

Inpatient, Outpatient and Observation Visit Information



- English
- Arabic (العربية)
- Bengali (বাংলা)
- Chinese – Traditional (中文)
- Creole (kreol)
- Greek (ελληνικά)
- Italian (Italiano)
- Korean (한국의)
- Polish (Polski)
- Portuguese (Português)
- Russian (Русский)
- Spanish (Español)

Inpatient, Outpatient and Observation

Are all hospital visits the same?

No. There are 3 types of hospital visits:

- **Inpatients** may:
 - have surgery or other treatments
 - need care that requires a longer time with their health care team
 - be scheduled in advance or come for emergency services
 - expect to stay more than one night
- **Outpatients** may:
 - have tests, treatments or surgery
 - be scheduled in advance or come for emergency services
 - stay a few hours or even overnight
- **Observation patients** usually stay in the hospital:
 - because of a serious change in medical condition
 - while their health care team decides if they need to be an inpatient
 - for less than 24 hours

Can the visit type change during my hospital stay?

Yes. The type of hospital visit depends on the kind of care you need. If there are medical changes while you are in the hospital, your health care team may decide you need to be an inpatient instead of an outpatient or observation patient. You should know whether you are an inpatient, outpatient or observation patient. Ask your health care team if you have any questions.

Do I pay the same amount for each type of visit?

No. Charges and insurance coverage may be different. The amount you pay is based on:

- if you have insurance and the amount your insurance plan pays.
- if you have a 2nd insurance plan that will also pay for your care.
- if you need financial assistance.

For inpatient visits you may have to pay:

- a co-payment or "co-pay" (fee you pay for a medical service). Your insurance plan most likely has a standard co-pay for inpatient visits. It may be listed on your insurance card.
- a deductible (amount of money you have to pay each year before your insurance plan will pay any or all of your health care bills).
- co-insurance (percentage of each health care bill you must pay). Most insurance plans pay only a certain percentage of each bill and you must pay the rest.

For outpatients and observation visits you may have to pay:

- a co-payment for each service and each medication. This means you will likely have a co-pay for each test, treatment and medicine you get while you are in the hospital.
- a deductible.
- co-insurance.

Note: You will get one bill from the hospital and other bills from the health care providers who cared for you and/or reviewed your test results. You may have to pay a deductible and/or co-insurance payment for each bill.

What if I have Medicare?

Medicare has rules for each type of visit. Ask a social worker or care manager any questions you have about Medicare.

For inpatient visits:

- Medicare Part A pays for inpatient hospital services (the bill you get from the hospital). You will have to pay one co-payment and one deductible (unless you are in the hospital for more than 60 days). If you have a 2nd insurance plan, it may pay your co-payment and deductible.
- Medicare Part B pays 80% of the Medicare-approved amount for each doctor service (each bill from the health care providers who cared for you or supervised tests). If you have Part B, you will have to pay the other 20%. If you have a 2nd insurance plan, it may pay your 20%.

For outpatient visits:

- Medicare Part A does NOT pay for outpatient hospital services.
- Medicare Part B pays for outpatient services including surgery (with up to 6 hours to recover in the hospital). If you have Part B, you will likely have to pay a co-payment for each outpatient hospital service including surgery. Medicare does not have a standard co-pay for outpatient hospital services. The co-pay may be different for each service.
- If Medicare does not pay for a service your health care team decides is needed, we will speak with you about your choices.
- Medicare Part B pays 80% of the Medicare-approved amount for each doctor service. If you have Part B, you will have to pay the other 20%. If you have a 2nd insurance plan, it may pay your 20%.

For observation visits:

- Medicare Part A pays for you to stay in the hospital for observation for up to 48 hours.
- After 48 hours, your health care team must decide if you are able to be discharged (leave the hospital) or if you need to become an inpatient.

Will Medicare pay for a skilled nursing facility after I leave the hospital?

- If you are a hospital **inpatient** for 3 days in a row (not including the day you leave), Medicare may pay to continue your recovery in a skilled nursing facility. The decision will depend on your condition and medical needs.
- If you are **NOT** a hospital **inpatient** for 3 days in a row (not including the day you leave), Medicare will **NOT** pay for you to continue your recovery in a skilled nursing facility.

Who can I speak with if I have questions about my insurance coverage?

Patient Finance Customer Service Representatives are available to speak with you Monday-Friday from 8:00 am - 4:00 pm. Please call 212-263-1481 and leave a message. A representative will get back to you as quickly as possible.

معلومات المرضى وتثقيفهم

المرضى الداخليين، والمرضى الخارجيون والمرضى تحت الملاحظة

هل لا يوجد اختلاف بين جميع أنواع الزيارات للمستشفيات؟

لا، هناك ثلاثة أنواع من الزيارات بالمستشفيات:

• قد يحتاج المرضى الداخليون:

- إلى إجراء عمليات جراحية أو تلقي أنواع أخرى من العلاج.
- إلى تلقي رعاية تتطلب قضاء وقتاً أطول مع فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتهم.
- إلى إجراء ترتيب مسبق أو القدوم إلى المستشفى لتلقي خدمات الطوارئ.
- إلى توقع المكوث أكثر من ليلة واحدة.

• قد يحتاج المرضى الخارجيون:

- إلى إجراء فحوصات أو تلقي علاجات أو إجراء عمليات جراحية.
- إلى إجراء ترتيب مسبق أو القدوم إلى المستشفى لتلقي خدمات الطوارئ.
- إلى المكوث بالمستشفى لبضع ساعات أو لليلة كاملة حتى.
- عادة ما يمكن المرضى تحت الملاحظة في المستشفى:
- بسبب حدوث تغير حاد في الحالة الصحية.
- بينما يقرر فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتهم ما إن كانت الحالة تستدعي تحويلهم إلى مرضى داخليين.
- لأقل من 24 ساعة.

هل من الممكن أن تتغير طبيعة الزيارة في أثناء إقامتي بالمستشفى؟

نعم. يعتمد نوع الزيارة بالمستشفى على نوع الرعاية اللازمة. ففي حال وجود تغيرات في الحالة الطبية في أثناء فترة وجودك بالمستشفى، فقد يقرر فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتك أنك في حاجة إلى أن تصبح من المرضى الداخليين وليس من المرضى الخارجيين أو الواقعين تحت الملاحظة. ينبغي أن تعلم ما إذا كنت من المرضى الداخليين أم المرضى الخارجيين أم المرضى الواقعين تحت الملاحظة. يمكنك التوجه بأي استفسار لديك لفريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتك.

