



Guía de Referencia Rápida en Lenguaje Sencillo

Para Inscripción en Seguro de Salud

¿Está intentando inscribirse en la cobertura de salud o está intentando inscribir a usuarios del Programa Ryan White contra VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés) en nuevas opciones de cobertura de salud? Use este glosario para lo siguiente:

1. Explicar términos y frases de inscripción que sean confusos.
2. Lograr entender los términos técnicos comunes que se usan durante el proceso de inscripción.

Al final de esta guía hay una lista de palabras en inglés y español para ayudarle encontrar términos.

A table comparing the English to Spanish terms is included at the end of this guide to help you find a word.

A

Agente/Corredor de Seguros

Una persona que puede ayudarle a aplicar e inscribirse en un Plan de Salud Calificado (QHP, por sus siglas en inglés) a través del Mercado.

Un agente/intermediario puede recomendarle en qué plan usted debería inscribirse. Los agentes/intermediarios están habilitados y regulados por el estado y suelen recibir pagos por parte de una empresa de seguros de salud para inscribirlo(a) a usted en los planes de la empresa. Algunos agentes/intermediarios quizás solo puedan vender planes de empresas específicas. (Ver *Plan de Salud Calificado*)

Ahorros Extra

(Ver *Reducciones de Costos Compartidos*)

Alcance

Maneras de dar información, de llevar personas a servicios.

Apelación

Una solicitud para que la compañía del seguro de salud o el Mercado revisen una decisión que rechaza un beneficio o pago.

Asistencia

Ayuda

Asistencia Financiera/ Ayuda Financiera

Ayuda para pagar por los costos de seguro. Usted pudiera obtener ayuda para pagar las primas o gastos por cuenta propia. (Ver *Crédito Fiscal Anticipado para la Prima, Gastos de su bolsillo*).

Asistente para la Inscripción

Una persona que está capacitada para ayudarle a buscar opciones de seguro de salud a través del Mercado. Un asistente para la inscripción puede ayudarle a entender para qué planes es elegible usted, comparar planes de salud y completar formularios de solicitud. Los asistentes para la inscripción pueden proporcionar información, pero no pueden decirle qué plan de salud elegir. Su ayuda es gratuita. Los asistentes para la inscripción incluyen a los Asesores Certificados para la Aplicación, asistentes presenciales y orientadores.

Asistente en Persona (IPA, por sus siglas en inglés)

Un miembro del personal que está entrenado para ayudarle a buscar opciones de seguro de salud a través del Mercado de Seguros. Ellos pueden ayudarle a entender lo que usted es elegible para recibir, comparar los planes de salud y completar los formularios de solicitud. Los asistentes en persona pueden proporcionar información, pero no le pueden decir qué plan de salud debe elegir. La ayuda de ellos es gratuita.

Atención Integrada

Un modelo del cuidado de la salud que implica un alto grado de colaboración y comunicación entre profesionales de la salud acerca de sus pacientes para elaborar un plan integral de atención que incluya múltiples áreas del cuidado de la salud, como la atención primaria, la salud del comportamiento y los servicios sociales. La atención integrada también puede referirse a la coordinación de las finanzas, beneficios, servicios de atención y/o requerimientos administrativos del cuidado de la salud entre aseguradoras para personas con más de una forma de cobertura de salud. (Ver *Doble Elegibilidad*)

Autónomo, que Trabaja por Cuenta Propia

Una persona que trabaja por cuenta propia y que no tiene un jefe. Por ejemplo, usted es dueño de su propio negocio o trabaja como un profesional independiente.

Autorización Previa

Un proceso utilizado por su plan de salud para determinar si se cubrirá un procedimiento, servicio, medicación o equipamiento médico que se haya prescrito. La autorización previa también se menciona como precertificación, preautorización o aprobación previa.

B

Base(s) de Datos Electrónica(s)

Información organizada que se almacena y se accede en una computadora. Por ejemplo, la información acerca de sus ingresos se almacena en una computadora por el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) de su declaración de impuestos. Esta información puede ser accedida por personas autorizadas para comprobar sus ingresos para su solicitud de seguro de salud.

Beneficios

Los servicios de atención médica o artículos cubiertos bajo un plan de seguro de salud. Los beneficios cubiertos y servicios excluidos aparecen listados en los documentos de cobertura del plan de seguro de salud.

En Medicaid y en Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), los beneficios cubiertos y servicios excluidos son definidos por las reglas del programa estatal. (Ver *Medicaid, Programa de Seguro de Salud para Niños*)

Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés)

Los 10 tipos de servicios de salud que deben ser cubiertos por los planes de seguro de salud a partir de 2014, que incluye:

1. Servicios ambulatorios para pacientes (atención que usted recibe sin internación en un hospital)
2. Servicios de emergencia (evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore)
3. Hospitalización (atención en un hospital que requiere internación como paciente intrahospitalario y, por lo general, implica pasar la noche allí. Pasar la noche en observación puede ser un servicio de atención sin hospitalización)
4. Cuidados por embarazo, maternidad y nacimiento (tanto antes como después del nacimiento)

5. Servicios de salud mental y consumo de sustancias, incluyendo el tratamiento para la salud del comportamiento
6. Medicamentos recetados (medicación que, por ley, requiere una prescripción)
7. Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a que las personas con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas alcancen o recuperen las capacidades mentales y físicas)

Bolsa basada en el Estado/Mercado basado en el Estado

Bolsas/Mercados administrados por el estado responsables de realizar todas las funciones de Mercado para apoyar la inscripción de las personas en una cobertura de salud.

