

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

Termine	Definizioni
valore attuariale	<p>Percentuale dei costi medi totali delle indennità coperte previsti in un piano. Se, ad esempio, un piano ha mediamente un valore attuariale del 70%, al contraente spetterà l'onere del 30% dei costi di tutte le indennità coperte. Tuttavia, a seconda delle sue esigenze sanitarie effettive e dei termini della sua polizza assicurativa, al contraente potrebbe essere attribuita una maggiore o minore percentuale del totale dei costi dei servizi coperti nel corso dell'anno.</p>
Legge per l'accessibilità alle prestazioni sanitarie (<i>Affordable Care Act</i>)	<p>La legge, che riforma a tutti i livelli il sistema dell'assistenza sanitaria, è stata emanata nel marzo del 2010. La riforma comprende due provvedimenti: la "Legge per la tutela del malato e l'accessibilità alle prestazioni sanitarie", denominata <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> è stata promulgata il 23 marzo 2010 ed emendata il 30 marzo 2010 dalla "Legge di conciliazione per la sanità e l'istruzione" (<i>Health Care and Education Reconciliation Act</i>). Il nome "Legge per l'accessibilità alle prestazioni sanitarie" (<i>Affordable Care Act</i>) fa riferimento alla versione definitiva della legge, comprensiva di emendamenti.</p>
spese riconosciute	<p>L'importo massimo che una compagnia assicurativa potrà essere tenuta a corrispondere per un servizio, compresi gli importi che il paziente avrà l'onere di pagare. Per gli operatori sanitari <i>in-network</i> (interni), le spese riconosciute variano in base ai contratti sottoscritti con detti operatori. Per gli operatori sanitari <i>out-of-network</i> (esterni), le spese riconosciute possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le stesse degli operatori <i>in-network</i> (interni) • basate su una percentuale dell'importo che <i>Medicare</i> pagherebbe per gli stessi servizi o • tutte le spese ragionevoli e consuete: un importo che il contraente definisce ragionevole per un determinato servizio erogato nella sua zona
importo concesso	<p>Importo massimo su cui si basa il pagamento per i servizi sanitari coperti. Potrebbe essere definito anche come "spesa ammissibile", "indennità di pagamento" o "ammontare pattuito". Se l'operatore sanitario addebita un importo superiore a quello concesso, il contraente potrebbe essere obbligato a pagare la differenza.</p>

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

richiesta di copertura	Richiesta ai responsabili del piano o alla compagnia di assicurazione sanitaria di riprendere in esame una decisione o un reclamo.
denuncia	Se il contraente ritiene di essere stato oggetto di discriminazione da parte di un operatore sanitario (o di altri) per motivi di razza, origini, disabilità o età, può presentare una denuncia per violazione dei diritti civili.
ticket	Importo fisso (ad esempio \$15) da pagare per un servizio sanitario coperto, solitamente quando si usufruisce del servizio. L'importo può variare a seconda del tipo di servizio sanitario coperto.
coassicurazione	La parte dei costi di un servizio sanitario coperto spettanti al contraente, calcolata in percentuale (ad esempio 20%) rispetto all'importo concesso per quel servizio. Il contraente paga la coassicurazione e le franchigie dovute. Se, ad esempio, l'importo concesso per una visita ambulatoriale stabilito dall'assicurazione o dal piano sanitario è di \$100 e il contraente ha raggiunto la franchigia, la sua coassicurazione del 20% ammonterà a \$20. Il pagamento dell'importo concesso restante sarà a carico dell'assicurazione o del piano sanitario.
riduzioni per ripartizione dei costi	Riduzione dell'importo delle spese non rimborsabili del contraente per franchigie, coassicurazione e ticket. Il contraente può beneficiare di questa riduzione se acquista la sua assicurazione sanitaria attraverso il <i>Marketplace</i> , ha un reddito inferiore a un certo livello e sceglie un piano sanitario dalla categoria dei piani "argento". Se il contraente è membro di una tribù riconosciuta a livello federale, può avere i requisiti per richiedere ulteriori vantaggi per ripartizione dei costi.
servizi coperti	Servizi medici, procedure, farmaci soggetti a prescrizione medica e altri servizi sanitari che la compagnia assicurativa paga in virtù del piano sottoscritto dal contraente. Non tutte le prestazioni sanitarie sono soggette a copertura. Alcuni piani, ad esempio, non coprono l'acquisto dei farmaci da banco. Inoltre, anche se un servizio è coperto, il contraente deve comunque pagare un ticket o una quota di coassicurazione, richiedere un'autorizzazione preventiva o una impegnativa al proprio medico di base prima che la compagnia assicurativa proceda al rimborso. La polizza dovrebbe contenere l'elenco dettagliato dei servizi inclusi o esclusi dalla copertura assicurativa.

