
















CoveredU: Health Insurance Terms to Know

Health Insurance Glossary

-  **Premium** - The amount you pay for your insurance plan every month. You pay this even if you don't use health care services that month.
-  **Copay** - The amount you pay every time you get a basic health service. For example, if your co-pay for a visit to your family doctor is \$20, you will pay that amount every time to visit the doctor. Your health insurance plan must cover many preventive services and screening at no charge to you, so these services do not have a copay.
-  **Co-insurance** - A percent you pay for a health service once you've met your deductible. For example, if your co-insurance is 20% of a \$1,000 medical bill, you will pay \$200 and insurance will cover the rest. Co-insurance typically applies to services beyond your average doctor visit, such as x-rays, minor surgeries, etc.
-  **Deductible** - The amount you have to pay for your health care before the insurance company begins to pay. For example, if your deductible is \$1,000, you need to spend \$1,000 on your health care costs before your insurance begins to cover some of the costs. All plans must provide many preventive services and screenings at no charge to you, so these services do not apply to the deductible. Plans may offer other services free of charge and do not apply to the deductible.
-  **Out-of-pocket maximum/limit** - The total amount you have to pay during the year before your health insurance pays 100% of your covered medical costs. The out-of-pocket maximum is only for one year and resets each year.
-  **Primary Care Provider** - Your main health care doctor or nurse practitioner. This is usually who you see first for most health problems, screenings, and check-ups (preventive care). Sometimes, you will have to see your Primary Care Provider to get a referral to see a specialist.
-  **Preventive Services** - Regular health care, like screenings, check-ups, and patient counseling, to find sicknesses or problems before they get worse. Most preventive care is fully covered by your monthly premiums and you do not have to pay anything else.
-  **Specialist** - A doctor who focuses on a special or specific kind of health care. For example, a cardiologist focuses on heart diseases and an oncologist focuses on treating cancer.
-  **In-Network** - A group of providers (doctors), facilities (places), and suppliers, (pharmacies and medical supplies) that work with your health insurance plan. You will pay less to use services in-network than out-of-network. Some health plans will not pay at all for out-of-network services.
-  **Out-of-Network** - A group of providers who DO NOT work with your health plan. You will pay more to see them, and some insurance plans will not pay for these services at all except for in cases of emergencies when in-network providers are not available.
-  **Open enrollment period** - A time period, typically several months, in a given year when eligible persons or employees are able to sign up for health coverage through health insurance marketplaces. If you do not enroll in insurance during the open enrollment period, you may not be able to get health insurance coverage until the following year.
-  **Special enrollment period** - A period of 60 days outside open enrollment when you can enroll in health insurance if you have a special event in your life. These events include losing your job, getting married/divorced, moving, or you turn 26 and can't be on your parent's health insurance anymore.
-  **Explanation of Benefits (EOB)** - A form sent to you by your insurance company after you get health care. It is not a bill, but it is important to read it. It tells you the services that were billed by a health care provider and how much of the costs you will have to pay when a bill is sent to you.
-  **Claim** - A bill that the health care provider sends to the health insurance company for the medical services given to a patient.
-  **Referral** - A recommendation from a Primary Care Provider to see a specialist. For example, your doctor may give you a referral to see an Ear, Nose, and Throat specialist. With some health insurance plans, you must get a referral from your Primary Care Provider before you can see a specialist.

Please note: Actual costs will vary based on your health insurance plan, level of coverage, and where you get your care.

SeguroTU: Terminos que debe saber

Glosario de terminos del seguro médico



Cuota - El monto que paga por el seguro médico todos los meses. Usted lo paga incluso si no usa los servicios de atención médica ese mes.



Copago - El monto que paga cada vez que recibe un servicio médico. Por ejemplo, si su copago por una visita al médico de cabecera es de \$20, pagará ese monto cada vez que visite al médico. El plan de seguro médico debe cubrir muchos servicios preventivos y exámenes sin costo alguno para usted, de manera que estos servicios no tienen un copago.