C

Calificar

Cumplir con los requisitos para obtener seguro.

Centro de llamadas

Un número telefónico para pedir ayuda para aplicar, inscribirse y usar la cobertura de salud. La ayuda suele estar disponible en varios idiomas.

Clínica de Cuidados Urgentes

Lugar al cual dirigirse para recibir atención cuando tiene una enfermedad o una lesión que no sea vital y cuando un doctor común no está disponible. (Ver *Departamento de Emergencia*)

Cobertura de Seguro de Salud

Un acuerdo que usted hace con un pagador para ayudarlo a pagar por la atención médica, como las consultas con doctores y los medicamentos. La aseguradora paga parte de sus costos por la atención de salud porque usted estuvo realizando pagos regulares (primas) a la compañía de seguro. Alguien más, como ADAP, puede hacer estos pagos por la persona. (Ver *Prima, Cobertura Pública, Seguro de Salud Privado*)

Tenga en cuenta que el Programa Ryan White contra VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés) no es un seguro de salud. (Ver *Programa Ryan White contra VIH/SIDA*)

Cobertura Integral

Un plan de seguro de salud que cubre toda la gama de cuidado que usted pueda necesitar. Esto puede incluir servicios de prevención (como vacunas contra la influenza), exámenes físicos, medicamentos recetados y servicios médicos o cuidado hospitalizado.

COBRA (sigla en inglés para la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria permite que las personas que pierden su empleo puedan continuar con su cobertura de seguro patrocinada por el empleador por hasta 18 meses.

Cobertura Pública

Programas de cobertura de salud que están financiados y administrados por el gobierno estatal y/o federal. La cobertura pública incluye programas tales como Medicaid, Medicare, TRICARE y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). (Ver *Medicaid, Medicare, Programa de Seguro de Salud para Niños, TRICARE*)

Conocimientos sobre el Seguro de Salud

El nivel de información, capacidad y confianza que tienen las personas para encontrar y evaluar datos sobre los planes de salud, seleccionar el mejor plan para sus propias circunstancias financieras o de salud (o las de su familia) y usar el plan una vez inscriptos.

Conocimientos sobre la Salud Organizacional

El nivel en que las organizaciones ayudan de manera equitativa a que las personas encuentren, entiendan y utilicen información y servicios para tomar decisiones informadas y acciones relacionadas con la salud para ellos mismos y para otros.

Conocimientos sobre la Salud Personal

El nivel en que las personas tienen la capacidad para encontrar, entender y utilizar información y servicios para tomar decisiones informadas y acciones relacionadas con la salud para ellos mismos y para otros.

Consejero Certificado para Solicitantes (CAC, por sus siglas en inglés)

Un tipo de asistente de inscripción capacitado para ayudarle:

- Identificar opciones de seguro de salud
- Comparar opciones de seguro de salud
- Completar formularios de solicitud

Los CAC pueden brindarle información sobre distintos planes de salud, pero no pueden decirle qué plan de salud elegir. Sus servicios son gratuitos. (Ver *Asistente de Inscripción, Mercado*)

Contratista Independiente

Personas que trabajan en el comercio, empresas o profesiones independientes y que ofrecen servicios al público general. Habitualmente, una persona es un contratista independiente si quien le paga tiene derecho a controlar o dirigir solo el resultado del trabajo, y no lo que se hará y cómo se hará. Usted no es un contratista independiente si ofrece servicios que pueden estar controlados por un empleador (qué se hará y cómo se hará). Si usted es un contratista independiente, usted es autónomo(a) y sus ganancias están sujetas al Impuesto de Autónomos. (Ver *Empleado*)

Control de la Utilización

Una política que aplican las compañías de seguro para evaluar la necesidad médica, la pertinencia y la eficacia clínica de un servicio, un medicamento o un procedimiento para el cuidado para controlar el costo de un beneficio médico cubierto. Los métodos habituales para el control de la utilización incluyen la autorización previa y la terapia escalonada. (Ver *Necesidad Médica, Autorización Previa y Terapia Escalonada*)

Copago

Una fija que usted paga por algunos servicios de atención médica. Generalmente, usted paga un copago cuando recibe el servicio. La suma puede cambiar para los distintos tipos de atención. Por ejemplo, su copago podría ser de \$15 cuando usted se presenta para una consulta con el doctor y \$30 cuando usted va a la sala de emergencia.

El copago es diferente de coseguro. El coseguro se paga después que la compañía de seguros paga su porcentaje del costo. Los copagos son usualmente una tarifa fija pagada al momento de recibir el servicio. (Ver *Coseguro*)

Coseguro

Las personas con seguro de salud pueden tener que pagar parte de sus servicios médicos. El coseguro es un porcentaje fijo de un servicio de atención de la salud por el cual usted es responsable de pagar después de haber alcanzado su deducible. (Ver *Deducible*).

