



患者ガイド

ペイシエント・ケア・サービス課



金銭問題

ワシントン大学メディカルセンター (UWMC) からの
医療費請求の取り扱いについて





ワシントン大学メディカルセンターに於ける 患者と家族中心のケア

ワシントン大学メディカルセンター(UWMC)は患者と家族中心のケア(PFCC)というアプローチをして医療を提供します。PFCCは患者本人が望むように自分自身の医療に加わって頂くよう薦めています。

また、PFCCではメディカルセンターでのプログラムとポリシーが発展しお互いの日々の関係に良い影響をもたらすことが出来るように患者、ご家族、そして職員の皆様方に意見を述べて頂きパートナーとして積極的に参加して頂いています。その中心となる事柄にはコミュニケーション、インフォメーションの共有、選択、尊敬、パートナーシップ、そして家族の存在は力であり不都合ではないということへの理解などがあります。

患者と家族中心のケアを行うことはより良い健康とより賢明なリソースの充当を導き、職員、患者、家族の皆さんにより満足して頂けることに繋がることを期待しています。患者と家族中心のケアを行なうことは正しい事です。

UWMCの患者と家族中心のケアの実行なくしては、この金銭問題というシオリを作成する事ができなかったことでしょう。患者、家族、職員から成り立った熱心なチームがこの資料を作成しました。このチームの全員は腫瘍科入院患者諮問議会(Inpatient Oncology Advisory Council)のメンバーであり、全員がそれぞれの専門的意見と体験に基づき貴重な洞察と情報と意見を投入しました。

腫瘍科入院患者諮問議会(Inpatient Oncology Advisory Council)や、患者と家族の諮問(Patient and Family Advisory)のその他の活動や議会、またはUWMCの患者と家族中心のケアについて更に詳しい問い合わせはこちらにご連絡下さい：

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



金銭問題

ワシントン大学メディカルセンター (UWMC) からの
医療費請求の取り扱いについて

この手引きは医療費請求の内容を理解し、整理し管理する上で役に立つ事として患者の方々と家族の方々から寄せられたその秘訣と情報を掲載しています。ここでの情報の殆どはワシントン大学メディカルセンター(UWMC)の請求の仕方に基づいたものですが、ここで取り上げた秘訣の多くは他の医療プロバイダーからの請求を整理し管理する上でも役立ちます。

目次

医療費請求について	2
施設費、専門職費、プロバイダーに基づく医療サービス、その他のプロバイダーと施設	
医療費に関する書類の整理の仕方	3
UWMC からの請求書の例	5
医療費請求についての一般的な質問	7
保険会社への請求	9
費用要約明細書、保険給付説明書(EOB)、患者の支払い責任	
カスタマー・サービス係りと関わる際の秘訣	10
助けられる所	11
UWMC の部門、その他の機関／組織団体、財政計画資料	
医療費請求に使われる用語	14

今、あなたをはじめご家族の皆様はストレスの多い時を迎えていらっしゃるのではないかと察します。金銭と医療費が大きな心配であるという方がいらっしゃるれば、それは最後に考えることだと思っていられる方もあると思います。多くの人にとって金銭の問題、医療費請求、そして複雑なシステムに対応することは大変な負担です。

私達はこの手引きがあなたの役に立つことを望んでいます。この手引きに含まれる内容は：

- 医療費請求についての一般的な情報。
- 書類の整理の仕方についてのアドバイス。
- UWMC からの請求書の読み方の秘訣。
- 患者への医療費請求についての一般的な質問への回答。
- この課題に関連する部門、エージェンシー、組織団体についての資料とその 連絡先の情報。
- 医療費請求に使われる用語の定義。

医療費請求について

入院あるいは外来診察後、どのような医療サービスを受けたかにより、少なくとも 2 種類の別々の請求書をあなたは受け取ると思います。あなたが受け取る請求書の種類をここで説明します。

施設費 (Facility Fees)

ペイシェント・ファイナンシャル・サービス課 (Patient Financial Services – 略称 PFS) は UWMC の患者に提供した医療サービスの費用を請求します。PFS 課からの請求は施設費 (facility fees) と呼ばれます。この費用には入院、外来診療、そして放射線撮影、検査、セラピーのような医療サービスがふくまれます。この様なメディカルセンターでの医療サービスについて単独の請求書があなたに送られます。

専門職費 (Professional Fees)

UW フィジシャンズ (UW Physicians – 略称 UWP) から専門職費 (professional fees) の請求書を受けるとします。この費用は医療を行なった個々の医師の費用です。

プロバイダーに基づく医療サービス (Provider-based Services)

UWMC の外来クリニックでのプロバイダーに基づく医療サービス (provider-based services) では施設費と専門職費の両方が請求されます。医療の内容によっては施設費が専門職費と同じくらいかあるいはそれ以上の額になることがあります。プロバイダーに基づく外来クリニックには UWMC パシフィック・クリニック、UWMC ルーズベルト・クリニック、イーストサイド・スペシャリティ・センター、UW メディセン・リージョナル・ハートセンター、アルダーウッド、UWMC プロセディックス・アンド・オーソテックス・クリニック、センター・オン・ヒューマン・ディベロップメント・アンド・ディサビリティ が含まれます。

その他のプロバイダーと施設 (Other Providers and Facilities)

