

BẢNG THUẬT NGỮ BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA IAF

Bảng thuật ngữ này định nghĩa các thuật ngữ thường gặp về bảo hiểm sức khỏe và chăm sóc sức khỏe. Bảng thuật ngữ này là dành cho mục đích giáo dục và có thể khác với các thuật ngữ được sử dụng trong chương trình/hợp đồng bảo hiểm của quý vị.

các dịch vụ không lưu trú

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho thành viên nào không được xác nhận đưa vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe.

đạo luật chăm sóc vừa túi tiền (ACA)

Luật cải cách chăm sóc sức khỏe toàn diện được ban hành vào tháng 3, 2010 (đôi khi được gọi là ACA, PPACA, hay "Obamacare").

năm quyền lợi

Một năm chi trả quyền lợi bảo hiểm theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân. Năm quyền lợi đối với các chương trình được mua trong hoặc ngoài Marketplace bắt đầu ngày 1 tháng 1 trong năm và kết thúc vào ngày 31 tháng 12 cùng năm. Bất kỳ thay đổi nào đối với quyền lợi bảo hiểm hoặc mức phí đối với một chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ được thực hiện vào đầu năm lịch.

quyền lợi bảo hiểm

Các sản phẩm hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chi trả theo một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Các quyền lợi được chi trả và các dịch vụ bị loại trừ được xác định trong các giấy tờ chi trả bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe. Trong Medicaid hoặc CHIP, các quyền lợi được chi trả và các dịch vụ bị loại trừ được xác định trong các quy định chương trình của tiểu

bang.

thuốc sinh học

Thuốc gồm có một tế bào sống trọn vẹn, một phần của một tế bào (chẳng hạn như ezim), hoặc sản phẩm của một tế bào (chẳng hạn như kháng thể). Chúng phải được phát triển hoặc tạo ra bởi các tế bào sống, hoặc là tế bào người, động vật hoặc thực vật. Thuốc sinh học thường lớn hơn và phức tạp hơn so với các thuốc hóa học truyền thống.

đồng bảo hiểm

Một phần trăm nhất định mà quý vị phải thanh toán trong mỗi kỳ quyền lợi sau khi quý vị đã thanh toán khoản khấu trừ

đồng thanh toán

Số tiền quý vị trả cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại thời điểm quý vị nhận dịch vụ. Không phải chương trình

nào cũng có một khoản đồng thanh toán.

các chương trình tích lũy đồng thanh toán

Một chương trình bảo hiểm sức khỏe không cho phép bệnh nhân sử dụng thẻ hay phiếu giảm giá đồng thanh toán để thanh toán các khoản chi phí xuất túi. Khi một bệnh nhân sử dụng phiếu giảm giá đồng thanh toán hoặc thẻ, chương trình bảo hiểm sức khỏe nhận được khoản thanh toán từ thẻ hoặc phiếu giảm giá đó, nhưng số tiền hỗ trợ trên phiếu giảm giá hoặc thẻ không tính vào chi phí xuất túi của bệnh nhân.

cobra

Một điều luật liên bang có thể cho phép quý vị tạm thời duy trì bảo hiểm sức khỏe sau khi hợp đồng lao động của quý vị chấm dứt, quý vị mất bảo hiểm với tư cách người phụ thuộc của nhân viên được bảo hiểm, hoặc một sự kiện đủ điều kiện khác. Nếu quý vị chọn bảo hiểm theo COBRA, quý vị trả

100% phí bảo hiểm, bao gồm phần chia sẻ mà chủ lao động từng trả, cộng với một khoản phí hành chính nhỏ.

điều phối chăm sóc

Việc tổ chức sự điều trị của quý vị ở một số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các cơ sở y tế và Các Tổ Chức Chăm Sóc Có Trách Nhiệm là hai cách điều phối chăm sóc thường gặp.

trung tâm phụ trách dịch vụ của medicare và medicaid (cms)

Cơ quan liên bang điều hành Medicare, Medicaid, và Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Dành Cho Trẻ Em (Children's Health Insurance Program), và Marketplace được liên bang tạo điều kiện.

khoản khấu trừ

Số tiền quý vị thanh toán đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị trước khi

công ty bảo hiểm của quý vị thanh toán. Các khoản khấu trừ là dựa trên kỳ quyền lợi của quý vị (thường là một năm mỗi lần).

tài khoản chi dụng linh hoạt (fsa)