Por ejemplo, si su plan tiene un requisito de coseguro de un 20% y un servicio de salud cuesta \$100, su seguro de salud pagaría \$80 y usted tendría que pagar los restantes \$20 si usted ya ha alcanzado su deducible.

El coseguro es diferente de copago. Los copagos son usualmente una tarifa fija pagada al momento de recibir el servicio, y el coseguro se paga después que la compañía de seguros paga su porcentaje del costo. (Ver *Copago*)

Costos No Incluidos (OOP, por sus siglas en inglés)

Costos del cuidado de la salud que no son pagados por el plan de seguro, sino que en cambio se pagan con su propio dinero. Los costos no incluidos abarcan:

- Deducibles
- Coseguro
- Copagos por servicios cubiertos
- Los costos de los servicios que su plan de seguro no cubre

(Ver *Deducibles, Coseguro, Copago*)

Crédito Fiscal

Ver *Crédito Fiscal Anticipado para la Prima*

Crédito Fiscal Anticipado para la Prima Avanzado

El crédito tributario de la prima ayuda a bajar el costo de las primas de seguros de salud para personas con bajos ingresos. Los pagos anticipados del crédito tributario se aplican de inmediato a los pagos de la prima para ayudar a bajar el costo de las primas que se pagan por la cobertura de cuidados de la salud que se contrata para una persona o familia a través del Mercado de Seguros de Salud. (Ver *Prima, Crédito Tributario de la Prima*)

Crédito Fiscal Anticipado para la Prima

Un crédito tributario que ayuda a bajar el costo de las primas para la cobertura de cuidados de salud contratada a través del Mercado de Seguros de Salud. (Ver *Adelantar Crédito Tributario de la Prima, Prima*)

Cuidadodesalud.gov

Ver *Mercado de Seguros*

D

Deducciones

Ciertos gastos que a usted le permiten restar de su ingreso para reducir sus impuestos.

Deducible

El deducible es la suma anual que usted tal vez tenga que pagar por los servicios elegibles del cuidado de la salud antes de que su plan del seguro de salud comience a pagar.

Por ejemplo, si su deducible es \$500, su plan no paga nada hasta que haya pagado \$500 por los servicios médicos cubiertos por su plan de salud. Después de eso, su plan de seguro de salud pagará por los servicios.

Algunos planes tienen deducibles más bajos y otros costos que usted debe pagar. (Ver *Gastos por cuenta propia, Copagos, Coseguro*).

Dentro de la Red

Doctores, clínicas, centros de salud y hospitales cuyos servicios están cubiertos por un plan de seguro de salud, a veces llamados proveedores preferentes. Es importante recibir servicios de salud de parte de doctores, clínicas, centros de salud y hospitales que estén dentro de la red de su plan de salud, cuando sea posible, para mantener sus costos en niveles bajos. (Ver *Fuera de la Red*)

Departamento de Emergencia/Sala de Emergencia

Un lugar al que debe acudir cuando usted está muy enfermo(a), gravemente herido(a), en una situación de amenaza vital o experimentando cualquier otra emergencia médica.

Dependiente

Una persona que depende del apoyo financiero de otra persona, usualmente un miembro de la familia. Un dependiente es una persona que usted incluye en su formulario de impuestos, incluso si la persona no vive con usted.

Bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, usted puede obtener un crédito fiscal anticipado para la prima para ayudar a cubrir el costo del seguro para usted y los dependientes que usted incluye en su formulario de impuestos. (Ver *Crédito Fiscal Anticipado para la Prima*).

Desempleado

Alguien que no tiene un trabajo con paga.

Determinación

Una decisión realizada por su proveedor de seguro acerca de su cobertura de seguro de salud. Por ejemplo, su proveedor de seguro de salud puede decidir no pagar por un servicio que usted recibió.

Discapacidad

Una discapacidad es cualquier condición del cuerpo o de la mente (deficiencia) que provoque que, para una persona que padece esa condición, sea más complicado realizar ciertas actividades (limitación de actividades) e interactuar con el mundo a su alrededor (restricciones de participación). Existen muchos tipos de discapacidades, como las que afectan la visión, el movimiento, el pensamiento, la memoria, la comunicación, la audición, la salud mental o las relaciones sociales de una persona. Algunas discapacidades pueden estar ocultas o ser difíciles de identificar.

Discriminación

Tratar a una persona o a un conjunto de personas de manera injusta o diferente al trato que recibirían otras personas o grupos de personas (por ejemplo, discriminación en función de la raza, el sexo o la identidad de género).

Disparidades de Salud

Las disparidades de salud son diferencias evitables en la carga de una enfermedad, lesión, violencia o en las oportunidades para alcanzar la salud óptima que experimentan ciertos grupos de población y comunidades con características raciales o étnicas.

Doble Elegibilidad

Cuando se cumplen los requisitos para obtener dos formas de cobertura médica al mismo tiempo. Se utiliza comúnmente para referirse a la elegibilidad simultánea de Medicare y Medicaid.

E

Económico

De bajo costo

Elegibilidad Presunta

Cobertura de salud a corto plazo que se inicia de inmediato para que usted pueda recibir servicios médicos mientras se procesa su solicitud de seguro.

