

GLOSARIO DE LA IAF DE TÉRMINOS DE SEGURO MÉDICO Y ATENCIÓN MÉDICA

En este glosario se definen los términos de seguro médico y atención médica de uso frecuente. Este glosario tiene fines educativos y sus términos pueden diferir de los términos utilizados en su plan/póliza de seguro.

Servicio ambulatorio

Servicio de salud prestado a miembros que no están en una institución de atención médica.

Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA)

Ley de reforma integral de la atención médica promulgada en marzo de 2010 (a veces conocida como ACA, PPACA u "Obamacare").

Año de beneficios

Año de cobertura de beneficios según un plan de seguro médico individual. El año de beneficios para los planes comprados dentro o fuera del Mercado comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre del mismo año. Los cambios en los beneficios o en las tarifas de un plan de seguro médico se hacen al comienzo del año calendario.

Beneficio

Artículo o servicio de atención médica cubierto por un plan de seguro médico. Los beneficios cubiertos y los servicios excluidos se definen en los documentos de cobertura del plan de seguro médico. En Medicaid o CHIP, los beneficios cubiertos y los servicios excluidos se definen en las normas del programa estatal.

Producto biológico

Medicamento formado por una célula viva completa, una parte de una célula (como

una enzima) o el producto de una célula (como un anticuerpo). Debe cultivarse o producirse con células vivas, ya sean humanas, animales o vegetales. Los productos biológicos suelen ser más grandes y complejos que los medicamentos químicos tradicionales.

Coseguro

Porcentaje que usted debe pagar cada período de beneficios después de haber pagado el deducible.

Copago

Cantidad que usted le paga a un proveedor de atención médica cuando recibe un servicio. No todos los planes tienen copago.

Programa acumulador de copagos

Programa de seguro médico que evita que los pacientes usen un cupón o una tarjeta de copago para cubrir sus gastos de bolsillo. Cuando un paciente usa un cupón o una tarjeta de copago, el plan médico recibe el

pago de la tarjeta o del cupón, pero la cantidad de respaldo del cupón o de la tarjeta no se contabiliza para los gastos de bolsillo del paciente.

COBRA

Ley federal que puede permitirle mantener temporalmente la cobertura médica después de que su empleo termina, de que usted pierde la cobertura como dependiente de un empleado cubierto o de otro acontecimiento que califique. Si elige la cobertura de COBRA, usted paga el 100 % de las primas, incluyendo la parte que el empleador solía pagar, más una pequeña tarifa administrativa.

Coordinación de la atención

Organización de su tratamiento entre varios proveedores de atención médica. Las instituciones médicas residenciales y las organizaciones de atención responsable son dos formas frecuentes de coordinar la atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

Agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), y el Mercado facilitado por el gobierno federal.

Deducible

Cantidad que usted paga por sus servicios de atención médica antes de que pague su compañía de seguro médico. Los deducibles se basan en su período de beneficios (generalmente, un año a la vez).

Cuenta de gastos flexible (FSA)

Acuerdo que usted establece mediante su empleador para pagar muchos de sus gastos médicos de bolsillo con dólares libres de impuestos. Usted decide cuánto dinero antes de impuestos quiere sacar de su salario y ponerlo en una FSA. Los fondos de la FSA que no gaste antes de fin de año no

se acumulan.

Índice federal de pobreza (FPL)

Medida de ingresos publicada cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). El FPL se usa para determinar la elegibilidad para algunos programas y beneficios, incluyendo los ahorros en un seguro médico del Mercado y la cobertura de Medicaid y CHIP.

Formulario (lista de medicamentos)

Lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos o una compañía de seguro médico.

Medicamento genérico

Medicamento recetado que tiene la misma fórmula de ingrediente activo que un medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca. Estos medicamentos son tan eficaces y seguros como los de marca según lo establecido por la Administración

de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Organización que presta servicios de atención médica solo con proveedores específicos de HMO. Con un plan de HMO, usted podría tener que elegir un médico de atención primaria. El médico será su médico de cabecera y lo remitirá a otro especialista de HMO cuando sea necesario. Los servicios de proveedores fuera del plan de HMO casi nunca están cubiertos.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Cuenta que le permite ahorrar para gastos médicos futuros. El dinero depositado en la cuenta no está sujeto al impuesto federal sobre la renta cuando se deposita.

