ПЛАН ЗАХОДІВ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Почніть тут.

ПЛАН ЗАХОДІВ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Розуміння того, як користуватись своїм медичним страхуванням, є важливим кроком на шляху до покращення свого здоров'я та самопочуття. Медичне страхування є важливим не лише тоді, коли ви хворі, **воно також є корисним, навіть коли ви не хворієте.**

У цьому Плані заходів пояснюється, що таке медичне страхування та як ви можете використовувати його для отримання первинної медичної допомоги, щоб забезпечити вам та вашій родині тривале та здорове життя.

У цьому Плані заходів використовується термін «план медичного страхування» для позначення витрат на медичне страхування. План медичного страхування вашої родини може покриватися:

- Самостійно, вашим роботодавцем або через приватну страхову компанію.
- Планом на біржі медичного страхування на веб-сайті HealthCare.gov.
- Полісом медичного страхування, придбаним безпосередньо у приватної страхової компанії.
- Страховкою Medicare.
- Страховкою Medicaid.
- Програмою медичного страхування дітей (CHIP).
- Іншими джерелами страхового покриття.

Ви можете:

- Прочитайте План заходів від початку до кінця.
- Перейти до кроку швидкої довідки.

У кінці Плану заходів ви знайдете визначення загальних термінів і ресурсів сфери охорони здоров'я.

Почніть вести здоровіший спосіб життя прямо зараз.

ЗМІСТ

Крок 1: **поставте своє здоров'я на перше місце** 6

Крок 2: **пізнайте аспекти вашого медичного страхування** 9

Крок 3: **дізнайтеся, куди потрібно звертатися для отримання допомоги** 16

Крок 4: **знайдіть постачальника медичних послуг** 18

Крок 5: **запишіться на прийом** 22

Крок 6: **підготуйтесь до свого візиту** 25

Крок 7: **вирішіть, чи підходить вам постачальник медичних послуг** 29

Крок 8: **наступні кроки після вашого візиту** 31

Ресурси: **глосарій і корисні посилання** 35

ШВИДКА ДОВІДКА
ПОБАЧТЕ СВІЙ ШЛЯХ ПОКРАЩЕННЯ СВОГО ЗДОРОВ'Я

Крок 1: поставте своє здоров'я на перше місце

- Залишатися здоровим важливо для вас і вашої родини.
- Ведіть здоровий спосіб життя вдома, на роботі та в суспільстві.
- Проходьте обстеження та лікуйте хронічні захворювання.
- Зберігайте всю медичну інформацію про своє здоров'я в одному місці.

Крок 2: пізнайте аспекти вашого медичного страхування

- Зверніться до свого плану медичного страхування, щоб дізнатися, які послуги покриваються (ця інформація може бути в довіднику або на веб-сайті вашого плану).
- Знайте свої витрати (страхові внески, доплати, мінімальну суму, що не відшкодовується, частку у сумісному страховому відшкодуванні).
- Знайте різницю між медичним обслуговуванням у мережі та поза мережею.

Крок 3: дізнайтеся, куди потрібно звертатися для отримання допомоги

- Використовуйте відділення невідкладної допомоги у випадках, коли необхідна невідкладна допомога, і в потенційно небезпечних для життя ситуаціях.
- Первинній медичній допомозі віддається перевага, якщо це не випадки, коли необхідна невідкладна допомога, або це не потенційно небезпечні для життя ситуації.
- Знайте різницю між первинною медичною допомогою та невідкладною медичною допомогою.

Крок 4: знайдіть постачальника медичних послуг

- Знайдіть постачальника первинної медичної допомоги, який приймає ваше страхове покриття.
- Перевірте список постачальників медичних послуг вашого плану страхування.
- Запитайте людей, яким ви довіряєте, хто їхній постачальник медичних послуг. Ви також можете перевірити інформацію в Інтернеті.
- Якщо вам призначено постачальника медичних послуг, зв'яжіться зі своїм планом, якщо ви хочете змінити його.

Крок 5: запишіться на прийом

- Повідомте, якщо ви новий пацієнт або уже користувалися їхніми послугами.
- Вкажіть назву плану медичного страхування. Запитайте, чи приймають вони вашу страховку.
- Вкажіть їм назву постачальника медичних послуг, якого ви хочете відвідати, і чому ви хочете записатися на прийом.
- Запитайте дні або години роботи, які вам підходять.
- Запитайте, що вам потрібно взяти з собою на прийом.

Крок 6: підготуйтесь до свого візиту

- Тримайте при собі страхову картку.
- Знайте свою історію хвороби, як-от попередні серйозні захворювання або травми і коли вони сталися, алергії на ліки, попередні щеплення, а також історію хвороби родини.
- Складіть список ліків, які ви приймаєте.
- Візьміть із собою перелік запитань і тем для обговорення та робіть нотатки під час прийому.
- Візьміть із собою когось, щоб вам допомогти, якщо вам це потрібно.

Крок 7: вирішіть, чи підходить вам постачальник медичних послуг

- Чи комфортно ви почувалися з постачальником медичних послуг, якого ви відвідували?
- Чи вдалося вам зрозуміти свого постачальника медичних послуг? Чи розумів вас постачальник медичних послуг?
- Чи відчували ви, що разом із постачальником медичних послуг ви можете приймати правильні рішення?
- Пам'ятайте: немає нічого поганого в тому, щоб змінити постачальника медичних послуг!

Якщо ви бажаєте змінити свого постачальника медичних послуг, поверніться до кроку 4.

Крок 8: наступні кроки після вашого візиту

- Дотримуйтесь інструкцій свого постачальника медичних послуг.
- Отримайте ліки за рецептом, які вам назначили. Приймайте їх відповідно до інструкцій.
- Запишіться на повторний прийом, якщо вам це потрібно.
- Ознайомтеся з Поясненням виплат (EOB), щоб переконатися, що все правильно.
- Оплатіть рахунки за медичне обслуговування.
- З будь-якими запитаннями звертайтеся до свого постачальника медичних послуг або до плану медичного страхування.

Крок 1:

ПОСТАВТЕ СВОЄ ЗДОРОВ'Я НА ПЕРШЕ МІСЦЕ

Залишаючись здоровим, ви збільшуєте шанси на те, що ви будете поруч зі своєю родиною та друзями протягом багатьох років. Використовуйте своє медичне страхування, коли ви хворі та коли почуваєтесь добре, щоб забезпечити собі довге та здорове життя. Хоча страхове покриття важливе, ніщо не може замінити здоровий спосіб життя.

Ось що ви можете зробити, щоб поставити своє здоров’я на перше місце

- Знаходьте час для фізичної активності, здорового харчування, відпочинку та сну.
- Дізнайтеся, як долати стрес і запобігати йому.
- Отримуйте профілактичні послуги, такі як планові огляди та щеплення.
- Приймайте активну участь у збереженні свого здоров'я. Приймайте свої ліки. За можливості слідкуйте за історією хвороби вашої родини.
- Дізнайтеся більше про те, що ви можете робити, щоб залишатися здоровим. Діліться тим, що ви дізналися, з родиною та друзями.

Чому профілактична медична допомога є важливою?

Профілактична медична допомога використовується для:

- Профілактики проблем зі здоров'ям.
- Виявлення хвороби на ранній стадії, коли лікування, ймовірно, буде ефективним.

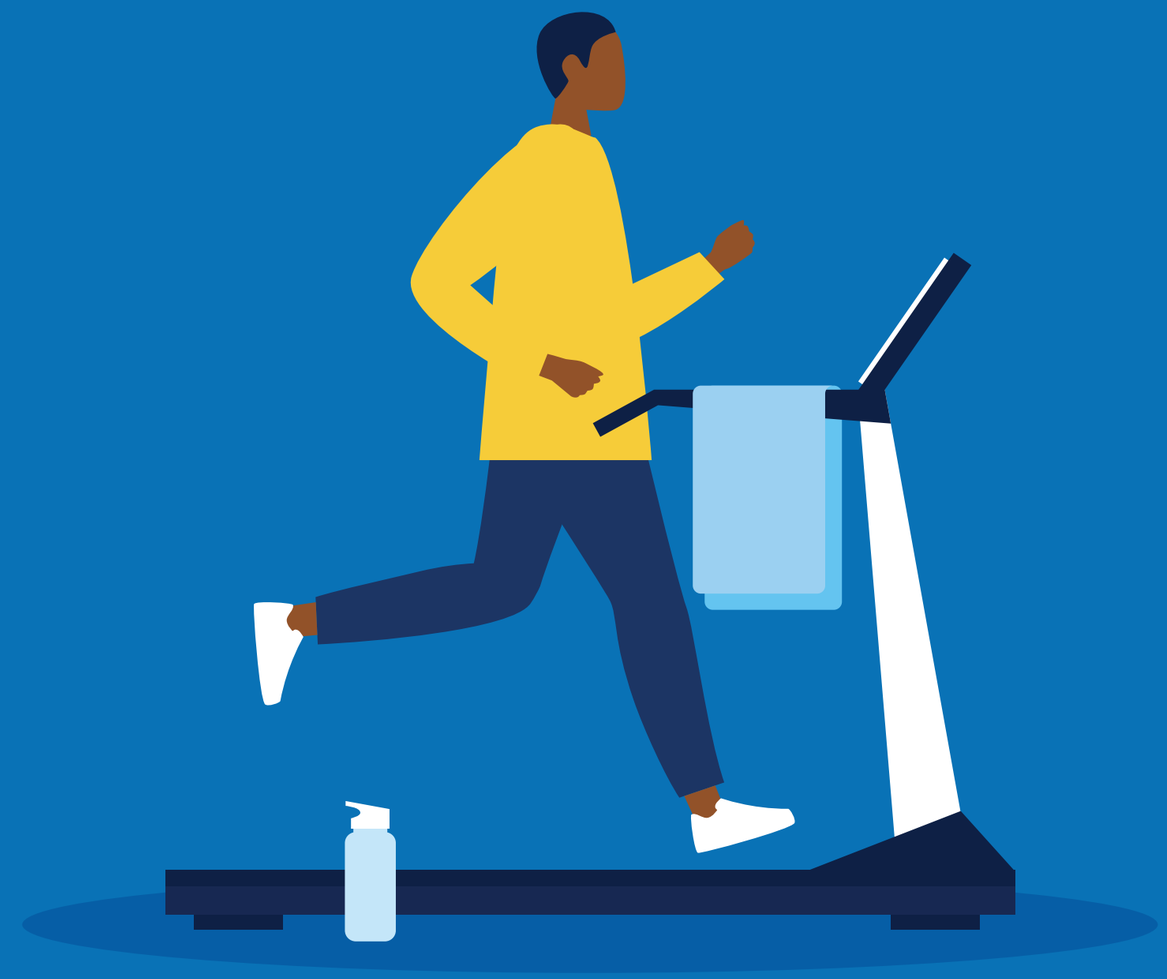
Профілактична медична допомога включає:

- Процедури скринінгу.
- Процедури огляду; та
- Консультування пацієнтів для профілактики захворювань або інших проблем зі здоров’ям.