シアトル・キャンサー・ケア・アライアンス、チルドレンズ・ユニバーシティ・メディカル・グループを含むその他の医療プロバイダー、更に、エアーリフト・ノースウエストのような救急車の会社やサティファイド・レジスタード・ナース・アネスセティスツ（サポート・メッドによる請求）による診察や医療サービスの請求書を受け取ることもあります。以上に上げられていない施設のプロバイダーからの請求についてのインフォメーションは、直接そちらに問い合わせして下さい。

医療費に関する書類の整理の仕方

手術や入院、また、慢性の病気やその他の健康上の問題に直面している時には請求書の整理が一番最後に考えることかもしれません。しかし、書類を整理しておくとな般的なストレスが少なくなると思われます。

あなたが信用する何方かに書類の整理をお願いするとよいかもしれません。書類を整理しておく、必要な時にインフォメーションを見つける事が出来ますし、インフォメーションを見落とさない様にする為にも役立ちます。また、間違いがあった場合にもその誤った点を見つけ易くなります。人それぞれに書類の整理の仕方は異なりますが、この様なことから決めて始めると良いでしょう：

- どの様な方法で整理したいかーあなたが使う手段：
 - コンピューターを使って整理する。どのテクノロジーを使い、電子フォルダーやファイルにはどの様な名称を付けるかなど。
 - 書類用紙を整理する。バインダーやファイルや色符号を使って綴じるなど。
 - コンピューターと書類綴じ込みの両方で整理する。
- 保管するべき書類と破棄してもよい書類の仕分け。
- コピーしておくべき書類、そのコピーを保管する場所。
- 請求書の仕分け方ー受け取り日に従って仕分ける、プロバイダーごとに仕分ける、あるいは、請求書の番号や日付ごとに仕分ける。

請求書とその他の書類を整理する上で役立つ事として、現在そして以前に患者だった方々とその家族の方々から寄せられた秘訣をいくつかここで紹介します：

- 私はバインダーに、保険給付説明書（EOB）、専門職からの請求書、施設からの請求書、関連費用（作業療法、理学療法、処方箋、駐車料金など）、その他の医療費（歯科、眼科での診察）という分類をして書類を綴じています。
- 保険証のカードの表裏両面をコピーしてとっておくこと- 保険プランの番号が毎年変わることがあります。コピーをとっておくと、医療費用の支払いが遅れている場合に正しいグループ番号を照会することができます。
- 保険給付説明書（EOB）と請求書を医療が行なわれた日付ごとに整理するのが私の場合には一番簡単です。これらの日付ごとにまとめたフォルダーを大きなジップロックのビニール袋に保管しています。こうしておくと、全てを一箇所に保管でき、雨の日に落としても濡れたり飛んでしまうこともありません。私は、色々な医療施設ごとに別々のフォルダーに請求書を保管しています。
- あなたの保険のベネフィットを説明している書類を医療費に関する書類と一緒に保管しておくといいかもしれません。これは自分の保険のベネフィットの内容を知っておくためになります。
- クレジットカードを1つ決めて医療費の支払いを全てそのカードですると良いかもしれません。毎月カード会社から送られてくる明細書を保管して下さい。毎年、年末の納税申告をする際、あなたが支払った医療費があなたの収入の何パーセントか以上の場合にはその費用の一部が控除になります。12ヶ月分のクレジットカードの明細書の合計をするだけで、あなたの税金申告のこの部分を算出することができます。

UWMC からの実際の請求書のコピーです。請求残高は明細書の裏側にあります。（次のページをご覧ください）。

請求明細書の例（表）

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	INSURANCE PHONE #
INSURANCE COMPANY NAME		INSURANCE ADDRESS	
EMPLOYER		EMPLOYER ADDRESS	

請求明細書の例（裏）

医療費請求についての一般的な質問

医療を受けた日が同じなのに、何故 1 つ以上の請求書が来るのですか？

たいていの場合、あなたは少なくとも 2 つの請求書を受け取ります。殆どの場合請求書は：

1. 病院（施設費）。
2. 医師やその他の専門医療のプロバイダー（専門職費）。
3. ペイシェント・ファイナンシャル・サービス課（入院、外来診察、放射線撮影、検査、セラピーのような UWM C の患者の医療にかかった施設費）

から来ます。

これらの請求書について更に詳しいことはこの手引きの 2 頁と 3 頁をご覧ください。

保険給付説明書（Explanation of Benefits – 略称 EOB）とは何ですか？ 私はこの説明書にある金額を支払う必要があるのですか？

医師や専門医から医療を受けた場合、または病院やその他の医療施設であなたやご家族の方が医療を受けた場合、後日、EOB と呼ばれる保険給付説明書が保険会社からあなた宛に送られて来ます。この説明書はあなたが支払わなければならない医療費の請求書ではありません。あなたが負担して支払わなければならない医療費がある場合にはあなたが医療を受けた医師や施設から請求書が送られてきます。

EOB はあなたの健康保険会社があなたの医療費のクレームを受け取ったことをあなたに知らせる為のものです。これは医療の内容、それにかった費用、コペイメントとしてあなたが既に支払った額、免責額、保険が支払った額、そしてあなたが支払わなければならない額を説明しています。

たいていの場合、あなたが支払わなければならない費用がある時にだけ EOB が送られ来ます。あなたが支払わなければならない費用の総額は“患者の支払い責任（Patient Responsibility）”という欄に記載されています。この額にはあなたが既に支払ったコペイ額が含まれていることがあります。保険会社によってはあなたが負担しなければならない費用がない場合でも EOB を送ることがあります。

