

## Glosario

**AAA** - Agencia del Área sobre el Envejecimiento (trabaja con personas mayores y personas con discapacidades).

**ACA** - Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, también conocida como "Obamacare;" promulgado como ley en 2010; en pleno funcionamiento en 2014 (planes de mercado y Medicaid ampliado entre las disposiciones).

**Valor actuarial** - El porcentaje de los costos promedio totales de los beneficios cubiertos que pagará por un plan de seguro médico.

**AI/AN** - indio americano/nativo de Alaska; un miembro de una tribu india o nativa de Alaska, una corporación (regional o de pueblo) de la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska (ANCSA), una banda, una nación, un pueblo, una ranchería o una comunidad que el Departamento del Interior reconoce que existe como una tribu india. Consulte la lista de tribus reconocidas a nivel federal en <https://bit.ly/frTribes>.

**APD** - Envejecimiento y Personas con Discapacidad; parte del Departamento de Servicios Humanos de Oregon.

**Apelación** - Cuando solicita revisar una decisión. Si no está de acuerdo con una decisión que tomó el plan, puede solicitar que se revise la decisión en una audiencia. Las apelaciones se pueden solicitar al Plan de Salud de Oregon, a una compañía de seguros o al Mercado, según corresponda.

**Portal del solicitante** - La parte de acceso público de ONE que tiene funciones específicas para enviar solicitudes y administrar las cuentas de los solicitantes.

**Fecha de solicitud** - La fecha en que se presenta la solicitud. La fecha de solicitud es la "Fecha de solicitud de cobertura" predeterminada. La cobertura comenzará el primer día de la fecha del mes de solicitud. Consulte "DOR, por sus siglas en inglés" para obtener información sobre cómo cambiar la fecha de solicitud y, por lo tanto, la fecha de inicio de la solicitud.

**Admisión de solicitudes** - El proceso de recopilar e ingresar la información de una persona en el sistema ONE para la solicitud de beneficios médicos.

**Número de solicitud** - Identificador único generado por el sistema asignado a una solicitud después de que se inicia la solicitud. Los socios comunitarios pueden buscar por número de solicitud en el portal de solicitantes.

**Asistentes** - Personas capacitadas y certificadas para ayudar a las personas a solicitar Medicaid/CHIP y planes de salud calificados. Los asistentes han ampliado el acceso a las cuentas de los clientes a través del centro de procesamiento del Plan de Salud de Oregon. Los asistentes no deben ser designados como representantes autorizados de los consumidores.

**AT** - Transferencia de cuenta entre el Mercado y los sistemas de aplicación ONE.

**Representante autorizado** - Una persona que dice que puede tomar decisiones y firmar documentos por usted. Esta persona podría ser un miembro de la familia o un tutor. Si desea un representante autorizado, debe completar un formulario especial.

**Pago de carpeta** - Pago inicial de la prima por cobertura de salud, que efectúa el plan y lo hace activo.

**Número de Caso** - Identificador único generado por el sistema asignado a una solicitud que se completó y envió a través de ONE. Los socios comunitarios pueden buscar por número de caso en el portal del solicitante.

**CCO** - Organización de Atención Coordinada (atención administrada para clientes del Plan de Salud de Oregon). Un CCO es un grupo local de proveedores de atención médica (médicos, consejeros, enfermeros, dentistas y otros) que trabajan juntos en su comunidad. Los CCOs ayudan a garantizar que los miembros del Plan de Salud de Oregon se mantengan saludables.

**CHIP** - Programa de Seguro Médico para Niños (federal).

**CMS** - Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (federal).

**COBRA** - Ley de Conciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada; una ley federal que puede permitirle mantener temporalmente la cobertura de salud después de que termine su empleo, pierde la cobertura como dependiente del empleado cubierto, u otro evento de vida calificado. Si elige la cobertura COBRA, usted paga el 100% de las primas, incluida la parte que solía pagar el empleador, más una pequeña tarifa administrativa.

**COFA** - Pacto de Libre Asociación. Se refiere a los ciudadanos de Palau, Micronesia y las Islas Marshall y sus derechos de residir y trabajar legalmente en los EE. UU. A partir del 10 de marzo de 2021, se restableció toda la elegibilidad para Medicaid a los ciudadanos de COFA.

**Coseguro** - El porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que el consumidor paga (por ejemplo, 20 por ciento) después de que se haya pagado el deducible.

**Aviso Combinado de Elegibilidad** - Un aviso generado por el sistema ONE que informa a las personas sobre aprobaciones, denegaciones y terminación de cobertura.