Coaseguro - El porcentaje que paga por un servicio médico una vez que ha alcanzado el deducible. Por ejemplo, si su coaseguro es del 20% de una factura médica de \$1,000, usted pagará \$200 y el seguro cubrirá el resto.



Deducible - El monto que tiene que pagar por la atención médica antes de que la compañía aseguradora comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, deberá gastar \$1,000 en los costos de atención médica antes de que el seguro comience a cubrir algunos de los costos. Todos los planes deben proporcionar muchos servicios preventivos y exámenes sin costo alguno para usted, de manera que estos servicios no se aplican al deducible. Es posible que los planes ofrezcan otros servicios sin cargo que no se apliquen al deducible.



Desembolso máximo - El monto total que tiene que pagar durante el año antes de que el seguro médico pague el 100% de sus costos médicos. El desembolso máximo es solo para un año y vuelve a empezar cada año.



Proveedor de atención médica primaria - El médico o miembro del personal de enfermería profesional principal que le brinda atención médica. Esta suele ser la primera persona a quien consulta ante la mayoría de los problemas de salud, los exámenes y los chequeos (atención preventiva). A veces, deberá consultar a su proveedor de atención médica primaria para obtener una remisión a un especialista.



Servicios preventivos - Atención médica regular, como exámenes, chequeos y asesoramiento para pacientes, para encontrar dolencias o problemas antes de que empeoren. La mayor parte de la atención preventiva está cubierta por completo con las cuotas mensuales y no tiene que pagar nada más.



Especialista - Un médico que se enfoca en un tipo de atención médica especial o específica. Por ejemplo, un cardiólogo se enfoca en enfermedades cardíacas y un oncólogo se enfoca en el tratamiento del cáncer.



Dentro de la red - Un grupo de proveedores (médicos), centros (lugares) y abastecedores (farmacias y suministros médicos) que trabajan con el plan de seguro médico. Pagará menos para usar los servicios dentro de la red que los servicios fuera de la red. Algunos planes de seguro médico no pagarán en absoluto por los servicios fuera de la red.



Fuera de la red - Un grupo de proveedores que NO trabajan con el plan de salud. Pagará más por las consultas con estos proveedores y hay algunos planes de seguro que no pagarán en absoluto por estos servicios.



Período de inscripción abierta - Un período, que por lo general incluye varios meses, en un determinado año en el que los empleados o las personas elegibles pueden inscribirse para obtener cobertura médica mediante el mercado de seguros de salud. Si no se inscribe en el seguro durante el período de inscripción abierta, es posible que no pueda obtener cobertura de seguro médico hasta el año siguiente.



Período de inscripción especial - Un período ajeno a la inscripción abierta en el que puede inscribirse en un seguro médico en caso de que se produzca un evento especial en su vida. Estos eventos incluyen la pérdida del trabajo, el matrimonio/divorcio, una mudanza o si cumple 26 años de edad y ya no puede estar incluido en el seguro médico de sus padres.



Explicación de beneficios (EOB) - Un formulario que le envía su compañía aseguradora después de haber recibido atención médica. No es una factura, pero es importante leerla. Le informa sobre los servicios que un proveedor de atención médica facturó y qué cantidad de los costos deberá pagar cuando se le envíe la factura.



Reclamo - Una factura que el proveedor de atención médica le envía a la compañía aseguradora por los servicios médicos prestados a un paciente.





Remisión - Una recomendación de un proveedor de atención médica primaria para visitar a un especialista. Por ejemplo, el médico podría remitirlo para que visite a un otorrinolaringólogo. Con algunos planes de seguro médico, debe obtener una remisión de su proveedor de atención médica primaria antes de poder visitar a un especialista.


Tenga en cuenta: Los costos reales variarán en función de su plan de seguro, el nivel de cobertura y el lugar en el que obtenga la atención médica.

