

Glosario



Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos

(HRA, por sus siglas en inglés):

Un beneficio opcional, financiado por el empleador, que reembolsa a los asegurados del plan los gastos médicos calificados hasta una cantidad fija. Los reembolsos están libres de impuestos y los fondos no utilizados pueden transferirse a años futuros.

Administración del Seguro Social:

La agencia federal que asigna los números del Seguro Social; gestiona los programas de jubilación, de supervivencia y de seguro por incapacidad conocido como Seguro Social; y administra el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario para las personas mayores y/o con discapacidad.

Afiliado: Persona inscrita en un plan de salud acreditado o en un plan fuera del Marketplace.

Agente: Los agentes están autorizados por la ley de Virginia para vender seguros médicos a individuos, familias y pequeños negocios y sus empleados. Los agentes pueden recomendar planes o tipos de planes y realizar actividades en nombre de sus clientes. Solo los agentes que han sido capacitados y certificados por Virginia's Insurance Marketplace están autorizados para ayudarte a usar el Marketplace. El uso de un agente es gratuito.

Año del plan: Periodo de 12 meses durante el cual permanecen invariables los beneficios y las tarifas de las primas de los planes de seguro. El año del plan para los planes individuales y familiares es el mismo que el año natural, aunque no estés inscrito durante todo el año natural. Si estás inscrito en un plan de salud grupal a través de una empresa, es posible que tu año del plan no sea el mismo que el año natural.

Apelación: Una solicitud para que su compañía de seguro médico o el Mercado de Seguros Médicos revisen una decisión que niega un beneficio o pago.

- Si no está de acuerdo con una decisión tomada por el Mercado, es posible que pueda presentar una apelación. Las pequeñas empresas también pueden apelar las decisiones del Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas (SHOP, por sus siglas en inglés).
- Si su plan de salud se niega a pagar un reclamo o finaliza su cobertura, usted tiene el derecho de apelar la decisión y hacer que sea revisada por un tercero.

Asistencia financiera: Término general utilizado por el Marketplace para referirse a Medicaid y a los programas federales que te ayudan a pagar por un seguro médico privado. El crédito fiscal anticipado de prima (APTC, por sus siglas en inglés) y la reducción de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés) son tipos de asistencia financiera.

Asistente de la plataforma Virginia's Insurance

Marketplace: Proporcionan ayuda en persona a individuos, familias y pequeños negocios que buscan planes de seguro médico a través de Virginia's Insurance Marketplace. Los asistentes han sido capacitados por el Marketplace y están en la obligación de proporcionar información justa e imparcial para ayudar con la elegibilidad y facilitar el proceso de inscripción a los planes de seguro médico. El uso de un asistente es gratuito.

Asistente: Otro término para referirse a un asistente de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace.

Aviso: Mensaje que te comunica información importante relacionada a tu seguro de salud. Es posible que recibas un aviso por correo o como alerta por correo electrónico. Los avisos son urgentes y pueden afectar tu plan de seguro médico.

Beneficios esenciales de salud: Todos los planes de seguro médico disponibles a través de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace están obligados por ley federal a incluir beneficios esenciales de salud. Estos beneficios incluyen servicios ambulatorios para pacientes; servicios de emergencia; hospitalización; maternidad y atención al recién nacido; servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios de rehabilitación; servicios y dispositivos de habilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y gestión de enfermedades crónicas; servicios pediátricos, incluida la atención dental y de la vista para niños. Esto no significa que todos los planes sean iguales. Algunos planes pueden ofrecer un mayor nivel de servicios o servicios adicionales más allá del mínimo exigido o excluir otros servicios opcionales que pueden ser importantes para ti.

Glosario

Cambio de vida elegible: Si experimentas un cambio de vida, incluyendo, pero no limitado a, casarte, tener un hijo, o perder la cobertura de seguro médico debido a la pérdida de empleo, puedes ser elegible para inscribirte en un plan de seguro médico o hacer cambios en tu plan durante el periodo de inscripción especial, que tiene lugar fuera del periodo de inscripción abierta anual.

Cambios de vida: También denominados cambios de vida elegibles. Ciertos cambios en tu vida te permiten inscribirte en un seguro médico o hacer cambios en tu plan durante el periodo de inscripción especial, que tiene lugar fuera del periodo de inscripción abierta anual.

