

Beneficios:	La cantidad de dinero pagada por la compañía de seguros a la persona asignada, cuando el asegurado sufre una pérdida.
Administración del Caso:	Es un sistema adoptado por patrones y compañías para asegurar que las personas reciben servicios de atención médica apropiados.
Reclamo:	Una petición de una persona (o su proveedor) a su compañía de seguros para que pague por los servicios que recibió de un profesional de la salud.
Co-Seguro:	La cantidad de dinero que una persona debe pagar por los servicios, después que el deducible fue pagado. En algunos casos el co-seguro se conoce como “co-pago.” El co-seguro está especificado por un porcentaje. Por ejemplo, el empleado paga 20% de los cargos por un servicio y el patrón o compañía de seguro paga 80%.
Co-pago:	Es una cuota (fija) predeterminada que paga una persona por los servicios de atención médica, además de lo que está cubierto por el seguro. Por ejemplo, algunos HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud, HMO por sus siglas en inglés), requieren un “co-pago” de \$10 por cada visita a un consultorio, sin importar el tipo de nivel de servicios prestados durante la visita. Los co-pagos por lo general no están especificados por un porcentaje.
Deducible:	La cantidad de dinero que una persona debe pagar por los gastos de atención médica antes de que el seguro (o una compañía auto asegurada) cubra los costos. Con frecuencia, los planes de seguros están basados en sumas deducibles anuales.
Dependientes:	Cónyuge y/ o hijos solteros (tanto naturales, adoptados o hijastros) de un asegurado.
Fecha Efectiva o de Validez:	La fecha en que su seguro debe comenzar. Usted tiene cobertura a partir de la fecha de validez de la póliza, no antes.
Exclusiones:	Los servicios médicos que no están cubiertos por la póliza de seguro de una persona.
Medicamento Genérico (sin marca):	Una vez que vence la patente del “medicamento de marca”, se les permite a otras compañías de medicamentos vender un duplicado del original. Este se considera un “medicamento genérico” o “gemelo”. Por lo tanto son más baratos, y la mayoría de los planes de salud premian a los clientes que eligen genéricos.
HIPAA:	Es una ley federal aprobada en 1996, que permite a las personas calificar inmediatamente para cobertura de atención médica comparable en caso de cambio de empleo o relaciones familiares. El nombre completo es “Decreto de 1996 de la Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud.” Esta ley además protege los derechos de las personas aseguradas y la privacidad de su información médica.
En red:	Los proveedores o los centros de atención médica que son parte de la red de proveedores del plan de salud con la cual se ha negociado un descuento. Las personas aseguradas generalmente pagan menos cuando utilizan un proveedor en red.
Beneficio Máximo de por Vida:	La cantidad máxima de dinero que un plan de salud pagará en beneficios de por vida a una persona asegurada.
Límite Máximo en Dólares:	La cantidad máxima de dinero que una compañía de seguros (o una compañía auto asegurada) paga por reclamos dentro de un período de tiempo específico. Los límites máximos en dólares varían, pueden estar basados o especificados en términos del tipo de enfermedad o el tipo de servicio. En ocasiones están especificados en términos de por vida, otras veces por un año.

Red:	Un grupo de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica contratados para proveer servicios a los clientes de las compañías de seguros por menos de la cuota usual. Las redes de proveedores pueden cubrir un gran mercado geográfico o una gran variedad de servicios de atención médica.
Fuera del Plan (Fuera de la Red):	Esta frase generalmente se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que están considerados no participantes de un plan de seguros (generalmente un HMO o PPO.) Dependiendo del plan de seguro de salud de una persona, los gastos generados por los servicios prestados por profesionales de la salud fuera del plan no están cubiertos, o están cubiertos sólo parcialmente por la compañía de seguros del participante.
Máximo de su bolsillo:	Una cantidad limitada predeterminada de dinero que una persona debe pagar de su propio bolsillo, antes de que una compañía de seguros (o empleador auto asegurado) pague 100 por ciento de los gastos de atención médica.
Paciente no internado:	Una persona que recibe servicios de atención médica (tales como cirugía) como paciente no internado, es decir que no pasa la noche en un hospital o centro de internación. Muchas compañías de seguros han identificado una lista de estudios y procedimientos (incluyendo cirugía) que no estarán cubiertos a menos que se lleven a cabo sin internación. La definición de no internado también se utiliza como sinónimo de ambulatorio para describir los centros de atención médica donde se llevan a cabo los procedimientos.
Revisión Pre-Admisión:	Una revisión del estado o condición de la atención médica de una persona, antes de que sea admitida en un centro de atención médica, tal como un hospital. Las revisiones pre-admisión generalmente son llevadas a cabo por los administradores del caso o representantes de la compañía de seguros (generalmente enfermeras) en cooperación con la persona, el proveedor de atención médica, y los hospitales.
Condiciones previamente existentes:	Es una condición médica que está excluida de la cobertura por una compañía de seguros, porque se cree que la condición existía antes de que la persona obtuviera la póliza de la compañía de seguros en cuestión.
Proveedor de Asistencia Primario (PCP, por sus siglas en inglés):	Un profesional de la salud (generalmente un médico) que es responsable de monitorear las necesidades generales de atención médica de una persona. Generalmente, un PCP cumple la función de un “defensor” para la atención médica de una persona, refiriendo la misma a médicos especialistas cuando es necesario.
Proveedor:	Término utilizado para profesionales de la salud que proveen servicios de atención médica. En ocasiones, el término se refiere sólo a los médicos. Sin embargo, el término también se refiere a otros profesionales de la salud tales como los hospitales, enfermeras practicantes, quiroprácticos, fisioterapeutas, y otros que ofrecen servicios de atención médica especializada.
Honorarios Razonables:	La cuota promedio que cobra un médico particular dentro de un área geográfica. El término es utilizado con frecuencia por los planes médicos como la cantidad de dinero que ellos aprueban para un estudio o procedimiento específico. Si las cuotas son más altas que la cantidad aprobada, la persona que recibe el servicio es responsable por el pago de la diferencia. Sin embargo, si se cuestiona al médico con referencia al cargo, en algunas ocasiones el mismo reducirá la cantidad que le cobró. Equiparando la suma con lo que la compañía de seguros considera razonable.
Cese de pérdida:	Cuando Usted ya no tiene que pagar de su bolsillo y el seguro comienza a pagar.
Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR) o Gastos Cubiertos:	Una cantidad usualmente cobrada o cubierta por servicios similares y provisiones que son de necesidad médica, recomendado por el doctor, o necesario para el tratamiento.
Período de Espera:	Un período de tiempo durante el cual usted no tiene cobertura de seguros por un problema determinado.