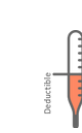
CoveredU: 알아야 할 건강 보험 약관


건강보험 용어집


 **프리미엄** - 매월 보험 플랜에 대해 지불하는 금액입니다. 그 달에 의료 서비스를 사용하지 않더라도 이 비용을 지불합니다.


 **공동 부담금** - 기본 의료 서비스를 받을 때마다 지불하는 금액입니다. 예를 들어, 가정의에게 방문하기 위한 공동 부담금이 \$ 20 인 경우 의사를 방문할 때마다 그 금액을 지불하게 됩니다. 귀하의 건강 보험 플랜은 많은 예방 서비스와 검진을 무료로 보장해야 하므로 이러한 서비스에는 공동 부담금이 없습니다.


 **공동 보험** - 공제액을 충족한 후 의료 서비스에 대해 지불하는 비율입니다. 예를 들어, 귀하의 공동 보험이 \$1,000 의료비 청구서의 20%인 경우 \$200를 지불하고 나머지는 보험이 부담합니다. 공동 보험은 일반적으로 엑스레이, 경미한 수술 등과 같이 일반적인 의사 방문 이외의 서비스에 적용됩니다.


 **공제액** - 보험 회사가 지불을 시작하기 전에 건강 관리에 대해 지불해야 하는 금액입니다. 예를 들어, 공제액이 \$1,000인 경우 보험이 일부 비용을 충당하기 시작하기 전에 의료 비용으로 \$1,000를 지출해야 합니다. 모든 플랜은 많은 예방 서비스와 선별 검사를 무료로 제공해야 하므로 이러한 서비스는 공제액에 적용되지 않습니다. 플랜은 다른 서비스를 무료로 제공할 수 있으며 공제액에는 적용되지 않습니다.


 **본인 부담 최대/한도** - 건강을 잃기 전년도에 지불해야 하는 총 금액 보험은 보장되는 의료비의 100%를 지불합니다. 본인 부담 최대 금액은 1년 동안이며는 매년 재설정됩니다.


 **주치의** - 귀하 주치의 또는 개업 간호사. 이것은 대개 대부분의 건강 문제, 검사 및 검진 (예방 치료) 을 위해 가장 먼저 만나는 사람입니다. 때로는 전문의를 만날 수 있는 추천서를 받기 위해 주치의를 만나야 합니다.


 **예방 서비스** - 질병이나 문제가 악화되기 전에 발견하기 위한 선별검사, 검진, 환자 상담과 같은 정기적인 건강 관리. 대부분의 예방 치료는 월 보험료로 완전히 보장되며 다른 비용을 지불할 필요가 없습니다.


 **전문 의** - 특별하거나 특정한 종류의 건강 관리에 중점을 둔 의사. 예를 들어, 심장 전문의는 심장 질환에 초점을 맞추고 종양 전문의는 암 치료에 중점을 둡니다.


 **네트워크 내** - 귀하의 건강 보험 플랜과 협력하는 제공자(의사), 시설(장소) 및 공급업체(약국 및 의료 용품) 그룹입니다. 네트워크 밖보다 네트워크 내에서 서비스를 이용할 경우 더 적은 비용을 지불합니다. 일부 건강 플랜은 네트워크 외부 서비스에 대해 전혀 비용을 지불하지 않습니다.


 **네트워크 외부** - 귀하의 건강 플랜과 협력하지 않는 제공자 그룹입니다. 귀하는 그들을 보기 위해 더 많은 비용을 지불할 것이며, 일부 보험 플랜은 네트워크 내 제공자를 이용할 수 없는 비상 사태의 경우를 제외하고는 이러한 서비스에 대해 전혀 지불하지 않습니다.

 **공개 가입 기간** - 자격을 갖춘 사람이나 직원이 건강 보험 시장을 통해 건강 보험에 가입할 수 있는 기간 (일반적으로 몇 개월)입니다. 공개 가입 기간 동안 보험에 가입하지 않으면 다음 해까지 건강 보험에 가입하지 못할 수 있습니다.