**Socio comunitario** - Una organización que cuenta con asistentes certificados que ayudan a las personas a solicitar atención médica. Los socios comunitarios son locales. La ayuda es gratuita.

**Tablero del socio comunitario** - Un área en el portal del solicitante específicamente para socios comunitarios individuales donde pueden buscar personas/solicitudes; acceder a mensajes del Oregon Health Authority; enlazar directamente con Groupsite; y ayudar a las personas a administrar su inscripción en el OHP.

**Copago** - Una pequeña tarifa que algunos planes de salud cobran a los miembros cuando

pagan por los servicios. Un ejemplo de copago es pagarle a la farmacia \$2 por una receta. OHP no tiene copagos.

**CPOP** - Programa de Alcance de Socios Comunitarios; parte del Oregon Health Authority.

**CSR** - Reducción de costos compartidos. Asistencia financiera disponible para personas con ingresos del 139 por ciento al 250 por ciento del nivel federal de pobreza que están comprando un plan de salud calificado de nivel plata. También está disponible para indios americanos/nativos de Alaska (AI/AN) hasta un 300 por ciento del nivel federal de pobreza como costo compartido cero, con cualquier plan de nivel de metal.

**DACA** - Acción Diferida para los Llegados en la Infancia; Estado de inmigración; no elegible para la cobertura del Mercado.

**DCBS** - Departamento de Servicios al Consumidor y Negocios, la agencia estatal que contiene la División de Regulación Financiera (DFR).

**Deducible** - La cantidad que paga el consumidor por los servicios de atención médica cubiertos antes de que un plan de seguro comience a pagar a una tasa más alta. Esta cantidad varía de un plan a otro.

**DFR** – Departamento de Regulación Financiera; una división del Departamento de Servicios al Consumidor y Negocios que regula los planes y agentes/corredores de seguros, además de otros servicios financieros.

**DHS** - Departamento de Servicios Humanos, la agencia estatal a cargo de programas como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y Medicaid. DHS a menudo trabaja con el Oregon Health Authority.

**DOR** - Fecha de solicitud; establece la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan de Salud de Oregon. La cobertura comienza el primer día del mes durante el cual se establece la fecha de solicitud.

**EHB** – Beneficios esenciales para la salud; un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Estos incluyen servicios médicos, atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios, cobertura de medicamentos recetados, embarazo y parto, servicios de salud mental y más.

**Condición Médica de emergencia** - Una enfermedad o lesión que requiere atención inmediata. Un ejemplo de salud físico es un hueso roto o un sangrado que no se detiene. Un ejemplo de salud mental es sentirse fuera de control o tener ganas de hacerse daño.

**Servicios de Emergencia** - Atención que reciben las personas durante una crisis médica. Estos servicios ayudan a estabilizar a las personas cuando están en estado grave.

**ER y ED** - Sala de emergencias y departamento de emergencias; este es el lugar en un hospital donde las personas pueden obtener atención inmediata.

**Servicios Excluidos** - Lo que un plan de salud no paga. Por lo general, se excluyen los servicios para mejorar su apariencia (como la cirugía estética) y para las cosas que mejoran por sí solas (como los resfriados).

**Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)** - Declaración producida por la compañía de seguros que describe los servicios prestados y cargados al plan por un proveedor, instalación o suplidor. Este no es una factura.

**Tecnología Federal** - La plataforma tecnológica utilizada por el Mercado de Seguro Médico de Oregon para solicitar e inscribirse en un plan de salud calificado (QHP) en CuidadoDeSalud.gov.

**FFS** - Tarifa por servicio; también conocida como "Tarjeta Abierta"; con cobertura OHP: no afiliado a una organización de atención coordinada (CCO).

**Formulario** - Especifica medicamentos particulares que están aprobados para ser recetados bajo una póliza de seguro de salud en particular.

**FPL** - Nivel federal de pobreza; directrices emitidas a fines de enero de cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Queja** - Una queja sobre un plan, proveedor o clínica. La ley dice que las organizaciones de atención coordinada deben responder a cada queja.

**Groupsite** - La herramienta de redes sociales para los asistentes de aplicaciones, el programa de extensión de socios comunitarios y el Mercado de Seguros Médicos de Oregon. Los usuarios pueden unirse a una discusión, buscar un formulario y consultar el calendario para capacitaciones, reuniones y otros eventos.

**Seguro Médico** - Un programa que paga algunos o todos los costos de atención médica de sus miembros.

**HHS** - Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**HICS** - Sistema de Trabajo de Casos de Seguro de Salud; Sistema utilizado por CMS para la asignación y el trabajo de escalamiento de casos.

