



U.S. Department
of Veterans Affairs

El programa de cuidado de salud de VA y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio Glosario de términos

Asesor

Persona o entidad capacitada y apta para facilitar ayuda a los consumidores, las pequeñas empresas y sus empleados mientras buscan opciones de cubierta médica a través del Mercado, lo que incluye ayuda para completar los formularios de requisitos y afiliación. Estas personas y entidades deben ser imparciales. Sus servicios a los consumidores son gratuitos.

Copago

Monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio médico cubierto, generalmente en el momento en que lo recibe. El monto puede variar según el tipo de servicio médico cubierto.

Coseguro

La porción que usted paga por un servicio médico cubierto, calculada como porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para esos servicios. Usted paga el coseguro, más cualquier deducible que deba.

Para más
información acerca
de VA y la Ley ACA.



Por ejemplo, si el monto permitido para el seguro o el plan médico por una cita médica es de \$100 y usted ya ha pagado el deducible, su pago del 20% por coseguro sería \$20. El seguro o el plan médico paga el resto del monto permitido.

Costos compartidos

La porción de los costos no cubiertos por su seguro, que usted paga de su propio bolsillo. Este término generalmente incluye los deducibles, el coseguro y los copagos, o costos similares, pero no incluye las primas, la facturación de saldos pendientes para proveedores fuera de la red ni el costo de los servicios no cubiertos. Los costos compartidos de Medicaid y CHIP (Programa de Seguro Médico para Niños) también incluyen las primas.

Crédito tributario para la prima

La ley de cuidado de salud establece un crédito tributario nuevo para ayudarle a pagar la cubierta médica comprada a través del Mercado. Los pagos anticipados del crédito pueden utilizarse inmediatamente para reducir el costo mensual de la prima. Si cumple con los requisitos, puede escoger la porción del crédito tributario que desea destinar a la prima mensual, hasta un monto máximo. Si el monto de los pagos anticipados del crédito que recibe para el año es menor que el crédito al que tiene derecho, le devolverán la diferencia cuando radique su planilla de contribución federal sobre ingresos. Si los pagos anticipados para el año superan el monto de su crédito, deberá devolver los pagos recibidos en exceso en su planilla de contribución.

Cubierta mínima esencial

Tipo de cubierta que necesita tener una persona para cumplir con los requisitos de responsabilidad individual según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Esto incluye las pólizas del mercado individual, la cubierta patronal, el programa de cuidado de salud de VA, Medicare, Medicaid, CHIP y TRICARE.

Cuidado a largo plazo

Servicios que incluyen atención médica y no médica ofrecida a personas que no pueden hacer actividades diarias básicas, tales como vestirse o bañarse. La asistencia y los servicios a largo plazo pueden ofrecerse en el hogar, en centros de salud y en residencias de vida asistida o de la tercera edad. Las personas pueden necesitar asistencia y servicios a largo plazo a cualquier edad. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no pagan los costos del cuidado a largo plazo.

Cuidado primario

Servicios de salud que abarcan la prevención, el bienestar y el tratamiento de enfermedades comunes. Los proveedores de cuidado primario incluyen médicos, enfermeros, enfermeros practicantes y auxiliares médicos. Suelen mantener una relación a largo plazo con usted y lo aconsejan y tratan en diferentes asuntos relacionados con la salud. También pueden coordinar su atención con especialistas.

Deducible

El monto que usted debe pagar por los servicios médicos, antes de que su seguro o plan médico comience a pagar la cubierta. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que no satisfaga el deducible de \$1,000 por servicios médicos cubiertos y sujetos al deducible. Puede que el deducible no sea aplicable a todos los servicios.

Equipo médico duradero (DME)

Equipos y suministros indicados por un proveedor de cuidado de salud para uso diario o prolongado. Como ejemplos de DME cabe citar equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas y tiras reactivas para las personas con diabetes.

Facturación del saldo

Monto que un proveedor le cobra por la diferencia entre lo que él cobra y el monto permitido. Por ejemplo, si el costo del proveedor es de \$100 y el monto permitido es de \$70, el proveedor puede cobrarle los \$30 restantes. Un proveedor preferido no podrá cobrarle el saldo sobre los servicios cubiertos.

Gastos a cargo del asegurado

Gastos de atención médica que no son reembolsados por el seguro y que corren por cuenta de usted. Estos gastos incluyen deducibles, coseguros y copagos de los servicios cubiertos, más todos los costos de los servicios no cubiertos.

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, también conocida como ley de cuidado de salud, se creó para ampliar el acceso a una cubierta médica, reducir los costos médicos y mejorar la calidad y la coordinación del cuidado de salud.