 **특별 가입 기간** - 평생 특별한 행사가 있는 경우 건강 보험에 가입할 수 있는 공개 가입 외 60일의 기간. 이러한 사건에는 실직, 결혼/이혼, 이사 또는 26 세가 되어 더 이상 부모의 건강 보험에 가입할 수 없는 경우가 포함됩니다.

 **혜택 설명 (EOB)** - 건강 관리를 받은 후 보험 회사에서 보낸 양식. 청구서는 아니지만 읽는 것이 중요합니다. 의료 서비스 제공자가 청구한 서비스를 알려줍니다 청구서가 귀하에게 발송될 때 지불해야 하는 비용은 얼마입니까.


 **청구** - 의료 서비스 제공자가 환자에게 제공되는 의료 서비스에 대해 건강 보험 회사에 보내는 청구서입니다.


 **추천서** - 전문의를 만나기 위한 주치의의 추천. 예를 들어, 의사는 귀, 코 및 인후 전문의를 만나기 위해 추천서를 제공할 수 있습니다. 일부 건강 보험 플랜의 경우 전문의를 만나기 전에 주치의로부터 추천을 받아야 합니다.


참고: 실제 비용은 건강 보험 플랜, 보장 수준 및 치료를 받는 위치에 따라 다릅니다.


CoveredU: 健康保险须知条款


健康保险词汇表


 **保费** - 您每月为保险计划支付的金额。即使您当月没有使用 医疗保健服务，您也需要支付这笔费用。


 **共付额** - 您每次获得基本健康服务时支付的金额。例如，如果您去看家庭医生的共付额是 **20** 美元，那么每次去看医生时您都将支付该金额。您的健康保险计划必须免费承保许多预防性服务和筛查，因此这些服务没有共付额。


 **共同保险** - 达到免赔额后您为医疗服务支付的百分比。例如，如果您的共同保险是 **1,000** 美元医疗费用的 **20%**，您将支付 **200** 美元，保险将支付其余部分。共同保险通常适用于普通看医生以外的服务，例如 X 光检查、小手术等。


 **免赔额** - 在保险公司开始支付之前您必须为您的医疗保健支付的金额。例如，如果您的免赔额为 **1,000** 美元，您需要在医疗保健费用上花费 **1,000** 美元，您的保险才能开始支付部分费用。所有计划必须免费向您提供许多预防性服务和筛查，因此这些服务不适用于免赔额。计划可能会免费提供其他服务，但不适用于免赔额。


