

醫療保險詞彙和醫療術語

- 本詞彙定義了許多常用術語，但並不是完整的清單。這些詞彙術語和定義是以教導為目的，可能與您的**計劃**或**健康保險**保單的術語和定義不同。這些部分的術語在使用您的保單或**計劃**時，也可能沒有完全一樣的含義，但在任何情況下，以保單或**計劃**為準。（關於如何索取您的保單或計畫證書的副本，請參閱您的福利及承保範圍的摘要。）
- **加下劃線**的文字表示在本詞彙表中有定義的術語。
- 請參閱第 6 頁為舉例說明**自付額**，**共同保險**和**自掏腰包的極限**如何在真實的生活情況下一起作用的。

允許金額

這是該**計劃**支付所承保的醫療保健服務最高付款限額。也可以被稱為“合格的費用”，“付款給與額”，或“議定價格”。

申訴

一項請求請您的健康保險公司或**計劃**審查拒絕支付福利或（全部或部分）付款的決定。

餘額計費

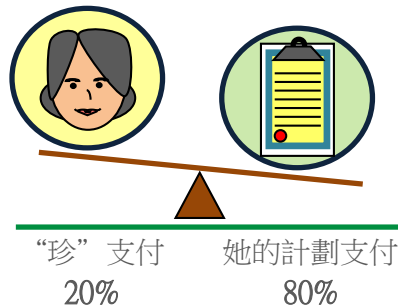
當**提供者**向您收取帳單上您的**計劃**不承保的餘額。這一數額是實際應收金額和**允許金額**之間的差額。例如，如果提供者的費用是\$200 美元，允許金額是\$110 元，提供者可能向您收取餘下的\$90 美元。這種情況最經常發生在當您去看一位**非網絡內的提供者**（**非首選的提供者**）。**網絡內的提供者**（**首選的提供者**）可能不會為承保的服務開帳單給您。

索賠

一項請求由您或您的**提供者**向健康保險公司或**計劃**為您所認為承保的項目或服務要求給付福利（包括醫療費用的付還）。

共同保險

您應分擔所承保醫療服務費用的份額，作為該服務的**允許金額**以百分比（例如，20%）計算。您通常支付共同保險**加上**您所欠的任何**自付額**。（例如，如果**健康保險**或**計劃**所允許的門診金額是\$100 美元，您已經滿足了**自付額**，您的共同保險支付 20%將是\$20 美元。健康保險或**計劃**支付其餘的**允許金額**。）



懷孕並發症

由於懷孕，分娩和生產的狀況需要醫療護理，以防止嚴重危害母親或胎兒的健康。孕吐反應和非緊急剖腹產一般不算是懷孕併發症。

共付額

一個固定的數額（例如，\$15美元），通常當您接受服務時，由您支付的承保醫療保健服務。金額可因不同類型的承保醫療保健服務而有所不同。

費用分攤

您必須**自掏腰包**以分擔**計劃**所承保服務費用的份額（有時稱為“自付款”）。一些費用分攤的例子是**共付額**，**自付額**、和**共同保險**。家庭費用分攤是分擔**自付額**和**自付款**費用的份額，應由您及您的配偶和／或孩子（們）**自掏腰包**給付。其他費用，包括您的**保費**，可能要支付的罰款，或一項**計劃**不承保服務的費用，通常不算是費用分攤。

減輕費用分攤

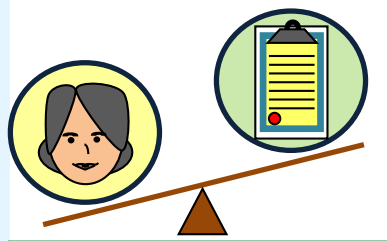
減少支付您通過 **Marketplace** 所購買的個人**計劃**承保的特定服務的折扣。您可能享有折扣，如果您的收入低於某一水準，而您選擇銀級的健康計劃，或者，假如您是聯邦政府認可的部落成員，其中包括身為阿拉斯加原住民索賠和解法案公司的股東。

自付額

在您的**計劃**開始支付之前，在一個保險期間（通常為一年）您可能虧欠承保醫療保健服務的金額。一項總體自付額適用於所有或幾乎所有的承保項目和服務。有總體自付額的**計劃**可能

