

# Как разобраться в медицинской страховке

## Ориентируемся в страховом покрытии

Если у вашего ребенка есть особые потребности в медицинской помощи, задержка развития или инвалидность, важно понимать, какое у вас страховое покрытие. Мы рекомендуем вам узнать больше о ваших льготах по медицинскому страхованию и о том, как страхование может быть использовано для финансирования программы раннего вмешательства для вашего ребенка. Вы можете использовать прилагаемый Лист проверки страховки с более подробными советами, чтобы собрать нужную информацию и поделиться ею с вашим Family Resources Coordinator (координатором ресурсов для нужд семьи, FRC) и Группой раннего вмешательства.



## Узнайте больше о своем плане

Информация о страховом покрытии поможет вам принять наилучшее решение для удовлетворения потребностей вашего ребенка. В вашем плане страхования есть Краткое описание плана — документ, который обобщает данные о вашем покрытии и дает некоторые рекомендации в части того, как найти поставщиков, которые принимают вашу страховку и (или) входят в вашу сеть. В зависимости от вашего работодателя и страховой компании это может быть бумажный документ или информация, которую вы можете прочитать в Интернете. Чтобы найти информацию о своем плане, обратитесь в отдел по работе с персоналом вашего работодателя или в службу поддержки участников, указанную в вашей страховой карте.

## Общие вопросы о вашем плане, которые следует задать

Помимо знания основных параметров вашего страхового покрытия, важно узнать о правилах и требованиях покрытия:

- Требуется ли ваш план направления от вашего врача или другого поставщика услуг для посещения специалиста?
- Требуется ли в вашем плане направление для посещения конкретного терапевта/программы, предоставляющей услуги раннего вмешательства (например, физиотерапевта, эрготерапевта, логопеда, диетолога)?

- Как получить направление? Посетить офис? Уведомить заранее? Другой способ?
- Сколько посещений терапевта в год предусматривает мой план? Требуется ли продление направления? Можете ли вы получить разрешение на дополнительные визиты по телефону или вам нужно запланировать еще один визит к лечащему врачу?
- Какие встречи, тесты и процедуры требуют предварительного разрешения? Может ли врач получить предварительное разрешение или вам необходимо напрямую связаться с менеджером по вашему плану медицинского страхования?
- Обязаны ли вы обращаться только к тем поставщикам услуг, которые согласились участвовать в плане (сетевые провайдеры)?
- Если вы также можете посещать врачей или других поставщиков медицинских услуг, не входящих в ваш план (покрытие вне сети), какие правила посещения таких врачей или других поставщиков услуг предусмотрены планом? Во сколько вам обойдется использование внесетевого провайдера?
- Можете ли вы обратиться к врачу или другому поставщику услуг, не входящему в сеть вашего плана, в экстренной ситуации или во время путешествия? Если да, то какова будет для вас стоимость?

## Контактная информация:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers Program (Департамент по делам детей, молодежи и семьи, Программа ранней поддержки младенцев и детей ясельного возраста)  
PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | [esit@dcyf.wa.gov](mailto:esit@dcyf.wa.gov)  
[www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit](http://www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit)



Washington State Department of  
**CHILDREN, YOUTH & FAMILIES**

## Медицинская необходимость

Даже если вы знаете, какие льготы покрывает ваш план медицинского обслуживания и как работает выставление счетов, у вас все равно могут возникнуть проблемы с покрытием услуг раннего вмешательства для вашего ребенка. «Необходимо по медицинским показаниям» — это термин, который страховые компании используют для определения медицинской потребности в конкретном лечении или процедуре. Это определение используется в качестве определяющего фактора оплаты лечения и процедур, которые могут понадобиться вашему ребенку.

Всегда следует ознакомиться с определением термина «медицинской необходимости» в вашем плане, так как любое определение допускает интерпретацию. Если вам нужно доказать медицинскую необходимость, ваш поставщик основных медицинских услуг или другой поставщик медицинских услуг может написать письмо с запросом на получение услуги.

