



ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И УХАЖИВАЮЩИХ ЗА НИМИ ЛИЦ

Информация о медицинском страховании: значение общих терминов

Медицинское страхование защищает вас от высоких расходов на оплату медицинских счетов. Благодаря страхованию вам не нужно беспокоиться об оплате медицинских услуг, когда они вам понадобятся.

Сети поставщиков услуг

В некоторых планах страхования представлен список поставщиков медицинских услуг и больниц на ваш выбор. Это называется сетью поставщиков услуг.

Поставщики медицинских услуг в сети поставщиков называются сетевыми поставщиками услуг. Если вы обращаетесь к сетевым поставщикам услуг, вам нужно будет самостоятельно оплатить только дополнительную оплату и сострахование.

Поставщики медицинских услуг, которые не включены в сеть поставщиков, предусмотренных вашим планом, называются несетевыми поставщиками. Если вы идете на прием к несетевому поставщику медицинских услуг, ваша страховка может покрыть определенную сумму, но для вас это будет стоить дороже.

Планы медицинского страхования

Существуют различные типы планов медицинского страхования.

- Организации медицинского обеспечения (Health Maintenance Organizations, HMO) — это планы, которые позволяют обращение только к сетевым поставщикам. HMO обычно требуют, чтобы вы получили направление от вашего семейного врача (PCP) для посещения другого поставщика (называемого специалистом). Специалисты — это эксперты по лечению конкретных заболеваний, таких как болезни сердца, заболевания мозга и рак.
- Организации рекомендованных специалистов и лечебных учреждений (PPO) — это планы, которые позволяют вам обращаться к сетевым и несетевым поставщикам.
- Планы возмещения фактических медицинских расходов (Indemnity Plans) — это планы, в которых вы оплачиваете часть расходов на медицинское обслуживание. Остальная сумма выплачивается за счет вашей страховки. Эти планы также называются «оплатой за услугу» (fee-for-service).
- Medicaid – это бесплатная государственная программа для людей, чей доход ниже определенного уровня.
 - Планы Medicaid могут быть традиционными (также называются «оплатой за услугу» (fee-for-service) в рамках Medicaid). Или они могут представлять собой план регулируемого медицинского обслуживания (Managed Care Plan, MCP) для оказания услуг по низким ценам.

Рецепты

Рецепт — это письменное или электронное назначение, выданное вашим медицинским сотрудником. В нем указано, какие лекарства вам должен предоставить фармацевт. Ваш план медицинского страхования может покрыть не все лекарства. Узнайте в своей страховой компании или спросите в аптеке, какие лекарства покрываются страховкой.

Формуляр — это список лекарств, которые будут оплачены в рамках плана медицинского страхования. Они также называются «рекомендованными препаратами».

Возможно, вы слышали, что лекарственные препараты могут быть 2 видов.

- Препараты-генерики имеют точно такое же действующее вещество, дозировку, показания к применению и активность, как и оригинальные препараты. Но они не запатентованы фирмой-разработчиком. В их названии содержится название действующего вещества.
 - Ibuprofen — это непатентованное название препарата Advil.
- Оригинальные препараты аналогичны непатентованным препаратам. Они стоят дороже, потому что запатентованы фирмой-разработчиком.
 - Advil является зарегистрированным патентованным названием препарата Ibuprofen.

Цена препарата зависит от его уровня (или ценового сегмента) в формуляре:

- Препараты сегмента 1 — это непатентованные препараты, и обычно они самые дешевые для вас.
- Препараты сегмента 2 — это оригинальные препараты. Они обычно назначаются в том случае, когда отсутствует непатентованный препарат.
- Препараты сегмента 3 не включены в формуляр. Они будут оплачены в рамках вашего плана медицинского страхования только в том случае, если медицинский сотрудник подтвердит их необходимость для вас.

Если вы считаете, что вы заплатили за то, что должна покрыть ваша страховка, позвоните в офис вашего поставщика услуг. Попросите пояснить ситуацию. Возможно, после разговора с ними вы по-прежнему будете считать, что оплата должна быть за счет страховки. В этом случае позвоните в отдел по обслуживанию клиентов (Member Services), номер которого указан на обратной стороне вашей карты медицинского страхования, чтобы подать претензию. Претензию иногда называют апелляцией или жалобой. Отдел по обслуживанию клиентов может попросить вас подтвердить некоторую информацию. Это может быть ваше имя, дата рождения и номер вашей карты медицинского страхования.

Есть несколько важных терминов, которые вы должны знать и которые могут дать лучшее представление о страховании. Эти термины и их значение приведены ниже.

- **Страховой взнос** — это то, что вы платите страховой компании каждый месяц за страховку.
- **Вычитаемая франшиза** — это сумма, которую вы должны заплатить до того момента, как начнется оплата медицинских услуг согласно вашему плану медицинского страхования.
- **Дополнительная оплата** — это сумма, которую вы платите самостоятельно при каждом посещении врача.
- **Сострахование** — это когда часть вашего медицинского счета оплачивается в рамках вашего плана медицинского страхования, а часть — вами самостоятельно.
- **Максимальная сумма расходов на оплату покрываемого обслуживания** — это максимальная сумма, которую вам когда-либо придется самостоятельно заплатить за медицинские услуги.
- **Годовой или пожизненный лимит** — это максимальная сумма, которая будет выплачена в рамках вашего плана медицинского страхования (каждый год или в течение всей вашей жизни).
- **Совместное покрытие затрат** — это когда ваш план медицинского страхования не покрывает весь счет за лечение. Вы оплачиваете ту часть, которую он не покрывает.
- **Направление** — это когда ваш медицинский сотрудник направляет вас к другому специалисту, чтобы получить дополнительную помощь по определенному вопросу.
- **Предварительное утверждение** — это согласие на оплату лекарства или лечения в рамках плана медицинского страхования. Вы или ваш поставщик медицинских услуг должны позвонить в страховую компанию и запросить предварительное утверждение с учетом ваших медицинских потребностей.
- **Разъяснение по выплатам (ЕОВ)** — это бланк, в котором указана сумма

оплаты за прием врача в рамках вашего плана медицинского страхования. Если какая-либо сумма должна быть оплачена вами, она также будет указана в ЕОВ.

Если у вас есть вопросы или опасения, позвоните своему медицинскому сотруднику. Специалист вашей лечащей команды ответит на звонок с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. В другое время вы можете оставить сообщение или поговорить с другим врачом центра MSK. Вы всегда можете связаться с дежурным врачом или медсестрой/медбратом. Если вы не знаете, как связаться со своим медицинским сотрудником, позвоните по номеру 212-639-2000.

Дополнительную информацию см. в нашей виртуальной библиотеке на сайте www.mskcc.org/pe.

Your Guide to Health Insurance: What Common Words Mean - Last updated on October 5, 2022

Все права защищены и принадлежат Memorial Sloan Kettering Cancer Center