

Школа Пациента

Отдел Обслуживания Пациентов



Финансовые Вопросы

*Умение обращаться со счетами, предъявляемыми к
уплате за медицинское обслуживание, полученное в
Медцентре Университета штата Вашингтон (UWMC),
и своевременная их оплата*





Лечение, предоставляемое на основе работы с пациентом и его семьёй

в Медцентре Университета Штата Вашингтон

В Медцентре университета штата Вашингтон (UWMC) применяется такой подход к лечению пациентов, при котором в центре внимания находится работа с пациентом и его семьёй (сокращённо – PFCC). При таком подходе (PFCC) пациенты привлекаются к настолько активному участию в своём собственном лечении, насколько это отвечает их желаниям.

При этом все активно участвующие в медицинском уходе пациенты, члены их семей и медработники, считаются партнёрами, имеющими право голоса при разработке программ и правил, и влияют, таким образом, на повседневную деятельность Медцентра. Основными концепциями, лежащими в основе этого подхода, являются такие, как: взаимопонимание, обмен информацией, предоставление права выбора, взаимоуважение, партнёрство, а также понимание того, что присутствие семьи способствует улучшению лечения, а не затрудняет его.

Лечение, сфокусированное на работе с пациентом и его семьёй, позволяет добиваться лучших медицинских результатов, более рационального распределения ресурсов и более полной удовлетворённости полученными результатами как у сотрудников, так и у пациентов и их семей. Проще говоря, необходимость в таком подходе назрела давно.

Если бы в UWMC не практиковался такой подход к медобслуживанию, при котором в центре внимания находятся интересы пациента и его семьи, то не была бы издана и брошюра «Финансовые вопросы». Данное информационное издание было подготовлено силами коллектива, состоящего из преданных этой идее пациентов, членов их семей и сотрудников Медцентра. Все они являются членами Консультативного Совета при Отделении Стационарной Онкологии, и каждый из них внёс свой посильный вклад в создание этой брошюры в виде ценных наблюдений, информации и данных – на основе личного опыта и специальных знаний.

Дополнительную информацию о Консультативном Совете при Отделении Стационарной Онкологии, о деятельности иных Консультативных Советов, а также о принятом в UWMC методе медобслуживания, в центре внимания которого находится пациент и его семья, можно получить, позвонив:

Hollis Guill Ryan
Patient and Family Centered Care, UWMC
206-598-2697
hollisr@u.washington.edu



Финансовые Вопросы

*Умение обращаться со счетами,
предъявляемыми к оплате за медицинское
обслуживание, полученное в Медцентре
Университета штата Вашингтон
(UWMC), и своевременная их оплата*

В данной брошюре содержится информация и полезные советы, предоставленные нашими пациентами и членами их семей с целью помочь вам разобраться в ваших медицинских счетах, привести их в порядок и своевременно оплатить. И, хотя большая часть этой информации посвящена объяснению того, как процесс предъявления и оплаты медицинских счетов осуществляется в Медцентре Университета штата Вашингтон (UWMC), многие из этих советов могут помочь вам понять, как разобраться и правильно обращаться со счетами, получаемыми вами и из других медицинских учреждений.

Содержание

О получаемых вами счетах за предоставленные медицинские услуги	2
<i>Счета за использование помещений, за профессиональные услуги, за услуги, медучреждений, за услуги иных медработников и использование иных помещений</i>	
Как систематизировать ваши медицинские финансовые документы.....	3
Образцы счетов, присылаемых из Медцентра UWMC.....	5
Вопросы, наиболее часто задаваемые пациентами в отношении получаемых ими счетов за предоставленное медицинское обслуживание	7
Предъявление счетов вашей страховой компании	9
<i>Итоговая ведомость подсчитанных расходов, Разъяснение льгот (EOB), Обязательство пациента</i>	
Полезные советы о том, как работать с Отделом по обслуживанию пациентов	10
Куда обращаться за помощью.....	12
<i>Подразделения UWMC, Иные ведомства/организации, Ресурсы финансового планирования</i>	
Термины, используемые в медицинских счетах.....	14

Мы понимаем, что, вы и ваши близки, возможно, переживаете сейчас напряжённое время. При этом вопросы ведения семейного бюджета и оплаты медицинских счетов могут либо являться вашей главной заботой, либо совершенно вас не волновать. Для многих людей необходимость решения финансовых вопросов, правильного понимания медицинских счетов и сложной системы их оплаты оказывается непосильной задачей.

Мы надеемся, что данная брошюра окажется для вас полезной. Она включает:

- Общую информацию о счетах, предъявляемых пациентам за медицинские услуги.
- Рекомендации по поводу того, как привести в порядок и хранить ваши медицинские и финансовые документы.
- Полезные советы по поводу того, как разобраться в медицинских счетах, получаемых вами из Медцентра UWMC.
- Ответы на вопросы, наиболее часто задаваемые в отношении счетов, предъявляемых пациентам.
- Информацию о ресурсах и контактные номера подразделений, ведомств и организаций, занимающихся сходными вопросами.
- Объяснения значений терминов, используемых в финансовом делопроизводстве сферы здравоохранения.

О Получаемых Вами Счетах За Предоставленные Медицинские Услуги

После пребывания в стационарном отделении больницы или визита в клинику вы должны будете получить минимум 2 отдельных счёта – в зависимости от того, какие виды услуг вам были предоставлены. Ниже объясняются различные виды медицинских счетов, которые вы можете получить:

Счета за Использование Помещения

Отдел «Финансовое Обслуживание Пациентов (PFS)» предъявляет счета за услуги, предоставляемые пациентам Медцентра UWMC. Сумма, начисленная Отделом PFS за полученные услуги, называется *платой за использование помещения и оборудования*. В неё включается стоимость обслуживания, получаемого пациентами во время пребывания в стационаре и визитов в клинику, а также стоимость иных услуг, таких, например, как: рентгенологические обследования, лабораторные анализы и различные виды терапии. За все эти услуги, предоставляемые Медцентром, вы будете получать отдельный счёт.

Плата за Профессиональные Услуги, Предоставляемые Специалистами

Вы также можете получить счёт от Объединения UW Physicians (UWP), предъявляемый за *профессиональные услуги*. Этот вид оплаты взимается за услуги, предоставляемые индивидуальными врачами.

Услуги, Предоставляемые в Клиниках, Входящих в Единую Систему Медцентра UWMC

За услуги, предоставляемые в клиниках, входящих в единую систему Медцентра UWMC, вам пришлют как счёт за использование помещения, так и отдельный счёт за профессиональные услуги. При этом, в зависимости от предоставленного вам обслуживания, сумма платы за использование помещения может либо равняться сумме платы за профессиональные услуги, либо превышать её. В число клиник, образующих единую систему Медцентра, входят следующие: Клиники в Главном здании UWMC, находящегося на ул. Пасифик, Клиники комплекса, расположенного на ул. Рузвельт-Уэй,

Специализированный Центр Истсайд, Региональный Центр Сердца в микрорайоне Олдервуд, Клиника Протезирования и Ортопедических Аппаратов, а также Центр по Проблемам Развития Человека и Пороков Развития.

Иные Провайдеры (Медработники) и Лечебные Учреждения

Пациенты могут также получать счета за визиты и услуги, предоставляемые иными медработниками и учреждениями; в том числе: Объединением г. Сиэтла по Лечению Рака (Seattle Cancer Care Alliance), Университетской Медгруппой по Детской Медицине (Children's University Medical Group), компаниями неотложной медпомощи, такими, как: Эйрлифт Нодуэст (Airlift Northwest) и Сертифицированные Медсёстры-Анестезиологи (счёт за услуги которых выставляет организация Support Med). Для получения информации о счетах, предъявляемых другими, не упомянутыми выше учреждениями, просьба обращаться непосредственно в эти учреждения.

Как Систематизировать Ваши Медицинские Финансовые Документы

Если вам предстоит операция, стационарное лечение, решение проблем в связи с каким-либо хроническим заболеванием или других вопросов, относящихся к состоянию вашего здоровья, то необходимость приведения в порядок ваших медицинских документов в данный момент, вероятно, беспокоит вас меньше всего. Но в любом случае, аккуратное ведение и содержание документов в порядке будет способствовать снижению вашего общего напряжения и стресса.

Вы можете попросить кого-либо из ваших доверенных лиц помочь вам поддерживать порядок в ваших документах. Если все ваши документы будут разложены в определённом порядке, то вы сможете при необходимости находить нужную вам информацию, отслеживать новую информацию по мере её поступления, и это облегчит обнаружение ошибок в случае их появления.

Каждый из нас использует свой собственный метод систематизации и хранения документов. Работу по приведению в порядок ваших документов полезно начать с решения следующих вопросов:

- Каким образом вы хотели бы их систематизировать – т.е., хотели бы вы использовать:
 - Компьютерную систему с выбором конкретных технических программ и названий электронных регистраторов и файлов
 - Систему ведения документов в бумажном виде, в том числе, с использованием скоросшивателей, папок и наклеек разного цвета для разграничения отдельных разделов.
 - Сочетание компьютерной и бумажной систем ведения документов.
- Какие бумаги следует хранить, а какие – выбросить.
- С каких документов нужно снять копии, и где хранить эти копии.
- В каком порядке распределить счета – согласно дате получения, названия учреждения или фамилии врача, либо согласно номеру или дате самого счёта.

Вот некоторые полезные советы по поводу того, как лучше распределить ваши счета и иную информацию, которыми с нами поделились наши настоящие и бывшие пациенты и члены их семей:

- В моих скоросшивателях имеются такие разделы, как: ведомости ЕОВ («Разъяснение льгот»), счета за профессиональные услуги, счета за использование помещений и оборудования, счета за дополнительные расходы, связанные с основным лечением (такие, как: плата за сеансы трудотерапии и физической терапии, прописанные лекарства и парковку), а также другие медицинские расходы (такие, как: плата за визиты к стоматологу и главному врачу).
- Снимите копии с лицевой и обратной сторон Вашей карточки медицинского страхования – номер вашего плана медицинского страхования может год от года меняться, поэтому целесообразно иметь для справок правильный номер группы страхования – это может оказаться особенно полезным в том случае, если выставляемые счета не будут оплачены своевременно.
- Я считаю, что ведомости ЕОВ и медицинские счета легче всего распределить и хранить в соответствии с датами получения услуг. Я храню эти папки в большом полиэтиленовом пакете, закрывающимся на молнию. Это позволяет держать их все в одном месте, а если я случайно уроню этот пакет – все они будут хорошо защищены даже в дождь и не разлетятся в разные стороны. Счета, полученные от разных учреждений, я храню в отдельных папках.
- Документы, в которых объясняются ваши страховые льготы, удобно хранить вместе с финансовыми медицинскими документами. Вам очень важно знать то, какими льготами вы пользуетесь.
- Вам следует подумать о том, чтобы выделить какую-либо одну из ваших кредитных карточек для произведения всех расчётов по оплате ваших медицинских счетов. Храните в своих скоросшивателях получаемые вами ежемесячно выписки из ваших счетов. Если в конце года при подведении итогов по всем пунктам вашей налоговой декларации окажется так, что ваши расходы на определённый процент превысят ваши доходы, то вы сможете вычесть из причитающейся с вас суммы налогов часть выплаченных вами денежных средств. Для этого следует просто сложить суммы всех 12 Выписок из счёта, присланных вам в течение года – и вы получите эту долю ваших налогов.

