

Término	Definición
Año del Plan (Plan Year)	Un período de beneficios de 12 meses de cobertura bajo un plan de salud grupal.
Área de Servicio (Service Area)	Un área geográfica donde un plan de seguro médico acepta miembros en el caso que limite la inscripción según dónde residan los miembros.
Beneficios de Salud Esenciales (Essential Health Benefits)	La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio garantiza que los planes de salud del Mercado de Seguros de Salud ofrezcan un amplio paquete de servicios de salud esenciales.
Categorías de Planes Médicos (Health Plan Categories)	Los planes en el Mercado de seguros se dividen en 4 categorías - Bronce, Plata, Oro y Platino- categorías de planes de salud según el porcentaje que el plan paga para ofrecer los beneficios de salud esenciales (también conocido como el valor actuarial).
Cobertura Esencial Mínima (Minimum Essential Coverage)	El tipo de cobertura que necesita tener una persona para cumplir con los requisitos de responsabilidad individual según la Ley del Cuidado de Salud.
Copago (Copayment)	Una cantidad fija que el consumidor paga por un servicio médico cubierto.
Coseguro (Coinsurance)	La porción que el consumidor paga por los servicios médicos cubiertos, calculada como porcentaje de la cantidad aceptada para esos servicios, después de que el consumidor llegue al deducible.
Costos Compartidos (Shared Costs)	La porción de los costos por servicios cubiertos por su asegurador, que el consumidor paga de su propio bolsillo.
Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (Advanced Premium Tax Credit)	El crédito fiscal que ayuda a consumidores elegibles a pagar la cobertura médica comprada a través del Mercado de Seguros de Salud.
Deducible (Deductible)	La cantidad que los consumidores deben pagar por los servicios médicos, antes de que el plan comience a pagar la cobertura.
Evento Calificado (Qualifying Life Event)	Un cambio de vida de consumidores que los puede hacer elegibles para un plan de salud durante el Período Especial de Inscripción.
Exención (Exemption)	Las personas que califican para una exención de la cobertura médica no tienen que tener seguro de salud calificado o pagar una multa.
Gasto de su Bolsillo (Out of Pocket Cost)	Los gastos de cuidado médico del consumidor que no son reembolsados por el seguro.
Ingreso Bruto Ajustado Modificado (Modified Adjusted Gross Income)	La cifra utilizada para determinar la elegibilidad de costos reducidos en el Mercado y para Medicaid y CHIP.
Índice Federal de Pobreza (Federal Poverty Level)	Un indicador del nivel de ingresos publicado anualmente por el Departamento de Salud & Servicios Humanos.
Pago de Responsabilidad Compartida Individual (Individual Shared Responsibility Payment)	Cuando los consumidores no tienen un seguro médico con cobertura esencial mínima, tendrán que pagar una multa por los meses que no tengan cobertura médica.
Período Abierto de Inscripción (Open Enrollment Period)	El período anual durante el cual las personas pueden inscribirse en un plan médico.
Período Especial de Inscripción (Special Enrollment Period)	Un espacio de tiempo fuera del período de Inscripción Abierta, durante el cual consumidores y sus familias pueden inscribirse o cambiar cobertura médica, si califican.
Plan de Salud Autorizado/Calificado (Qualified Health Plan)	Un plan de seguro de salud que está certificado por el Mercado de Seguros de Salud, ofrece beneficios de salud esenciales, cumple los límites establecidos en cuanto a costos compartidos, así como otros requisitos.
Plan Catastrófico (Catastrophic Health Plan)	Los planes médicos que cumplen todos los requisitos aplicables a otros Planes Médicos Calificados (QHP, por sus siglas en inglés) pero que no cubren ningún beneficio excepto por 3 visitas para cuidado primario por año antes de que se haya pagado el deducible.
Prima (Premium)	La cantidad que el consumidor debe pagar a su seguro o plan médico.
Programa de Seguro Médico para los Niños (Children's Health Insurance Program)	Un seguro médico financiado conjuntamente por el gobierno federal y los estados, que ofrece cobertura médica a los niños de bajos recursos, y en algunos estados, a mujeres embarazadas de familias que tienen ingresos demasiado altos para ser elegibles para Medicaid, pero que no pueden pagar un seguro médico privado.
Representante Autorizado (Authorized Representative)	Una persona que los consumidores escogen para actuar en su representación en el Mercado de Seguros, tal como un miembro de su familia u otra persona de confianza.
Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage)	Un resumen fácil de leer que les permite a los consumidores comparar lado a lado, los costos y coberturas ofrecidos por los diferentes planes médicos.