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 you deductible is $1,000, you need to spend $1,000 on your health care costs befor 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 - You 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 you 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.*

Seguro**TU**: 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 empeores. 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.