

Guía de introducción a Medicare:

GLOSARIO

Acepta la asignación: Cuando un proveedor de atención médica acepta Medicare y está de acuerdo con el pago que aprobó Medicare por el servicio.

Organizaciones de atención responsable (ACO): Un grupo de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan juntos con la meta de proporcionar atención de alta calidad a pacientes de Medicare. Tienen acuerdos de responsabilidad con Medicare en lo que se refiere al costo y la experiencia de la atención que reciben los pacientes de Medicare. Si trabajan bien para coordinar y mejorar la atención mientras mantienen costos bajos, podrían ganar un bono financiero de Medicare. Si su desempeño es deficiente, podrían tener que pagar una penalidad.

Beneficiario: Una persona inscrita en Medicare y que recibe beneficios de Medicare.

Instrucción de reanimación cardiopulmonar (RCP) (también denominada orden de no reanimar): Un documento que indica al equipo médico que no proporcione RCP si el corazón o la respiración se interrumpe.

Coaseguro: Un monto (frecuentemente un porcentaje) que una persona debe pagar por los servicios después de alcanzar el deducible.

Copago: Una tarifa fija y preestablecida que una persona debe pagar por cada servicio de atención médica, consulta, receta médica, prueba, etcétera.

Cobertura de medicamentos acreditable: Cobertura de medicamentos de venta con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo que la parte D de Medicare paga por los medicamentos de recetas médicas. Personas con cobertura acreditable de un empleador, unión u otra fuente pueden retrasar la inscripción en la parte D de Medicare sin tener penalidades por inscribirse tarde.

Deducible: Un monto preestablecido que una persona debe pagar antes de que el seguro empiece a emitir pagos.

Planes por necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Planes para personas que tienen derecho a Medicare y a Medicaid.

Orden de no reanimar (también conocida como instrucción de reanimación cardiopulmonar (RCP)): Un documento que indica a un equipo médico que no proporcione RCP si el corazón o la respiración se detiene.

Explicación de beneficios (EDB): Un resumen de tus reclamaciones y costos enviado por tu plan. El EDB describe los costos de tus consultas con tu proveedor de atención médica o de los medicamentos que recibiste y cómo tu plan procesó la reclamación de esos servicios. Recibirás una EDB cada mes que abastezcas una receta médica o que tengas una consulta con un proveedor de atención médica.

Asistencia adicional (también denominada subsidio para personas de bajos ingresos): Un programa para brindar asistencia para que personas con ingresos y recursos limitados paguen por los costos de la parte D de Medicare. Algunas personas podrían recibir asistencia adicional automáticamente, incluyendo aquellas que reciben cobertura total de Medicaid. Otras podrían ser elegibles después de hacer la aplicación.

Formulario: Una lista de medicamentos genéricos y de marca de venta con receta cubiertos por un plan de seguro médico específico.

Período general de inscripción (GEP): Un período de tiempo cada año (del 1 de enero al 31 de marzo) durante el cual personas que no se inscribieron en la parte A o B de Medicare cuando se volvieron elegibles por primera vez pueden inscribirse en Medicare. La cobertura empieza el mes después de tu inscripción. Las personas que no se inscribieron cuando se volvieron elegibles por primera vez podrían tener que pagar una penalidad por inscribirse tarde.

Poder legal para atención médica (también denominado poder notarial médico o poder notarial para atención médica): Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente.

Cobertura de la red: Servicios de atención médica que se reciben de proveedores médicos que tienen

un contrato con tu compañía de seguros. Estos proveedores aprobaron los precios establecidos del plan, así que comúnmente solo deberás pagar tu deducible y cualquier copago o coaseguro correspondiente.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): Un cargo adicional en las primas de las partes B y D de Medicare para personas que superan ciertos ingresos. La IRMAA se calcula en una escala ajustable y se basa en tus declaraciones de impuestos de los últimos dos años.