هل أتكدب نفس القدر من التكاليف لكل نوع من أنواع الزيارات؟

لا، قد تختلف التكاليف ونوع التغطية التأمينية باختلاف النوع. يعتمد المبلغ المستحق عليك على ما يلي:

- ما إن كانت لديك تغطية تأمينية وعلى المبلغ الذي تتكفل به خطة التأمين الصحي.
- ما إن كانت لديك خطة تأمين ثانية ستتكفل أيضاً بتكاليف الرعاية المقدمة لك.
- ما إن كنت في حاجة إلى مساعدات مالية.

بالنسبة لزيارات المرضى الداخليين، قد يكون عليك سداد:

- دفعة مشتركة (رسوم تدفعها مقابل الحصول على الخدمات الصحية). يكون لدى خطة التأمين التي تكون مشمولاً بتغطيتها على الأرجح مدفوعات مشتركة موحدة لزيارات المرضى الداخليين. وقد تكون واردة على بطاقة تأمينك.
- مبلغ مستقطع (هو مبلغ من المال يتوجب عليك سداده سنوياً قبل سداد خطة التأمين لأي أو كل من فواتير الرعاية الصحية التي تتلقاها).
- دفعة التأمين المشترك (النسبة المئوية التي يتوجب عليك سداها من كل فاتورة من فواتير الرعاية الصحية). معظم خطط التأمين لا تُسدد سوى نسبة محددة من كل فاتورة ويجب عليك سداد النسبة المتبقية.

بالنسبة لزيارات المرضى الداخليين والمرضى الواقعين تحت الملاحظة، قد يكون عليك سداد:

- دفعة سداد مشتركة عن كل خدمة ودواء. يعني ذلك أنه سيتعين عليك على الأرجح سداد دفعة مشتركة لكل فحص أو علاج أو دواء تحصل عليه في أثناء إقامتك بالمستشفى.
- مبلغ مستقطع.
- تأمين مشترك.

ملاحظة: سوف تحصل على فاتورة واحدة من المستشفى وفواتير أخرى من مقدمي الرعاية الصحية الذين قدموا لك الرعاية و/أو راجعوا نتائج تحليلك. قد تستدعي الحاجة سدادك لمبلغ مستقطع و/أو لدفعة تأمين مشترك لكل فاتورة.

معلومات المرضى وتثقيفهم

كيف سيكون الوضع إن كنت واقعًا تحت تغطية Medicare؟

لدى Medicare قواعد لكل نوع من أنواع الزيارات. توجه بأي استفسارات لديك بشأن Medicare إلى أحد الاختصاصيين الاجتماعيين أو مديري الرعاية.

بالنسبة لزيارات المرضى الداخليين:

- تسدد عنك Medicare Part A تكاليف خدمات المرضى الداخليين بالمستشفيات (الفاتورة التي تصدر لك من المستشفى). وسوف يتعين عليك سداد دفعة مشتركة واحدة ودفعة مستقطعة واحدة (ما لم تكن إقامتك في المستشفى تزيد عن 60 يومًا). إذا كانت لديك خطة تأمين ثانية، فقد تسدد عنك الدفعة المشتركة والمستقطعة.
- تسدد Medicare Part B ما نسبته 80% من المبلغ المعتمد من Medicare عن كل خدمة من الخدمات المتعلقة بالأطباء (كل فاتورة من مقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين قدموا الرعاية لك أو أشرفوا على فحوصاتك). إذا كانت لديك تغطية Part B، فسوف يتعين عليك سداد نسبة الـ 20% المتبقية. إذا كانت لديك خطة تأمين ثانية، فقد تسدد عنك نسبة الـ 20%.

بالنسبة لزيارات المرضى الخارجيين:

- لا تدفع Medicare Part A مقابل الخدمات مقدمة للمرضى الخارجيين بالمستشفيات.
- تدفع Medicare Part B مقابل خدمات المرضى الخارجيين، بما في ذلك العمليات الجراحية (بما يصل إلى 6 ساعات للتعافي بالمستشفى). إذا كانت لديك تغطية Part B، فسوف يتعين عليك على الأرجح سداد دفعة مشتركة عن كل خدمة مرضى خارجيين تتلقاها بالمستشفى، بما في ذلك العمليات الجراحية. ليس لدى Medicare دفعة مشتركة موحدة للخدمات المقدمة للمرضى الخارجيين بالمستشفيات. قد تختلف الدفعة المشتركة لكل خدمة من الخدمات المقدمة.
- وفي حال عدم سداد Medicare مقابل إحدى الخدمات التي يقرر فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتك حاجتك إليها، فسوف نتناقش معك بشأن الخيارات المتاحة أمامك.
- تسدد Medicare Part B ما نسبته 80% من المبلغ المعتمد من Medicare عن كل خدمة من الخدمات المتعلقة بالأطباء. إذا كانت لديك تغطية Part B، فسوف يتعين عليك سداد نسبة الـ 20% المتبقية. إذا كانت لديك خطة تأمين ثانية، فقد تسدد عنك نسبة الـ 20%.

بالنسبة لزيارات المرضى تحت الملاحظة:

- تدفع عنك Medicare Part A تكاليف إقامتك بالمستشفى للملاحظة لمدة تصل إلى 48 ساعة.
- يجب أن يتوصل فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتك إلى قرار في خلال 48 ساعة بشأن ما إن كانت حالتك تسمح بخروجك من المستشفى (مغادرة المستشفى) أو كنت في حاجة إلى أن تصبح من المرضى الداخليين.

هل سيدفع Medicare مقابل الحصول على خدمات الرعاية من مرفق ترميز متخصص بعد مغادرتي للمستشفى؟

- وفي حال استمرارك ضمن المرضى الداخليين في المستشفى لمدة 3 أيام متتالية (لا يشمل هذا يوم المغادرة)، فقد تدفع Medicare مقابل إقامتك في مرفق الترميز التخصصي حتى تتعافى. وسوف يعتمد القرار على حالتك واحتياجاتك الطبية.
- وفي حال عدم استمرارك ضمن المرضى الداخليين في المستشفى لمدة 3 أيام متتالية (لا يشمل هذا يوم المغادرة)، فلن تدفع Medicare مقابل إقامتك في مرفق الترميز التخصصي حتى تتعافى.

إلى من أتوجه بما لدي من استفسارات بشأن تغطيتي التأمينية؟

يمكن التحدث إلى ممثلي خدمة العملاء للشؤون المالية المتعلقة بالمرضى من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 4:00 مساءً. يُرجى الاتصال على رقم 212-263-1481 وترك رسالة. وسوف يتواصل معك أحد ممثلي خدمة العملاء في أقرب وقت.

