

## GLOSARIO Y TERMINOLOGÍA DE CLARITI

<b>Acreditación</b>	Un proceso evaluativo en la cual una organización de la asistencia médica se somete a un examen de sus procedimientos operativos para determinar si cumplen con los criterios designados y para asegurar que la organización cumpla con un nivel de calidad especificado.
<b>Precio Actual</b>	La cantidad que un médico u otro practicante cobra por un servicio médico particular o procedimiento. El precio actual puede diferir a los gastos permitidos.
<b>Adjudicación</b>	El proceso que utilizan los planes de salud para determinar el pago a un proveedor para una reclamación de servicios.
<b>Contrato de servicios administrativos (CSA)</b>	El contrato entre un empleador y un administrador tercero; también conocido como CSA.
<b>Instituto de Estándares Nacional Americano (ISNA)</b>	Una organización nacional fundada para desarrollar estándares voluntarios comerciales en los Estados Unidos
<b>Autorización</b>	El sistema de un plan de salud de dar aprobación anticipada para que un paciente reciba servicios para asegurar de que los servicios satisfacen los requisitos del plan para cobertura.
<b>Agrupando</b>	Incluyendo múltiples servicios de cobertura en un solo cargo, en vez de artículos individuales. Normalmente, esto se acuerda por adelantado entre el pagador y las organizaciones proveedoras.
<b>Beneficio</b>	Cantidad pagable por la compañía de seguro a un paciente o proveedor cuándo una reclamación es sometida. Los beneficios son áreas específicas de plan de cobertura, es decir, visitas de pacientes externos, hospitalización, etc., eso compone la variedad de servicios médicos que un pagador comercializa a sus suscriptores.
<b>Responsabilidad del Beneficiario</b>	La cantidad que los beneficiarios deben pagar a los proveedores por cobertura de servicios. Las responsabilidades incluyen copagos, coaseguro, deducibles y saldos de facturación.
<b>CAHPS</b>	Evaluación del consumidor sobre proveedores de la asistencia médica y sistemas (CAHPS) encuestas preguntan a los consumidores y los pacientes que informen y evalúan sobre sus experiencias médicas. Las encuestas cubren temas importantes para los consumidores y se concentran en aquellos aspectos de calidad que los consumidores están mejor calificados para evaluar.

<b>Excluir Servicios carve-out services</b>	Servicios de salud especializados que una organización del cuidado administrado obtiene para los miembros al contratar a una empresa que se especialize en ese servicio. También vea los vendedores excluidos. Carve-out se refiere a un acuerdo en el que algunos de los beneficios (por ejemplo, salud mental) se eliminan de la cobertura proporcionada por un plan de seguro, pero se proporcionan a través de un contrato con un grupo separado de proveedores.
<b>Reclamo</b>	Una declaración detallada de los servicios médicos y sus costos proporcionados a un paciente por un hospital, consultorio médico u otro centro de servicio. Las reclamaciones son enviadas a la aseguradora o al plan de cuidado administrado por parte del miembro del plan o del proveedor para el pago de los costos incurridos.
<b>Coordinación de Beneficios (COB)</b>	Un sistema de verificación que las aseguradoras de salud usan para asegurarse que una reclamación no se pague doble cuando el paciente tiene más de un tipo de cobertura.
<b>Co-Seguro</b>	Coseguro se refiere al dinero que un individuo está obligado a pagar por los servicios, después de que se haya pagado el deducible. En algunos planes de salud, Coseguro es llamado "copago". Coseguro muchas veces es especificado por porcentaje. Por ejemplo, el empleado paga 20 por ciento hacia los cargos por el servicio y el empleador o compañía de seguros paga el 80 por ciento.
<b>Copago</b>	El copago es una tarifa predeterminada (plana) que un individuo paga por los servicios de salud, en adición a lo que el seguro cubre. Por ejemplo, algunas HMOs requieren un "copago" de \$ 10 por cada visita a la oficina, independientemente del tipo o nivel de servicios proporcionados durante la visita. Los copagos no suelen especificarse en porcentajes.
<b>Deducible</b>	La cantidad que una persona debe pagar por gastos médicos antes de que el seguro (o una compañía de seguro propio) cubra los costos de los servicios cubiertos. Frecuentemente, los planes de seguros se basan en la cantidad del deducible anual.
<b>Elegibilidad</b>	La conexión electrónica con un pagador, generalmente a través de un centro de intercambio, para confirmar la cobertura de seguro de un miembro y los gastos de su bolsillo.
<b>Exclusiones</b>	Servicios médicos que no están cubiertos por la póliza de seguro de un individuo. También conocido como artículos no cubiertos o no permitidos.
<b>Encuesta de experiencia</b>	Una encuesta de experiencia es un conjunto de preguntas diseñadas para medir la satisfacción general de los pacientes y familia que en común han compartido una experiencia de un proveedor. Los resultados de la encuesta se pueden utilizar para conducir un programa de mejora y comparar resultados con proveedores similares. CMS y otros organismos pueden requerir a los proveedores que realicen encuestas de experiencia, como la encuesta de CAHPS.
<b>Explicación de beneficios (EOB)</b>	Un resumen enviado a los miembros para explicar los pagos efectuados por la compañía de seguros en nombre del miembro.
<b>Programa de tarifas</b>	La lista de tarifas estándar para todos los procedimientos y servicios, también conocido como el maestro de cargo. En Clariti, cada artículo en el plan de tarifas debe ser clasificado como un honorario de instalación, honorario profesional, implante, paquete, anestesia u otro.

