

Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- En este glosario se definen muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario pretenden ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro médico](#). Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilicen en su póliza o [plan](#) y, en ese caso, debe guiarse por la póliza o el [plan](#). (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo conseguir una copia de su póliza o documento del [plan](#)).
- El texto [subrayado](#) señala un término definido en este glosario.
- Lea la página 7 para ver un ejemplo de cómo funcionan juntos los [deducibles](#), el [coseguro](#) y los [límites de gastos de bolsillo](#) en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Es el pago máximo que el [plan](#) hará por un servicio de atención médica cubierto. También puede llamarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguro médico o [plan](#) revise una decisión que rechaza un beneficio o un pago (ya

Facturación de saldo

Cuando un [proveedor](#) le factura el saldo restante de la factura que su [plan](#) no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad facturada real y la [cantidad permitida](#). Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$200 y la cantidad permitida es de \$110, el proveedor puede facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se consulta a un [proveedor fuera de la red](#) ([proveedor no preferido](#)). Un [proveedor de la red](#) ([proveedor preferido](#)) no puede enviarle una factura por el saldo de servicios cubiertos.

Reclamación

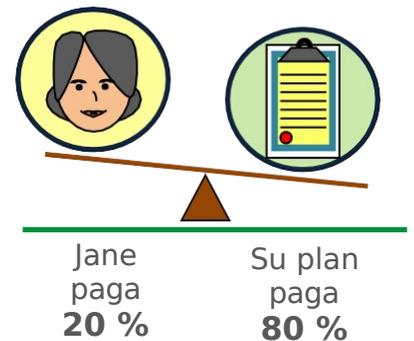
Una solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un gasto de atención médica) que le hace usted o su [proveedor](#) de atención médica a su compañía de seguro médico o [plan](#) por

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para el

servicio. Por lo general, usted paga el coseguro

más los [deducibles](#) que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el [seguro médico](#) o el [plan](#) para una consulta es de \$100 y usted ha pagado su [deducible](#), su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El [seguro médico](#) o el [plan](#) pagan el resto de la cantidad permitida).



(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Complicaciones del embarazo

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que necesitan atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Por lo general, las náuseas matinales y las cesáreas que no

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención

médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME)

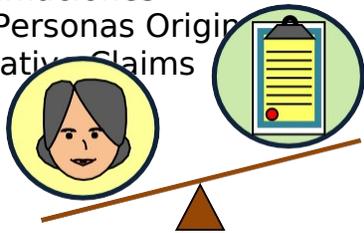
Costos compartidos
Su parte de los costos de los servicios de atención médica para un procedimiento de atención médica para uso diario o prolongado. Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) pueden incluir equipos copagos, los deducibles y los coseguros. El costo compartido familiar es la parte del costo de los deducibles y los gastos de bolsillo que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo las primas, los

Reducciones de costo compartido

Descuentos que reducen la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos por un plan individual que compra a través del Mercado. Puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de un determinado nivel y elige un plan médico Silver o si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, lo que incluye ser accionista de una corporación según la Ley de Resolución de Reclamaciones

Deducible
Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se aplica un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un plan también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).

Personas Originarias
Native Claims



Jane	Su plan
paga	paga
100 %	0 %
(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)	

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su plan no paga ni cubre.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición lo suficientemente grave como para suponer un riesgo importante para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera atención médica de inmediato, podría esperar razonablemente: 1) que su salud corriera grave peligro, 2) tener problemas con sus funciones corporales o 3) sufrir graves daños en cualquier parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia. Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su

Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia

Servicios para comprobar si hay una condición médica de emergencia y tratarlo para evitar que esta empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que ofrezca atención para condiciones médicas de emergencia.

Pruebas de diagnóstico

Pruebas para determinar cuál es su problema médico. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para ver si tiene un hueso roto.

Formulario

Una lista de los medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario puede incluir cuánto le corresponde pagar por cada medicamento. Su [plan](#) puede tener medicamentos de diferentes niveles de [costo compartido](#). Por ejemplo, un formulario puede incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca, y diferentes cantidades de [costo compartido](#) aplicadas a cada nivel.

Queja

Un reclamo que comunica a su compañía de seguro médico o [plan](#).