অন্তরবিভাগীয় রোগী, বহির্বিভাগীয় রোগী ও পর্যবেক্ষণ

হাসপাতালের সব সাক্ষাতগুলিই কি সমান?

না। 3 ধরনের হাসপাতালে সাক্ষাৎ আছে:

- **অন্তরবিভাগীয় রোগীরা** হয়তো:

- অস্ত্রোপচার বা অন্যান্য চিকিৎসার জন্য আসতে পারেন।
- এমন পরিচর্যা প্রয়োজন হতে পারে যার জন্য তাদের স্বাস্থ্যসেবা দলের সাথে বেশি সময় দিতে হতে পারে।
- আগে থেকে নির্ধারিত থাকতে পারেন বা আপৎকালীন পরিষেবাগুলির জন্য আসতে পারেন।
- এক রাতের বেশি থাকার আশা করতে পারেন।

- **বহির্বিভাগীয় রোগীরা** হয়তো:

- পরীক্ষা, চিকিৎসা বা অস্ত্রোপচারের জন্য আসতে পারেন।
- আগে থেকে নির্ধারিত থাকতে পারেন বা আপৎকালীন পরিষেবাগুলির জন্য আসতে পারেন।
- কয়েক ঘন্টা বা এমনকি সারারাতের জন্যও হাসপাতালে থাকতে পারেন।

- **পর্বেক্ষণে থাকা রোগীরা** সাধারণত হাসপাতালে থাকেন:

- চিকিৎসা অবস্থায় একটি গুরুতর পরিবর্তনের কারণে।
- তাকে একজন অন্তরবিভাগীয় রোগী করতে হবে কিনা তার স্বাস্থ্যসেবা দলের এই সিদ্ধান্তে না আসা পর্যন্ত সময়ের জন্য।
- 24 ঘন্টার চেয়ে কম সময়ের জন্য।

আমার হাসপাতালে থাকাকালীন সাক্ষাতের ধরন কি পরিবর্তিত হতে পারে?

হ্যাঁ। হাসপাতালের সাক্ষাতের ধরন আপনার যে ধরনের পরিচর্যা প্রয়োজন তার উপর নির্ভর করে। আপনি হাসপাতালে থাকাকালীন চিকিৎসাগতভাবে পরিবর্তন হলে, আপনার স্বাস্থ্যসেবা দল হয়তো এই সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যে আপনাকে একজন বহির্বিভাগীয় রোগী বা পর্যবেক্ষণে থাকা রোগীর পরিবর্তে একজন অন্তরবিভাগীয় রোগী হতে হবে। আপনি একজন অন্তরবিভাগীয়, বহির্বিভাগীয় নাকি পর্যবেক্ষণে থাকা রোগী তা আপনার জেনে রাখা উচিত। যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনার স্বাস্থ্যসেবা দলকে জিজ্ঞাসা করুন।

আমাকে কি প্রতিটি ধরনের সাক্ষাতের জন্য সমান অর্থ প্রদান করতে হবে?

না। চার্জ ও বীমার কভারেজ আলাদা হতে পারে। আপনি যে অর্থ প্রদান করেন তা নির্ভর করে:

- আপনার বীমা থাকা এবং আপনার বীমা পরিকল্পনার প্রদান করা অর্থের পরিমাণের উপর।
- আপনার পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করবে এমন একটি 2^{য়} বীমা পরিকল্পনার উপর।
- আপনার আর্থিক সহায়তার প্রয়োজন হলে তার উপর।

অন্তরবিভাগীয় সাক্ষাতগুলির জন্য আপনাকে হয়তো:

- একটি কো-পেমেন্ট বা “কো-পে” প্রদান করতে হতে পারে (একটি চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আপনার প্রদান করা ফি)। আপনার বীমা পরিকল্পনায় খুব সম্ভবত অন্তরবিভাগীয় রোগীদের জন্য একটি প্রমাণ কো-পে রয়েছে। এটি হয়তো আপনার বীমা কার্ডে তালিকাভুক্ত থাকতে পারে।
- একটি কেটে নেওয়া অর্থ (আপনার বীমা পরিকল্পনার আপনার স্বাস্থ্যসেবার যেকোনো বা সমস্ত বিল দেওয়ার আগে আপনাকে প্রতি বছর যে পরিমাণ অর্থ দিতে হবে) প্রদান করতে হতে পারে।
- কো-ইস্যুরেন্স (আপনার অবশ্য প্রদান করা প্রতিটি স্বাস্থ্যসেবার বিলের শতাংশ) প্রদান করতে হতে পারে। বেশিরভাগ বীমা পরিকল্পনা প্রতিটি বিলের শুধুমাত্র একটি নির্দিষ্ট অংশ প্রদান করে এবং আপনাকে বাকিটা প্রদান করতে হয়।

বহির্বিভাগীয় ও পর্যবেক্ষণে থাকা রোগীদের জন্য আপনাকে হয়তো:

- প্রতিটি পরিষেবা ও প্রতিটি ওষুধের জন্য একটি কো-পেমেন্ট প্রদান করতে হতে পারে। এর মানে হল আপনি হাসপাতালে থাকার সময় আপনাকে সম্ভবত প্রতিটি পরীক্ষা, চিকিৎসা ও ওষুধের জন্য কো-পে দিতে হবে।
- একটি কেটে নেওয়া অর্থ প্রদান করতে হতে পারে।
- কো-ইস্যুরেন্স প্রদান করতে হতে পারে।

দ্রষ্টব্য: আপনি হাসপাতালের থেকে একটি বিল এবং আপনার পরিচর্যা করা এবং/অথবা আপনার পরীক্ষার ফলাফলের পর্যবেক্ষণ করা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের থেকে অন্যান্য বিলগুলি পাবেন। আপনাকে হয়তো প্রতিটি বিলের জন্য একটি কেটে নেওয়া অর্থ এবং/অথবা কো-ইন্স্যুরেন্স প্রদান করতে হতে পারে।

আমার Medicare থাকলে কি হবে?