Centro de salud federalmente calificado: Centros de salud o clínicas sin fines de lucro que reciben fondos federales para atender zonas y poblaciones desatendidas médicaamente. Estos centros ofrecen servicios de atención primaria gratuitos o de bajo costo en función de las posibilidades de pago.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid:

La agencia federal que gestiona Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños y el mercado federal de seguros médicos.

Cobertura: Otra término para seguro médico. Puedes obtener cobertura a través del Marketplace, un empleador o un programa como Medicare.

Cobertura mínima esencial: Cobertura de salud médica que cumple con los requisitos de la ley del Cuidado De Salud a Bajo Precio. Todos los planes de salud privados disponibles a través del Marketplace cumplen o superan esta normativa. Medicaid y Medicare Virginia también ofrecen cobertura mínima esencial. Para la cobertura médica fuera del Marketplace o a través de otro programa gubernamental, averigua qué tipo de cobertura médica califica como cobertura esencial mínima.

Copago: Importe fijo en dólares que pagas por un servicio cubierto, normalmente en el momento de recibir el servicio. El importe puede variar en función al tipo de servicio. Por ejemplo, el copago de una visita al médico puede ser de \$25, mientras que el de los medicamentos recetados es de \$10. Una vez alcanzado el límite de gastos de bolsillo, ya no tendrás que abonar copagos durante el resto del año del plan.

Corredor: Los correderos están autorizados por la ley de Virginia para vender seguros de salud a particulares, familias y pequeñas empresas y a sus empleados. Los correderos pueden recomendar planes o tipos de planes y llevar a cabo actividades en nombre de sus clientes. Sólo los correderos que han sido capacitados y certificados por la plataforma Virginia's Insurance Marketplace están autorizados para ayudar a utilizar el Marketplace. El uso de un corredor es gratuito.

Coseguro: El porcentaje que pagas por el costo total de un servicio cubierto, el cual pagas en el momento en que recibes el servicio. Por ejemplo, si la cantidad permitida por tu plan de seguro médico para visitar al médico es de \$100, el pago de un coseguro del 20% sería de \$20. Algunos planes requieren que pagues hasta la cantidad del deducible del plan antes de que comience el coseguro. Una vez que alcanzas el límite de gastos de bolsillo, ya no tienes que pagar el coseguro durante el resto del año del plan.

Crédito fiscal anticipado de prima (APTC, por sus siglas en inglés):

El gobierno federal ofrece este crédito fiscal para ayudar a cubrir el seguro médico privado de las personas y familias con determinados límites de ingresos que también cumplen otros requisitos. El crédito fiscal puede aplicarse automáticamente a la prima de tu seguro para reducir el pago mensual, o puedes solicitarlo al presentar tu declaración de impuestos federales. Debes aplicar para recibir ayuda financiera para confirmar que cumples con los requisitos y recibir el crédito fiscal.

Cuenta de ahorros para la salud:

Una cuenta bancaria en la que se depositan dólares libres de impuestos para pagar gastos médicos calificados como tu deducible, los copagos y el coseguro. Si tienes un plan de seguro médico con un deducible alto, puedes ser elegible para una cuenta de ahorro para gastos médicos. El IRS establece un límite anual para las aportaciones, pero los fondos que deposites pueden utilizarse en años futuros. Si dispones de una cuenta de ahorros médicos a través de tu empleador, los fondos son tuyos y pueden transferirse a otra cuenta que reúna los requisitos si alguna vez dejas de trabajar para la empresa.

Glosario

Deductible: La cantidad que debes pagar durante el año del plan por los servicios cubiertos antes de que tu compañía de seguros comience a contribuir con los costos. Por ejemplo, si el deducible anual dentro de la red es de \$1,000, es posible que la compañía de seguros no pague nada por los servicios cubiertos hasta que llegues a esta cantidad. El deducible puede no ser aplicable a todos los servicios. Por ejemplo, la mayoría de los planes incluyen determinados servicios preventivos sin costo alguno, incluso antes de que llegues al deducible. Algunos planes también tienen deducibles independientes para determinados beneficios, como los medicamentos con receta.