Образцы Счетов, присылаемых из Медцентра UWMC

Вот копии подлинных счетов Медцентра UWMC. Подлежащая уплате сумма баланса указывается на оборотной стороне (см. след. страницу).

University of Washington Medical Center PO Box C-9715 Federal Way WA 98063	UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER UW Medicine																																	
03/27/08	Questions Billing questions or changes in insurance coverage? Toll Free: 866-298-2825 Fax: 888-945-0537 Or visit our website at www.uwmedicine.org Hours of Operation, 8:00am - 5:00pm Monday - Friday																																	
First Request For Payment																																		
Account Summary Balance due from patient: \$960.25 Please see the reverse side of this statement for your account activity and listing of accounts.																																		
Important Message Thank you for selecting University of Washington Medical Center for your healthcare needs. We value your use of our services and facilities. The remaining balance is your responsibility. If you have any questions regarding the amount paid by your insurance, please contact them directly. Please mail your check or money order in the enclosed envelope. For your convenience, we also accept payment by credit card. If you choose to pay by credit card, please complete the appropriate information at the bottom of this statement. Please pay Balance Due within 30 days of statement date. If you are unable to pay in full, please call us to set up a payment plan. Thank you.																																		
Please Return Lower Portion With Your Payment In The Enclosed Envelope																																		
<table><tr><td colspan="3">IF PAYING BY CREDIT CARD COMPLETE BELOW</td></tr><tr><td>CARDHOLDER'S NUMBER</td><td>EXP DATE</td><td>AMOUNT</td></tr><tr><td colspan="3">CARDHOLDER'S NAME</td></tr><tr><td>CARDHOLDER ADDRESS</td><td colspan="2">ZIP CODE</td></tr><tr><td colspan="3">CARDHOLDER SIGNATURE</td></tr></table>	IF PAYING BY CREDIT CARD COMPLETE BELOW			CARDHOLDER'S NUMBER	EXP DATE	AMOUNT	CARDHOLDER'S NAME			CARDHOLDER ADDRESS	ZIP CODE		CARDHOLDER SIGNATURE			<table><tr><td>Name</td><td>Account #</td><td>Balance</td></tr><tr><td></td><td></td><td>\$960.25</td></tr><tr><td colspan="3">Statement Date: 03/27/08</td></tr><tr><td colspan="3">Amount Paid: _____</td></tr><tr><td colspan="3">Remit This Payment Stub To: University of Washington Medical Center PO Box 24366 Seattle WA 98124-0366</td></tr><tr><td colspan="3"> </td></tr></table>	Name	Account #	Balance			\$960.25	Statement Date: 03/27/08			Amount Paid: _____			Remit This Payment Stub To: University of Washington Medical Center PO Box 24366 Seattle WA 98124-0366					
IF PAYING BY CREDIT CARD COMPLETE BELOW																																		
CARDHOLDER'S NUMBER	EXP DATE	AMOUNT																																
CARDHOLDER'S NAME																																		
CARDHOLDER ADDRESS	ZIP CODE																																	
CARDHOLDER SIGNATURE																																		
Name	Account #	Balance																																
		\$960.25																																
Statement Date: 03/27/08																																		
Amount Paid: _____																																		
Remit This Payment Stub To: University of Washington Medical Center PO Box 24366 Seattle WA 98124-0366																																		
6 NCO 9101	06 1 2461782 6016 00000096025 8279890000 30 14 9																																	

Образец Выписки из Счёта (лицевая сторона)

For Your Information

If you are able to document financial hardship, you may be eligible for our Financial Assistance Program. For more information or to make payment arrangements, contact us at 1-866-298-2825.

Please Note: This statement does not include professional fees billed by UW Physicians.

We invite you to visit us on-line at www.uwmedicine.org

Account Activity

Name	Account #	Service	Charges	Payments	Adjustments	Balance
		07/18/07	497.50	93.33	0.00	404.17
		11/05/07	4521.00	3151.14	813.78	556.08

Balance Due From Patient: \$960.25

HAS YOUR INSURANCE OR ADDRESS INFORMATION CHANGED?

If you have new health insurance information or a new address, please complete the below portion.

PRESENT NAME		NEW PHONE #	
NEW ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
POLICYHOLDER'S NAME (IF PATIENT IS DEPENDENT)		GROUP NAME/EMPLOYER	
ID #	GROUP #	EFFECTIVE DATE	BALANCE FORWARD #
INSURANCE COMPANY NAME		INSURANCE ADDRESS	
EMPLOYER		EMPLOYER ADDRESS	

Образец Выписки из счёта (оборотная сторона)

Вопросы, наиболее часто задаваемые пациентами в отношении получаемых ими счетов за предоставленное медицинское обслуживание

Почему я получил(а) более одного (1-го) счёта, в которых указана одна и та же дата обслуживания?

Как правило, вы будете получать по меньшей мере 2 счёта. В большинстве случаев эти счета будут вам присылаться следующими отправителями:

1. Больницей (*плата за использование помещения и оборудования*).
2. Врачом либо иным медработником, предоставляющим профессиональные услуги.
3. Отделом финансовых услуг для пациентов (*плата за использование помещений и оборудования* пациентами Медцентра UWMC – за такие услуги, как: пребывание в стационаре, визиты в клинику, рентгеновские снимки и различные виды терапии)

Для получения более подробной информации о существующих различных видах счетов см. стр.2 и 3 данной брошюры-справочника.

Что такое «Разъяснение Льгот» (ЕОВ)? Требуется ли, чтобы я заплатил(а) какие-либо из сумм, указанных в данной ведомости?

Ведомость «Разъяснение льгот», называемая также ЕОВ, может быть прислана вам страховой компанией после получения вами или вашими родственниками услуг со стороны врача, другого специалиста, больницы или иного медучреждения. Такая ведомость НЕ является счётом, который вы должны оплатить. Если с вас будут причитаться деньги, то вы получите счёт от того врача или учреждения, услугами которых вы воспользовались.

Ведомость ЕОВ ставит вас в известность о том, что ваша страховая компания получила страховую претензию (т.е. требование страхового возмещения за ваше обслуживание). В ней объясняется то, какие услуги были предоставлены, какова причитающаяся в связи с предоставлением этих услуг плата, сколько вы, возможно, уже заплатили в виде доплаты (сооплаты), какова сумма удержаний, сколько заплатила ваша страховая компания, и какую сумму должны заплатить вы.

В большинстве случаев вы будете получать ведомость ЕОВ только тогда, когда с вас будет причитаться плата. Итоговая сумма, причитающаяся с вас, будет указана в графе «Обязательство пациента». В эту сумму может быть включён такой вид возмещения расходов, как доплата, которую ко времени получения ведомости ЕОВ вы уже могли внести. Некоторые страховые компании могут присылать вам ведомость ЕОВ даже в том случае, если вы ничего не будете должны.

Каждая страховая компания использует свою собственную форму ведомости ЕОВ. Если у вас возникнут вопросы по поводу полученной вами ведомости ЕОВ, обратитесь в ту страховую компанию, название которой указано на этой ведомости.

Как быть, если у меня нет медицинской страховки?

Если у вас нет медицинского страхового покрытия, вы будете обязаны оплатить свой счёт в течение 30-ти дней со дня его получения – за исключением тех случаев, если вы подали заявление на материальную помощь и ждёте решения по вашему заявлению, или если вы договорились с Отделом Финансового Обслуживания Пациентов UWMC о каком-либо ином методе оплаты (206-598-1950 или бесплатный

номер: 877-780-1121). См. Раздел на стр.9 «Что делать, если я не в состоянии оплатить весь счёт или какую-либо его часть?»

Почему моя страховка не оплатила мой больничный счёт в полной мере?

Некоторые расходы по вашему лечению могут не покрываться вашей страховкой. Если у вас именно такая страховка, и она покрывает не все расходы, – то оплата этих расходов является вашей обязанностью. Суммы платежей, причитающихся за эти расходы, указаны в графе «Обязательство пациента» ведомости, присылаемой вам из вашей страховой компании. (См. вопрос на стр.7 о ведомостях «Разъяснение Льгот»)

Виды возмещения расходов, которые могут не покрываться вашей страховкой, включают:

- Удержания.
- Сострахование (т.е. страхование не на полную стоимость)и/или сооплата (доплата).
- Льготные ограничения (лимиты) – т.е. некоторые виды материалов и услуг, не покрываемые вашим страховым планом.
- Исключения из программы «Медикейр». (Полный перечень см. в вашем Справочнике Программы Медикейд.)

Чтобы получить ответы на конкретные вопросы, обратитесь к брошюре «Разъяснение Льгот» или свяжитесь со своей страховой компанией. Перед тем, как звонить в страховую компанию, приготовьте и держите под рукой свою брошюру «Разъяснение льгот».

Куда следует обращаться, чтобы сообщить об изменениях в моём страховании или иную платёжную информацию?

Если какая-либо информация, относящаяся к вашему страховому покрытию, изменилась с тех пор, как вы зарегистрировались, вы обязаны, как можно скорее, поставить об этом в известность **следующих 2 офиса:**

- 1. Отдел финансовых услуг медцентра UWMC/ Отдел консультирования по финансовым вопросам**
 - В рабочие дни – с 8-ми утра до 5-ти веч.: 206-598-4320
 - Во внерабочие и праздничные часы и дни, а также в выходные дни звоните в Отделение приёмного покоя по телефону: 206-598-4310
- 2. Объединение UW Physicians (UWP)**
206-543-8606 или 888-234-5467 (бесплатный)

Как поступить, если я буду считать, что в претензии о выплате страхового возмещения за моё лечение было отказано в связи с подачей недостаточной или неправильной информации?

Страховые претензии могут быть отклонены, если указанная в них информация является недостаточной или неправильной. Если вы считаете, что в оплате вашей страховой претензии вам было отказано именно по этой причине, срочно позвоните в Отдел Финансового Обслуживания пациентов по телефону: 206-598-1950 (или по бесплатному номеру: 877-780-1121). В этом отделе примут вашу исправленную информацию, внесут в ваш счёт новые данные и /или предъявят повторный счёт вашей страховой компании.

Что необходимо сделать, если мне потребуется более подробная информация для того, чтобы я мог предъявить счета к оплате по программам «Медицинские сбережения» или «Счёт компенсации медицинских расходов» ?

Информация, необходимая для того, чтобы вы смогли подать страховую претензию в программы «Счёт медицинских сбережений» (MSA) или «Счёт компенсации медицинских расходов», может быть разнообразной – в зависимости от конкретных обстоятельств. От вас может потребоваться предоставление информации, не указанной в вашем счёте – такой, например, как: имя/фамилия вашего врача или диагноз. Если вам потребуется такая информация, звоните в Отдел Финансового Обслуживания Пациентов по номеру: 206-598-1950 (или по бесплатному номеру: 877-780-1121) в рабочие дни, с 8-ми до 5-ти вечера.

