



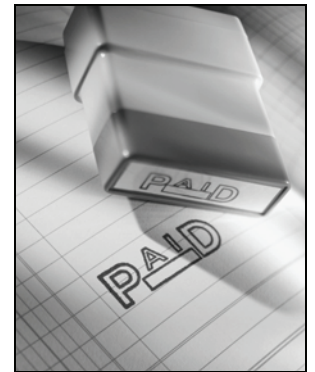
Educación del paciente

Servicios de Atención al Paciente



Asuntos Financieros

Administrar sus facturas de atención a la salud del centro Médico de la Universidad de Washington (UWMC)





Atención Centrada en el Paciente y la Familia

en el Centro Médico de la Universidad de Washington

El Centro Médico de la Universidad de Washington (UWMC) proporciona atención a la salud a través de un abordaje denominado Atención Centrada en el Paciente y la Familia (PFCC). PFCC invita a los pacientes a que participen en su propia atención a la salud tanto como deseen.

PFCC también involucra activamente a los pacientes, la familia y el personal como participantes que tienen toda voz en el desarrollo de los programas y las normas, e influyendo las interacciones día a día en el centro médico. Algunos de sus conceptos primordiales son comunicación, intercambio de información, elecciones, respeto, compañerismo y entendimiento de que la presencia de la familia es una fortaleza, no un inconveniente.

La atención centrada en el paciente y la familia conduce a mejores resultados de la salud, a una asignación acertada de los recursos y a una mayor satisfacción del empleado, el paciente y la familia. Es simplemente lo indicado para hacer.

Sin la práctica de la atención centrada en el paciente y la familia de UWMC, “*Asuntos Financieros*” no hubiera sido redactado. Un equipo dedicado de pacientes, miembros de familia y personal produjeron este recurso. Todos son miembros del Consejo Consultivo de Oncología para Pacientes Hospitalizados y todos agregaron ideas, información y sugerencias valiosas en base a su propia pericia y experiencia.

Para obtener mayor información acerca del Consejo Consultivo de Oncología para Pacientes Hospitalizados, otras Actividades Consultivas sobre los Pacientes y las Familias, o la atención centrada en el paciente y la familia en UWMC, por favor póngase en contacto con:

Hollis Guill Ryan

Atención Centrada en el Paciente y la Familia, UWMC

206-598-2697

hollisr@u.washington.edu

Educación del paciente

Servicios de Atención al Paciente



Asuntos Financieros

Administrar sus facturas de atención a la salud del centro Médico de la Universidad de Washington (UWMC)

Este manual proporciona información y consejos de los pacientes y sus familias para ayudarle a entender, organizar y manejar sus facturas por servicios de atención a la salud. La mayor parte de esta información está basada en cómo funciona la facturación en el Centro Médico de la Universidad de Washington (UWMC). Sin embargo, muchos de estos consejos pueden ayudarle a organizar y manejar también las facturas de otros proveedores de atención a la salud.

Contenidos

Sobre sus facturas de atención a la salud	2
<i>Aranceles del establecimiento, honorarios profesionales, servicios basados en el proveedor, otros proveedores y establecimientos</i>	
Cómo organizar sus registros financieros de atención a la salud	3
Facturas de ejemplo de UWMC	5
Preguntas comunes sobre las facturas de atención a la salud	7
Facturar a su seguro	9
<i>Declaración resumida de cargos, explicación de beneficios (EOB), responsabilidad del paciente.</i>	
Consejos para trabajar con el Servicio al Cliente	10
Dónde encontrar ayuda	11
<i>Departamentos de UWMC, otras agencias/organizaciones, recursos para la planificación financiera</i>	
Términos utilizados en la facturación de atención a la salud	14

Comprendemos que este puede ser un momento estresante para usted y sus seres queridos. Administrar el dinero y las facturas de atención a la salud podría ser su mayor preocupación o podría ser lo último en lo que está pensando. Para mucha gente es abrumador atender asuntos de dinero, facturas por atención a la salud y sistemas complicados.

Esperamos que este manual sea útil. El mismo incluye:

- Información general sobre las facturas de atención a la salud.
- Sugerencias sobre cómo organizar sus registros.
- Consejos sobre cómo interpretar las facturas de UWMC.
- Respuestas a preguntas frecuentes sobre la facturación al paciente.
- Recursos e información de contacto para los departamentos, las agencias y las organizaciones relacionadas con este tema.
- Definiciones de términos utilizados en asuntos de facturación de la atención a la salud.

Acerca de sus facturas de atención a la salud

Después de su estadía en el hospital o visita a la clínica, es probable que usted reciba al menos 2 facturas por separado, dependiendo de los servicios que fueron proporcionados. Estas son las explicaciones de los diferentes tipos de facturas que usted podría recibir:

Aranceles del establecimiento

Facturas de Servicios Financieros del Paciente (PFS) por servicios proporcionados a pacientes de UWMC. Los servicios facturados por PFS se denominan *aranceles del establecimiento*. Estos incluyen estadía en el hospital, visitas clínicas y otros servicios tales como rayos X, pruebas de laboratorio y terapias. Usted recibirá una factura aparte por estos servicios del centro médico.

Honorarios Profesionales

Usted podría también recibir una factura de UW Physicians (UWP) por *honorarios profesionales*. Estos honorarios son por servicios proporcionados por médicos individuales.