**HIG** - Grupo de seguros de salud; administra la responsabilidad de terceros (otra cobertura de seguro) para los clientes de Medicaid ([www.reportTPL.org](http://www.reportTPL.org)).

**HNA** - Herencia nativa americana (una designación de OHP en el Sistema de Información de Administración de Medicaid).

**Servicios de hospicio** - Servicios para consolar a una persona durante la atención al final de su vida.

**Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios** - La atención para pacientes hospitalizados es la atención que reciben las personas cuando se quedan

en un hospital durante al menos tres noches. La atención ambulatoria es la atención que las personas reciben en un hospital, pero no necesitan pasar la noche.

**Hogar** - Familia que vive con usted, como su cónyuge, hijos u otros dependientes que reclamaría en sus impuestos. Un hogar no incluye compañeros de cuarto.

**HPE** - Elegibilidad presuntiva del hospital; disponible solo en hospitales; brinda cobertura temporal del Plan de Salud de Oregon, pero se debe realizar un seguimiento con una solicitud completa del OHP para que los beneficios continúen; disponible sólo una vez en un período de 12 meses.

**Servicios de salud para indígenas, programas tribales y programas para indígenas urbanos (I/T/Us)** - Programas de salud disponibles para indios americanos y nativos de Alaska. Si un miembro tribal se inscribe en la cobertura del Mercado, puede obtener o seguir recibiendo servicios de uno de estos programas, así como de cualquier proveedor del plan del Mercado.

**Tablero individual** - Donde las personas (socios no comunitarios) administran su cuenta ONE y la solicitud de cobertura de salud.

**Mandato individual** - La tarifa que se paga si una persona no tiene cobertura de salud (también llamada "penalización" o "pago de responsabilidad individual"). No se paga si el consumidor está exento. Esta tarifa se redujo a \$0 para planes a partir de 2019.

**Proveedor dentro de la red** - Los proveedores y las instalaciones (hospitales, clínicas, etc.) que cubre una compañía de seguros a una tarifa preferencial, o que están integrados con una organización de atención coordinada.

**Compañía de Seguros** – También llamada "aseguradora" o "compañía de seguros". Empresa que emite planes de salud.

**Población involucrada en la justicia** – Clientes en transición del encarcelamiento. Pueden solicitar OHP dentro de los 30 días antes o después de la fecha de liberación programada.

**LEP** – Dominio limitado del inglés

**LPR** – Residente permanente legal; un estatus migratorio en el que las personas pueden vivir y trabajar en los Estados Unidos.

**Transferencia de cuenta del Mercado** – Facilita el envío de respuestas de transferencia de cuenta del estado para transferencias de cuentas de aplicaciones recibidas del mercado, así como el envío de referencias de aplicaciones del estado al mercado para aplicaciones que se originan en el estado.

**MEC** – Cobertura esencial mínima; el tipo de cobertura que una persona debe tener para cumplir con los "requisito de responsabilidad individual" según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

**Medicaid** – Un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica para personas con bajos ingresos. En Oregon, se llama el Plan de Salud de Oregon.

**Médicamente necesario** – Servicios y suministros que su médico dice que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o sus síntomas.

**Medicare** – Un programa de atención médica para personas de 65 años o más. También cubre a algunas personas con discapacidades de cualquier edad.

**MFA** – El propósito de los servicios de autenticación de múltiples factores (MFA, por sus siglas en inglés) es habilitar la autenticación de segundo factor utilizando una contraseña de un solo uso (OTP, por sus siglas en inglés) generada y enviada por correo electrónico. Los socios de la comunidad deben ingresar su OTP generada cada vez que inician sesión en el portal de ONE para solicitantes.

**MMIS** – Sistema de Información de Administración de Medicaid, el sistema de referencia para la elegibilidad de Medicaid.

**Red** – El grupo de proveedores, establecimientos (hospitales, clínicas, etc.), que cubre una compañía de seguros a una tarifa preferencial o con los que tiene contrato una organización de atención coordinada. Son los médicos, dentistas, terapeutas y otros proveedores que trabajan juntos para mantener a las personas sanas. Instalaciones como clínicas y hospitales también pueden formar parte de una red.

**Padre sin custodia** – También conocido como el padre ausente de un niño en el hogar.

**Proveedor(a) fuera de la red** – Un proveedor que no tiene un contrato con la compañía de seguros o organización de atención coordinada. Es posible que no acepten el pago del transportista/CCO por sus servicios. Es posible que tenga que pagar o pagar más si consulta a un proveedor fuera de la red.