也有分別的自付額，適用於特定的服務或多組的服務。一個**計劃**也可能只有分別的自付額。

（例如，如果您的自付額是\$ 1000 元，您的計劃將不會支付任何費用，直到您滿足了應繳自付額的承保醫療保健服務的\$1000 元自付額。）



“珍”支付 100% 她的計劃支付 0%
（詳細範例，請參見第 6 頁。）

診斷檢驗

檢驗以找出什麼是您的健康問題。例如，X射線可以算是一種診斷檢驗，看看您是否有骨折。

耐用醫療設備（DME）

醫療保健**提供者**為日常或延長使用所訂購的設備和用品。DME 可包括：氧氣設備，輪椅和拐杖。

緊急醫療狀況

生病，受傷，症狀（包括嚴重疼痛），或如果沒有立即接受醫療照顧，病情風險嚴重到足以對您的健康造成嚴重危害。如果沒有立即就醫，您可以合理地預期以下情況之一：1) 您的健康將置於嚴重危險的地步；或者 2) 您的身體機能將不得不面臨嚴重的問題；或 3) 您的身體的任何部位或器官你將不得不面臨嚴重的損害。

緊急醫療運輸

緊急醫療狀況下使用救護車的服務。緊急醫療運輸的類型可能包括空中，陸地或海上運輸。您的**計劃**可能不承保所有類型的緊急醫療運輸，或者可能對某些特定的類型支付得更少。

急診室護理/應急服務

檢查**緊急醫療狀況**和治療的服務以免您的**緊急醫療狀況**進一步惡化。這些服務可以由有執照的醫院急診室，或其他提供**緊急醫療狀況**的地方提供。

排除的服務

您的**計劃**不支付或承保的醫療保健服務。

處方列表

您的**計劃**所承保的藥物清單。處方列表可能包括每種藥物您應分擔的費用份額。您的**計劃**可能將藥物放在在不同的**費用分攤**級別或層次。例如，處方列表可能包括仿製藥和原廠藥的層級而不同的**費用分攤**將適用於每一個層級。

不滿

您向健康保險公司或**計劃**溝通的投訴。

培建服務

幫助個人維持，學習或提高日常生活技能和功能的醫療保健服務。例子包括治療在預期年齡不能走路和說話的孩子。這些服務可能包括物理和職業治療、口語語言病理學和其他在各種住院或門診場合為殘疾人士提供/的服務。

健康保險

一個合同要求健康保險公司支付您的部分或全部醫療費用，以繳納**保費**為交換條件。健康保險合同也可以稱為“保單”或“**計劃**”。

家庭健康護理

按照您的醫生指示，在家中使用的醫療保健服務和用品。服務可以由護士，治療師，社會工作者，或者其他有照的醫療保健**提供者**來提供。家庭健康護理通常不包括非醫療任務，如做飯，打掃衛生，或駕車。

臨終關懷服務

為罹患絕症的個人和他們的家人在最後一個階段提供安慰和支持的服務。

住院治療

需要在醫院作為住院病人接受的護理，而通常需要過夜留宿。有些**計劃**可能會認為過夜的留院觀察屬於門診治療，而不是住院治療。

醫院門診

在醫院通常不需要過夜的護理。

個人責任要求

有時被稱為“個人的訓令”，您可能有義務要參加提供有[最低基本健保範圍](#)的健康保險。如果您沒有[最低基本健保範圍](#)，當您申報聯邦所得稅時，可能要支付罰款，除非您有豁免健康保險的資格。

網絡內共同保險

您應分擔承保的醫療保健[允許金額](#)的份額（例如，20%）。使用[網絡內](#)承保的服務，您的份額通常會比較低。

網絡內共付額

一個固定金額（例如，\$15 美元），用來支付承保的醫療保健服務由與您的[健康保險公司](#)或[計劃](#)簽約的[提供者](#)所提供。網絡內共付額通常低於[網絡外共付額](#)。

Marketplace（健保商場）

一個[健康保險](#)的商場，在那裡個人、家庭和小企業可以瞭解他們的[計劃](#)選項；根據價格，福利，和其他重要的特點比較計劃；根據收入申請和獲得[保費](#)和[費用分攤](#)的財務補助；並選擇一個[計劃](#)同時申請參加保險。也被稱為“交易所”。健保商場在某些州由政府經營，而在其他州則由聯邦政府負責。在某些州健保商場還協助合格的消費者申請參加其他方案，包括州醫療補助和兒童健康保險計劃（CHIP）。在網上，通過電話，以及本人親自都可利用。

自掏腰包的最高極限

在[計劃](#)年度內使用承保的[網絡內](#)服務，聯邦政府為每個個人或家庭所設定每年最高可被要求支付[分攤費用](#)的金額。適用於大多數類型的健保[計劃](#)和保險。此金額可能高於您的[計劃](#)所規定的[自掏腰包的極限](#)。

必要的醫療

為預防，診斷或治療疾病，傷害，病症，疾病或其症狀，包括培建所需的醫療保健服務或用品，並且符合公認的醫學標準。

最低基本健保範圍

滿足[個人責任要求](#)的健康保險。最低基本健保範圍一般包括可通過 [Marketplace](#) 或其他個別市場買得到的[計劃](#)，[健康保險](#)保單，聯邦醫療保險，州醫療補助，兒童健康保險計劃，軍方的 TRICARE，以及其他特定的保險。