Servicios basados en el proveedor

Para *servicios basados en el proveedor* en las clínicas de UWMC, se le cobrará tanto una tarifa del establecimiento como un honorario profesional. La tarifa del establecimiento puede ser tanto como, o mayor que, la tarifa profesional, dependiendo de los servicios proporcionados. Las clínicas basadas en el proveedor incluyen las UWMC Pacific Clinics, UWMC Roosevelt Clinics, Eastside Specialty Center, UW Medicine Regional Heart Center-Alderwood, UWMC Prosthetics and Orthotics Clinic y Center on Human Development and Disability.

Otros proveedores y establecimientos

Los pacientes también pueden recibir facturas por visitas y servicios que involucren a otros proveedores, incluyendo Seattle Cancer Care Alliance, Children's University Medical Group, compañías de ambulancia tales como Airlift Northwest, y Certified Registered Nurse Anesthetists (facturadas por Support Med). Para obtener información sobre las facturas de proveedores en otros establecimientos no mencionados anteriormente, por favor póngase en contacto directamente con ellos.

Como organizar sus registros de atención a la salud

Organizar sus facturas podría ser lo último en lo que está pensando cuando enfrenta una cirugía, una estadía en el hospital, problemas de salud crónicos, u otros asuntos de atención a la salud. Pero en la mayoría de los casos, mantener sus registros organizados ayudará a reducir su estrés general.

Es posible que desee pedirle a alguien de su confianza que le ayude a mantener sus registros organizados. Con un sistema establecido, usted podrá encontrar la información cuando la necesite, podrá mantener un registro de la información y será más fácil detectar errores si estos se producen.

Todos tenemos maneras diferentes de organizar los registros. Podría ser de ayuda comenzar decidiendo:

- Cómo quiere organizar – si utilizará:
 - Un sistema computarizado, incluyendo qué tecnología usará y cómo nombrará las carpetas y archivos electrónicos.
 - Un sistema en papel, incluyendo utilizar carpetas, archivadores y codificación de color.
 - Una combinación de un sistema computarizado y papel.
- Qué documentos conservar y cuáles pueden descartarse.
- Qué papeles copiar y dónde mantener las copias.
- En qué orden poner las facturas – por fecha de recepción, por proveedor, o por número de factura o fecha.

Estos son algunos consejos útiles para organizar facturas y otra información, proporcionados por pacientes presentes y pasados, y por miembros de las familias:

- En mis carpetas, tengo secciones para EOBs (explicación de beneficios), cargos profesionales, cargos de establecimiento, gastos relacionados (tales como gastos de terapia ocupacional, fisioterapia, recetas, estacionamiento) y otros gastos médicos (tales como visitas al dentista u oculista).
- Haga copias del anverso y reverso de sus tarjetas de seguro – su número de plan puede cambiar de año a año y es bueno poder hacer referencia al número correcto del grupo si los cargos no se pagan de manera oportuna.
- Encuentro más fácil ordenar EOBs y facturas por la fecha del servicio. Conservo todas estas carpetas en una gran bolsa plástica con cierre. De esa manera están todas en un solo lugar y, si las dejo caer en la lluvia, están protegidas y no saldrán volando por todas partes. Mantengo las facturas de los diferentes establecimientos en carpetas separadas.
- Podría resultarle conveniente guardar el documento que explica los beneficios de su seguro con sus registros financieros de atención a la salud. Es en el mejor de sus intereses saber cuáles son sus beneficios.
- Podría resultarle conveniente evaluar la posibilidad de dedicar una tarjeta de crédito para todos los cargos médicos. Conserve los estados mensuales en sus archivos. A fin de año, si detalla su declaración de impuestos y sus gastos están por encima de un cierto porcentaje de sus ingresos, puede deducir parte del dinero que pagó. Simplemente sume los 12 estados y estará preparado(a) para calcular esta porción de sus impuestos.

Estas son copias de facturas reales de UWMC. El saldo adeudado figura al reverso del estado (vea la siguiente página).

Muestra del estado de cuenta (anverso)

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	

Muestra del estado de cuenta (reverso)

Preguntas comunes acerca de las facturas de atención a la salud

¿Por qué he recibido más de 1 factura por la misma fecha del servicio?

En la mayoría de los casos, usted recibirá por lo menos 2 facturas. La mayoría de las veces, las facturas son de:

1. El hospital (*aranceles del establecimiento*).
2. El médico u otro proveedor de servicios profesionales (*honorarios profesionales*).
3. Servicios Financieros del Paciente (*aranceles del establecimiento* para pacientes de UWMC por servicios tales como estadía en el hospital, visitas clínicas, rayos X, pruebas de laboratorio y terapias).

Consulte las páginas 2 y 3 de este manual para obtener mayor información acerca de los tipos de facturas.

¿Qué es una Explicación de Beneficios (EOB)? ¿Debo pagar alguno de los montos que aparecen en este estado de cuenta?

Es posible que su compañía de seguros de salud le envíe una Explicación de Beneficios, también denominada EOB, después de que usted o su familia reciba servicios de un médico, especialista, hospital u otro establecimiento médico. Este estado de cuenta NO es una factura que usted deba pagar. Si usted debe dinero, recibirá una factura del médico o establecimiento cuyos servicios utilizó.

La EOB le permite saber que su plan de salud ha recibido su reclamo. Explica los servicios proporcionados, las tarifas involucradas, cuánto es posible que haya pagado ya como copago, los montos deducibles, cuánto pagó su seguro, y qué monto debe pagar usted.

En la mayoría de los casos, usted recibirá una EOB solamente cuando haya aranceles que usted deba pagar. El total que usted adeuda figura bajo “Responsabilidad del Paciente” (“Patient Responsibility”). Este monto podría incluir aranceles tales como copagos que usted ya haya pagado. Algunas compañías de seguro envían una EOB aún si usted no debe nada.

