

Glosario básico del seguro médico

Prima: La cantidad que una persona paga para tener cobertura de seguro médico.

Nota: Es una factura recurrente que generalmente se toma de un pago o se paga mensualmente. La prima no va hacia el deducible.

Co-pago: La cantidad preestablecida que paga una persona cuando consulta a un médico o recibe un servicio.

Nota: Por lo general, un co-pago es más costoso cuando consulta a un médico especialista que cuando atiende a la consulta con su médico de atención primaria.

Deducible: La cantidad que una persona tiene que pagar antes de que su seguro de salud comience a pagar por la atención.

Nota: Los planes con deducibles altos generalmente tienen primas más bajas, pero pueden hacer que una consulta que no está cubierta como atención preventiva sea costosa.

Co-seguro: El porcentaje de los costos que una persona debe pagar después de que el seguro haya pagado su parte.

Nota: Este es diferente a un co-pago, el cliente pagara un porcentaje de los costos totales de una visita al consultorio. Una separación de co-seguro típico podría ser que el seguro paga el 80% y la persona paga el 20%.

Costos máximos de desembolso directo: Lo máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Nota: Después de gastar esta cantidad en deducibles, co-pagos y co-seguros, su plan de salud paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos, excepto las primas y los gastos no cubiertos.

Programa de atención de Medicaid: El programa que ayuda a las personas de bajos ingresos a pagar las visitas al médico y otros servicios médicos.

Medicare: El programa de seguro de salud para personas de 65 años o más y ciertas personas jóvenes con discapacidades.

Seguro del mercado: Seguro privado de Obamacare que es más accesible para personas de bajos ingresos.

Nota: Las personas pueden inscribirse en un seguro del Mercado durante la inscripción abierta en Healthcare.gov. También pueden beneficiarse de los ahorros del Mercado fuera de la inscripción abierta si tiene un evento de vida calificado.

Inscripción abierta: El período de tiempo en el que las personas pueden inscribirse, cancelar o realizar cambios en su seguro médico en el mercado o con su trabajo.

Nota: Esto generalmente ocurre del 1 de noviembre al 15 de diciembre.

Evento de vida válido: Un evento que permite a una persona solicitar el seguro del Mercado o el lado de la inscripción abierta.

Nota: Estas son cosas como mudarse, perder la cobertura de salud, tener un bebé o casarse.

Subsidio de mercado: El descuento que reduce los costos de su propio bolsillo para los planes plata Obamacare.

Nota: Las primas para los planes platino son las mismas, pero los subsidios hacen que la cobertura sea más parecida a la de un plan de oro.

Crédito fiscal anticipado para primas (APTC): El descuento que ayuda a reducir las primas para las personas de bajos ingresos que usan el seguro del Mercado.

Planes de platino, oro, plata y bronce: Los planes de "niveles de metal" ofrecidos bajo el seguro del Mercado.

Nota: El seguro cubrirá el 60% de los costos de atención para las personas que tienen un plan de bronce. El porcentaje cubierto aumenta con cada nivel de metal con el seguro que cubre el 90% en un nivel de platino.

Planes catastróficos: Planes de atención médica que tiene un deducible alto y casi no tiene beneficios, excepto las visitas a urgencias en situaciones de emergencia.

Nota: Para calificar, una persona debe ser menor de 30 años u obtener una "exención por dificultades" porque no puede pagar un seguro de salud.

Cobertura del primer dólar (cobertura pre-deducible): El plan de seguro de salud que cubre una cantidad fija de servicios (generalmente hasta \$1000) antes de que entre en vigencia el deducible.

Nota: La mayoría de las personas no necesitan más de \$1000 en costos de atención por año. Los gastos de bolsillo son más bajos.

Proveedor de atención primaria / médico general: El médico principal de una persona.

Servicios preventivos: Atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, chequeos y vacunas.

Dentro de la red: Cuando un médico o centro de salud se ha asociado con una compañía de seguros para brindar atención más barata.

Fuera de la Red: Cuando un médico o centro de salud **NO** se ha asociado con una compañía de seguros para brindar atención más barata.

Nota: La mayoría de los seguros no cubren proveedores fuera de la red, por lo que pueden tener costos más altos asociados. A veces, los médicos envían a sus clientes a laboratorios que no están dentro de la red, ¡así que asegúrese de verificarlo!

Explicación de beneficios (comúnmente conocida como EOB): Declaración enviada por una compañía de seguros médicos a las personas cubiertas que muestran qué servicios se han proporcionado, pagado y lo que aún se debe.

Nota: Las personas que tienen el seguro de sus padres pueden llamar a su compañía de seguros y solicitar que se les envíe directamente el EOB por sus servicios.

Formulario: Lista aprobada de medicamentos que están cubiertos por el seguro.

Autorización previa: La aprobación que una persona necesita para que un servicio o receta esté cubierta por su plan.

Nota: Algunos seguros no cubrirán la PrEP a menos que se cumplan ciertos criterios. miembros del servicio uniformado, jubilados y sus familias.

Tricare: Un seguro para miembros de servicio uniformados, jubilados y sus familias.

COBRA: Una ley del programa de seguros que permite a quienes pierden su trabajo seguir teniendo acceso a su seguro de salud.

Nota: las personas deberán pagar el monto total de la prima, incluido lo que solía pagar su proveedor. A menudo es demasiado caro.

Tarjeta de copago Gilead Advancing Access: El programa Gilead que ayuda a las personas con seguro médico privado a cubrir los costos de su PrEP.

Nota: La tarjeta de cupón de copago Gilead Advancing Access no acepta personas con Medicare Parte D o Medicaid En algunos estados sin expansión de Medicaid que no tienen un plan de medicamentos recetados, se puede usar el copago que se atiende.

Patient Advocate Foundation (PAF): otro programa que ayuda a los pacientes asegurados a cubrir sus copagos por medicamentos PrEP.

Nota: El Programa de alivio de copagos de PAF acepta personas con Medicare.

Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Gilead Advancing Access: el programa de Gilead ayuda a los no asegurados a cubrir los costos de su PrEP.

Good Days: Un programa de asistencia de pago que ayuda a las personas con Medicare or Tricare a cubrir sus costos de su PrEP.

Nota: El cliente debe tener Medicare de Tricare (seguro militar) que cubra al menos el 50% de su tratamiento.