

Glosario de cobertura de salud y términos médicos

- Este glosario define muchos términos de uso común, aunque no se trata de una lista completa. Estos términos y definiciones tienen fines informativos y podrían ser distintos de los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro médico](#). Además, es posible que algunos de estos términos no tengan exactamente el mismo significado cuando se usan en su póliza o [plan](#); en cualquier caso, la póliza o [plan](#) rigen. (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para encontrar información sobre cómo obtener una copia de su póliza o documento del plan.)
- El texto [subrayado](#) indica un término definido en este glosario.
- Véase la página 6 para encontrar un ejemplo de cómo [los deducibles](#), [coseguro](#) y [máximo por gastos directos del bolsillo](#) se combinan en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Este es el pago máximo que el [plan](#) realizará por un servicio médico cubierto. Podría también denominarse "gasto calificado", "asignación de pagos" o "tarifa negociada".

Apelación

Solicitud de que el asegurador médico o [plan](#) revise una decisión de negar un beneficio o pago (ya sea en parte o en su totalidad).

Facturación del saldo

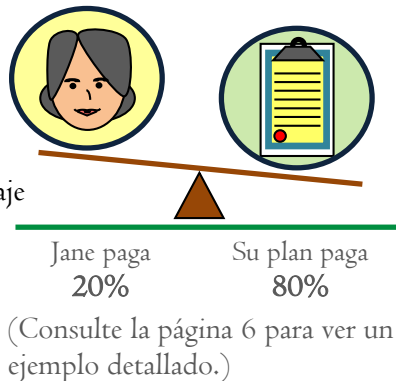
Cuando [el proveedor](#) le factura por el saldo restante en la factura que su [plan](#) no cubre. Este monto es la diferencia entre el monto facturado como tal y el [monto cubierto](#). Por ejemplo, si el proveedor cobra \$200, y el monto cubierto es \$110, el proveedor podrá facturarle por los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando acude a un [proveedor fuera de la red](#) ([proveedor no preferido](#)). Un [proveedor en la red](#) ([proveedor preferido](#)) no puede facturarle por los servicios cubiertos.

Reclamación

Solicitud de un beneficio (incluido el reembolso de un gasto médico) realizado por usted o su [proveedor](#) de atención médica a su aseguradora o [plan](#) médico por partidas o servicios que usted piensa que están cubiertos.

Coseguro

Su porción de los Costos de un servicio Médico cubierto, calculado como porcentaje (por ejemplo, 20%) del [monto cubierto](#) por ese servicio. Usted generalmente paga el



coseguro más [los deducibles](#) que adeude. (Por ejemplo, si el monto cubierto del [seguro de salud](#) o [plan](#) por una visita al consultorio médico es de \$100, y usted ya acabó de pagar su [deducible](#), el pago del coseguro que de 20% que le corresponde es de \$20. El seguro de salud o [plan](#) paga el resto del monto cubierto)

Complicaciones de embarazo

Condiciones debido al embarazo, nacimiento o parto que requieren atención médica para evitar daño grave a la salud de la madre o el feto. Las náuseas del embarazo y las cesáreas que no sean de emergencia no son por lo general complicaciones del embarazo.

Copago

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Costo compartido

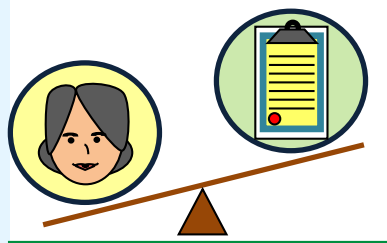
Su porción de los costos por servicios que un plan cubre y usted debe pagar de su bolsillo (a veces se denominan "desembolso del paciente"). Algunos ejemplos de costos compartidos incluyen copagos, deducibles y coseguros. Los costos familiares compartidos se refieren a la porción de los costos de deducibles y desembolsos del paciente que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, como primas, penalidades que pueda tener que pagar o el costo de servicios que no cubre el plan, no suelen considerarse costos compartidos.