Los fondos pueden acumularse y usarse año tras año. No es necesario gastarlos en un solo año. Debe combinarse con

determinados planes de seguro médico con deducible alto (HDHP).

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

Ley de los Estados Unidos que estipula las disposiciones de seguridad y privacidad de datos para proteger la información médica. Fue promulgada por el presidente Bill Clinton en agosto de 1996.

Plan de fondo común de alto riesgo (del estado)

Similar al Plan de seguro para personas con condiciones preexistentes según la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio, para pacientes que han sido excluidos del mercado de seguros individuales por sus condiciones preexistentes. Los planes de fondo común de alto riesgo dan cobertura de seguro médico subsidiada por un gobierno estatal. En general, la prima de estos planes cuesta el doble que si el

paciente estuviera sano.

Servicio hospitalario

Servicio recibido cuando se ingresa a un hospital y se cobra un cargo por habitación y comida.

Coseguro dentro de la red

Porcentaje que usted paga de la cantidad permitida o del servicio de atención médica cubierto a los proveedores que tienen contrato con su seguro o plan médico. Por lo general, el coseguro dentro de la red le cuesta menos que el coseguro fuera de la red.

Infusión

Administración de un medicamento directamente en las venas (por vía intravenosa), usando la gravedad o una bomba para regular la velocidad de administración. Los médicos suelen recomendar un tratamiento de infusión

cuando la condición de un paciente no puede tratarse con la medicina tradicional.

Atención de largo plazo

Servicio que incluye atención médica y no médica prestada a personas que no pueden hacer las actividades básicas de la vida cotidiana, como vestirse o bañarse. El apoyo y los servicios de largo plazo se pueden prestar en la casa, en la comunidad, en centros de vida asistida o en residencias de atención de largo plazo. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no cubren la atención de largo plazo.

Medicaid

Programa de atención médica financiado por el gobierno federal que se administra a nivel estatal para ayudar a las familias o a las personas de bajos ingresos a pagar los gastos de atención médica y de cuidados básicos de largo plazo.

Suscripción médica

Proceso utilizado por las compañías de seguro para tratar de saber cuál es su estado de salud cuando solicita cobertura de seguro médico y determinar si le dan la cobertura, a qué precio y con qué exclusiones o limitaciones.

Medicare

Programa federal para personas mayores de 65 años que paga algunos gastos de atención médica.

Parte A de Medicare

Cobertura de hospitalización dada por el programa federal Medicare, que cubre estancias en hospitales, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados de hospicio y algunos tipos de atención médica a domicilio.

Parte B de Medicare

Seguro médico ofrecido por el programa

federal Medicare, que cubre determinados servicios de proveedores de atención médica, medicamentos administrados por médicos, atención hospitalaria ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos.

Parte C de Medicare (Medicare Advantage)

Plan que ofrece seguro médico y de hospitalización mediante un contratista privado de Medicare. Estos planes también pueden ofrecer un plan de medicamentos por separado, pero usted no puede comprar un plan de Medigap con la Parte C de Medicare.

Parte D de Medicare

Programa que ayuda a pagar los medicamentos recetados en el caso de las personas con Medicare que se inscriben en un plan que incluye la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Hay dos formas para tener la cobertura de

**medicamentos recetados de Medicare:
mediante un plan de medicamentos
recetados de Medicare o un plan Medicare
Advantage que incluye cobertura de
medicamentos.**

Medigap

**Seguro complementario de Medicare
ofrecido por compañías de seguro privadas
contratadas por Medigap. Los planes de
Medigap pueden ayudar a cubrir los costos
restantes de los servicios y suministros de
atención médica, como los copagos y el
coseguro.**

Red

**Centros, proveedores y prestadores que su
compañía o plan de seguro médico ha
contratado para prestar los servicios de
atención médica.**

Proveedor de la red

Proveedor de atención médica que forma

parte de la red de un plan médico.

Cambio no médico (NMS)

Estrategia que usan las compañías de seguro médico para controlar sus costos y maximizar las ganancias obligando a los pacientes estables a cambiar sus medicamentos eficaces actuales por medicamentos que pueden no ser tan eficaces, por motivos no relacionados con la salud.

