

Розуміння медичного страхування

Орієнтація в страховому покритті

Якщо ваша дитина має особливу потребу в медичному догляді, затримку розвитку або інвалідність, то дуже важливо розуміти своє страхове покриття. Ми заохочуємо вас дізнатися більше про переваги свого медичного страхування та про те, як страхування може бути використано для фінансування програми з раннього втручання для дитини. Ви можете скористатися доданим аркушем перевірки страхового поліса з докладнішими порадами, щоб зібрати цю інформацію та поділитися нею зі своїм Family Resources Coordinator (координатором сімейних ресурсів, FRC) і командою раннього втручання.



Дізнайтеся про свій план

Дізнавшись про своє покриття, ви зможете прийняти найкращі рішення, щоб задовольнити потреби дитини. Ваш план страхування має короткий опис плану, документ, який містить стислий опис покриття та деякі вказівки щодо того, як знайти постачальників, які приймають вашу страховку та/або належать до вашої мережі. Залежно від вашого роботодавця та страхової компанії це може бути паперовий документ або інформація, яку ви можете прочитати в інтернеті. Щоб отримати інформацію про свій план, зв'яжіться з відділом кадрів свого роботодавця або службою інформування клієнтів, що зазначена у вашому страховому полісі.

Загальні запитання про ваш план, які треба з'ясувати

Окрім вивчення основної інформації, яка міститься в плані, важливо дізнатися про правила, необхідні для покриття:

- Чи вимагає ваш план направлення від лікаря або іншого постачальника послуг для відвідування спеціаліста?
- Чи вимагає ваш план направлення до конкретного терапевта/програми, що надає послуги з раннього втручання (наприклад, фізіотерапевт, ерготерапевт, логопед, дієтолог)?

- Як отримати направлення? Відвідати офіс? Попередити заздалегідь? Інше?
- Скільки відвідувань терапії на рік покриває мій план? Чи потребує направлення поновлення? Чи можете ви отримати дозвіл на додаткові відвідування просто зателефонувавши, чи вам потрібно запланувати ще один візит до лікаря первинної медичної допомоги?
- Для яких призначень, тестів і процедур потрібен попередній дозвіл? Чи може лікар отримати попередній дозвіл, чи вам потрібно зв'язатися безпосередньо з уповноваженими вашого плану медичного страхування?
- Чи зобов'язані ви використовувати лише тих постачальників, які погодилися на покриття планом (постачальники в мережі)?
- Якщо ви також можете відвідувати лікарів або інших постачальників медичних послуг, які не входять до вашого плану (покриття поза мережею), які правила передбачає план для відвідування цих лікарів або інших постачальників послуг? Скільки вам коштуватиме постачальник послуг, який не належить до мережі?
- Чи можете ви звернутися до лікаря або іншого постачальника послуг, який не належить до мережі вашого плану, в екстреному випадку або під час подорожі? Якщо так, то скільки вам це буде коштувати?

Контакти:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers Program (Департамент у справах дітей, молоді та сім'ї Програма ранньої підтримки для немовлят та малюків)
PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | esit@dcyf.wa.gov
www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Медична необхідність

Навіть якщо ви знаєте, які переваги покриватиме ваш план медичного страхування та як виставляються рахунки, у вас усе одно можуть виникнути проблеми з покриттям послуг із раннього втручання для дитини. «Медична необхідність» — це термін, який страхові компанії використовують для визначення медичної потреби в певному лікуванні чи процедурі. Це визначення використовується як основний фактор щодо оплати лікування та процедур, які можуть знадобитися дитині.

Вам завжди слід шукати визначення медичної необхідності у своєму плані; будь-яке визначення медичної необхідності має місце для тлумачення. Якщо вам потрібно довести медичну необхідність, ваш постачальник первинної медичної допомоги або інший медичний постачальник може надати лист із запитом на послугу.