Отримання профілактичної медичної допомоги та вибір здорового способу життя є ключовими кроками для забезпечення міцного здоров’я.

Наявність постачальника медичних послуг, якому ви можете довіряти і який знає ваші медичні потреби, може допомогти вам:

- Впевнитися, що ви отримуєте належну профілактичну допомогу.
- Зробити вибір на користь здорового способу життя.
- Покращити свій психічний та емоційний стан.
- Досягнути своїх цілей щодо здоров’я та благополуччя.



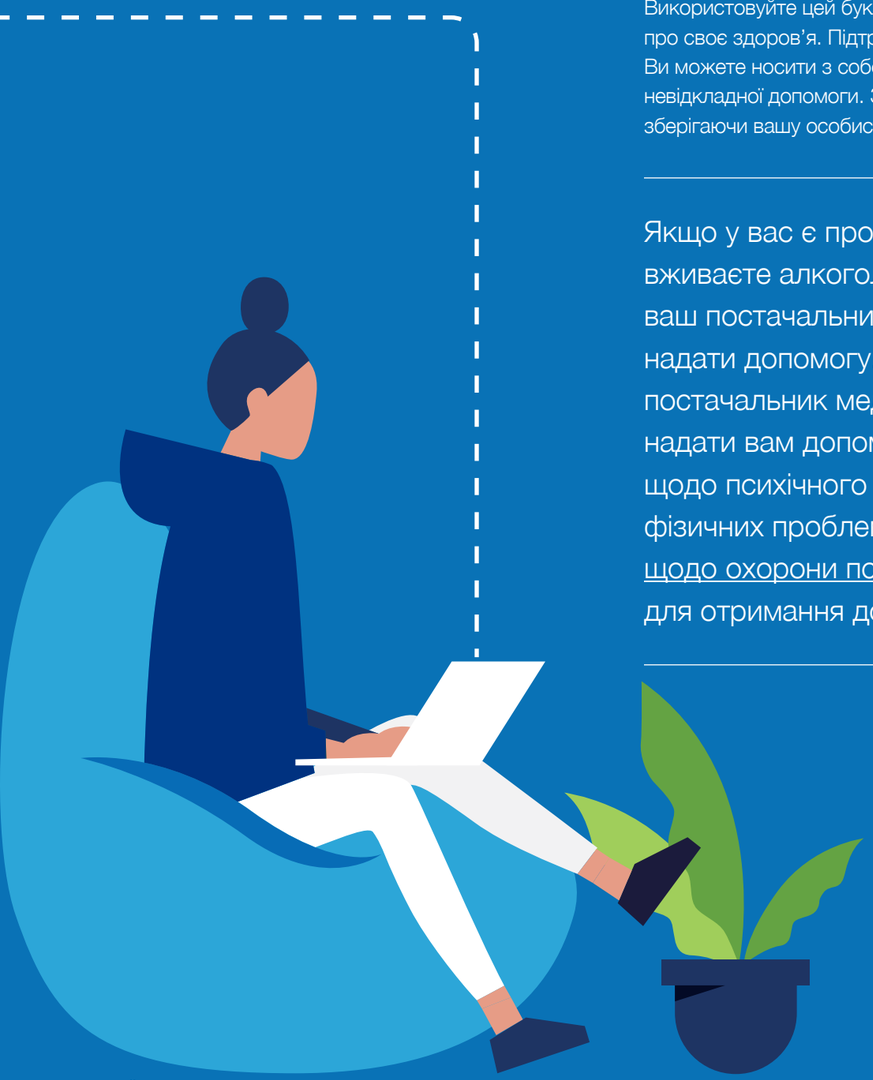
Де я можу отримати профілактичну медичну допомогу?

Ваш постачальник первинної медичної допомоги буде тим постачальником медичних послуг, якого ви відвідуватимете найчастіше. Він познайомиться з вами та допоможе вам стежити за вашим здоров'ям в майбутньому. Зазвичай він надаватиме вам профілактичну медичну допомогу. Це може бути лікар, практикуюча медсестра, асистент лікаря, фахівець із психології або інший медичний працівник, якого ви відвідуєте.

Зберігайте всю медичну інформацію про своє здоров'я в одному місці.

Використовуйте цей буклет, щоб відстежувати інформацію про своє здоров'я. Підтримуйте актуальність цієї інформації. Ви можете носити з собою копію на випадок необхідності невідкладної допомоги. Захистіть свою ідентичність, зберігаючи вашу особисту інформацію у безпеці!

Якщо у вас є проблеми з настроєм або ви вживаєте алкоголь чи наркотичні засоби, ваш постачальник медичних послуг може надати допомогу. Пам'ятайте, що ваш постачальник медичних послуг може надати вам допомогу у вирішенні питань щодо психічного здоров'я, а не лише фізичних проблем. Див. План заходів щодо охорони психічного здоров'я для отримання додаткової інформації.



Крок 2:

ПІЗНАЙТЕ АСПЕКТИ ВАШОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Медична страховка зазвичай покриває вартість послуг постачальника медичної допомоги, ліків, лікування в стаціонарі та спеціального обладнання, коли ви хворієте. Медична страховка також може надавати важливі послуги зі скринінгу та профілактики, коли ви не хворієте.

Більша частина страхового покриття включає щеплення для дітей та дорослих, щорічні профілактичні огляди та багато іншого без витрат за власний кошт. Зберігайте страхове покриття, роблячи щомісячні страхові внески (якщо вони передбачені для вас).

Плани медичного страхування можуть відрізнятися залежно від того, до яких постачальників ви можете звернутися та яку суму вам доведеться заплатити.

- Які послуги та постачальників медичних послуг оплачуватиме ваш план страхування.
- Скільки коштуватиме кожен візит або ліки за умови оплати за власний кошт.

Попросіть дозволити вам ознайомитися з Коротким описом виплат і покриття, у якому описано ключові особливості вашого страхового покриття, оскільки ця інформація може відрізнятися залежно від вашого плану страхування.

Ви маєте право переглядати інформацію про ціни. Відповідно до правила Прозорості страхового покриття, багато планів медичного страхування від роботодавців та комерційні плани медичного страхування повинні:

ПОРАДА ЩОДО ВАРТОСТІ

- ППублікувати для громадськості інформацію про свої ціни на позиції та послуги, що покриваються (починаючи з 2022 року).
- Надавати інформацію про ваші фактичні витрати за власний кошт в режимі реального часу (починаючи з 2023 і 2024 років).

Ось кілька термінів, які ви можете почути щодо свого плану медичного страхування. Значення додаткових ключових термінів пояснюється у кінці цієї брошури.

Страховий внесок – це сума, яку потрібно заплатити відповідно до умов більшості планів медичного страхування. Ви та/або ваш роботодавець зазвичай робите такий внесок щомісяця, щокварталу або щороку. Він не входить до сплаченої вами мінімальної суми, що не відшкодовується, доплати, чи частки у сумісному страховому відшкодуванні. Якщо ви не зробите страхового внеску, ви можете втратити страхове покриття.

Мережа – це група постачальників медичної допомоги, з якими ваш план медичного обслуговування уклав контракт для надання медичної допомоги.

- Зверніться до плану медичного страхування, щоб дізнатися, які постачальники медичних послуг входять до «мережі». Ці постачальники також можуть називатися «найбажанішими постачальниками» або «постачальниками-учасниками».
- Якщо постачальник «не є учасником мережі», його відвідування може коштувати вам дорожче.
- Мережа може зазнавати змін. Уточнюйте у свого постачальника медичних послуг щоразу, коли записуєтеся на прийом, щоб знати, яку суму вам доведеться заплатити.

Мінімальна сума, що не відшкодовується – це сума, яку ви сплачуєте за покриття медичних послуг до того, як почнеться оплата послуг вашим планом медичного страхування.

ПРИКЛАД: **Якщо мінімальна сума, що не відшкодовується, становить 1000 доларів США, ви повинні будете заплатити 1000 доларів США за власний кошт за медичні послуги до того, як почнеться оплата послуг вашим планом медичного страхування.**

Після того, як ви сплачуєте мінімальну суму, що не відшкодовується, ви зазвичай здійснюєте лише доплату або сплачуєте частку у сумісному страховому відшкодуванні за покриття послуг. Ваш план медичного страхування оплачує решту. Деякі послуги зазвичай доступні без доплати чи частки у сумісному страховому відшкодуванні, навіть до того, як ви сплатите мінімальну суму, що не відшкодовується. Докладніше про ці послуги див. вище.

Як правило, плани з меншими щомісячними страховими внесками мають вищі мінімальні суми, що не відшкодовуються. Плани з більшими щомісячними страховими внесками зазвичай мають менші мінімальні суми, що не відшкодовуються.

Частка у сумісному страховому відшкодуванні – це частка, яку ви сплачуєте за послугу, що покривається страховкою після того, як сплатили мінімальну суму, що не відшкодовується. Сума вказується у відсотках (наприклад, 20%).

