



Invited

¿QUÉ PLAN MÉDICO ES ADECUADO PARA MÍ?

TÉRMINOS MÉDICOS QUE DEBE CONOCER

	Primas	<p>La cantidad que se descuenta de cada cheque de pago para pagar su cobertura médica. Varía de \$30 a \$105 solo para empleados y de \$55 a \$395 para familias.</p>
	Recargo	<p>Se agregarán \$30 adicionales por cheque de pago quincenal a sus primas si no proporciona la documentación para completar una evaluación de diagnóstico preventivo antes del 30 de noviembre de 2024.</p>
	Dentro de la red (IN)	<p>Dentro de la red (IN) se refiere a un proveedor o centro de atención médica que tiene un contrato con nuestro(s) plan(es) de seguro médico para proporcionar servicios a sus miembros a una tarifa con descuento. Los proveedores dentro de la red también se conocen como proveedores participantes. Los costos de los proveedores dentro de la red son significativamente menores para usted y para Invited.</p>
	Niveles de proveedores	<p>Los proveedores se clasifican en niveles según su costo y calidad en relación con otros proveedores similares. Los proveedores con mayor calidad y menor costo generalmente obtienen las clasificaciones de nivel más preferidas (Nivel 1 versus Nivel 3). Los niveles se pueden encontrar en el sitio web del proveedor de atención médica, en la aplicación o comunicándose con HealthJoy.</p>
	Médico de atención primaria (PCP)	<p>Un médico de atención primaria es el médico que usted consulta regularmente para su bienestar general, atendiendo las necesidades médicas cotidianas y enfatizando la atención preventiva junto con las preocupaciones inmediatas.</p>
	Especialista	<p>Los especialistas han recibido una formación adicional y se centran en un área específica de la medicina (es decir, dermatólogo, psiquiatra).</p>
	Fuera de la red (OON)	<p>Fuera de la red (OON) se refiere a un proveedor o centro de atención médica que NO tiene contrato con nuestro(s) plan(es) de seguro médico para proporcionar servicios a sus miembros. Los proveedores OON tienen costos más altos para usted con deducibles, coseguros y máximos de OOP más altos en los planes UHC. En el plan SimplePay los proveedores tienen copagos más altos.</p>
	Deducible anual	<p>La cantidad de dinero que debe pagar por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Ciertos pagos, como los copagos, no se suman a su deducible anual. Varía de \$0 a \$4,000 para personas y de \$0 a \$8,000 para familias.</p>
	Copago	<p>Una cantidad fija que usted paga cuando acude a un proveedor de atención médica (PCP o especialista), recibe ciertos servicios de atención médica o medicamentos con receta. La cantidad <u>no</u> se suma a su deducible anual. Varía de \$10 a \$30 para médicos dentro de la red de nivel 1. Nota: El Plan de Salud con un Deducible Alto no tiene copagos.</p>
	Coseguro	<p>Un porcentaje de los gastos cubiertos que debe pagar después de cumplir el deducible anual. Generalmente, solo se utiliza en planes de salud con un deducible alto o costos fuera de la red. Varía desde el 20% para el nivel 1 dentro de la red hasta el 60% para fuera de la red.</p>
	Máximo de gastos de bolsillo (OOP)	<p>La cantidad máxima que pagará por todos los deducibles, coseguros y copagos durante un año calendario. Los costos no cubiertos por el plan no se aplican a los OOP. Los OOP dentro de la red de \$6,500 a \$9,100 para personas y de \$13,000 a \$18,200 para familias. Puede esperar un máximo de OOP separado para servicios fuera de la red.</p>