Medicaid

Programa de seguro médico administrado a nivel estatal para las familias y niños de bajos recursos, embarazadas, ancianos, personas con incapacidades y, en ciertos estados, otros adultos. El gobierno federal otorga una parte de la financiación para Medicaid y establece pautas para el programa. Los estados también pueden decidir la manera en que diseñan su programa, por lo que Medicaid varía de un a estado a otro y puede tener un nombre diferente en su estado.

Medicare

El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más y para ciertas personas más jóvenes con incapacidades. También cubre a personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere diálisis o trasplante, a veces denominada ESRD).

Mercado de Seguros Médicos

Las personas y las pequeñas empresas deberían utilizar el Mercado de Seguros Médicos, antes denominado el Intercambio, para comparar y comprar pólizas de seguro médico de proveedores de cuidado de salud privados. El Mercado ofrecerá una selección de planes médicos que cumplen con ciertos beneficios y requisitos de costos. Algunas personas de bajos recursos pueden recibir un subsidio o un crédito tributario para la prima, para ayudarles a comprar un plan médico.

Multa

Las personas que no tengan un seguro médico que sea aceptable como cubierta mínima esencial deberán pagar una multa. Esta multa será un monto fijo o un porcentaje del ingreso familiar sujeto a contribución, lo que sea mayor. Los montos de las multas serán los siguientes:

- 2014: \$95 por adulto, \$285 por familia o el 1% del ingreso familiar sujeto a contribución
- 2015: \$325 por adulto, \$975 por familia o el 2% del ingreso familiar sujeto a contribución
- 2016: \$695 por adulto, \$2,085 por familia o el 2.5% del ingreso familiar sujeto a contribución

La multa para los menores es la mitad de la impuesta a los adultos. La multa se pagará en la planilla de contribución federal sobre ingresos para 2014, que se radica en 2015. Las personas de muy bajos recursos u otras características pueden tener derecho a una exención.

Nivel federal de pobreza (FPL)

Medida del nivel de ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El nivel federal de pobreza se usa para determinar si tiene derecho a ciertos programas y beneficios. Los montos mencionados a continuación se basan en cifras de 2013 y es probable que sean un poco más elevados en 2014.

- \$11,490 a \$45,960 para personas
- \$15,510 a \$62,040 para una familia de 2 miembros
- \$19,530 a \$78,120 para una familia de 3 miembros
- \$23,550 a \$94,200 para una familia de 4 miembros

Período especial de afiliación

La afiliación abierta para la cubierta del Mercado de Seguros Médicos finalizó el 31 de marzo de 2014. Un período de afiliación especial permite a las personas afiliarse a una cubierta médica fuera del período abierto de afiliación y debe ser efectivo para ese año de cobertura. Por ejemplo, las personas que tienen un evento de importancia, como tener un bebé o casarse, pueden afiliarse o modificar la cubierta fuera del período abierto de afiliación. Visite <http://marketplace.cms.gov/help-us/complex-cases-sep.pdf> o www.healthcare.gov/how-can-i-get-coverage-outside-of-open-enrollment para conocer más sobre estos eventos de importancia y otras circunstancias para la afiliación especial.

Prima

El monto que debe pagar a su seguro o plan médico. Usted o su patrono generalmente pagan ese monto de manera mensual, trimestral o anual.

Programa de beneficios médicos para pacientes con espina bífida

VA proporciona beneficios médicos sin costo a determinados hijos de veteranos de Vietnam y de veteranos de servicio cubierto en Corea que hayan cumplido con los requisitos establecidos por la Administración

de Beneficios de Veteranos para obtener un estipendio por haberseles diagnosticado espina bífida.

Programa de cuidado de salud de veteranos

Los veteranos puede afiliarse al programa de cuidado de salud de veteranos. No se exige el pago de cuotas de afiliación, primas ni costos compartidos. Puede que algunos veteranos deban realizar copagos para obtener atención o medicamentos.

Programa Médico y de Salud de VA para Civiles (CHAMPVA)

El cónyuge, el cónyuge supérstite, los hijos y algunos cuidadores primarios de determinados veteranos pueden tener derecho a los beneficios médicos de CHAMPVA en ciertas condiciones.

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Seguro financiado con fondos públicos que ofrece cubierta a los niños de bajos recursos y, en algunos estados, a las embarazadas de familias que tienen ingresos demasiado altos para tener derecho a Medicaid, pero que no pueden pagar un seguro privado.

Servicios de cuidados paliativos

Servicios que proporcionan asistencia y apoyo a pacientes en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a su familia.

TRICARE

Programa de cuidado de salud para miembros de los servicios uniformados activos y retirados, y su familia.

Usual, acostumbrado y razonable (UCR)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica en base a lo que los proveedores de esa área generalmente cobran por ese servicio médico o por un servicio similar. En ocasiones, el monto de UCR se utiliza para determinar el monto permitido.