Medicare-এর প্রতিটি ধরনের সাক্ষাতের জন্য নিয়ম আছে। Medicare সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে একজন সমাজ কর্মী বা পরিচর্যা ম্যানেজারকে জিজ্ঞাসা করুন।

অন্তর্বিভাগীয় রোগীদের সাক্ষাতের জন্য:

- Medicare পার্ট A অন্তর্বিভাগীয় রোগীদের হাসপাতাল পরিষেবাগুলি (আপনি হাসপাতালের থেকে যে বিল পান সেগুলি)-এর জন্য অর্থ প্রদান করে। আপনাকে একটি কো-পেমেন্ট ও একটি কেটে নেওয়া অর্থ প্রদান করতে হবে (যদি না আপনি হাসপাতালে 60 দিনের বেশি থাকেন)। আপনার 2^{য়} বীমা পরিকল্পনা থাকলে, তা হয়তো আপনার কো-পেমেন্ট ও কেটে নেওয়া অর্থ প্রদান করতে পারে।
- Medicare পার্ট B ডাক্তারের প্রতিটি পরিষেবার (আপনার পরিচর্যা করা বা পরীক্ষাগুলির তদারকি করা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের থেকে প্রতিটি বিল) জন্য Medicare-অনুমোদিত পরিমাণের 80% প্রদান করে। আপনার পার্ট B থাকলে, আপনাকে বাকি 20%-এর অর্থ প্রদান করতে হবে। আপনার 2^{য়} বীমা পরিকল্পনা থাকলে, তা হয়তো আপনার 20%-এর অর্থ প্রদান করতে পারে।

বহির্বিভাগীয় রোগীদের সাক্ষাতের জন্য:

- Medicare পার্ট A বহির্বিভাগীয় রোগীদের হাসপাতালের পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করে না।
- Medicare পার্ট B অস্ত্রোপচার সহ (হাসপাতালে 6 ঘন্টা সেরে ওঠার সময় পর্যন্ত) বহির্বিভাগীয় পরিষেবাগুলির জন্য অর্থ প্রদান করে। আপনার পার্ট B থাকলে, আপনাকে সম্ভবত অস্ত্রোপচার সহ প্রতিটি বহির্বিভাগীয় রোগীদের হাসপাতাল পরিষেবার জন্য কো-পেমেন্ট প্রদান করতে হবে। বহির্বিভাগীয় রোগীদের হাসপাতাল পরিষেবাগুলির জন্য Medicare-এর কোনো প্রমাণ কো-পে নেই। কো-পে প্রতিটি পরিষেবার জন্য আলাদা হতে পারে।
- Medicare আপনার স্বাস্থ্যসেবা দলের প্রয়োজনীয় বলে সিদ্ধান্ত নেওয়া কোনো পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান না করলে, আমরা আপনার বিকল্পগুলি সম্পর্কে আপনার সাথে কথা বলব।
- Medicare পার্ট B ডাক্তারের প্রতিটি পরিষেবার জন্য Medicare-অনুমোদিত পরিমাণের 80% প্রদান করে। আপনার পার্ট B থাকলে, আপনাকে বাকি 20%-এর অর্থ প্রদান করতে হবে। আপনার 2^{য়} বীমা পরিকল্পনা থাকলে, তা হয়তো আপনার 20%-এর অর্থ প্রদান করতে পারে।

পর্যবেক্ষণে থাকা রোগীদের সাক্ষাতের জন্য:

- Medicare পার্ট A 48 ঘন্টা হাসপাতালে থাকাকালীন পর্যবেক্ষণের জন্য আপনার হয়ে অর্থ প্রদান করে।
- 48 ঘন্টা পরে, আপনার স্বাস্থ্যসেবা দলকে অবশ্যই সিদ্ধান্ত নিতে হবে আপনাকে ডিসচার্জ করা হবে (হাসপাতাল থেকে ছেড়ে দেওয়া হবে) নাকি আপনাকে একজন অন্তর্বিভাগীয় রোগী হতে হবে।

আমি হাসপাতাল ছাড়ার পরে Medicare কি একটি দক্ষতাসম্পন্ন নার্সিং কেন্দ্রের জন্য অর্থ প্রদান করবে?

- আপনি পরপর 3 দিনের জন্য একজন হাসপাতালের অন্তর্বিভাগীয় রোগী হলে (আপনি যে দিন চলে যাবেন সেই দিনটিকে না ধরে), Medicare হয়তো একটি দক্ষতাসম্পন্ন নার্সিং কেন্দ্রে আপনার সেরে ওঠা চালিয়ে যাওয়ার জন্য অর্থ প্রদান করতে পারে। সিদ্ধান্তটি আপনার অবস্থা ও চিকিৎসাগত চাহিদার উপর নির্ভর করবে।
- আপনি পরপর 3 দিনের জন্য একজন হাসপাতালের অন্তর্বিভাগীয় রোগী না হলে (আপনি যে দিন চলে যাবেন সেই দিনটিকে না ধরে), Medicare একটি দক্ষতাসম্পন্ন নার্সিং কেন্দ্রে আপনার সেরে ওঠা চালিয়ে যাওয়ার জন্য অর্থ প্রদান করবে না।

আমার বীমার কভারেজ সম্পর্কে আমার প্রশ্ন থাকলে আমি কার সাথে কথা বলতে পারি?

রোগীদের আর্থিক বিষয়ের গ্রাহক পরিষেবা প্রতিনিধিরা (Patient Finance Customer Service Representatives) আপনার সাথে কথা বলার জন্য সোমবার-শুক্রবার সকাল 8:00টা – বিকাল 4:00টা পর্যন্ত উপলভ্য। অনুগ্রহ করে 212-263-1481 নম্বরে কল করে একটি ম্যাসেজ দিন। একজন প্রতিনিধি যত শীঘ্র সম্ভব আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন।

住院、門診與觀察

所有的醫院就診都是一樣的嗎？

不一樣。這裡有 3 種類型的醫院就診：

- **住院患者**可能：
 - 需要手術或其他治療。
 - 需要和健康護理團隊花上較長時間的醫療護理服務。
 - 需要事先安排預約或是前往接受緊急醫療服務。
 - 預計留院一晚以上。
- **門診患者**可能：
 - 需要接受檢測、治療或手術。
 - 需要事先安排預約或是前往接受緊急醫療服務。
 - 需要留院幾個小時或甚至過夜。
- **受觀察的患者**通常會留院觀察：
 - 如果在醫療狀況上有嚴重重大變化。
 - 如果他們的健康護理團隊正在決定他們是否需要住院。
 - 24 小時以下。

就診的類型會在我的住院期間變更嗎？

是的。醫院就診的類型將會基於您所需要的醫療護理而不同。如果當您在醫院內時有醫療變更，您的健康護理團隊可能會決定您需要住院而不是做為一位門診患者或是受觀察的患者。您應該知道您是一位住院患者、門診患者或受觀察的患者。若您有任何疑問，請務必向您的健康護理團隊提出。