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

data del servizio	Data in cui il contraente usufruisce di un servizio sanitario o si reca presso una struttura sanitaria o un operatore sanitario.
franchigia	Importo dovuto dal contraente per i servizi sanitari coperti dal suo piano sanitario o assicurazione sanitaria prima che il piano o l'assicurazione abbiano corrisposto gli importi a loro carico. Se ad esempio la franchigia è di \$1.000, il piano non pagherà finché il contraente non avrà raggiunto un importo di \$1.000 come franchigia per i servizi sanitari coperti interessati. La franchigia potrebbe non essere necessaria per alcuni servizi.
rifiuto	Decisione di una compagnia assicurativa sanitaria di non pagare un servizio, un esame o una terapia in quanto non coperti dal piano assicurativo sanitario o non considerati necessari dal punto di vista medico in base alle norme e alle indennità previste dai piani sanitari.
cessazione	Interruzione dell'offerta di un determinato piano assicurativo da parte di una compagnia di assicurazione sanitaria.
emergenza sanitaria	si configura in presenza di una patologia, una lesione, un sintomo o un disturbo abbastanza grave da richiedere assistenza immediata per evitare i seri danni che potrebbe provocare.
esclusione	Servizi di assistenza medica che non vengono pagati o coperti dall'assicurazione sanitaria o dal piano sanitario del contraente.
Organizzazione con operatori sanitari esclusivi (Exclusive Provider Organization (EPO))	Piano di cure integrate dove i servizi vengono coperti solo se il contraente si reca presso medici, specialisti o ospedali che fanno parte del network del piano (salvo per le emergenze).
esenzione	In relazione all' <i>Affordable Care Act</i> , l'esenzione rappresenta l'esonero per alcuni individui in determinate condizioni dall'obbligo di avere un'assicurazione sanitaria. Per un elenco di casi per cui è prevista l'esenzione, visitare il sito healthcare.gov .
prospetto delle indennità (Explanation of Benefits (EOB))	Dopo che il contraente ha presentato alla compagnia assicurativa una richiesta di assistenza sanitaria o dopo che un operatore sanitario ha presentato alla compagnia assicurativa una

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

	richiesta per conto del contraente, la compagnia assicurativa consegna al contraente il prospetto delle indennità (EOB). Tale documento illustra in maniera dettagliata il modo in cui l'assicuratore/amministratore ha calcolato l'importo dei rimborsi verso l'operatore sanitario o verso il contraente per un determinato servizio sanitario ricevuto dal contraente. Tale documento contiene inoltre tutte le informazioni utili per contestare il rimborso stabilito dalla compagnia assicurativa. Il contraente può non ricevere il modulo EOB per le cure prestate da un operatore o da una struttura che fa parte del network della compagnia assicurativa in caso di mancata richiesta di pagamento da parte del contraente per i servizi ricevuti.
assistenza finanziaria	Importo in dollari del credito di imposta che un individuo riceve per pagare il premio della propria assicurazione sanitaria e che riduce il costo della stessa. Disponibile solo presso il NY State of Health.
prontuario	Elenco di farmaci soggetti a prescrizione medica coperti da un apposito piano assicurativo o da un altro piano assicurativo che offre agevolazioni per farmaci soggetti a prescrizione medica. Definito anche elenco dei farmaci.
esente	Impiegato in relazione all' <i>Affordable Care Act</i> : esente da determinate disposizioni di questa legge.
riforma dell'assistenza sanitaria	Si veda <i>Affordable Care Act</i>
Organizzazione per la tutela della salute (Health Maintenance Organization (HMO))	Tipo di piano assicurativo sanitario che solitamente limita la copertura all'assistenza da parte di medici che lavorano per l'HMO o hanno un contratto d'appalto con essa. Generalmente non copre l'assistenza <i>out-of-network</i> (esterna) tranne nei casi di emergenza. Per avere i requisiti necessari per la copertura, è possibile che il contraente debba risiedere o lavorare nella zona in cui l'HMO offre i suoi servizi. Spesso le HMO forniscono assistenza integrata e si concentrano sulla prevenzione e sul benessere generale.
Conto di risparmio per spese mediche (Health Savings Account (HSA))	Conto di risparmio per spese mediche per i contribuenti iscritti a un <i>High Deductible Health Plan</i> (piano sanitario con franchigia elevata). I fondi che concorrono a formare il conto non sono soggetti all'imposta federale sul reddito nel momento in cui vengono depositati. I fondi devono essere impiegati per pagare spese mediche qualificate. Su indicazione del datore di lavoro, i