Вы также можете запросить «Детализированную ведомость начисленных платежей», обратившись в режиме онлайн в Отдел финансового обслуживания пациентов, доступный на сайте «Обслуживание клиентов». В этой ведомости содержится более подробная информация, чем информация, предоставляемая в вашем счёте. Зайдите на сайт: <http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm> и щёлкните мышью на ссылке: “Contact us or submit your billing question online. (Свяжитесь с нами или подайте свой вопрос, касающихся оплаты счёта, в режиме онлайн)”

Что делать, если я не в состоянии оплатить весь мой счёт или его часть ?

Возможно, вам удастся договориться о продлённой оплате ваших медицинских счетов на основе «Плана погашения платежей в рассрочку» (Payment plan). Более подробную информацию об этой форме оплаты медицинских счетов вы можете узнать, позвонив в Отдел финансового обслуживания пациентов Медцентра UWMC (206-598-1950 или по бесплатному номеру: 877-780-1121).

Для жителей штата Вашингтон существует также система благотворительного медицинского обслуживания, предоставляющая только те виды услуг, которые являются обоснованными с медицинской точки зрения. *Плановые* медицинские услуги, – т.е., услуги, не являющиеся необходимыми для обеспечения физического здоровья пациента, – не покрываются за счёт средств системы благотворительного медицинского обслуживания. Правом на получение благотворительного лечения обладают только те пациенты, материальное положение которых соответствует федеральным критериям лимита на доход, при этом необходимо иметь документацию, подтверждающую низкий доход.

Чтобы подать заявление на предоставление благотворительного лечения пациенты должны:

- До, во время или после получения обслуживания в Медцентре UWMC попросить бланк-форму Заявления на Благотворительное Лечение.
- Подать на рассмотрение заполненную без пробелов бланк-форму этого Заявления – в течение 14-ти дней со дня первоначальной просьбы о предоставлении бланка-формы заявления.
- Приложить к заполненной форме Заявления документы, подтверждающие и уточняющие ваш доход – такие, например, как: выписки из банковского счёта.

ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ СЧЕТОВ ВАШЕЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

Если вы предоставили Медцентру информацию о своей страховке, то по получении ведомости, в которой будут подробно перечислены предоставленные вам услуги с указанием их стоимости, вам нет необходимости предпринимать какие-либо действия. Мы сами выставим счёт этой страховой компании или какой-либо другой программе медицинского страхования.

Если ваше страховое покрытие изменилось, то см. раздел “Куда следует обращаться, чтобы сообщить об изменениях в моём страховании или иную платёжную информацию?” на стр.8.

Итоговая ведомость подсчитанных расходов

Процесс выставления счёта состоит из многих этапов. Сначала то лицо, чьё имя указано на счёте пациента в качестве «поручителя», получает из Отдела Финансового Обслуживания Пациентов *итоговую ведомость подсчитанных расходов*. В этой ведомости перечисляются полученные в Медцентре UWMC услуги. В эту ведомость не включаются профессиональные услуги специалистов, счёт за которые выставляется либо организацией UW Physicians либо другой организацией, предоставившей медобслуживание.

Разъяснение Льгот (EOB)

Каждый раз после получения и оформления вашей страховой претензии большинство страхователей, в том числе и программа Медикейр, будут присылать вам ведомость под названием «Разъяснение Льгот» (EOB). В этой форме объясняется то, какие услуги были покрыты вашей страховкой, и какой остаток от общей суммы платежа должны будете заплатить вы, т.к. он является «обязательством пациента». (Для получения более подробной информации о EOB см. стр.7 и 17).

Если у вас имеются вопросы о EOB, обратитесь в свою страховую компанию или в Отдел Финансового Обслуживания пациентов. Прежде чем звонить, писать или посылать электронное сообщение в страховую компанию, приготовьте и держите под рукой свою брошюру «Разъяснение льгот».

Обязательства пациента

Помните: Сумма, указанная в графе «Обязательства пациента» подлежит уплате в течение 30-ти дней со дня получения вами счёта от вашего доктора или из медицинского учреждения.

Виды возмещения расходов, которые могут не покрываться вашей страховкой, включают:

- Удержания.
- Доплаты в связи со сострахованием (т.е. страхованием не на полную стоимость) и/или сооплата.
- Льготные ограничения (лимиты) – т.е. некоторые виды материалов и услуг, не покрываемые вашим страховым планом.
- Исключения из программы «Медикейр» (Полный перечень см. в вашем Справочнике Программы Медикейд).
- Страховые претензии, отклонённые вашей медицинской страховкой ввиду подачи недостаточной или неправильной информации об абоненте (страхователе).

Обратите, пожалуйста, внимание на то, что при возбуждении дел, касающихся платёжных обязательств с участием третьей стороны, таких, например, как дорожно-транспортные происшествия, – вы будете ответственны за погашение своих платежей. Мы не будем ждать оплаты вами ваших счетов до того времени, пока не будет достигнуто разрешение этих дел.

Полезные Советы о том, как работать с Отделом по обслуживанию пациентов

Вот несколько советов, которыми с нами поделились наши настоящие и бывшие пациенты и члены их семей, и которые могут оказаться для вас полезными:

- Если вы будете звонить в Отдел по работе с клиентами своей страховой компании или медучреждения, будет весьма полезно записать дату, время, а также имя/фамилию того лица, с которым вы поговорите, особенно если этот работник будет давать расценку льгот в их денежном выражении .
- Постарайтесь установить хорошие взаимоотношения с одним из сотрудников отдела по работе с клиентами и узнать номер его/её прямого телефона – тогда при каждом последующем телефонном разговоре вам не придётся повторять вашу историю для каждого нового человека заново.
- Если обсуждение каких-либо вопросов вызывает у вас эмоциональное напряжение, или если в данное время вы глубоко расстроены, то вы можете поручить своему работнику по уходу на дому звонить или включаться в решение этих вопросов от вашего имени. Пожалуйста, примите во внимание, что на это может потребоваться ваше официальное согласие. Поговорите с работниками вашей страховой компании о том, как можно уполномочить какое-либо лицо на то, чтобы оно могло действовать в качестве вашего представителя .
- Если оплата страховой претензии за ваше обслуживание была произведена неправильно, обязательно им позвоните и попросите их произвести перерасчёт. Вам следует знать, какими льготами вы пользуетесь, и удостовериться в том, что они оплачиваются правильно.
- Счета, присылаемые вам из Медцентра UWMC, и счета, получаемые вами из Объединения г.Сизтла по лечению рака (SCCA), используют одну и ту же систему нумерации, но это почти единственное из того, что у них есть общего; поэтому с вопросами, касающимися счетов, полученных вами из SCCA, следует звонить в SCCA, а в отношении счетов, присланных вам из UWMC – звоните в UWMC. Полезно разложить ваши счета в порядке их нумерации – тогда они сразу же будут систематизированы в хронологическом порядке. Благодаря такому порядку вы всегда будете знать, не потерялись ли какие-либо из счетов, потому что тогда в последовательности их нумерации обнаружатся пробелы. Счета, предъявляемые объединением UW Physicians, совершенно отличаются от других счетов – т.к. в один и тот же счёт этой организации включается множество дат, в которые были предоставлены услуги, – причём по каждому врачу отдельно.
- Если у вас возникнут какие-либо проблемы со страховкой – будьте настойчивы и не считайте своё дело безнадёжным.

Куда обращаться за помощью

Отделы Медцентра UWMC

- **Отдел консультирования по финансовым вопросам** – Во время вашей госпитализации консультант по финансовым вопросам может прийти в вашу палату, чтобы поговорить с вами. Вы также можете посетить их офис, расположенный рядом с Отделом Приёмного покоя на 3-м этаже. Назначить время визита можно по телефону: 206-598-4320 в рабочие дни с 8-ти утра до 5-ти веч. Консультант по финансовым вопросам может помочь вам и вашим родственникам:
 - Разобраться с вашими больничными счетами и понять существующие методы оплаты вашего пребывания в больнице.
 - Заниматься решением вопросов с вашей страховой компанией, DSHS (Департаментом здравоохранения и социального обслуживания) и с программой Медикейр.
 - Подать заявление на предоставление программы Медикейр и других видов финансовой помощи.
- **Отдел финансовых услуг для пациентов** – по средам, с 8-ми утра до 5-ти веч., телефон: 206-598-1950 либо 877-780-1121 (бесплатная линия); или посетите сайт: <http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm>.
- **Объединение «UW Physicians (UWP)»**
206-543-8606 или 888-234-5467 (бесплатная линия)
<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/UWPhysicians>

Другие учреждения/организации

- **Организация «Airlift Northwest»**
206-521-1616 or 866-245-4373 (бесплатная линия)
<http://airliftnw.org>
- **Программа «Basic Health Plan»**
800-660-9840 (бесплатная линия)
www.basichealth.hca.wa.gov
«Basic Health» – это план медицинского страхования, финансируемый администрацией штата Вашингтон. Вам нельзя будет зарегистрироваться на этот план, если вы имеете право на получение программы Медикейр.
- **Организация «Сертифицированных дипломированных медсестёр-анестезиологов» (CRNAs)**
425-353-2840
- **Медицинская группа университета по детским болезням (CUMG)**
206-987-8450 или 888-675-2864 (бесплатная линия)
- **Страхование для лиц, получающих пособие в связи с нетрудоспособностью**
(Кратковременная нетрудоспособность, SSD, SSI)
Нетрудоспособность, дающая право на получение пособия Социального Обеспечения
800-772-1213 (бесплатная линия) www.socialsecurity.gov

- **Программа «Медикейд»**

В Округе Кинг: 206-341-7750, 800-346-9257 (бесплатная линия), или Телефон для людей с нарушениями слуха: 800-833-6384

Другие округа штата Вашингтон: звоните в свой местный «Офис общественного обслуживания и услуг, предоставляемых на дому» (HCS)

www.adsa.dshs.wa.gov/pubinfo/benefits/medicaid.htm

«Медикейд» – это план медицинского страхования, регулируемый администрацией штата Вашингтон и предоставляемый лицам, имеющим крайне низкий доход и с медицинской точки зрения являющимся нетрудоспособными. Покрываемые этим планом медицинские расходы оплачиваются на 100%. Поговорите со своим Консультантом по финансовым вопросам или с Социальным работником – чтобы выяснить, имеете ли вы право на эту программу. Аналогичные планы предлагаются и в других штатах.

- **Программа «Медикейр»**

800-633-4227 (800-MEDICARE) 24 часа в день, 7 дней в неделю

www.medicare.gov

«Медикейр» – это план медицинского страхования, предоставляемый и регулируемый федеральным правительством. Он предназначен для тех, кто достиг 65-летнего возраста, получает гемодиализ, имеет пересаженную почку либо, по меньшей мере, в течение двух лет получает пособие Социального обеспечения по нетрудоспособности. План «Медикейр» предусматривает ряд удержаний и доплат.