ПРИКЛАД: **Ваш постачальник медичних послуг стягує суму у розмірі 100 доларів США за відвідування закладу (як це дозволено відповідно до контракту, укладеного з вашим планом медичного страхування). Ваша доплата становить 20%. Якщо ваше страхове обслуговування досягло мінімальної суми, що не відшкодовується, то для вас сплата частки у сумісному страховому відшкодуванні у розмірі 20% становитиме 20 доларів США. План медичного страхування оплачує решту 80%.**

Додаткова плата або доплата – це фіксована сума, яку ви сплачуєте за покриті медичні послуги після сплати мінімальної суми, що не відшкодовується, якщо вона передбачена вашим планом.

ПРИКЛАД: **Ваш постачальник медичних послуг стягує суму у розмірі 100 доларів США за відвідування закладу (як це дозволено відповідно до контракту, укладеного з вашим планом медичного страхування). Ваша доплата становить 20 доларів США. Якщо ви сплатили мінімальну суму, що не відшкодовується, то, як правило, ви сплачуєте суму у розмірі 20 доларів США під час вашого візиту.**

Доплати можуть відрізнятися за різні послуги в межах одного плану, як-от ліки, лабораторні аналізи та візити до фахівців. Як правило, плани з меншими щомісячними страховими внесками передбачають вищі розміри доплат. Плани з більшими щомісячними страховими внесками зазвичай передбачають менші розміри доплат.

Максимальна/гранична сума, сплачувана за власний кошт – це найбільша сума, яку ви платите за послуги, що покриваються, протягом планового року за умов найбільшого страхового медичного покриття. Після того, як ви витрачаєте цю суму на сплату мінімальної суми, що не відшкодовуються, доплат та часток у сумісному страховому відшкодуванні, ваш план медичного страхування оплачує 100% вартості послуг, що покриваються.

Гранична сума, сплачувана за власний кошт, не включає:

- Ваш страховий внесок.
- Будь-що, що ви витрачаєте на послуги, які ваш план не покриває.
- Покриття послуг фахівців, що не є учасниками мережі.
- Витрати, що перевищують допустиму суму за послугу, яку постачальник медичних послуг може стягувати, якщо це дозволено законом.

Ваш план медичного страхування надішле вам Пояснення виплат (або EOB) після того, як ви відвідаєте постачальника медичних послуг або отримаєте послугу. Це не рахунок. Це запис про:

- Допомогу, яку ви отримали; та
- Те, яку кількість коштів постачальник медичних послуг стягує з вашого плану медичного страхування.

Якщо вам доведеться сплатити більшу суму за медичне обслуговування, ви отримаєте рахунок від постачальника медичних послуг.

Ваша страхова картка

Ймовірно, ваш план медичного страхування надіслав вам страхову картку з інформацією про ваше страхове покриття. Тримайте її при собі. Вона знадобиться вам, коли ви звернетеся до постачальника медичних послуг або якщо ви зателефонуєте до свого плану медичного страхування, щоб поставити запитання.

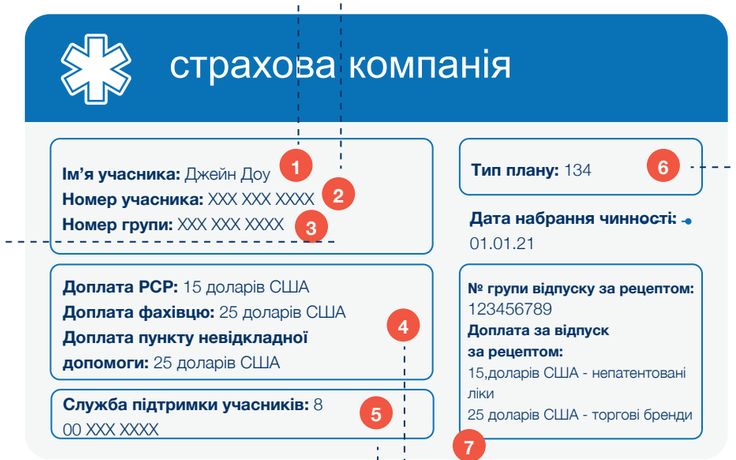
Ваша картка може виглядати інакше, ніж картка, що зображена на наступній сторінці, але має містити інформацію того самого типу. Деякі плани медичного страхування не видають картки, але мають надати вам цю інформацію іншим шляхом.

Зверніться до свого плану страхування, якщо ви не отримали картку або не можете зрозуміти інформацію, що вказана на ній.

На вашій картці може міститися така інформація:

1. Ім'я учасника
Зазвичай надруковане на вашій картці.

2. Номер учасника
Цей номер використовується для ідентифікації вас. Номер учасника дозволяє зрозуміти вашому постачальнику медичних послуг, як виставляти рахунки вашому плану медичного страхування. Якщо ваш чоловік (дружина) або діти також входять до страховки, ваші номери учасників можуть виглядати дуже схоже.



3. Номер групи
Цей номер використовується для відстеження конкретних виплат, які пропонує ваш план.

4. Доплата
Це суми, які ви повинні будете сплачувати за отримання медичного обслуговування.

5. Номери телефонів
Ви можете зателефонувати до свого плану медичного страхування, якщо у вас виникнуть запитання щодо пошуку постачальника медичних послуг або щодо того, що включає ваше покриття.

6. Тип плану
Ваша картка може мати позначку HMO або PPO для опису типу вашого плану. Ці позначки дозволяють вам зрозуміти, який тип мережі має ваш план, щоб ви могли бачити, які постачальники медичних послуг є для вас «в мережі».

7. Доплати за відпуск за рецептом
Це суми, які ви повинні будете сплачувати за кожен виписаний вам рецепт.

8. Інформація про ціни
Нова інформація про ціни відображатиметься на наданій вам фізичній або електронній страховій ідентифікаційній картці (зазвичай на звороті картки), включаючи застосовні мінімальні суми, що не відшкодовуються, застосовні граничні суми, сплачувані за власний кошт, а також номер телефону та веб-сайт, де ви можете отримати допомогу або додаткову інформацію.

Наведені нижче запитання допоможуть вам зрозуміти, яку суму коштів ви платитимете за отримання медичного обслуговування. Якщо ви не знаєте відповіді на ці запитання, зв'яжіться зі своїм планом медичного страхування.

- Яку суму мені доведеться заплатити за візит до постачальника первинної медичної допомоги? А за візит до фахівця? А за візит до постачальника послуг з охорони психічного здоров'я?
- Чи доведеться мені сплачувати іншу суму, якщо я відвідуватиму постачальника медичних послуг «що є учасником мережі» або «не є учасником мережі»?
- Скільки доведеться мені сплачувати за ліки, що відпускаються за рецептом?
- Чи є обмеження на кількість візитів до постачальника медичних послуг?
- Скільки мені коштуватиме звернення до пункту невідкладної допомоги, якщо це не є випадок, коли необхідна невідкладна допомога?
- Яка мінімальна сума, що не відшкодовується, передбачена для мене?
- Чи необхідне мені направлення для відвідування фахівця?
- Які послуги не покриває мій план?

Запобігайте шахрайству в сфері охорони здоров'я

Якщо якась інша особа використовує вашу страхову картку або номер учасника для отримання ліків, що відпускаються за рецептом, або медичного обслуговування для кого-небудь, крім вас, то вона вчиняє шахрайство. Допомагайте запобігати шахрайству в сфері охорони здоров'я.

Ніколи не дозволяйте нікому користуватися вашою страховою карткою.

Зберігайте свою персональну інформацію в безпеці.

Негайно телефонуйте до свого плану медичного страхування, якщо ви втратите страхову картку або у вас виникнуть підозри щодо шахрайських дій.

Веб-сайт або портал вашого плану медичного страхування

Ваш план медичного страхування повинен мати веб-сайт або портал, на якому можна отримати докладнішу інформацію про ваше покриття та медичне обслуговування. Вам може знадобитися увійти до цього веб-сайту, особливо якщо він пропонує персоналізовану інформацію. На цьому веб-сайті наведено переліки постачальників медичних послуг, що є у вашій мережі. Ви також можете скористатися веб-сайтом, щоб записатися на прийом до свого постачальника медичних послуг.

Ось приклади того, як ваш план медичного страхування може використовувати умови, розглянуті в цьому розділі, для покриття вашого медичного обслуговування.

- Усі плани медичного страхування повинні надавати вам Короткий опис виплат і покриття.
- Ваші фактичні витрати та медичне обслуговування залежатимуть від ваших медичних потреб та вашого покриття.
- Щоб дізнатися більше, зверніться до свого плану медичного страхування.

Лікування діабету 2 типу
(1 рік планового лікування добре контрольованого хронічного захворювання)

- Сума, що виплачується постачальникам медичних послуг: 5400 доларів США
- План сплачує 3520 доларів США
- Пацієнт сплачує 1880 доларів США

Зразкова вартість медичного обслуговування:

Відпуск ліків за рецептом	2900 доларів США
Медичне обладнання та витратні матеріали	1300 доларів США
Відвідування закладу та процедури	700 доларів США
Навчання	300 доларів США
Лабораторний аналіз	100 доларів США
Вакцини, інші профілактичні засоби	100 доларів США
Всього	**5400 доларів США**

Пацієнт сплачує:

Мінімальна сума, що не відшкодовується	800 доларів США
Доплати	500 доларів США
Частка у сумісному страховому відшкодуванні	580 доларів США
Всього	**1880 доларів США**

Народження дитини
(природні пологи)

- Сума, що виплачується постачальникам медичних послуг: 7540 доларів США
- План сплачує 5490 доларів США
- Пацієнт сплачує 2050 доларів США

Зразкова вартість медичного обслуговування:

Лікарняні збори (мати)	2700 доларів США
Регулярна акушерська допомога	2100 доларів США
Лікарняні збори (немовля)	900 доларів США
Анестезія	900 доларів США
Лабораторний аналіз	500 доларів США
Відпуск ліків за рецептом	200 доларів США
Рентгенологія	200 доларів США
Вакцини, інші профілактичні засоби	40 доларів США
Всього	**7540 доларів США**

Пацієнт сплачує:

Мінімальна сума, що не відшкодовується	700 доларів США
Доплати	30 доларів США
Частка у сумісному страховому відшкодуванні	1320 доларів США
Всього	**2050 доларів США**

Ці цифри не є реальними витратами і не включають всю ключову інформацію.