保険会社は各社独自の EOB の書式を使っています。あなたが受け取った EOB について質問がある場合には、その説明書に書かれている保険会社に連絡して下さい。

健康保険に加盟していない場合にはどうしたら良いでしょうか？

あなたが健康保険を持っていない場合には、あなたが請求書を受け取った日から 30 日以内にその請求額を支払わなければなりません。 – 但し、あなたがファイナンシャル・アシスタンス（支払い援助）に申し込みをされていてその結果をまだ待っている場合や UWM C のペイシェント・ファイナンシャル・サービス課 (206-598-1950 or toll-free: 877-780-1121) と支払い計画の取り決めができている場合でなければです。9 頁にある“請求額の一部あるいは全額を払う事が出来ない場合にはどうしたらよいのでしょうか？”という欄をお読み下さい。

なぜ私の保険会社は病院からの請求を全額支払わなかったのでしょうか？

医療費の中にはあなたの保険でカバーされないものがあるかもしれません。この場合にはその支払いはあなたの責任です。その金額はあなたの保険会社からの説明書の“患者の支払い責任 (Patient Responsibility)”欄に記載されています。(7 頁の保険給付説明書(EOB)についての質問の欄をご覧ください)。

あなたの保険がカバーしないかもしれない費用には：

- 免責額 (Deductibles)。
- コーインシュランス (co-insurance) 及び/又は コーペイ (co-pays)。
- あなたの保険プランでカバーされていない物やサービス。
- メディケア・プログラムの枠外。(メディケアのハンドブックで全リストを見て下さい。)

特殊な質問がある場合には保険給付説明書 (EOB) をチェックするか、またはあなたの保険会社に連絡をして下さい。電話をする時にはEOBを必ず手元に用意しておいて下さい。

保険やその他の請求先のインフォメーションの変更は誰に伝えたら良いのですか？

患者登録以後にあなたの保険の内容に変更があった場合には出来るだけ早く **2つの所** に通知しなければなりません：

1. UWMCファイナンシャル・サービス課／ファイナンシャル・カウンセリング (UWMC Financial Services/Financial Counseling)

- 週日は、午前 8 時から午後 5 時まで： 206-598-4320
- 閉館後、週末、祝日は入院受付係り(Admitting): 206-598-4310 に電話して下さい。

2. UWフィジシャンズ (UW Physicians (UWP))

206-543-8606 または 888-234-5467 (フリーダイヤル)に電話して下さい。

インフォメーションが不十分なため、または、間違いがあったために医療費のクレームが否定された場合にはどうしたら良いのですか？

保険会社へ医療費請求をする際にインフォメーションが欠けていたり間違いがあると保険会社はそのクレームを否認する事があります。その場合は、直ぐにペイシェント・ファイナンシャル・サービス課 206-598-1950 (フリーダイヤル: 877-780-1121)に電話をして下さい。ペイシェント・ファイナンシャル・サービス課 はあなたの口座に正確なインフォメーションを入力し、あなたの保険会社に再び医療費の請求を出し直します。

自分の医療費貯蓄口座 (Medical Savings) または医療費払い戻し口座 (Healthcare Reimbursement Account) に請求するためにインフォメーションが必要な場合にはどうすれば良いのですか？

医療費貯蓄口座や医療費払い戻し口座に医療費のクレームを送るために必要なインフォメーションは様々です。あなたがかった医師の名前や診断名の様に請求書に載っていない内容を提出する必要がある場合もあります。その様なインフォメーションが必要な場合には、週日の午前 8 時から午後 5 時の間に、ペイシェント・ファイナンシャル・サービス課、206-598-1950 (フリーダイヤル: 877-780-1121) に電話して下さい。

また、インターネットでペイシエント・ファイナンシャル・サービス課のカスタマー・サービス係りのウェブサイトを検索し、請求明細報告書をリクエストすることも出来ます：

<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm> に行き、“Contact us or submit your billing question online.”をクリックして下さい。

医療費の一部あるいは全額を支払う事が出来ない場合にはどうしたら良いでしょうか？

医療費支払いプラン(payment plan)が適用する場合があります。詳しいことはUWMCペイシエント・ファイナンシャル・サービス課 (206-598-1950 または、フリーダイヤル: 877-780-1121)に電話して下さい。

医学的に適切なサービスについてのみワシントン州の住人はチャリティー・ケアを受けることができます。選択医療－患者の身体的健康の為に必要としない医療－はチャリティー・ケアでカバーされません。チャリティー・ケアを受ける事ができる患者は連邦の収入ガイドラインを満たし、それを証明するための必要書類を用意しなければなりません。

チャリティー・ケアの申し込みの為に患者がしなければならない事：

- あなたが今UWMCで医療を受ける前、受けている間、または受けた後、いずれの場合でもチャリティーの申請書をもらって下さい。
- チャリティー・ケアを開始してもらいたい日から 14 日以内に申請書を完全に記入して提出して下さい。
- 収入証明と銀行明細の様な証明書類を申請書と共に提出して下さい。

保険会社への請求

あなたの保険のインフォメーションをメディカルセンターに知らせている場合には、項目別明細を受け取った後はあなたは何もする必要がありません。私達が保険会社またはその他の健康プランに支払請求を出します。

あなたの保険がカバーする内容が変わった場合には、8 頁の“ 保険やその他の請求先のインフォメーションの変更は誰に伝えたら良いのですか？” の欄をご覧ください。

費用要約明細書 (Summarized Statement of Charges)