Elegible

Si usted reúne los requerimientos para obtener un cierto tipo de cobertura de cuidados de salud.

Empleado

Alguien que tiene un trabajo con paga.

Empleado/Trabajador

Alguien que trabaja para otra persona u organización y se le paga por su trabajo. Los beneficios disponibles para los empleados pueden variar en función de la dimensión del empleador. Algunos trabajadores, en cambio, pueden estar categorizados como contratistas independientes. (Ver *Contratista Independiente*)

Empleador

La persona u organización para quien alguien trabaja. Alguien que trabaja para una empresa que es suya trabaja por cuenta propia o es autónomo. (Ver *Autónomo*)

Equidad de Salud

La ausencia de disparidades o diferencias evitables entre grupos o áreas geográficas socioeconómicas o geográficas en la condición de salud y los resultados de salud, tales como enfermedad, discapacidad o mortalidad.

Especialista

Un doctor que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de atención para la salud. Existen muchos tipos de especialistas, y los proveedores de VIH pueden considerarse especialistas.

Estatus de Inmigración Elegible

Algunos inmigrantes son elegibles (que se les permite) para tener Medicaid o comprar un seguro de salud a través del Mercado de Seguros. Las reglas sobre quién es elegible son diferentes para Medicaid y el Mercado de Seguros. Una familia puede tener algunos miembros que son elegibles y otros miembros que no lo son debido a su estatus migratorio.

Evento Admisibles de la Vida

Un cambio en su vida que puede hacer que sea elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en una cobertura de salud. Ejemplos de eventos admisibles de la vida incluyen mudarse a un estado nuevo, ciertos cambios en sus ingresos y cambios en el tamaño de su familia. (Ver *Período Especial de Inscripción*)

Evento Calificado

Un cambio en su vida que le hace elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en seguro de salud. Ejemplo de eventos calificados son mudarse a otro estado, ciertos cambios en sus ingresos y cambios en el tamaño de la familia (por ejemplo, si se casa, se divorcia o tiene un bebé). (Ver *Período Especial de Inscripción*)

Evento Transformador de la Vida

Cambios en el número de personas en su hogar o en los ingresos, que pueden afectar su elegibilidad para el seguro de salud. Las transformaciones en la vida pueden incluir: ingresos, dónde vive, condición de discapacidad, matrimonio, divorcio, embarazo, nacimiento o adopción de un hijo(a), o entregar a un hijo(a) en adopción, adquirir o perder a un dependiente o cualquier otro evento que modifique sus ingresos o la cantidad de personas en su hogar. (Ver *Hogar, Ingresos, Evento Transformador de la Vida*)

F

Formulario - Lista de medicamentos

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de salud. Esto incluye tanto los medicamentos genéricos como los de especialidad. Un recetario puede incluir cuánto paga usted por cada medicamento.

Fuera de la Red

Los doctores, clínicas, centros de salud y hospitales cuyos servicios pueden costar más o no estar cubiertos en absoluto por su plan de salud. (Ver *Dentro de la Red*)

G

Gastos

Costos

H

Hogar

Usted, su pareja si están casados y sus dependientes fiscales. (Ver *Dependiente*)

I

Identidad de Género

Su sensación interna de ser una chica/mujer/femenino, un muchacho/hombre/masculino, otra sensación o no tener género.

Información Demográfica

Información sobre determinadas características de un grupo de personas, como la orientación sexual, identidad de género, raza, origen étnico, nivel de ingresos y educación.

Ingreso Bruto Ajustado

Los ingresos que usted recibe antes de deducir impuestos, menos ciertas deducciones permitidas, como gastos de negocios y médicos.

Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés)

La cantidad de dinero que usted gana o recibe que se utiliza para decidir si usted es elegible para un plan de salud de menor costo. Generalmente, MAGI es su ingreso bruto ajustado más cualquier Seguro Social exento de impuestos, intereses o ingresos en el extranjero que usted tenga. (Ver *Ingresos brutos*)

Ingresos

Cuánto dinero gana o recibe en un año.

Ingresos Brutos

Los ingresos totales incluyendo dinero en efectivo que usted recibe durante un período de tiempo, generalmente un año, antes de descontar los impuestos.

Ingresos Netos

La cantidad de dinero que gana o recibe en un año, menos lo que usted paga en impuestos.

Ingresos por Intereses

Dinero obtenido de inversiones, como dinero guardado en una cuenta bancaria o acciones. Usted debe incluir los intereses como parte de sus ingresos si usted está solicitando ayuda para pagar el seguro de salud.

Inscripción/Inscribirse

Unirse o registrarse para un plan de salud.

Inscripción Pasiva

Un proceso mediante el cual las personas quedan automáticamente inscritas en un plan de salud. En muchos casos, pero no en todos, las personas tienen la opción de renunciar a una cobertura después de su inscripción.

Intercambio de Seguros

Ver *Mercado de Seguros*

L

Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgéneros (LGBTQ+, por sus siglas en inglés)

Un acrónimo que hace referencia a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer o en cuestionamiento (respecto de la orientación sexual o identidad de género de una persona). (Ver *Orientación Sexual, Identidad de Género*)

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés)

La ley de reforma de salud aprobada en 2010, que hace que el seguro de salud sea accesible y más económico para muchas personas que no tenían seguro de salud antes de que se aprobara la ley. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio es también conocida como Obamacare.