Período de elección de la cobertura inicial (ICEP): El plazo durante el cual personas que se vuelven elegibles para Medicare recientemente pueden inscribirse en un plan de Medicare Advantage (también denominado la parte C de Medicare) por primera vez. El ICEP coincide con el período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de las partes A y B de Medicare, que incluye los tres meses previos, los tres meses posteriores y el mes del cumpleaños de la persona que se está inscribiendo.

Período de inscripción inicial (IEP): El intervalo de siete meses cerca de tu cumpleaños 65 durante el cual puedes inscribirte en la parte A, B y D de Medicare, específicamente los tres meses previos, los tres meses posteriores y el mes de tu cumpleaños. Este mismo período se conoce como el período de elección de la cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés) de la parte C de Medicare.

Penalidad por inscripción tardía: Un costo adicional que alguien tendría que pagar si se inscribe en Medicare después del lapso en que fue elegible por primera vez. Las penalidades por inscribirse tarde no son simplemente recargos por mora. Usualmente se agregan a tu prima mensual y pueden aplicar durante todo el tiempo que tengas Medicare.

Testamento vital: Un documento legal que señala qué tratamientos o tipos de atención son deseables o no y en qué situación aplica cada decisión.

Subsidio para personas de bajos ingresos (también denominado asistencia adicional): Un programa de asistencia para que personas con ingresos y recursos limitados paguen por los costos de la parte D de Medicare. Algunas personas podrían recibir asistencia adicional automáticamente, incluyendo aquellas que reciben cobertura total de Medicaid. Otras podrían ser elegibles después de hacer la aplicación.

Poder notarial médico (también denominado poder legal para atención médica o poder notarial para atención médica): Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente.

Medicare Advantage (también denominada la parte C de Medicare): Planes médicos ofrecidos por compañías privadas que cubren los mismos tipos de servicios que cubren la parte A y B de Medicare y son una alternativa diferente a Medicare Original (tradicional). Medicare Advantage frecuentemente tiene beneficios adicionales tales como de la salud visual, dental y auditiva.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período que empieza el 1 de enero y termina el 31 de marzo (o el plazo de 3 meses desde que se tiene Medicare) para personas que ya están inscritas en un plan de Medicare Advantage durante el cual pueden hacer un cambio a otro plan de Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos) o cancelar un plan de Medicare Advantage para regresar a Medicare Original.

Parte A de Medicare (seguro hospitalario): Un plan administrado por el gobierno federal que cubre hospitalizaciones, atención en centros de enfermería especializada, cuidados paliativos y algunos tipos de atención médica en el hogar.

Parte B de Medicare (seguro médico): Un plan médico administrado por el gobierno federal que cubre atención ambulatoria, suministros médicos, servicios preventivos y ciertos servicios de doctores, tales como aquellos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos médicos.

Parte C de Medicare (también denominada Medicare Advantage): Planes médicos ofrecidos por compañías privadas que cubren los mismos tipos de servicios que la parte A y B de Medicare y son una alternativa diferente a Medicare Original (tradicional). Medicare Advantage frecuentemente tiene beneficios adicionales tales como de la salud visual, dental y auditiva.

Parte D de Medicare: La parte de Medicare que es útil para cubrir el costo de medicamentos de venta con receta. Compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare ofrecen la parte D de Medicare y puede agregarse a Medicare Original o incluirse en algunos planes de Medicare Advantage.

Seguro suplementario de Medicare (también denominado Medigap): Seguro adicional que las personas pueden comprar de una compañía privada de seguros médicos y que será útil para pagar la porción que les corresponde de costos de bolsillo en Medicare Original.

Medigap (también denominado seguro suplementario de Medicare): Seguro adicional que las personas pueden comprar de una compañía privada de seguros médicos y que será útil para pagar la porción que les corresponde de costos de bolsillo en Medicare Original.

Fuera de la red: Servicios de atención médica que se reciben de proveedores o de centros que no tienen un contrato con tu plan médico. Estos proveedores y centros no han aprobado los precios establecidos por el plan, así que podrías pagar más por el servicio o dicho servicio podría no tener ninguna cobertura.