План «Медикейр» состоит из следующих 2-х частей:

- Часть А покрывает расходы по пребыванию в стационаре
- Часть В покрывает оплату услуг, предоставляемых врачами как стационарным, так и амбулаторным больным, плюс оплату всех одобренных расходов, связанных с амбулаторным лечением.

- **Объединение г. Сиэтла по лечению рака (SCCA)**

206-288-1109 или 877-849-8368 (бесплатная линия)

www.seattlecca.org

- **Помощь, предоставляемая администрацией штата Вашингтон – Департаментом здравоохранения и социального обслуживания (DSHS)**

206-341-7424

www1.dshs.wa.gov

- **Администрация по Предоставлению Льгот Ветеранам**

800-827-1000 (бесплатная линия)

www.vba.va.gov

- **Фонд медицинского страхования штата Вашингтон (WSHIP)**

800-877-5187 (бесплатная линия)

www.wship.org

WSHIP – это план медицинского страхования, финансируемый штатом Вашингтон. Для получения права на покрытие медицинских расходов по этому плану необходимо, чтобы сначала вам отказали в предоставлении другого страхования. Для тех лиц, которые не имеют страхования по программе «Медикейр», стоимость этого плана может оказаться высокой. Если же вы имеете покрытие по программе «Медикейд», то его стоимость будет снижена.

Ресурсы финансового планирования

- **Фонд защиты интересов пациентов**
800-532-5274 (бесплатная линия)
www.patientadvocate.org
Предоставляет помощь тем пациентам, которые были подвергнуты дискриминации при приёме на работу или которым было отказано в предоставлении страховых льгот.
- **Программа предоставления помощи пациентам**
 - **Содействие по приобретению лекарств RxAssist**
www.rxassist.org
Сайт в Интернете, спонсируемый организацией под названием «Волонтёры в здравоохранении» – предлагающий помощь по поиску базы данных, в которой хранятся бланки –формы различного типа заявлений.
 - **Партнёрство по оказанию помощи по приобретению прописанных лекарств**
www.pparx.org
 - **Помощь по приобретению лекарств RxHelp**
877-923-6779 (бесплатная линия)
www.rxhelpforwa.org
Программа для жителей штата Вашингтон.
- **Уполномоченный по Делах Страхования штата Вашингтон**
206-464-6263 или 800-562-6900 (бесплатная линия)
www.insurance.wa.gov
Предоставляет информацию и проводит расследование по жалобам клиентов.

Термины, используемые в медицинских счетах

Разрешённая сумма	Сумма, определяемая вашей страховкой как причитающаяся вашему медработнику или медучреждению за конкретную услугу. Обычно эта сумма меньше суммы, указываемой в счёте, предъявляемом медучреждением; она определяется на основе заранее оговорённых контрактов и правил. Совокупная итоговая сумма, выплачиваемая вами и вашей страховкой медучреждению, не должна превышать размер разрешённой суммы.
Контракт о льготах	Юридический договор между планом медицинского страхования и его членами. Этот контракт устанавливает полный спектр льгот, доступных для членов согласно их плану медстрахования. Он также называется <i>сертификат покрытия</i> или <i>свидетельство покрытия</i> .
Льготы	Предельная сумма, которую ваша страховка оплатит за предоставленные вам услуги. Льготы могут определять ту часть разрешённой суммы, которая может причитаться с вас, т.е. тот предел, до которого они оплатят услуги, предоставленные вам различными медработниками, а также то, какие виды услуг они покроют, а какие – не покроют.
Фирменное (Патентованное) лекарство	Лекарства, изготовляемые и реализуемые крупными фармацевтическими компаниями. Фирменные лекарства могут либо входить, либо не входить в перечень лекарств, указанных в <i>формуляре</i> (см. раздел “Формуляр”, стр. 18). Каждый раз при выборе требуемых для лечения лекарств могут предлагаться разные варианты одного и того же лекарства, производимые конкурирующими между собой компаниями. В формуляре вашего страхового плана может быть указано конкретное фирменное лекарство, если с компанией, производящей это лекарство, была достигнута договорённость в отношении его стоимости. Это фирменное лекарство будет стоить дороже, чем его непатентованный вариант, но дешевле, чем другие фирменные лекарства, не включенные в формуляр. Если вы покупаете фирменные лекарства, не содержащиеся в формуляре, то зачастую вы переплачиваете, т.к. переплачивает и ваш план медицинского страхования.
Клинические испытания или научные исследования (См также “Экспериментальные И находящиеся на стадии исследования виды лечения» на стр.17.)	Вид лечения, находящийся на стадии изучения, предполагающий как затраты на обслуживание пациента, так и расходы в связи с проведением научного исследования. Расходы по лечению пациента, которые могут покрываться страховкой – это стоимость визитов к врачам, пребывания в стационаре, тестов и процедур – независимо от того, участвует ли это лицо в экспериментальном лечении или входит в контрольную группу, получающую традиционный вид лечения. Специальные тесты, входящие в эксперимент, возможно не будут покрываться вашей страховкой, но могут оплачиваться за счёт средств, предназначенных для научного исследования. Уточните этот вопрос в своей страховой компании или в комиссии по делам страхования вашего штата. Начиная с 2000-го года, программа «Медикейр» начала покрывать некоторые виды клинических испытаний. Чтобы получить страховое покрытие, клинические испытания должны удовлетворять конкретным критериям. При проведении приемлемых клинических испытаний программа «Медикейр» покроет такие виды лечения и услуг, как: анализы, процедуры и визиты к доктору. Некоторые расходы в связи с такими испытаниями могут не покрываться, в том числе такие, как: стоимость экспериментальных лекарств или материалов и оборудования, используемых исключительно в целях сбора данных, имеющих значение только для целей самих клинических испытаний.. При проведении некоторых клинических испытаний экспериментальные лекарства предоставляются бесплатно.

COBRA (Сводный закон по перерасчёту общедоступного бюджета)	Это – федеральный закон, защищающий рабочих и служащих и их семьи в определённых ситуациях – путём разрешения им сохранять в течение конкретного периода времени имеющуюся у них медицинскую страховку. COBRA предоставляет право на временное продление медицинского покрытия по групповым тарифам – некоторым категориям бывших сотрудников, пенсионерам, бывшим супругам и детям-иждивенцам. Для того, чтобы индивидуальное лицо могло сохранить свой страховой план, ему необходимо заплатить страховой взнос, однако эти расходы обычно ниже стоимости индивидуального медицинского страхового покрытия. Программа COBRA применима только при определённых условиях, таких, например, как: потеря работы, смерть, развод или аналогичные события. COBRA обычно применяется в отношении коллективных планов медстрахования, предлагаемых компаниями, имеющими более 20-ти сотрудников. В некоторых штатах требуется, чтобы работодатели продолжали предоставлять медицинскую страховое покрытие тем людям, которые не имеют права на получение программы COBRA. Для получения более подробной информации звоните в совет по делам страхования своего штата. За оформление выплат по программе COBRA может взиматься небольшая плата (например, 2%).
Сострахование	Сумма, которую согласно вашему страховому плану, должны уплатить вы после того, как страховка оплатит свою долю. Согласно условиям многих планов медицинского страхования пациенты должны внести свою долю в счёт разрешённой суммы. Например, если план оплачивает 70 % разрешённой суммы, то пациент должен выплатить остальные 30%. Если в вашем плане используется такое понятие, как <i>предпочитаемая организация, предоставляющая услуги</i> (см. “Предпочитаемая обслуживающая организация (РРО),” стр. 21), то размер вашей доплаты будет ниже, если вы будете пользоваться услугами учреждения, входящего в состав <i>сети учреждений</i>, включённых в <i>список предпочитаемых учреждений</i> этого плана. (См. “Включённые в сеть страхового плана” стр. 19.) Для получения более подробной информации звоните в свою страховую компанию.
Сооплата (Доплата)	Обязательная плата, которую пациент вносит во время получения услуг или при получении прописанных лекарств. Суммы доплаты меняются в зависимости от вида получаемых услуг и могут меняться в зависимости от того, у какого медработника (включённого в сеть провайдеров, одобренных планом, или не включённого в неё) вы будете обслуживаться. При получении лекарств доплата может меняться в зависимости от того, являются ли эти лекарства фирменными или непатентованными.
Координирование льгот	Это – то, как взаимодействуют между собой страховые компании, если у пациента имеется более одного страхового плана. Некоторые люди имеют страховое покрытие, предоставляемое им двумя (или более) коммерческими страховыми планами, например: через работодателя самого пациента и работодателя его/её супруга или домашнего партнёра. Если у вас имеется два или более страховых плана, выясните в компании своей дополнительной (вторичной) страховки, каким образом она покроет расходы, которые останутся после того, как первичная страховка уплатит свою долю расходов. (См. «Дополнительная страховка», стр 21.)
Код СРТ (Действующий Код Терминологии делопроизводства)	5-ти значная система нумерации, помогающая стандартизировать процесс составления и оплаты счетов. Код СРТ применяется для некоторых видов медицинских услуг. Использование этого кода позволяет медучреждениям и страховым компаниям обмениваться информацией и более эффективно отслеживать процесс выставления и оплаты счетов.

Удержания	Сумма, выплачиваемая пациентом до того, как какие-либо расходы будут оплачены страховым планом. В большинстве случаев удержания назначаются ежегодно на каждого человека отдельно. Как правило, чем выше сумма ваших удержаний, тем ниже ваш страховой взнос. Обычно при получении медуслуг в предпочитаемой обслуживающей организации (РРО) удержания производятся за получение всех видов услуг, в том числе таких, как: лабораторные анализы, пребывание в стационаре, визиты в клиники или врачебные офисы. Некоторые планы медстрахования не требуют удержаний за такую услугу, как визиты к врачу. Некоторые так называемые Организации регулируемого медицинского обслуживания (НМО), производят удержания только за определённые виды услуг.
Страхование по обеспечению дохода по нетрудоспособности (инвалидности)	Вид страхования, имеющийся у работодателей и предоставляемый нетрудоспособным работникам для возмещения части их обычного дохода. Если вы работали до того, как у вас появились проблемы со здоровьем, то ваш работодатель может предоставить вам страхование, обеспечивающее доход по нетрудоспособности (инвалидности). Существует 2 типа страхования, обеспечивающего получение такого дохода – краткосрочное и долгосрочное. • <i>Краткосрочное страхование по нетрудоспособности</i> оплачивает часть вашей зарплаты, как правило, до 60% – если вы не работаете в связи с болезнью. Краткосрочное страхование по нетрудоспособности обычно выплачивает вам часть вашей зарплаты в течение 3-х – 6-ти месяцев. • <i>Долгосрочное страхование по нетрудоспособности</i> оплачивает часть вашей зарплаты, как правило, до 60% – на протяжении всего периода времени, в течение которого вы считаетесь нетрудоспособным и не можете работать. Однако, прежде, чем назначить вам это пособие, обычно требуется, чтобы вы были нетрудоспособны в течение какого-либо минимального срока – например, в течение 90 дней.
Дата вступления в силу	Дата, в которую начинает действовать контракт о страховом покрытии
Наличие права (Приемлемость)	Решение вопроса о том, удовлетворяются ли все те требования, которые дают какому-либо лицу право зарегистрироваться на этот план.
Экспериментальные и находящиеся на стадии исследования виды лечения (См. Также «Клинические испытания или Научные исследования» на стр. 15)	Виды лечения, эффективность которых с медицинской точки зрения ещё не получила своего подтверждения. Эти виды лечения могут либо покрываться либо не покрываться, медицинской страховкой. В некоторых штатах требуется обязательное страховое покрытие экспериментальных видов лечения. Уточните у сотрудников своего плана медицинского страхования, а также в совете штата по делам страхования, возможно ли такое покрытие для вас.
Разъяснение льгот (ЕОВ)	Ведомость, присылаемая вам страховой компанией после регистрации в ней страховой претензии, полученной этой компанией от медработника/медучреждения. В ЕОВ перечисляются следующие данные: сумма, на которую выставляется счёт, разрешённая сумма, сумма, уже выплаченная медучреждению, а также причитающиеся с вас любые суммы доплаты, удержаний или платежей по со-страхованию. В ЕОВ может содержаться подробное описание финансовых операций, касающихся выплаты медицинских льгот отдельному лицу или семье. См. также стр.7 и 10.

