



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

Término	Definición
valor actuarial	El porcentaje del total de costos promedio para beneficios cubiertos en un plan. Por ejemplo, si un plan tiene un valor actuarial de 70%, en promedio, usted será responsable del 30% de los costos de todos los beneficios cubiertos. Sin embargo, usted puede ser responsable de un porcentaje mayor o menor del total de los costos de servicios cubiertos en el año, dependiendo de sus necesidades reales de atención médica y de los términos de su póliza de seguro.
Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act)	La ley de reforma integral a la atención médica se promulgó en marzo de 2010. La ley entró en vigor en dos partes: La Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) se aprobó el 23 de marzo de 2010 y se enmendó con la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) el 30 de marzo de 2010. El nombre "Ley de Atención Médica Asequible" se usa para referirse a la versión final y enmendada de la ley.
cargo permitido	<p>El monto máximo que un asegurador considerará pagar por un servicio, incluyendo cualquier monto que el paciente tenga la responsabilidad de pagar. Para los proveedores de la red, el cargo permitido se basa en los contratos con los proveedores. Para los proveedores fuera de la red, los cargos permitidos podrían ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los mismos que para los proveedores de la red, • basados en un porcentaje del monto que Medicare pagaría por los mismos servicios, o • cargos Usuales, Habituales y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés), un monto que su plan establezca como razonable por ese servicio en su área local.
monto permitido	El monto máximo en el que se puede basar el pago de servicios cubiertos de atención médica. Se puede llamar "gasto elegible", "pago asignado" o "cuota negociada". Si su proveedor cobra un monto superior al permitido, usted podría tener que pagar la diferencia.
apelación de la cobertura	Una solicitud a su asegurador o plan de seguro médico para revisar de nuevo una decisión o queja.



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

queja	Si siente que su proveedor de atención médica lo(a) ha discriminado a usted (o a alguien más) debido a su raza, origen nacional, discapacidad, o edad, usted podría presentar una queja de derechos civiles.
copagos	Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio cubierto de atención médica, generalmente cuando usted obtiene el servicio. El monto puede variar por el tipo de servicio cubierto de atención médica.
coaseguro	Su parte de los costos de un servicio cubierto de atención médica, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio. Usted paga el coaseguro y cualquier deducible que adeude. Por ejemplo, si el monto permitido del seguro médico o del plan para acudir a un consultorio es \$100, y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coaseguro de 20% sería de \$20. El seguro médico o el plan paga el resto del monto permitido.
reducciones por compartir el costo	Un descuento que reduce el monto que usted debe desembolsar directamente por deducibles, coaseguro y copagos. Usted puede acceder a esta reducción si obtiene el seguro médico por medio del Mercado, si sus ingresos están por debajo de un nivel determinado, y si elige un plan médico de la categoría plan "Silver" (plata). Si usted es miembro de una tribu reconocida federalmente, podría ser elegible para beneficios adicionales de reducciones por compartir el costo.
servicios cubiertos	Los servicios médicos, procedimientos, medicamentos con receta y otros servicios de atención médica que su asegurador paga bajo su plan. Tenga en cuenta que no toda la atención está cubierta. Por ejemplo, algunos planes no pagan medicamentos disponibles sin receta. Incluso si un servicio está cubierto, usted podría tener que hacer un copago o pagar coaseguro, solicitar autorización previa u obtener una remisión de su médico de atención primaria antes de que su asegurador realice el pago. Su póliza debe contener una lista detallada de lo que está y no está cubierto.
fecha de servicio	La fecha en que usted recibe un servicio de atención médica o acude a un proveedor o instalación



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

	de atención médica.
deducible	El monto que usted debe por servicios de atención médica que su seguro médico o plan cubre antes de que su seguro médico o plan comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted llegue al deducible de \$1,000 por servicios cubiertos de atención médica sujetos al deducible. El deducible podría no aplicarse a todos los servicios.
denegación	La decisión de una compañía de seguros médicos de no pagar un servicio, examen o tratamiento por no estar cubierto en su plan de seguro médico, o no ser considerado médicamente necesario de acuerdo con los beneficios y reglas de los planes de seguro médico.
suspensión	La acción de una compañía de seguros médicos de dejar de ofrecer un plan específico de seguro médico.
condición médica de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría atención médica inmediata para evitar daño serio.
exclusión	Los servicios de atención médica que su seguro médico o plan no paga o no cubre.
Organización de proveedor exclusivo (Exclusive Provider Organization o EPO, por sus siglas en inglés)	Un plan administrado de atención en el que los servicios solamente se cubren si usted acude a los médicos, especialistas u hospitales en la red del plan (excepto en caso de emergencia).
exención	En relación con la Ley de Atención Médica Asequible, una exención se refiere a una exoneración que ciertas personas, en situaciones específicas, pueden obtener y que signifique que no tienen que cumplir con el requisito de tener seguro médico. Para ver una lista de circunstancias que pueden ser elegibles de exención, visite healthcare.gov .
explicación de beneficios	Su asegurador le proporcionará una explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) después de que usted le haya enviado una reclamación de atención médica o después de que un



