



# Glosario

## Términos de cobertura explicados

Los términos de la cobertura de salud pueden ser difíciles de entender. Nuestro glosario explica algunos de los términos más utilizados para ayudar a asegurarse de que tiene toda la información necesaria para tomar decisiones informadas acerca de su plan de cobertura.

### A

#### **Autorización previa**

Es un paso extra que pueden exigir algunos planes de salud antes de cubrir un servicio o medicamento recetado. Este paso requiere obtener permiso de su plan, antes de cubrir un medicamento recetado. (Vea también pre autorización, terapia escalonada y fracasa primero).

### C

#### **Copago**

Un copago es un monto fijo – o tarifa fija – que un paciente debe pagar con su propio dinero (fuera de su bolsillo), por ciertos servicios o medicamentos. Los planes especifican cuál será este monto para diversos servicios relacionados a la salud, tales como visitas a un médico o especialista, visita a la sala de emergencias, o medicamentos recetados. Los copagos están establecidos por los planes de seguro de salud y están usualmente escritos en las tarjetas de los seguros de salud.

#### **Coseguro**

El coseguro es un porcentaje de los costos que el paciente debe pagar con su propio dinero (fuera de su bolsillo). Los planes especifican cuál será este porcentaje por diversos servicios relacionados con la salud, tales como visitas a un especialista, visita a la sala de emergencias, o medicamentos recetados. Dado que el coseguro es un porcentaje de los costos totales, es difícil estimar y planearlo de antemano.

#### **Costo fuera de su bolsillo**

Es un gasto por cuidado médico que un paciente debe pagar con su propio dinero, y no reembolsable por parte del seguro. Los costos fuera de su bolsillo pueden incluir los deducibles, coseguros y copagos por servicios. La Ley de Cuidado de Salud Asequible exige que la mayoría de los planes de salud

tenga un máximo anual de costos fuera de bolsillo, para la mayoría de los servicios de cuidado de salud.

#### **Costos compartidos**

Es el monto que los planes de seguro exigen al paciente pagar de su propio bolsillo, por ejemplo, los copagos, el coseguro y los deducibles.

### D

#### **Deducible**

Es el monto que los pacientes deben pagar anualmente con su propio dinero (fuera de su bolsillo), antes de que el plan de salud pague por algún gasto. Este monto no incluye las primas. Por ejemplo, si el deducible es \$1,000, el plan de salud no pagará nada hasta que el paciente haya pagado \$1,000 fuera de bolsillo.

#### **Deducible combinado**

Un deducible – el monto total que un paciente debe pagar de su bolsillo anualmente, antes de que el plan de salud empiece a pagar— que incluye tanto cuidado médico como medicamentos recetados. Este monto no está incluido en las primas. Por ejemplo, si el deducible es \$1,000, el plan de salud no pagará por la mayoría del cuidado, hasta que el paciente haya pagado \$1,000 fuera de su bolsillo.

### F

#### **Formulario**

Es la lista de medicamentos recetados que un plan de seguros cubre. Un medicamento que no está cubierto no está incluido en la lista de medicamentos que la aseguradora cubre. Los pacientes deben pagar el costo de los medicamentos que no están cubiertos, o tramitar a través del procedimiento de excepciones para lograr que se cubra. (Vea también lista de medicamentos o niveles).

## **Fracasa primero**

Las aseguradoras pueden exigir que los pacientes utilicen ciertos medicamentos, antes de obtener el medicamento recetado originalmente por su médico. A esto se le llama, a veces, terapia escalonada. (Vea también autorización previa y terapia escalonada).



## **Intercambio de seguros de salud**

Es un lugar donde el consumidor puede comprar seguros de salud. Disponible en línea, el intercambio es un lugar donde los consumidores se registran en un plan. La Ley de Cuidados de Salud Asequibles creó intercambios estatales y federales donde los consumidores pueden comprar seguros y posiblemente obtener ayuda con los pagos de las primas. (Vea también mercado de seguros de salud).



## **Lista de medicamentos**

Es la lista de medicamentos recetados que el plan de salud cubre. Un medicamento no-cubierto no está incluido en la lista de medicamentos recetados, recomendados por una aseguradora. Los pacientes deben pagar el costo de los medicamentos no-cubiertos, o tramitar para lograr que se cubra. (Vea también formulario o niveles).



## **Mercado de seguros de salud**

Creados por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, el mercado es un intercambio operado por el gobierno federal o estatal, donde los consumidores pueden comprar seguros de salud. Disponible en línea, el intercambio es un lugar donde los consumidores se registran en un plan y pueden posiblemente obtener ayuda con los pagos de las primas. (Vea también intercambio de seguros de salud).



## **Niveles**

La lista de medicamentos cubiertos por un plan de seguro está dividida a veces en niveles, usualmente tres o cuatro. Los niveles más bajos (Nivel 1 o Nivel 2) típicamente exigen

copagos, o montos fijos de \$10-\$50 dólares. Los niveles más altos (Nivel 3 o Nivel 4) probablemente exigen un coseguro, o porcentaje del costo del medicamento, siendo, por lo tanto, más difíciles de predecir. El formulario de un plan incluye el nivel que tiene un medicamento. (Vea también formulario y lista de medicamentos).



## **Período de inscripción abierta**

Cada año los planes de salud tienen un período de tiempo asignado, en la que los consumidores pueden hacer cambios en su cobertura, para el siguiente año. Los empleadores establecen períodos de inscripción abierta, para sus empleados. Para el intercambio o mercado de seguros de salud, la inscripción abierta va de noviembre 15 de 2014, a febrero 15 de 2015, para la cobertura de 2015. Recuerde que inscripción abierta significa el tiempo para realizar cambios y para reinscribirse en un seguro.

## **Pre autorización**

Para algunos servicios de salud, planes de tratamiento o medicamentos recetados, un plan de cuidado de salud puede exigir que el servicio o los tratamientos sean considerados como médicamente necesarios. En este caso, una aseguradora en salud otorga una pre autorización, antes de que el paciente reciba los servicios, pero esto no garantiza que los costos sean cubiertos. (Vea también autorización previa).

## **Prima**

Es la cantidad pagada por un seguro de salud, ya sea mensual, trimestral o anualmente. Los pagos de las primas varían según el tipo de cobertura y según los costos compartidos exigidos por el plan. Las primas no cuentan para un deducible.



## **Terapia escalonada**

Las aseguradoras pueden exigir que los pacientes utilicen ciertos medicamentos, antes de permitir que el paciente obtenga el medicamento que el médico originalmente recetó. A esto también se le llama a veces fracasa primero. (Vea también autorización previa y fracasa primero).