Счёт, предназначенный для универсальных расходов (FSA или Гибкий счёт)	Льгота, позволяющая работнику отложить на одобренные расходы твёрдую сумму из его зарплаты до налоговых удержаний. Одобренные расходы могут включать плату за присмотр за ребёнком или непокрываемые медицинские расходы. Размер такой назначаемой суммы должен быть определён заранее, а в конце года работники утрачивают любые, оставшиеся на счете неиспользованные денежные средства.
Формуляр (фармакологический справочник)	Перечень предпочитаемых лекарств, отпускаемых по рецепту. В Формуляре все лекарства распределены по группам или, иначе говоря, по уровням – в зависимости от того, какую долю стоимости уплатит ваш план медицинского страхования и сколько придётся заплатить самому пациенту.
Непатентованный вариант лекарства	Лекарства с доказанным полезным действием, являющиеся более дешёвыми, т.к. они не были изготовлены крупными фармацевтическими компаниями и не имеют их торговой марки. Почти всегда за лекарства из этой группы вы будете доплачивать наименьшую сумму из ваших личных средств. Не все лекарства имеют непатентованный вариант.
Организации системы регулируемого медицинского обслуживания (НМО)	Вид регулируемого медобслуживания с предоплаченным планом медицинского страхования. Лица, зарегистрированные в НМО, обычно ежемесячно платят страховой взнос за такие виды медицинских услуг, как: визиты к доктору, стационарное лечение, лабораторные анализы и медуход в отделении скорой помощи. Во время получения услуг они также вносят небольшую плату, называемую <i>доплатой</i> . НМО имеет договор с определёнными медработниками и больницами, и доплата применяется только в отношении тех медработников и учреждений, которые являются членами или филиалами системы НМО. Индивидуальное лицо может получить лечение также и в учреждении, не входящим в состав системы НМО – в случае получения предварительного одобрения от НМО, но при оплате таких услуг размер льгот может быть сокращен. Получите у сотрудников своего страхового плана конкретную информацию о своих льготах.
План медицинского страхования	В том случае, если индивидуальное лицо пользуется каким-либо планом медицинского страхования, этот план оплачивает все или часть медицинских расходов этого лица. Существуют следующие типы медицинского страхования: план коллективного страхования, план индивидуального страхования, план медстрахования, предоставляемый работникам в виде приложения к их зарплате, а также планы социального страхования, такие, как: Медикейр и Медикейд. Существующие виды медицинского страхования можно далее подразделить на следующие типы: страхование, предполагающее внесение платы за полученную услугу (традиционное страхование) и страхование системы регулируемого медобслуживания. И планы коллективного страхования, и индивидуальные планы могут представлять собой как страхование с оплатой за услуги, так и страхование системы регулируемого медобслуживания.

Сберегательный медицинский счёт (HSA)	Счёт, использующий денежные средства до налоговых вычетов для оплаты части расходов по медицинскому обслуживанию. Счета HSA предоставляют налоговые льготы всем. Вклады на эти счёта могут вноситься как индивидуальными лицами, так и их работодателями, а размеры этих вкладов каждый год ограничиваются определённой максимальной суммой. Вклады вносятся в течение определённого периода времени и могут использоваться для оплаты одобренных этим планом медицинских расходов, в том числе для оплаты большинства медицинских услуг, таких, например, как: стоматологические, офтальмологические и получение не прописанных лекарств. В отличие от того, что происходит с неизрасходованными деньгами, оставшимися на гибком счёте, неизрасходованные денежные средства, оставшиеся на сберегательном счёте, переносятся на следующий календарный период и из года в год накапливаются.
Индивидуальное страхование	Медицинское страхование, приобретаемое индивидуальным лицом и не являющееся частью коллективного плана.
Включенные в сеть страхового плана	Группа врачей, больниц и иных учреждений и медработников, считающихся предпочитаемыми для вашей страховой компании и заключившими с ней контракт. В зависимости от вашего плана медицинского страхования – вы либо можете вообще не иметь покрытия за получение услуг у врачей, не входящих в сеть предпочитаемых провайдеров этого плана, либо при оплате услуг таких провайдеров ваши льготы могут быть урезаны. Вы получите наивысший уровень страхового покрытия от своего плана медицинского страхования в том случае, если будете лечиться в учреждениях и у врачей, входящих в сеть предпочитаемых провайдеров этого плана.
Максимальное Покрытие в течение жизни	Максимум или предельная сумма расходов, покрываемых страховкой. Эта сумма может варьироваться в зависимости от плана страхового покрытия. На отдельные льготы устанавливается определённый лимит, и эти льготы начисляются из общей предельной суммы плана.
Максимальное покрытие пересадки органа в течение жизни	Общая сумма, которую в течение жизни пациента выплатит ему страховой план за обслуживание, предоставленное в связи с пересадкой органа.
Медикейд	План медицинского страхования, предоставляемый администрацией штата людям с крайне низким доходом, являющимся нетрудоспособными по состоянию здоровья. План «Медикейд» должен оплачивать покрываемые медицинские расходы на 100%. Чтобы выяснить, имеете ли вы право на его получение и попросить бланк заявления – обратитесь в свой местный отдел здравоохранения или в офис департамента здравоохранения и социального обслуживания.
Медикейр	План медицинского страхования, предоставляемый и регулируемый федеральным правительством. Медикейр предназначен для тех, кто получает пособие Социального обеспечения по инвалидности по меньшей мере в течение 2-х лет, либо для людей в возрасте 65 лет и старше. План Медикейр состоит из двух частей – Части А и Части В. Часть А покрывает пребывание в стационаре. Часть В покрывает оплату услуг врачей, предоставляемых как в стационаре так и амбулаторно, а также одобренные расходы, связанные с амбулаторным обслуживанием. В плане «Медикейр» предусматриваются ряд удержаний и доплат.

Дополнительные страховые полисы программы «Медикейр» или полисы «Медигэп»	Страховые полисы, дополняющие объём страхового обеспечения (объём страхования) плана «Медикейр». В большинстве случаев эти полисы оплачивают доплаты и удержания, начисляемые программой «Медикейр», но не более того. Узнайте в своей страховой компании, предоставляющей вам дополнительное страхование о том, как она координирует выплату вам ваших льгот с программой «Медикейр».
Не включенные в сеть	В программах РРО этот термин означает обслуживание, предоставляемое медработником/медучреждением, не включенным в перечень предпочитаемых провайдеров этой организации. В программах НМО этот термин означает покрываемые услуги, которые предоставляются не первичным врачом, и для получения которых не требуется разрешения от первичного врача.
Максимальная сумма, выплачиваемая из личных средств пациента	Наибольшая сумма денежных средств, которые вы должны будете заплатить, прежде чем ваша страховая компания начнёт покрывать все расходы. Каждый план устанавливает свою предельную сумму такого лимита на календарный год. Как только этот лимит будет достигнут, страховой план начнёт выплаты в размере 100% от разрешённой суммы – в счёт покрываемых одобренных расходов и будет продолжать их до конца календарного года. Некоторые страховые компании не включают в данный лимит определённые виды расходов – такие, например, как: стоимость лечения от бесплодия или прописанных лекарств. Другие страховые компании увеличивают максимальную сумму, подлежащую уплате за свой счёт – за услуги, предоставляемые медработником или учреждением, не включённым в сеть предпочитаемых провайдеров.
Пункт обслуживания (POS)	Такой вид плана медицинского страхования, который позволяет своим членам выбирать и получать услуги как у медработников, включённых в сеть предпочитаемых провайдеров, так и у таких провайдеров, которые в неё не включены. Обычно при получении услуг у медработников/медучреждений, не включённых в сеть предпочитаемых провайдеров, пациентам такие услуги обходятся дороже.
Заболевание, имеющееся на момент страхования	Заболевание, в связи с которым пациент получал лечение в течение определённого периода времени, – до его регистрации на новый план медицинского страхования. Этот период, (продолжительностью в 30, 60, 90 дней, 6 месяцев и т.п.), предшествовавший регистрации, называется «предшествующий срок». «Лечение» при этом понимается как получение медицинских консультаций, рекомендаций, прописанных лекарств, диагностирования или лечения. Может случиться так, что <i>имеющееся заболевание не будет включено в новый план медицинского покрытия.</i> Обратитесь в свою страховую компанию и/или в совет по делам страхования штата – чтобы узнать о правилах, действующих в отношении уже имеющегося заболевания. В том случае, если ранее у вас имелось продолжительное, подтверждённое, непрерывное покрытие, большинство коллективных планов медицинского страхования будут покрывать уже имеющиеся заболевания и при оформлении нового страхового плана.

