



Student Health Services

Información y Conocimientos Comunes sobre Seguros

Las compañías de seguros suelen utilizar los siguientes términos comunes para definir las pólizas, pero esta información no pretende sustituir el lenguaje utilizado en su póliza individual. Utilice el número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de seguro para informarse detalladamente sobre las prestaciones de su póliza a través de su compañía de seguros.

Términos Comunes de Seguro Definidos

Beneficios: Artículos y servicios que están cubiertos por su plan de seguro.

Reclamo: Una factura a una compañía de seguros.

Co-seguro: El monto que debe pagar por la atención médica en un plan de pago por servicio después de haber alcanzado su deducible. La tasa de coseguro generalmente se expresa como porcentaje. Por ejemplo, si la compañía de seguro médico paga el 80% del reclamo, usted paga el 20%.

Coordinación de beneficios (COB): Un sistema para eliminar la duplicación de beneficios cuando está cubierto por más de un plan grupal. Los beneficios de ambos planes generalmente se limitan a no más del 100% del reclamo.

Copago: Otra forma de compartir los costos médicos. Usted paga una tarifa fija cada vez que recibe un servicio médico (por ejemplo, \$20 por una visita al médico) y la compañía de seguro médico paga el resto. Tenga en cuenta que, en el caso de los cargos de farmacia, este gasto se produce por cada suministro de medicamento para 30 días. Obtener un suministro de 90 días a la vez requerirá tres copagos.

Gastos cubiertos: La mayoría de los planes de seguro médico, ya sean de pago por servicio, HMO o PPO, no pagan todos los servicios. Es posible que algunos no paguen ciertos medicamentos recetados. Es posible que otros no paguen por la atención de salud mental. Los servicios cubiertos son aquellos procedimientos médicos que el asegurador acepta pagar; están enumerados en la póliza de seguro médico.

Límites de cobertura: Algunas pólizas de seguro médico solo pagan la atención médica hasta una determinada cantidad de dólares. Se esperaría que la persona asegurada pagara cualquier cargo que exceda el pago máximo del plan de salud por un servicio específico.

Tarifa habitual: La mayoría de los planes de seguro médico pagarán sólo lo que llaman una tarifa razonable y habitual por un servicio en particular. Si su médico cobra \$1,000 por la reparación de una hernia, mientras que la mayoría de los médicos en el área cobran solo \$600, se le facturará la diferencia de \$400 además del deducible y el coseguro que se espera que pague. Para evitar este costo adicional, pídale a su médico que acepte el pago de su compañía de seguro médico como pago completo, o compare precios para encontrar un médico que lo haga.

Deducible: La cantidad de dinero que debes pagar cada año para cubrir tus gastos de atención médica antes de que tu póliza de seguro médico comience a pagar.

Gasto elegible: El monto que su compañía de seguros considera calificado para pagar por un beneficio de salud cubierto según su plan de seguro.

Exclusiones: Condiciones o circunstancias específicas por las cuales la póliza no brindará beneficios.

Explicación de beneficios (EOB): Una declaración, no una factura, enviada por la compañía de seguros de salud al titular de la póliza (estudiante, padre o familiar, dependiendo de quién compró la póliza) explicando qué tratamiento y/o servicios médicos se pagaron. de su parte. Una EOB generalmente describe: 1) el servicio realizado: la fecha del servicio, la descripción y/o el código de la aseguradora para el servicio, el nombre de la persona o lugar que brindó el servicio y el nombre del paciente; 2) los honorarios del médico y lo que permite el asegurador: el monto inicialmente reclamado por el médico u hospital, menos cualquier reducción aplicada por el asegurador; y 3) el monto del que es responsable el paciente.

Póliza de seguro de salud: Es un contrato entre una compañía de seguros y una persona individual, grupo plan/empleador, o programas gubernamentales (como Medicare o Medicaid). El seguro médico puede proporcionar cobertura de medicamentos, visitas al médico o sala de emergencias, estadías en el hospital y otros gastos médicos. Las pólizas difieren en lo que cubren, el tamaño del deducible, el copago o el coseguro.

HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud): Una HMO es un plan de salud prepago. Usted paga una prima mensual y el plan cubre visitas al médico, estadías en el hospital, atención de emergencia, cirugía, chequeos, pruebas de laboratorio, radiografías y terapia. Debe utilizar los médicos y hospitales designados por la HMO. Algunas pólizas de compañías de seguros pueden requerir que usted cambie a un médico de atención primaria (PCP) local.

Comuníquese con su compañía de seguros para obtener detalles específicos.

Dentro de la red: Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de seguro médico para brindar servicios de atención médica a los miembros de su plan a una tarifa negociada previamente.

Atención administrada: Formas de gestionar los costos, el uso y la calidad del sistema de atención médica. Todas las HMO y PPO, y muchos planes de pago por servicio, cuentan con atención administrada.

Gastos de bolsillo máximos: La cantidad máxima de dinero que deberá pagar por año en concepto de deducibles y coseguro. Es un monto en dólares establecido por la compañía de seguros de salud, además de las primas regulares.

Proveedor de la red: Médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica que tienen un contrato con una compañía de seguros, a veces denominado "proveedor participante".

Póliza No Cancelable: Póliza que garantiza que podrás recibir un seguro médico, siempre y cuando pagues la prima. También se le llama póliza renovable garantizada.

Inscripción Abierta: Un período específico durante el cual las personas pueden inscribirse en un plan de seguro médico cada año. En determinadas situaciones, se puede permitir que las personas se inscriban en un plan fuera del período de inscripción abierta en caso de matrimonio, nacimiento, muerte o divorcio en su familia.

Fuera de la red: Un médico que no tiene contrato con el proveedor de su plan de seguro médico. Esto a veces puede dar lugar a precios más altos.

De su bolsillo: Dinero que usted paga de su propio bolsillo. Los gastos de bolsillo incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro.

Gastos máximos de bolsillo: Lo máximo que tiene que pagar en concepto de deducibles y coseguro por los cubiertos durante un año del plan.

Condición preexistente: Un problema de salud que existía antes de la fecha en que su seguro médico entró en vigencia.

Organización de Proveedores Preferentes (PPO): Es una combinación del sistema tradicional de pago por servicio y la HMO. Cuando usted acude a los médicos y hospitales que forman parte de la PPO, se puede cubrir una mayor parte de sus facturas médicas. Puede utilizar otros médicos, pero a un costo mayor.

Prima: La cantidad que usted o su empleador pagan a cambio de la cobertura del seguro médico.

Médico de atención primaria (MAP): Suele ser su primer contacto para la atención médica y suele ser un médico de familia o internista, aunque algunas mujeres recurren a su ginecólogo. Un médico de atención primaria controla su salud y diagnostica y trata la mayoría de los problemas de salud, y le deriva a especialistas si necesita otro nivel de atención. En muchos planes de seguro médico, la atención de los especialistas sólo se paga si le remite su médico de atención primaria. Un plan HMO o PPO le proporcionará una lista de médicos entre los que elegirá a su médico de atención primaria (normalmente un médico de familia, internista, ginecólogo-obstetra o pediatra), aunque los PPO permiten a sus afiliados acudir a médicos de atención primaria fuera de su red PPO a un coste más elevado. Los planes de indemnización cubren los servicios de cualquier médico. Algunas compañías de seguros pueden exigirle que cambie de médico de atención primaria. Póngase en contacto con su compañía de seguros para obtener más información.

Autorización previa o previa: El proceso de obtener aprobación previa en cuanto a la idoneidad de un servicio o medicamento. La autorización previa no garantiza la cobertura.

Medicina/cuidado preventivo: Se refiere a las medidas tomadas para prevenir enfermedades, dolencias o lesiones en lugar de curarlas o tratar sus síntomas. Este término también se aplica a la atención brindada en la que una persona se considera sana.

Proveedor: Cualquier persona (médico, enfermera o dentista) o institución (hospital o clínica) que brinda atención médica.

Suscriptor: El titular de la póliza

Tercer pagador: Cualquier pagador de servicios de atención médica que no sea usted. Puede ser una compañía de seguros, una HMO, una PPO o el gobierno federal.