我對每種就診支付一樣的費用嗎？

不是。收費和保險承保範圍可能不同。您所支付的費用會基於：

- 您是否有保險及您的醫療保險計畫所支付的部分。
- 您是否有也會支付您醫療護理服務的第 2 種醫療保險計畫。
- 您是否需要財務協助。

針對住院就診，您可能會需要支付：

- 共付額是您接受一項醫療服務所需支付的費用。您的醫療保險計畫對住院就診，很有可能會有一個標準的共付額收費。這可能會列在您的保險卡上。
- 自付額，一個您每年會需要在您的醫療保險計畫支付任何或全部您的健康護理帳單前，您所需支付/自付的金額。
- 共保額，您所需支付的每項健康護理帳款明細百分比。大多數的醫療保險計畫都只會支付每項帳款明細的特定百分比，並且您會需要付剩下的費用。

針對門診及觀察性就診，您可能會需要支付：

- 每項醫療服務及每種處方藥物都會有一個共付額。這意味著，針對在您住院期間的每項檢測、治療和藥物都將會有一個共付額。
- 自付額。
- 共保額。

附註：您將會從醫院那裡收到一張帳單，並從為您提供醫療護理服務及/或判讀您檢驗結果的醫療人員那裡收到其他帳單。您可能會需要支付每項帳款明細的自付額及/或共保額。

如果我使用 Medicare 會怎樣？

Medicare 對於每種類型的就診都有規定。請向社工或是醫護經理詢問任何您關於 Medicare 的疑問。

針對住院就診：

- Medicare A 部分會支付住院的醫院服務費用（您從醫院那裡收到的帳單）。您將會需要支付一個共付額和一個自付額（除非您住院超過 60 天）。如果您有第 2 種醫療保險計畫，它可能會支付您的共付額和自付額。
- Medicare B 部分會支付 80% 受 Medicare 核准的每項醫生服務（從為您提供醫療護理服務或是判讀檢測的醫療人員那裡收到的帳單）。如果您有受到 B 部分的承保，您將會需要支付剩下 20% 的費用。如果您有第 2 種醫療保險計畫，它可能會支付您剩下 20% 的費用。

針對門診就診：

- Medicare A 部分並不會支付門診醫院服務。
- Medicare B 部分會支付包括手術（最多留院 6 小時康復）的門診服務。如果您有受 B 部分承保，您將很有可能會需要支付包括手術的每項門診住院服務費用的共付額。Medicare 並沒有一個門診醫院服務的標準共付額收費。每項服務的共付額都可能會不同。
- 如果 Medicare 不支付您的健康護理團隊認為是必要的服務，我們將會諮詢您的選擇。
- Medicare B 部分會支付 80% 受 Medicare 核准的每項醫生服務。如果您有受到 B 部分的承保，您將會需要支付剩下 20% 的費用。如果您有第 2 種醫療保險計畫，它可能會支付您剩下 20% 的費用。

針對觀察性就診：

- Medicare A 部分會支付您的留院觀察至 48 小時。
- 48 小時後，您的健康護理團隊必須決定您是否能夠出院（離院）或您是否需要住院。

在我出院後，Medicare 會支付一間專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 的費用嗎？

- 如果您是一位連續住院 3 天的**醫院患者**（不包括您出院的那一天），Medicare 可能會支付一間專業護理機構來持續您的康復治療。該決定將會基於您的健康狀況及醫療需要。
- 如果您**不**是一位連續住院 3 天的**醫院患者**（不包括您出院的那一天），Medicare 將**不會**支付一間專業護理機構來持續您的康復治療。

如果本人對我的保險承保範圍有疑問的話，我該問誰？

患者財務客戶服務代表會在星期一至星期五，上午 8 點到下午 4 點之間為您提供服務。請致電 212-263-1481 並留言。一位客服代表將會儘快地和您聯絡。

Pasyan ki Entène, Pasyan Ekstèn ak Pasyan ki sou Obsèvasyon

Èske tout vizit lopital yo menm?

Non. Gen 3 kalite vizit lopital:

- **Pasyan ki Entène** ka:
 - fè operasyon oswa lòt tretman
 - bezwen swen ki nesesite plis tan ak ekip swen sante yo
 - pwograme davans oswa vini pou sèvis ijans
 - espere rete plis pase yon (1) nwit.
- **Pasyan Ekstèn** ka:
 - fè tès, tretman oswa operasyon
 - pwograme davans oswa vini pou sèvis ijans
 - rete kèk èdtan oswa menm pase nwit.
- **Pasyan ki sou obsèvasyon** anjeneral rete nan lopital la:
 - akòz yon chanjman grav nan pwoblèm medikal yo
 - pandan ekip swen sante yo ap deside si yo bezwen entène yo
 - pandan mwens pase 24 èdtan.

Èske kalite vizit la ka chanje pandan mwen rete lopital la?

Wi. Kalite vizit lopital la depann sou kalite swen ou bezwen. Si gen chanjman medikal pandan w nan lopital la, ekip swen sante w la ka deside pou entène w olye w se yon pasyan ekstèn oswa yon pasyan ki sou obsèvasyon. Ou dwe konnen si ou se yon pasyan ki entène, pasyan ekstèn oswa pasyan ki sou obsèvasyon. Poze ekip swen sante w la nenpòt kesyon ou genyen.

Èske mwen peye menm kantite lajan an pou chak kalite vizit?

Non. Frè ak kouvèti asirans yo ka diferan. Kantite lajan ou peye a baze sou:

- si ou gen asirans ak montan plan asirans ou an peye
- si ou gen yon 2yèm plan asirans ki pral peye pou swen ou an tou
- si ou bezwen èd finansye.

Pou vizit pasyan ki entène ou ka oblije peye:

- yon kopeman (frè ou peye pou yon sèvis medikal). Plan asirans ou an gen plis chans genyen yon kopeman estanda pou vizit pasyan ki entène. Li ka make sou kat asirans ou an;
- yon franchiz (kantite lajan ou dwe peye chak ane anvan plan asirans ou an peye nenpòt oswa tout fakti swen sante ou);
- ko-asirans (pousantaj chak fakti swen sante ou dwe peye). Pifò plan asirans peye sèlman yon sèten pousantaj nan chak fakti epi ou dwe peye rès la.

Pou vizit pasyan ekstèn ak pasyan ki sou obsèvasyon, ou ka oblije peye:

- yon kopeman pou chak sèvis and chak medikaman. Sa vle di ou pral gen yon ko-peman pou chak tès, tretman ak medikaman ou resevwa pandan w nan lopital la;
- yon franchiz;
- ko-asirans.

Sonje: Ou pral resevwa yon (1) fakti nan men lopital la ak lòt fakti nan men pwofesyonèl swen sante ki te swen w lan ak/oswa egzaminen rezilta tès ou yo. Ou ka oblije peye yon franchiz ak/oswa peman ko-asirans pou chak fakti.

E si mwen gen Medicare?