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

	<p>proveedor le haya enviado una reclamación a su asegurador en nombre de usted. EOB incluirá una explicación detallada de cómo su asegurador/administrador determinó el monto de reembolso hecho a su proveedor o a usted por un servicio médico específico. EOB también incluirá información sobre cómo apelar o cuestionar la decisión de reembolso de su asegurador. Tenga en cuenta que usted podría no recibir una EOB por atención médica que haya recibido de un proveedor o una instalación que de la red de su asegurador sino se requiere que usted pague esos servicios.</p>
asistencia financiera	<p>El monto en dólares de crédito fiscal que alguien recibe con el fin de usarlo para su prima de seguro médico y que reduce el costo del seguro médico, disponible únicamente a través de NY State of Health.</p>
recetario	<p>Una lista de medicamentos con receta, cubiertos en un plan de medicamentos con receta u otro plan de seguros que ofrezca beneficios de medicamentos con receta. También se llama lista de medicamentos.</p>
plan médico protegido	<p>Tal como se emplea en relación con la Ley de Atención Médica Asequible: exento de ciertas disposiciones de esta ley.</p>
reforma de atención médica	<p>Vea Ley de Atención Médica Asequible</p>
Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization o HMO, por sus siglas en inglés)	<p>Un tipo de plan de seguro médico que usualmente limita la cobertura a atención de médicos que trabajan para o que están contratados en una HMO. Usualmente no cubre atención fuera de la red, excepto en caso de emergencia. Una HMO podría exigir que usted viva o trabaje en su área de servicio a fin de ser elegible para cobertura. A menudo, las HMO proporcionan atención integrada y se enfocan en prevención y bienestar.</p>
Cuentas de ahorro para la salud (Health Savings Account HSA por sus siglas en inglés)	<p>Una cuenta de ahorro médico disponible para contribuyentes inscritos en un Plan de seguro médico con deducible alto. Los fondos depositados en la cuenta no están sujetos a impuesto federal sobre la renta en el momento del depósito. Los fondos deben usarse para pagar gastos médicos elegibles. Si un empleador así lo dispone, los empleados podrán transferir hasta \$500 al siguiente año calendario.</p>



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

En red	Corresponde a tratamiento de médicos, clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios médicos y otros proveedores con los que su plan tenga un acuerdo de prestación de servicios para sus asegurados. Generalmente, usted hará menos desembolsos directos cuando reciba tratamiento de proveedores en red.
seguro	Un contrato que requiere que su compañía de seguro médico pague parte o todos los costos de atención médica a cambio de una prima.
Mercado	Un recurso en el que individuos, familias y pequeñas empresas pueden conocer sus opciones de cobertura médica; comparar planes de seguro médico con base en costos, beneficios y otras características importantes; elegir un plan, e inscribirse en una cobertura. El Mercado también proporciona información sobre los programas que ayudan a las personas de bajos o moderados ingresos y recursos para pagar la cobertura. Esto incluye maneras de ahorrar en las primas mensuales y en los costos directamente desembolsables disponibles a través del Mercado, e información sobre otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés). El Mercado promueve la competencia entre planes privados de seguro médico, y está accesible en sitios web, centros de llamadas y asistencia en persona.
categoría de planes de seguros médicos	Los planes de seguros médicos que se ofrecen a través del Mercado caen en categorías llamadas "niveles metálicos" ("metal tiers"). Estas son bronce, plata, oro y platino, y se asocian a un valor actuarial. El valor actuarial es el porcentaje del total de costos promedio para beneficios cubiertos en un plan. Por ejemplo, si un plan tiene un valor actuarial de 70%, el consumidor será responsable, en promedio, del 30% de los costos de todos los beneficios cubiertos. Sin embargo, usted podría ser responsable de un porcentaje mayor o menor del total de los costos de servicios cubiertos en el año, dependiendo de sus necesidades reales de atención médica y los términos de su póliza de seguro. La categoría platino proporciona el mayor nivel de cobertura, seguido de las categorías oro, plata y bronce.
no médicamente necesario	Servicios o suministros de atención médica que no se consideran necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas, y que