Límite de Costos No Incluidos/Máximo de Costos No Incluidos

El máximo que debe pagar de su bolsillo durante un período de la póliza de seguro de salud (generalmente un año). Después de alcanzar este límite, su plan de seguro de salud pagará el 100% de los gastos permitidos para los servicios cubiertos por su plan de salud.

Por ejemplo, si el límite de gastos de su bolsillo de su plan es \$3,000, una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo en deducibles, copagos y coseguro (todos sumados), usted no tiene que pagar más costos por seguro de salud en el año.

Sin embargo, su prima, los costos de los servicios de salud que su plan no cubre, y ciertos otros costos no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo. Diferentes planes de seguros de salud cuentan cosas diferentes para el límite de gastos de su bolsillo, así que asegúrese de que entiende las reglas de su plan. (Ver *Prima, Deducibles, Coseguro, Fuera de la red*)

Límites de Cantidad

Un límite en la cantidad de medicamentos recetados que pueden dispensarse en una sola vez. Por ejemplo, su plan de salud tal vez tenga un límite para que usted tenga suministro para 30 días de un medicamento en particular cada mes.

M

Mandato Individual

Un requerimiento legal para tener seguro de salud que cumpla con los estándares de cobertura mínima esencial. Algunos estados tienen un mandato individual para seguros de salud, y los residentes de esos estados tal vez tengan que pagar una suma si no obtienen seguros de salud. (La suma a veces es llamada penalidad, multa o pago por responsabilidad individual). Usted puede estar exento(a) del mandato individual si:

- No hay una cobertura asequible disponible para usted
- Si durante el año tuvo una interrupción corta (menos de tres meses consecutivos) en la cobertura
- Si usted califica para una exención de cobertura esencial mínima.

(Ver *Cobertura esencial mínima*)

Medicaid

Programa gubernamental administrado por el estado que ofrece cobertura de salud para:

- Familias y niños con bajos ingresos
- Personas embarazadas
- Ciudadanos de edad avanzada
- Personas con discapacidades
- En algunos estados, otros adultos con bajos ingresos

El gobierno federal proporciona una parte de los fondos para Medicaid y establece normas para el programa. Los estados pueden elegir cómo diseñar su programa de Medicaid. Por eso, Medicaid varía por estado. Los estados pueden tener su propio nombre para este programa.

Medicare

Programa federal de cobertura de salud para personas de 65 años de edad o mayores y ciertas personas menores de 65 años que tengan una discapacidad admisible. La condición de VIH solamente por lo general no alcanza para reunir los requisitos para Medicare. Medicare se divide en diferentes Partes, y cada Parte cubre un aspecto diferente de la atención de una persona (hospital, cuidado médico y medicamentos recetados). Cuando una persona se inscribe en Medicare, elegirá si quiere inscribirse en:

- **Original Medicare:** Incluye la cobertura de la Parte A (hospital) y de la Parte B (cuidado médico). Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados) es opcional y se contrata por separado.
- **Medicare Advantage:** Los planes de Medicare Advantage, también llamados Medicare Parte C, son un conjunto de planes que incluyen cobertura de la Parte A (hospital) y de la Parte B (cuidado médico). Por lo general también se incluye la Parte D (cobertura de medicamentos recetados).

Médico de Cuidados Primarios/ Médico de Cabecera

Su médico principal. Un médico general al que usted va para recibir tratamiento de enfermedades comunes y atención de rutina como chequeos y vacunas. Este médico también le ayuda a decidir si necesita ir al hospital o recibir tratamiento especializado.

Los médicos de atención primaria incluyen:

- Medicina familiar (un médico que atiende personas de todas las edades)
- Pediatras (un médico que atiende niños)
- Internista (un médico que atiende adultos)
- En algunos estados, enfermeras de atención primaria y asistentes de médicos

Mercado de Seguros de Salud

Un servicio que le ayuda a contratar e inscribirse en un seguro de salud. El gobierno federal opera el Mercado de Seguros de Salud, disponible en HealthCare.gov, para la mayoría de los estados. Algunos estados dirigen sus propios Mercados. (Ver Mercado)

N

Navegador

Una persona u organización que está entrenada y que puede ayudar a personas, pequeñas empresas y sus empleados a identificar opciones de cobertura de salud a través del Mercado de Seguros. Los navegadores pueden ayudar a completar los formularios de elegibilidad e inscripción. Ellos están obligados a tratar a todos por igual, y la ayuda de ellos es gratuita.

Necesidad Médica

Servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumplen con las normas médicas aceptadas.

O

Optar Inclusión

Elegir participar en algo. Por ejemplo, una persona puede optar participar (optar inclusión) en el plan de seguro de salud de su empresa.

Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés)

Grupos de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores médicos que trabajan juntos para cuidar de las necesidades de atención médica de pacientes. A veces, una organización de cuidado administrado se llama red o plan de salud.

Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés)

Un plan de atención en el que los servicios están cubiertos solo si se utilizan los doctores, especialistas u hospitales que están en la red del plan (excepto en una emergencia). (Ver Dentro de la Red)

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

Un plan de salud en el que usted paga menos si utiliza proveedores que pertenecen a la red del plan. Los planes de PPO le permiten visitar doctores, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud que están fuera de la red sin una derivación, con un costo adicional.