Medicare gen règ pou chak kalite vizit. Poze yon travayè sosyal oswa yon manadjè swen nenpòt kesyon ou genyen sou Medicare.

Pou vizit pasyan ki entène:

- Medicare Pati A peye pou sèvis lopital pou pasyan ki entène (fakti w resevwa nan lopital la). W ap oblije peye yon (1) kopeman ak yon (1) franchiz (sòf si w nan lopital la pou plis pase 60 jou). Si w gen yon 2yèm plan asirans, li ka peye kopeman ak franchiz ou a.
- Medicare Pati B peye 80% nan kantite lajan Medicare apwouve pou chak sèvis medikal (chak fakti pwofesyonèl swen sante ki te swen w lan oswa ki te sipèvize tès yo). Si w gen Pati B, w ap oblije peye lòt 20% an. Si w gen yon 2yèm plan asirans, li ka peye 20% ou an.

Pou vizit pasyan ekstèn:

- Medicare Pati A PA peye pou sèvis lopital pou pasyan ekstèn.
- Medicare Pati B peye pou sèvis pou pasyan ekstèn ki gen ladan operasyon (avèk jiska 6 èdtan pou retabli nan lopital la). Si w gen Pati B, w ap gen chans pou w peye yon kopeman pou chak sèvis lopital pou pasyan ekstèn ki gen ladan operasyon. Medicare pa genyen yon ko-peman estanda pou sèvis lopital pou pasyan ekstèn. Ko-peman an ka diferan pou chak sèvis.
- Si Medicare pa peye pou yon sèvis ekip swen sante w lan deside ki nesesè, n ap pale avèk ou sou chwa w yo.
- Medicare Pati B peye 80% nan kantite lajan Medicare apwouve pou chak sèvis medikal. Si w gen Pati B, w ap oblije peye lòt 20% an. Si w gen yon 2yèm plan asirans, li ka peye 20% ou an.

Pou vizit obsèvasyon:

- Medicare Pati A peye pou ou rete lopital pou yo obsève w pandan jiska 48 èdtan.
- Apre 48 èdtan, ekip swen sante w la dwe deside si ou kapab egzeyate (kite lopital la) oswa si ou bezwen vin yon pasyan ki entène.

Èske Medicare ap peye pou yon sant swen enfimye espesyalize apre mwen kite lopital la?

- Si w se yon **pasyan ki entène** lopital pandan 3 jou youn dèyè lòt (sa pa gen ladan jou w kite a), Medicare ka peye pou kontinye retabli nan yon sant swen enfimye espesyalize. Desizyon an pral depann sou pwoblèm sante ou genyen an ak bezwen medikal ou yo.
- Si w **PA** yon **pasyan ki entène** lopital pandan 3 jou youn dèyè lòt (sa pa gen ladan jou w kite a), Medicare **P AP** peye pou ou kontinye retabli nan yon sant swen enfimye espesyalize.

Ki moun mwen ka pale ak li si mwen gen kesyon sou pwoteksyon asirans mwen an?

Reprezantan Sèvis Kliyan Finans Pasyan yo disponib pou pale avèk ou Lendi jiska vandredi soti 8:00 a.m. pou rive 4:00 p.m. Tanpri rele 212-263-1481 epi kite yon mesaj. Yon reprezantan ap retounen w apèl la san pèdi tan.

Εσωτερικοί ασθενείς, εξωτερικοί ασθενείς και ασθενείς υπό παρατήρηση

Είναι όλες οι επισκέψεις στο νοσοκομείο ίδιες;

Όχι. Υπάρχουν 3 τύποι επισκέψεων στο νοσοκομείο:

- Οι **εσωτερικοί ασθενείς**:
 - μπορεί να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση ή άλλες θεραπείες.
 - μπορεί να χρειαστούν περίθαλψη που απαιτεί περισσότερο χρόνο με την ομάδα υγειονομικής περίθαλψής τους.
 - μπορεί να προγραμματίσουν την επίσκεψή τους εκ των προτέρων ή να προσέλθουν για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.
 - αναμένεται να μείνουν περισσότερο από ένα βράδυ.
- Οι **εξωτερικοί ασθενείς**:
 - μπορεί να υποβληθούν σε εξετάσεις, θεραπείες ή χειρουργική επέμβαση..
 - μπορεί να προγραμματίσουν την επίσκεψή τους εκ των προτέρων ή να προσέλθουν για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.
 - μπορεί να μείνουν μερικές ώρες ή ακόμη και να διανυκτερεύσουν.
- Οι **ασθενείς υπό παρατήρηση** συνήθως μένουν στο νοσοκομείο:
 - εξαιτίας μιας σοβαρής αλλαγής της ιατρικής τους πάθησης.
 - για όσο η ομάδα υγειονομικής τους περίθαλψης αποφασίσει αν χρειάζεται να παραμείνουν ως εσωτερικοί ασθενείς.
 - για λιγότερο από 24 ώρες.

Μπορεί ο τύπος επίσκεψης να αλλάξει στη διάρκεια της παραμονής μου στο νοσοκομείο;

Ναι. Ο τύπος της επίσκεψης στο νοσοκομείο εξαρτάται από το είδος περίθαλψης που χρειάζεστε. Αν παρατηρηθούν αλλαγές της ιατρικής σας πάθησης ενώ είστε στο νοσοκομείο, η ομάδα υγειονομικής σας περίθαλψης μπορεί να αποφασίσει ότι χρειάζεται να παραμείνετε ως εσωτερικός ασθενής αντί για εξωτερικός ή υπό παρατήρηση. Πρέπει να γνωρίζετε αν είστε εσωτερικός, εξωτερικός ή υπό παρατήρηση ασθενής. Ρωτήστε την ομάδα υγειονομικής σας περίθαλψης αν έχετε ερωτήσεις.

Πληρώνω το ίδιο ποσό για κάθε τύπο επίσκεψης;

Όχι. Οι χρεώσεις και η ασφαλιστική κάλυψη μπορεί να διαφέρουν. Το ποσό που πληρώνετε υπολογίζεται με βάση τα εξής:

- αν έχετε ασφάλεια και το ποσό που πληρώνει το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα.
- αν έχετε ένα 2^ο ασφαλιστικό πρόγραμμα που επίσης πληρώνει για την περίθαλψή σας.
- αν χρειάζεστε οικονομική βοήθεια.