<b>Retención</b>	La capacidad de poner una estimación de un paciente en espera pendiente a una investigación adicional o recolección de información. Una retención se puede liberar automáticamente.
<b>Implante</b>	Un dispositivo implantable desplegado durante la cirugía e implantado dentro de un paciente.
<b>Detener Pérdida Individual Dentro de la red</b>	Un tipo de seguro que proporciona beneficios para las reclamaciones de un individuo que excede una cantidad indicada en un período determinado. Proveedores o centros médicos que forman parte de la red de proveedores de un plan de salud con los que ha negociado un descuento. Los individuos asegurados generalmente pagan menos cuando usan un proveedor dentro de la red, porque esas redes proporcionan servicios a menor costo a las compañías de seguros con las que tienen contratos.
<b>Asegurado</b>	Una persona, incluyendo dependientes, cubiertos por un contrato de seguro; también conocido como una persona cubierta o miembro.
<b>Máximo de por vida</b>	El monto máximo en dólares establecido por una organización del cuidado administrativo que el plan debe pagar por los servicios de cobertura de atención médica proporcionados a un suscriptor en la vida del suscriptor.
<b>Miembro</b>	Un individuo elegible que está inscrito en un plan de seguro. Un miembro puede ser un suscriptor o un dependiente del suscriptor.
<b>Identificador De Proveedor Nacional (NPI)</b>	El identificador único de salud estándar que los proveedores de servicios médicos tendrán que usar en la presentación y el procesamiento de reclamos electrónicos de salud y otras transacciones a partir del 23 de mayo de 2007 según lo requiera la HIPAA.
<b>Proveedor de red</b>	Un proveedor médico que tiene contratado con un plan de salud para prestar servicios a sus miembros.
<b>Nunca envíe</b>	La capacidad de prevenir que un paciente específico reciba alguna vez una estimación.
<b>Proveedor no-participante</b>	Un proveedor médico que no ha contratado un plan de salud en particular para proporcionar servicios a sus miembros.
<b>Desembolso Maximo</b>	Un desembolso máximo es lo más que tendrás que pagar durante un período de póliza (normalmente un año) para los servicios de asistencia médica. . Una vez que haya alcanzado el desembolso máximo, su plan comienza a pagar el 100 por ciento de de la cantidad permitida por los servicios cubiertos.
<b>Proveedor Participante</b>	Un médico individual, hospital, o un proveedor profesional de atención medica que tiene un contrato con un plan de salud para proporcionar servicios a sus miembros.
<b>Resultado reportado por el paciente</b>	Un PRO es una medida basada en un informe que viene del paciente sobre el estado de condición de salud de un paciente en la voz del paciente. Un PRO puede medirse por autoinforme o por entrevista, siempre y cuando el entrevistador no interprete o modifique las respuestas del paciente. Los síntomas u otros conceptos no observables conocidos sólo por el paciente (por ejemplo, la gravedad del dolor o la

movilidad) sólo puede medirse por las medidas PRO. PRO también puede evaluar la perspectiva del paciente sobre el funcionamiento o las actividades que también pueden ser observables por otros.

**Pagar-por-Programas de Rendimiento**

Programas que pagan a los proveedores un incentivo para ofrecer una calidad de atención a nuestros miembros.

**Contrato de pago**

Un contrato que un proveedor firma con un asegurador de atención médica para convertirse en un proveedor participante. También conocido como el acuerdo.

**Subsidio de plan**

El monto máximo en dólares que un contrato permite por servicios de cobertura, independientemente del cargo real del proveedor. También se conoce como cantidad permitida o cargo permitido.

**Pre-autorización**

Aprobación necesaria para procedimientos designados o admisiones al hospital. Cuando se recibe atención en la red, el PCP o especialista suele ser responsable de obtener la preautorización. Para los servicios fuera de la red, el miembro es responsable de obtener la preautorización. También se conoce como pre-certificación.

**Pre-certificación**

Ver preautorización.

**Cuenta autoasegurada**

Un empleador que diseña y financia su propio plan de salud para sus empleados, generalmente basado en una red local del cuidado administrativo y sistema de reclamaciones. El empleador asume el riesgo financiero y sólo paga los honorarios administrativos de la organización del cuidado administrativo para procesar reclamaciones y manejar el servicio. También conocido como autofinanciado.

**Usual, Habitual y Razonable (UCR)**

La tarifa promedio cobrada por un determinado tipo de médico dentro de un área geográfica. El término se utiliza a menudo por los planes médicos como la cantidad de dinero que se aprobará para una prueba específica o procedimiento. Si los cargos son más altos que la cantidad aprobada, el individuo que recibe el servicio es responsable de pagar la diferencia. A veces, sin embargo, si un individuo pregunta a su médico sobre los cargos, el proveedor reducirá el cargo a la cantidad que la compañía de seguros ha definido como razonable y habitual.

**X12 270/271**

Una investigación (270) a la compañía de seguros de salud del paciente para obtener información sobre la cobertura actual y para ver si un paciente tiene cobertura de seguro de salud válida. (271) es la respuesta o la devolución de un archivo del portador o reclamaciones médicas de intercambio de información para la investigación.

**X12 276/277**

Una investigación para obtener información sobre un 837 sometido a un pagador para obtener el estado de una reclamación en particular. (277) es la respuesta o devolver datos de archivo a la consulta.

**X12 835/837**

Un 837 es una reclamación presentada a una compañía de seguros para el pago de una visita de un paciente. (835) es la explicación de los beneficios y la cantidad de pago pagada a una instalación o médico en respuesta a una reclamación.