Costos de bolsillo: La porción de los costos de atención médica que una persona tiene la responsabilidad de pagar, incluyendo copagos, coaseguros y costos por servicios de atención médica no cubiertos.

Período de inscripción abierta: El período de tiempo cada año (del 15 de octubre al 7 de diciembre) cuando personas pueden hacer cambios a los planes de atención médica de Medicare en lo que se refiere a la cobertura o a planes de medicamentos de venta con receta. Los cambios podrían incluir hacer un cambio de un plan de Medicare Original a uno de Medicare Advantage o viceversa; inscribirse, cancelar o cambiar de plan de medicamentos de Medicare (si una persona está inscrita en Medicare Original); o inscribirse, cancelar o hacer un cambio a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos (o agregar o cancelar cobertura de medicamentos). La cobertura empieza el 1 de enero del siguiente año calendario.

Medicare Original (también conocido como Medicare Tradicional): Un plan de atención médica administrado federalmente que incluye las partes A y B de Medicare.

Orientación de pacientes (también denominada asesores de pacientes): Personas que ayudan a guiar a pacientes en lo que se refiere al sistema de atención médica y podrían ofrecer una amplia gama de servicios, incluyendo programar consultas con proveedores de atención médica, comunicarse con los seguros y proporcionar apoyo emocional

mientras personas lidian con trastornos médicos complejos y sus cuidados correspondientes.

Pagador: Una entidad, frecuentemente una compañía de seguros médicos, que paga por los servicios de atención médica en representación de una persona.

Poder notarial: Un documento legal que otorga a alguien la autoridad para actuar en representación de otra persona en lo que se refiere a varios asuntos. El alcance de un documento de poder notarial podría incluir asuntos financieros, legales y médicos.

Poder notarial para atención médica (también denominado poder notarial médico o poder legal para atención médica): Un documento legal mediante el cual alguien designa a una persona para que tome decisiones médicas en su representación si la persona que otorga el poder no puede hacerlo temporal o permanentemente.

Prima: La tarifa mensual que las personas pagan por su cobertura de Medicare.

Parte A sin primas: Seguro hospitalario bajo Medicare que no requiere una prima mensual. La mayoría de personas son elegibles para la parte A sin primas si ellas o sus cónyuges pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban durante al menos 10 años.

Autorización previa: Un proceso que algunas compañías de seguros médicos usan que requiere la evaluación y aprobación de un procedimiento, servicio o medicamento específico antes de que se emita el pago correspondiente, incluso si un proveedor de atención médica lo recomendó o lo recetó.

Seguro secundario (también denominado seguro suplementario): Un plan de seguro adicional que es útil para pagar costos de atención médica que no están cubiertos por el plan de seguro médico de una persona.

Exención de la regla de tres días de centros de enfermería especializada: Una excepción que permite que alguien reciba atención cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada incluso si no se hospitalizó a esa persona por tres días, lo cual Medicare requiere normalmente.

Período especial de inscripción (SEP): Un intervalo de tiempo que no coincide con los períodos regulares de inscripción cuando las personas pueden inscribirse en Medicare, comúnmente causado por eventos de vida tales como la pérdida de cobertura de seguro patrocinada por el empleador o mudarse a una nueva dirección.

Programa estatal de asistencia de seguros médicos

(SHIP): Un programa nacional que proporciona asesoría y asistencia gratuita e imparcial a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y cuidadores en lo que se refiere a temas tales como inscripciones y comparaciones de planes. Los SHIP tienen oficinas en todo el país y, dependiendo de la región del país, podrían tener otros nombres.

Seguro secundario: Un plan de seguro adicional que es útil para pagar costos de atención médica que no están cubiertos por el plan de seguro médico de una persona.

Medicare Tradicional (también conocido como Medicare Original): Un plan de atención médica administrado federalmente que incluye las partes A y B de Medicare.