Reducciones de costos compartidos

Descuentos que permiten reducir el monto que usted paga por algunos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que usted adquiere por medio del [Mercado de salud](#). Usted podría obtener un descuento si su ingreso está por debajo de un cierto nivel, y opta por un plan médico de nivel Plata o es miembro de una tribu reconocida federalmente, lo que incluye ser accionista en una corporación incorporada en virtud de la Ley de Acuerdo de Reivindicaciones Nativas de Alaska.

Deducible

Monto que podría adeudar durante un periodo de cobertura (suele ser de un año) por servicios médicos cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. Se aplica un deducible general a todos o casi todas las partidas y servicios cubiertos. Un [plan](#) con un deducible general podría también tener deducibles aparte aplicables a servicios específicos o grupos de servicios. El [plan](#) podría además tener deducibles separados únicamente. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya cumplido con ese deducible de \$1000 por servicios médicos cubiertos sujetos al deducible.)



Jane paga 100% Su plan paga 0%

(Consulte la página 6 para ver un ejemplo detallado.)

Prueba diagnóstica

Pruebas para determinar cuál es su problema de salud. Por ejemplo, una radiografía podría ser una prueba diagnóstica para ver si tiene un hueso roto.

Equipo médico duradero (DME en inglés)

Equipo y materiales solicitados por un [proveedor](#) de atención médica para uso diario y extendido. El DME podría incluir: equipo de oxigenación, sillas de ruedas y muletas.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluye dolor grave) o afección suficientemente grave para suponer un riesgo serio a la salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera la atención médica inmediata, podría esperarse razonablemente alguna de las siguientes: 1) su salud correría un peligro serio; 2) tendría problemas de salud serios con las funciones del organismo; 3) sufriría daño grave a una parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia por una [afección médica de emergencia](#). Los tipos de transporte de emergencia podrían incluir transporte aéreo, terrestre o marino. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o que pague menos por algunos tipos de transporte.

Servicios en la sala de emergencias/Servicios de emergencias

Servicios para examinar una [condición médica de emergencia](#) y darle tratamiento para evitar que una [condición médica de emergencia](#) empeore. Estos servicios podrían proporcionarse en una sala de emergencias licenciada de un hospital u otros lugares que brindan atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

Servicios Excluidos

Servicios médicos que su [plan](#) no paga ni cubre.

Formulario

Una lista de medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario podría incluir la cantidad que usted comparte del costo por cada medicamento. Su [plan](#) podría categorizar los medicamentos en distintos niveles o categorías de [costo](#). Por ejemplo, una lista de formulario podría incluir medicamentos genéricos y de marca con distintos [costos](#) compartidos por cada categoría.

Reclamo

Una queja que usted le comunica a su aseguradora o [plan](#).

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que le ayudan a la persona a conservar, adquirir o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Algunos ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla a la edad anticipada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, servicios de terapia del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos en el hospital o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que requiere que una aseguradora médica pague parte o la totalidad de los costos de atención médica a cambio de una [prima](#). El contrato de seguro médico también podría denominarse "póliza" o "[plan](#)".

Atención médica en el hogar

Servicios de atención médica y materiales que recibe en su casa según órdenes del médico. Los servicios podrían incluir enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) del cuidado de la salud con licencia. La atención de salud a domicilio no suele incluir ayuda con tareas que no sean de tipo médico, como cocinar, limpiar o manejar.

Servicios paliativos o para enfermos terminales

Servicios para proporcionar alivio y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente interno y suele requerir pernocta. Algunos [planes](#) podrían considerar una pernocta con fines de observación como atención ambulatoria en lugar de una hospitalización.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención médica en un hospital que no suele requerir pernocta.

Requisito de responsabilidad individual

A veces denominado "mandato individual", se refiere al deber que podría tener de estar inscrito en un seguro médico que brinde [cobertura esencial mínima](#). Si no tiene [cobertura esencial mínima](#), podría tener que pagar una penalidad cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una dispensa de cobertura médica.