Организация, использующая сеть предпочитаемых Медработников/у чреждений (провайдеров)	Это - такая организация системы здравоохранения, которая покрывает большую часть суммы медицинских расходов, если пациент пользуется услугами врачей, включённых в <i>перечень предпочитаемых провайдеров</i>. Некоторые организации РРО требуют, чтобы страхователи имели первичного врача, который будет координировать медицинский уход и при необходимости направлять их к специалистам. Другие РРО разрешают пациентам выбирать специалистов по своему усмотрению. РРО может предлагать покрытие более низкого уровня за лечение, предоставляемое докторами и иными профессиональными медработниками, не являющимися членами РРО.
Вторичная страховка	Лицам, имеющим более одного плана медицинского страхования, вторичная страховка покрывает расходы после того, как первичная страховка внесёт свою долю в счёт погашения платежей по оплате медицинского счёта. (См. «Координация Льгот» - стр.16).
План страхования, по которому страховой риск принимает на себя работодатель	Это – коллективный план медстрахования, согласно правилам которого работодатель принимает на себя страховой риск по предоставлению медицинских льгот своим работникам. Расходы по оплате страховых претензий несёт работодатель. Работодатели часто приобретают также и страховку от убытков – в целях снижения своего риска в случае предъявления им дорогостоящей страховой претензии в связи с возникновением чрезвычайных обстоятельств (стихийных бедствий).
Страхование социального обеспечения по инвалидности (нетрудоспособности) (SSD)	Программа помощи, регулируемая федеральным правительством и предоставляемая в форме дохода лицам, имеющим инвалидность. Администрация Социального обеспечения (SSA) имеет свою собственную систему определений различных видов инвалидности, являющихся следствием всевозможных заболеваний – таких, например, как: болезнь почек или диабет. Процесс подачи и рассмотрения заявлений на данное пособие может растянуться на несколько месяцев. В случае одобрения заявления размер ежемесячного пособия будет зависеть от того, сколько денежных средств вы внесли в свой фонд социального обеспечения в виде налога на зарплату. Чтобы иметь право на получение SSD, характер вашей инвалидности должен удовлетворять одному (1) из следующих требований – она должна: • Продолжаться или предположительно продолжаться в будущем в течение по крайней мере 1-го года • Быть необратимой • Предположительно в будущем привести к смертному исходу. Требуется чтобы Администрация SSA считала вас инвалидом по меньшей мере в течение 5-ти лет, прежде чем вы начнёте получать свои льготы.
Программа Дополнительного дохода социального обеспечения (SSI)	Программа Администрации SSA по предоставлению дополнительного дохода инвалидам, не отработавшим достаточное время для того, чтобы внести значительную сумму в свой фонд Социального обеспечения и в связи с этим не имеющим право на получение пособия SSD. В отношении установления нетрудоспособности (инвалидности) действуют те же правила, что и при назначении пособия SSD. Однако, при предоставлении пособия SSI соблюдаются строгие ограничения в отношении размера дохода и материального положения.

Вопросы?

См. Раздел «Где найти помощь» – на стр.12-14 данной брошюры

Платательщик, являющийся третьей стороной	Организация, не являющаяся пациентом (первая сторона) или провайдером медицинских услуг (вторая сторона), участвующая в оплате страховых претензий о возмещении медицинских расходов.
Обычный, Основанный на опыте и правомерный (UCR)	В общих чертах этот термин означает цену, назначаемую провайдером, тогда как конкретное его значение – это плата, взыскиваемая за определённую услугу, которая считается «обычной, основанной на опыте и правомерной – если её размер находится в пределах колебаний цен, назначаемых за такую же услугу другими медработниками/медучреждениями в том же географическом регионе.
Период ожидания	Период времени, в течение которого члены вынуждены ждать получения права на определённые льготы после регистрации на страховой план.

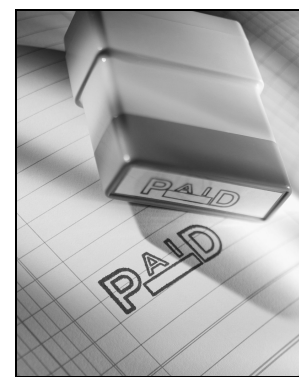
Patient Education

Patient Care Services



Money Matters

*Managing your health care bills from
University of Washington Medical Center
(UWMC)*





Patient and Family Centered Care *at University of Washington Medical Center*

University of Washington Medical Center (UWMC) provides health care through an approach called patient and family centered care (PFCC). PFCC invites patients to be as involved in their own health care as they want to be.

PFCC also actively involves patients, families, and staff as partners who all have a voice in developing programs and policies and influencing day-to-day interactions at the medical center. Some of its core concepts are communication, information sharing, choices, respect, partnership, and the understanding that the presence of family is a strength, not an inconvenience.

Patient and family centered care leads to better health outcomes, wiser allocation of resources, and greater employee, patient, and family satisfaction. It is simply the right thing to do.

Without UWMC's practice of patient and family centered care, *Money Matters* would not have been written. A dedicated team of patients, family members, and staff produced this resource. All are members of the Inpatient Oncology Advisory Council, and all added valuable insights, information, and input based on their own expertise and experience.

For more information about the Inpatient Oncology Advisory Council, other Patient and Family Advisory activities and councils, or patient and family centered care at UWMC, please contact:

Hollis Guill Ryan
Patient and Family Centered Care, UWMC
206-598-2697
hollisr@u.washington.edu



Money Matters

*Managing your health care bills from
University of Washington Medical Center
(UWMC)*

This handbook provides information and tips from patients and families to help you understand, organize, and manage your bills for health care services. Most of the information is based on how billing works at University of Washington Medical Center (UWMC). However, many of the tips may help you organize and manage bills from other health care providers as well.

Contents

About Your Health Care Bills	2
<i>Facility Fees, Professional Fees, Provider-based Services, Other Providers and Facilities</i>	
How to Organize Your Health Care Financial Records	3
Sample Bills from UWMC	5
Common Questions About Health Care Bills	7
Billing Your Insurance	9
<i>Summarized Statement of Charges, Explanation of Benefits (EOB), Patient Responsibility</i>	
Tips for Working with Customer Service	10
Where to Find Help	11
<i>UWMC Departments, Other Agencies/Organizations, Financial Planning Resources</i>	
Terms Used in Health Care Billing	14

We understand that this may be a stressful time for you and your loved ones. Managing money and health care bills may be your main concern or it may be the last thing on your mind. For many people, dealing with money issues, health care bills, and complicated systems is overwhelming.

We hope this handout is helpful. It includes:

- General information about health care bills.
- Suggestions about how to organize your records.
- Tips on how to read the bills from UWMC.
- Answers to common questions about patient billing.
- Resources and contact information for departments, agencies, and organizations related to this topic.
- Definitions of terms used in health care billing matters.

About Your Health Care Bills

After your hospital stay or clinic visit, you are likely to receive at least 2 separate bills, depending on what services were provided. Here are explanations of the different types of bills you may receive:

Facility Fees

Patient Financial Services (PFS) bills for services provided to patients of UWMC. Services billed by PFS are called *facility fees*. These include hospital stays, clinic visits, and other services such as X-rays, lab tests, and therapies. You will receive a separate bill for these medical center services.

Professional Fees

You may also receive a bill from UW Physicians (UWP) for *professional fees*. These fees are for services provided by individual doctors.

Provider-based Services

For *provider-based services* at UWMC clinics, you will be charged both a facility fee and a professional fee. The facility fee may be as much as, or more than, the professional fee, depending on services provided. Provider-based clinics include UWMC Pacific Clinics, UWMC Roosevelt Clinics, Eastside Specialty Center, UW Medicine Regional Heart Center-Alderwood, UWMC Prosthetics and Orthotics Clinic, and the Center on Human Development and Disability.

Other Providers and Facilities

Patients may also receive bills for visits and services involving other providers, including Seattle Cancer Care Alliance, Children's University Medical Group, ambulance companies such as Airlift Northwest, and Certified Registered Nurse Anesthetists (billed by Support Med). For information about bills from providers at other facilities not mentioned above, please contact them directly.

How to Organize Your Health Care Financial Records

Organizing your bills may be the last thing you are thinking about when facing a surgery, hospital stay, chronic health problem, or other health care issues. But in most cases, keeping your records organized will help lower your overall stress.

You may want to ask someone you trust to help keep your records organized. With a system in place, you will be able to find information when you need it, you'll be able to keep track of information, and it will be easier to spot errors if they occur.

All of us have different ways to organize records. It may help to start by deciding:

- How you want to organize – whether you will use:
 - A computer-based system, including what technology to use and how to name electronic folders and files.
 - A paper system, including using binders, files, and color coding.
 - A combination of computer and paper system.
- What papers to keep and what can be thrown away.
- What papers to copy and where to keep the copies.
- What order to put bills in – by date received, by provider, or by billing number or date.

Here are some helpful tips on organizing bills and other information, shared by current and former patients and family members:

- In my binders, I have sections for EOBs (explanation of benefits), professional charges, facility charges, related expenses (such as occupational therapy, physical therapy, prescriptions, and parking fees), and other medical expenses (such as dentist or eye doctor visits).
- Make copies of the front and back of your insurance cards – your plan number may change from year to year and it's great to be able to reference the correct group number if the charges are not paid in a timely manner.
- I find it easiest to arrange EOBs and bills by the date of service. I keep all of these folders in a big zip-lock bag. This way they are all in one place and if I drop it in the rain, they are protected and won't go flying everywhere. I keep bills from different facilities in separate folders.
- You may want to keep the document that explains your insurance benefits with your health care financial records. It is in your best interest to know what your benefits are.
- You may want to consider dedicating one credit card for all medical charges. Keep the monthly statements in your files. At the end of the year, if you itemize your tax return and your expenses are over a certain percent of your income, you can deduct part of the money you paid out. Just add up the 12 statements and you are ready to figure out this portion of your taxes.

Here are copies of actual bills from UWMC. The balance due is listed on the back of the statement (see next page).

Sample of billing statement (front)

For Your Information

If you are able to document financial hardship, you may be eligible for our Financial Assistance Program. For more information or to make payment arrangements, contact us at 1-866-298-2825.

Please Note: This statement does not include professional fees billed by UW Physicians.

We invite you to visit us on-line at www.uwmedicine.org

Account Activity

Name	Account #	Service	Charges	Payments	Adjustments	Balance
		07/18/07	497.50	93.33	0.00	404.17
		11/05/07	4521.00	3151.14	813.78	556.08

Balance Due From Patient: \$960.25

HAS YOUR INSURANCE OR ADDRESS INFORMATION CHANGED?

If you have new health insurance information or a new address, please complete the below portion.

PATIENT NAME		NEW PHONE #	
NEW ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
POLICY HOLDER'S NAME (IF PATIENT IS DEPENDENT)		GROUP NAME/EMPLOYER	
ID #	GROUP #	EFFECTIVE DATE	INSURANCE PHONE #
INSURANCE COMPANY NAME		INSURANCE ADDRESS	
EMPLOYER		EMPLOYER ADDRESS	

Sample of billing statement (back)

Common Questions About Health Care Bills

Why did I receive more than 1 bill for the same date of service?

In most cases, you will receive at least 2 bills. Most times, the bills are from:

1. The hospital (*facility fees*).
2. The doctor or other professional services provider (*professional fees*).
3. Patient Financial Services (*facility fees* for patients of UWMC for services such as hospital stays, clinic visits, X-rays, lab tests, and therapies).

See pages 2 and 3 of this handbook for more information about kinds of bills.

What is an Explanation of Benefits (EOB)? Do I need to pay any amounts shown on this statement?

An Explanation of Benefits, also called an EOB, may be sent to you by your health insurance company after you or your family receives services from a doctor, specialist, hospital, or other medical facility. This statement is NOT a bill that you need to pay. If you owe money, you will receive a bill from the doctor or facility whose services you used.

The EOB lets you know that your health plan has received your claim. It explains the services provided, the fees involved, how much you may have already paid as co-payment, deductible amounts, how much your insurance paid, and what amount you must pay.