## Обжалование отказа

Если ваш план медицинского обслуживания не оплатил услугу или не дал согласия на получение услуги заранее, у вас есть возможность обжаловать решение плана медицинского обслуживания. Хотя ваш FRC или поставщик услуг может работать с вами и вашим планом медицинского обслуживания, чтобы получить информацию о том, почему страховка не покрывает услугу, вы сами несете ответственность за подачу апелляции. Информация о процессе обжалования в отношении вашего плана медицинского страхования содержится в документе «Границы страховой ответственности страховщика». Процесс подачи апелляции по плану медицинского обслуживания варьируется от плана к плану, поэтому вам следует ознакомиться с процессом одновременно с рассмотрением вашего страхового покрытия. В форме Explanation of Benefits («Разъяснение льгот», EOB) вашего плана будет указано, покрывается ли услуга или нет. Ваш план медицинского обслуживания не обязан покрывать все услуги для вашего ребенка, и вам следует сначала ознакомиться с буклетом «Границы страховой ответственности страховщика» чтобы убедиться, что ваш план покрывает услуги, в которых отказано. В общем случае можно предпринять следующие шаги:

- Если вы считаете, что услуга была отклонена по ошибке, вы можете связаться с представителями своего плана по телефону, чтобы обсудить свой EOB. Это неофициальный процесс проверки. Обязательно получите в письменной форме все результаты неофициальной проверки, поскольку вы не можете обжаловать телефонный звонок.
  - Ведите запись каждого телефонного звонка представителю плана с указанием именем человека, с которым вы разговаривали, и комментариев к разговору. Если представитель плана медицинского страхования свяжется с вами с информацией, обязательно узнайте, когда вы можете обоснованно ожидать ответа; свяжитесь с представителем плана медицинского страхования, если вы не получили ответа.

- Если представитель службы поддержки говорит, что ваш план не покрывает услугу, вы все равно можете подать заявку на покрытие. Если вы захотите подать официальную апелляцию, вам понадобится письменный отказ.



- Если вы решите подать официальную апелляцию, она должна быть подана в письменной форме.
  - В вашем плане медицинского обслуживания может быть предусмотрена форма апелляции.
  - В противном случае в документе «Границы страховой ответственности страховщика» будет описан процесс апелляции.
  - Всегда сохраняйте копию своей письменной апелляции.
- Будьте готовы предоставить следующую информацию в апелляции
  - Ваше имя, адрес и номер телефона
  - Ваш идентификационный номер участника или Social Security number (номер социального страхования)
  - Копии форм документа Explanation of Benefits («Границы страховой ответственности страховщика», EOB), а также наименование вашего поставщика медицинских услуг и форму выставления счетов
  - Описание услуги или процедуры, которую вы хотите покрыть страховкой
  - Информация, подтверждающая, почему услуга должна быть покрыта страховкой

Возможно, вам придется подать апелляцию в течение указанного периода времени. Апелляции, поданные вне разрешенного периода времени, не будут рассматриваться в рамках плана медицинского страхования. В некоторых случаях в плане может быть предусмотрена специальная процедура для неотложных случаев.

Для получения дополнительной информации о правилах страхования в штате Washington позвоните на горячую линию для потребителей страховых услуг по телефону 1-800-562-6900.

Для получения дополнительной информации о финансировании медицинского обслуживания детей, нуждающихся в особом медицинском обслуживании, с задержкой развития или инвалидностью, позвоните в представительство Family Voices штата Washington по телефону 1-800-5-PARENT.

## Лист проверки страховки

ФИО ребенка: \_\_\_\_\_ ФИО родителя: \_\_\_\_\_

Дата рождения (DOB) ребенка: \_\_\_\_\_ Диагноз ребенка: \_\_\_\_\_

Направивший врач: \_\_\_\_\_

Информация о страховании: *Пожалуйста, позвоните в свою страховую компанию и как можно тщательней заполните эту форму. Эта информация будет вам очень полезна, если вы не знакомы с вашим покрытием.*

Наименование страховки: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес для направления претензий: \_\_\_\_\_

ФИО застрахованного: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Номер плана/группы: \_\_\_\_\_ Дата вступления полиса в силу: \_\_\_\_\_

Когда вы звоните, обязательно записывайте ФИО человека, с которым вы разговариваете, для дальнейшего использования.

Контактное лицо: \_\_\_\_\_ Дата, время звонка: \_\_\_\_\_

Скажите: «Я звоню, чтобы уточнить мои льготы и покрытие в части льгот по неврологическому развитию». (Они попросят ваш номер ID# участника) Задайте все вопросы, необходимые для заполнения всех данных. Неполная информация потребует еще одного телефонного звонка.