Cada compañía de seguros utiliza su propio formulario para su EOB. Si usted tiene preguntas acerca de una EOB que reciba, póngase en contacto con la compañía de seguros que figura en el estado de cuenta.

¿Qué sucede si no tengo seguro de salud?

Si no tiene cobertura de seguro de salud, usted debe pagar su factura en el transcurso de 30 días después de recibirla – a menos que haya solicitado ayuda financiera y esté esperando una decisión, o que haya hecho otros acuerdos de pago con Servicios Financieros al Paciente de UWMC (206-598-1950, o llamadas gratuitas: 877-780-1121). Consulte “¿Qué hago si no puedo pagar parte o toda mi cuenta?” en la página 9.

¿Por qué no pagó mi seguro toda la cuenta del hospital?

Algunos cargos podrían no estar cubiertos por su seguro. Si este es el caso, pagarlos es su responsabilidad. Estos cargos se detallan en el estado de cuenta de su seguro bajo “Responsabilidades del Paciente” (“Patient Responsibility”). (Consulte la pregunta en la página 7 sobre enunciados de Explicación de Beneficios).

Los cargos que podrían no estar cubiertos por su seguro incluyen:

- Deducibles.
- Coaseguro y/o copagos.
- Limitaciones de Beneficios tales como artículos o servicios no cubiertos bajo su plan de seguro.
- Exclusiones del programa Medicare. (Consulte su Manual de Medicare para una lista completa).

Revise su Explicación de Beneficios (EOB) o póngase en contacto con su compañía de seguro si tiene preguntas específicas. Asegúrese de tener su EOB a mano cuando llame.

¿Con quién me pongo en contacto para actualizar la información de mi seguro u otra información sobre facturación?

Si alguna información de su seguro ha cambiado desde que usted se inscribió, debe notificar a **2 oficinas** tan pronto como sea posible:

1. Servicios Financieros/Asesoramiento Financiero de UWMC

- Días de semana, de 8 a.m. a 5 p.m.: 206-598-4320
- Después de horas de oficina, durante fines de semana y feriados, llame a Admisión: 206-598-4310

2. UW Physicians (UWP)

206-543-8606 o 888-234-5467 (llamadas gratuitas)

¿Qué sucede si pienso que mi reclamo fue denegado debido a falta de información o información incorrecta?

Los reclamos de seguros pueden ser denegados debido a falta de información o a información incorrecta en el reclamo. Si usted considera que su reclamo fue denegado por esta razón, llame inmediatamente a Servicios Financieros para el Paciente al 206-598-1950 (llamadas gratuitas: 877-780-1121). Ellos tomarán su información corregida, actualizarán su cuenta y/o facturarán nuevamente a su seguro.

¿Qué hago si necesito mayor información para facturar mis Ahorros Médicos o mi Cuenta de Reembolso de Atención a la Salud?

La información que usted necesita para presentar un reclamo de seguro a una Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) o a una Cuenta de Reembolso de atención a la Salud variará. Usted podría tener que proporcionar información que no está detallada en su factura, tal como el nombre de su médico o el diagnóstico. Si usted necesita esa información, llame a Servicios Financieros para el Paciente al 206-598-1950 (llamadas gratuitas: 877-780-1121) los días de semana, de 8 a.m. a 5 p.m.

También puede dirigirse en línea al sitio Web del Servicio al Cliente de Servicios Financieros para el Paciente y solicitar un informe de los Detalles del Cargo. Este informe proporcionará más información que su factura.

Diríjase a:

<http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm> y pulse sobre “Contact us or submit your billing question online” (“Póngase en contacto con nosotros o haga su pregunta sobre facturación en línea”).

¿Qué hago si no puedo pagar parte o toda mi factura?

Es posible que usted pueda desarrollar un plan de pagos para sus facturas médicas. Para averiguar más, llame a Servicios Financieros para el Paciente de UWMC (206-598-1950 o llamadas gratuitas: 877-780-1121).

Se dispone de atención caritativa para los residentes de Washington sólo para servicios que sean médicamente apropiados. La atención médica *optativa* – atención que no sea necesaria para la salud física del paciente – no está cubierta por la atención caritativa. Para ser elegibles para la atención caritativa, los pacientes deben cumplir con las directrices federales sobre ingresos y tener la documentación de respaldo que se exige.

Para solicitar atención caritativa, el paciente debe:

- Pedir una Solicitud de Caridad antes, durante o después de haber recibido los servicios en UWMC.
- Presentar su solicitud totalmente completada en el transcurso de 14 días a partir de su solicitud original.
- Incluir la verificación de ingresos y los documentos de respaldo, tales como extractos bancarios, con su solicitud completada.

Facturar a su seguro

Si usted dio la información de su seguro al centro médico, no necesita hacer nada después de recibir su estado de cuenta detallado. Nosotros facturaremos al seguro o a otro plan de salud.

Si ha cambiado su cobertura de salud, consulte “¿Con quién me pongo en contacto para actualizar la información de mi seguro u otra información sobre facturación?” en la página 8.

Estado resumido de cargos

Existen muchos pasos en el proceso de facturación. Primero, la persona que figura como “garante” en la cuenta del paciente recibirá un *estado resumido de cargos* por parte de Servicios Financieros para el Paciente. Este estado de cuenta detalla los servicios recibidos en UWMC. Este estado no incluye los servicios profesionales facturados por UW Physicians ni por otros proveedores.