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar su funcionamiento y sus competencias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que exige a una compañía de seguro médico que pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una [prima](#). Un contrato de

Atención médica domiciliaria

Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su casa según las indicaciones su médico. Estos servicios los prestan enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) de atención médica autorizados. La atención médica domiciliaria no suele incluir ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Servicios en un centro de atención paliativa

Servicios que ofrecen comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de

Hospitalización

Atención en un hospital que exige un ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estancia de una noche. Algunos [planes](#) pueden considerar la estancia de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención en un hospital que, por lo

Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, el 20 %) de la

Glosario de términos médicos y

Copago dentro de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red

Mercado

Un mercado de [seguros médicos](#) en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden informarse sobre sus opciones de [planes](#); comparar los planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las [primas](#) y los [costos compartidos](#) según sus ingresos; y elegir un [plan](#) e inscribirse en la cobertura. También se lo conoce como “Intercambio de seguros.” El Mercado se dirige a nivel estatal en algunos estados y, en otros, a nivel federal. En algunos estados, el Mercado también ayuda a las personas elegibles a inscribirse en otros

Límite máximo de gastos de bolsillo

La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de [costos compartidos](#) que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del [plan](#) para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a

Medicamento necesario

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas, incluyendo la habilitación, y que respeten los estándares médicos aceptados.

Cobertura esencial mínima

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye [planes](#), [seguros médicos](#) que se pueden adquirir en el [Mercado](#), otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TPICAFE y otras coberturas específicas

[cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Estándar de valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de los costos permitidos que el [plan](#) cubre. Si se le ofrece un [plan](#) de un empleador que paga por lo menos el 60 % del total de los costos permitidos de los beneficios, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y es posible que no califique para los [créditos fiscales para primas](#) y las [reducciones de costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [mercado](#).

Red

Los centros, [proveedores](#) y suministradores que su compañía de seguro médico o [plan](#) ha contratado para

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un [proveedor](#) que tiene un contrato con su [compañía de seguro médico](#) o [plan](#) y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un [plan](#). Pagará menos si lo atiende un [proveedor](#) que esté incluido en la [red](#). También se lo llama “proveedor preferido” o “proveedor participante.”

Órtesis y prótesis

Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen los ajustes, reparaciones y reemplazos

Coseguro fuera de la red

Su parte (por ejemplo, el 40 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que no tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el [coseguro dentro de la red](#).

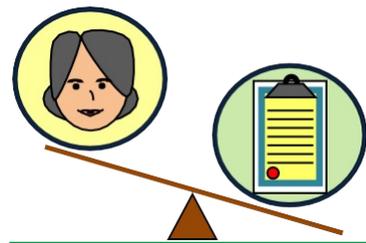
Copago fuera de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que no

Límite de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted **podría** pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Una vez que alcance este límite, por lo general, el [plan](#) pagará el 100 % de la

[cantidad permitida](#). Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica y nunca incluye la [prima](#), los cargos de [facturación de saldos](#) ni la atención médica que su [plan](#) no cubre. Algunos [planes](#) no tienen en cuenta todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de [coseguro](#), pagos fuera de la red ni otros gastos para este límite.



Jane paga 0 % Su plan paga 100 %
(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Servicios prestados por médicos

Los servicios de atención médica que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un licenciado en medicina (Medical Doctor, MD) o un licenciado en medicina osteopática (Doctor of Osteopathy, DO).

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red, por lo general, usted pagará más por una consulta con un proveedor fuera de la red que con un [proveedor preferido](#). En su póliza se le explicará cuáles pueden ser esos costos. Al “proveedor fuera de la red”

también se lo llama proveedor “no preferido” o “no participante.”

Plan

Cobertura médica emitida para usted directamente (plan individual) o mediante un empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo (plan grupal del empleador) para ciertos costos de

Preautorización

también llamado “plan La decisión de su compañía de seguro médico o [plan](#) de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, [medicamento con receta](#) o [equipo médico duradero](#) (DME) es [medicamento necesario](#). A veces se denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “precertificación.” Su [seguro médico](#) o [plan](#) puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no garantiza que su [seguro médico](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

La cantidad que se debe pagar por su [seguro médico](#) o [plan](#). Por lo general, usted o su empleador la pagan de

Créditos fiscales para primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarlos a usted y a su familia a pagar un [seguro médico](#) privado. Puede recibir esta ayuda si obtiene un [seguro médico](#) en el [Mercado](#) y sus ingresos están por debajo de un determinado nivel. Los pagos por adelantado del crédito fiscal se pueden utilizar inmediatamente para reducir los costos de las [primas](#) mensuales.