最低價值標準

一個基本的標準來衡量該[計劃](#)所承保允許費用的百分比。如果您的雇主提供了一個[計劃](#)，該計劃的福利支付至少 60%的總允許費用，該[計劃](#)提供了最低價值而您可能沒有[保費稅收抵免](#)和[減少費用分攤](#)的資格從 [Marketplace](#) 購買一項[計劃](#)。

網絡

與您的健康保險公司或[計劃](#)簽約提供醫療保健服務的機構，[提供者](#)和供應商。

網絡提供者（首選提供者）

一個與您的[健康保險公司](#)或[計劃](#)簽約的[提供者](#)同意向一個[計劃](#)的成員提供服務。如果您去看[網絡內](#)的[提供者](#)，您將會付得比較少。也被稱為“首選提供者”或“參與提供者。”

矯形器和假肢

腿部、手臂、背部和頸部支撐、人工腿、手臂和眼睛，以及乳房切除手術後的外部乳房假體。這些服務包括：調整，修理，和因為破損，磨損，損耗，或在病人的身體狀況變化下需要的替換。

網絡外共同保險

您應分擔承保的醫療保健服務[允許金額](#)的份額（例如，40%）付給與您的[健康保險公司](#)或[計劃](#)沒有簽約的[提供者](#)。[網絡外共同保險](#)的費用通常比[網絡內共同保險](#)更高。

網絡外共付額

一個固定金額（例如，\$30 美元），用來支付承保的醫療保健服務由與您的[健康保險公司](#)或[計劃](#)沒有簽約的[提供者](#)所提供。[網絡外共付額](#)的費用通常比[網絡內共付額](#)更高。

網絡外提供者(非首選提供者)

一個與您的計劃沒有簽約提供服務的提供者如果您的計劃承保網絡外的服務，通常去看網絡外的提供者會比去看首選的提供者會讓您支付得更多。您的保單將會解釋這些費用可能是多少。也可稱為“非首選”或“非參與”來取代“網絡外提供者”。

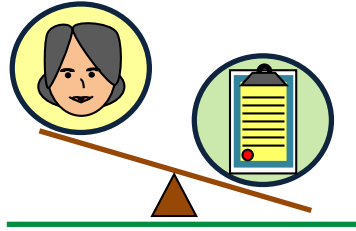
自掏腰包的極限

在一個保險間（通常為一年）您最多可能支付

應分擔承保服務的費用的份額。當您滿足此極限後

計劃通常會支付100%的允許金額。

這項極限可幫助您規劃醫療保健的費用。這項極限絕不包括您的保費，餘額計價手續費，或者您的計劃所不承保的醫療保健。一些計劃並不把您的共付額，自付額，共同保險付款，網絡外付款，或其他的開銷計算在此極限之內。



“珍”支付 0% 她的計劃支付 100%

（詳細範例，請參見第 6 頁。）

醫師服務

由執業醫生，包括 M.D.（醫學博士）或 D.O.（整骨醫學博士），所提供或協調的醫療保健服務。

計劃

直接向您發行的健康保險（個人計劃）或通過雇主、工會或其他組織（雇主團體計劃），為某些醫療保健費用提供的保險。也被稱為“健康保險計劃”、“保單”、“健康保險保單”或“健康保險”。

預授權

一項由您的健康保險公司或計劃所作的決定，所有醫療保健服務，治療方案，處方藥物或耐用醫療設備（DME）都是醫學上必要的。有時被稱為事先授權，預先準許或預先認證。除了在緊急情況下之外，您的健康保險或計劃對於某些服務可能需要預授權在您尚未接受這些服務之前。預授權並不是一個承諾您的健康保險或計劃將會給付費用。

保費

為您的健康保險或計劃必須支付的金額。您和/或您的雇主通常每個月，每個季度或每年支付。

保費稅收抵免

財務補助得以降低您的稅收，以幫助您和您的家庭支付私人健康保險。如果您透過 Marketplace 購得健康保險，您可以得到這個幫助，假如您的收入低於某一水準。稅收抵免的預收款項可以用來降低您每個月的保費費用。

處方藥物保險

計劃所承保的福利會有助於支付處方藥物。如果計劃的處方列表使用“層次”（級別），處方藥物會按類型和費用分類在一起。您所支付每一個“層次”的承保處方藥物費用分攤的金額將都是不同的。

處方藥物

依法需要處方的藥品和藥物。

預防性治療（預防性服務）

日常的健康護理，包括篩查，檢查，和病人的諮詢，以預防或發現病症，疾病或其他健康問題。

一般護理醫生

一位醫師，包括 M.D.（醫學博士）或 D.O.（整骨醫學博士）為您提供或協調各種醫療保健服務。

一般護理提供者

一位醫師，包括 M.D.（醫學博士）或 D.O.（整骨醫學博士），執業護士，臨床護理專家，或助理醫師，根據州法和計劃的條款，為您提供，協調，或協助接受各種醫療保健服務。

