



معلومات ومعرفة عامة عن التأمين

المصطلحات الشائعة التالية غالبًا ما تستخدم من قبل شركات التأمين لتحديد السياسات، ولكن هذه المعلومات ليست معدة لتحل محل اللغة المستخدمة في بوليصتك الفردية. استخدم الرقم المجاني الموجود على بطاقة التأمين الخاصة بك لمعرفة تفاصيل فوائد بوليصتك بشكل مفصل من شركة التأمين الخاصة بك.

تعريفات المصطلحات الشائعة في التأمين

المنافع: العناصر والخدمات المغطاة بموجب خطتك التأمينية

المطالبة: فاتورة لشركة التأمين

التأمين المشترك: المبلغ الذي يجب عليك دفعه مقابل الرعاية الطبية في خطة الدفع مقابل الخدمة بعد أن تليبي خصمك. معدل التأمين المشترك عادة ما يُعبر عنه %بنسبة مئوية. على سبيل المثال، إذا دفعت شركة التأمين الصحي 80% من المطالبة، فأنت تدفع 20

تنسيق المنافع: نظام للقضاء على التكرار في المنافع عندما تكون مغطى تحت أكثر من خطة جماعية. عادة ما تقتصر المنافع تحت الخطتين على لا أكثر من 100% من المطالبة.

الدفع المشترك: طريقة أخرى لمشاركة تكاليف الرعاية الطبية. تدفع رسوم ثابتة في كل مرة تتلقى فيها خدمة طبية (على سبيل المثال، 20 دولارًا لزيارة الطبيب) وتدفع شركة التأمين الصحي الباقي. كن على دراية بأنه بالنسبة لرسوم الصيدلية، يحدث هذا النفقة لكل إمداد لمدة 30 يومًا. الحصول على إمداد لمدة 90 يومًا دفعة واحدة سيتطلب ثلاث دفعات مشتركة.

المصروفات المغطاة: معظم خطط التأمين الصحي، سواء كانت خطط الدفع (P)، أو منظمات المقدمين المفضلين (HMO) الصحية الحفظية مقابل خدمة لو المنظمات لا تدفع ثمن جميع الخدمات. بعضها قد لا يدفع ثمن بعض الأدوية الموصوفة. الخدمات المغطاة هي تلك الإجراءات الطبية التي توافق شركة التأمين على دفعها؛ وهي مدرجة في وثيقة التأمين الصحي

حدود التغطية: بعض وثائق التأمين الصحي تدفع فقط للرعاية الصحية حتى مبلغ معين بالدولار. من المتوقع أن يدفع الشخص المؤمن أي رسوم تزيد عن الدفع الأقصى للخطة الصحية لخدمة محددة.

الرسوم الاعتيادية: معظم خطط التأمين الصحي ستدفع فقط ما تعتبره رسومًا معقولة واعتيادية لخدمة معينة. إذا كان طبيبك يطلب 1000 دولار مقابل إصلاح فتق بينما معظم الأطباء في المنطقة يطلبون فقط 600 دولار، سيتم تحصيل 400 دولار الفرق منك بالإضافة إلى الخصم والتأمين المشترك الذي يُتوقع منك دفعه. لتجنب هذه التكلفة الإضافية، اطلب من طبيبك قبول دفع شركة التأمين الصحي كدفعة كاملة، أو ابحث عن طبيب آخر سيقبل ذلك.

الخصم: المبلغ الذي يجب عليك دفعه كل عام لتغطية نفقات رعايتك الطبية قبل أن تبدأ وثيقة التأمين الصحي في الدفع.

النفقات المؤهلة: المبلغ الذي تعتبره شركة التأمين الخاصة بك مؤهلاً للدفع مقابل منفعة صحية مغطاة بموجب خطتك التأمينية.

الاستثناءات: الشروط أو الظروف المحددة التي لن تقدم الوثيقة منافع لها.

شرح المنافع: بيان-لا فاتورة-ترسله شركة التأمين الصحي إلى حامل الوثيقة (الطالب، الوالد أو فرد العائلة، حسب من اشترى الوثيقة) يشرح العلاج الطبي و/أو الخدمات التي تم دفعها نيابة عنهم. يصف عادة: (1) الخدمة التي تم تنفيذها-تاريخ الخدمة، وصف و/أو رمز المؤمن للخدمة، اسم الشخص أو المكان الذي قدم الخدمة واسم المريض؛ (2) رسوم الطبيب وما يسمح به المؤمن-المبلغ الذي طالب به الطبيب أو المستشفى في البداية، ناقص أي خصومات تطبقها شركة التأمين؛ و(3) المبلغ الذي يتحمله المريض.