 **自付费用最高/限额** - 您在健康问题发生前一年必须支付的总金额 保险支付您承保的医疗费用的 **100%**。自付费用最大值仅为一年，每年重置。


 **初级保健提供者** - 您的主要保健医生或执业护士。这通常是您在大多数健康问题、筛查和检查（预防保健）中最先见到的人。有时，您必须去看您的初级保健提供者以获得转介才能去看专科医生。


 **预防服务** - 定期医疗保健，如筛查、检查和患者咨询，以在疾病或问题恶化之前发现它们。大多数预防性护理完全由您的每月保费支付，您无需支付任何其他费用。


 **专家** - 专注于特殊或特定类型医疗保健的医生。例如，心脏病专家专注于心脏病，而肿瘤学家专注于治疗癌症。


 **网络内** - 与您的健康保险计划合作的一组提供者（医生）、设施（场所）和供应商（药房和医疗用品）。与在网络外使用服务相比，您在网络内使用服务所支付的费用更少。一些健康计划根本不会支付网络外服务费用。


 **网络外** - 一组不与您的健康计划合作的提供者。您将支付更多费用才能寻求他们的服务，并且除非是在网络内提供者不可用的紧急情况下，一些保险计划根本不会支付这些服务的费用。

 **开放注册期** - 在给定年份中，符合条件的人员或员工能够通过健康保险市场注册健康保险的时间段通常为几个月。如果您在开放注册期间不注册保险，您可能无法获得健康保险年龄到次年。

 **特殊注册期** - 如果您在生活中遇到特殊事件，则可以在公开注册之外的 **60** 天内注册健康保险。这些事件包括失业、结婚/离婚、搬家，或者您年满 **26** 岁并且不能再享受父母的健康保险。

 **福利说明 (EOB)** - 在您获得医疗保健后由您的保险公司发送给您的表格。这不是账单，但阅读它很重要。它告诉您医疗保健提供者收取的服务费用 以及当账单寄给您时您需要支付多少费用。
















 **索赔** - 医疗保健提供者发送给健康保险公司的账单，用于向患者提供医疗服务。

 **转介** - 初级保健提供者建议去看专科医生。例如，您的医生可能会转介您去看耳鼻喉专科医生。对于某些健康保险计划，您必须先从您的初级保健提供者那里获得转介，然后才能去看专科医生。

请注意：实际费用将根据您的健康保险计划、承保范围和您获得护理的地点而有所不同。

CoveredU: Điều khoản bảo hiểm y tế cần biết

Thuật ngữ bảo hiểm y tế

-  **Phí bảo hiểm** - Số tiền bạn trả cho chương trình bảo hiểm của mình hàng tháng. Quý vị thanh toán số tiền này ngay cả khi quý vị không sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong tháng đó.
-  **Đồng thanh toán** - Số tiền bạn phải trả mỗi khi bạn nhận được dịch vụ y tế cơ bản. Ví dụ: nếu khoản đồng thanh toán của bạn cho lần khám bác sĩ gia đình là 20 USD, thì bạn sẽ phải trả số tiền đó mỗi lần đến bác sĩ. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn phải chi trả cho nhiều dịch vụ phòng ngừa và sàng lọc miễn phí cho bạn, vì vậy những dịch vụ này không có khoản đồng thanh toán
-  **Đồng bảo hiểm** - Phần trăm bạn trả cho một dịch vụ y tế sau khi bạn đã đáp ứng khoản khấu trừ của mình. Ví dụ: nếu khoản đồng bảo hiểm của bạn là 20% của hóa đơn y tế trị giá 1.000 đô la, bạn sẽ thanh toán 200 đô la và bảo hiểm sẽ chi trả phần còn lại. Đồng bảo hiểm thường áp dụng cho các dịch vụ ngoài lần khám bác sĩ thông thường của bạn, chẳng hạn như chụp X-quang, phẫu thuật nhỏ
-  **Khoản khấu trừ** - Số tiền bạn phải trả cho việc chăm sóc sức khỏe của mình trước khi công ty bảo hiểm bắt đầu thanh toán. Ví dụ: nếu khoản khấu trừ của bạn là 1.000 đô la, bạn cần chi 1.000 đô la cho chi phí chăm sóc sức khỏe của mình trước khi bảo hiểm của bạn bắt đầu chi trả một số chi phí. Tất cả các chương trình phải cung cấp nhiều dịch vụ phòng ngừa và sàng lọc miễn phí cho bạn, vì vậy những dịch vụ này không được khấu trừ. Các chương trình có thể cung cấp các dịch vụ khác miễn phí và không áp dụng cho khoản khấu trừ.
-  **Giới hạn/Tối đa số tiền mặt** - Tổng số tiền bạn phải trả trong năm trước khi bảo hiểm y tế thanh toán 1:100% chi phí y tế được bảo hiểm của bạn. Số tiền phải tự bỏ túi tối đa chỉ trong một năm và đặt lại mỗi năm.
-  **Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính** - Bác sĩ hoặc y tá chăm sóc sức khỏe chính cho bạn. Đây thường là người mà bạn gặp đầu tiên đối với hầu hết các vấn đề sức khỏe, sàng lọc và kiểm tra (chăm sóc phòng ngừa). Đôi khi, bạn sẽ phải gặp Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của mình để được giới thiệu đến gặp bác sĩ chuyên khoa.