Включен ли мой терапевт/моя программа EI \_\_\_\_\_ в Перечень участвующих поставщиков?

Если выбранный вами терапевт/программа EI НЕ входит в их сеть, задайте следующие вопросы:

«Позволяет ли мой полис самому выбирать терапевта?» \_\_\_\_\_

«Могу ли я выйти за пределы своей сети или перечня поставщиков?» (Если да, «Мое покрытие отличается, и в чем разница? Будет ли мне выставлен счет за разницу?») \_\_\_\_\_

Затем спросите: «Какая у меня?»:

Доплата: \_\_\_\_\_ % или \$ \_\_\_\_\_ /сеанс. Взимается ли доплата или сострахование за день  или за терапию?

Например, если ваш ребенок пойдет к эрготерапевту (ОТ) или логопеду, и у вас предусмотрена доплата в размере \$15, должны ли вы оплатить \$15 за терапию, общая стоимость которой составляет \$30, или только \$15 долларов, независимо от того, сколько сеансов терапии вы посетите.

Франшиза?  Нет  Да Сумма франшизы, \$ \_\_\_\_\_ на семью или физическое лицо?

Франшиза за календарный год?  Да  Нет Ежемесячная франшиза начинается: \_\_\_\_\_

Применялись ли какие-либо франшизы за этот год?  Да  Нет Если да, то на какую сумму? \_\_\_\_\_

Каковы даты моего льготного года: \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Какова будет сумма моих максимальных фактических расходов? \_\_\_\_\_

Каков мой предельный размер суммарных страховых выплат по медицинской страховке? \$ \_\_\_\_\_

Сколько выплачено на сегодняшний день? \$ \_\_\_\_\_

Каков предельный размер суммарных страховых выплат по медицинской страховке на семью или на человека? \_\_\_\_\_

Сколько посещений разрешено в год по каждому виду терапии (спросите обо всех видах терапии — Occupational Therapy (эрготерапии, ОТ), Physical Therapy (физиотерапии, РТ) и Speech Therapy (логопедии, СТ) — даже если вашему ребенку требуется только один вид, чтобы вам не пришлось звонить еще раз)? \_\_\_\_\_

посещений эрготерапевта (ОТ), \_\_\_\_\_ физиотерапевта (РТ), \_\_\_\_\_ логопеда.

Использованы ли уже какие-то льготы по состоянию на сегодняшний день  Да  Нет Если да, поясните: \_\_\_\_\_

Требуется ли предварительное разрешение от моего основного поставщика услуг?  Да  Нет

Требуется ли предварительное разрешение от моего основного поставщика услуг на оказание определенных услуг, таких как ОТ, РТ и услуги логопедии?  Да  Нет

Нужен ли рецепт от моего основного поставщика услуг?  Да  Нет

Требуется ли рецепт от моего основного поставщика услуг для оказания специальных услуг, таких как ОТ, РТ и услуги логопедии?  Да  Нет

Если да, спросите, что потребуются (например, медицинские записи, рецепт, оценка, справка о медицинской необходимости и т. д.), чтобы предварительно разрешить посещения или выписать вам рецепт: \_\_\_\_\_

Сколько сеансов предусматривает разрешение/рецепт: \_\_\_\_\_

На какие периоды времени будет распространяться разрешение/рецепт: \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Можете ли вы получить одобрение на большее количество посещений после того, как количество посещений исчерпано?  Да  Нет

Покрываются ли следующие коды?

Терапия	Код	Да	Нет

«Есть ли в моем полисе какие-либо положения об исключении, такие как, например, «лечение будет покрываться страховкой только в том случае, если вызвано несчастным случаем, болезнью или травмой»?  Да  Нет

Если да, укажите пункт: \_\_\_\_\_

На какой адрес вы отправляете свои заявки? \_\_\_\_\_

\*\*\*Если у вас есть вторичный страховой полис, заполните еще одну такую форму для вторичного страхового полиса.

Если у вас есть медицинский сберегательный счет или счет другого типа, который используется для оплаты необходимых по медицинским показаниям услуг, поговорите со своим поставщиком услуг о том, как эти льготы могут быть использованы для оказания услуг раннего вмешательства.