Джерело: cms.gov/CCIIO/ Resources/Files/Downloads/sbc-sample.pdf

Крок 3:

ДІЗНАЙТЕСЯ, КУДИ ПОТРІБНО ЗВЕРТАТИСЯ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ

ПОТРІБНА ДОПОМОГА?

Телефонуйте за номером 9-1-1, якщо ви потрапили у ситуацію, коли необхідна невідкладна допомога, або у потенційно небезпечну для життя ситуацію.

Хоча ви можете отримати медичну допомогу в різних місцях, найкраще для вас отримувати регулярну медичну допомогу та профілактичні послуги від постачальника первинної медичної допомоги.

Існують великі відмінності між візитами до постачальника первинної медичної допомоги та візитами до відділення невідкладної допомоги. Вони включають вартість, час, витрачений на очікування обслуговування, і подальше спостереження.

Ви можете знайти постачальників первинної медичної допомоги в закладах, клініках і медичних центрах по всій країні. Залежно від вашого покриття та місця вашого проживання ви можете знайти постачальника первинної медичної допомоги в таких місцях:

Приватні медичні групи та практики

Центри амбулаторної допомоги

Амбулаторні клініки

Федеральні медичні центри

Громадські клініки та безкоштовні клініки

Центри медичної допомоги на базі навчального закладу

Індіанська служба охорони здоров'я, установи племінної та міської програми охорони здоров'я індіанців

Медичні центри та амбулаторні клініки для ветеранів

Постачальники первинної медичної допомоги працюють з пацієнтами, щоб: надавати їм належну профілактичну допомогу, лікувати їхні хронічні захворювання та покращувати стан їхнього здоров'я. У деяких закладах можуть надаватися послуги та підтримка за місцем проживання, психіатрична допомога, стоматологічні послуги, офтальмологічні послуги, послуги з транспортування та усного перекладу.

У деяких закладах можуть надаватися послуги та підтримка за місцем проживання, психіатрична допомога, стоматологічні послуги, офтальмологічні послуги, послуги з транспортування та усного перекладу.

Дізнайтеся більше, перш ніж іти

Не всі постачальники медичних послуг та заклади приймають усі типи планів медичного страхування. Уточніть цю інформацію в закладі перед візитом, щоб переконатися, що вони приймають пацієнтів із вашим страховим покриттям.

Відмінності між закладом вашого постачальника медичних послуг та відділенням невідкладної допомоги

Постачальник послуг первинної медичної допомоги	Відділення невідкладної допомоги
Ви здійснюватимете доплату за первинну медичну допомогу, якщо вона для вас передбачена. Це може коштувати вам від 0 до 50 доларів США.	Швидше за все, вам доведеться здійснити доплату, сплатити частку у сумісному страховому відшкодуванні та мінімальну суму, що не відшкодовується, перш ніж ваш план медичного страхування сплатить ваші витрати, особливо якщо це не є випадком, коли необхідна невідкладна допомога. Ваша доплата може становити від 50 до 150 доларів США.
Ви здійснюєте візит, якщо ви відчуваєте, що захворіли, і якщо ви почуваєтеся добре.	Ви здійснюєте візит лише тоді, коли ви отримали травми або дуже хворі.
Ви телефонуєте заздалегідь, щоб записатися на прийом.	Ви приходите, коли вам потрібно, і чекаєте, поки прийде ваша черга.
Можливо, вам доведеться трохи почекати, щоб потрапити на прийом до постачальника медичних послуг після прибуття. Але зазвичай ви потраплятимете на прийом у призначений час.	Ви можете чекати кілька годин, перш ніж вас оглянуть, якщо це не ситуація, коли необхідна невідкладна допомога.
Зазвичай кожного разу ви потраплятимете на прийом до того самого постачальника медичних послуг.	Ви потраплятимете на прийом до постачальника медичних послуг, який працює в цей самий день.
Зазвичай, у вашого постачальника медичних послуг буде ваша історія хвороби.	Постачальник медичних послуг, який прийматиме вас, ймовірно, не матиме доступу до ваших медичних записів.
Ваш постачальник медичних послуг працює з вами, щоб подбати про ваші хронічні захворювання та ваше загальне здоров'я.	Постачальник медичних послуг може не знати, які хронічні захворювання у вас є.
Ваш постачальник медичних послуг перевірить інші сфери вашого здоров'я, а не лише проблему, яка стала причиною вашого візиту в цей самий день.	Постачальник медичних послуг перевірить лише невідкладну проблему, з метою лікування якої ви прийшли, але може не запитати про інші наявні проблеми.
Якщо вам потрібно звернутися до інших постачальників медичних послуг або керувати процесом свого лікування, ваш постачальник послуг первинної медичної допомоги може допомогти вам скласти план, отримати ліки та знайти фахівців.	Коли ваш візит завершиться, ви отримаєте інструкції щодо подальшої взаємодії зі своїм постачальником медичних послуг. Подальша підтримка може не надаватися..

А як щодо невідкладної допомоги?

У деяких регіонах ви можете звернутися до Центру невідкладної допомоги. Перед візитом зателефонуйте до свого плану медичного страхування, щоб дізнатися, яку суму коштів вам доведеться заплатити. Як правило, Центри невідкладної допомоги можуть мати більш гнучкі графіки роботи або в них можуть бути передбачені відвідування без попереднього запису, і вони можуть обслуговувати багато візитів, що стосуються проблем зі здоров'ям, та здійснювати інші види медичного обслуговування. Однак за невідкладну допомогу зазвичай стягується більш висока доплата або частка у сумісному страховому відшкодуванні, ніж у закладі постачальника медичних послуг, і ви можливо не потрапите на прийом до одного і того ж постачальника медичних послуг щоразу. Ви можете надавати медичні записи відвідувань Центрів невідкладної медичної допомоги своїм постачальникам медичних послуг, щоб у них була вся інформація про ваше здоров'я.

Крок 4:

ЗНАЙДІТЬ ПОСТАЧАЛЬНИКА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Вибір необхідного постачальника медичних послуг є одним із найважливіших рішень, які ви приймаєте щодо свого медичного обслуговування. Щоб знайти постачальника, який вам підходить, необхідно докласти певних зусиль.

Що означає термін «постачальник»?

У цьому Плані заходів термін «постачальник» використовується для позначення медичного працівника. Це може бути лікар, практикуюча медсестра, асистент лікаря, фахівець із психології або інший медичний працівник, якого ви відвідуєте.

Ви шукаєте людину, якій можна довіряти і з якою можна працювати над покращенням вашого здоров'я. Отже, не поспішайте і подумайте про те, що саме вам потрібно. Залежно від ваших потреб у медичному обслуговуванні вам може знадобитися звернутися до кількох постачальників медичних послуг. Нижче наведено два поширених типи постачальників медичних послуг.

Постачальник первинної медичної допомоги – це той фахівець, до кого ви звернетеся в першу чергу щодо більшості проблем зі здоров'ям. Він також буде працювати з вами, щоб:

- Проводити рекомендовані процедури скринінгу.
- Вести ваші медичні записи.
- Допомагати вам боротися із хронічними захворюваннями.
- Направляти вас до інших постачальників медичних послуг, якщо вам це потрібно.

Якщо ви дорослий, ваш постачальник первинної медичної допомоги може називатися сімейним лікарем або лікарем, терапевтом, лікарем загальної практики, практикуючою медсестрою або асистентом лікаря.

Постачальник медичних послуг для вашої дитини або підлітка може називатися педіатром.

У деяких випадках ваш план медичного страхування може направити вас до постачальника медичних послуг. Зазвичай ви можете змінити постачальника, якщо цього забажаєте. Зверніться до свого плану медичного обслуговування, щоб дізнатися, як це зробити.

Для отримання певних медичних послуг або для лікування певних захворювань ви відвідуватимете фахівця. Фахівці включають кардіологів, онкологів, психологів, алергологів, подологів та ортопедів.

Щоб потрапити на прийом до фахівця, можливо, вам знадобиться **направлення** від постачальника первинної медичної допомоги. Якщо у вас немає направлення, ваш план медичного страхування може не оплатити ваш візит.

Для отримання деяких послуг ваш план медичного обслуговування може вимагати, щоб ви спочатку отримали попереднє схвалення. Це означає, що ваш план медичного страхування приймає рішення, що послуга є необхідною з медичної точки зору. Це також можуть називати попереднім затвердженням, попереднім узгодженням або попередньою сертифікацією. Це може знадобитися для плану лікування, ліків, що відпускаються за рецептом, або медичних послуг або обладнання, перш ніж ваш план медичного страхування сплатить за позицію або послугу.

Відповідний постачальник медичних послуг

Виконайте такі дії, щоб знайти постачальника медичних послуг, якому ви можете довіряти і з яким можна співпрацювати, щоб забезпечити тривале та здорове життя.

1. Знайдіть постачальників медичних послуг у вашій мережі.

- Зателефонуйте до свого плану медичного страхування, відвідайте їхній веб-сайт або перегляньте довідник для учасників, щоб знайти постачальників медичних послуг у вашій мережі.
- Повідомте їх, якщо у вас є будь-які побажання. Наприклад, вам може знадобитися постачальник медичних послуг, який розмовляє мовою, відмінною від англійської, або здатний прийняти людей з обмеженими фізичними можливостями та забезпечити їхній комфорт. Або ви повинні переконатися, що вони готові приймати людей з обмеженими фізичними можливостями та забезпечувати їхній комфорт.
- Якщо наразі у вас є постачальник медичних послуг, який вас влаштовує, і послугами якого ви хочете продовжувати користуватися, зателефонуйте до його закладу і запитайте, чи приймає він ваше страхове покриття.
- Майте на увазі, що зазвичай ви платитимете більшу суму для відвідування постачальника медичних послуг, який не є учасником вашої мережі, ніж для відвідування постачальника, який є учасником вашої мережі.