提供者

提供醫療保健服務的個人或機構。一些提供者的例子包括醫生，護士，按摩師，助理醫師，醫院，手術中心，專業護理機構，復健中心。該計劃可能要求提供者必須有執照，認證，或由州法所認可的。

重建手術

外科手術和後續治療因先天缺陷，事故，傷害或醫療狀況需要糾正或改善身體的一部分。

轉診

一份書面指示，由您的[一般護理提供者](#)出具，為您去看[專科醫師](#)或接受特定的醫療保健服務。在許多健康維護組織（HMO），您需要取得轉診，在您接受任何人提供的醫療保健服務之前，除了您的[一般護理提供者](#)之外。如果您不事先轉診，該[計劃](#)可能不會支付服務。

康復服務

醫療保健服務旨在幫助個人維持，恢復，或提高因個人疾病，受傷，或殘疾而失去或受損的日常生活技能和機能。這些服務可能包括在各種住院或門診場合所提供的物理和職業治療、口語語言病理學和心理康復服務/。

篩查

一種[預防性的治療](#)，包括測試或檢驗來偵測某些事物的存在，通常當您還沒有症狀，徵兆，或有顯著的疾病病歷或狀況。

專業護理

由執業護士在您的家裡或在養老院中提供或監督的服務。專業護理和“專業的護理服務”**是不**一樣的，後者為由治療師或科技人員（而不是執業護士）所提供的服務。

專科醫師

一個[提供者](#)，專注於一個特定領域的藥物或一類病患的診斷，管理，預防或治療某些特定類型的症狀和狀況。

特種藥物

一種類型的[處方藥物](#)，一般需要由一個醫療保健專家進行特殊處理或不斷的監測和評估，或相對地難以發藥。一般而言，特種藥物是在[處方列表](#)上最昂貴的藥物。

UCR (平常，習慣和合理)

在一個地理區域內醫療服務所支付的金額，根據該地[區提供者](#)對於相同或類似的醫療服務通常的收費。UCR 的金額有時用來決定[允許的金額](#)。

緊急護理

治療一種疾病，受傷，或病情嚴重到一個合理的人會立即尋求治療，但又不是嚴重到需要[急診室護理](#)。

您和您的保險公司如何分擔費用--范例

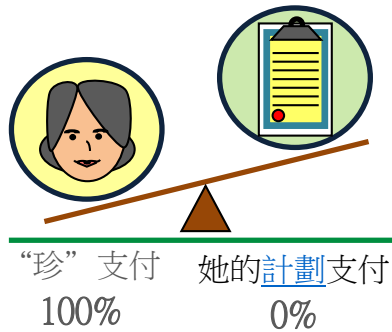
珍的計劃自付額：\$1,500

共同保險：20%

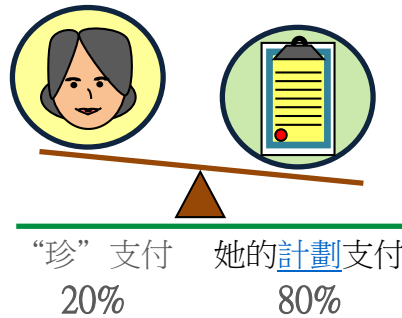
自掏腰包的極限：\$5,000

一月一日
保險期開始

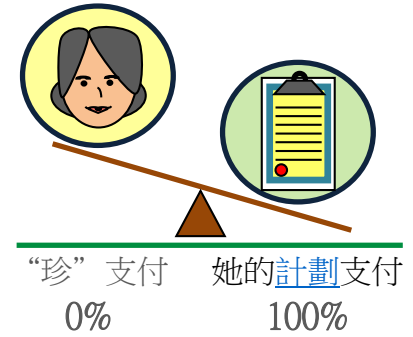
十二月三十一日
保險期截止



珍尚未達到 \$1,500 元的自付額
她的計劃沒有支付任何費用。
門診費用：\$125
“珍”支付：\$125
她的計劃支付：\$0



珍達到了\$1,500 元的自付額，共同保險開始
珍已經看過醫生好幾次了，並總共支付了\$1,500 元，達到了她的自付額。所以，她的計劃會支付她下次門診的部分費用。
門診費用：\$125
“珍”支付：20% of \$125 = \$25
她的計劃支付：80% of \$125 = \$100



珍達到了\$5,000 元自掏腰包的極限
珍經常去看醫生，並總共支付了\$5,000 元。她的計劃支付這剩下的一年中所承保醫療保健服務的全部費用。
門診費用：\$125
“珍”支付：\$0
她的計劃支付：\$125