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

Un plan de salud que normalmente limita la cobertura a la atención por parte de doctores que trabajan para la HMO o tienen contrato con la HMO. Por lo general no cubrirá atención fuera de la red, excepto en una emergencia. Los planes de HMO requieren que usted tenga una derivación de un médico de cabecera para poder ver a un especialista. (Ver Atención Primaria, Especialista)

Orientación Sexual

Cómo las personas caracterizan su atracción emocional y física hacia otros.

P

Pendiente

A la espera de algo (con frecuencia una decisión o aprobación)

Período de Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta es un período de tiempo cada año durante el que usted puede inscribirse en un plan de seguro de salud. Muchos tipos de planes, incluyendo el Mercado, los seguros patrocinados por el empleador y Medicare, tienen períodos de inscripción abierta.

Período Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)

Un período de tiempo fuera del Período de Inscripción Abierta en que usted es elegible para registrarse o cambiar la cobertura de salud basada en el empleo (seguro de salud pagado en parte o en su totalidad por el empleador, también llamado seguro de salud patrocinado por el empleador) o la cobertura de salud del Mercado. También hay Períodos Especiales de Inscripción y Períodos de Inscripción Abierta para Medicare. Las personas elegibles tienen permitido inscribirse en Medicaid y CHIP en cualquier momento. (Ver Inscripción Abierta, Seguro de Salud Patrocinado por el Empleador, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Salud para Niños, Mercado)

Personas que Viven con VIH (PLWH, por sus siglas en inglés)

Las personas que tienen VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Plan de Salud Autorizado (QHP, por sus siglas en inglés)

Un plan de seguro de salud que es aprobado por el Mercado de Seguros. Planes de Salud Autorizados:

- Proporcionan beneficios de salud esenciales
- Siguen límites sobre la cantidad que las personas pagan de su propio bolsillo por servicios cubiertos por el plan de salud, como los límites en deducibles, copagos y cantidad máxima de gastos de su bolsillo
- Cumplen con otros requisitos, como ser un asegurador autorizado.

Un plan de salud autorizado debe ser aprobado por cada Mercado de Seguros en el que se vende. (Ver *Beneficios de Salud Esenciales, Deducibles, Copagos, Límite de gastos de su bolsillo, Mercado de Seguros*)

Planes Fuera del Mercado

Planes de salud vendidos por empresas privadas de seguro. Estos planes pueden o no cumplir con los requerimientos de cobertura mínima esencial, y no son elegibles para créditos tributarios de prima ni otros ahorros basados en sus ingresos. (Ver *Cobertura Mínima Esencial, Créditos Tributarios de la Prima*)

Prima

La suma que usted paga por un plan de seguro de salud. Una prima puede pagarse cada mes, cada tres meses o cada año. Una parte o la totalidad de su prima puede pagarse a través de su empleador, ADAP o alguien más.

Programa de Asistencia al Consumidor (CAP, por sus siglas en inglés)

Los programas en algunos estados que ayudan con problemas o preguntas sobre seguro de salud. Ellos pueden ayudarle a aprender acerca de sus derechos y presentar una queja o apelación ante su plan de salud. (Ver *Apelación*)

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)

Programa del gobierno que se administra a nivel estatal y brinda medicamentos gratuitos para el VIH a personas con bajos ingresos. En muchos estados, el programa también ayuda a pagar el seguro a las personas con VIH. ADAP está autorizado por el Programa Ryan White contra VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés), pero ni ADAP ni RWHAP son seguros de salud. (Ver *Personas con VIH, Programa Ryan White contra VIH/SIDA*)

Programa Ryan White contra el VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés)

El programa del gobierno que ayuda a las personas con VIH y bajos ingresos para que reciban atención de salud relacionada con el VIH. El programa complementa la atención por VIH que no está cubierta por las otras opciones. El RWHAP no es un seguro de salud.

Proveedor de Atención Primaria

Su proveedor principal de salud a quien usted acude por tratamiento de enfermedades comunes y atención de rutina, como controles y vacunas. Su proveedor de atención primaria también le ayuda a decidir si necesita ir al hospital o buscar tratamiento especializado.

Los proveedores de atención primaria incluyen:

- Medicina de familia (un doctor que trata a personas de todas las edades)
- Pediatras (un doctor que trata a niños)
- Especialista en medicina interna (un doctor que trata a adultos)
- En algunos estados, los enfermeros especializados y los auxiliares médicos también son considerados proveedores de atención primaria

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

Un plan de salud en el que usted paga menos si utiliza doctores, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud que pertenecen a la red del plan. Los planes de POS requieren que usted tenga una derivación de su médico de cabecera para poder ver a un especialista. (Ver *Médico de Cabecera, Especialista*)

Q

Queja

Un reclamo presentado ante su aseguradora de salud o plan de salud. Por ejemplo, usted tal vez quiera presentar un reclamo por:

- Su plan de salud niega el pago de un tratamiento que usted cree que debería estar cubierto
- Si los médicos, enfermeros, personal de la clínica u otra persona es grosero o irrespetuoso con usted
- Cualquier otro problema que usted tiene con su atención médica

R

Reclamo

Una solicitud de pago que usted o su proveedor del cuidado de la salud le presenta a su aseguradora de salud para que se le paguen o reembolsen los gastos por productos o servicios que haya recibido. Por lo general, usted no será responsable de presentar solicitudes de reclamos. Habitualmente, los especialistas de facturación y reclamos que trabajan para el proveedor del cuidado de la salud (p.ej., consultorio de atención primaria, hospital) harán el reclamo por usted.

