



Glosario de Seguros Médicos

Una lista de términos comunes para ayudarle a navegar por el complejo mundo de los seguros médicos

Acuerdo de Reembolsos de Salud (Health Reimbursement Arrangement, HRA)

Ley federal de los Estados Unidos aprobada en 2022 con disposiciones que reducen los precios de los medicamentos recetados.

Afección Preexistente

Discapacidad o enfermedad por la que ha recibido tratamiento antes de inscribirse en un nuevo plan de salud.

Apelación

Solicitud que normalmente usted o su proveedor suelen presentar a una aseguradora médica para que revise y reconsidere una decisión de cobertura.

Autorización Previa

Solicitud presentada (normalmente por un médico) al plan de seguro médico antes del tratamiento para determinar si su plan considera que determinados servicios o artículos de atención de la salud son médicamente necesarios. Algunos planes pueden exigir una de estas solicitudes para ciertos servicios antes de que los reciba; sin embargo, estas solicitudes no son promesas de que el seguro médico o el plan cubrirán el costo.

Beneficiarios con Doble Elegibilidad

Beneficiarios que están inscritos (o son elegibles para inscribirse) tanto en Medicaid como en Medicare. Los beneficiarios con doble elegibilidad suelen tener un costo compartido limitado y pueden calificar para recibir asistencia con las primas de Medicare.

Beneficio de Farmacia

Beneficio que cubre los gastos de medicamentos de venta con receta en farmacias.

Beneficio Médico

Beneficio médico que cubre los costos bajo el plan de seguro médico del paciente, incluidos los servicios preventivos utilizados para detectar enfermedades en etapa temprana.

Beneficios

Los servicios de atención médica (p. ej., visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, etc.) y los artículos (p. ej., medicamentos recetados) que están cubiertos por su plan de seguro.



Copago

Cantidad fija en dólares que paga por un servicio específico relacionado con la salud, como una visita al médico o un medicamento recetado.

Cobertura Subvencionada

Cobertura médica disponible a un costo reducido o sin costo para personas que cumplen ciertos requisitos de elegibilidad en cuanto a ingresos.

Coordinación de Beneficios

Si tiene más de un plan de seguro médico, los planes determinarán sus respectivas responsabilidades de pago por una reclamación.

Coaseguro

Porcentaje de los costos de un servicio o artículo de atención médica cubierto que usted debe pagar, generalmente después de haber pagado los deducibles requeridos por su plan.

Costo Compartido

Cantidad que paga de su bolsillo por los servicios de atención médica cubiertos por su plan de seguro médico, después de que el plan determine sus respectivas responsabilidades de pago por una reclamación. Esto incluye copagos, coaseguros y deducibles, pero no incluye las primas (con la excepción de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños) ni los montos por facturación de saldos por atención fuera de la red o el costo de servicios no cubiertos.

Cuenta de Ahorros para la Salud (Health Savings Account, HSA)

Un tipo de cuenta de ahorros para beneficiarios de planes de salud con deducibles altos (high deductible health plan, HDHP) que le permite apartar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos calificados (por ejemplo, deducibles, copagos, coaseguros y algunos otros gastos). Por lo general, los fondos de una HSA no pueden utilizarse para pagar primas.

Cuenta de Gastos Flexibles (Flexible Spending Account, FSA)

Una cuenta, normalmente gestionada a través de su empleador, que le permite pagar muchos gastos médicos con dinero libre de impuestos.

Deducible

Cantidad fija que debe pagar cada año de beneficios antes de que su plan de seguro médico comience a pagar la mayoría de los servicios médicos cubiertos. Una vez que haya alcanzado su deducible, normalmente solo tendrá que pagar un copago o coaseguro por los servicios cubiertos.

Derivación

Una orden escrita del PCP para consultar a un especialista o recibir ciertos servicios médicos. Las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) suelen exigir una derivación para que usted pueda recibir atención médica de un profesional distinto del PCP (sin una derivación, es posible que el plan no pague los servicios).

Especialista

Un proveedor que se dedica a áreas específicas de la medicina en lugar de ser un médico general.

Explicación de los Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)

Notificación que resume los servicios, los cargos y el pago por los servicios que ha recibido. La EOB no es una factura, aunque puede parecerlo.