Explicación de Beneficios (EOB)

Después de procesar su reclamo, la mayoría de los aseguradores, incluyendo Medicare, le enviarán una *Explicación de Beneficios* (EOB). Este formulario describe qué servicios fueron cubiertos por su seguro y cuál es su saldo o “Responsabilidad del Paciente”. (Consulte las páginas 7 y 16 para obtener mayor información sobre las EOBs).

Si tiene preguntas sobre su EOB, póngase en contacto con su plan de Salud o con Servicios Financieros para el Paciente. Tenga su EOB a mano cuando llame, escriba o envíe un correo electrónico.

Responsabilidad del Paciente

Recuerde: Las tarifas que figuran bajo “Responsabilidad del Paciente” vencen 30 días después de la fecha en que usted recibe la factura de su médico o establecimiento médico.

Los cargos que no son pagados por su seguro y que usted debe pagar incluyen:

- Deducibles.
- Coaseguro y/o copagos.
- Limitaciones de beneficios – artículos o servicios no cubiertos por su plan de seguro.
- Exclusiones del programa Medicare. (Consulte su Manual de Medicare para un listado completo).
- Reclamos que su seguro de salud deniega debido a falta de información o información incorrecta del suscriptor.

Por favor tome nota de que en casos de responsabilidad de terceros, tales como accidentes de automóvil, usted es responsable del pago. Nosotros no mantendremos cuentas abiertas hasta que se llegue a un acuerdo en estos casos.

Consejos para trabajar con Servicio al Cliente

Estos son algunos consejos de pacientes presentes y pasados, y miembros de las familias, que podrían ser de utilidad:

- **Si usted llama al servicio al cliente en su compañía de seguro o proveedor de atención a la salud, es de mucha ayuda anotar la fecha, la hora y el nombre de la persona con la que habló, especialmente si se trata de beneficios.**
- **Intente establecer una relación con un representante de servicios al cliente, y obtener su número directo. De esa manera no tendrá que repetir su relato a una persona nueva cada vez que llame.**

- Para un caso cargado de emociones fuertes, o si usted se siente realmente frustrado(a), podría resultarle conveniente autorizar a un proveedor de cuidado a que llame o intervenga en su nombre. Por favor tenga en cuenta que es posible que usted deba dar su consentimiento para ello. Hable con su compañía de seguro para averiguar cómo autorizar a alguien para ser su portavoz.
- Si sus reclamos no se han pagado correctamente, no dude en llamar y hacer que los procesen nuevamente. Usted necesitará saber cuáles son sus beneficios y asegurarse de que se paguen correctamente.
- Las facturas de UWMC y Seattle Cancer Care Alliance (SCCA) utilizan el mismo sistema de numeración, pero eso es todo lo que tienen en común. Usted debe llamar a SCCA para preguntas de SCCA y a UWMC para preguntas de UWMC. Resulta de ayuda organizar las facturas por su número, dado que ya están en orden cronológico. También puede detectar si le está faltando alguna porque tendrá espacios en la secuencia numérica. Las facturas de UW Physicians son totalmente diferentes, en cuanto a que ellas enumeran múltiples fechas de servicio para cada médico en la misma factura.
- Si hay algún tipo de problema con el seguro, sea perseverante y no se dé por vencido.

Dónde encontrar ayuda

Departamentos UWMC

- **Asesoramiento Financiero** – Un asesor financiero puede ir a su habitación para conversar con usted mientras usted está en el hospital. O usted puede visitar su oficina, junto a Admisiones en el 3er piso. Para Programar una visita, llame al 206-598-4320 los días de semana, entre las 8 a.m. y las 5 p.m. Los Asesores Financieros pueden ayudarles a usted y a su familia:
 - A entender sus facturas del hospital y las opciones de pago por su estadía en el hospital.
 - A trabajar con las compañías de seguro, DSHS y Medicare.
 - A solicitar Medicaid y otra ayuda financiera.
- **Servicios Financieros para el Paciente** – Días de semana, de 8 a.m. a 5 p.m., llame al 206-598-1950 o al 877-780-1121 (llamadas gratuitas). O, visite <http://uwmedicine.washington.edu/PatientCare/PatientAndVisitorInfo/HospitalBill/Contact+Us.htm>.

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

Otras agencias/Organizaciones

- **Airlift Northwest**
206-521-1616 o 866-245-4373 (llamadas gratuitas)
<http://airliftnw.org>

- **Basic Health Plan**
800-660-9840 (llamadas gratuitas)
www.basichealth.hca.wa.gov

Basic Health es un plan de seguro de salud patrocinado por el Estado de Washington. Usted no puede inscribirse en este plan si reúne los requisitos para Medicare.

- **Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs)**
425-353-2840
- **Children's University Medical Group (CUMG)**
206-987-8450 o 888-675-2864 (llamadas gratuitas)
- **Disability Income Insurance** (Incapacidad de corto plazo, SSD, SSI) Social Security Disability
800-772-1213 (llamadas gratuitas)
www.socialsecurity.gov
- **Medicaid**
En el condado de King: 206-341-7750, 800-346-9257 (llamadas gratuitas), o sistema TTY 800-833-6384
Otros condados de Washington: llame a su oficina local de Home and Community Services (HCS)
www.adsa.dshs.wa.gov/pubinfo/benefits/medicaid.htm

Medicaid es un plan de seguro de salud administrado por el estado de Washington para personas que tienen ingresos muy bajos y están médicamente incapacitadas. Éste pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos. Hable con su asesor financiero o trabajador social para ver si usted reúne los requisitos. Otros estados ofrecen planes similares.