2. Запитайте у вашого оточення.

- Запитайте порад у ваших друзів або родини.
- Запитайте їх, які типи постачальників медичних послуг у них є, і що їм в них подобається.
- Іноді можна знайти постачальників медичних послуг в Інтернеті і дізнатися, що думають про них інші члени вашої спільноти.

Швидка порада:

Телемедицина дозволяє зв'язуватися зі своїм постачальником медичних послуг за допомогою телефону, комп'ютеру або іншого пристрою. Запитайте свого постачальника медичних послуг, чи пропонує він послугу телемедицини, і чи покриває її ваш план страхування. Після цього переконайтеся, що у вас є відповідні технології для зв'язку.

Запитайте у своєму плані медичного страхування, чи потрібне вам попереднє затвердження ПЕРЕД відвідуванням постачальника медичних послуг. Без попереднього схвалення вам, можливо, доведеться заплатити за певні речі, які в іншому разі покривалися б вашим планом медичного страхування.

ПОРАДА ЩОДО ВАРТОСТІ

3. Оберіть постачальника медичних послуг.

Зателефонуйте до закладу постачальника медичних послуг. Поставте питання, які допоможуть вам вирішити, чи хочете ви користуватися його послугами. Ви можете поставити такі запитання:

- Чи приймає постачальник медичних послуг нових пацієнтів? Чи приймає він вашу медичну страховку? Це може змінитися протягом року, тому ви повинні завжди це запитувати.
- Чи розташований заклад близько до вашого будинку чи місця роботи? Як би ви туди добиралися?
- Чи відповідатимуть наявні години прийому вашому графіку?
- Чи володіє постачальник медичних послуг вашою мовою чи є перекладач?
- З якою лікарнею (лікарнями) співпрацює постачальник медичних послуг? Чи можете ви туди дістатися?
- Чи виявляє особа із закладу постачальника медичних послуг, з якою ви розмовляєте, повагу до вас, і чи надала вона вам необхідну допомогу?

4. Дайте їм шанс!

Іноді потрібно здійснити більше одного візиту, щоб зрозуміти, чи підходить вам той чи інший постачальник медичних послуг.

Крок 5:

ЗАПИШІТЬСЯ НА ПРИЙОМ

Під час запису на прийом вас можуть запитати:

- **Ваше ім'я та чи є ви новим пацієнтом.**
- **Чому вам необхідно відвідати постачальника медичних послуг.** Ви можете повідомити, що шукаєте нового постачальника первинної медичної допомоги для «щорічного огляду» або «профілактичного візиту». У вас також можуть бути певні проблеми, такі як грип, алергія чи депресія.
- **Назва вашого плану медичного страхування.** Щоб знайти цю інформацію, вам знадобиться ваша страхова картка. Запитайте, чи є постачальник медичних послуг учасником вашої мережі.
- **Ім'я постачальника медичних послуг, якого ви хотіли б відвідати.** Для запису на прийом до конкретного постачальника медичних послуг може знадобитися більше часу. Заклад може порекомендувати або направити вас до іншого постачальника медичних послуг вашої мережі, якщо ви почуваєтесь хворими або вам потрібно записатися на прийом раніше.
- **Якщо у вас є конкретна потреба, запитайте, чи можуть вони задовольнити цю потребу.** Наприклад, чи можуть вони надати вам перекладача, якщо він вам потрібен? Чи надається медичне обладнання? Якщо ні, запитайте їх, чи є у закладі інший постачальник медичних послуг, який може це зробити.
- **Дні або години роботи, які вам підходять.** Деякі заклади дозволяють записатися на прийом у вихідні дні або у вечірній час.

Якщо у вас є конкретна потреба, ви також можете запитати:

- **Чи можуть вони надіслати вам усі форми, які вам потрібно заповнити перед вашим візитом.**
- **Як ви можете оплатити ваш візит.** Вони приймають готівку, чеки чи кредитні картки?

Якщо у вас є інвалідність, повідомте заклад про свої потреби на прийомі. Запитайте, чого очікувати під час прийому. Це допоможе вам і вашому постачальнику медичних послуг підготуватися.

ПОРАДА ЩОДО ВАРТОСТІ

Якщо вам потрібно змінити дату прийому, якнайшвидше зв'яжіться із закладом вашого постачальника медичних послуг.

Багато постачальників стягують додаткову плату, якщо ви запізнюєтеся, не приходите на прийом або скасовуєте його менш ніж за 24 години до його початку. Більшість планів медичного страхування не покривають цю додаткову плату.

Знайте свої права

Люди з обмеженими фізичними можливостями мають право на отримання такого ж медичного обслуговування, як і інші люди.

Постачальники медичних послуг повинні:

- Надати вам доступ до медичного обслуговування. Вони не можуть відмовити вам у медичному обслуговуванні, тому що немає доступу до будівель, кабінетів для обстеження або обладнання.
- Надавати вам інформацію зрозумілим для вас способом.
- Надавати кваліфікованих сурдоперекладачів, допоміжні пристрої для прослуховування або матеріали, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом.
- Забезпечити рівні умови доступу до телемедичних та телекомунікаційних технологій для людей з обмеженими фізичними можливостями. Щоб забезпечити ефективний зв'язок для таких осіб, страхові постачальники медичних послуг повинні надавати допоміжні засоби та послуги, якщо це необхідно.

Якщо ви є людиною з обмеженими фізичними можливостями, додаткові поради див. у документі «Як отримати необхідне медичне обслуговування: керівництво для людей з обмеженими фізичними можливостями».

Крок 6:

ПІДГОТУЙТЕСЬ ДО СВОГО ВІЗИТУ

Якщо це ваш перший візит до нового постачальника медичних послуг або ви використовуєте нове медичне страхування, вам потрібно буде принести з собою кілька речей.

Це допоможе вашому постачальнику медичних послуг краще зрозуміти, яким є стан вашого здоров'я та спосіб життя, а також допоможе вам у співпраці з ним покращити ваш стан здоров'я.

Приходьте на прийом заздалегідь!

Коли ви прибудете до закладу вашого постачальника медичних послуг, зареєструйтесь у реєстратурі. Вас можуть попросити надати таке:

- Страхову картку
- Посвідчення особи з фотографією (наприклад, посвідчення водія, державне посвідчення особи або студентський квиток, паспорт)
- Заповнені форми
- Вашу доплату, якщо вона передбачена вашим планом страхування. Попросіть квитанцію для власних записів

Співробітники можуть попросити вас заповнити додаткові форми та ознайомитися з їхньою політикою конфіденційності, яка відповідає вимогам закону. У ній йдеться про те, як вони захищатимуть і зберігатимуть конфіденційність вашої інформації.

Під час візиту до свого постачальника медичних послуг важливо надати таку інформацію:

- Ваші медичні записи та історію хвороби (включаючи наявні відомості про алергічні реакції на будь-які ліки), а також історію хвороби вашої родини, якщо вона у вас є. Ви можете запитати членів своєї родини про історію хвороби до відвідування вашого постачальника медичних послуг. Це нормально, якщо ви не знаєте всю історію хвороби вашої родини.
- Ліки, які ви приймаєте. Запишіть інформацію або просто принесіть ліки, щоб ваш постачальник медичних послуг знав, яке дозування ви приймаєте. Якщо вам потрібно повторно заповнити форми, попросіть про це.
- Питання чи проблеми, пов'язані з вашим здоров'ям. Запишіть їх, щоб не забути запитати.

Ви можете взяти з собою друга або члена родини, якщо вам потрібна допомога, щоб спілкуватися з постачальником медичних послуг.

Візьміть ініціативу до своїх рук!

Ваш постачальник медичних послуг допоможе вам залишатися здоровим. Він може надати вам ефективніше медичне обслуговування, якщо ви поспілкуєтеся з ним та поділитеся проблемами чи питаннями, що стосуються вашого здоров'я та самопочуття. Якщо ваш постачальник медичних послуг каже щось, чого ви не розумієте, скажіть йому про це та ставте питання!

Ви повинні бути в змозі відповісти на ці запитання, перш ніж покинути заклад свого постачальника медичних послуг:

- Який стан мого здоров'я? Що я можу робити, щоб залишатися здоровим?
- Що мені робити далі? Чи потрібно робити аналіз крові чи інший аналіз? Якщо так, то для чого це потрібно? Коли і як я отримаю результати?
- Якщо я маю хворобу або хронічне захворювання, які я маю варіанти лікування? Які переваги та недоліки кожного варіанту? Що станеться, якщо я не подбаю про це?
- Якщо мені потрібно приймати ліки, коли мені слід це робити? Яку дозу мені потрібно приймати? Чи є побічні ефекти? Чи можна приймати непатентовані ліки? Чи існують програми, які можуть допомогти мені оплатити ліки?