Facturación de Saldos

Cuando un médico le factura la diferencia entre sus honorarios y el monto autorizado por su plan (es decir, el monto permitido). Los pacientes no suelen ser responsables de este costo cuando los servicios están dentro de la red y están cubiertos.

Farmacia Especializada

Farmacias que pueden distribuir fármacos especializados. Por lo general, están preparadas para manejar medicamentos especializados que pueden tener requisitos únicos de almacenamiento o manipulación, y pueden proporcionar asistencia al paciente más allá de lo que ofrece una farmacia tradicional, incluyendo la coordinación de la atención y un programa de gestión de enfermedades. Algunos pagadores pueden pedirle que obtenga los medicamentos especializados a través de una farmacia especializada “preferida” o dentro de la red o que pague un costo adicional por utilizar una farmacia especializada fuera de la red.

Formulario/Lista de Medicamentos

Una lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por su plan de seguro médico. Los formularios suelen dividirse en niveles o grados de cobertura con costos compartidos definidos que aumentan para los medicamentos de los niveles superiores.

Ejemplo de plan de 5 niveles:

- 1 | Medicamentos genéricos preferidos (costo más bajo)
- 2 | Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos
- 3 | Medicamentos de marca no preferidos
- 4 | Medicamentos especializados preferidos
- 5 | Medicamentos especializados no preferidos (costo más alto)

Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA)

Ley de reforma integral de la atención médica promulgada en marzo de 2010 por el presidente Barack Obama (a veces conocida como ACA u “Obamacare”).

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA)

Ley federal que protege la información confidencial sobre la salud de los pacientes para que no se divulgue sin el consentimiento del paciente.

Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA)

Ley federal de los Estados Unidos aprobada en 2022 cuyo objetivo es reducir los precios de los medicamentos recetados.

Límite de Gastos de Bolsillo/ Monto Máximo

El monto que deberá pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Una vez alcanzado este monto, el seguro médico pagará el 100 % de los costos de los servicios cubiertos. El límite de gastos de bolsillo suele excluir:

- Las primas mensuales
- Todo lo que gaste en servicios no cubiertos por su plan
- Copago por visita al consultorio
- Servicios fuera de la red
- Costos superiores al monto permitido que un proveedor puede cobrar por un servicio (es decir, facturación del saldo)

Medicaid

Un programa de seguro conjunto del gobierno estatal y federal que ofrece

seguro médico gratuito o de bajo costo a algunas personas, familias y niños de bajos ingresos, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidades.

Medicamento Necesario

Servicios o suministros médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados. Por lo general, los servicios médicos deben considerarse médicamente necesarios para estar cubiertos por el seguro. Su plan de salud puede solicitar información adicional a su médico para confirmar si un tratamiento es medicamento necesario.

Medicamento Especializado

Normalmente, un medicamento de alto costo para tratar enfermedades graves, crónicas, raras o potencialmente mortales. Estos medicamentos pueden tener requisitos especiales de almacenamiento o envío y requerir formación y asistencia adicionales por parte de un profesional de atención médica.

Medigap

Una póliza de seguro complementaria vendida por compañías de seguro privadas para ayudar a cubrir las deficiencias de Medicare Original mediante la cobertura de algunos gastos médicos pendientes que exceden lo que paga Medicare (por ejemplo, copagos, coaseguros y deducibles).



Medicare

Programa gubernamental que proporciona seguro médico a personas de 65 años o más y a algunas personas con discapacidad menores de 65 años.

Medicare ofrece actualmente cuatro programas de seguro diferentes: Partes A, B, C y D

Los pacientes elegibles para Medicare reciben cobertura de medicamentos a través de una de las tres Partes (B, C y D).



Beneficio para Pacientes Hospitalizados de Medicare

- Servicios de hospitalización
- Cuidados de hospicio
- Ciertos servicios de salud a domicilio
- Atención calificada en centros de enfermería especializados



Beneficio Médico de Medicare

- Servicios médicamente necesarios que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica para diagnosticar o tratar una afección médica
- Servicios preventivos para detectar enfermedades en una etapa temprana



Beneficio de Farmacia de Medicare

- Un programa opcional que ayuda a cubrir el costo de los medicamentos recetados
- Opcional y disponible para todos los pacientes de Medicare y otras empresas privadas aprobadas por Medicare



Medicare Advantage (MA)

- Alternativa privada al plan de pago por Servicio de Medicare (o Medicare Original)
- Los planes de salud privados (principalmente planes de atención médica administrada) ofrecen beneficios combinados de la Parte A y la Parte B, y beneficios de farmacia de la Parte D

Monto Permitido/Máximo Permitido

El monto máximo en dólares que su plan pagará por los servicios de atención médica cubiertos.

Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)

Plan de seguro médico con una red definida de proveedores y hospitales en la que los pacientes pueden acceder a servicios a un costo menor en comparación con la atención fuera de la red. En el marco de una PPO, los miembros pueden acudir a especialistas sin necesidad de una derivación de su PCP y obtener atención fuera de la red por un costo adicional.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)

Un plan de seguro médico que proporciona atención a los miembros a través de una red definida de proveedores y hospitales. En el marco de una HMO, los miembros suelen tener que elegir un médico de cabecera (primary care provider, PCP) y obtener derivaciones para los especialistas, y la atención fuera de la red normalmente no está cubierta (excepto en caso de emergencia).

Período de Inscripción Abierta

Época del año durante la que puede inscribirse en un plan de seguro médico para el año siguiente. Si no está satisfecho con su plan de salud actual, el período de inscripción abierta puede ser la única oportunidad para cambiarse a un plan diferente.

Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP)

Un período fuera del período anual de inscripción abierta, dentro del que puede inscribirse en un plan de seguro médico, si ha tenido un evento en la vida, como un matrimonio, el nacimiento de un hijo o la pérdida de la cobertura del seguro médico (por ejemplo, por la pérdida de un empleo).

Plan de Salud con Deducibles Altos (High Deductible Health Plan, HDHP)

Planes de seguro médico con primas mensuales relativamente bajas y altos deducibles. Con un HDHP, la atención preventiva puede estar cubierta en su totalidad antes de alcanzar el deducible de su plan.

Prima

Cantidad que usted paga a su plan de seguro médico por la cobertura (generalmente de forma mensual).

Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Médico, enfermero practicante, enfermero especialista o asistente médico que le presta servicios y coordina su atención. Algunos planes de salud (por ejemplo, las HMO) pueden exigir que acuda a su PCP para obtener la derivación a especialistas.

Proveedor Dentro de la Red/Preferido

Un proveedor que acepta su seguro y tiene un contrato con el plan de salud para prestar servicios a un precio reducido. Algunos planes pueden tener una red por niveles en la que se paga un poco más por acudir a proveedores seleccionados.

Proveedor Fuera de la Red/No Preferido

Un proveedor que no tiene contrato con su plan de seguro médico. Los gastos de bolsillo suelen ser más altos si se atiende fuera de la red; en algunos casos, es posible que deba hacerse cargo del costo total si acude a un proveedor fuera de la red.

Reclamación

El documento que su médico envía a su compañía de seguro médico para recibir el pago por los servicios prestados.

Seguro Complementario/ Secundario

Un plan de seguro médico adicional que ayuda a pagar los servicios y/o los gastos de bolsillo que no están cubiertos por su plan de seguro médico principal.

Seguro Médico Comercial

Seguro médico administrado por una entidad privada en lugar de una agencia gubernamental. Puede obtener un seguro comercial a través de su empleador (casi la mitad de los estadounidenses obtienen un seguro comercial a través del trabajo) o puede adquirir un seguro médico directamente de una aseguradora, a través del mercado federal o de un corredor de seguros.

Seguro Médico Patrocinado por el Empleador/Plan de Salud Grupal

Una póliza de seguro seleccionada por el empleador y ofrecida a los empleados elegibles y sus dependientes.

Terapia Escalonada

Requiere que los pacientes prueben un medicamento preferido menos costoso antes de aprobar una opción más cara y no preferida. Las compañías de seguro suelen utilizar este método para controlar los costos y evitar que los pacientes tomen medicamentos que pueden no ser la mejor opción para sus síntomas.



¿Tiene preguntas sobre cómo empezar a usar un producto Anylam?

Hable con su médico sobre cómo enviar un Formulario de Inicio para acceder a todo lo que Anylam Assist® tiene para ofrecer. También puede acceder a algunos servicios y recursos de apoyo para productos de forma individual, incluida la conexión con un Enlace de Educación para Pacientes.



de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. ☎: 1-833-256-2748
Para obtener más información, visite www.anylamassist.com.