Για τις επισκέψεις εσωτερικού ασθενούς μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε:

- ένα ποσό συμμετοχής ή «συν-πληρωμή» (αμοιβή για μια ιατρική υπηρεσία). Το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα πιθανότατα περιλαμβάνει μία τυπική συν-πληρωμή για τις επισκέψεις των εσωτερικών ασθενών. Μπορεί να αναγράφεται πάνω στην ασφαλιστική σας κάρτα.
- ένα εκπιπτόμενο ποσό (ποσό που πρέπει να πληρώνετε κάθε χρόνο πριν το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα καλύψει μέρος ή το σύνολο των λογαριασμών υγειονομικής σας περίθαλψης).
- συνασφάλιση (το ποσοστό κάθε λογαριασμού υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να πληρώσετε). Τα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα πληρώνουν μόνο ένα ορισμένο ποσοστό κάθε λογαριασμού και εσείς πρέπει να πληρώσετε το υπόλοιπο.

Για τις επισκέψεις των εξωτερικών και υπό παρατήρηση ασθενών μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε:

- ένα ποσό συμμετοχής για κάθε υπηρεσία και φαρμακευτική αγωγή. Αυτό σημαίνει ότι πιθανώς θα καταβάλετε ένα ποσό συμμετοχής για κάθε εξέταση, θεραπεία και φάρμακο που θα λάβετε ενώ είστε στο νοσοκομείο.
- ένα εκπιπτόμενο ποσό.
- συνασφάλιση.

Σημείωση: Θα λάβετε έναν λογαριασμό από το νοσοκομείο και άλλους λογαριασμούς από τους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που σας φρόντισαν ή/και μελέτησαν τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας. Μπορεί να χρειαστεί να πληρώσετε ένα εκπιπτόμενο ποσό ή/και ένα ποσό συνασφάλισης για κάθε λογαριασμό.

Τι ισχύει αν έχω το πρόγραμμα Medicare;

Για το πρόγραμμα Medicare ισχύουν κανόνες για κάθε τύπο επίσκεψης. Ρωτήστε έναν κοινωνικό λειτουργό ή έναν αρμόδιο εξυπηρέτησης πελατών για τυχόν ερωτήσεις που έχετε για το πρόγραμμα Medicare.

Για τις επισκέψεις των εσωτερικών ασθενών:

- Το πρόγραμμα Medicare Part A πληρώνει για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες εσωτερικού ασθενούς (τον λογαριασμό που λαμβάνετε από το νοσοκομείο). Εσείς θα χρειαστεί να πληρώσετε ένα ποσό συμμετοχής και ένα εκπιπτόμενο ποσό (εκτός αν είστε στο νοσοκομείο για πάνω από 60 ημέρες). Αν διαθέτετε και 2^ο ασφαλιστικό πρόγραμμα, το ποσό συμμετοχής και το εκπιπτόμενο ποσό μπορεί να καταβληθούν από αυτό.
- Το πρόγραμμα Medicare Part B πληρώνει το 80% του ποσού που εγκρίνεται από το Medicare για κάθε υπηρεσία γιατρού (κάθε λογαριασμό από τους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που σας φρόντισαν ή που επέβλεψαν τις εξετάσεις σας). Αν έχετε το Part B, θα χρειαστεί να πληρώσετε το υπόλοιπο 20%. Αν διαθέτετε και 2^ο ασφαλιστικό πρόγραμμα, το 20% μπορεί να καταβληθεί από αυτό.

Για τις επισκέψεις των εξωτερικών ασθενών:

- Το πρόγραμμα Medicare Part A ΔΕΝ πληρώνει για νοσοκομειακές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών.
- Το πρόγραμμα Medicare Part B πληρώνει για τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένης χειρουργικής επέμβασης (με έως και 6 ώρες ανάρρωσης στο νοσοκομείο). Αν έχετε το Part B, πιθανώς να χρειαστεί να πληρώσετε ένα ποσό συμμετοχής για κάθε νοσοκομειακή υπηρεσία εξωτερικού ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επέμβασης. Το πρόγραμμα Medicare δεν προβλέπει τυπικό ποσό συμμετοχής για νοσοκομειακές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Το ποσό συμμετοχής μπορεί να είναι διαφορετικό για κάθε υπηρεσία.
- Αν το πρόγραμμα Medicare δεν πληρώσει για μια υπηρεσία, που η ομάδα υγειονομικής σας περίθαλψης αποφάσισε ότι απαιτείται, θα σας μιλήσουμε για τις επιλογές σας.
- Το πρόγραμμα Medicare Part B πληρώνει το 80% του ποσού που εγκρίνεται από το Medicare για κάθε υπηρεσία γιατρού. Αν έχετε το Part B, θα χρειαστεί να πληρώσετε το υπόλοιπο 20%. Αν διαθέτετε και 2^ο ασφαλιστικό πρόγραμμα, το 20% μπορεί να καταβληθεί από αυτό.

Για τις επισκέψεις των ασθενών υπό παρατήρηση:

- Το πρόγραμμα Medicare Part A πληρώνει για την παραμονή σας στο νοσοκομείο για παρατήρηση για έως και 48 ώρες.
- Μετά από 48 ώρες, η ομάδα υγειονομικής σας περίθαλψης πρέπει να αποφασίσει αν μπορείτε να λάβετε εξιτήριο (να φύγετε από το νοσοκομείο) ή αν χρειάζεται να παραμείνετε ως εσωτερικός ασθενής.

Θα πληρώσει το πρόγραμμα Medicare ένα ίδρυμα με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό μετά την έξοδό μου από το νοσοκομείο;

- Αν είχατε παραμείνει στο νοσοκομείο ως **εσωτερικός ασθενής** για 3 διαδοχικές ημέρες (χωρίς την ημέρα της αναχώρησής σας), το πρόγραμμα Medicare μπορεί να πληρώσει για να συνεχιστεί η ανάρρωσή σας σε ένα ίδρυμα με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Η απόφαση θα εξαρτηθεί από την πάθησή σας και τις ιατρικές σας ανάγκες.
- Αν **ΔΕΝ** είχατε παραμείνει στο νοσοκομείο ως **εσωτερικός ασθενής** για 3 διαδοχικές ημέρες (χωρίς την ημέρα της αναχώρησής σας), το πρόγραμμα Medicare **ΔΕΝ** θα πληρώσει για να συνεχιστεί η ανάρρωσή σας σε ίδρυμα με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Με ποιον μπορώ να μιλήσω αν έχω ερωτήσεις για την ασφαλιστική μου κάλυψη;

Οι εκπρόσωποι εξυπηρέτησης ασθενών για οικονομικά θέματα είναι στη διάθεσή σας Δευτέρα-Παρασκευή από τις 8:00 π.μ. έως τις 4:00 μ.μ.. Καλέστε στο 212-263-1481 και αφήστε μήνυμα. Ένας εκπρόσωπος θα επικοινωνήσει μαζί σας το συντομότερο δυνατό.