支払請求を行なう過程には沢山の段階があります。まず最初に患者の口座の“ 保証人 (guarantor) ”としてあげられている人にペイシエント・ファイナンシャル・サービス課から費用要約明細書 (Summarized Statement of Charges) が送られます。この明細書にはUWMCで受けた医療の明細が記載されています。この明細書にはUWフィジシャンズやその他のプロバイダーが請求する専門職費は含まれていません。

保険給付説明書 (EOB)

メディケアを含むたいの保険会社はあなたの医療費請求のクレームを処理した後あなたに医療給付説明書 (EOB) を送ります。この説明書はあなたの保険がどの医療費用を負担したか、そしてあなたが負担する残高、または“ 患者の支払い責任 (Patient Responsibility) ” を説明しています。(EOB について更に詳しいことは 7 頁と 16 頁をご覧ください。)

EOB について質問がある場合はあなたの健康保険会社か、またはペイシェント・ファイナンシャル・サービス課に問い合わせして下さい。電話をかける時や手紙を書いたり E メールをする時にはあなたの EOB を手元に用意しておいて下さい。

患者の支払い責任 (Patient Responsibility)

忘れないで下さい：“ 患者の支払い責任 (Patient Responsibility) ” の欄にある金額の支払い期日は、医師あるいは医療施設からの請求書をあなたが受け取った日から 30 日以内です。

保険が支払わないかもしれない費用にはこの様なものがあります：

- 免責額 (deductibles) 。
- コーインシュランス (co-insurance) 及び/又は コーペイ (co-pays) 。
- ベネフィットの制限 – あなたの保険プランがカバーしない物やサービス。
- メディケア・プログラムの枠外。(メディケアのハンドブックで全リストを見て下さい。)
- 契約者のインフォメーションが欠けていたり間違っている為にあなたの保険が支払いを否定した請求金額。

交通事故のような第三者に責任がある場合でも、支払いの責任はあなたにあることを知っておいて下さい。この様な場合には、私達は和解に達するまでオープンアカウントを保留しません。

カスタマー・サービス係りと関わる際の秘訣

現在そして以前に患者だった方々とその家族の方々から寄せられた役に立つと思われる秘訣をいくつかここで紹介します：

- あなたの保険会社や医療プロバイダーのカスタマー・サービス係りに電話をする場合には、電話をした日付、時間、あなたが話をした人の名前を書き取っておくと良いです。特に保険のベネフィットを問い合わせる場合に役立ちます。
- カスタマー・サービス係りの同じ一人の人と連絡をとるようにし、その人の直通電話番号を聞いておくこと。この様になると毎回電話をする度にはじめての係りの人にあなたの事情を繰り返し説明しなくて済み見ます。

- 感情的な問題やあなたが苛立ちを感じている場合には、あなたの介護に当たっている方に代理をお願いし、電話をしてもらったり間に入ってもらおうと良いかもしれません。これには同意書が必要ななるかもしれません。あなたの代わりに話をしてもらうように誰かに委任する場合にはどうしたら良いか、あなたの保険会社に問い合わせして下さい。
- もし、保険の支払が正しく支払われていない場合には、ためらわずに電話をかけて支払いのプロセスをもう一度行なってもらって下さい。あなたはご自分の保険のベネフィットの内容を理解し、正しく支払われているかどうかを確認する必要があります。
- UWM Cからの請求書とシアトル・キャンサー・ケア・アライアンス（S C C A）からの請求書は同じ番号のシステムを使っていますが、共通しているのはこの点だけです。S C C Aのことで質問がある場合はS C C Aに、UWM Cのことで質問がある場合にはUWM Cに電話しなければなりません。請求書の番号は年代順に付けられているので番号順に請求書を整理すると便利です。連番がとんでいると、その番号の請求書が抜けていることもわかります。UWフィジシャンズの請求書の場合はこの点では全く異なっており、それぞれの医師ごとに同じ請求書に診療が行なわれた日付が複数記載されています。
- 保険会社との問題がある場合にはどのような問題であろうとも、粘り強く、あきらめないで下さい。

助けてくれる所

UWMC の部門

- **ファイナンシャル・カウンセリング課 (Financial Counseling)** – 入院中にファイナンシャル・カウンセラーにあなたの病室に来てもらい話をする事もできまし、あなたご自身が3階の入院手続き課 (Admitting) の隣にあるファイナンシャル・カウンセリング課の事務所に行って話をする事もできます。カウンセラーに会う予約を取るには、週日の午前8時から午後5時までの間に 206-598-4320 に電話をかけて下さい。ファイナンシャル・カウンセラーはこの様なお手伝いをします。:
 - 病院からの入院費用の請求書の内容と支払いの選択肢の説明。
 - 保険会社、D S H S, メディケアとの連絡。
 - メディケイドやその他の医療費補助への申し込み。
- **ペイシエント・ファイナンシャル・サービス課 (Patient Financial Services)** – 週日の午前8時から午後5時までの間に、206-598-1950 または 877-780-1121 (フリーダイヤル) に電話をするか、あるいはこのウェブサイトをご覧ください。

<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm>.

