



Student Health Services

Conhecimento e informações comuns sobre seguros

Os termos comuns a seguir são frequentemente usados pelas companhias de seguros para definir apólices, mas essas informações não se destinam a substituir a linguagem usada em sua apólice individual. Use o número gratuito do seu cartão de seguro para descobrir detalhadamente os benefícios da sua apólice com a sua seguradora.

Termos de seguro comuns definidos

Benefícios: Itens e serviços cobertos pelo seu plano de seguro.

Reivindicação: uma fatura para uma seguradora

Co-seguro: O valor que você deve pagar por cuidados médicos em um plano de taxa por serviço depois de cumprir sua franquia. A taxa de co-seguro é geralmente expressa em porcentagem. Por exemplo, se a seguradora de saúde pagar 80% do sinistro, você paga 20%.

Coordenação de Benefícios (COB): Um sistema para eliminar a duplicação de benefícios quando você está coberto por mais de um plano de grupo. Os benefícios dos dois planos geralmente são limitados a não mais do que 100% do valor do sinistro.

Co-pagamento: Outra forma de compartilhar custos médicos. Você paga uma taxa fixa cada vez que recebe um serviço médico (por exemplo, US\$ 20 por uma consulta médica) e a seguradora de saúde paga o restante. Esteja ciente de que para despesas de farmácia, essa despesa ocorre para cada fornecimento de medicamentos para 30 dias. Obter um suprimento para 90 dias de uma vez exigirá três co-pagamentos.

Despesas Cobertas: A maioria dos planos de seguro saúde, sejam eles de taxa por serviço, HMO ou PPO, não paga por todos os serviços. Alguns podem não pagar por certos medicamentos prescritos. Outros podem não pagar por cuidados de saúde mental. Os serviços cobertos são os procedimentos médicos pelos quais a seguradora concorda em pagar; eles estão listados na apólice de seguro saúde.

Limites de cobertura: Algumas apólices de seguro saúde pagam apenas por cuidados de saúde até um determinado valor em dólares. Espera-se que o segurado pague quaisquer encargos superiores ao pagamento máximo do plano de saúde por um serviço específico.

Taxa habitual: A maioria dos planos de seguro saúde pagará apenas o que eles chamam de taxa razoável e habitual por um serviço específico. Se o seu médico cobrar US\$ 1.000 pelo reparo de uma hérnia, enquanto a maioria dos médicos da região cobra apenas US\$ 600, você será cobrado pela diferença de US\$ 400, além da franquia e do co-seguro que deverá pagar. Para evitar esse custo adicional, peça ao seu médico para aceitar o pagamento da sua seguradora de saúde como pagamento integral ou procure um médico que o faça.

Franquia: A quantia que você deve pagar a cada ano para cobrir suas despesas de assistência médica antes que sua apólice de seguro saúde comece a ser paga.

Despesa Elegível: O valor que sua seguradora considera qualificado para ser pago por um benefício de saúde coberto pelo seu plano de seguro.

Exclusões: Condições ou circunstâncias específicas para as quais a apólice não proporcionará benefícios.

Explicação dos benefícios (EOB): uma declaração - não uma fatura - enviada pela seguradora de saúde ao titular da apólice (estudante, pai ou familiar, dependendo de quem comprou a apólice) explicando quais tratamentos e/ou serviços médicos foram pagos em nome deles. Um EOB normalmente descreve: 1) o serviço realizado – a data do serviço, a descrição e/ou código da seguradora para o serviço, o nome da pessoa ou local que prestou o serviço e o nome do paciente; 2) os honorários do médico e o que a seguradora permite – o valor inicialmente reivindicado pelo médico ou hospital, menos quaisquer reduções aplicadas pela seguradora; e 3) o valor pelo qual o paciente é responsável.

Apólice de seguro saúde: É um contrato entre uma seguradora e uma pessoa física, grupo plano/empregador ou programas governamentais (como Medicare ou Medicaid). O seguro de saúde pode fornecer cobertura para medicamentos, visitas ao médico ou pronto-socorro, internações hospitalares e outras despesas médicas. As apólices diferem no que cobrem, no tamanho da franquia, no co-pagamento ou no co-seguro.