In most cases, you will receive an EOB only when there are fees you need to pay. The total you owe is listed under “Patient Responsibility.” This amount may include fees such as co-pays that you already paid. Some insurance companies send an EOB even if you do not owe anything.

Every insurance company uses its own form for their EOB. If you have questions about an EOB you receive, contact the insurance company listed on the statement.

What if I don’t have health insurance?

If you do not have health insurance coverage, you must pay your bill within 30 days of receiving it – unless you have applied for financial assistance and are waiting for a decision, or you have made other payment arrangements with UWMC Patient Financial Services (206-598-1950 or toll-free: 877-780-1121). See “What do I do if I can’t pay part or all of my bill?” on page 9.

Why didn't my insurance pay my entire hospital bill?

Some charges may not be covered by your insurance. If this is the case, paying for them is your responsibility. These charges are listed on your insurance statement under "Patient Responsibility." (See question on page 7 about Explanation of Benefits statements).

Fees that may not be covered by your insurance include:

- Deductibles.
- Co-insurance and/or co-pays.
- Benefit limitations such as items or services not covered under your insurance plan.
- Medicare program exclusions. (See your Medicare Handbook for a complete listing.)

Check your Explanation of Benefits (EOB) or contact your insurance company with specific questions. Make sure to have your EOB handy when you call.

Whom do I contact to update my insurance or other billing information?

If any of your insurance information has changed since you registered, you must notify **2 offices** as soon as possible:

1. UWMC Financial Services/Financial Counseling

- Weekdays, 8 a.m. to 5 p.m.: 206-598-4320
- After hours, weekends, and holidays, call Admitting: 206-598-4310

2. UW Physicians (UWP)

206-543-8606 or 888-234-5467 (toll-free)

What if I think my claim was denied because of missing or incorrect information?

Insurance claims may be denied because of missing or incorrect information on the claim. If you believe your claim was denied for this reason, call Patient Financial Services right away at 206-598-1950 (toll-free: 877-780-1121). They will take your corrected information, update your account, and/or bill your insurance again.

What do I do if I need more information to bill my Medical Savings or my Healthcare Reimbursement Account?

The information you need to submit an insurance claim to a Medical Savings Account (MSA) or a Healthcare Reimbursement Account will vary. You may need to supply information that is not listed on your bill, such as your doctor's name or the diagnosis. If you need that information, call Patient Financial Services at 206-598-1950 (toll-free: 877-780-1121) weekdays, 8 a.m. to 5 p.m.

You can also go online to the Patient Financial Services Customer Service Web site and request a Charge Details report. This report gives more information than your bill. Go to:

<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm> and click on “Contact us or submit your billing question online.”

What do I do if I can’t pay part or all of my bill?

You may be able to work out a payment plan for your medical bills. To learn more, call UWMC Patient Financial Services (206-598-1950 or toll-free: 877-780-1121).

Charity care is available to Washington state residents only for services that are medically appropriate. *Elective* medical care – care that is not needed for the patient’s physical health – is not covered by charity care. To be eligible for charity care, patients must meet federal income guidelines and have the required supporting documentation.

To apply for charity care, patients must:

- Ask for a Charity Application before, during, or after receiving services at UWMC.
- Submit their fully completed application within 14 days of their original request.
- Include income verification and supporting documents such as bank statements with their completed application.

Billing Your Insurance

If you gave the medical center your insurance information, you do not need to do anything after receiving your itemized statement. We will bill the insurance or other health plan.

If your health coverage has changed, see “Whom do I contact to update my insurance or other billing information?” on page 8.

Summarized Statement of Charges

There are many steps to the billing process. First, the person listed as the “guarantor” on the patient’s account will receive a *summarized statement of charges* from Patient Financial Services. This statement lists the services received at UWMC. This statement does not include professional services billed by UW Physicians or other billing providers.

Explanation of Benefits (EOB)

After processing your claim, most insurers, including Medicare, will send you an *Explanation of Benefits* (EOB). This form describes what services were covered by your insurance and what your balance or “Patient Responsibility” is. (See pages 7 and 16 for more information on EOBs.)

If you have questions about your EOB, contact your health plan or Patient Financial Services. Have your EOB handy when you call, write, or e-mail.

Patient Responsibility

Remember: Fees listed under “Patient Responsibility” are due within 30 days from the date you receive the bill from your doctor or medical facility.

Charges that may not be paid by your insurance that you must pay include:

- Deductibles.
- Co-insurance and/or co-pays.
- Benefit limitations – items or services not covered by your insurance plan.
- Medicare program exclusions. (See your Medicare Handbook for a complete listing.)
- Claims your health insurance denies due to missing or incorrect subscriber information.

Please note that in third-party liability cases, such as automobile accidents, you are responsible for payment. We will not hold open accounts until settlement is reached in these cases.

Tips for Working with Customer Service

Here are some tips from current and former patients and their family members that may be helpful:

- **If you call customer service at your insurance company or a health care provider, it is very helpful to write down the date, the time, and the name of the person you spoke with, especially if they quote benefits.**
- **Try to build a relationship with one customer service representative and get their direct number. That way you will not have to repeat your story to a new person each time you call.**

- For an emotionally charged issue, or if you are really frustrated, you may want to authorize a caregiver to call or intervene on your behalf. Please note that you may need to give consent for this. Talk with your insurance company to find out how to authorize someone to be your spokesperson.
- If your claims have not been paid correctly, do not hesitate to call and have them reprocessed. You will need to know what your benefits are and make sure they are paid correctly.
- Bills from UWMC and Seattle Cancer Care Alliance (SCCA) use the same numbering system, but that's about all they have in common. You must call SCCA for SCCA questions and UWMC for UWMC questions. It helps to organize bills by their number because then they are already in chronological order. You can also tell if you are missing any because you will have gaps in the numbering sequence. UW Physicians bills are totally different in that they list multiple dates of service for each physician on the same bill.
- If there is any kind of problem with insurance, be persistent and don't give up.

Where to Find Help

UWMC Departments

- **Financial Counseling** – A financial counselor can come to your room to talk with you while you are in the hospital. Or, you can visit their office next to Admitting on the 3rd floor. To schedule a visit, call 206-598-4320 weekdays between 8 a.m. and 5 p.m. Financial counselors can help you and your family:
 - Understand your hospital bills and payment options for your hospital stay.
 - Work with insurance companies, DSHS, and Medicare.
 - Apply for Medicaid and other financial assistance.
- **Patient Financial Services** – Weekdays, 8 a.m. to 5 p.m., call 206-598-1950 or 877-780-1121 (toll-free). Or, visit <http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm>.

- **UW Physicians (UWP)**
206-543-8606 or 888-234-5467 (toll-free)
<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/UWPhysicians>

Other Agencies/Organizations

- **Airlift Northwest**
206-521-1616 or 866-245-4373 (toll-free)
<http://airliftnw.org>
- **Basic Health Plan**
800-660-9840 (toll-free)
www.basichealth.hca.wa.gov

Basic Health is a health insurance plan sponsored by the State of Washington. You cannot enroll in this plan if you qualify for Medicare.
- **Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs)**
425-353-2840
- **Children's University Medical Group (CUMG)**
206-987-8450 or 888-675-2864 (toll-free)
- **Disability Income Insurance** (Short-term disability, SSD, SSI)
Social Security Disability
800-772-1213 (toll-free)
www.socialsecurity.gov
- **Medicaid**
In King County: 206-341-7750, 800-346-9257 (toll-free), or TTY 800-833-6384
Other Washington counties: call your local Home and Community Services (HCS) office
www.adsa.dshs.wa.gov/pubinfo/benefits/medicaid.htm

Medicaid is a health insurance plan managed by the State of Washington for people who have a very low income and are medically disabled. It will pay 100% of covered medical expenses. Talk with your financial counselor or social worker to see if you qualify. Other states offer similar plans.
- **Medicare**
800-633-4227 (800-MEDICARE) 24 hours a day, 7 days a week
www.medicare.gov

Medicare is a health insurance plan managed by the federal government. It is for persons who are at least 65 years old, are on dialysis, have had a kidney transplant, or have been on Social Security Disability for at least 2 years. Medicare has a number of deductibles and co-pays.

There are 2 parts to Medicare:

- Part A covers hospital stays.
- Part B covers doctor fees for their inpatient and outpatient services, plus all approved outpatient expenses.

- **Seattle Cancer Care Alliance (SCCA)**
206-288-1109 or 877-849-8368 (toll-free)
www.seattlecca.org
- **Washington State Assistance – Department of Social and Health Services (DSHS)**
206-341-7424
www1.dshs.wa.gov
- **Veterans Benefits Administration**
800-827-1000 (toll-free)
www.vba.va.gov
- **Washington State Health Insurance Pool (WSHIP)**
800-877-5187 (toll-free)
www.wship.org

WSHIP is a health insurance plan sponsored by the State of Washington. You must be rejected by another insurance plan before you can enroll in this coverage. Costs can be high for people who are not on Medicare. If you are on Medicare, the cost is reduced.

Financial Planning Resources

- **Patient Advocate Foundation**
800-532-5274 (toll-free)
www.patientadvocate.org
Provides help for patients who have experienced employment discrimination or denial of insurance benefits.
- **Patient Assistance Programs**
 - **RxAssist**
www.rxassist.org
Web site sponsored by an organization called Volunteers in Health Care offers searchable database with application forms.
 - **Partnership for Prescription Assistance**
www.pparx.org
 - **RxHelp**
877-923-6779 (toll-free)
www.rxhelpforwa.org
A program for Washington state residents.
- **Washington State Insurance Commissioner**
206-464-6263 or 800-562-6900 (toll-free)
www.insurance.wa.gov
Provides information and investigates consumer complaints.

Terms Used in Health Care Billing

Allowed Amount	Determined by your insurance to be the amount your provider is due for a particular service. This amount is usually less than the amount billed by the provider and is determined by pre-negotiated contracts or regulations. The combined total paid by you and your insurance to a provider should not exceed the allowed amount.
Benefit Contract	The legal agreement between a health plan and its members. This contract establishes the full range of benefits available to the members through their health care plan. Also called a <i>certificate of coverage</i> or <i>evidence of coverage</i> .
Benefits	The extent to which your insurance coverage will pay for services provided to you. Benefits may describe what portion of the allowed amount may be due from you, the level to which they will pay for services provided by various providers, and what types of services they will or will not cover.
Brand-Name Drug	Drugs made and sold by a major drug company. Brand-name drugs may or may not be listed on a <i>formulary</i> (see “Formulary,” page 17). For any health need, there may be competing drugs from different companies. Your health plan formulary may list a specific brand-name drug if a price agreement has been made with that company. This brand-name drug will cost more than the generic version, but cost less than other brand-name drugs that are not on the formulary. If you buy brand-name drugs that are not on the formulary, you often pay more because your health plan pays more.
Clinical Trial or Research Study (Also see “Experimental or Investigational Treatments” on page 16.)	A treatment that is being studied that involves both patient care costs and research costs. Patient care costs that may be covered by insurance are doctor visits, hospital stays, tests, and other procedures, whether a person is part of the experiment or is in the control group that receives traditional care. Special tests that are part of the research study may not be covered by your insurance, but they may be paid for by the study. Check with your insurance plan or state insurance board. In 2000, Medicare began covering some clinical trials. To be covered, the trials must meet specific criteria. In eligible trials, Medicare will cover treatments and services such as tests, procedures, and doctor visits. Some items may not be covered, including the experimental drug or items that are used only for data collection in the clinical trial. Some clinical trials provide the investigational drug at no charge.