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

	<p>dipendenti possono portare fino a \$500 nell'anno solare successivo.</p>
interni (In network)	<p>Si riferisce alle cure prestate da medici e altri operatori sanitari, presso cliniche, poliambulatori, ospedali e studi medici con cui il piano del contraente ha un accordo per l'erogazione di servizi sanitari. Solitamente, quando il contraente riceve assistenza da operatori <i>in-network</i> (interni), ha meno spese non rimborsabili.</p>
assicurazione	<p>Contratto che obbliga l'assicurazione sanitaria con cui il contraente ha sottoscritto una polizza a pagare alcune o la totalità delle spese sanitarie in cambio di un premio.</p>
<i>Marketplace</i>	<p>Un mezzo con cui individui, famiglie e piccole imprese possono conoscere le loro opzioni di copertura sanitaria, confrontare piani assicurativi sanitari in relazione a costi, vantaggi e altre caratteristiche importanti, scegliere un piano e sottoscrivere una copertura assicurativa. Il <i>Marketplace</i> offre anche informazioni su programmi che aiutano gli individui con redditi medio-bassi a trovare strumenti per la copertura. Offre inoltre informazioni su soluzioni per risparmiare sui premi mensili e sui costi non rimborsabili per la copertura attraverso il <i>Marketplace</i>, nonché informazioni su altri programmi, compreso il programma <i>Medicaid</i> e il "Programma di assicurazione sanitaria per i bambini" (<i>Children's Health Insurance Program -CHIP</i>). Il <i>Marketplace</i> favorisce la concorrenza tra i piani sanitari privati, è accessibile attraverso siti <i>web</i> e <i>call center</i> e fornisce anche assistenza di persona.</p>
livello di copertura	<p>I piani sanitari offerti nel <i>Marketplace</i> si suddividono in categorie definite con i nomi di alcuni metalli. Le categorie sono bronzo, argento, oro e platino e ognuna di esse è associata ad un valore attuariale. Il valore attuariale è la percentuale dei costi medi totali delle indennità coperte previsti in un piano. Se, ad esempio, un piano ha un valore attuariale del 70%, al contraente spetterà in media l'onere del 30% dei costi di tutte le indennità coperte. Tuttavia, a seconda delle sue esigenze sanitarie effettive e dei termini della sua polizza assicurativa, al contraente potrebbe essere attribuita una maggiore o minore percentuale del totale dei costi dei servizi coperti nel corso dell'anno. La categoria "platino" garantisce il maggior livello di copertura, seguita da "oro", "argento" e "bronzo".</p>

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

cure mediche non necessarie	Servizi sanitari o beni che sono definiti non necessari per prevenire, diagnosticare o curare una malattia, una lesione, una patologia o i sintomi di una malattia e che rientrano negli standard riconosciuti in campo medico.
<i>Obamacare</i>	Talvolta l' <i>Affordable Care Act</i> viene anche definito <i>Obamacare</i> .
esterno (out of network (OON))	Si riferisce alle cure prestate da medici e altri operatori sanitari, presso cliniche, poliambulatori, ospedali e studi medici e altri operatori sanitari che non sono convenzionati con la compagnia di assicurazione sanitaria del contraente per l'erogazione di servizi sanitari. Solitamente, quando il contraente riceve assistenza da operatori esterni (out-of-network), ha più spese non rimborsabili.
indennità (<i>out of network</i> (OON))	Copertura di indennità per servizi erogati da medici e altri professionisti sanitari non convenzionati con il piano sanitario del contraente.
costi non rimborsabili	Spese del contraente per cure mediche che non sono rimborsate dall'assicurazione. I costi non rimborsabili comprendono franchigie, coassicurazione e ticket per i servizi coperti cui si aggiungono tutti i costi per i servizi non coperti.
massimo non rimborsabile	Importo massimo corrisposto dal contraente durante il periodo di validità della polizza (di solito un anno) prima che l'assicurazione o il piano sanitario comincino a pagare il 100% dell'importo concesso. Questo limite non comprende mai il premio, le spese di fatturazione o le spese sanitarie non coperte dall'assicurazione sanitaria o dal piano sanitario del contraente. Alcune assicurazioni sanitarie o piani sanitari non considerano, per il raggiungimento di questo limite, i ticket, le franchigie, i pagamenti coassicurativi, i pagamenti <i>out-of-network</i> o altre spese sostenute dal contraente. Nel caso di <i>Medicaid</i> e <i>CHIP</i> , il limite comprende anche i premi. Perfino nella categoria "bronzo", il massimo non rimborsabile è pari a \$6.350 (il massimo non rimborsabile per una famiglia è pari a \$12.700). Le altre categorie hanno costi non rimborsabili inferiori.
operatore sanitario partecipante	Medico, dentista o altro professionista sanitario, ospedale o struttura sanitaria che hanno un contratto con una compagnia di assicurazione sanitaria per l'erogazione ai suoi clienti di servizi a un determinato costo.

Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

<i>Point of Service</i> (punto di servizio (POS))	Un tipo di piano in cui il contraente paga di meno se ricorre a medici, ospedali e altri operatori sanitari che fanno parte del network del piano. I piani POS richiedono che il contraente ottenga una impegnativa dal proprio medico di base per ricorrere alle cure di uno specialista.
<i>Preferred Provider Organization</i> (organizzazione con scelta dell'operatore sanitario (PPO))	Tipo di piano sanitario che prevede la sottoscrizione di un contratto con fornitori di servizi sanitari, quali ospedali e medici, con l'obiettivo di creare un network di operatori sanitari partecipanti. Il contraente paga di meno se ricorre a operatori che appartengono al network del piano. Il contraente può ricorrere a medici, ospedali e operatori esterni, ma con una serie di costi aggiuntivi.
premio	Importo da pagare per l'assicurazione sanitaria o il piano sanitario sottoscritto dal contraente. Di solito il contraente o il suo datore di lavoro pagano il premio con scadenza mensile, trimestrale o annuale.
<i>Qualified Health Plan</i> (piano sanitario qualificato)	Piano assicurativo previsto dall' <i>Affordable Care Act</i> che entrerà in vigore a partire dal 2014. Si tratta di un piano certificato dall' <i>Health Insurance Marketplace</i> che fornisce indennità sanitarie essenziali, segue limiti prestabiliti per la ripartizione dei costi (franchigie, ticket, importi massimi non rimborsabili) e soddisfa altri requisiti. Un piano sanitario qualificato riceverà una certificazione da ogni <i>marketplace</i> presso cui è venduto.
impegnativa	Un ordine scritto del medico di base che richiede al paziente di recarsi presso uno specialista o di ricevere determinati servizi medici. In molte HMO, il contraente deve avere l'impegnativa prima di poter ricevere assistenza medica da altri operatori diversi dal medico di base. Se il contraente non si fa consegnare l'impegnativa, il piano ha la facoltà di non pagare i servizi erogati.
auto-assicurato	Tipo di piano utilizzato solitamente in aziende di grandi dimensioni, in cui il datore di lavoro riceve i premi dai contraenti e si assume l'onere di pagare le richieste di rimborso delle spese mediche dei dipendenti e delle persone a carico. Tali datori di lavoro possono decidere di affidare a terzi servizi assicurativi come la sottoscrizione di assicurazioni e piani, la presentazione di richieste e la stipula di convenzioni con reti di operatori sanitari; tuttavia, essi possono anche autogestirsi.
<i>Marketplace</i> per le piccole imprese	Il <i>Marketplace</i> per le piccole imprese fa parte del <i>NY State of Health</i> e offre piani sanitari a costi contenuti alle piccole imprese con un numero di dipendenti non superiore a 50 unità.



Lista di termini assicurativi e definizioni per l'omogeneità delle traduzioni

credito d'imposta	Individui e proprietari di piccole imprese possono avere i requisiti per usufruire dei crediti di imposta che riducono il costo dell'assicurazione sanitaria. Tali crediti di imposta sono disponibili attraverso il <i>NY State of Health</i> .
Il <i>Marketplace</i> ufficiale per i piani sanitari	Così viene definito il <i>NY State of Health</i> . I cittadini di New York possono acquistare, confrontare e sottoscrivere piani sanitari di qualità a basso costo attraverso il <i>NY State of Health</i> .
analisi della necessità clinica dell'assistenza erogata	La procedure di esame dei servizi sanitari che un paziente ha ricevuto.