Reconfirmar la Explicación

Una técnica que ayuda a los proveedores y al personal a entender si explicaron la información lo suficientemente bien a los usuarios.

Reducción de los costos compartidos (CSR en inglés)

Una reducción en los costos no incluidos (como coseguros, copagos y deducibles) que usted debe pagar. Las reducciones de costos compartidos están disponibles para ciertos tipos de planes ofrecidos por el Mercado y a veces se las conoce como «ahorros extra». (Ver *Coseguro, Copagos, Deducible, Ahorros Extra*)

Renovación

Inscribirse para continuar con su plan de salud cada año.

Renovación de Elegibilidad

Nueva aplicación para la cobertura de cuidados de salud.

Resumen de Beneficios y Cobertura

Un documento que usa lenguaje simple y claro para resumir las características principales del plan, tales como los beneficios cubiertos, las condiciones para los costos compartidos y las limitaciones de cobertura.

S

Seguro de Salud

Un acuerdo que se hace con una compañía de seguro privada para ayudar a pagar servicios médicos, tales como visitas al médico y medicinas. La compañía de seguro paga una gran parte de sus costos de atención médica, porque usted ha estado haciendo pagos regulares (primas) a la compañía de seguro. Alguien más, como ADAP, puede hacer estos pagos por usted. (Ver *Prima*)

Seguro de Salud Patrocinado por el Empleador (Cobertura de Salud basada en el Empleo)

Seguro de Salud que es ofrecido a los empleados y sus dependientes (y, en la mayoría de los casos, a las parejas) como beneficio del empleo. (Ver *Empleado*)

Seguro de Salud Privado

Cobertura de salud proporcionada a través de un empleo, contratada a través del Mercado estatal o federal o contratada directamente a través de una empresa de seguros de salud. (Ver *Seguro de Salud Patrocinado por el Empleador, Plan fuera del Mercado, Plan de Salud Calificado*)

Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Programa del gobierno que ofrece cobertura de salud gratuita o de bajo costo para niños hasta 19 años de familias cuyos ingresos sean demasiado elevados para ser admitidas en Medicaid, pero demasiado bajos para pagar un seguro privado. CHIP cubre a ciudadanos de los Estados Unidos y a inmigrantes elegibles. En algunos estados, CHIP cubre a personas embarazadas. CHIP tiene diferentes nombres según el estado. (Ver *Medicaid*)

Servicios Preventivos

Atención médica de rutina que incluye exámenes físicos anuales, chequeos, pruebas y consejería para prevenir enfermedades y otros problemas de salud.

Sexo Asignado al Nacer

La etiqueta asignada a un bebé, normalmente masculino o femenino, en función de factores médicos tales como sus hormonas, cromosomas y genitales.

T

Terapia de Pasos

Un requerimiento del plan de salud para que usted intente usar un medicamento de costo menor por un período de tiempo antes de que se le permita pasar a un medicamento de costo superior.

Trabajador Autónomo

Una persona que trabaja para sí misma y no tiene un jefe. Por ejemplo, usted es un trabajador autónomo si es dueño(a) de su propio negocio o trabaja de forma independiente. (Ver *Contratista Independiente*)

Transgénero

Una persona cuya identidad de género, expresión de género, y/o su comportamiento no coinciden con su sexo asignado al nacer.

Trastorno por Uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)

Una condición compleja en la que hay un uso descontrolado de una sustancia (p.ej., alcohol, tabaco o drogas ilícitas) a pesar de las consecuencias dañinas.

TRICARE

El programa de cuidados de la salud para miembros uniformados en servicio, retirados y sus familias.

Este material fue preparado por el JSI Research & Training Institute, Inc. bajo la subvención #UF2HA26520 de la Oficina de VIH/SIDA de la Administración de Servicios y Recursos para la Salud. Su contenido es solamente la responsabilidad de los autores y no necesariamente representa la opinión oficial de la Oficina de VIH/SIDA.

List of Terms / Lista de Términos

English/Inglés	Spanish/Español
Adjusted Gross Income	Ingreso Bruto Ajustado
Affordable	Económico
Affordable Care Act (ACA)	Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés)
Agent/Broker	Agente/Corredor de Seguros
AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)
Appeal	Apelación
Assistance	Asistencia
Benefits	Beneficios
Call Center	Centro de Llamadas
Certified Application Counselor (CAC)	Consejero Certificado para Solicitantes (CAC, por sus siglas en inglés)
Children's Health Insurance Program (CHIP)	Seguro Médico para los Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)
Claim	Reclamo
COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)	COBRA (sigla en inglés para la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)
Coinsurance	Coseguro
Comprehensive Coverage	Cobertura Integral
Consumer Assistance Program (CAP)	Programa de Asistencia al Consumidor (CAP, por sus siglas en inglés)
Co-payment/Co-pay	Copago
Deductible	Deducible
Deductions	Deducciones
Demographics	Información Demográfica
Dependent	Dependiente
Determination	Determinación
Disability	Discapacidad