Một sự sắp xếp quý vị thực hiện thông qua chủ lao động của quý vị để thanh toán nhiều chi phí y tế xuất túi bằng số tiền không tính thuế. Quý vị quyết định số tiền lương trước thuế quý vị muốn lấy ra từ tiền lương của mình và nạp vào tài khoản FSA. Nếu đến cuối năm quý vị không chi tiêu, tiền FSA không được mang sang.

mức nghèo khó liên bang

Một số đo thu nhập được Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services, HHS) ban hành mỗi năm. FPL được sử dụng để xác định hội đủ điều kiện tham gia của quý vị đối với các chương trình và phúc lợi nhất định, bao gồm các khoản tiết kiệm cho bảo hiểm sức khỏe Marketplace, và bảo hiểm Medicaid và

CHIP.

danh mục thuốc

một danh sách các thuốc theo toa được bao trả của một chương trình bảo hiểm thuốc hoặc công ty bảo hiểm.

thuốc gốc

Một loại thuốc theo toa có cùng công thức thành phần hoạt tính như thuốc thương hiệu. Thuốc gốc thường tốn ít hơn thuốc thương hiệu. Các thuốc này có hiệu quả và an toàn như thuốc thương hiệu như Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (Food and Drug Administration, FDA công bố).

tổ chức bảo dưỡng sức khỏe (hmo)

Chỉ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe với các nhà cung cấp HMO cụ thể. Theo một chương trình HMO, quý vị có thể phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính. Bác sĩ đó sẽ là

bác sĩ chính của quý vị và sẽ giới thiệu quý vị đến một bác sĩ chuyên khoa HMO khác khi cần. Các dịch vụ của các nhà cung cấp bên ngoài chương trình HMO hiếm khi nào được bảo hiểm.

tài khoản tiết kiệm chăm sóc sức khỏe (hsa)

Một tài khoản cho phép quý vị tiết kiệm để trả các chi phí y tế trong tương lai. Tiền nạp vào tài khoản này không phải chịu thuế liên bang ghi ký gửi.

Có thể tích lũy tiền và có thể sử dụng từ năm này sang năm khác. Không bắt buộc phải chi dùng số tiền đó trong một năm duy nhất. Phải được kết hợp với các chương trình bảo hiểm sức khỏe có khấu trừ cao (HDHP) nhất định.

đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (hipaa)

Điều luật của Hoa Kỳ đặt ra các quy định về bảo mật và an ninh dữ liệu để bảo vệ thông tin y tế. Được Tổng Thống Bill Clinton ký thành luật vào Tháng Tám, 1996.

chương trình khôi thị trường chung rủi ro cao (tiểu bang)

Tương tự như Chương Trình Bảo Hiểm Bệnh Trạng Có Trước (Pre-Existing Insurance Plan) theo Đạo Luật Chăm Sóc Vừa Túi Tiền (Affordable Care Act), dành cho các bệnh nhân nào đã bị loại khỏi thị trường bảo hiểm cá nhân vì các bệnh trạng có trước. Các chương trình khôi thị trường chung rủi ro cao cung cấp bảo hiểm sức khỏe được một chính phủ tiểu bang tài trợ. Thông thường, phí bảo hiểm đối với các chương trình khôi thị trường chung rủi ro cao gấp hai lần so với khi quý vị khỏe mạnh.



các dịch vụ nội trú

Các dịch vụ nhận được khi nhập viện và được tính tiền phòng và tiền ăn.

đồng bảo hiểm trong mạng lưới

Phần trăm quý vị thanh toán đối với số tiền được phép hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chi trả cho các nhà cung cấp nào có hợp đồng với công ty hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Đồng bảo hiểm trong mạng lưới thường tốn ít hơn đồng bảo hiểm ngoài mạng lưới.

truyền thuốc

cấp thuốc trực tiếp vào tĩnh mạch (trong tĩnh mạch), dùng trọng lực hoặc bơm để điều tiết tốc độ cấp thuốc. Các bác sĩ thường khuyến cáo truyền thuốc khi không thể điều trị bệnh trạng của bệnh nhân bằng thuốc truyền thống.

chăm sóc dài hạn

Các dịch vụ bao gồm chăm sóc y tế và phi y tế được cung cấp cho những người không thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày như mặc quần áo hoặc tắm rửa. Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn có thể được cung cấp tại gia, trong cộng đồng, trong cơ sở sinh sống có trợ cấp hoặc trong các viện dưỡng lão. Medicare và hầu hết các chương trình bảo hiểm sức khỏe không thanh toán chi phí chăm sóc dài hạn.