**Aviso de Acción** – Una carta que le informa a las personas cuando se toma una decisión sobre su atención médica.

**OEP** – Período de inscripción abierta; Del 1 de noviembre al 15 de enero de cada año. Un período de tiempo durante el año en el que los consumidores pueden solicitar (e inscribirse en) atención médica privada con asistencia financiera, generalmente del 1 de noviembre al 15 de diciembre. Los consumidores pueden calificar para un período de inscripción especial si tienen un evento de vida calificado fuera de la inscripción abierta. Los consumidores pueden solicitar el OHP en cualquier momento durante el año.

**OHA** – Oregon Health Authority; administra los programas de salud pública y Medicaid de Oregon como el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés).

**OHP** – Plan de Salud de Oregon; El programa Medicaid de Oregon, que ayuda a las personas de bajos ingresos a obtener acceso a la atención.

**OMC** – Cuidado de Madres de Oregon; un programa de salud pública de OHA.

**ONE** – Nombre abreviado de OregONEligibility, el sistema de solicitud de beneficios de Medicaid en línea de Oregon.

**Tarjeta Abierta** – Los miembros que no tienen una organización de atención coordinada tienen tarjeta abierta. Ellos pueden ver a cualquier proveedor que acepte la cobertura del Plan de Salud de Oregon.

**Máximo/límite de gastos de bolsillo** – Lo máximo que alguien tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de que las personas gastan esta cantidad en deducibles, copagos y coseguros, su plan de salud paga el 100 por ciento de los costos de los beneficios cubiertos. El límite de gastos de bolsillo no incluye sus primas mensuales. Tampoco incluye nada que puedan gastar por servicios que su plan no cubre.

**PCP** – Proveedor de atención primaria o médico; el proveedor o doctor que cuida la salud de alguien. El proveedor o médico suele ser la primera persona a la que la gente llama cuando necesita atención. Un proveedor de atención primaria puede ser un médico, un enfermero practicante, un asistente médico, un osteópata o un naturópata.

**PCR** – Padre u otro pariente a cargo del cuidado: beneficio de Medicaid/OHP para parientes que cuidan niños; el límite de ingresos es de alrededor del 42 por ciento del nivel federal de pobreza, pero no hay límite de edad.

**Ingreso per cápita** – Ingreso promedio obtenido por persona en un área determinada en un año específico. Se calcula dividiendo los ingresos totales del área por su población total. A los fines del Mercado, generalmente se utiliza para ingresos tribales en relación con ganancias de casino o no relacionadas con el juego (por ejemplo, agricultura).

**Servicios médicos** – Servicios recibidos de un médico.

**Información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés)** – La información de identificación personal es cualquier información sobre una persona mantenida por una agencia, incluidos los antecedentes penales y laborales y la información que se puede usar para distinguir o rastrear la identidad de una persona (nombre, número de Seguro Social, fecha y lugar de nacimiento, etc.), además de cualquier otra información personal que esté vinculada o pueda vincularse a un individuo.

**Plan** – La colección específica de beneficios y niveles de cobertura que un consumidor puede comprar. Una compañía de seguros puede tener varios planes con diferentes beneficios y niveles de cobertura, y los planes pueden variar según la ubicación geográfica.

**PNS** – Declaración de aviso de privacidad; una declaración de privacidad o un documento legal que revela algunas o todas las formas en que una parte recopila, usa, divulga y administra un cliente o los datos de un cliente. Cumple con un requisito legal para proteger la privacidad de un cliente.

**Preautorización** – Permiso para un servicio. Este suele ser un documento que dice que el

plan pagará por un servicio. Algunos planes y servicios exigen esto antes de que las personas reciban atención.

**Lista de Medicamentos preferidos (PDL, por sus siglas en inglés)** – Una lista de medicamentos cubiertos por el Plan de salud de Oregon.

**Prima** – El costo del seguro.

**Medicamentos recetados** – Medicamentos que un médico le dice a un paciente que tome.

**Prevención** – Lo que hacen las personas para ayudarse a mantenerse saludables y evitar que se enfermen. Por ejemplo, chequeos y vacunas contra la gripe.

**Servicios Preventivos** – Atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, controles y consejería para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

**Dentista de atención primaria** – El dentista principal que cuida los dientes y las encías de una persona.

**Numero Principal (Prime)** – Número generado por el sistema y, efectivamente, el ID del plan de salud de Oregon de un miembro, asignado a una persona que se utiliza para identificar a la persona y para fines de facturación del sistema. Visible en el panel individual después de enviar una solicitud, así como en MMIS.

**Proveedor** – Una persona o grupo con licencia que ofrece un servicio de atención médica. Por ejemplo, un médico, dentista o terapeuta.

