

Glosario

A

Acceso abierto

Ver Acceso directo.

Acceso directo

También llamado “acceso abierto.” Este término se usa para describir aquellos planes de seguro de salud que permiten que las personas visiten directamente a cualquier **proveedor de atención de salud participante** que se encuentre dentro de la **red** del plan, sin necesidad de conseguir una remisión de un **médico de cuidado primario**.

AIDS Drug Assistance Programs (ADAP, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA)

Programas federales que pagan los medicamentos para el SIDA y el VIH. Los programas ADAP son para personas con SIDA y/o VIH que cumplen ciertos requisitos relacionados con sus bajos ingresos. Los programas funcionan en todos los estados.

Ancianos

Es un término que se usa para describir a los adultos mayores, casi siempre personas de 65 años de edad o mayores.

Atención a bebés sanos (well baby)/Atención a niños sanos (well child)

Atención de rutina para niños sanos, que incluye chequeos, exámenes y **vacunas**.

Atención ambulatoria

Un término que se usa para describir la atención o cirugía que se ofrece sin tener que quedarse durante la noche en un hospital u otro centro médico.

Atención en hospital

Servicio de atención de salud brindado después de que un paciente es admitido en un hospital.

Atención médica administrada

Cualquier tipo de plan de seguro de salud que controla los servicios de atención de salud para ver qué tan bien funcionan y cuánto cuestan. Los planes típicos de atención médica administrada ofrecen un **nivel de beneficios** más alto para una **red** seleccionada de **proveedores** de atención de salud contratados y pueden requerir **autorización previa** para ciertos servicios.

Atención preventiva

Atención que ayuda a las personas a mantenerse saludables (como por ejemplo, exámenes físicos anuales o **vacunas**) o cuyo fin es detectar los primeros síntomas de una enfermedad (como las mamografías y los exámenes de cáncer de colon).

Asegure su salud

Atención urgente

Servicios recibidos por una enfermedad o lesión inesperada que no pone en riesgo la vida pero que requiere **atención médica ambulatoria** inmediata. Una situación urgente requiere una rápida atención médica para evitar complicaciones y sufrimiento o dolor innecesarios.

Autorización

Un proceso que utiliza un plan de seguro de salud para aprobar el pago de los servicios médicos cubiertos por el plan de una persona. Según el plan, se puede exigir la autorización antes de que se brinden los servicios, como por ejemplo antes de visitar a un médico o practicarse una cirugía.

Autorización previa/Precertificación

Ver Autorización.

B

Bajos ingresos/Requisitos de bajos ingresos

El término “de bajos ingresos” se utiliza para describir a las personas que ganan menos de una cierta cantidad de dinero por año. Muchos programas de seguro de salud para personas sin seguro están disponibles sólo para personas que cumplen con requisitos de bajos ingresos, o que ganan menos de una cierta cantidad de dinero. El monto de dinero que alguien tiene que ganar para cumplir con los requisitos de bajos ingresos por lo general depende de la cantidad de integrantes de la familia de esa persona. Ver también “Requisitos de ingresos.”

Beneficiario

Una persona cubierta por un plan de seguro de salud. Un niño y sus padres son beneficiarios de su plan de seguro.

Beneficio

El término “beneficio” puede referirse en general a un plan de seguro de salud (el “beneficio” de una persona), definir específicamente los servicios médicos cubiertos por un plan en particular (una cirugía puede ser un “beneficio”) o bien referirse al pago recibido por los servicios cubiertos por el plan.

Beneficios exigidos

Los beneficios que deben ofrecer los planes de seguro de salud según las leyes estatales o federales.

Bienes

Propiedad de la que se es dueño, por ejemplo tierra o un automóvil, que contribuye al patrimonio total de una persona. Los bienes también pueden usarse para saldar deudas.

C

Cargo razonable

También llamado “usual, acostumbrado y razonable” (UCR, por sus siglas en inglés) o

Asegure su salud

“acostumbrado y razonable.” Un límite establecido por un plan de seguro de salud sobre el monto que éste le pagará a un **proveedor** por un servicio médico específico.