Оскарження рішення про відмову

Якщо за вашим планом медичного страхування не оплачується послуга або його уповноважені не погоджуються заздалегідь на послуги, ви маєте можливість оскаржити це рішення. Хоча ваш FRC або постачальник послуг може працювати з вами та вашим планом медичного страхування, щоб отримати інформацію про те, чому за страховкою не оплачується послуга, ви несете відповідальність за подання оскарження. Інформація про процес оскарження свого плану медичного страхування міститься в доказах покриття. Процедура оскарження плану медичного страхування залежить від самого плану, тому слід ознайомитися із цим процесом під час перегляду свого покриття. У формі Explanation of Benefits (Пояснення переваг, ЕОВ) плану буде вказано, чи покривається послуга. Ваш план медичного страхування не обов'язково покриває всі послуги для дитини, тому вам слід спочатку перевірити буклет «Докази покриття», щоб переконатися, що план покриває надання послуги, за якою відмовили. Загалом можна зробити такі кроки:

- Якщо ви вважаєте, що послугу було відмовлено помилково, ви можете зателефонувати уповноваженому щодо свого плану, щоб обговорити ЕОВ. Це неофіційний процес перевірки. Переконайтеся, що ви отримали в письмовій формі результати неофіційної перевірки, оскільки ви не можете оскаржити телефонний виклик.
 - Зберігайте записи про кожен телефонний виклик до уповноваженого вашого плану з іменем особи, з якою ви розмовляли та нотатками розмови. Якщо представник плану медичного страхування зв'яжеться з вами для надання інформації, обов'язково дізнайтеся, коли можна очікувати на відповідь, а якщо ви її не отримали, то зв'яжіться із цим представником.

- Якщо ваш представник служби підтримки клієнтів каже, що ваш план не покриватиме послугу, ви все одно можете подати заявку на покриття. Вам знадобиться письмова відмова, якщо ви хочете подати офіційне оскарження.



- Якщо ви вирішите подати офіційне оскарження, воно має бути письмовим.
 - Ваш план медичного страхування може мати форму оскарження.
 - Якщо ні, процес оскарження буде описано в доказах покриття.
 - Завжди зберігайте копію свого письмового оскарження.
- Для оскарження будьте готові надати зазначену нижче інформацію
 - Своє ім'я, адресу та номер телефону
 - Свій ідентифікаційний номер учасника або Social Security number (номер соціального страхування)
 - Копії форм Explanation of Benefits (Пояснення переваг, ЕОВ), назву та форму виставлення рахунку свого постачальника
 - Опис послуги або процедури, яку ви бажаєте покрити
 - Інформація, яка підтверджує, чому послуга має покриватися

Можливо, вам доведеться подати оскарження протягом визначеного періоду. Оскарження, подані поза дозволим періодом, не розглядатимуться за планом медичного страхування. У деяких ситуаціях план може мати особливий порядок для невідкладних випадків.

Щоб отримати додаткову інформацію про правила страхування в штаті Washington, зателефонуйте на гарячу лінію для клієнтів страхових послуг за номером 1-800-562-6900.

Щоб отримати додаткову інформацію про фінансування охорони здоров'я для дітей, які мають особливу потребу в медичному догляді, затримку розвитку або інвалідність, зателефонуйте до Family Voices штату Washington за номером 1-800-5-PARENT.

Аркуш перевірки страхового поліса

Ім'я дитини: _____ Ім'я одного з батьків: _____

DOV дитини: _____ Діагноз дитини: _____

Лікар, що направляє: _____

Інформація про страхування: *Зателефонуйте до своєї страхової компанії та заповніть цю форму якнайкраще. Це дуже корисна інформація, якщо ви не ознайомилися зі своїм покриттям.*

Назва страхування: _____ Телефон: _____

Адреса для скарг: _____

Ім'я застрахованої особи: _____ ID #: _____

План/група №: _____ Дата набрання чинності поліса: _____

Коли ви телефонуєте, обов'язково запишіть ім'я людини, з якою ви розмовляєте, щоб потім на неї посилатися.