- **Medicaid**
800-633-4227 (800-MEDICARE) 24 horas al día, los 7 días de la semana
www.medicare.gov

Medicare es un plan de seguro de salud administrado por el gobierno federal. Es para personas que tienen al menos 65 años de edad, que están bajo diálisis, que tuvieron un trasplante renal, o han estado en Social Security Disability al menos 2 años. Medicare tiene una cantidad de deducibles y copagos.

Existen 2 partes en Medicare:

- La Parte A cubre estadias en el hospital.
- La Parte B cubre honorarios médicos por sus servicios de pacientes hospitalizados y externos, más todos los gastos aprobados para pacientes externos.

- **Seattle Cancer Care Alliance (SCCA)**
206-288-1109 o 877-849-8368 (llamadas gratuitas)
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 (llamadas gratuitas)
www.vba.va.gov
- **Washington State Health Insurance Pool (WSHIP)**
800-877-5187 (llamadas gratuitas)
www.wship.org

WSHIP es un plan de seguro de salud patrocinado por el estado de Washington. Usted debe ser rechazado por otro plan de seguro antes de poder inscribirse en esta cobertura. Los costos pueden ser altos para personas que no están en Medicare. Si usted está en Medicare, el costo es reducido.

Recursos para la planificación financiera

- **Patient Advocate Foundation**
800-532-5274 (llamadas gratuitas)
www.patientadvocate.org
Proporciona apoyo para los pacientes que han experimentado discriminación en el empleo o denegación de beneficios de seguro.
- **Programas de ayuda al paciente**
 - **RxAssist**
www.rxassist.org
Sitio Web patrocinado por una organización denominada Volunteers in Health Care que ofrece una base de datos de búsqueda con formularios de solicitud.
 - **Partnership for Prescription Assistance**
www.pparx.org
 - **RxHelp**
877-923-6779 (llamadas gratuitas)
www.rxhelpforwa.org
Un programa para residentes del estado de Washington.
- **Washington State Insurance Commissioner (Comisionado de Seguro del Estado de Washington)**
206-464-6263 o 800-562-6900 (llamadas gratuitas)
www.insurance.wa.gov
Proporciona información e investiga las quejas de los usuarios.

Términos utilizados en la facturación de atención a la Salud

Monto permitido	Determinado por su seguro para ser el monto que se adeuda a su proveedor por un servicio en particular. Este monto normalmente es menor que el monto facturado por el proveedor y se determina mediante regulaciones o contratos pre-negociados. El total combinado pagado por usted y por su seguro a un proveedor no debería exceder el monto permitido.
Contrato de beneficios	El acuerdo legal entre un plan de salud y sus miembros. Este contrato establece el rango completo de beneficios disponibles para los miembros a través de su plan de atención a la salud. También denominado <i>certificado de cobertura</i> o <i>evidencia de cobertura</i> .
Beneficios	Hasta qué punto la cobertura de su seguro pagará por los servicios que se le proporcionan a usted. Los beneficios podrían describir qué porción del monto permitido podría ser adeudada por usted, el nivel hasta el cual pagarán por los servicios proporcionados por varios proveedores, y qué tipo de servicios cubrirán o no cubrirán.
Medicamentos de Marca	Medicamentos elaborados y vendidos por una compañía farmacéutica importante. Los medicamentos de marca podrían o no estar incluidos en un <i>formulario</i> (vea “Formulario”, página 17). Para cualquier necesidad de salud, podría haber medicamentos rivales de diferentes compañías. El formulario de su plan de salud podría incluir un medicamento específico de marca si se ha realizado un acuerdo de precio con esa compañía. Este medicamento de marca costará más que la versión genérica, pero menos que otros medicamentos de marca que no estén en el formulario. Si usted compra medicamentos de marca que no están en el formulario, con frecuencia paga más debido a que su plan de salud paga más.
Ensayo clínico o estudio de investigación (Consulte también “Tratamientos experimentales o de investigación” en la página 16)	Un tratamiento que está siendo estudiado, que implica tanto costos de atención al paciente como costos de investigación. Los costos de atención al paciente que podrían ser cubiertos por el seguro son las visitas al médico, las estadías en el hospital, las pruebas y otros procedimientos, ya sea que una persona sea parte del experimento, o que esté en el grupo de control que recibe atención tradicional. Es posible que las pruebas especiales que son parte del estudio de investigación no sean cubiertas por su seguro, pero podrían ser pagadas por el estudio. Consulte con su plan de seguro o con el consejo estatal del seguro. En el año 2000, Medicare comenzó a cubrir algunos ensayos clínicos. Para ser cubiertos, los ensayos deben cumplir ciertos criterios específicos. En los ensayos elegibles, Medicare cubrirá tratamientos y servicios tales como pruebas, procedimientos y visitas médicas. Algunos artículos podrían no ser cubiertos, incluyendo el medicamento experimental o los artículos que sólo se utilizan para recolección de datos en el ensayo clínico. Algunos ensayos clínicos proporcionan el medicamento investigativo sin costo.

COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupues - taria)	Una ley federal que protege a los empleados y sus familias en ciertas situaciones, permitiéndoles conservar su seguro de salud existente durante una longitud de tiempo específica. COBRA proporciona a ciertos ex-empleados, jubilados, cónyuges, excónyuges y niños dependientes el derecho a la continuación temporal de la cobertura de salud en tarifas grupales. La persona debe pagar el costo de la prima para conservar su plan de seguro, pero los costos son normalmente menores que la cobertura individual de salud. COBRA se aplica solamente en ciertas condiciones, tales como pérdida de trabajo, muerte, divorcio o eventos similares. COBRA normalmente se aplica a planes de salud grupales ofrecidos por compañías con más de 20 empleados. Algunos estados requieren que los empleadores ofrezcan cobertura de atención a la salud continua a las personas que no reúnen los requisitos para COBRA. Llame al consejo de seguros de su estado para obtener mayor información. Es posible que exista una tarifa pequeña (por ejemplo, 2%) para procesar los pagos de COBRA.
Coaseguro	El monto que usted debe pagar después de que el seguro haya pagado su porción, de acuerdo con su plan de seguro. En muchos planes de salud, los pacientes deben pagar una porción del monto permitido. Por ejemplo, si el plan paga 70% del monto permitido, el paciente paga el 30% restante. Si su plan es de una <i>organización de proveedor preferencial</i> (consulte “Organización de Proveedor Preferencial – (PPO)”, página 19), sus costos de coaseguro serán menores si usted utiliza los servicios de un proveedor <i>en la red</i> incluido en la <i>lista de proveedores preferidos</i> del plan. (Consulte “En la Red”, página 18). Llame a su compañía de seguros para obtener mayor información.
Copago	Una tarifa establecida que el paciente paga en el momento de recibir el servicio o cuando hace surtir una receta. Los montos del copago varían por servicio, y podrían variar dependiendo de qué proveedor (en la red o fuera de la red) usted vea. Para las recetas, los montos del copago podrían variar dependiendo de si son medicamentos de marca versus si son medicamentos genéricos.
Coordinación de los beneficios	Cómo trabajan conjuntamente las compañías de seguro cuando usted tiene más de un plan de seguro. Algunas personas están cubiertas por más de un plan de seguro comercial, por ejemplo, a través de su empleador y a través del empleador de su cónyuge o pareja doméstica. Si usted tiene más de un plan de seguro, revise la póliza secundaria para averiguar cómo cubre los gastos restantes después de que su cobertura principal haya pagado su parte. (Consulte “Seguro Secundario”, página 19).
Código CPT (Código de terminología procedimen- tal vigente)	Un sistema de numeración de 5 dígitos que ayuda a estandarizar la facturación. Hay un código CPT para ciertos tipos de servicios médicos. Utilizar este código permite a los proveedores de atención a la salud y compañías de seguro comunicar y rastrear la facturación con mayor eficiencia.

Deducibles	El monto que un paciente paga antes de que el plan de seguro pague algo. En muchos casos, los deducibles se aplican por persona por año calendario. Y, en la mayoría de los casos, cuanto mayor sea su deducible menor será su prima. Con las organizaciones de proveedor preferido (PPOs), los deducibles normalmente se aplican a todos los servicios, incluyendo pruebas de laboratorio, estadías en el hospital y visitas en la clínica o el consultorio del médico. Algunos planes de seguro no aplican el deducible para las visitas en consultorio. Algunas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs) tienen deducibles específicos a cada servicio.
Seguro de ingresos por incapacidad	Un tipo de seguro llevado por los empleadores para cubrir parte del ingreso regular de un trabajador incapacitado. Si usted estaba trabajando antes de tener su problema de salud, su empleador podría proporcionarle un seguro de ingresos por incapacidad. Existen 2 tipos de seguros de ingresos – de corto plazo y de largo plazo. • <i>El seguro de incapacidad de corto plazo</i> paga una porción de su salario, frecuentemente alrededor del 60%, mientras usted está fuera del trabajo por una razón médica. El seguro de incapacidad de corto plazo normalmente paga una porción de su salario durante 3 a 6 meses. • <i>El seguro de incapacidad de largo plazo</i> paga una parte de su salario, frecuentemente 60%, mientras que a usted se le considere incapacitado e imposibilitado de trabajar. Sin embargo, por lo general usted tendrá que estar incapacitado durante un período mínimo de tiempo, tal como 90 días, antes de que comiencen los beneficios.
Fecha efectiva	La fecha en la cual comienza un contrato de cobertura.
Elegibilidad	Una determinación acerca de si una persona cumple o no los requisitos para participar en el plan.
Tratamientos experimentales o de investigación (Consulte también "Ensayo clínico o estudios de investigación" en la página 14.)	Tratamientos que aún no se ha comprobado médicamente que sean efectivos. Estos tratamientos pueden o no ser cubiertos por el seguro de salud. Algunos estados exigen que los tratamientos de investigación sean cubiertos. Consulte con su plan de seguro y consejo estatal de seguros para ver si hay disponibilidad de cobertura.
Explicación de beneficios (EOB)	Una declaración que le envía su seguro después de que procesa un reclamo que le envió un proveedor. La EOB detalla los montos facturados, los montos permitidos, el monto pagado al proveedor y cualquier copago, deducible o coaseguro que usted adeude. La EOB podría detallar la actividad de los beneficios médicos de una persona o de una familia. Consulte también las páginas 7 y 10.