Cobertura de grupo

Planes donde un empleador o una organización de empleados ayuda a sus empleados y, en muchos casos, a ex empleados y sus familias a pagar el seguro de salud.

COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986)

Una ley que le permite a las personas continuar teniendo cobertura temporalmente luego de perder el trabajo o por un cambio en la situación familiar (como un divorcio). El costo de la continuación del seguro lo paga la persona que está cubierta por el plan. El seguro según COBRA puede no estar disponible a través de un empleador con menos de 20 empleados.

Condición preexistente

Una condición de salud (distinta del embarazo) o problema médico diagnosticado o tratado antes de recibir cobertura a través de un nuevo plan de salud.

Copago

Un monto en dólares o el porcentaje específico que una persona debe aportar para cubrir el costo de los servicios médicos cubiertos en su plan de seguro de salud. Como el **coseguro**, los copagos usualmente se aplican después de que la persona ha pagado el **deducible** de su plan, de ser necesario. Los copagos son diferentes según el tipo de servicio.

Coseguro

La parte del costo de los servicios médicos cubiertos que debe pagar el paciente que tiene un plan de seguro médico.

D

Deducible

Un monto fijo que una persona debe pagar por los servicios médicos cubiertos antes de que los pague su plan de salud.

Dentro de la red

Se refiere a la atención recibida de los **proveedores** que forman parte de la **red** de médicos, hospitales y profesionales de la salud **participantes** de un plan de seguro de salud. Muchos planes de salud ofrecen más cobertura para los médicos dentro de la red. Algunos planes sólo ofrecen cobertura para servicios de **emergencia** que se reciben fuera de la red.

Dependiente

Un hijo o el cónyuge de una persona con un plan de seguro de salud. Un dependiente puede obtener seguro de salud a través del plan de su cónyuge o del de su padre o madre. Generalmente hay límites para inscribir a un dependiente en un plan de seguro de salud. Por ejemplo, una vez que un hijo o una hija cumple cierta edad, él/ella puede dejar de recibir cobertura a través del plan de sus padres.

Asegure su salud

Diagnóstico

Este término describe el proceso de determinar la condición médica de una persona. Por ejemplo, luego de un examen médico, se le puede “diagnosticar” a una persona cierta enfermedad.

Duración de la estadía

El número de días consecutivos que una persona pasa en un hospital.

E

Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT, Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento)

El programa EPSDT es el componente de salud infantil de Medicaid. Se exige en cada estado y mejora la salud de los niños de bajos ingresos por medio de la cobertura de servicios médicos, como los **exámenes a niños sanos (well child)**, chequeos dentales y exámenes de la vista y audición.

Elegibilidad retroactiva

Un término que se usa para describir la elegibilidad para un plan de seguro de salud que cubre los servicios recibidos antes de solicitar la cobertura. Una persona puede ser elegible de manera retroactiva incluso si no es **elegible** al solicitar la cobertura.

Elegible

Es un término que indica que una persona cumple con las condiciones de un programa o plan de seguro de salud y que puede recibir cobertura.

Emergencia

Una condición médica grave que surge de repente como resultado de una lesión o enfermedad y que requiere atención médica inmediata.

Enfermedad crónica

Una condición médica duradera que a menudo requiere tratamiento por un largo período de tiempo.

Equipo médico duradero

Un equipo médico (por ejemplo, una silla de ruedas) que puede utilizarse reiteradamente, tiene un propósito médico y es apropiado para ser utilizado en el hogar. Entre otros ejemplos se incluyen las camas hospitalarias y el equipo de oxígeno.

Especialista

Un médico que brinda atención en una especialidad médica o quirúrgica (por ejemplo, un dermatólogo que brinda atención de la piel o un oncólogo que brinda atención contra el cáncer).