وثيقة التأمين الصحي: هي عقد بين شركة التأمين وشخص فردي، خطة جماعية/صاحب عمل، أو برامج حكومية (مثل ميديكير أو ميديكيد). قد توفر التأمين الصحي تغطية للأدوية، زيارات الطبيب أو غرفة الطوارئ، الإقامة بالمستشفى وغيرها من المصاريف الطبية. تختلف الوثائق فيما تغطيه، حجم الخصم، الدفع المشترك، أو التأمين المشترك

المنظمة الصحية الحافظية: هي خطة صحية مدفوعة مسبقًا. تدفع قسطًا شهريًا وتغطي الخطة زيارات الأطباء، الإقامة بالمستشفى، الرعاية الطارئة، الجراحة، الفحوصات، اختبارات المختبر، الأشعة السينية والعلاج. يجب عليك استخدام الأطباء والمستشفيات التي تحددها

في الشبكة: مزود رعاية صحية لديه عقد مع خطة التأمين الصحي لتقديم خدمات الرعاية الصحية لأعضائها بمعدل متفاوض عليه مسبقًا.

النفقات القصوى من الجيب: أقصى مبلغ سيُطلب منك دفعه في السنة للخصومات والتأمين المشترك. إنه مبلغ محدد بالدولار يحدده شركة التأمين الصحي، بالإضافة إلى الأقساط العادية

مزود الشبكة: الأطباء، المستشفيات، وغيرهم من المهنيين في الرعاية الصحية الذين لديهم عقد مع شركة التأمين، وأحيانًا يُشار إليهم بـ "المزود المشارك"

السياسة غير القابلة للإلغاء: سياسة تضمن لك الحصول على التأمين الصحي، طالما أنك تدفع القسط. وتسمى أيضًا بالسياسة القابلة للتجديد المضمون

التسجيل المفتوح: فترة محددة خلالها يمكن للأفراد التسجيل في خطة التأمين الصحي كل عام. في بعض الحالات، قد يُسمح للأفراد بالتسجيل في خطة خارج فترة التسجيل المفتوح في حالة وقوع زواج، ولادة، وفاة أو طلاق في العائلة .

خارج الشبكة: طبيب أو طبيبة لا يملكون عقدًا مع مزود خطة التأمين الصحي الخاص بك. قد يؤدي ذلك أحيانًا إلى أسعار أعلى.

من جيبك: الأموال التي تدفعها من جيبك الخاص. تشمل تكاليف من جيبك الخصومات، والدفع المشترك والتأمين المشترك.

الحد الأقصى للمبلغ: الحد الأقصى الذي يجب عليك دفعه في الخصومات والتأمين المشترك للخدمات الصحية المغطاة خلال سنة الخطة. من جيبك

الحالة الموجودة مسبقًا: مشكلة صحية كانت موجودة قبل تاريخ سريان التأمين الصحي الخاص بك.

منظمة المقدمين المفضلين: مزيج من نظام الدفع مقابل الخدمة عند استخدامك لاطباء والمستشفيات يمكن تغطية جزء أكبر من فواتيرك الطبية. يمكنك استخدام أطباء آخرين، ولكن بتكلفة أعلى.

القسط: المبلغ الذي تدفعه أنت أو صاحب العمل مقابل تغطية التأمين الصحي.

الطبيب الأساسي: عادة ما يكون أول جهة اتصال لك للرعاية الصحية، وغالبًا ما يكون طبيب العائلة أو طبيب الأمراض الباطنية، لكن بعض النساء يخترن طبيب النساء. يراقب الطبيب الأساسي صحتك ويشخص ويعالج معظم المشاكل الصحية، ويحيلك إلى المتخصصين إذا كانت هناك حاجة لمستوى آخر من الرعاية. في العديد من خطط التأمين الصحي، يتم دفع تكاليف الرعاية من المتخصصين فقط إذا تمت إحالتك من قبل طبيبك الأساسي.

التفويض أو التأشير المسبق: عملية الحصول على الموافقة المسبقة بشأن ملاءمة خدمة أو دواء. التفويض المسبق لا يضمن التغطية.

الطب الوقائي/الرعاية الوقائية: يشير إلى التدابير المتخذة لمنع الأمراض أو الإصابات بدلاً من علاجها أو معالجة أعراضها. ينطبق هذا المصطلح أيضًا على الرعاية التي تُقدم عندما يُعتبر الشخص بخلاف ذلك بصحة جيدة.

المزود: أي شخص (طبيب، ممرض أو طبيب أسنان) أو مؤسسة (مستشفى أو عيادة) يقدم رعاية طبية

المشترك: حامل الوثيقة.

الدافع الطرف الثالث: أي دافع لخدمات الرعاية الصحية غيرك. يمكن أن يكون شركة تأمين، أو الحكومة الفيدرالية.