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

	cumplen los estándares aceptados en medicina.
Obamacare	La Ley de Atención Médica Asequible se conoce a veces como Obamacare
fuera de la red (out of network o OON, por sus siglas en inglés)	Corresponde al tratamiento de médicos, clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios médicos y otros proveedores que no tienen un acuerdo con su compañía de seguro médico para proporcionar servicios a sus asegurados. Generalmente, usted hará más desembolsos directos cuando recibe tratamiento de proveedores fuera de la red.
beneficio fuera de la red (OON)	Cobertura de un plan de beneficio por servicios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica que no estén contratados por su plan de seguro médico.
costo de desembolso directo	Sus gastos por atención médica que no son reembolsados por el seguro. Los costos de desembolso directo incluyen deducibles, coaseguro y copagos por servicios cubiertos, y todos los costos por servicios que no están cubiertos.
máximo de desembolso directo	El máximo que usted paga durante un periodo de póliza (generalmente un año) antes de que su seguro o plan médico comience a pagar el 100% del monto permitido. Este límite nunca incluye su prima, cargos facturados por saldo pendiente, ni la atención médica que su seguro o plan médico no cubre. Algunos seguros o planes médicos no cuentan sus copagos, deducibles, pagos de coaseguro, pagos de fuera de la red u otros gastos para este límite. En Medicaid y CHIP, el límite incluye las primas. Incluso en la categoría más baja, el máximo que una persona tendría desembolsar directamente es \$6,350 (lo máximo que una familia desembolsaría directamente es \$12,700). Otras categorías tienen menores desembolsos directos.
proveedor participante	Un médico, dentista u otro profesional de atención médica, así como un hospital o instalación de atención médica, que tenga un contrato con una compañía de seguros médicos para proporcionar servicios a sus asegurados por una cuota específica.
Plan de punto de servicio (Point of Service o POS, por sus siglas en inglés)	Un tipo de plan en el que usted paga menos si usa médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenezcan a la red del plan. Los planes POS también requieren una remisión de su médico de atención primaria para ver a un especialista.



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

Organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, o PPO por sus siglas en inglés)	Un tipo de plan que tenga un contrato con proveedores de atención médica, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Usted paga menos si usa proveedores que pertenezcan a la red del plan. Usted puede ir a médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.
prima	El monto que debe pagar por su seguro o plan médico. Usted, o usted y su empleador, generalmente lo pagan mensual, trimestral o anualmente.
Plan de salud calificado (Qualified Health Plan)	Según la Ley de Atención Médica Asequible, a partir de 2014, un plan de seguro que esté certificado por el Mercado de Seguro Médico (Health Insurance Marketplace), proporciona beneficios médicos esenciales, cumple con los límites establecidos de compartir costos (como deducibles, copagos y montos máximos de desembolso directo) y con otros requisitos. Un plan médico calificado tendrá una certificación de cada Mercado en el que se venda.
remisión	Una orden por escrito de su médico de atención primaria para que usted vea a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. En muchas HMO, usted necesita una remisión antes de obtener atención médica de cualquier persona, con excepción de su médico de atención primaria. Si usted no obtiene una remisión primero, el plan podría no pagar los servicios.
autoasegurado	Tipo de plan generalmente presente en las grandes compañías, en las que el empleador cobra las primas de los asegurados y asume la responsabilidad de pagar las reclamaciones médicas de los empleados y sus dependientes. Estos empleadores pueden contratar servicios de seguros, como inscripción, procesamiento de reclamaciones y redes de proveedores con un tercero que los administre, o pueden autoadministrarlos.
Mercado de pequeñas empresas	El Mercado de pequeñas empresas es parte de NY State of Health y ofrece planes de seguro médico a bajo costo para pequeñas empresas de 50 o menos empleados.
crédito fiscal	Los individuos o propietarios de pequeñas empresas podrían ser elegibles de crédito fiscal que reducirá el costo del seguro médico. Este crédito fiscal está únicamente disponible a través de NY State of Health.
El mercado oficial de plan de seguro médico (The Official	Este es el eslogan de NY State of Health. Los neoyorquinos pueden comprar, comparar e inscribirse en planes de seguro médico asequibles y de bajo costo a través de NY State of Health.



Lista de términos y definiciones de seguros para traducción uniforme

Health Plan Marketplace)	
revisión de utilización	El proceso de examinar los servicios de atención médica que un paciente ha recibido.