



Entendemos que los cuidados de salud y los términos de seguro de cuidados de salud pueden ser difíciles para cualquiera. Sin los conocimientos básicos, es difícil entender cómo funcionan las cosas.

Con este folleto, esperamos darles a nuestros pacientes más confianza cuando lean información provista por compañías de seguro de cuidados de salud y en declaraciones.

A continuación, algunos términos claves para ayudarle a navegar el mundo de cuidados de salud.

Misión

Comunidad unida
Personas empoderadas
Salud excepcional

Visión

Proveer el mejor cuidado centrado en el paciente en el noroeste del Pacífico

Valores

Servicio y relaciones

MASON GENERAL DE HOSPITAL

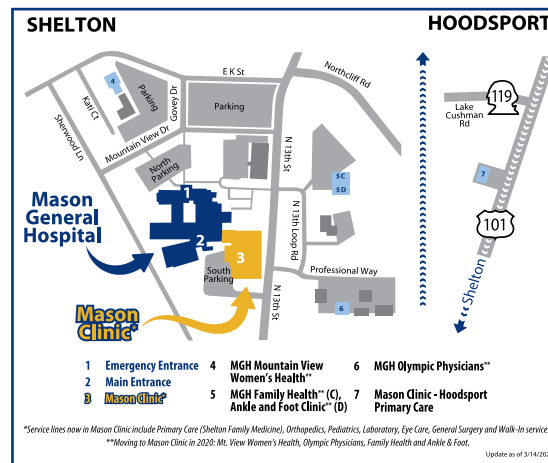
901 Mountain View Drive/PO Box 1668
Shelton, WA 98584-5001
Shelton (360) 426-1611
Desde Allyn (360) 275-8614
Libre de cargos (855) 880-3201
TTY/TDD (360) 427-9593

CLÍNICA DE MASON

1701 N. 13th Street/PO Box 1668
Shelton, WA 98584-5001
(360) 426-2653
Libre de cargos (800) 824-8885

CLÍNICA DE MASON - CUIDADOS PRIMARIOS DE HOODSPORT

4261 N US Highway 101/PO Box 279
Hoodsport, WA 98548
(360) 432-7781



HORARIO

HOSPITAL GENERAL DE MASON:

Visitas: 8AM - 8:30PM

Horario de silencio del centro de partos: 13:00 – 15:00 diariamente (sin visitantes por favor)

CLÍNICA DE MASON:

Lunes - jueves: 7:30 a 19:00;
viernes: 7:30 a 17:00;
sábado: 8:00 a 15:00

Follow us on social media



www.masongeneral.com



Términos comunes de seguros de salud



Lectura de su EOB (Explicación de beneficios) y otra información



Access your medical records online
FROM ANYWHERE, 24/7
with ease and convenience.

MyMasonHealth.org

www.MasonGeneral.com • 901 Mountain View Drive, Shelton, WA 98584 • (360) 426-1611, from Allyn (360) 275-8614, Toll free (855) 880-3201, TTY/TDD (360) 427-9593.
Equal Opportunity Provider - Free Translation Services Provided/Se habla español - Mason Health does not discriminate on the basis of patient's age, race, ethnicity, national origin, gender identity or expression, sexual orientation, religion, culture, physical or mental disability, financial status or condition (including the terminally ill or dying), limited English, visual, hearing or learning impaired.

07/2020

Terminología común de seguros de cuidados de salud

OTROS CARGOS O MONTO PERMITIDO:

Es el monto máximo que un plan pagará por un procedimiento, servicio médico específico cubierto o suministro.

MONTO FACTURADO:

Es el monto de dinero que un proveedor o suplidor cobra por un servicio médico específico o suministro. Frecuentemente, este monto es más alto que el monto aprobado por su plan de salud y pago de Medicare porque las compañías de seguro y el Medicare negocian tarifas más bajas para los miembros.

COASEGURO:

Es un porcentaje del monto permitido que se le podría requerir que pague como su contribución para el costo de los servicios. Por ejemplo, su seguro paga el 80% y usted paga el 20%.