English/Inglés	Spanish/Español
Discrimination	Discriminación
Dual Eligibility	Doble Elegibilidad
Electronic Database(s)	Base(s) de Datos Electrónica(s)
Eligible	Elegible
Eligible Immigration Status	Estatus de inmigración elegible
Emergency Department/Emergency Room	Departamento de Emergencia/Sala de Emergencia
Employed	Empleado
Employee	Empleado/Trabajador
Employer	Empleador
Employer-Sponsored Health Insurance (Job-Based Health Coverage)	Seguro de Salud Patrocinado por el Empleador (Cobertura de Salud basada en el Empleo)
Enrollment/Enroll	Inscripción/Inscribirse
Essential Health Benefits (EHB)	Beneficios de Salud Esenciales (EHB, por sus siglas en inglés)
Exchange	Intercambio de Seguros
Exclusive Provider Organization (EPO)	Organización de Proveedores Exclusivos (EPO, por sus siglas en inglés)
Expenses	Gastos
Extra Savings	Ahorros Extra
Financial Assistance/Financial Help	Asistencia Financiera/ Ayuda Financiera
Gender Identity	Identidad de Género
Grievance	Queja
Gross Income	Ingresos Brutos
Health Disparities	Disparidades de Salud
Healthcare.gov	Cuidadodesalud.gov
Health Equity	Equidad de Salud
Health Insurance Coverage	Cobertura de Seguro de Salud
Health Insurance Literacy	Conocimientos sobre el Seguro de Salud

List of Terms / Lista de Términos

English/Inglés	Spanish/Español
Health Insurance Marketplace	Mercado de Seguros de Salud
Health Insurance	Seguro de Salud
Health Maintenance Organization (HMO)	Organización para Conservación de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)
Household	Hogar
Income	Ingresos
Independent Contractor	Contratista Independiente
Individual Mandate	Mandato Individual
In-Network	Dentro de la Red
In-Person Assister (IPA)	Asistente en Persona (IPA, por sus siglas en inglés)
Integrated Care	Atención Integrada
Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBTQ+)	Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgéneros (LGBTQ+, por sus siglas en inglés)
Life Changing Event	Evento Transformador de la Vida
Managed Care Organization (MCO)	Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés)
Marketplace	Mercado de Seguros
Medicare	Medicare
Medically Necessary	Necesidad Médica
Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por sus siglas en inglés)
Navigator	Navegador
Net Income	Ingresos Netos
Off-Marketplace Plans	Planes Fuera del Mercado
Open Enrollment Period	Período Abierto de Inscripción
Opt-In	Optar Inclusión
Organizational Health Literacy	Conocimientos sobre la Salud Organizacional
Out-of-Network	Fuera de la Red
Out-of-Pocket Costs (OOP)	Gastos de su Bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés)

English/Inglés	Spanish/Español
Outreach	Alcance
Passive Enrollment	Inscripción Pasiva
Pending	Pending
Personal Health Literacy	Conocimientos sobre la Salud Personal
People Living with HIV (PLWH)	Personas que Viven con VIH (PLWH, por sus siglas en inglés)
Point of Service (POS)	Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés)
Preferred Provider Organization (PPO)	Organización de Proveedores Preferentes (PPO, por sus siglas en inglés)
Premium	Prima
Premium Tax Credit	Crédito Fiscal Anticipado para la Prima
Presumptive Eligibility	Elegibilidad Presunta
Preventive Services	Servicios Preventivos
Primary Care Provider	Proveedor de Atención Primaria
Prior Authorization	Autorización Previa
Private Health Insurance	Seguro de Salud Privado
Public Coverage	Cobertura Pública
Qualified Health Plan (QHP)	Plan de Salud Autorizado (QHP, por sus siglas en inglés)
Qualify	Calificar
Qualifying Life Event	Evento Admisible de la Vida
Quantity Limits	Límites de Cantidad
Renewal	Renovación
Ryan White HIV/AIDS Program (RWHAP)	Programa de VIH/SIDA Ryan White (RWHAP, por sus siglas en inglés)
Self-Employed	Autónomo, que Trabaja por Cuenta Propia
Sex Assigned at Birth	Sexo Asignado al Nacer
Sexual Orientation	Orientación Sexual
Special Enrollment Period (SEP)	Período Especial de Inscripción
Specialist	Especialista

List of Terms / Lista de Términos

English/Inglés	Spanish/Español
State-Based Exchange/State-Based Marketplace	Bolsa basada en el Estado/Mercado basado en el Estado
Step Therapy	Terapia de Pasos
Substance Use Disorder (SUD)	Trastorno de uso de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)
Summary of Benefits and Coverage	Resumen de Beneficios y Cobertura
Teachback	Reconfirmar la Explicación
Tax Credit	Crédito Fiscal
Transgender	Transgénero
TRICARE	TRICARE
Unemployed	Desempleado
Urgent Care Clinic	Clínica de Cuidados Urgentes
Utilization Management	Control de la Utilización