Dentro de la red: Se refiere a la red de proveedores y prestadores de servicios con los que tu seguro médico ha firmado un contrato para la prestación de servicios de atención médica. Algunos planes de seguro médico sólo permiten utilizar proveedores dentro de la red (a veces denominados “proveedores de servicios preferidos”) y sólo cubren a proveedores fuera de la red de forma limitada. Es más económico utilizar proveedores dentro de la red.

Dependiente (también denominado “dependiente fiscal”): Persona (aparte de ti o de tu cónyuge) como un hijo, padre u otro pariente por el que tienes derecho a reclamar una exención personal en tu declaración de impuestos federales. El IRS dispone de una herramienta para ayudarte a determinar a quién puedes declarar como dependiente.

Estimación del costo anual de cobertura de salud: Una herramienta de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace llamada “Comparar planes” que muestra la cantidad estimada que podrías pagar en un año determinado en concepto de primas, deducibles, copagos y coseguros. El cálculo se basa en el número de personas cubiertas, su estado de salud y los procedimientos médicos previstos.

Exención por dificultades económicas: Una excepción que se necesita al momento de aplicar a un plan catastrófico para personas de 30 años o más que enfrentan dificultades que les impiden obtener un seguro. Las exenciones por dificultades económicas se solicitan a través de CuidadoDeSalud.gov, no a través de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace. Obtén más información sobre las exenciones por dificultades económicas y los planes catastróficos.

Fecha de efecto: Es la fecha en la que comienza la cobertura de salud. Normalmente, esto ocurre después de efectuar el primer pago (a veces denominado “pago vinculante”).

Fuera de la red: Se refiere a un médico o centro médico que no tiene ningún contrato con tu compañía de seguro médico. Algunos planes de seguro médico sólo permiten utilizar proveedores dentro de la red y sólo cubren a los proveedores fuera de la red de forma limitada. Cuesta menos utilizar proveedores de servicios dentro de la red.

Gastos de bolsillo: Gastos por servicios médicos que tu compañía aseguradora no paga, incluyendo deducibles, copagos y coseguros. Estos gastos incluyen cualquier gasto en que hayas incurrido por servicios excluidos.

Indígena americano y nativo de Alaska: Miembro de una tribu reconocida a nivel federal o de una tribu, grupo, nación, pueblo, aldea o comunidad de nativos de Alaska que el Departamento del Interior de EE.UU. reconoce como tribu indígena, incluidas las corporaciones de aldeas regionales de la ley de resolución de reclamaciones de nativos de Alaska.

Ingreso bruto ajustado: Tus ingresos totales (o “brutos”) del año fiscal, menos ciertos ajustes que se te permiten realizar. El ingreso bruto ajustado aparece en el formulario del IRS 1040, línea 11.

Ingresos brutos ajustados modificados: El cálculo de los ingresos que determina si reúnes los requisitos para recibir Medicaid Virginia o un crédito fiscal anticipado de prima. Los ingresos brutos ajustados modificados son los ingresos brutos ajustados de la unidad familiar (calculados al presentar la declaración de impuestos) más las prestaciones no sujetas a impuestos del Seguro Social, los intereses exentos de impuestos y los ingresos procedentes del extranjero.

Intercambio: Otro término para el mercado federal de seguros médicos.

Glosario

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés):

Una ley federal que puede permitirte a las personas conservar el seguro médico que les ofrecía su empleador si pierden su empleo. En la mayoría de los casos, deberás pagar el costo total cada mes más una pequeña tasa administrativa si decides mantener la cobertura que recibías de tu anterior empresa. La cobertura COBRA suele durar hasta 18 meses (o más, pero sólo en circunstancias especiales). Si vives en Virginia y dejas tu trabajo por cualquier motivo, tienes 60 días desde la fecha en que pierdes la cobertura para inscribirte a COBRA (si cumples con los requisitos) o contratar un plan privado a través del Marketplace. Sin embargo, si te inscribes en un plan COBRA y luego lo abandonas voluntariamente o dejas de pagar las primas, no podrás inscribirte en un plan privado a través del Marketplace hasta el siguiente periodo de inscripción abierta anual.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio:

Ley federal de salud que requiere que la mayoría de los estadounidenses tengan un seguro médico que ofrezca una cobertura mínima esencial. El nombre hace referencia a dos leyes: la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Patient Protection and Affordable Care Act) y la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) de 2010.

Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés):

Ley federal que establece normas sobre quién puede ver, utilizar o compartir su información médica y ofrece otras protecciones a los asegurados. La HIPAA te concede derechos sobre tu información médica y requiere que médicos, farmacéuticos, otros proveedores de atención médica y tu plan de salud te expliquen cuáles son tus derechos. La ley tiene requisitos específicos de privacidad y seguridad para proteger tus datos médicos electrónicos y notificarte si se produce una violación de seguridad.

Límite de gastos de bolsillo: El máximo que debes pagar por los servicios cubiertos en el año del plan antes de que tu seguro médico pague el 100%. Despues de gastar la cantidad límite de bolsillo en deducibles, copagos y coseguros, tu seguro médico cubre el 100% de la cantidad permitida por los servicios cubiertos. Las primas no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Medicaid: Medicaid es un programa de seguro médico federal y estatal que proporciona cobertura de atención médica a adultos, niños y familias con bajos ingresos y discapacitados. En Virginia, Medicaid se denomina Virginia Medicaid. Para poder beneficiarte del programa, tienes que ser residente de Virginia y cumplir con los requisitos de elegibilidad, tanto económicos como no económicos. Medicaid Virginia cubre muchos servicios, incluyendo visitas al médico, atención hospitalaria, medicamentos con receta, servicios de salud mental, transporte y muchos otros servicios a bajo o ningún costo para ti.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, ciertas personas más jóvenes con discapacidad y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante). El programa ayuda a costear la asistencia médica, pero no cubre todos los gastos médicos ni el gasto de la mayoría de los cuidados a largo plazo. El programa se gestiona a través de la administración del Seguro Social, no a través de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace. Obtén más información sobre cuándo y cómo solicitar Medicare.

Mercado federal de seguros médicos: Un mercado estatal o facilitado por el gobierno federal en el que individuos, familias y pequeñas empresas y sus empleados pueden obtener un seguro médico de calidad y a un precio accesible.

Niveles metal: Los planes de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace tienen asignados niveles de metal para indicar cuán generosos son en el pago de los gastos. Los planes nivel metal sólo se centran en lo que se espera que cubra el plan y NO reflejan la calidad de la asistencia médica ni de los proveedores de servicios disponibles a través del plan de seguro médico. Los planes de seguro médico Bronce pagan el 60% de los gastos médicos de la población media de asegurados, los planes de seguro médico Plata cubren el 70%, los planes de seguro médico Oro cubren el 80% y los planes de seguro médico Platino cubren el 90%. Los planes Bronce y Plata suelen tener primas más bajas, pero el asegurado paga más en el momento de recibir los servicios cubiertos. Los planes Oro y Platino suelen tener primas más altas, pero el asegurado paga menos en el momento de recibir los servicios cubiertos.

Glosario

Nivel federal de pobreza: Medida de los ingresos utilizada para determinar la elegibilidad para ciertos programas de asistencia financiera. Las pautas son publicadas cada año por el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

Organización de proveedores preferidos: Tipo de plan que cubre la atención de proveedores dentro y fuera de la red. Si te atienden proveedores dentro de la red, pagas menos. Puedes utilizar proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): Un tipo de plan de

seguro médico que suele cubrir únicamente la atención de proveedores de servicios dentro de la red. Por lo general, no cubre la atención fuera de la red, a menos que se trate de una emergencia y puede que requiera que vivas o trabajes en el área de servicio para tener derecho a la cobertura. Es posible que debas elegir un médico de atención primaria.

Periodo de inscripción abierta: Periodo de tiempo determinado al año en el que cualquier persona puede inscribirse en un plan de seguro médico, normalmente del 1 de noviembre al 15 de enero. Si tu empleador ofrece seguro de salud, el periodo de inscripción abierta será más corto y se dará en un momento diferente. Puedes solicitar e inscribirte en Medicaid Virginia en cualquier momento.

Periodo de inscripción especial: Periodo de inscripción que tiene lugar fuera del periodo de inscripción abierta y requiere un cambio de vida elegible para poder afiliarse en dicho periodo. Durante un periodo de inscripción especial, podrás inscribirte en un nuevo plan médico o realizar cambios en tu plan actual.