- **UW フィジシャンズ(UWP)**

206-543-8606 または 888-234-5467 (フリーダイヤル)

<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/UWPhysicians>

その他の機関／組織 Other Agencies/Organizations

- **エアーリフト・ノースウエスト (Airlift Northwest)**

206-521-1616 または 866-245-4373 (フリーダイヤル)

<http://airliftnw.org>

- **ベーシック・ヘルス・プラン (Basic Health Plan)**

800-660-9840 (フリーダイヤル)

www.basichealth.hca.wa.gov

ベーシック・ヘルスはワシントン州が資金援助している健康保険です。メディケアに入る事が出来る人はこのプランに入ることができません。

- **サーティファイド・レジスタード・ナース・アネスセジスト
(Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs))**

425-353-2840

- **チルドレンズ・ユニバーシティ・メディカル・グループ
(Children's University Medical Group (CUMG))**

206-987-8450 または 888-675-2864 (フリーダイヤル)

- **障害者所得保険 (Disability Income Insurance) (短期間障害、SSD、SSI)**

ソーシャル・セキュリティ・ディサビリティ

800-772-1213 (フリーダイヤル)

www.socialsecurity.gov

- **メディケイド (Medicaid)**

キング群: 206-341-7750, 800-346-9257 (フリーダイヤル), または TTY 800-833-6384

ワシントン州のその他の群: あなたの地元のホーム・アンド・コミュニティ・サービス(HCS) のオフィスに電話して下さい。

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

メディケイドは所得が大変低い方々と医学的に障害のある方々の為にワシントン州が行なっている健康保険です。これは医療費を 100 パーセント、カバーします。あなたがメディケイドの対象になるかどうか、ファイナンシャル・カウンセラーまたはソーシャル・ワーカーに相談して下さい。他の州でもこれに似たプランを提供しています。

- **メディケア (Medicare)**

800-633-4227 (800-MEDICARE) 週 7 日、毎日 24 時間

www.medicare.gov

メディケアは連邦政府が行なっている健康保険です。これは、65 歳以上の人、透析をしている人、腎臓移植を受けた人、または、社会保障障害保険(Social Security Disability)の補助を最低 2 年間受けている人の為のものです。メディケアには免責額とコペイがいくらかあります。

メディケアには2つの部分があります:

- パート A (Part A) は入院をカバーします。
- パート B (Part B) は入院と外来の診療にかかる医師の費用と承認された外来の費用をカバーします。

- **シアトル・キャンサー・ケア・アライアンス**

(Seattle Cancer Care Alliance (SCCA))

206-288-1109 or 877-849-8368 (フリーダイヤル)

www.seattlecca.org

- **ワシントン州の援助 – 社会・健康サービス**

(Washington State Assistance -Department of Social and Health Services (DSHS))

206-341-7424

www1.dshs.wa.gov

- **退役軍人ベネフィット・アドミニストレーション**

(Veterans Benefits Administration)

800-827-1000 (フリーダイヤル)

www.vba.va.gov

- **ワシントン州健康保険プール**

(Washington State Health Insurance Pool (WSHIP))

800-877-5187 (フリーダイヤル)

www.wship.org

WSHIP はワシントン州が行なっている健康保険です。他の健康保険への加入がいずれも拒否された場合にのみに、この保険に入ることが可能です。メディアケのない人は高額になるかもしれません。メディアケのある人は減額されます。

支払いの計画を取り扱う機関

- **患者擁護基金 (Patient Advocate Foundation)**

800-532-5274 (フリーダイヤル)

www.patientadvocate.org

雇用差別を受けた人または保険のベネフィットを拒否された人の助けをします。

- **患者援助プログラム (Patient Assistance Programs)**

- **R x アシスト (RxAssist)**

www.rxassist.org

ヘルス・ケアのボランティア (Volunteers in Health Care) という団体がスポンサーをしているウェブサイトで申し込み書を検索できるデータベースを提供しています。

- **処方箋援助の為のパートナーシップ (Partnership for Prescription Assistance)**

www.pparx.org

- **RxHelp**

877-923-6779 (フリーダイヤル)

www.rxhelpforwa.org

ワシントン州住民のためのプログラム。

- **ワシントン州保険委員 (Washington State Insurance Commissioner)**

206-464-6263 or 800-562-6900 (フリーダイヤル)

www.insurance.wa.gov

情報を提供し消費者の苦情を調査します。

医療費請求に使われる用語

Allowed Amount 許容額	医療サービスにかかった費用としてあなたの医療プロバイダーに支払われるべき額があなたの保険会社により決められます。通常、この金額はプロバイダーが請求する額より少なく、事前に交渉された契約や調整により決定されます。あなたが支払う金額と保険会社が支払う金額の合計額がこの Allowed Amount (許容額) を超えるべきではありません。
Benefit Contract 保険契約	健康保険プランとその保険加入者間の法的同意。この契約で保険加入者が入っている保険プランを通して受ける事ができるベネフィットの範囲が定められています。Certificate of coverage または evidence of coverage とも呼ばれます。
Benefits ベネフィット	あなたの保険があなたの医療にかかる費用をカバーして支払う保険契約の範囲。ベネフィットでは Allowed Amount (許容額) のうちあなたが支払いを負担する部分、色々な医療プロバイダーにかかった医療費を保険が支う範囲、そして保険がカバーする医療とカバーしない医療の種類を説明しています。
Brand-Name Drug (ブランド名の薬)	大きな製薬会社により製造された薬品。ブランド名の薬は優先処方薬リスト (formulary) (17 頁の “Formulary” をご覧下さい) に載っていないかもしれません。必要な健康医療のために様々な製薬会社が競合して出している薬もあります。製薬会社と値段契約が出来ている場合にはあなたの健康保険プランの優先処方薬リストに具体的な薬のブランド名が載っているかもしれません。この様な優先処方薬リストに載っているブランド名の薬の値段はジェネリック版のものよりは高いですが、優先処方薬リストに載っていない他のブランド名の薬よりは安いです。優先処方薬リストに載っていないブランド名の薬を買う場合は、保険会社が払う金額が高くなるため、あなたが払う額がより多くなることがよくあります。
Clinical Trial or Research Study (臨床試験または調査研究) (16 頁の “実験的または治療的治療” もご覧下さい。)	研究治療には患者の治療の費用と調査の費用の両方の費用がかかります。患者が試験のグループにはいるかあるいは慣例治療のグループに入っているかに関わらず、リサーチに参加する患者は皆、診察費、入院費、検査費、及びその他の処置費用が治療費として保険でカバーされる可能性があります。調査研究の一部である特殊な検査はあなたの保険がカバーしない場合がありますが、その場合はその研究がその検査費を払うこともあります。あなたの保険あるいは州の保険委員会に問い合わせして下さい。 メディケアは西暦 2000 年にいくつかの臨床試験をカバーし始めました。費用がカバーされる為には、その試験が特定の条件を満たさなければなりません。メディケアは検査、処置、診察の様な治療費とサービス費をカバーしますが、試験薬や臨床試験のデータ収集のみに使われる物はカバーしないかもしれません。臨床試験の中には無料で調査試験薬を提供するものもあります。