Exclusión

También llamada “servicios no cubiertos.” Condiciones o servicios específicos que no están cubiertos por el plan de seguro de salud.

F

Familiar directo

Un término que se usa para describir a las personas que tienen un parentesco cercano. Los familiares directos de una persona son, por lo general, su cónyuge, hijos, padres y hermanos. Muchos planes de seguro de salud sólo cubren como **dependientes** a los familiares directos de una persona.

Formulario

Una lista de **medicamentos con receta** que están cubiertos por el plan de seguro de salud. En un formulario por lo general se incluyen medicamentos con receta tanto **de marca** como **genéricos**. La mayoría de los **planes de beneficios de salud** que cubren medicamentos con receta utilizan un formulario. Dentro de cada categoría de medicamentos cubiertos, pueden ofrecer diferentes niveles de cobertura sobre la base del costo o la eficacia del medicamento.

G

Gasto(s) permitido(s)

También llamado(s) “gasto(s) cubierto(s).” Constituyen la cantidad “cubierta” o **elegible** de un cargo que paga un plan de seguro de salud para brindar atención de salud **médicamente necesaria**.

Gastos cubiertos/Servicios cubiertos

Ver Gasto(s) permitido(s).

Gastos de desembolso

Copagos y deducibles que una persona debe pagar para cubrir el costo de los servicios de salud cubiertos por su plan de seguro de salud. En algunos casos, los gastos de desembolso también incluyen los montos que la persona paga por los servicios de salud que no están cubiertos por el plan.

H

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud)

HIPAA es una ley federal que mejora los seguros de salud mediante la limitación de la descalificación debido a **condiciones preexistentes** y la prohibición de la discriminación en el proceso de inscripción y las **primas**. También protege la seguridad y privacidad de la información de salud de las personas.

I

Inmigrante calificado

Una persona que no nació en los Estados Unidos pero que está en el país de manera legal. Un inmigrante calificado debe cumplir ciertos requisitos para que se le permita recibir cobertura de seguro de salud a través de diferentes planes o programas.

M

Manejo de casos

Un proceso por el cual se identifican personas con ciertas necesidades de atención de salud y se coordina el cuidado que recibirán.

Manejo de enfermedades

Un programa que usa distintos recursos médicos para ayudar a prevenir síntomas, mantener una buena calidad de vida y prevenir la necesidad de atención médica en el futuro. Es para las personas que padecen enfermedades o trastornos específicos y usan distintos recursos médicos. Las personas que se inscriban en un programa de manejo de enfermedades pueden recibir información educativa, suministros y acceso a los profesionales médicos para ayudarlos a manejar sus enfermedades.

Medicaid

Un programa federal que ofrece seguro de salud a las personas de **bajos ingresos**. Por lo general es para niños, adultos con niños **dependientes**, mujeres embarazadas, incapacitados y **ancianos**. A pesar de ser un programa federal, los estados ayudan a pagar Medicaid. Por lo tanto, el programa es distinto en cada estado. Las personas deben verificar el programa Medicaid de su estado para ver si son **elegibles** para recibir cobertura.

Medicamento necesario/Servicios medicamento necesarios

Servicios o suministros médicos que se necesitan para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Normalmente, los planes de seguro de salud sólo pagan los servicios y suministros que son medicamento necesarios.

Medicamentos con receta genéricos

Los medicamentos que químicamente son iguales a los **medicamentos de marca**. Por lo general se fabrican recién después de que un medicamento de marca estuvo en el mercado por algunos años y cuya patente expiró. Los medicamentos genéricos se venden con el nombre común de la droga, no de la marca. Normalmente son menos costosos que los medicamentos de marca.

Medicamentos con receta/Recetas

Medicamentos que no pueden venderse sin una autorización de un profesional de la salud.

Medicamentos de marca con receta

Los medicamentos protegidos por una patente que no pueden venderse sin una receta hecha por un profesional de la salud. En los planes de seguro de salud que incluyen cobertura de **medicamentos con receta**, puede haber diferencias en el precio que la persona tiene que pagar por un medicamento de marca frente a un **medicamento genérico**. Los medicamentos de marca por lo general cuestan más que los medicamentos genéricos.