Cobertura de medicamentos con receta

Cobertura de un plan que ayuda a pagar los medicamentos con receta. Si el formulario del plan tiene “niveles”, los medicamentos con receta se agrupan por tipo o costo. La cantidad que pagará de

Medicamentos con receta

Fármacos y medicamentos para los que se necesita, por ley, una receta médica.

Atención preventiva (servicios preventivos)

Atención médica de rutina, incluyendo [exámenes de detección](#), controles y consejería para nacientes para prevenir o detectar

Médico de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, que presta o coordina diferentes tipos de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, enfermero profesional, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o

Proveedor

Una persona o un centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación.

Derivación

Una orden escrita por su [proveedor de atención primaria](#) para que vea a un [especialista](#) o reciba ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), es necesario obtener una derivación para poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona, excepto de su [proveedor de atención primaria](#). Si no obtiene una derivación primero, es posible que el [plan](#) no pague por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o que se han deteriorado por una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla

Pruebas de detección

Un tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, por lo general, cuando no hay síntomas, signos o una historia médica predominantes de

Atención de enfermería especializada

Servicios que prestan o supervisan enfermeros especializados autorizados en la casa del paciente o en un asilo de ancianos. La atención de enfermería especializada **no** es lo mismo que los “servicios de atención especializada”.

El [plan](#) puede exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación de acuerdo con las leyes estatales.

Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área de la medicina o un grupo de pacientes

Cirugía reconstructiva

La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo por defectos de nacimiento, accidentes

específico para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Medicamentos de especialidad

Un tipo de [medicamento con receta](#) que, en general, necesita una manipulación especial o un control y una evaluación continuos de un profesional de atención médica, o que es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los

Usual, habitual y razonable (UCR)

La cantidad que se paga por un servicio médico en una zona geográfica en función de lo que los [proveedores](#) de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR) se suele utilizar para determinar la [cantidad permitida](#).

Atención de urgencia

Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir [atención en la](#)

Ejemplo de cómo comparten los costos usted y su compañía de seguro médico

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20 %

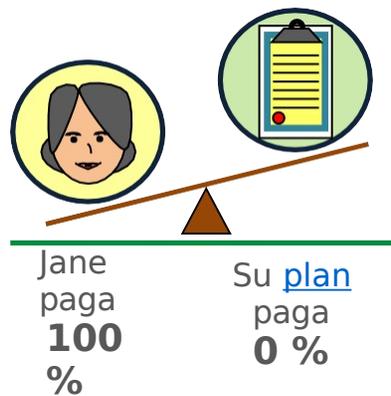
Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero

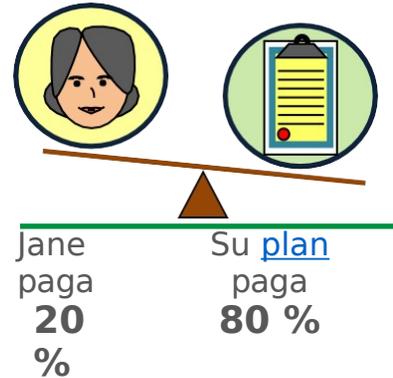
Comienzo del período de cobertura

31 de diciembre

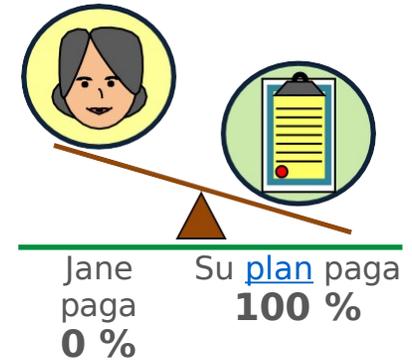
Final del período de cobertura



Jane no ha alcanzado su deducible de \$1,500 todavía
Su plan no paga ninguna parte del costo.
Costo de la consulta: \$125 Jane paga: \$125
Su plan paga: \$0



Jane alcanza su deducible de \$1,500, comienza su coseguro
Jane ha visitado al médico varias veces y pagó \$1,500 en total, lo que quiere decir que alcanzó su deducible. Por lo tanto, su plan pagará una parte del costo de su próxima consulta.
Costo de la consulta: \$125
Jane paga: el 20 % de \$125 = \$25
Su plan paga: el 80 % de \$125 = \$100



Jane alcanza su límite de gastos de bolsillo de \$5,000
Jane ha visitado al médico con frecuencia y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.
Costo de la consulta: \$125 Jane paga: \$0
Su plan paga: \$125

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.02** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.