugar o unidad certificada como una Instalación de Enfermería Especializada ("SNF") por Medicare o Medicaid; o es un lugar o unidad certificada como una Instalación de Enfermería ("NF") por Medicaid.

Seguro de Servicios de Largo Tiempo -- Una forma de seguro de salud privado que cubre estadías en un hogar/asilo para personas mayores, y es posible que cubra otros servicios de salud tales como servicios de enfermería certificada en el hogar.

Pagos de Medicare -- La cantidad que Medicare paga en una reclamación.

Servicios no cubiertos -- Servicios médicos por los cuales Medicare no pagará ninguna cantidad. Los servicios dentales y la mayoría de las medicinas recetadas no están cubiertas por Medicare.

Gastos de su propio bolsillo -- Gastos de su propio bolsillo son parte de (el/los) cobro(s) que un beneficiario o su familia tiene que pagar/pagará por los servicios médicos. Esto no debe incluir ninguna cantidad de la cual la SP espere recibir reembolso o ninguna cantidad de la cual el beneficiario ya haya recibido reembolsos o dinero de Medicare o de un plan de seguro de salud privado.

Parte A -- La porción de seguro de hospital que cubre por los servicios de paciente interno, algún hogar/asilo para personas mayores, o servicios de salud en el hogar.

Parte B -- La porción del seguro de salud de Medicare que cubre los servicios médicos, pruebas de laboratorio para diagnóstico, algunos equipos y artículos médicos, y así sucesivamente.

Prima -- La cantidad que el beneficiario (o alguna otra persona) paga por la cobertura de Medicare. La mayoría de los otros planes de seguro también tienen prima, la cual puede ser pagada en su totalidad o en parte por la *persona asegurada principal*.

Seguro de salud privado -- Seguro de salud proporcionado por una compañía de seguro comercial tal como la Cruz Azul ("Blue Cross/Blue Shield" en inglés).

Proveedor -- La persona o entidad que proporciona un servicio o equipo médico, ejemplo, el médico terapeuta, u hospital.

Seguro de salud público -- Un programa de gobierno Federal, estatal, o local que paga por todo o parte de los servicios de salud de una persona. Medicaid es un ejemplo de un plan de salud público.

Fecha de referencia -- Una fecha que "limita" el tiempo que cubre una pregunta. Para la MCBS, la Fecha de Referencia usualmente es la fecha de la entrevista anterior.

Período de referencia -- Un período de tiempo cubierto por una pregunta. El *Período de Referencia Actual* de MCBS es generalmente desde la fecha de la entrevista anterior hasta la fecha de la entrevista actual. El *Período de Referencia de la Encuesta* de MCBS generalmente incluye el período de tiempo desde la entrevista de 3 rondas

anteriores a la entrevista actual hasta la fecha de la entrevista actual (ejemplo, el período de referencia de la encuesta de la Ronda 10 empieza en la fecha de la entrevista de la Ronda 7 y termina en la fecha de la entrevista de la Ronda 10).

Fuente de pago -- Un término inclusivo que incluye todas las partes, incluyendo seguros y planes públicos (Medicare) y pagos privados (familia o gastos propios de su propio bolsillo) que pagan por servicios médicos. Este término incluye todas las fuentes de pago sin importar el período de tiempo de los pagos (ejemplo, muchos planes de Medigap no pagan hasta después que Medicare haya pagado la cuenta). Estos pagos privados pueden tomar hasta un año en ser pagados.