Coseguro en la red

Su porción (por ejemplo, 20%) del [monto cubierto](#) por los servicios médicos cubiertos. Su porción suele ser menor por servicios cubiertos dentro de [la red](#).

Copago dentro de la red

Monto fijo (por ejemplo, de \$15) que usted paga por servicios médicos cubiertos a [proveedores](#) que tienen contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red suelen ser menores a [los copagos por servicios fuera de la red](#).

Mercado de seguro

Un mercado para [seguros médicos](#) donde las personas, familias y pequeñas empresas pueden obtener información sobre opciones de [planes](#); comparar planes de acuerdo al costo, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las [primas](#) y [los costos compartidos](#) basado en sus ingresos, y

elegir un plan e inscribirse. También conocidos como "intercambios". El Mercado es administrado por el estado en algunos estados y por el gobierno federal en otros. En algunos estados, el Mercado de Seguros Médicos también califica a los clientes para inscribirse en otros programas, como Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés). Disponible en línea, por teléfono o en persona.

Límite de gastos directos del bolsillo

Monto anual que el gobierno federal estipula como el máximo que se puede requerir a cada persona o familia que pague en [costos compartidos](#) durante el año del [plan](#) por servicios cubiertos dentro de [la red](#). Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) médicos y seguros. Este monto podría ser más alto que [el máximo directo del bolsillo](#) estipulado por su [plan](#).

Medicamento necesario

Servicios o materiales médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección u otros síntomas, incluidos servicios de rehabilitación, y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.

Cobertura esencial mínima

Cobertura médica que cumple con el [requisito de responsabilidad mínima](#). La cobertura esencial mínima suele incluir [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles en [el Mercado de Seguros Médicos](#) u otras pólizas del Mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otros tipos de cobertura.

Valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de costos permitidos que cubre el [plan](#). Si se le ofrece un [plan](#) con un empleador que paga al menos 60% del total de los costos de beneficios cubiertos, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y usted podría no calificar para [créditos fiscales para el pago de primas](#) y [reducciones de los costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [Mercado de Seguros Médicos](#).

Red

Instalaciones, [proveedores](#) y suplidores que su seguro médico o [plan](#) han contratado para prestar servicios de salud.

Proveedor dentro de la red (proveedor preferido)

Un [proveedor](#) que tiene contrato con su [aseguradora médica](#) o [plan](#) que ha acordado prestar servicios a miembros de un [plan](#). Usted pagará menos si acude a un

[proveedor](#) dentro de la [red](#). También se denomina "proveedor preferido" o "proveedor participante".

Ortesis y prótesis

Prótesis de brazos, piernas y ortesis cervical; piernas, brazos y ojos artificiales y prótesis de seno externas después de una mastectomía. Estos servicios incluyen: ajuste, reparación y remplazo requeridos debido a una ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la situación física del paciente.

Coseguro fuera de la red

Su porción (por ejemplo, 40%) del [monto cubierto](#) por los servicios de salud cubiertos a [proveedores](#) del cuidado de la salud que no tienen contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). El coseguro por servicios fuera de la red suele ser mayor al [coseguro dentro de la red](#).

Copago dentro de la red

Monto fijo (por ejemplo, de \$30) que usted paga por servicios médicos cubiertos a [proveedores](#) que tienen contrato con su [seguro de salud](#) o [plan](#). Los copagos por servicios fuera de la red suelen ser mayores al [coseguro dentro de la red](#).

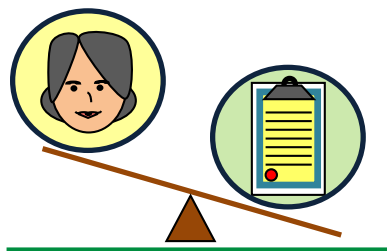
Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

[Proveedor](#) que no tiene contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red, por lo general usted pagará más para consultar a [un proveedor fuera de la red que por uno preferido](#). En su póliza se le explica cuáles podrían ser estos costos. También podría denominarse "no preferido" o "no participante" en lugar de "proveedor fuera de la red".