CO-PAGO:

Es un monto de dinero acordado o fijo en dólares que se le requiere que pague al momento de recibir un servicio médico específico.

AJUSTE CONTRACTUAL:

Es el monto de los cargos que un proveedor u hospital acuerda descontar según los términos del contrato con la compañía de seguro.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB):

Es cuando un paciente está cubierto por más de un plan de seguro. Uno de los proveedores de seguro es designado como el proveedor primario y el otro como secundario.

DEDUCIBLE:

Es el monto que usted debe pagar anualmente antes de que los beneficios sean pagados por la compañía de seguro. Si la póliza de seguro indica un deducible de \$250, la compañía de seguro pagará según lo acordado después que usted pagará los primeros \$250.00 de gastos calificados.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) O EXPLICACIÓN DE PAGO (EOP):

Es la declaración que usted recibe de la compañía de seguro que muestra los servicios, los montos pagados por el plan y el total por el cual se le está cobrando. Su compañía de seguro debe proveerle esto. Los EOP de Medicare se envían por correo trimestralmente o están disponibles en línea.

ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE SALUD (HMO):

En la mayoría de los HMO, usted solo puede visitar doctores, especialistas, u hospitales que estén en la lista del plan, excepto en una emergencia. Con un HMO, usted selecciona un médico de cabecera (PCP) que esté en la red del plan.

MEDICARE PARTE A:

Cubre las estadías de hospitalización, cuidados en un centro de cuidados especializados, cuidados de hospicios y algunos cuidados de salud en el hogar.

MEDICARE PARTE B:

Cubre ciertos servicios de doctores, cuidados ambulatorios, incluyendo sala de emergencias, suministros médicos, y servicios preventivos.

MEDICARE PARTE C (PLAN DE VENTAJA MEDICARE):

Es un tipo de plan de salud Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de Parte A y B. Si está inscrito en un plan de ventaja Medicare, los servicios están cubiertos a través del plan y no son pagados bajo el Medicare original. La mayoría de los planes de ventaja Medicare ofrecen cobertura para medicamentos recetados.

MEDICARE PARTE D (COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS):

Esto es una cobertura opcional ofrecida por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

CARGO NO CUBIERTO/EXCLUSIONES:

Son las condiciones bajo las cuales la compañía de seguro no pagará; por ejemplo, los procedimientos cosméticos son regularmente exclusiones. Estos se convierten en responsabilidad del paciente.

PROVEEDOR NO PREFERIDO:

Es un proveedor que tiene contrato con su plan de salud para proveerle servicios. Usted pagará más para verse con un proveedor no preferido. Confirme con su póliza para ver si algún proveedor está bajo contrato con su plan de salud.

COSTO DE BOLSILLO:

Es el total que usted paga de su bolsillo por un año de póliza. Estos costos incluyen el deducible y el coaseguro.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

Es el monto que el paciente tiene la responsabilidad de pagar que no está cubierto por el plan de seguro.

PROVEEDOR PREFERIDO:

Es un proveedor que tiene contrato con su plan de salud para proveerle servicios con un descuento.

PRIMA:

Es el monto asegurado o que paga el empleador (regularmente mensual) a la compañía de seguro por la póliza de seguro.

SERVICIOS PREVENTIVOS:

Son los servicios cubiertos que previenen o detectan enfermedades y cumplen con una de las siguientes: Protegen contra enfermedades y discapacidades o detectan enfermedades en etapas tempranas antes de que se desarrollen síntomas visibles.

CÓDIGO DE SERVICIO/DESCRIPCIÓN:

Son códigos de la industria de cuidados de salud utilizados para cobrarle los servicios a compañías de seguro. Cada código tiene al lado una corta descripción del servicio - por ejemplo, "consultas"; "estudios de laboratorios"; o "cirugías".

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA:

Es un resumen en lenguaje llano sobre sus beneficios y cobertura. En cumplimiento con ACA, cada aseguradora debe proveer este documento y un glosario organizado de los términos comunes de salud a los miembros y posibles miembros durante la temporada de inscripción abierta o a solicitud.

Por favor comuníquese con su compañía de seguro directamente para cualquier pregunta específica sobre los beneficios de su plan.