Cuenta flexible de gastos (FSA o cuenta Flex)	Un beneficio para empleados que permite que se reserve un monto fijo del salario antes de impuestos para gastos calificados. Los gastos calificados podrían incluir el cuidado de niños o gastos médicos no cubiertos. El monto que se reserva se debe determinar con anticipación y los empleados pierden cualquier dinero no utilizado en la cuenta al final del año.
Formulario	Una lista de medicamentos de receta preferidos. El formulario clasifica los medicamentos en grupos, o niveles, en base a qué monto del costo pagará su plan de salud y cuánto debe pagar el paciente.
Medicamento genérico	Fármacos con beneficios comprobados que cuestan menos debido a que no son elaborados por compañías farmacéuticas grandes y no llevan nombres de marca. En casi todos los casos, usted paga el menor desembolso por los medicamentos en este grupo. No todos los medicamentos tienen opciones genéricas.
Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)	Un tipo de atención administrada con un plan prepagado. Las personas inscritas en un plan HMO pagan una prima, generalmente cada mes, para sus servicios de salud tales como visitas al médico, atención hospitalaria, exámenes de laboratorio y servicios de emergencia. También pagan una pequeña tarifa denominada <i>copago</i> en el momento del servicio. El HMO tiene acuerdos con proveedores y hospitales y el copago se aplica sólo a aquellos proveedores y establecimientos afiliados al HMO. Una persona puede recibir atención fuera del HMO con la aprobación previa del HMO, y los pagos para esos servicios pueden ser con un beneficio reducido. Consulte con su plan para obtener información específica sobre los beneficios.
Plan de salud	Cuando una persona forma parte de un plan de salud, el plan paga todos o parte de los costos de atención a la salud de la persona. Los tipos de seguros de salud son planes de salud grupales, planes individuales, compensación al trabajador, y planes de salud gubernamentales, tales como Medicare and Medicaid. El seguro de salud se puede clasificar adicionalmente en pago por servicios prestados (seguro tradicional) y atención administrada. Tanto los planes de seguro individual como los grupales pueden ser planes de pagos por servicios prestados o de atención administrada.
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Una cuenta que utiliza fondos pre-tributarios para pagar parte de los costos de la atención médica. Las HSA tienen beneficios impositivos para todos. Las contribuciones se hacen en la cuenta por la persona o el empleador de la persona, y están limitadas a un monto máximo cada año. Las contribuciones se invierten a través del tiempo y se pueden utilizar para pagar gastos médicos calificados, incluyendo la mayor parte de la atención médica, tal como dental, vista y medicamentos sin receta médica. A diferencia de una cuenta de gastos flexible, los fondos se transportan y se acumulan año tras año si no se gastan.

Seguro individual	Seguro de salud comprado por una persona, no como parte de un plan grupal.
En la red	Un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención a la salud preferidos y contratados con su compañía de seguros. Dependiendo de su plan de seguros, usted podría no tener cobertura para los servicios de proveedores que no están en la red, o sus beneficios podrían verse reducidos. Usted recibirá el nivel más alto de cobertura de su plan de seguro recibiendo servicios de los proveedores en la red.
Cobertura máxima de por vida	Un tope o límite a lo que cubrirá el seguro. Este monto varía en base al plan de seguro. Algunos beneficios específicos tienen límites, y se los carga contra el límite global del plan.
Máximo por trasplante de por vida	El monto total que un plan de seguro pagará por servicios relacionados con un trasplante en particular durante toda la vida de un paciente.
Medicaid	Un plan de seguro de salud a través de su estado para personas que tienen ingresos muy bajos y están médicamente incapacitadas. Medicaid pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos. Para ver si usted reúne los requisitos, póngase en contacto con su departamento de salud local, o su oficina local de servicios sociales para obtener una solicitud.
Medicare	Un plan de seguro de salud administrado a través del gobierno federal. Medicare es para las personas que han estado en Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability) durante al menos 2 años, o que tienen al menos 65 años de edad. Hay 2 partes de Medicare – Parte A y Parte B. La Parte A cubre estadías en el hospital. La Parte B cubre los honorarios médicos para pacientes hospitalizados y externos, y los gastos aprobados para pacientes externos. Medicare tiene una cantidad de deducibles y copagos.
Suplementos de Medicare o pólizas "Medigap"	Pólizas que complementan la cobertura de Medicare. La mayor parte de las veces, estas pólizas pagan los copagos y deducibles de Medicare, pero nada adicional. Consulte con su seguro suplementario para averiguar cómo coordina los beneficios con Medicare.
Fuera de la red	En los programas PPO, la atención proporcionada por un proveedor que no está en la lista de proveedores preferidos. Para los programas de HMO, este término se refiere a servicios cubiertos no proporcionados ni autorizados por el proveedor de atención primaria.

Desembolso máximo	La mayor cantidad de dinero que usted tendrá que pagar antes de que su compañía de seguros cubra todos los costos. Cada plan establece un límite en dólares para el año calendario. Una vez que se alcance ese límite, el plan pagará el 100% del monto permitido para los cargos elegibles durante el resto del año calendario. Algunas compañías de seguros no incluyen ciertos costos en este límite, tales como tratamientos de fertilidad o medicamentos de receta. Otras compañías de seguro incrementan el desembolso máximo para la atención proporcionada por proveedores fuera de la red.
Punto de Servicio (POS)	Un tipo de plan de salud que permite a los miembros optar por recibir servicios de un proveedor participante o no participante de la red de proveedores. Generalmente hay costos más altos para el paciente si recibe servicios de un proveedor fuera de la red.
Condición preexistente	Una condición médica para la cual el paciente ha recibido tratamiento durante un periodo de tiempo específico antes de inscribirse en un plan de seguro nuevo. Este periodo (tal como 30, 60, 90 días, 6 meses, etc.) antes de su inscripción se denomina periodo de “retroactividad”. “Tratamiento” se define como recibir consejo médico, recomendaciones, medicamentos de receta, diagnóstico o tratamiento. <i>Una condición preexistente podría no ser incluida en la cobertura nueva.</i> Consulte con su plan de seguros y/o el consejo estatal de seguros para determinar las normas para las condiciones preexistentes. Para la mayoría de los planes de seguro grupales, si usted tiene cobertura continua y verificada sin vacíos en la cobertura, las condiciones preexistentes son cubiertas por el nuevo plan de seguro.
Organización de proveedor preferido (PPO)	Una organización de atención a la salud que cubre un monto mayor de los costos de atención a la salud si un paciente usa los servicios de un proveedor incluido en su lista de proveedores preferidos. Algunas PPO exigen que las personas elijan un médico de atención primaria que coordinará la atención y se ocupará de las referencias a los especialistas cuando sea necesario. Otras PPO permiten que los pacientes elijan a sus propios especialistas. Es posible que una PPO ofrezca niveles más bajos de cobertura para la atención proporcionada por médicos y otros profesionales de atención a la salud no afiliados con la PPO.
Seguro Secundario	Para personas que están cubiertas por más de un plan de seguro, la póliza secundaria cubre los gastos después de que el seguro principal haya pagado su parte de la factura de atención a la salud. (Ver “Coordinación de beneficios”, página 15).