medicaid

Một chương trình chăm sóc sức khỏe được liên bang tài trợ, được điều hành ở cấp tiểu bang để hỗ trợ các gia đình hoặc các cá nhân có thu nhập thấp hơn để thanh toán các chi phí chăm sóc y tế và chăm sóc giám hộ dài hạn.

quy trình bảo hiểm y tế

Một quy trình được các công ty bảo hiểm sử

dụng để cố xác định tình trạng sức khỏe của quý vị khi quý vị đăng ký bảo hiểm sức khỏe để xác định xem có bảo hiểm hay không, bảo hiểm ở giá nào, và với những trường hợp loại trừ hay giới hạn gì.

medicare

Một chương trình liên bang dành cho người 65 tuổi trở lên, thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe nhất định.

medicare phần a

Bảo hiểm nội trú hoặc viện phí được cung cấp bởi chương trình liên bang, Medicare, chi trả chi phí nằm viện, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, chăm sóc cuối đời và một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia.

medicare phần b

Bảo hiểm y tế được cung cấp bởi chương trình liên bang, Medicare, chi trả cho các

dịch vụ nhất định của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thuốc được bác sĩ cho dùng, chăm sóc bệnh viện ngoại trú, vật tư y tế và các dịch vụ phòng ngừa.

medicare phần c (medicare advantage)

Một chương trình cung cấp bảo hiểm viện phí và bảo hiểm y tế thông qua một nhà thầu tư nhân của Medicare. Các chương trình này cũng có thể cung cấp một chương trình bảo hiểm thuốc riêng, nhưng quý vị không thể mua một chương trình Medigap với Medicare Phần C.

medicare phần d

Một chương trình giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa dành cho những người có Medicare nào tham gia một chương trình bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa Medicare. Có hai cách để nhận được bảo hiểm thuốc theo toa Medicare: thông qua một Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare

**hoặc một chương trình Medicare Advantage
bao gồm bảo hiểm thuốc.**

medigap

Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare được cung cấp bởi các công ty bảo hiểm tư nhân, có hợp đồng với Medigap. Các chương trình Medigap có thể giúp chi trả các chi phí dịch vụ và vật tư chăm sóc sức khỏe còn lại, chẳng hạn như các khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm.

mạng lưới

Các cơ sở, các nhà cung cấp và các nhà cung ứng mà công ty bảo hiểm sức khỏe hoặc chương trình của quý vị có hợp đồng để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

nhà cung cấp trong mạng lưới

Một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của một chương trình bảo hiểm sức khỏe.

thay đổi phi y tế (NMS)

Một chiến lược mà các có lợi cho sức khỏe sử dụng để kiểm soát chi phí của họ và tối đa hóa lợi nhuận bằng cách buộc các bệnh nhân ổn định chuyển từ các thuốc có hiệu quả hiện tại sang các cuộc có thể không hiệu quả bằng, vì các lý do không liên quan đến sức khỏe.

kỳ ghi danh mở

Khoảng thời gian hàng năm khi người ta có thể ghi danh tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe. Kỳ Ghi Danh Mở thường diễn ra từ ngày 1 tháng 11 đến 15 tháng 12, nhưng điều quan trọng là hãy kiểm tra mỗi năm.

các dịch vụ ngoại trú

Các dịch vụ không cần nằm viện qua đêm. Thường thì các dịch vụ này được cung cấp trong một phòng mạch của bác sĩ, bệnh viện

hoặc phòng khám.

chi phí xuất túi

Chi phí mà quý vị phải thanh toán. Các chi phí xuất túi khác nhau tùy chương trình và mỗi chương trình có chi phí xuất túi tối đa (MOOP).

original medicare

Chương trình Medicare truyền thống gồm có Medicare Phần A và Phần B.

ngiên cứu kết quả lấy bệnh nhân là trọng tâm

Ngiên cứu so sánh các phương pháp điều trị y tế và các biện pháp can thiệp khác nhau để cung cấp bằng chứng về các chiến lược nào là có hiệu quả nhất trong các nhóm đối tượng và tình huống khác nhau.

đơn vị quản lý quyền lợi bảo hiểm nhà thuốc tây (PBM)

Các tổ chức bên thứ ba có hợp đồng quản lý các quyền lợi bảo hiểm nhà thuốc đối với các chương trình của chính phủ và các chương trình bảo hiểm sức khỏe do chủ lao động tài trợ. PBM phát triển và duy trì các danh mục thuốc, hợp đồng với các nhà thuốc tây, thương lượng các khoản giảm giá và hợp đồng với các hãng sản xuất.

