

## **Glosario**

### **AFILIADA**

Una embarazada elegible para el MCAP y afiliada en el programa.

### **APELACIÓN**

Es la petición de reconsideración de una decisión de MCAP.

### **ARBITRAJE OBLIGATORIO**

El arbitraje obligatorio es un acuerdo entre algunos planes de seguro y los afiliados para que las disputas acerca de la atención médica sean revisadas por una persona neutral. Si usted elige un plan de seguros con arbitraje obligatorio, estará renunciando a su derecho de resolver por medio de juicio por jurado o juez cualquier disputa que pudiera tener con el plan de seguro. La persona neutral toma una decisión después de revisar y escuchar todos los hechos de ambas partes. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

### **BEBÉ**

El hijo de una afiliada nacido mientras esté afiliada al programa.

### **BENEFICIOS**

Los servicios médicos que la embarazada recibe de MCAP.

### **CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN**

La cancelación de inscripción es el final de la inscripción en MCAP.

### **COBERTURA**

La cobertura son los servicios proporcionados por el MCAP para el pago de beneficios a través de un plan de seguro médico que participe en el MCAP.

### **CONTRIBUCIÓN DE LA AFILIADA**

La cantidad pagada por la embarazada por los servicios de atención médica proporcionados por MCAP.

### **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)**

Coordinación de beneficios (COB) significa que si usted está cubierta por otro plan de seguro médico, ese plan pagará primero y el plan de seguro médico de MCAP pagará segundo por

cualquier servicio que usted reciba bajo el MCAP. El total de los dos pagos no puede ser más que la cantidad total permitida por plan de seguro médico de MCAP. Consulte más detalles sobre COB en el folleto de Prueba de cobertura de Health Net de su plan de MCAP.

## **ELEGIBLE**

Una embarazada que reúne todos los requisitos para tener derecho a la cobertura de MCAP.

## **EXCLUSIÓN**

Un servicio o padecimiento médico no cubierto por un plan de seguros bajo el MCAP.

## **FECHA DE COMIENZO DE LA COBERTURA**

La fecha en que comienza la cobertura de atención médica.

## **FECHA DE SOLICITUD**

La fecha en que una solicitud completa y elegible se envía a MCAP, indicada por la fecha del sello del servicio postal en el sobre de la solicitud o la documentación de otro servicio de entrega.

## **FUERA DE LA RED**

Un servicio proporcionado por un médico, dentista u otro proveedor que no tiene contrato con su plan de seguros.

## **INSCRIPCIÓN**

Aceptar a una solicitante como afiliada al avisar al plan de seguro médico para que comience la cobertura.

## **MEDI-CAL ACCESS INFANT PROGRAM**

Este programa proporciona cobertura de atención médica y de la vista para su bebé a través de planes de seguro médico de Medi-Cal y la cobertura dental a través del programa dental de Medi-Cal. Su hijo recibirá los mismos beneficios cubiertos que un niño inscrito en Medi-Cal.

## **MEDI-CAL CON COSTO COMPARTIDO**

Un programa Medi-Cal estatal que requiere que la afiliada pague cierta cantidad de los gastos médicos cada mes antes de cubrir beneficios. El costo compartido está basado en los ingresos mensuales.

## **MEDI-CAL COMPLETO SIN COSTO**

El programa Medi-Cal del estado que paga todos los servicios sin requerir pagos ni copagos por parte de la afiliada.

## **MÉDICO PERSONAL**

El médico, elegido por la embarazada, que estará a cargo de su atención médica y quien la preautorizará para ver a los especialistas si es necesario.

## **ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO)**

Un sistema organizado que ofrece un conjunto de servicios de atención médica a los afiliados del plan en un área geográfica.

## **ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO)**

Un plan de seguro médico en el cual los afiliados deben obtener atención de una lista de proveedores contratados. Una EPO no requiere que usted elija un médico personal. Las afiliadas también pueden autopreautorizarse para ver un especialista en la red de contratos de la EPO.

## **PAUTAS DE INGRESOS FEDERALES (FIG)**

Las pautas de ingresos federales son las cantidades de dinero que el gobierno federal dice que una familia necesita para satisfacer sus necesidades básicas. Las pautas cambian todos los años el 1° de abril.

## **PRIMER TRIMESTRE**

Primer trimestre significa las primeras 13 semanas de un embarazo, incluyendo las primeras dos semanas antes de la concepción, según documentos de un profesional de atención médica con licencia.

## **QUE VIVE EN LA CASA**

Una persona que usa la casa como su lugar principal de residencia.

## **RESIDENTE**

Una persona que vive en California con la intención de quedarse, excepto cuando esté ausente con fines temporales.

## **SEGURO PATROCINADO POR EL EMPLEADOR**

Un beneficio ofrecido por el empleador, a bajo costo o sin costo para sus empleados, que incluye la cobertura de un plan de seguro médico.

## **SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Los Servicios de planificación son de orientación, procedimientos quirúrgicos para esterilización, como lo permitan las leyes federales y estatales. Esto incluye cobertura para diafragmas y otros dispositivos aprobados de acuerdo con el beneficio de medicamentos de receta y terminación voluntaria del embarazo.

### **SOLICITANTE**

Una embarazada de 18 edad o mayor que solicite para sí misma o el tutor o padre natural, padre de crianza o padrastro con quien viva la menor, que solicite la cobertura bajo el programa a nombre de una menor. "Solicitante" también es una embarazada que solicite la cobertura para sí misma, menor de 18 años de edad o menor emancipada o una menor que no vive en la casa de su padre natural o adoptivo, tutor, padre de crianza o padrastro.