-  **Dịch vụ Dự phòng** - Chăm sóc sức khỏe thường xuyên, như khám sàng lọc, kiểm tra sức khỏe và tư vấn cho bệnh nhân, để phát hiện bệnh tật hoặc các vấn đề trước khi chúng trở nên tồi tệ hơn. Hầu hết các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa đều được chi trả hoàn toàn bằng phí bảo hiểm hàng tháng của bạn và bạn không phải trả bất kỳ khoản nào khác
-  **Chuyên gia** - Một bác sĩ có chuyên môn, tập trung vào một loại chăm sóc sức khỏe đặc biệt hoặc cụ thể. Ví dụ, bác sĩ tim mạch tập trung vào bệnh tim và bác sĩ ung thư tập trung vào điều trị ung thư.
-  **Trong Mạng lưới** - Một nhóm các nhà cung cấp (bác sĩ), các cơ sở (địa điểm) và nhà cung cấp (nhà thuốc và vật tư y tế) hợp tác với chương trình bảo hiểm sức khỏe của bạn. Bạn sẽ trả ít hơn để sử dụng các dịch vụ trong mạng so với ngoài mạng. Một số chương trình sức khỏe sẽ hoàn toàn không thanh toán cho các dịch vụ ngoài mạng lưới.
-  **Ngoài Mạng Lưới** - Một nhóm các nhà cung cấp KHÔNG làm việc với chương trình sức khỏe của bạn. Bạn sẽ trả nhiều tiền hơn để xem chúng và một số chương trình bảo hiểm sẽ hoàn toàn không thanh toán cho các dịch vụ này trừ trường hợp khẩn cấp khi không có nhà cung cấp trong mạng lưới.
-  **Thời gian đăng ký mở** - Một khoảng thời gian, thường là vài tháng, trong một năm nhất định khi những người hoặc nhân viên đủ điều kiện có thể đăng ký bảo hiểm y tế thông qua thị trường bảo hiểm y tế. Nếu bạn không đăng ký bảo hiểm trong thời gian đăng ký mở, bạn có thể không nhận được bảo hiểm y tế cho đến năm sau.
-  **Thời gian đăng ký đặc biệt** - Khoảng thời gian 60 ngày ngoài thời gian đăng ký mở khi bạn có thể đăng ký bảo hiểm y tế nếu bạn có một sự kiện đặc biệt trong đời. Những sự kiện này bao gồm mất việc làm, kết hôn/ly hôn, chuyển chỗ ở hoặc bạn bước sang tuổi 26 và không thể tham gia bảo hiểm y tế của cha mẹ bạn nữa.
-  **Giải thích Quyền lợi (EOB)** - Một mẫu đơn do công ty bảo hiểm của bạn gửi cho bạn sau khi bạn được chăm sóc sức khỏe. Nó không phải là một hóa đơn, nhưng điều quan trọng là phải đọc nó. Nó cho bạn biết các dịch vụ mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã lập hóa đơn và bạn sẽ phải trả bao nhiêu chi phí khi hóa đơn được gửi đến cho bạn.
-  **Yêu cầu bồi thường** - Hóa đơn mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe gửi cho công ty bảo hiểm sức khỏe về các dịch vụ y tế được cung cấp cho bệnh nhân.
-  **Giấy giới thiệu** - Giấy giới thiệu từ Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính để gặp bác sĩ chuyên khoa. Ví dụ, bác sĩ của bạn có thể giới thiệu bạn đến gặp bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng. Với một số chương trình bảo hiểm y tế, bạn phải nhận được giấy giới thiệu từ Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính trước khi bạn có thể gặp bác sĩ chuyên khoa.

Xin lưu ý: Chi phí thực tế sẽ khác nhau tùy theo chương trình bảo hiểm sức khỏe, mức độ bảo hiểm và nơi bạn nhận dịch vụ chăm sóc.