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) コブラ (連結包括予算調整法)	被雇用者とその家族が、ある特定の期間、保険を保持できるように保護する連邦法。COBRA は特定の元被雇用者、退職者、配偶者、元配偶者、扶養の子供に団体割引の値段で健康保険を一時的に続けて持つ権利を与えます。保険プランを保持するためには個人がその保険料を支払わなければなりません。通常、個人保険よりは安いです。COBRA は失業、死亡、離婚や類似の事情の様な一定の条件下にのみ適用されます。COBRA は通常、従業員が 20 人以上いる会社に提供された団体健康保険に適用します。州によっては COBRA を受ける資格のない人に引き続き健康保険を提供するよう雇用者に義務付けている州もあります。更に詳しいことはあなたの州の保険委員会に問い合わせして下さい。COBRA の保険料支払い手数料に少額(例、2%)がかかるかもしれません。
Co-insurance コーインシュランス (個人負担額)	あなたの保険プランの内容に従って保険会社が支払った後、あなたが負担して支払わなければならない残りの金額。多くの保険では、患者が Allowed Amount(許容額)の一部を払わなければなりません。例えば、許容額の 70%が保険で支払われる場合には患者は残りの 30%を支払うことになります。もし、あなたの保険プランが優先プロバイダー団体 (preferred provider organization) (19 頁の“ 優先プロバイダー団体 (PPO)” をご覧下さい。) の場合には、保険の優先プロバイダー名簿に載っているネットワーク内のプロバイダーで診療を受けると個人の負担額が安くなります。(18 ページの“ ネットワーク内” をご覧下さい。) 更に詳しくはあなたの保険会社に問い合わせして下さい。
Co-payment (Co-pay) コーペイメント (コーペイ))	医療を受ける時や処方箋薬を買う時にその場で患者が支払う料金。コーペイは受ける医療の内容によって、また、あなたがどのプロバイダーにかかるか(ネットワーク内かネットワーク外)によって異なるかもしれません。処方箋の場合には、ブランド名の薬かジェネリックの薬かによりコーペイの額が異なるかもしれません。
Coordination of Benefits ベネフィットの調整	あなたが複数の保険プランを持っている場合に保険会社間で行なわれる調整の仕方。自分が勤めている会社を通して保険に加盟している以外に配偶者やドメスティック・パートナーの会社を通して保険に加盟しているという方の様に、1つ以上の営利保険でカバーされている方々がいます。もし、1つ以上の保険プランに入っている場合には、第一の保険が支払った後の残りの医療費を第二の保険がどれだけカバーするかを第二の保険会社に問い合わせ確認して下さい。(19 頁の“ 第二の保険” をご覧下さい。)
CPT Code (Current Procedural Terminology Code) CPTコード	請求を標準化するための 5 桁の数字のシステム。医療の種類ごとに特有の CPT コードが付けられています。この符号を使うことで医療プロバイダーと保険会社との間の医療費請求の通信と追跡をより効率良くしています。