¿Preguntas?

Consulte “Dónde Encontrar Ayuda”, páginas 11 a 13 de este manual.

Plan de salud auto-asegurado	Un plan de salud grupal en el cual el empleador asume el riesgo de proporcionar beneficios de atención a la salud a sus empleados. El costo para pagar los reclamos lo paga el empleador. Los empleadores con frecuencia comprarán un seguro stop-loss (seguro de exceso de pérdida) para reducir su riesgo ante la eventualidad de un reclamo catastrófico de alto costo.
Seguro de incapacidad del Seguro Social (SSD)	Un programa de asistencia de ingresos administrado por el gobierno federal para aquellas personas con incapacidades. La Administración del Seguro Social (SSA) tiene su propia definición de incapacidad para varias enfermedades, tales como enfermedad renal o diabetes. El proceso de solicitud puede llevar muchos meses. Si se aprueba, el monto mensual que usted recibe se basa en la cantidad de dinero que usted aportó al Seguro Social a través de la retención de impuestos en la nómina de pago. Para ser elegible para SSD, su incapacidad debe cumplir 1 de estas condiciones: • Que haya durado o que se prevea que dure al menos 1 año. • Que sea permanente. • Que se prevea que resulte en la muerte. SSA debe considerarle incapacitado(a) durante al menos 5 meses antes de que usted comience a recibir los beneficios.
Ingresos de Seguro Social (SSI)	Un programa de ingresos por incapacidad a través de SSA para personas incapacitadas que no hayan trabajado lo suficiente para aportar mucho al Sistema del Seguro Social y que, por lo tanto, no reúnen los requisitos para el SSD. Las normas de incapacidad son las mismas que para SSD. Sin embargo, el SSI tiene límites estrictos de ingresos y financieros.
Tercero pagador	Una organización otra que el paciente (primera parte) o proveedor de atención a la salud (segunda parte) que participa en el pago de los reclamos de atención a la salud.
Usual, acostumbrado y razonable (UCR)	En términos generales, el precio cobrado por el proveedor. Específicamente, un cargo por un servicio en particular se considera “usual y acostumbrado” si cae dentro del rango de precios cobrados por el mismo servicio por otros proveedores en la misma área geográfica.
Período de espera	La cantidad de tiempo que los miembros deben esperar después de inscribirse en un plan de seguro antes de ser elegibles para ciertos beneficios.

UNIVERSITY OF WASHINGTON
MEDICAL CENTER
UW Medicine

Patient Care Services

Box 359420

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

© University of Washington Medical Center

Money Matters

Spanish

05/2009

Reprints: Health Online

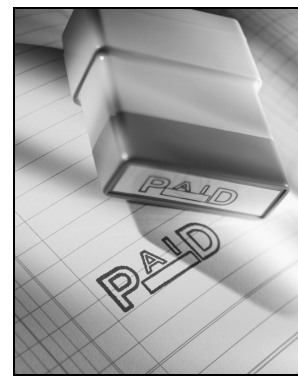
Patient Education

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.

Sample Bills from UWMC

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

University of Washington Medical Center PO Box C-9715 Federal Way WA 98063	UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER UW Medicine																					
03/27/08 9203-6	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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left; padding: 2px;">IF PAYING BY CREDIT CARD COMPLETE BELOW</th> </tr> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;"> </td> <td style="width: 20%; padding: 2px;">EXP DATE</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">AMOUNT</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">CARDHOLDER'S NAME</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">CARDHOLDER ADDRESS</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">ZIP CODE</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">CARDHOLDER SIGNATURE</td> </tr> </table>	IF PAYING BY CREDIT CARD COMPLETE BELOW				EXP DATE	AMOUNT	CARDHOLDER'S NAME			CARDHOLDER ADDRESS	ZIP CODE		CARDHOLDER SIGNATURE			<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Name</td> <td style="width: 30%;">Account #</td> <td style="width: 30%;">Balance</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc; height: 20px;"></td> <td style="background-color: #cccccc; height: 20px;"></td> <td>\$960.25</td> </tr> </table> Statement Date: 03/27/08 Amount Paid: _____ Remit This Payment Stub To: University of Washington Medical Center PO Box 24366 Seattle WA 98124-0366	Name	Account #	Balance			\$960.25
IF PAYING BY CREDIT CARD COMPLETE BELOW																						
	EXP DATE	AMOUNT																				
CARDHOLDER'S NAME																						
CARDHOLDER ADDRESS	ZIP CODE																					
CARDHOLDER SIGNATURE																						
Name	Account #	Balance																				
		\$960.25																				
6 NCO 9101	06 1 2461782 6016 00000096025 8279890000 30 14 9																					

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/UWPPhysicians>

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 (SSD) Insurance	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 SSD, 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 SSD. The disability rules are the same as for SSD. 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