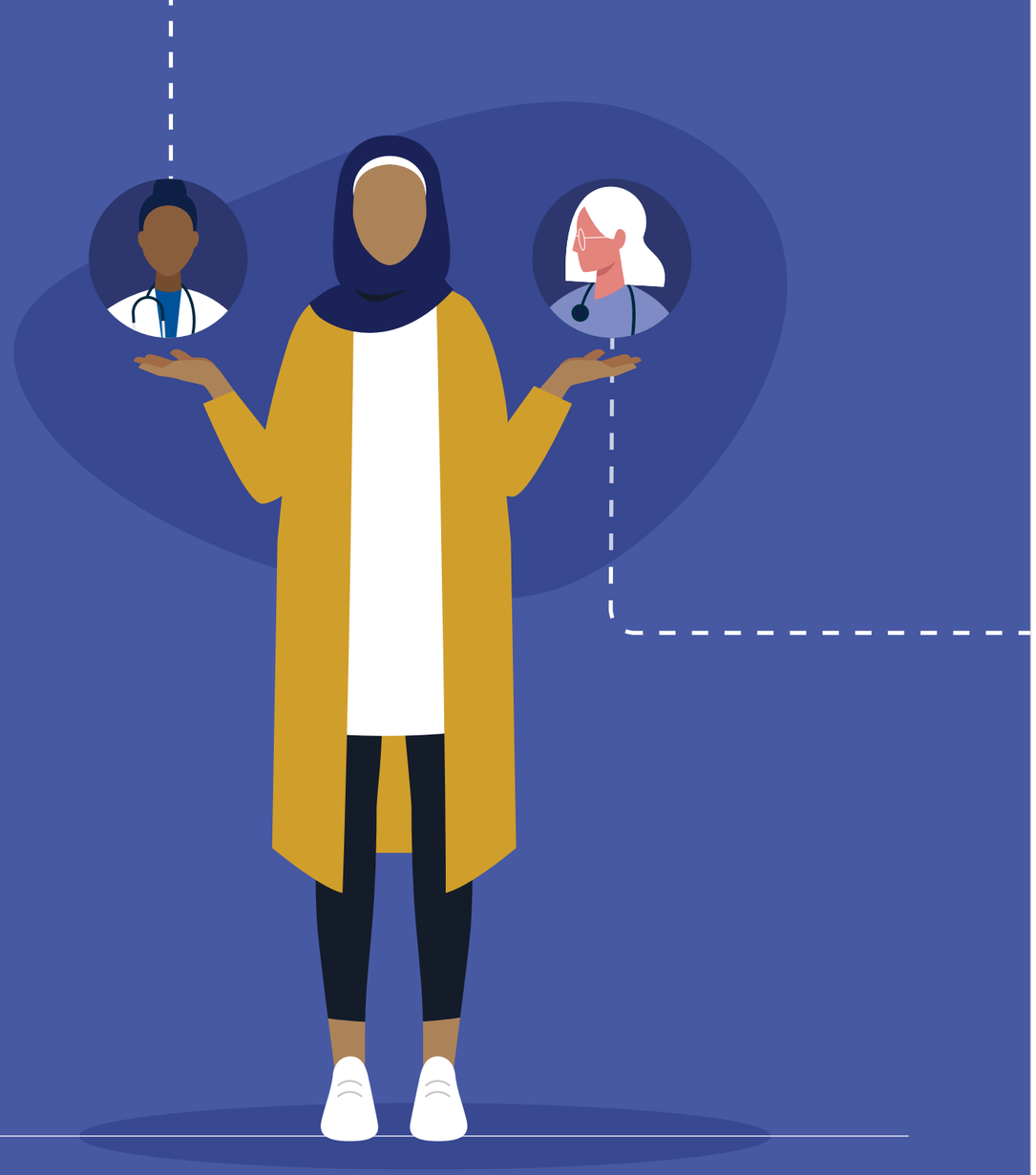
Запитуйте

Не йдіть, поки не отримаєте відповіді на всі свої запитання і не зрозумієте, що робити далі.

- Чи потрібно мені звернутися до фахівця або іншого постачальника медичних послуг? Чи дізнавався я у свого постачальника медичних послуг його пропозиції? Чи потрібне мені направлення? Якщо так, то чи є воно у мене?
- Коли мені потрібно прийти на наступний прийом?
- Що робити, якщо у мене виникнуть запитання, коли я повернуся додому?

Якщо вам потрібно приймати ліки, і вас турбує їхня вартість, повідомте про це свого постачальника. Він може мати дешевші аналоги ваших ліків або може знати про програми, які допомагають пацієнтам покривати вартість ліків.

ПОРАДА ЩОДО ВАРТОСТІ



Якщо ви хочете спробувати скористатися послугами нового постачальника медичних послуг або вам призначили одного постачальника, а ви хочете спробувати скористатися послугами іншого, спершу зверніться до свого плану медичного страхування або до закладу постачальника медичних послуг, щоб переконатися, що з вас не стягнуть кошти, або дізнатися, коли ви можете піти на інший прийом. Переконайтеся, що ви вибрали постачальника медичних послуг, який є учасником мережі (див. Крок 4), щоб вам не довелося платити більше.

ПОРАДА ЩОДО ВАРТОСТІ

Крок 7:

ВИРІШІТЬ, ЧИ ПІДХОДИТЬ ВАМ ПОСТАЧАЛЬНИК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

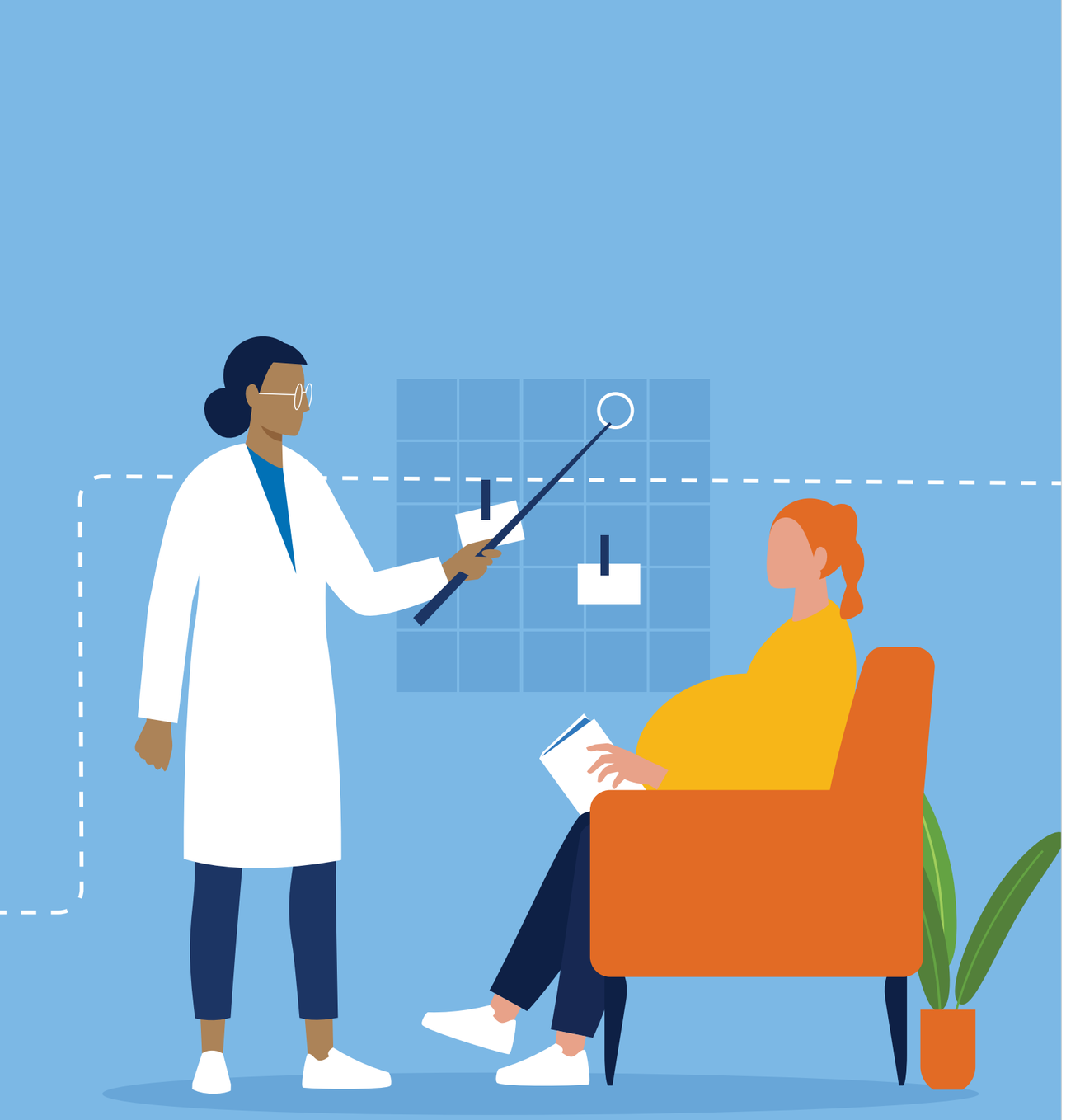
Ваше здоров'я та самопочуття є важливими та персональними аспектами. Важливо знайти постачальника медичних послуг, який відповідає вашим потребам. У вас повинен бути постачальник медичних послуг, з яким ви можете працювати, якому ви можете довіряти та з яким вам буде комфортно спілкуватися. Якщо вас не влаштовує ваш постачальник медичних послуг, не мовчіть! Це цілком нормально попросити змінити або знайти іншого постачальника медичних послуг.

Після першого візиту подумайте над такими питаннями:

- Чи довіряли ви своєму постачальнику медичних послуг? Чи відчували ви, що він дійсно піклується про ваше здоров'я? Про вас як про людину?
- Чи відчували ви, що до вас прислухаються? Чи задоволені ваші медичні потреби?
- Чи відповідав ваш постачальник медичних послуг на ваші запитання зрозумілим для вас способом?
- Чи використовував ваш постачальник медичних послуг слова, які ви могли зрозуміти? Чи говорив він досить повільно? Чи звертав він увагу на те, що ви хотіли сказати? Чи говорив він/вона так, щоб вам було комфортно?
- Чи відчували ви, що ваш постачальник медичних послуг виявляв інтерес до ваших проблем?
- Коли вас оглядали та говорили з вами про ваше здоров'я, чи ставився постачальник медичних послуг з повагою до ваших поглядів, культури та переконань? Це саме те місце, куди вам було б комфортно повернутись?
- Чи надавали вони будь-яку допомогу, про яку ви просили, наприклад, надати перекладача, письмовий переклад або альтернативну форму письмових матеріалів? Чи була у вас можливість безперешкодно пересуватися по закладу та користуватися медичним обладнанням?
- Чи відчували ви, що ваш постачальник медичних послуг і персонал закладу ставилися до вас справедливо?
- Чи була у вас можливість звернутись до свого постачальника медичних послуг або співробітників закладу, якщо вам потрібно було запитати про щось?

