Beneficios 101

Terminología de Beneficios

Comprender la terminología de beneficios puede ser un desafío. Tanto si eres nuevo en el mundo de los seguros como si llevas tiempo en la industria, esta guía te ayudará a entender mejor los términos y conceptos:

1. Póliza: Una póliza es un contrato legal entre una compañía de seguros y el titular de la póliza. Describe los términos y condiciones de la cobertura, incluyendo qué está cubierto y qué no está cubierto.

2. Prima: La prima es la cantidad que pagas a la compañía de seguros para mantener tu póliza. El empleado normalmente paga una parte de la prima mediante deducciones de nómina, mientras que el empleador paga el resto. Ten en cuenta que los titulares de la póliza deben pagar sus primas mensuales independientemente de si visitan al médico o utilizan algún servicio de salud.

3. Deducible: El deducible es la cantidad que debes pagar de tu bolsillo antes de que tu seguro comience a cubrir gastos. Por ejemplo, si tienes un deducible de $500 y tienes $1,200 en gastos médicos, deberás pagar $500 y el resto pasará por tu plan de seguro, sujeto a copagos y co-seguro.

4. Copago: Un copago es una cantidad fija que pagas por un servicio médico específico, como una visita al médico. La compañía de seguros generalmente cubrirá el costo restante.

5. Co-seguro: El co-seguro es el porcentaje de los costos médicos cubiertos del cual eres responsable. Por ejemplo, si tienes un co-seguro del 80/20, la compañía de seguros cubrirá el 80% del costo y tú serás responsable del 20% restante.

6. Máximo de desembolso personal: El máximo de desembolso personal es la cantidad máxima que tendrás que pagar por gastos médicos cubiertos en un año determinado. Una vez que alcanzas este máximo, la compañía de seguros cubrirá los costos restantes.

7. Reclamación: Una reclamación es una solicitud de pago enviada a tu compañía de seguros por un gasto médico cubierto. Esto puede incluir visitas médicas de rutina, atención médica de emergencia (incluyendo enfermedades, lesiones y tratamiento de salud mental), análisis de sangre, radiografías y otros análisis de laboratorio.

8. Dentro de la red / Fuera de la red: La mayoría de los planes de salud ofrecen acceso a una red de médicos, instalaciones y farmacias. Para considerarse "dentro de la red", estos proveedores deben cumplir ciertos requisitos y aceptar una tarifa con descuento por servicios cubiertos bajo el plan. Si un médico o instalación no tiene contrato con tu plan de salud, se considera "fuera de la red" y puede cobrarte el precio completo.

McGohan Brabender



Escanea el código QR para obtener más información