**PTC** – Crédito fiscal de prima; asistencia financiera disponible para personas con ingresos por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza que están comprando un plan de salud calificado y cumplen con otros requisitos de elegibilidad. Si se usa durante todo el año, se llama créditos fiscales avanzados para primas (APTC, por sus siglas en inglés).

**Carga pública** – Se refiere a una persona que es probable que se convierta en “principalmente dependiente del gobierno para su subsistencia, como lo demuestra el recibo de asistencia pública en efectivo para el mantenimiento de los ingresos o la institucionalización para cuidados a largo plazo a expensas del gobierno” (según la definición de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos).

**QHP** – Plan de salud calificado; cobertura privada disponible a través del mercado, típicamente 139 por ciento del nivel federal de pobreza y por encima.

**QLE** – Evento de vida calificado; un cambio en las circunstancias que afecta la elegibilidad para diferentes formas de cobertura de salud y permite a los clientes tener un período de inscripción especial (SEP).

**Renovación** – Los miembros de QHP/OHP deben asegurarse de que aún califican para los beneficios de salud anualmente. Los cambios en las circunstancias que podrían afectar la elegibilidad generalmente deben informarse en cualquier momento del año a medida que



ocurren, dentro de los 30 días posteriores al cambio.

**RFI** – Solicitud de información; solicita información adicional para completar la elegibilidad. Se identifica información específica necesaria (comprobante de ingresos). Cada elemento solicitado incluye una fecha de vencimiento y se enviará con un sobre con franqueo pagado para cada carta.

**RIDP** – Prueba de identidad remota; un proceso de una sola vez necesario para configurar una cuenta individual o de un socio comunitario en ONE.

**Grupo de riesgo** – Un grupo de personas cuyos costos médicos se combinan para determinar las primas.

**ROC** – Coordinador de alcance regional; hay ocho coordinadores de alcance regional que prestan servicios en siete regiones de Oregon, además de dos coordinadores de campaña en todo el estado.

**SEP** – Período de inscripción especial; un tiempo durante el cual un cliente con un evento de vida calificado puede comprar un plan de salud calificado.

**SHIBA** – Programa de Asistencia de Beneficios de Seguro de Salud para Personas Mayores; voluntarios certificados que se especializan en la asistencia de Medicare. El Mercado de Seguros Médicos de Oregon en el Departamento de Servicios al Consumidor y Empresas administran conjuntamente el programa.

**Seguro social** – Los beneficios de jubilación se pueden cobrar a partir de los 62 años; sujeto a impuestos y montos no imponibles que deben declararse en la sección de ingresos de la solicitud; El Seguro Social también incluye beneficios para sobrevivientes.

**Especialista** – Un proveedor capacitado para atender una categoría específica de enfermedad.

**SSDI** – Ingreso por Discapacidad del Seguro Social; cantidades imponibles y no imponibles que deben ser reportados en la sección de ingresos de la solicitud. Las personas que reciben SSDI son elegibles para Medicare después de una espera de dos años.

**SSI** – Seguridad de Ingreso Suplementario; no incluya este ingreso en la solicitud.

**Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)** – Un resumen fácil de leer que permite a los consumidores hacer comparaciones de manzanas con manzanas de costos y cobertura entre planes de salud. El documento puede comparar opciones en función del precio, los beneficios y otras características que pueden ser importante para el consumidor. El "Resumen de Beneficios y Cobertura" (SBC) está disponible al comprar cobertura a través de [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov), directamente a través de una compañía de seguros, o a través de un trabajo, renovar o cambiar la cobertura, o solicitar un SBC de la compañía de seguros de salud.

**TANF** – Ayuda Temporal a Familias Necesitadas; anteriormente conocido como "welfare"

(administrado por el Departamento de Servicios Humanos).

**Atención de urgencia** – Atención que las personas necesitan el mismo día. Podría ser para un dolor grave, para evitar que se sientan mucho peor o para evitar perder la función en una parte de su cuerpo.

**USCIS** – Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos.

**Documentos de verificación** – Si CuidadoDeSalud.gov o ONE identifican que se necesita más información para completar la determinación de elegibilidad, se activa una solicitud de información y se envía al individuo. La solicitud de información identifica los elementos específicos que necesitan verificación para los individuos aplicables. Ejemplos de documentos de verificación incluyen W-2, 1099, declaraciones de impuestos, cartas de desempleo, certificado de nacimiento, certificado de naturalización, tarjeta verde, visa, documentos de refugiados y documentación de liberación de encarcelamiento.

**WIC** – Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (administrado por Salud Pública).

**Portal del trabajador** – El lado del sistema ONE utilizado por el Oregon Health Authority, que tiene mayor acceso y funcionalidad específica para determinar la elegibilidad.