Deductibles 免責額	保険プランが医療費の支払いを開始する前まで患者が自己負担して支払う金額。たいていの場合、暦年ごとに一人一人につき免責額が適応します。そして、通常、免責額が高いほどあなたが払う保険料は、安いです。免責額は PPO（優先プロバイダー）の場合、検査、入院、外来診察、医師の診察のような全ての医療に適応します。保険プランの中には外来診察費を免責の対象から外しているものもあります。また、HMO（健康管理団体）の中には特定の医療につき免責額を設けているものもあります。
Disability Income Insurance 障害者所得保険	障害者の定期的な所得の一部を負担するために雇用主が加盟する保険。あなたが健康上の問題が発生する前まで働いていたならば、あなたの雇用主が障害者所得保険を提供する事があります。所得保険には－短期保険と長期保険－の 2 種類があります。 ● 短期障害者保険はあなたが医学的理由で仕事から離れる場合にあなたの給料の一部、たいていの場合 60%を払います。短期障害保険は通常給料の一部を 3 ヶ月間から 6 ヶ月間払います。 ● 長期障害者保険はあなたが障害者であると考えられ仕事をする事が出来ない限り、あなたの給料の一部、たいていの場合 60%を払います。しかし、この場合、保険が開始するまで、90 日間という様な、ある最低期間、障害がある事が条件です。
Effective Date 発効日	保険契約が有効になる開始日。
Eligibility 適格性	その人がその保険プランに加盟するための条件を満たしているかどうかの決定。
Experimental or Investigational Treatments 試験的または調査的治療 (14 ページの “Clinical Trial or Research Study” もご覧下さい。)	効果があると医学的にまだ証明されていない治療。これらの治療は健康保険でカバーされる場合もカバーされない場合もあります。いくつかの州では調査的治療がカバーされることを義務付けています。カバーされるかどうかはあなたの保険会社と州の保険委員会に問い合わせして下さい。
Explanation of Benefits (EOB) 保険給付説明書	保険会社がプロバイダーから送られてきた請求を処理した後、保険会社からあなた宛に送られてくる説明書。保険給付説明書は請求額、Allowed Amount (許容額)、プロバイダーに支払われた額、Co-payment (コーペイ)、Deductibles (免責額)、あなたが支払わなければならない Co-insurance (個人負担額)を記載しています。保険給付説明書には個人のあるいは家族の医療給付の動きを詳しく記載しているものもあります。7 頁と 10 頁もご覧下さい。

Flexible Spending Account フレキシブル・スペンディング口座 (FSA または Flex Account)	所得税を引く前の給料から限定の経費の為に一定額を差し引いて確保しておくことを認めた被雇用者のためのベネフィット。限定の経費には子供の保育費や保険でカバーされない医療費が含まれます。確保する額は、前もって決めなければなりません。そして被雇用者はその年の終りまでその全額を使いきらなかった場合にはその口座の残高を失います。
Formulary (優先処方薬リスト)	優先処方薬のリスト。保険プランと患者がそれぞれ、とれだけ薬代を負担するかに基づいて、このリストで薬品をグループ分けまたは段階分けしています。
Generic Drug ジェネリック薬	大手の薬品会社により製造されずブランド名が付けられていないがために値段が安い実証済みの利点がある薬品。殆んどの場合、このグループに入っている薬はあなたの自己負担額が一番少ないです。但し、全ての薬に対してジェネリックの選択肢があるわけではありません。
Health Maintenance Organization (HMO) (HMO – 健康管理団体)	保険料前払いのプランで管理された医療ケアのタイプ。HMO に加入している人は医師による診察、病院での医療、検査、救急治療などの医療のために、通常、毎月保険料を支払い、また、医療サービスを受ける時にその場でコーペイと呼ばれる少額の手数料を払います。HMO はプロバイダーおよび病院と協定をしており、HMO に加盟しているプロバイダーと施設のみにしかコーペイが適応しません。事前にHMO から認可をうけてHMO 外で医療を受ける事も出来ますが、その場合にはベネフィットが削減されて医療費が払われるかもしれません。ベネフィットの詳しいインフォメーションはあなたの保険プランを調べて下さい。
Health Plan ヘルス・プラン	ヘルス・プランに加入すると、そのプランがその加入者の医療費を全額、あるいは一部を支払います。健康保険の種類には団体ヘルスプラン、個人ヘルスプラン、労災補償、そしてメディケアやメディケイドの様な政府のヘルスプランがあります。健康保険は更に医療費型（従来の保険）と健康管理型に分類されます。団体、個人、どちらの保険プランにも医療費型と健康管理型があります。
Health Savings Account (HSA) 医療貯蓄口座 (HSA)	医療費の支払いに税引き前のお金を使用する口座。HSA は全ての人が対象となる税制上の優遇です。拠出金は毎年、1 年ごとに最高額が制限され、個人または雇用主により口座に入られます。拠出金は長期投資され、歯、視力、大衆薬品のようなたいいていの医療を含む、資格のある医療の支払いに使う事が出来ます。フレキシブル・スペンディング口座とは異なり、この口座のお金を使わなかった場合には毎年翌年に繰越し貯蓄されます。

Individual Insurance 個人保険	団体保険の加盟としてではなく個人が購入する健康保険。
In-Network ネットワーク内	あなたの保険会社と契約し優遇扱いになっている医師、病院、その他の医療プロバイダーからなるグループ。保険によっては、ネットワーク内に入っていないプロバイダーによる医療費をカバーしなかったり、ベネフィットを削減することがあります。あなたがネットワーク内のプロバイダーから医療サービスを受けると保険プランの最高レベルのカバーがされます。
Lifetime Maximum Coverage 生涯最高補償額	保険が補償する上限または制限。この金額は保険プランにより異なります。ある特定のベネフィットに制限があり、プランの全体の制限に対して加算されます。
Lifetime Transplant Maximum 生涯移植限度額	保険プランが患者の生涯中に特定の移植に関連する医療費を支払う総額。
Medicaid メディケイド	低所得で医学的に障害のある人の為の州を通して入る健康保険プラン。メディケイドは医療費を 100%カバーします。資格があるかどうか、申し込みについてはあなたの地元の保険課かソーシャルサービス課に問い合わせして下さい。
Medicare メディケア	連邦政府を通して運営されている健康保険プラン。メディケアは社会保障障害者 (Social Security Disability) の補助を最低 2 年間受けている人、または、65 歳以上の人の為のものです。 メディケアには 2 つの部分—パート A とパート B があります。パート A は入院をカバーします。パート B は入院中と外来診察での医師の費用および承認された外来費用をカバーします。メディケアには沢山の免責と個人負担があります。
Medicare Supplements or “Medigap” Policies メディケア補足保険、又は“メディギャップ”保険	メディケアを補足する保険。たいていの場合、この保険でメディケアのコピーと免責額がカバーされて支払われます。あなたの補足保険の負担がどの様にメディケアと調整されるかをあなたの保険会社に問い合わせして下さい。
Out-of-Network ネットワーク外	優先プロバイダー団体 (PPO) のプログラムの優先プロバイダーのリストに載っていないプロバイダーによる医療。HMO のプログラムでは、この用語はプライマリー・ケア・プロバイダーにより提供されていない、または、承認されていないカバーされた医療を指します。

