



# DECODIFICAR FACTURAS MÉDICAS

## Términos que necesita saber

Copago, coseguro, prima, deducible, desembolso máximo. Es útil saber qué significan estos y otros términos mientras se asegura de que su factura médica sea correcta.

### Explicación de Beneficios (EOB)

Una declaración que les indica a usted y a su proveedor cómo se pagarán los cargos generados por la atención médica que haya recibido. Lo "permitido" es lo máximo que se le pagará al proveedor por cualquier servicio determinado. En teoría, esa cantidad se negocia entre el pagador y el proveedor. Los grandes grupos de proveedores y organizaciones hospitalarias tienen mayor capacidad para negociar términos que los grupos pequeños o las prácticas individuales. Del monto permitido, la EOB muestra lo que usted debe. En algunos casos, usted será responsable del monto total permitido, especialmente si aún no ha alcanzado su deducible. En otras situaciones, es posible que solo deba pagar un copago o un coseguro. La EOB también mostrará cuánto de lo que debe se aplica a su deducible y a su desembolso máximo.

### Términos específicos de la EOB

- **Fecha SERV** = Fecha en que se realizaron los servicios
- **TPV** = Lugar de servicio
- **PROC** = Los códigos/descripción de los servicios realizados
- **GRC/RC-AMT** = Grupo/Código de motivo y monto: explicaciones de por qué los servicios se pagan, no se pagan o se "dan de baja"

### Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)

Un resumen de los costos de un plan de salud (sin incluir las primas), los beneficios, los servicios de atención médica cubiertos y otros detalles importantes sobre el plan.

### Códigos CPT

Estos códigos le dicen a la compañía de seguros qué servicios recibió. Si la EOB no explica en un lenguaje sencillo qué representa el código CPT, puede hacer una búsqueda en Internet para ver qué significan.

### Certificado de seguro/Evidencia de cobertura

Para obtener información más completa sobre los beneficios de su plan, querrá revisar, o al menos tener una copia, el documento Certificado de seguro o Evidencia de cobertura (EOC), que contiene muchos más detalles. Si la información del SBC y la EOC no coinciden, lo que cuenta es la información de la EOC.





## **Deducible**

El monto anual que su compañía de seguros le exige que pague por los servicios médicos antes de comenzar a pagar la atención que recibe. Excepto por ciertos servicios preventivos y aquellos por los cuales hay un copago, las compañías comerciales generalmente no pagarán ningún servicio de atención médica hasta que usted haya alcanzado su deducible. Una vez que se haya alcanzado el deducible, lo más probable es que aún deba pagar algo por los servicios de atención médica que recibe hasta que haya alcanzado su desembolso máximo.

## **Coseguro**

Un porcentaje del costo permitido de su atención médica que usted debe pagar. Por ejemplo, con un plan 80/20, si el cargo por servicios médicos fue de \$100 y ya habías cumplido con tu deducible, del cargo de \$100 pagarías el 20%, o \$20, y tu seguro pagaría el 80% restante, o \$80.

## **Cantidad permitida**

La cantidad negociada que un plan de atención médica ha acordado que se les pagará a los proveedores por un servicio de atención médica cubierto. También puede denominarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tasa negociada”.

## **Desembolso máximo (individual y familiar)**

Lo máximo que se le puede exigir que pague por los costos médicos cubiertos dentro de un año de beneficios del plan determinado, sin incluir su prima mensual. Por lo general, esto consiste en el monto que usted paga por deducibles, copagos y coseguros.

## **En red**

Se refiere al uso de un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de seguro médico para brindar servicios de atención médica a los miembros de su plan antes de la tarifas negociadas.

## **Fuera de la red**

Se refiere a un proveedor de atención médica que no tiene un contrato negociado con su plan de seguro médico. Si utiliza un proveedor fuera de la red, los servicios de atención médica podrían costar más.

## **Ajuste de cancelación**

La cancelación, o ajuste contractual, es la diferencia entre el monto que cobra un proveedor por un servicio determinado y el monto permitido para ese servicio. Si un proveedor contrata a una compañía de seguros o al gobierno (como Medicare o Medicaid) para aceptar pacientes bajo el plan de ese pagador, el proveedor no puede cobrar más del pagador y del paciente combinados que la cantidad permitida.





## Comida para el pensamiento

- A diferencia de su factura médica, que muestra los cargos por el monto que debe, su explicación de beneficios (EOB) no requiere que usted haga ni pague nada. Entonces, según este video, ¿por qué necesita consultar su EOB?
- Parte de poder asegurarse de que sus facturas y explicaciones de beneficios (EOB) coincidan es mantenerse organizado. En caso de que los necesite, guarde sus EOB y facturas en carpetas de archivos (ya sea en la vida real o en su computadora) ordenadas por año.

Vea nuestros materiales educativos:

**[ASCLEPIUSINITIATIVE.ORG/TOOLKIT](https://asclepiusinitiative.org/toolkit)**



Suscríbete a nuestro boletín:

**[ASCLEPIUSINITIATIVE.ORG/NEWSLETTER](https://asclepiusinitiative.org/newsletter)**