Período de inscripción abierta

Período anual en el que las personas pueden inscribirse en un plan de seguro médico. La inscripción abierta generalmente comienza el 1 de noviembre y termina el 15 de diciembre, pero es importante preguntar cada año.

Servicio ambulatorio

Servicio para el que no se necesita pasar la noche en un hospital. Por lo general, estos servicios se prestan en el consultorio de un

médico, en un hospital o en una clínica.

Gasto de bolsillo

Gasto que usted debe pagar. Los gastos de bolsillo varían según el plan y cada plan tiene un máximo de gastos de bolsillo (MOOP).

Medicare Original

Medicare tradicional que incluye la Parte A y la Parte B de Medicare.

Investigación de resultados centrada en el paciente

Investigación que compara diferentes tratamientos e intervenciones médicas para aportar pruebas sobre qué estrategias son más eficaces en diferentes poblaciones y situaciones.

Administrador de beneficios de farmacia (PBM)

Entidad de terceros que administra los beneficios de farmacia de programas del gobierno y planes médicos patrocinados por empleadores. Los PBM desarrollan y mantienen formularios de medicamentos, hacen contratos con farmacias, y negocian reembolsos y contratos con los fabricantes.

Punto de servicio (POS)

Tipo de plan en el que paga menos si usa médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red del plan. Los planes de POS también exigen que obtenga una remisión de su médico de atención primaria para consultar a un especialista.

Organización de proveedor preferido (PPO)

Tipo de plan de seguro que da una cobertura más amplia para los servicios

prestados por los proveedores de atención médica que forman parte de la red del plan, pero que aún da cobertura para los servicios prestados por proveedores que no forman parte de la red del plan. Por lo general, los planes de PPO dan más flexibilidad que los planes de HMO, pero las primas tienden a ser más altas.

Prima

Pagos que usted hace a su proveedor de seguro para mantener su cobertura. Estos pagos tienen determinadas fechas de vencimiento.

Servicio de prevención

Atención médica habitual que incluye pruebas de detección, chequeos y consejería para el paciente para prevenir afecciones, enfermedades u otros problemas de salud.

Autorización previa

Requisito de aprobación previa por parte de las compañías de seguro médico para determinados servicios de atención médica. La aseguradora toma la decisión de si los servicios recetados son médicamente necesarios antes de que el paciente los reciba.

Proveedor de atención primaria

Médico, enfermero de práctica avanzada, enfermero clínico especialista o asociado médico, según lo permita la ley estatal, que presta distintos servicios de atención médica, los coordina o ayuda a un paciente a acceder a ellos.

Remisión

Orden por escrito de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba determinados servicios médicos. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), usted

debe obtener una remisión para poder recibir atención médica de otra persona que no sea su médico de atención primaria. Sin una remisión de su médico de atención primaria, es posible que el plan no cubra los servicios.

Mercado del Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas (SHOP)

Intercambio de seguros de salud que ayuda a los propietarios de pequeñas empresas a dar seguro médico y dental a sus empleados. Algunos empleadores más pequeños califican para créditos fiscales si compran un seguro médico mediante el Mercado del SHOP.

Período especial de inscripción (SEP)

Momento fuera del período de inscripción abierta anual en el que usted puede

inscribirse en un seguro médico. Usted puede calificar para un período especial de inscripción si ha tenido determinados acontecimientos de vida, como perder la cobertura, mudarse, casarse, tener un bebé o adoptar un hijo.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre cobertura médica local a personas con Medicare.

Tratamiento escalonado

También conocido como “tratamiento de prueba y fracaso”, es una herramienta de utilización de costos usada por los planes de seguro médico. Esta estrategia exige que los pacientes prueben y no respondan a una o más de las opciones de tratamiento “preferidas” de la aseguradora antes de buscar otro tratamiento.



*Una comunidad de defensa sin fines de lucro
que lucha para que todos los pacientes tengan tratamiento*

Cobertura subsidiada
**Cobertura médica disponible a precio
reducido o gratis para personas con
ingresos por debajo de determinados
niveles.**

Recursos: [healthcare.gov/glossary](https://www.healthcare.gov/glossary)

**Para obtener más material y recursos educativos,
visite [patientaccess.org](https://www.patientaccess.org).**