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act)	A federal law that protects employees and their families in certain situations by allowing them to keep their existing health insurance for a specified amount of time. COBRA provides certain former employees, retirees, spouses, former spouses, and dependent children the right to temporary continuation of health coverage at group rates. The individual must pay the premium cost to keep their insurance plan, but the costs are usually less expensive than individual health coverage. COBRA applies only under certain conditions, such as job loss, death, divorce, or similar events. COBRA usually applies to group health plans offered by companies with more than 20 employees. Some states require employers to offer continued health care coverage to people who do not qualify for COBRA. Call your state's insurance board for more information. There may be a small fee (for example, 2%) for processing COBRA payments.
Co-insurance	The amount you must pay after insurance has paid their portion, according to your insurance plan. In many health plans, patients must pay for a portion of the allowed amount. For instance, if the plan pays 70% of the allowed amount, the patient pays the remaining 30%. If your plan is a <i>preferred provider organization</i> (see "Preferred Provider Organization (PPO)," page 19), your co-insurance costs will be lower if you use the services of an <i>in-network</i> provider on the plan's <i>preferred provider list</i>. (See "In-Network," page 18.) Call your insurance company for more information.
Co-payment (Co-pay)	A set fee that the patient pays at the time of service or when they fill a prescription. Co-payment amounts vary by service and may vary depending on which provider (in-network or out-of-network) you see. For prescriptions, co-payment amounts may vary depending on name-brand versus generic drugs.
Coordination of Benefits	How insurance companies work together when you have more than one insurance plan. Some people are covered by more than one commercial insurance plan, such as through their employer as well as their spouse's or domestic partner's employer. If you have more than one insurance plan, check with the secondary policy to find out how it covers expenses left over after your primary coverage has paid its part. (See "Secondary Insurance," page 19.)
CPT Code (Current Procedural Terminology Code)	A 5-digit numbering system that helps standardize billing. There is a CPT code for certain types of medical services. Using this code allows health care providers and insurance companies to communicate and track billing more efficiently.

Deductibles	The amount a patient pays before the insurance plan pays anything. In most cases, deductibles apply per person per calendar year. And, in most cases, the higher your deductible, the lower your premium. With preferred provider organizations (PPOs), deductibles usually apply to all services, including lab tests, hospital stays, and clinic or doctor's office visits. Some insurance plans waive the deductible for office visits. Some health maintenance organizations (HMOs) have service-specific deductibles.
Disability Income Insurance	A type of insurance carried by employers to cover part of a disabled worker's regular income. If you were working before having your health problem, your employer might provide disability income insurance. There are 2 types of income insurance – short-term and long-term. • <i>Short-term disability insurance</i> pays a portion of your salary, often around 60%, while you are off work for a medical reason. Short-term disability insurance usually pays a portion of your salary for 3 to 6 months. • <i>Long-term disability insurance</i> pays a portion of your salary, often 60%, as long as you are considered disabled and unable to work. However, you will usually need to be disabled for a minimum length of time, such as 90 days, before benefits will begin.
Effective Date	The date on which a contract for coverage begins.
Eligibility	A determination of whether or not a person meets the requirements to participate in the plan.
Experimental or Investigational Treatments (Also see "Clinical Trial or Research Study" on page 14.)	Treatments not yet medically proven to be effective. These treatments may or may not be covered by health insurance. Some states require that investigational treatments be covered. Check with your insurance plan and state insurance board to see if coverage is available.
Explanation of Benefits (EOB)	A statement sent to you by your insurance after they process a claim sent to them by a provider. The EOB lists the amount billed, the allowed amount, the amount paid to the provider and any co-payment, deductibles, or coinsurance due from you. The EOB may detail the medical benefits activity of an individual or family. Also see pages 7 and 10.

Flexible Spending Account (FSA or Flex Account)	An employee benefit that allows a fixed amount of pre-tax wages to be set aside for qualified expenses. Qualified expenses may include child care or uncovered medical expenses. The amount set aside must be decided in advance, and employees lose any unused dollars in the account at the end of the year.
Formulary	A list of preferred prescription medicines. The formulary sorts drugs into groups, or tiers, based on how much of the costs your health plan will pay and how much the patient has to pay.
Generic Drug	Drugs with proven benefits that cost less because they are not made by major drug companies and do not carry brand names. In almost all cases, you pay the least out of pocket for drugs in this group. Not all drugs have generic options.
Health Maintenance Organization (HMO)	A type of managed care with a prepaid plan. Individuals enrolled in an HMO pay a premium, usually every month, for their health care services such as doctor visits, hospital care, lab work, and emergency services. They also pay a small fee called a <i>co-payment</i> at the time of service. The HMO has arrangements with providers and hospitals and the co-payment applies only to those providers and facilities affiliated with the HMO. A person may receive care outside of the HMO with prior approval from the HMO and payment for those services may be at a reduced benefit. Check with your plan for specific benefit information.
Health Plan	When a person is part of a health plan, the plan pays for all or part of a person's health care costs. The types of health insurance are group health plans, individual plans, workers' compensation, and government health plans such as Medicare and Medicaid. Health insurance can be further classified into fee-for-service (traditional insurance) and managed care. Both group and individual insurance plans can be either fee-for-service or managed care plans.
Health Savings Account (HSA)	An account that uses pretax dollars to pay part of the costs of medical care. HSAs have tax benefits for everyone. Contributions are made into the account by the individual or the individual's employer and are limited to a maximum amount each year. The contributions are invested over time and can be used to pay for qualified medical expenses, including most medical care such as dental, vision, and over-the-counter drugs. Unlike a flexible spending account, funds roll over and accumulate year after year if not spent.

Individual Insurance	Health insurance purchased by an individual, not as part of a group plan.
In-Network	A group of doctors, hospitals, and other health care providers preferred and contracted with your insurance company. Depending on your insurance plan, you may not have coverage for services from providers that are not in-network, or your benefits may be reduced. You will receive the highest level of coverage from your insurance plan by receiving services from in-network providers.
Lifetime Maximum Coverage	A cap or limit on what insurance will cover. This amount varies based on the insurance plan. Some specific benefits have limits, and they are charged against the overall limit of the plan.
Lifetime Transplant Maximum	The total amount an insurance plan will pay for services related to a particular transplant in a patient's lifetime.
Medicaid	A health insurance plan through your state for people who have very low income and are medically disabled. Medicaid will pay for 100% of covered medical expenses. To see if you qualify, contact your local health department or social services office for an application.
Medicare	A health insurance plan administered through the federal government. Medicare is for people who have been on Social Security Disability for at least 2 years, or are at least 65 years old. There are 2 parts of Medicare – Part A and Part B. Part A covers hospital stays. Part B covers inpatient and outpatient doctor fees, and approved outpatient expenses. Medicare has a number of deductibles and co-pays.
Medicare Supplements or "Medigap" Policies	Policies that supplement Medicare coverage. Most times, these policies pay the Medicare co-pays and deductibles, but nothing extra. Check with your supplemental insurance to find out how it coordinates benefits with Medicare.
Out-of-Network	In PPO programs, care given by a provider who is not on their preferred provider list. For HMO programs this term refers to covered services that are not provided or authorized by the primary care provider.

Out-of-Pocket Maximum	The most money you will have to pay before your insurance company covers all costs. Each plan sets a dollar limit for the calendar year. Once that limit is reached, the plan will pay 100% of the allowed amount for eligible charges for the rest of the calendar year. Some insurance companies do not include certain costs in this limit, such as fertility treatments or prescription drugs. Other insurance companies increase the out-of-pocket maximum for care provided by out-of-network providers.
Point of Service (POS)	A type of health plan that allows members to choose to receive services from a participating or non-participating network provider. There are usually higher costs to the patient if they receive services from an out-of-network provider.
Pre-existing Condition	A medical condition for which the patient has received treatment during a specific period of time prior to enrolling in a new insurance plan. This period (such as 30, 60, 90 days, 6 months, etc.) before enrollment is called the “look-back” period. “Treatment” is defined as receiving medical advice, recommendations, prescription drugs, diagnosis, or treatment. <i>A pre-existing condition might not be included in the new coverage.</i> Check with your insurance plan and/or state insurance board to determine pre-existing condition rules. For most group health plans, if you have continuous, verified coverage and no gaps in coverage, pre-existing conditions are covered by the new insurance plan.
Preferred Provider Organization (PPO)	A health care organization that covers a greater amount of the health care costs if a patient uses the services of a provider on their <i>preferred provider list</i>. Some PPOs require people to choose a primary care doctor who will coordinate care and arrange referrals to specialists when needed. Other PPOs allow patients to choose specialists on their own. A PPO may offer lower levels of coverage for care given by doctors and other health care professionals not affiliated with the PPO.
Secondary Insurance	For people who are covered by more than one insurance plan, the secondary policy covers expenses after the primary insurance has paid their part of the health care bill. (See “Coordination of Benefits,” page 15.)

Questions?

See “Where to Find Help,” pages 11 through 13 of this handbook.

Self-Insured Health Plan	A group health plan in which the employer assumes the risk for providing health care benefits to their employees. The cost for paying claims is paid by the employer. Employers will often purchase stop-loss insurance to reduce their risk in the event of a high-cost, catastrophic claim.
Social Security Disability Insurance (SSDI)	An income assistance program administered by the federal government for those with disabilities. The Social Security Administration (SSA) has its own definition of disability for various illnesses, such as kidney disease or diabetes. The application process can take many months. If approved, the monthly amount you receive is based on how much money you have paid into Social Security through payroll taxes. To be eligible for SSDI, your disability must meet 1 of these conditions: • Have lasted or be expected to last at least 1 year. • Be permanent. • Be expected to result in death. SSA must consider you disabled for at least 5 months before you start receiving benefits.
Social Security Income (SSI)	A disability income program through SSA for disabled people who have not worked enough to pay much into the Social Security System and so are not eligible for SSDI. The disability rules are the same as for SSDI. However, SSI has strict income and financial limits.
Third-Party Payer	An organization other than the patient (first party) or health care provider (second party) involved in paying health care claims.
Usual, Customary, and Reasonable (UCR)	In general terms, the price charged by the provider. Specifically, a charge for a particular service is considered to be “usual and customary” if it falls within the range of prices charged for the same service by other providers in the same geographical area.
Waiting Period	The amount of time members must wait after enrolling in an insurance plan before they are eligible for certain benefits.

UNIVERSITY OF WASHINGTON
MEDICAL CENTER
UW Medicine

Patient Care Services

Box 359420

1959 N.E. Pacific St. Seattle, WA 98195