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)

Medicamentos que pueden comprarse sin receta (por ejemplo: jarabes para la tos, medicamentos para el resfrío, analgésicos, etc.).

Asegure su salud

Medicare

Un programa federal que brinda seguro de salud a personas de 65 años de edad o mayores, y también a ciertas personas incapacitadas. Existen distintos tipos de Medicare, como Medicare Parte A, Parte B, Parte C y Medicare Parte D.

Medicare Parte A

Un programa de Medicare que ayuda a cubrir la **atención médica en hospital**, atención en hogares de ancianos, atención en hospicio y una parte de la atención médica domiciliaria para los estadounidenses que califican de 65 años de edad y mayores, y para algunas personas más jóvenes con incapacidades. La mayoría de las personas deben pagar la Parte A del seguro a través de los impuestos mientras trabajan y, en consecuencia, no pagan un **deducible** ni una **prima mensual**.

Medicare Parte B

Un programa de Medicare que cubre servicios médicos, **atención ambulatoria** en hospital, equipo médico, terapia física y ocupacional y una parte de la atención médica domiciliaria para los estadounidenses que califican de 65 años de edad y mayores, y para algunas personas más jóvenes con incapacidades. La mayoría de las personas pagan un **deducible** anual y una **prima mensual** por este plan de salud.

Medicare Parte C

También llamado "Plan Medicare Advantage." Un programa de Medicare que brinda más opciones entre los planes de salud y extiende los **beneficios** más allá del plan Medicare original. Incluye los planes privados Medicare Advantage (como por ejemplo **HMO** y **PPO**) que brindan beneficios de las Partes A y B, y pueden incluir beneficios de **medicamentos con receta** de Medicare. Casi todas las personas que están en Medicare Partes A y B son **elegibles** para un plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D

También llamado "Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare." Un programa de Medicare que ayuda a cubrir los costos de los **medicamentos con receta** para las personas que califican y que son **elegibles** para recibir Medicare Parte A y/o B.

Médico de cuidado primario/Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Un médico que forma parte de la **red** de un plan de seguro de salud y es el principal punto de contacto de un paciente para su atención médica. Generalmente, un PCP brinda atención médica básica y organiza otro tipo de atención. Normalmente, un PCP es un médico general o de familia o, en algunos casos, un internista, pediatra u obstetra/ginecólogo. Los PCP pueden darles a sus pacientes **remisiones** para que reciban atención de un especialista u otros servicios médicos.

Medigap

Los planes Medigap ayudan a pagar ciertos servicios para personas de 65 años de edad o mayores que no tienen cobertura de **Medicare** tradicional. Medigap también puede pagar el **coseguro** u otros montos que las personas mayores deben contribuir a su cobertura de Medicare.

Asegure su salud

Miembro

Ver Persona inscrita.

N

Nivel de beneficios/Nivel de cobertura

Términos que se refieren a la extensión de cobertura de un plan de seguro de salud. Un plan con un alto nivel de **beneficios** o cobertura por lo general cubre muchos gastos y servicios médicos.

Nivel de pobreza

Ver Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).

Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés)

Es un término que se usa para describir lo que el gobierno federal considera el monto mínimo de ingreso que una persona o familia puede ganar para tener una calidad de vida aceptable. Se considera que las personas que viven por debajo del Nivel Federal de Pobreza son personas que viven en la pobreza. Este término se encuentra a menudo en los **requisitos de elegibilidad** de una persona sin seguro para inscribirse en los planes de seguro de salud. Cuando el ingreso de una persona es un porcentaje determinado menor que el FPL, esto significa que esa persona está muy por debajo de la línea de pobreza.