Plan catastrófico: Un plan de salud con una prima mensual baja y un deducible anual alto está diseñado para protegerte de las peores situaciones, como una enfermedad grave o un accidente. Los planes catastróficos sólo están disponibles para menores de 30 años o personas con una exención por dificultades económicas. Los planes catastróficos proporcionan beneficios esenciales de salud y cuentan como cobertura de seguro para fines fiscales. Los planes cubren al menos tres visitas de atención médica primaria durante el año del plan y determinados servicios preventivos sin costo alguno. El resto de los gastos médicos corren por cuenta propia hasta que se alcance el deducible anual. Luego, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año del plan.

Plan de Acceso Familiar a la Seguridad de la

Cobertura Médica (FAMIS, por sus siglas en inglés): El programa de seguro médico para niños de Virginia. El programa cubre revisiones, atención dental, visitas al médico, atención de urgencia, visitas al hospital, atención de salud mental, medicamentos recetados, pruebas y radiografías, vacunas y atención de la vista.

Plan de costo compartido cero: Plan que no tiene

copagos, deducibles, ni coseguros para los asegurados indígenas americanos y nativos de Alaska cuando se recibe atención de proveedores de atención médica de la comunidad de indígenas americanos, que incluyen programas de salud gestionados por el servicio de salud indígena, tribus y organizaciones tribales, y organizaciones urbanas de indígenas americanos. Los miembros de una tribu reconocida a nivel federal o los accionistas de una corporación en virtud de la ley de resolución de reclamaciones de nativos de Alaska cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 300% del nivel federal de pobreza tienen derecho a un plan de costo compartido cero. Esto también es válido cuando se reciben beneficios esenciales de salud a través de un plan de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace. No necesitas la referencia de un proveedor de atención médica indígena para recibir estos beneficios. El plan de costo compartido cero está disponible para cualquier plan de nivel metal.

Plan dental independiente: Plan de seguro dental que no forma parte del plan de seguro médico. La atención dental para adultos no suele estar incluida en los planes de salud.

Plan de salud acreditado: Un plan adquirido a través del mercado federal de seguros médicos, así como los planes privados disponibles a través de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace.

Plan de salud con deducible alto: Un plan que tiene un deducible anual más alto y primas mensuales más bajas. El asegurado paga más por la asistencia médica antes de que tu compañía de seguros empiece a pagar. Con un plan de seguro médico con deducible alto, reúnes los requisitos para abrir una cuenta de ahorros para la salud deducible de impuestos. El IRS establece los límites de los planes que pueden considerarse planes de salud con deducible alto, y el deducible y el límite de gastos de bolsillo pueden ajustarse anualmente en función a la inflación.

Glosario

Plan de salud grupal: Término genérico utilizado para describir un plan de seguro médico ofrecido por una empresa o una organización de trabajadores (como un sindicato) que proporciona cobertura médica a los participantes en el plan.

Plan de salud Plata: Los planes de seguro médico de nivel metal Plata cubren el 70% de los gastos dentro de la red para una población media de asegurados. Las primas suelen ser de las más bajas, pero el límite de gastos de bolsillo es más alto. Si te inscribes en un plan Plata y reúnes los requisitos para una reducción de gastos compartidos, tus gastos de bolsillo serán muy bajos. Los planes nivel metal sólo se centran en lo que se espera que cubra el plan y NO reflejan la calidad de la asistencia médica ni de los proveedores de servicios disponibles a través del plan de seguro médico. Una vez que alcanzas el límite de gastos de bolsillo dentro de la red para el año del plan, los planes pagan el 100% del importe permitido por los servicios cubiertos.

Plan de salud Platino: Los planes de seguro médico de nivel metal Platino cubren el 90% de los gastos dentro de la red para una población media de asegurados. Las primas suelen ser de las más altas, pero el límite de gastos de bolsillo suele ser el más bajo. El plan puede no tener ningún deducible. Los planes nivel metal sólo se centran en lo que se espera que cubra el plan y NO reflejan la calidad de la asistencia médica ni de los proveedores de servicios disponibles a través del plan de seguro médico. Una vez que alcanzas el límite de gastos de tu bolsillo dentro de la red para el año del plan, los planes pagan el 100% del importe permitido para los servicios cubiertos.