Límite de gastos directos del bolsillo

Lo más que usted podría pagar durante un periodo de cobertura (suele ser de un año) por su porción de los costos por servicios cubiertos. Después de que alcance este límite el [plan](#) usualmente pagará 100% del

[monto cubierto](#). Este límite le ayuda a planificar sus costos para el cuidado de la salud. Este límite nunca incluye su [prima](#), [cargos de saldo](#) facturado ni atención médica no cubierta por su [plan](#). Algunos [planes](#) no cuentan todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de



Jane paga 0% Su plan paga 100%
(Consulte la página 6 para ver un ejemplo detallado)

[coseguro](#), pagos por servicios fuera de la red u otros gastos para aplicarlos a este límite.

Servicios prestados por un médico

Servicios de salud que presta o coordina un médico licenciado, como una persona licenciada en medicina o medicina osteopática.

Plan

Cobertura de salud proporcionada a usted directamente (plan individual) o por medio de un empleador, sindicato u otro grupo patrocinador (plan grupal de empleador) que brinda cobertura por algunos costos para el cuidado de la salud. También se denomina "plan de seguro de salud", "póliza", "póliza de seguro de salud" o "[seguro médico](#)".

Preautorización

Decisión por parte de su aseguradora o [plan](#) de que un servicio médico, plan de tratamiento, [medicamento recetado](#) o [equipo médico duradero \(DME\)](#) es [necesario desde el punto de vista médico](#). A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su [seguro médico](#) o [plan](#) podrían requerir preautorización por algunos servicios antes de que los reciba, excepto en casos de emergencia. La preautorización no es una garantía de que su [seguro médico](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

El monto que debe pagar su [seguro médico](#) o [plan](#). Usted o su empleador suelen pagarlo de forma mensual, trimestral o anual.

Crédito fiscal para las primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos a fin de ayudarle a usted y a su familia a pagar el [seguro médico](#) privado. Usted puede obtener esta ayuda si obtiene [seguro médico](#) por medio del [Mercado de Seguros Médicos](#) y su ingreso está por debajo de un nivel en particular. Los pagos por adelantado del créditos fiscal pueden utilizarse de inmediato para reducir los costos de sus [primas](#) mensuales.

Cobertura para medicamentos recetados

Cobertura dentro de un [plan](#) que ayuda a pagar por los [medicamentos recetados](#). Si la lista de [formulario](#) del plan utiliza niveles, los medicamentos recetados se agrupan por tipo o costo. El monto que usted pagará por [costos compartidos](#) será diferencia por cada nivel de [medicamentos recetados](#) cubiertos.

Medicamentos recetados

Los medicamentos y fármacos que según las leyes requieren una prescripción.

Atención preventiva (servicio preventivo)

Atención médica de rutina, como [exámenes generales](#), chequeos físicos y orientación al paciente con el fin de evitar o diagnosticar enfermedades u otros problemas de salud.

Proveedor de atención primaria

Un médico, como una persona licenciada en medicina o medicina osteopática que le brinda o ocoordina una gama de servicios médicos.

Médico primario

Un médico, como una persona licenciada en medicina o medicina osteopática, enfermera especialista, especialista en enfermería clínica o asistente de médico, según esté permitido en las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o le ayuda a acceder a una gama de servicios médicos.

Proveedor

Persona o instalación que presta servicios médicos. Algunos ejemplos incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros de cirugía, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El [plan](#) podría requerir que el proveedor tenga licencia, esté certificado o esté acreditado, según lo dispongan las leyes estatales.

Cirugía reparadora

Cirugía y tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo debido a defectos congénitos, accidentes, lesiones o afecciones médicas.