Якщо на більшість із цих запитань ви відповіли **«так»**, тоді, можливо, ви знайшли постачальника медичних послуг, який підходить саме вам!

Якщо ви відповіли **«ні»** на будь-яке з цих запитань, подумайте про те, щоб звернутися до іншого постачальника медичних послуг цього закладу або знайдіть іншого постачальника медичних послуг у своїй мережі.



Крок 8:

НАСТУПНІ КРОКИ ПІСЛЯ ВАШОГО ВІЗИТУ

Ось як потрібно слідкувати за своїм здоров'ям після потрапляння на прийом.

Отримайте ліки за рецептом, які вам надав постачальник медичних послуг. Якщо у вашому медичному плані або плані медикаментозного забезпечення вказані найбажаніші аптеки з нижчою вартістю ліків, попросіть у свого постачальника список. Ви також можете попросити свого постачальника медичних послуг порекомендувати аптеку. Деякі аптеки пропонують доставку.

Ви зможете відвідувати свого постачальника первинної медичної допомоги для отримання профілактичного лікування та допомоги у лікуванні хронічних захворювань, а також при поганому самопочутті. Навіть якщо ви звернетеся до фахівця з приводу конкретної послуги або лікування конкретного захворювання, ви завжди будете повертатися до свого постачальника первинної медичної допомоги.

Попросіть свого постачальника медичних послуг або його персонал повідомляти вас, коли має відбутися ваш наступний візит або рекомендований медичний огляд. Записуйтеся на прийом без зволікань, як тільки у вас буде можливість. Запишіть це десь на видному місці або в кінці цього посібника.

Якщо у вас виникнуть запитання чи сумніви між візитами, зателефонуйте своєму постачальнику медичних послуг. Вам можуть відповісти на запитання про ваше здоров'я та самопочуття. Вам також можуть скоригувати прийом лікарських засобів.

Слідкуйте за своїм здоров'ям. Ви можете прочитати коротку інформацію про свій візит, подальші спостереження, план медичного обслуговування, ліки та будь-які результати скринінгу або аналізів на веб-сайті або порталі постачальника медичних послуг. Це може відрізнятися залежно від вашого плану медичного страхування та страхового покриття.

Дотримуйтесь рекомендацій свого постачальника медичних послуг. Наприклад, якщо вам сказали відвідати фахівця, чи телефонували ви, щоб записатися на прийом?

- **Створіть нагадування.** Внесіть його до свого календаря або використовуйте додаток для смартфона.
- **Є запитання?** Зателефонуйте до свого постачальника медичних послуг. Ставте їм питання, доки не зрозумієте, які наступні кроки вам потрібно зробити. Подумайте про те, щоб для наступного візиту взяти з собою когось, кому ви довіряєте.
- **Не забувайте ставити своє здоров'я на перше місце та знаходити для цього час**. Деякі постачальники медичних послуг пропонують більш тривалі години роботи у робочі або вихідні дні.
- **Якщо ви турбуєтеся, що не можете дозволити собі лікування, можливо є способи знизити вартість.** Ваш постачальник медичних послуг може дати вам дешевші ліки. Або ж ви можете мати право на участь у програмах, які можуть допомогти покрити витрати. Запитайте про них.
- **Якщо те, як ваш постачальник медичних послуг чи персонал закладу спілкувався чи діяв, відбило у вас бажання повертатися до них або слухати їх, повідомте про це або подумайте про зміну постачальників медичних послуг.** Підходящий постачальник медичних послуг буде ставитись до вас з повагою та відповідатиме вашим мовним, культурним потребам, потребам, що стосуються обмежених фізичних можливостей, або іншим потребам.
- **Пам'ятайте, що, отримуючи профілактичне медичне обслуговування, яке підходить саме вам, ваш постачальник медичних послуг з більшою ймовірністю виявить хворобу чи проблему на ранній стадії та допоможе вам одужати швидше.**

Ознайомтеся з Поясненням виплат (EOB)

Ви можете отримати EOB від вашого плану медичного страхування після візиту до постачальника медичних послуг. У ньому буде показана загальна вартість вашого візиту та сума, яку ви та ваш план медичного страхування повинні заплатити. EOB НЕ є РАХУНКОМ. Ви також можете використовувати його, щоб відстежувати, як ви та ваша сім'я користуєтеся страховим покриттям. Ви можете отримати окремий рахунок від постачальника медичних послуг.

Оплачуйте ваші рахунки

Оплачуйте ваші рахунки та зберігайте всі документи в надійному місці. Деякі постачальники медичних послуг не прийматимуть вас, якщо у вас будуть неоплачені рахунки. Ви можете оплачувати рахунки через Інтернет або по телефону. Це може відрізнятися залежно від вашого плану медичного страхування та страхового покриття.

Подання апеляції

Якщо ви не погоджуєтесь з рішенням вашого плану медичного страхування щодо страхового покриття або оплати, ви можете подати апеляцію. Якщо ви вважаєте, що з вас стягнуто плату за аналізи чи послуги, які має оплачувати ваше страхове покриття, збережіть рахунок. Відразу зателефонуйте до свого плану медичного страхування. Плани медичного страхування мають кол-центри та центри служби підтримки, які можуть допомогти.

Швидка порада:

Зв'яжіться зі своїм планом медичного страхування, якщо у вас є запитання щодо EOB.

Ось приклад Пояснення виплат

Номер служби підтримки клієнтів вашого плану медичного страхування може бути вказаний поруч із логотипом плану або на звороті вашого EOB.

1. Номери телефонів
Ви можете зателефонувати до свого плану медичного страхування, якщо у вас виникнуть запитання щодо пошуку постачальника медичних послуг або щодо того, що включає ваше покриття.

2. Одержувач страхової виплати – це особа, яка отримає відшкодування за переплату за позовом.

ПОЯСНЕННЯ ВИПЛАТ

1 **Номер служби підтримки клієнтів:** 1-800-123-4567

Дата виписки рахунку: XXXXXX
Номер документа: XXXXXXXXXX

Ім'я учасника:
Адреса:
місто, штат, індекс:

ЦЕ НЕ РАХУНОК

Номер абонента: XXXXXXXXXX **ІД:** XXXXXXX **Група:** ABCDE **Номер групи:** XXXXX

Ім'я пацієнта: XXXXXX
Дата отримання: XXXXXXXXXX

Постачальник медичних послуг:
Одержувач страхової виплати: 2

Номер позову: XXXXXXXX
Дата оплати: XXXXXXXX

3. Опис послуги
Опис отриманих медичних послуг, таких як візит до лікаря, лабораторний аналіз або скринінг.

4. Збори постачальника
Це сума рахунку, який ваш постачальник медичних послуг виставляє за ваш візит.

5. Дозволені збори
Це сума, яку отримує ваш постачальник медичних послуг; вона може не співпадати із сумою, яка стягується постачальником за медичні послуги.

Детальна інформація про позов				Яку суму ваш постачальник медичних послуг може стягувати з вас		Ваша відповідальність			Загальна вартість позову		
		3		4	5				6	7	8
№ рядка	Дата надання послуги	Опис послуги	Статус позову	Збори постачальника	Дозволені збори	Додаткова плата	Мінімальна сума, що не відшкодовується	Частка у сумісному страховому відшкодуванні	Оплата страховою компанією	Сума, яку ви повинні сплатити	Код примітки
1	20.03.22-20.03.22	Медичне обслуговування	Сплачено	31,60 доларів США	2,15 доларів США	0.00 доларів США	0 доларів США	0 доларів США	2,15 доларів США	0 доларів США	PDC
2	20.03.22-20.03.22	Медичне обслуговування	Сплачено	375,00 доларів США	118,12 доларів США	35,00 доларів США	0 доларів США	0 доларів США	83,12 доларів США	35,00 доларів США	PDC
			Всього	406,60 доларів США	120,27 доларів США	35,00 доларів США	0 доларів США	0 доларів США	85,27 доларів США	35,00 доларів США	PDC