Plan de seguro Bronce: Los planes de seguro categorizados como nivel Bronce metal cubren alrededor del 60% de los gastos dentro de la red para una población media de asegurados. Las primas suelen ser de las más bajas, pero el deducible y el límite de gastos de bolsillo son de los más altos. Los planes nivel metal sólo se centran en lo que se espera que cubra el plan y NO reflejan la calidad de la asistencia médica ni la de los proveedores de servicios disponibles a través del plan de seguro médico. Una vez que alcanzas el límite de gastos de bolsillo dentro de la red para el año del plan, los planes cubren el 100% del importe permitido por los servicios cubiertos.

Plan de seguro Oro: Los planes de seguro categorizados como nivel Oro metal cubre el 80% de los gastos dentro de la red para una población media de asegurados. Las primas suelen ser más altas, pero el deducible y el límite de gastos de bolsillo son más bajos. Los planes nivel metal sólo se centran en lo que se espera que cubra el plan y NO reflejan la calidad de la asistencia médica ni de los proveedores de servicios disponibles a través del plan de seguro médico. Una vez que alcanzas el límite de gastos de bolsillo dentro de la red para el año del plan, los planes cubren el 100% del importe permitido por los servicios cubiertos.

Prima: El importe que pagas cada mes por tu seguro de salud médico.

Red: Los médicos, especialistas, otros proveedores de servicios, centros y proveedores que contratan las compañías de seguros médicos para prestar servicios de asistencia médica a los afiliados al plan.

Reducción de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés): Un descuento que reduce los costos de deducibles, coseguro y copagos y que también reduce lo que debes pagar para alcanzar el límite de gastos de bolsillo. Para obtener estos ahorros, debes aplicar para recibir ayuda financiera. Durante el proceso de solicitud, la plataforma Virginia's Insurance Marketplace te ayudará a determinar si reúnes los requisitos. Entonces podrás inscribirte. Debes inscribirte en un plan de seguro dentro de la categoría plata para recibir CSR. Los indígenas americanos y nativos de Alaska reciben CSR adicionales independientemente del nivel metal del plan.

Representante autorizado: La persona que elijas para que actúe en tu nombre. Puede ser un familiar, un corredor, una persona de confianza o alguien con autoridad legal para actuar en tu nombre.

Segundo plan más económico de la categoría

Plata: El segundo plan de salud Plata de menor costo está disponible en el Marketplace. Aunque este no sea el plan en el que te inscribas, la prima que te cobrarían por este plan se utiliza para calcular el importe de cualquier crédito fiscal anticipado de prima al que podrías ser elegible para recibir. Una vez inscrito, este importe se indica en el formulario 1095-A del IRS.

Glosario

Servicios cubiertos: Los servicios de atención médica que tienes derecho a recibir según los términos de tu plan de seguro médico. Todos los planes disponibles a través del Marketplace cubren los beneficios esenciales de salud.

Otros servicios cubiertos o excluidos varían según el plan. Todos los planes ofrecidos a través del Marketplace incluyen un resumen de los beneficios y la cobertura, pero es sólo un resumen. Los documentos del plan incluyen información completa sobre los beneficios.

Subvención: Término informal para referirse al crédito fiscal anticipado de prima o a la reducción de los gastos compartidos.

Tribu reconocida federalmente: Una entidad tribal indígena americana o nativa de Alaska que está reconocida por tener una relación de gobierno a gobierno con los Estados Unidos. Los miembros de la tribu son elegibles para ahorros, beneficios y protecciones a través de Virginia's Insurance Marketplace cuando solicitan asistencia financiera.

TTY: protocolo de comunicación telefónica y de mensajes de texto para personas con discapacidad auditiva o del habla.

Valor mínimo: Es una norma que se aplica a los planes de seguro médico financiados por las empresas. Un plan cumple el valor mínimo si paga al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar de asegurados y ofrece una cobertura sustancial de los servicios hospitalarios y médicos. Si el plan de tu empleador cumple esta norma y se considera accesible, y decides adquirir un seguro privado a través de la plataforma Virginia's Insurance Marketplace, no podrás optar por un crédito fiscal anticipado de prima.

Verificación de identidad a distancia: El proceso de verificar tu identidad. Esto puede completarse basándose en respuestas sobre tus antecedentes crediticios, datos demográficos u otra información. Si esto no se puede hacer electrónicamente o por teléfono con Experian, es posible que tengas que proporcionar documentación para establecer tu identidad. Se trata de un paso obligatorio para poder solicitar cobertura.