Контактна особа: _____ Дата, час виклику: _____

Скажіть: «Я телефоную, щоб уточнити мої переваги та покриття щодо розвитку нервової системи». (Вони запитують ваш ID # для учасника) Задайте достатньо запитань, щоб отримати повну інформацію. Неповна інформація вимагатиме повторного телефонного виклику.

Чи є мій терапевт / програма EI _____ у списку постачальників, які беруть участь?

Якщо ваш терапевт / програма EI НЕ входить до мережі, поставте такі запитання:

«Чи дозволяє мій поліс самостійно обирати терапевта?» _____

«Чи можу я вийти за межі своєї мережі чи списку постачальників?» (Якщо так, «Чи буде відрізнятися моє покриття, і як саме? Чи буде мені виставлено рахунок на різницю?») _____

Потім запитайте: «Що моє»:

Доплата: _____ % або \$ _____ /сеанс. Доплата/співстрахування за день або за терапію?

Наприклад, якщо ваша дитина відвідує ОТ і логопеда, і ви маєте доплатити \$15: чи маєте ви доплатити \$15 за терапію, що становить \$30 або це становить лише \$15 за день незалежно від того, скільки процедур ви відвідуєте.

Франшиза? Ні Так Сума франшизи \$ _____ / на сім'ю чи особу?

Франшиза за календарний рік? Так Ні Щомісячна франшиза починається: _____

Чи є франшиза за цей рік? Так Ні Якщо так, то скільки? _____

Які дати для мого пільгового року: _____ до _____

Які мої максимальні кишенькові витрати? _____

Який мій життєвий максимум? \$ _____ Скільки виконано на сьогоднішній день? \$ _____

Життєвий максимум на сім'ю чи особу? _____

Скільки відвідувань дозволено на рік, на терапію (запитайте про всі види терапії — Occupational Therapy (ерготерапію, ОТ), Physical Therapy (фізичну терапію, РТ) і Speech Therapy (логопедію, СТ) — навіть якщо вашій дитині потрібен лише один вид, щоб вам не потрібно було повторно телефонувати в майбутньому)? _____

відвідувань для ОТ, _____ для РТ, _____ логопеда.

Якимось перевагами вже скористалися на сьогодні? Так Ні Якщо так, поясніть: _____

Чи потрібний попередній дозвіл від мого постачальника первинної медичної допомоги? Так Ні

Чи потрібний попередній дозвіл від мого постачальника первинної медичної допомоги для певних послуг, як-от ОТ, РТ та логопед? Так Ні

Чи потрібний рецепт від мого постачальника первинної медичної допомоги? Так Ні

Чи потрібний рецепт від мого постачальника первинної медичної допомоги для спеціальних послуг, як-от ОТ, РТ та логопед? Так Ні

Якщо так, запитайте, що потрібно (наприклад, медичні записи, рецепт, тестування, лист про медичну необхідність тощо), щоб попередньо дозволити відвідування або виписати вам рецепт: _____

Скільки сеансів покриває дозвіл/рецепт: _____

Який період покриває дозвіл/рецепт: _____ до _____

Чи можемо ми отримати більше схвалених відвідувань, коли вичерпаємо їх кількість? Так Ні

Чи покриваються наступні коди?

Терапія	Код	Так	Ні

Чи містить мій поліс будь-які пункти про винятки, як-от «терапія покриватиметься, лише якщо дефіцит виник внаслідок нещасного випадку, хвороби чи травми»? Так Ні

Якщо так, то який це пункт: _____

На яку адресу надсилати скарги? _____

*** Якщо у вас є додатковий страховий поліс, заповніть для нього ще одну таку форму.

Якщо у вас є медичний ощадний рахунок або інший тип рахунку, з якого оплачуються необхідні медичні послуги, дізнайтеся у свого постачальника послуг, як ці переваги можна використовувати для послуг із раннього втручання.