



Explicación de los términos relacionados con los seguros de salud

Organización de Proveedores Exclusivos (EPO)

Un tipo de plan de salud en el que recibe servicios de atención de la salud solo de médicos, hospitales y especialistas de la red de su plan. No hay cobertura fuera de la red, excepto en el caso del cuidado de emergencia. El cuidado que no sea de emergencia recibido fuera de la red no estará cubierto.

Plan de salud con un deducible alto (HDHP)

Un plan con un deducible más alto que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser más baja, pero usted paga más costos de atención de la salud (su deducible) antes de que la compañía de seguros comience a pagar su parte. Ciertos planes que cumplen con las pautas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) se denominan planes de salud con un deducible alto calificados (Qualified High Deductible Health Plans, QHDHP). Los QHDHP pueden combinarse con una cuenta de ahorros médicos (Health Savings Account, HSA), lo que le permite pagar ciertos gastos médicos con dinero libre de impuestos federales.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Un tipo de plan de seguro de salud que generalmente limita la cobertura a la atención de médicos que trabajan para la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o tienen contrato con esta. Por lo general, no cubrirá la atención fuera de la red excepto si es una emergencia. Una HMO puede exigirle que viva o trabaje en su área de servicio a fin de ser elegible para la cobertura. Las HMO a menudo brindan atención integral y se centran en la prevención y el bienestar.

Cuentas de ahorros médicos (HSA)

Una cuenta de ahorros médicos (Health Savings Account, HSA) le permite pagar gastos médicos calificados con dinero libre de impuestos. A fin de calificar para una HSA, debe tener un plan de salud con un deducible alto calificado (QHDHP). En general, puede usar el dinero de su HSA para pagar deducibles, copagos y otros gastos no cubiertos por su plan de salud, como gastos dentales u oftalmológicos. Si no usa todo el dinero de su cuenta para fin de año, no se preocupe. El dinero se transfiere de un año a otro. Una HSA también es portátil, por lo que puede quedarse con ella si cambia de empleador.

Inscripción abierta

La inscripción abierta, también conocida como inscripción anual, es un período de tiempo que generalmente, pero no siempre, ocurre una vez al año, cuando los empleados pueden hacer adiciones, cambios o eliminaciones a sus opciones de beneficios elegidas. En la mayoría de los casos, los empleados solo pueden realizar cambios en las elecciones de beneficios durante la inscripción abierta o cuando han experimentado un evento específico que reúne los requisitos, como el nacimiento de un hijo o el matrimonio. Durante este período, un empleador generalmente comunicará a todos los empleados elegibles qué opciones tienen para su programa de beneficios.

La inscripción abierta es su oportunidad para revisar su cobertura de beneficios de seguro de salud y cuentas de gastos y tomar decisiones para el próximo año calendario. Debe inscribirse activamente durante la inscripción abierta para asegurarse de que sus beneficios satisfagan sus necesidades.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

Un tipo de plan de salud que tiene contrato con proveedores médicos, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Paga menos si usa proveedores que pertenecen a la red del plan. Usted puede visitar a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

¿Desea obtener más información?

Consulte el glosario de Blue KC en línea en [BlueKC.com/Consumer/Glossary](https://www.bluekc.com/Consumer/Glossary) para encontrar definiciones generales y ejemplos de otros términos relacionados con los seguros de salud.



Coseguro

El porcentaje de costos de un servicio de atención de la salud cubierto que usted paga (por ejemplo, el 20 %) después de haber pagado su deducible.

Copago

El monto fijo (por ejemplo, \$25) que paga por un servicio de atención de la salud cubierto, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el proveedor y el tipo de servicio de atención de la salud.

Deducible

El monto que usted paga por los servicios recibidos antes de que su plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan de salud no pagará los servicios cubiertos hasta que usted haya pagado \$1,000 para sus gastos de atención de la salud cubiertos. Una vez que alcance su deducible, su plan de salud comenzará a pagar una parte de su atención de la salud cubierta.

Prima

El monto que paga por su plan de salud, generalmente cada dos semanas o mensualmente.

Explicación de Beneficios (EOB)

Parece una factura, se siente como una factura, pero una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) no es una factura. Si tiene un plan de salud, es la declaración que recibe de su compañía de seguros después de recibir servicios de un proveedor de atención de la salud. La EOB enumera varias cosas, incluidos los servicios que recibió, el monto del costo que cubre su plan y el monto total que se le facturó.

Dentro y fuera de la red

Un proveedor fuera de la red es cualquier proveedor que no tiene un contrato con su plan de atención de la salud. Por lo general, su compañía de seguros pagará menos dinero o no pagará nada por los servicios que reciba de proveedores fuera de la red.

Para ahorrar dinero, es importante comprender quién es un proveedor dentro de la red en su plan de atención de la salud. Para conocer más, acceda a la herramienta Find Care (Buscar atención) en [BlueKC.com](https://www.bluekc.com) para encontrar la información más actualizada y precisa cada vez que necesite información básica sobre un médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud dentro de la red.



Contáctenos

Ya sea que esté buscando consejos saludables o tenga una pregunta, nuestras comunidades en las redes sociales le ofrecen una forma rápida y sencilla de conectarse, obtener información o simplemente saludar al proveedor de seguros de salud de su ciudad.



Blue KC está aquí para ayudarle

¿Necesita ayuda? No se preocupe, solo estamos a una llamada telefónica de distancia. Si tiene alguna pregunta, comentarios o inquietudes, llame al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro. Además, en [MyBlueKC.com](https://www.mybluekc.com) podrá encontrar muchas herramientas y recursos disponibles para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Directorio de proveedores

Como miembro de Blue KC, usted forma parte de la red de proveedores más grande en el área de Kansas City, con amplio acceso a profesionales médicos que satisfacen sus necesidades de atención de la salud específicas. La herramienta Find Care (Buscar atención) en [BlueKC.com](https://www.bluekc.com) puede ayudarle a encontrar la información más actualizada y precisa sobre un médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud de la red.

Para ver la información más precisa relacionada con su red de Blue KC, inicie sesión como miembro en [MyBlueKC.com](https://www.mybluekc.com). Al hacerlo, los resultados de la herramienta Find Care (Buscar atención) se ajustarán a su red de Blue KC específica.

Tenga en cuenta que deberá consultar los documentos de su Certificado o Contrato para conocer los términos relacionados con su plan de seguro de salud específico. Los términos que se encuentran en esos documentos son legalmente vinculantes y reemplazan las definiciones y los ejemplos que se encuentran en el glosario.

Para obtener detalles sobre su cobertura, consulte su Certificado de Blue KC, que describe los beneficios, las exclusiones, las responsabilidades, los derechos y otra información importante relacionada con su plan de seguro de salud. Para ver su Contrato/Certificado actual de Blue KC o para imprimir una copia de su Resumen de Beneficios y Cobertura, visite [MyBlueKC.com](https://www.mybluekc.com) y haga clic en Plan Benefits (Beneficios del plan).

Para conocer los costos y detalles adicionales de la cobertura, incluidas las exclusiones, las reducciones o limitaciones, y los términos según los cuales la póliza puede continuar vigente, consulte a su productor de seguros o escriba a Blue KC.

©2024 Blue Cross and Blue Shield of Kansas City es un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

SM1323