O

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)

Un tipo de plan de seguro de salud que ofrece o coordina los servicios de salud que requieren sus **miembros**. En un plan HMO tradicional, la mayoría de los servicios deben recibirse a través de una **red de proveedores** de atención de salud. Algunos planes HMO pueden ofrecer **beneficios** reducidos para la atención recibida fuera de la red. En la mayoría de los planes HMO, los miembros deben seleccionar un **médico de cuidado primario (PCP)** de la red para que les brinde atención de rutina. El médico de cuidado primario también puede hacer **remisiones** a servicios de especialistas y hospitalarios cuando sea necesario.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Un plan de seguro de salud que le permite a una persona elegir cualquier **proveedor** sin designar un **médico de cuidado primario (PCP)**. Los planes PPO ofrecen niveles más altos de cobertura a las personas que eligen médicos u hospitales **participantes** o preferidos.

P

Pago por servicio

Un sistema que paga una tarifa a los médicos u otros **proveedores** por cada servicio que brindan.

Persona inscrita

A veces también se la llama "miembro." Es el **suscriptor** o un **dependiente** cubierto por un plan de seguro de salud.

Asegure su salud

Plan de beneficios de salud

Un plan de seguro de salud que adquiere una persona o que se le ofrece a través de un empleador o una agencia de gobierno que cubre los servicios de atención de salud. Algunos planes están limitados a tipos específicos de servicios, como hospitalización o atención dental. Otros ofrecen una amplia variedad de **beneficios**. Estos beneficios dependen de ciertas exclusiones y limitaciones.

Planificación familiar

Es un término que se usa para describir una serie de servicios médicos relacionados con la salud reproductiva. Estos servicios por lo general incluyen exámenes de rutina de salud reproductiva (como citología y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual [ETS]), exámenes de embarazo e información acerca de las opciones para el control de la natalidad.

Póliza individual

Seguro de salud para personas y sus familias. Las pólizas individuales son para los trabajadores independientes o para aquellos que no reciben un seguro de salud a través de un empleador u otro plan de grupo. Estas personas pagan las pólizas individuales por sus propios medios.

Precertificación o Preregistro para Hospital

En algunos planes de seguro de salud, se necesita una **autorización previa**, llamada precertificación o preregistro, antes de que el plan pague ciertos servicios médicos, como por ejemplo ir al hospital.

Prenatal

Un término que se usa para describir la atención que se le brinda a una madre antes del nacimiento de su hijo.

Prima

El monto que se cobra por una póliza de seguro de salud. A menudo se le cobra a la persona por mes o por trimestre. Si una persona tiene seguro de salud a través de su empleador, el costo de la prima a menudo se comparte con el empleador.

Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)

Un programa federal que ofrece seguro de salud para niños que pertenecen a familias de bajos ingresos que ganan demasiado para calificar para Medicaid, pero no ganan lo suficiente para contratar cobertura por sus propios medios. Los programas SCHIP también pueden ofrecer servicios dentales para niños hasta los 19 años de edad. A pesar de ser un programa federal, los estados ayudan a pagar la cobertura de SCHIP, por lo tanto es diferente en cada estado. Las personas deben verificar el programa de su estado para ver si sus hijos son **elegibles**.

Programa Katie Beckett

Ver Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA, Ley de Equidad y Responsabilidad Fiscal).

Proveedor

Un centro de atención de salud, programa, agencia, médico u otro profesional de la salud con licencia que presta servicios de atención de salud.

Asegure su salud

Proveedor no participante

También llamado “proveedor no preferido.” Este término se refiere a los médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que no brindan servicios a una tarifa con descuento a las personas que pertenecen a ciertos planes de salud. Visitar a un **proveedor no participante** normalmente es más costoso que visitar a un médico dentro de la **red** del plan.

Proveedor participante

También llamado “proveedor de atención preferida.” Un grupo de médicos, hospitales y otros **proveedores** de atención de salud que brindan servicios, por lo general a una tarifa con descuento, a las personas que pertenecen a ciertos planes de salud.

Punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés)

Un plan de seguro de salud que ofrece cobertura para la atención recibida tanto de **proveedores participantes** como de **proveedores no participantes**. En muchos planes POS, los pacientes cuya atención se lleva a cabo a través de **remisiones** de su **médico de cuidado primario** (PCP) reciben un **nivel de beneficios** más alto y pagan menos, mientras que los pacientes que van directamente a otros médicos o centros reciben un nivel más bajo de beneficios y pagan más.

R

Reclamo

Información presentada a un plan de seguro de salud para solicitar el pago de los servicios médicos que están cubiertos por el plan.

Red

También llamada “red de proveedores.” Un grupo de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que brindan servicios, por lo general a una tarifa con descuento, a las personas que pertenecen a ciertos planes de salud. En ciertos planes, una persona debe recibir atención de un **proveedor** de la red para evitar pagar dinero adicional.

Red de proveedores

Ver Red.

Reembolso

El pago que realiza un plan de seguro de salud y que recibe una persona cubierta por dicho plan para pagar los gastos médicos. El reembolso también puede pagarse directamente a un profesional de la salud por los servicios brindados a la persona cubierta por el plan.

Remisión

Una remisión es un conjunto específico de indicaciones o instrucciones de un **médico de cuidado primario** (PCP), que dirigen a una persona a un **especialista** o a un centro para recibir atención **médicamente necesaria**. En algunos planes de salud, los pacientes deben obtener una remisión de su PCP antes de ser atendidos por otro médico.

Asegure su salud

Requisitos de elegibilidad

Requisitos que deben cumplir las personas antes de poder recibir cobertura de salud de un programa o plan. Los requisitos de elegibilidad que debe cumplir una persona sin seguro para inscribirse en los planes de seguro de salud, por lo general, se basan en los ingresos, la edad y la salud de la persona que está solicitando la cobertura.

Requisitos de ingresos

Muchos planes de seguro de salud para personas sin seguro sólo brindan cobertura para aquellas cuyos ingresos son inferiores a una cierta cantidad de dinero. Algunos planes requieren distintos montos de pago que dependen de cuánto dinero gana la persona. Ver también "Bajos ingresos."

S

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)

Ingreso que reciben ciertas personas, como los incapacitados o los ciegos, por parte del gobierno federal.

Servicios necesarios o necesidad médica

Ver Medicamento necesario/Servicios médicamente necesarios.

Servicios no cubiertos

Ver Exclusión.

Suscriptor

Una persona cubierta por un plan de seguro de salud de grupo de empleador. Si un empleador brinda seguro familiar, el suscriptor puede inscribir a sus **dependientes elegibles** en el plan de **beneficios**.

T

Tarjeta de Identificación (ID)

Una tarjeta que se le da a una persona o **dependiente** dentro de un plan de seguro de salud. La tarjeta puede tener información importante relacionada con la cobertura, como la fecha de vigencia del plan, **copagos**, información de contacto, etc.

Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA, Ley de Equidad y Responsabilidad Fiscal)

También llamada "Programa Katie Beckett." La ley TEFRA permite que los estados extiendan la cobertura de Medicaid a ciertos niños incapacitados. Brinda atención a niños incapacitados en sus hogares, pero no en instituciones. Funciona en la mayoría de los estados y es para niños que se ajustan a la definición de incapacidad establecida por la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). Los niños también deben reunir los requisitos de necesidad médica para recibir atención institucional.

V

Vacunas

Inyecciones que previenen enfermedades. Los bebés deben recibir ciertas vacunas a temprana edad.

Veterans Health Administration (VHA, Administración de Salud de Veteranos)

La VHA brinda servicios de salud, incluyendo atención preventiva y primaria, y seguro de salud para los veteranos inscritos. Un sistema de prioridades asegura que los veteranos con incapacidades relacionadas al servicio que prestaron y ciertos veteranos con bajos ingresos puedan inscribirse en el sistema de atención de salud que brinda la Administración de Veteranos.