Referido

Una orden escrita de su [proveedor de atención primaria](#) para que acuda a un [especialista](#) o reciba un tipo en particular de servicio médico. En muchas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), necesitará un referido antes de poder recibir servicios médicos de alguien que no sea su [médico primario](#). Si no recibe un referido primero, el [plan](#) podría no pagar por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios médicos que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana que hayan perdido o que se hayan visto afectados debido a que la persona enfermó, se lastimó o quedó discapacitada. Estos servicios podrían incluir terapia física y ocupacional, servicios de terapia del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos en el hospital/o ambulatorios.

Examen médico

Tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes cuyo fin es detectar la presencia de algo, por lo general realizados cuando no presenta síntomas o señales, ni tiene un historial médico de una enfermedad o afección.

Centro de enfermería especializada

Servicios realizados o supervisados por enfermeras licenciadas en su hogar o en una residencia de ancianos. La atención de enfermería especializada **no es** lo mismo que "servicios de atención especializada", que son servicios realizados por terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros licenciados) en su hogar o en una residencia de ancianos.

Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área específica de la medicina o grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas o afecciones.

Medicamento especializado

Un tipo de [medicamento recetado](#) que, en general, requiere un control o manejo y evaluación continuos por parte de un profesional médico, o que es relativamente difícil de despachar. Por lo general, los medicamentos especializados son los más costosos en la lista de [formulario](#) de un plan.

UCR (usual, habitual y razonable, en inglés)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica en base a lo que los [proveedores](#) en el área suelen cobrar por el mismo servicios médico o uno similar. El monto UCR a veces se utiliza para determinar el [monto cubierto](#).

Atención de urgencia

Atención médica por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente seria que una persona en su sano juicio procuraría asistencia de inmediato, pero que no es tan grave como para requerir [acudir a la sala de emergencias](#).

Cómo comparten costos usted y su aseguradora - Ejemplo

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20%

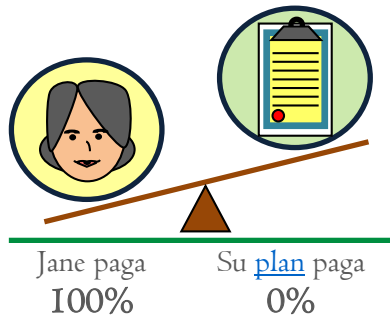
Límite de gastos directos del bolsillo: \$5,000

1 de enero

Comienzo del periodo de cobertura

31 de diciembre

Fin del periodo de cobertura



Jane aún no ha terminado de pagar su deducible de \$1,500

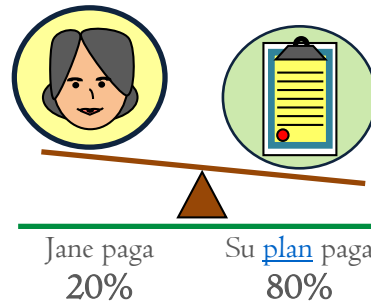
Su plan no paga ninguno de los costos.

Costos de visita al consultorio: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0

→
más
costos



Jane termina de pagar su deducible de \$1,500, el coseguro comienza

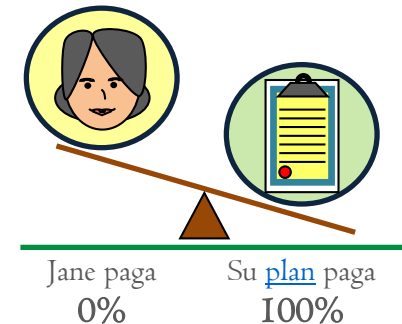
Jane acudió a su médico varias veces y pagó \$1,500 en total, llegando a cubrir su deducible. Así, su plan paga algunos de los costos de su próxima visita.

Costos de visita al consultorio: \$125

Jane paga: 20% de \$125 = \$25

Su plan paga: 80% de \$125 = \$100

→
más
costos



Jane alcanza el límite de \$5,000 costos directos del bolsillo

Jane ha acudido al médico a menudo y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de sus servicios médicos cubiertos por el resto del año.

Costos de visita al consultorio: \$125

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125