HMO (Organização de Manutenção de Saúde): Um HMO é um plano de saúde pré-pago. Você paga um prêmio mensal e o plano cobre consultas médicas, internações hospitalares, atendimento de emergência, cirurgia, exames, exames laboratoriais, radiografia e terapia. Você deve recorrer aos médicos e hospitais designados pelo HMO. Algumas apólices de seguradoras podem exigir que você procure um médico de atenção primária (PCP) local. Entre em contato com sua seguradora para obter detalhes específicos.

Na rede: um prestador de serviços na área de saúde que tem um contrato com o seu plano de seguro de saúde para fornecer serviços de cuidados de saúde aos membros do plano a uma taxa pré-negociada

Managed Care: Maneiras de gerenciar custos, uso e qualidade do sistema de saúde. Todos os HMOs e PPOs, e muitos planos de taxa por serviço, possuem atendimento gerenciado.

Despesas desembolsadas máximas: A maior parte do dinheiro que você deverá pagar por ano para franquias e co-seguro. É um valor declarado em dólares definido pela seguradora de saúde, além dos prêmios regulares.

Provedor da rede: Médicos, hospitais e outros profissionais de saúde que possuem contrato com uma seguradora, às vezes denominado "prestador participante".

Apólice Não Cancelável: Apólice que garante que você poderá receber seguro saúde, desde que pague o prêmio. Também é chamada de política renovável garantida.

Inscrição Aberta: Um período específico durante o qual os indivíduos podem se inscrever em um plano de seguro saúde a cada ano. Em determinadas situações, os indivíduos podem ser autorizados a inscrever-se num plano fora do período de inscrição aberta em caso de casamento, nascimento, falecimento ou divórcio na sua família.

Fora da rede: um médico ou médica não tem contrato com sua operadora de plano de saúde. Às vezes, isso pode resultar em preços mais altos.

Out-of-pocket: Dinheiro que você paga do seu próprio bolso. Os custos diretos incluem franquias, copagamentos e cosseguro.

Máximos desembolsados: o máximo que você tem que pagar em franquias e cosseguro para saúde coberta serviços durante um ano de plano.

Condição pré-existente: Um problema de saúde que existia antes da data em que o seu seguro de saúde entrou em vigor.

Organização de Provedor Preferencial (PPO): Uma combinação de taxa por serviço tradicional e HMO. Quando você recorre aos médicos e hospitais que fazem parte do PPO, uma parte maior de suas contas médicas pode ser coberta. Você pode recorrer a outros médicos, mas a um custo mais elevado.

Prêmio: O valor que você ou seu empregador paga em troca de cobertura de seguro saúde.

Médico de cuidados primários (PCP): Geralmente o seu primeiro contato para cuidados de saúde, geralmente é um médico de família ou internista, mas algumas mulheres recorrem ao seu ginecologista. Um médico de atenção primária monitora sua saúde, diagnostica e trata a maioria dos problemas de saúde, e encaminha você a especialistas se for necessário outro nível de atendimento. Em muitos planos de saúde, o atendimento especializado só é pago se você for encaminhado pelo seu médico de atenção primária. Um plano HMO ou PPO fornecerá uma lista de médicos entre os quais você escolherá seu médico de atenção primária (geralmente um médico de família, internista, obstetra-ginecologista ou pediatra), embora os PPOs permitam que os membros usem médicos de atenção primária fora de sua rede PPO a um custo mais elevado. Os planos de indenização cobrem serviços prestados por qualquer médico. Algumas apólices de seguradoras podem exigir que você procure um médico de atenção primária (PCP) local. Entre em contato com sua seguradora para obter detalhes específicos.

Prévia ou Pré-Autorização: Processo de obtenção de aprovação prévia quanto à adequação de um serviço ou medicamento. A autorização prévia não garante cobertura.

Medicina/cuidados preventivos: Refere-se a medidas tomadas para prevenir doenças, enfermidades ou lesões, em vez de curá-las ou tratar seus sintomas. Este termo também se aplica aos cuidados prestados nos quais uma pessoa é considerada bem.

Prestador: Qualquer pessoa (médico, enfermeiro ou dentista) ou instituição (hospital ou clínica) que presta assistência médica.
Cuidado.

Assinante: O segurado.

Pagador Terceirizado: Qualquer pagador de serviços de saúde que não seja você. Pode ser uma seguradora, um HMO, um PPO ou o governo federal.