Out-of-Pocket Maximum 自己負担最高額	保険会社が医療費の全額を払い始めるまであなたが払わなければならない最高額。 各プランが暦年の一年間の最高額を設定しています。最高額に達すると、その年の残りに発生する医療の許容額を 100%保険のプランが支払います。保険会社の中にはこの最高額の枠の中に不妊治療費や処方箋薬代を含めていない場合もあります。また、ネットワーク外のプロバイダーによる医療に対して自己負担最高額を増額している保険会社もあります。
Point of Service (POS) ポイント・オブ・サービス	保険加入者がネットワークに入っているプロバイダーからでもネットワークに入っていないプロバイダーからでも医療を受けることを認めている種類の保険。 通常、ネットワーク外のプロバイダーの医療を受けた場合、患者が負担する金額が多いです。
Pre-existing Condition 既存の疾患	新しく保険契約する以前にある特定の期間に治療を受けた事がある疾患。 契約前のこの期間（30 日、60 日、90 日、6 ヶ月間など）のことを“ look-back（振り返り期間）” と呼びます。ここでの“ Treatment（治療）” の定義は医療アドバイスや推薦、処方薬、診断、治療を受けることです。既存の疾患が新しい保険でカバーされていないことがあります。あなたの保険プランまたは州の保険委員会に問い合わせる既存の疾患の決まりを確認して下さい。たいていの団体保険では、あなたが団体保険を継続し、保険のカバーが証明されていて、保険のカバーの途切れた期間がない場合には既存の疾患は新しい保険プランでカバーされます。
Preferred Provider Organization (PPO) 優先プロバイダー団体	その団体の優先プロバイダーのリストに載っているプロバイダーから医療を受けるとより多く医療額をカバーする医療団体。 P P Oの中には、医療をコーディネートし必要に応じて専門医に照会するプライマリー・ケア・ドクターを選択することを必要とするものもあれば、また、患者が自分で専門医を選択することを認めているものもあります。P P OによってはそのP P Oに加盟していない医師やその他の医療専門家による医療については保険のカバーを低く設定してある場合があります。
Secondary Insurance 第二保険	複数の保険プランでカバーされている人の場合、第一の保険が医療費請求のうちその保険が負担する部分をを支払ったあと、その残りの部分を第二保険がカバーします。 (15 ページの “Coordination of Benefits” をご覧下さい。)
Self-Insured Health Plan 自己補償健康保険プラン	雇用主がヘルス・ケアのベネフィットを被雇用者に提供するリスクを想定して雇用主が入る団体健康保険。 医療費全額を雇用主が支払います。たいていの場合、雇用主は破滅的な高額な医療費請求のリスクに備えてストップ・ロス保険を買います。

ご質問は？

このシオリの 11 頁－13 頁の“ 助けの探し方” をご覧ください。

Social Security Disability Insurance 社会保障 障害者 (SSD) 保険	障害がある人の為の連邦政府による所得補助プログラム。 社会保障庁 (Social Security Administration/SSA) は腎臓病や糖尿病のような様々の疾患による障害について独自の定義をしています。申し込み手続きに何ヶ月もかかります。認可されたら、あなたが給与税を通して社会保障 (Social Security) に支払ってきた額に基づいて計算された金額が毎月あなたに支払われます。社会保障障害者 (SSD) であると認められるためには、あなたの障害が次ぎにあげる条件のうちの 1 つを満たしていなければなりません。： • これまで既に最低 1 年間続いている、または、これから先最低 1 年続くと予想される。 • 終身である。 • 結果が死に至ると予想される。 あなたが保障額を受け取り始める前の最低 5 ヶ月間あなたに障害があったと社会保障庁が考えなければなりません。。
Social Security Income (SSI) 社会保障所得 (SSI)	社会保障制度 (Social Security System) への払い込みが充分なだけ働いていない為に社会保障障害者 (SSD) 資格のない障害者のために社会保障庁 (SSA) が行ってる障害者所得プログラム。 障害条件は社会保障障害者(SSD)と同様です。しかし、社会保障所得 (SSI) には厳しい所得と経済面の制限があります。
Third-Party Payer 第三者支払人	患者 (第一者) や医療プロバイダー (第二者) の他に医療費請求に関わる組織。
Usual, Customary, and Reasonable (UCR) 通常、慣例且つ、合理的	一般的には、プロバイダーから請求される値段。 明確には、その医療請求額は、地理的に同じ地域内の複数の他のプロバイダーが同じ医療行なった場合に請求する金額帯の枠内であるならば、“ 通常かつ慣例” の値段であると考えられます。
Waiting Period 免責期間	保険加入者がその保険プランに加入した日からその保険のベネフィットが有効になるまでの期間。

UNIVERSITY OF WASHINGTON
MEDICAL CENTER

UW Medicine

Patient Care Services

Box 359420

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