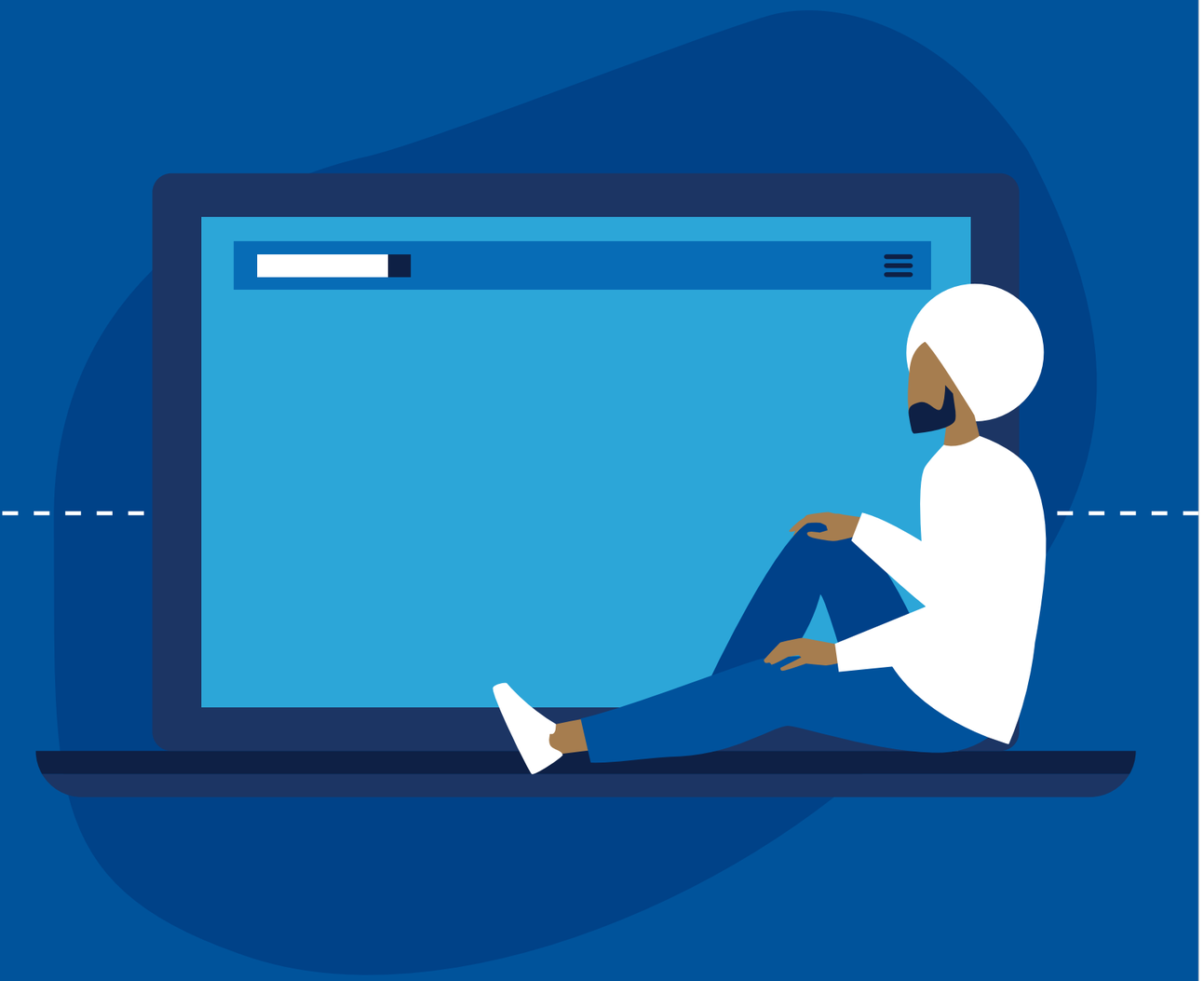
Код-примітка: PDC– виставлена сума перевищує максимальний розмір страхового платежу. Платіж здійснюється на дозволену суму.

6. Оплата страховою компанією
Це сума, яку ваш план медичного страхування сплатить вашому постачальнику медичних послуг.

7. Сума, яку ви повинні сплатити
Це сума, яку ви повинні сплатити після того, як ваша страхова компанія виплатить усе інше. Можливо, ви вже сплатили частину цієї суми. Платежі, здійснені на рахунок безпосередньо вашому постачальнику медичних послуг, не можуть бути вираховані з цієї суми.

8. Код примітки
Це примітка з плану медичного страхування, яка стосується додаткової інформації про витрати, збори та суми, сплачені за ваші візити.

РЕСУРСИ



ГЛОСАРІЙ

Апеляція
Запит до плану медичного страхування про перегляд рішення про відмову у виплаті або платежі.

Частка у сумісному страховому відшкодуванні
Відсоток вартості медичних послуг, що ви оплачуєте (наприклад, 20%), після того, як ви сплатили мінімальну суму, що не відшкодовується.

Додаткова плата (також називається доплатою)
фіксована сума (наприклад, 20 доларів США), яку ви сплачуєте за покриту страховкою медичну послугу після сплати мінімальної суми, що не відшкодовується.

Мінімальна сума, що не відшкодовується
сума, яку ви повинні заплатити за медичні послуги, що покриваються вашим планом медичного страхування, перш ніж почнеться оплата послуг вашим планом медичного страхування. Наприклад, при мінімальній сумі, що не відшкодовується, у розмірі 2000 доларів США ви оплачуєте перші 2000 доларів США за послуги, що покриваються вами самостійно.

Стан, що потребує невідкладної медичної допомоги
Настільки серйозна хвороба, травма, симптом або стан, що розумна людина вимушена відразу звертатися за медичною допомогою, щоб уникнути серйозної шкоди здоров'ю.

Послуги невідкладної медичної допомоги
Оцінка невідкладного медичного стану та лікування для запобігання погіршенню стану здоров'я.

Виключені послуги
Послуги, які ваш план медичного страхування не оплачує та не покриває.

Пояснення виплат (або EOB)
Зведення витрат на медичне обслуговування, яке ваш план медичного страхування надсилає вам після того, як ви звернетеся до постачальника медичних послуг або отримаєте послугу. Це не рахунок. Це запис про отримане вами медичне обслуговування та про те, яку суму ваш постачальник стягує з вашого плану медичного страхування.

Фармацевтичний довідник
Список рецептурних препаратів, що покриваються планом рецептурного медикаментозного забезпечення або іншим планом медичного страхування, який пропонує виплати, що покривають вартість ліків. Також називається списком лікарських препаратів.

Амбулаторне медичне обслуговування
Медичне обслуговування, що надається у лікарні і зазвичай не вимагає перебування у лікарні вночі.

Частка у сумісному страховому відшкодуванні в мережі
Частка, яку ви сплачуєте за медичне обслуговування, що покривається, після того, як ви сплатили мінімальну суму, що не відшкодовується. Ця сума вказується у відсотках (наприклад, 20%). Доплати всередині мережі зазвичай є меншими, ніж доплати за межами мережі

Доплати в мережі
Фіксована сума, яку ви сплачуєте за покриті медичні послуги після сплати мінімальної суми, що не відшкодовується, якщо вона передбачена вашим планом (наприклад, 15 доларів США). Доплати в мережі зазвичай менші, ніж доплати, що здійснюються за послуги, надані поза мережею.

Мережа (також називається внутрішньою мережею)
Це заклади, фахівці і постачальники медичних послуг, з якими уклав угоду ваш план медичного страхування щодо надання вам медичних послуг.

Неучасник мережі
Постачальник медичних послуг, який не має контрактних домовленостей з вашим планом медичного страхування на надання вам послуг. Зазвичай ви сплачуєте більшу суму за такі послуги.

Частка у сумісному страховому відшкодуванні поза мережею
Частка, яку ви сплачуєте за послуги від постачальників, які не уклали контракт із вашим планом медичного страхування. Ця сума вказується у відсотках (наприклад, 40%). Частка у сумісному страховому відшкодуванні поза мережею зазвичай є більшою, ніж частка у сумісному страховому відшкодуванні в мережі.

Доплата поза мережею
Фіксована сума, яку ви сплачуєте за послуги від постачальників, які не уклали контракт із вашим планом медичного страхування (наприклад, 30 доларів США). Суми доплат поза мережею зазвичай більші, ніж суми доплат в мережі.

Гранична сума, сплачувана за власний кошт
Це найбільша сума, яку ви платите за послуги, що покриваються, протягом планового року. Після того, як ви сплачуєте цю суму за медичне обслуговування та послуги в мережі, ваш план медичного страхування оплачує 100% вартості витрат.

Попереднє схвалення (також називається попереднім затвердженням, попереднім узгодженням або попередньою сертифікацією)
Рішення, прийняте вашим планом медичного страхування про те, що послуга, план лікування, ліки, що відпускаються за рецептом, або медичне обладнання тривалого користування, є необхідними за медичними показаннями. Ваш план медичного страхування може вимагати попереднього схвалення надання певних послуг, перш ніж ви отримаєте їх, за винятком випадків невідкладної допомоги. Попереднє схвалення не є обіцянкою, що ваш план медичного страхування покриє витрати.

Страховий внесок
Сума, яку ви платите за планом медичного страхування на регулярній основі, наприклад щомісяця.

Профілактичні послуги
Регулярне медичне обслуговування, яке включає процедури скринінгу, обстеження та консультування пацієнтів для профілактики захворювань або інших проблем зі здоров'ям.

Постачальник послуг первинної медичної допомоги
Лікар (MD — лікуючий лікар або DO — лікар-остеопат), практикуюча медсестра, клінічна медсестра-фахівець або помічник лікаря, відповідно до закону штату, який здійснює, координує медичне обслуговування або допомагає пацієнту отримати доступ до низки медичних послуг.

Фахівець
Лікар-фахівець займається конкретною галуззю медицини чи групою пацієнтів. Ці постачальники медичних послуг діагностують, лікують, забезпечують профілактику чи лікують певні типи захворювань. Фахівець, який не є лікарем – це постачальник медичних послуг, який пройшов спеціальну підготовку у певній галузі охорони здоров'я.

Телемедицина
Використання комп'ютера, телефону або іншого пристрою для отримання медичного обслуговування, коли ви та ваш постачальник медичних послуг перебуваєте в різних місцях.

КОРИСНІ ПОСИЛАННЯ

Отримання страхового покриття

Програма медичного страхування дітей (CHIP)
insurekidsnow.gov

Біржа медичного страхування Health Insurance Marketplace®[1]
healthcare.gov/quick-guide/one-page-guide-to-the-marketplace
healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip

Страховка Medicare
medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan

1 Health Insurance Marketplace® є зареєстрованим знаком обслуговування Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США.

Отримання медичного обслуговування

Пошук постачальника медичних послуг
Огляди та рейтинги місцевих постачальників медичних послуг
healthgrades.com

Для людей з обмеженими можливостями
cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/equity-initiatives/Getting-the-Care-You-Need.pdf

Медичні послуги з охорони психічного здоров'я
cms.gov/files/document/roadmap-behavioral-health-ukrainian.pdf

Телемедицина
cms.gov/files/document/c2c-telehealth-patient-toolkitdigital508c.pdf
telehealth.hhs.gov/patients

Лікарські препарати
Посібник із безпечного використання лікарських препаратів
health.gov/myhealthfinder/topics/everyday-healthy-living/safety/use-medicines-safely

Керування витратами
Короткий огляд мого медичного страхування
cms.gov/files/document/coverage-glance-ukrainian.pdf

Йдіть своїм шляхом.

go.cms.gov/c2c

Цей матеріал був надрукований, опублікований або підготовлений
та поширений за рахунок платників податків США.
Дата редакції: жовтень 2024 р
Публікація № 11813-UKR