điểm dịch vụ (pos)

Một loại chương trình trong đó quý vị thanh toán ít hơn nếu quý vị sử dụng các bác sĩ, bệnh viện, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nằm trong mạng lưới của chương trình đó. Các chương trình POS cũng yêu cầu quý vị có giấy giới thiệu của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để gặp một bác sĩ chuyên khoa.

tổ chức các nhà cung cấp được ưu tiên (ppo)

Một loại chương trình bảo hiểm cung cấp bảo hiểm rộng hơn đối với các dịch vụ của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào nằm trong mạng lưới của chương trình, nhưng vẫn cung cấp bảo hiểm đối với các nhà cung cấp nào không nằm trong mạng lưới của chương trình. Các chương trình PPO thường cung cấp khả năng linh hoạt cao hơn so với các chương trình HMO, nhưng phí bảo hiểm có xu hướng cao hơn.

phí bảo hiểm

Các khoản thanh toán mà quý vị thực hiện cho nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm của quý vị để duy trì bảo hiểm của quý vị. Các khoản thanh toán này có các thời hạn nhất định.

các dịch vụ phòng ngừa

Sự chăm sóc sức khỏe thường quy bao gồm tầm soát, khám sức khỏe, và tư vấn bệnh

nhân để phòng bệnh, hoặc phòng các vấn đề sức khỏe khác.

sự cho phép trước

Một yêu cầu phê duyệt trước bởi các công ty bảo hiểm đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhất định. Công ty bảo hiểm đưa ra quyết định về việc các dịch vụ được chỉ định có cần thiết về mặt y tế hay không trước khi bệnh nhân nhận được các dịch vụ đó.

nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính

Một bác sĩ, y sĩ, chuyên gia điều dưỡng lâm sàng hoặc trợ lý bác sĩ, được luật pháp tiểu bang cho phép, cung cấp, điều phối, hoặc giúp một bệnh nhân tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau.

giấy giới thiệu

Chỉ định bằng văn bản của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị để quý vị đến gặp một bác

sĩ chuyên khoa hoặc nhận các dịch vụ y tế nhất định. Trong nhiều tổ chức Health Maintenance Organizations (HMO), quý vị cần có giấy giới thiệu trước khi quý vị có thể nhận sự chăm sóc y tế từ bất kỳ ai trừ bác sĩ chăm sóc chính của quý vị. Nếu không có giấy giới thiệu của bác sĩ chăm sóc chính của quý vị, chương trình có thể không thanh toán chi phí các dịch vụ.

thị trường của chương trình tùy chọn sức khỏe cho doanh nghiệp nhỏ (shop)

Một thị trường bảo hiểm sức khỏe giúp các chủ doanh nghiệp nhỏ cung cấp bảo hiểm y tế và bảo hiểm nha khoa cho nhân viên của mình. Một số chủ lao động nhỏ hơn đủ điều kiện nhận tín dụng thuế nếu họ mua bảo hiểm sức khỏe thông qua SHOP Marketplace.

kỳ ghi danh đặc biệt (tháng 9)

Một khoảng thời gian bên ngoài Kỳ Ghi Danh Mở hàng năm khi đó quý vị có thể đăng ký bảo hiểm sức khỏe. Quý vị đủ điều kiện có Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt nếu quý vị đã gặp các sự kiện nhất định trong đời, bao gồm mất bảo hiểm, chuyển nhà, kết hôn, sinh con, hoặc nhận con nuôi.

chương trình hỗ trợ bảo hiểm sức khỏe của tiểu bang (ship)

Một chương trình của tiểu bang nhận tài trợ của chính phủ liên bang để cung cấp dịch vụ tư vấn miễn phí về bảo hiểm y tế tại địa phương cho thành viên Medicare.

trị liệu từng bước

Cũng được gọi là "fail-first" (trị liệu thất bại trước) là một công ty sử dụng chi phí được các chương trình bảo hiểm sức khỏe sử dụng. Chiến lược này yêu cầu bệnh nhân phải thử và "thất bại" một hoặc nhiều

**phương án điều trị "ưu tiên" của công ty
bảo hiểm trước khi theo đuổi một phương
pháp điều trị khác.**

bảo hiểm có trợ cấp
**Bảo hiểm sức khỏe khả dụng ở mức giảm
giá hoặc miễn phí cho người có thu nhập
thấp hơn các mức nhất định.**

Tài nguyên: healthcare.gov/glossary

**Để biết thêm tài liệu và tài nguyên giáo dục, vui
lòng truy cập patientaccess.org.**