Regime di ricovero, ambulatoriale e di osservazione

Tutte le visite ospedaliere sono uguali?

No. Esistono 3 tipi di visite ospedaliere:

- **I pazienti in regime di ricovero** possono:
 - essere sottoposti a interventi chirurgici o altri trattamenti.
 - avere bisogno di cure dell'équipe sanitaria che richiedono tempi più lunghi.
 - essere muniti di prenotazione o necessitare di servizi di emergenza.
 - aspettarsi di trascorrere più di una notte in ospedale.
- **I pazienti in regime ambulatoriale** possono:
 - essere sottoposti a esami, trattamenti o interventi chirurgici.
 - essere muniti di prenotazione o necessitare di servizi di emergenza.
 - rimanere in ospedale alcune ore o persino trascorrervi la notte.
- **I pazienti in regime di osservazione** solitamente restano in ospedale:
 - perché sopraggiunge una variazione seria nello stato di salute.
 - per il tempo necessario affinché l'équipe sanitaria decida se devono essere ricoverati.
 - per meno di 24 ore.

Il tipo di visita può cambiare durante la mia permanenza in ospedale?

Sì. Il tipo di visita ospedaliera dipende dal tipo di assistenza di cui Lei ha bisogno. Se dovessero variare le Sue condizioni di salute mentre si trova in ospedale, l'équipe sanitaria potrebbe decidere di ricoverarLa anziché tenerLa in regime ambulatoriale o di osservazione. Devono informarLa se è in regime di ricovero, ambulatoriale o di osservazione. Si rivolga all'équipe sanitaria per qualsiasi domanda.

Devo pagare lo stesso importo per ciascun tipo di visita?

No. I costi e la copertura assicurativa possono variare. L'importo da pagare dipende:

- dal fatto che Lei sia assicurato/a e dall'importo coperto dalla Sua assicurazione.
- dal fatto che Lei disponga anche di un secondo piano assicurativo che coprirà le spese per le cure.
- dal fatto che abbia bisogno di assistenza finanziaria.

Per le visite in regime di ricovero, è possibile che Lei debba versare:

- una "quota di partecipazione" alla spesa (contributo per una prestazione medica). È molto probabile che il Suo piano assicurativo preveda una quota standard di partecipazione alla spesa per le visite in regime di ricovero. Potrebbe essere indicata sulla tessera dell'assicurazione.
- una franchigia (importo da versare ogni anno prima che il Suo piano assicurativo copra alcune o tutte le parcelle mediche).
- una coassicurazione (percentuale di ogni parcella medica da pagare). La maggior parte dei piani assicurativi copre solo una certa percentuale di ogni parcella e il resto dovrà essere pagato da Lei.

Per le visite in regime ambulatoriale o di osservazione, è possibile che Lei debba versare:

- una quota di partecipazione alla spesa per ogni prestazione e farmaco. Ciò significa che probabilmente dovrà versare una quota per ogni esame, trattamento e farmaco che riceve mentre si trova in ospedale.
- una franchigia.
- una coassicurazione.

Nota: Riceverà una fattura dall'ospedale e altre parcelle dagli operatori sanitari che Le hanno prestato assistenza e/o hanno esaminato i risultati dei Suoi esami. È possibile che debba pagare una franchigia e/o una coassicurazione per ciascuna fattura.

E se ho Medicare?

Medicare stabilisce delle regole per ciascun tipo di visita. Si rivolga a un assistente sociale o a un responsabile della gestione dell'assistenza per qualsiasi domanda relativa a Medicare.

Per le visite in regime di ricovero:

- Medicare Parte A copre i servizi ospedalieri ricevuti durante il ricovero (la fattura che Le viene rilasciata dall'ospedale). Dovrà versare una quota di partecipazione alla spesa e una franchigia (a meno che Lei sia ricoverato/a per più di 60 giorni). Se dispone di un secondo piano assicurativo, quest'ultimo potrebbe coprire la Sua quota di partecipazione alla spesa e la franchigia.
- Medicare Parte B copre l'80% dell'importo approvato da Medicare per ciascuna prestazione medica (ogni parcella emessa dagli operatori sanitari che Le hanno prestato assistenza o che hanno esaminato i risultati dei Suoi esami). Se Lei ha sottoscritto la Parte B, dovrà versare il restante 20%. Se dispone di un secondo piano assicurativo, quest'ultimo potrebbe coprire la Sua quota del 20%.

Per le visite in regime ambulatoriale:

- Medicare Parte A NON copre i servizi ospedalieri ricevuti in regime ambulatoriale.
- Medicare Parte B copre i servizi ambulatoriali, inclusi gli interventi chirurgici (fino a 6 ore dall'intervento per riprendersi in ospedale). Se ha sottoscritto la Parte B, probabilmente dovrà versare una quota di partecipazione alla spesa per ogni servizio ospedaliero ambulatoriale, inclusi gli interventi chirurgici. Medicare non prevede una quota standard di partecipazione alla spesa per i servizi ospedalieri ricevuti in regime ambulatoriale. La quota di partecipazione alla spesa potrebbe essere diversa per ciascun servizio.
- Se Medicare non copre un servizio ritenuto necessario dall'équipe sanitaria, discuteremo con Lei le opzioni disponibili.
- Medicare Parte B copre l'80% dell'importo approvato da Medicare per ciascuna prestazione medica. Se Lei ha sottoscritto la Parte B, dovrà versare il restante 20%. Se dispone di un secondo piano assicurativo, quest'ultimo potrebbe coprire la Sua quota del 20%.

Per le visite in regime di osservazione:

- Medicare Parte A copre la Sua permanenza in ospedale ai fini dell'osservazione per un massimo di 48 ore.
- Trascorse 48 ore, l'équipe sanitaria dovrà decidere se Lei può essere dimesso/a (lasciare l'ospedale) o se deve passare al regime di ricovero.

Medicare coprirà le spese per una struttura infermieristica specializzata dopo che avrò lasciato l'ospedale?

- Se Lei è in **regime di ricovero** in ospedale da 3 giorni consecutivi (escluso il giorno della Sua dimissione), Medicare potrebbe coprire le spese per proseguire il recupero in una struttura infermieristica specializzata. La decisione dipenderà dalle Sue condizioni e dalle Sue esigenze mediche.
- Se Lei **NON** è in **regime di ricovero** in ospedale da 3 giorni consecutivi (incluso il giorno della Sua dimissione), Medicare **NON** coprirà le spese per proseguire il recupero in una struttura infermieristica specializzata.

A chi posso rivolgermi se ho domande sulla mia copertura assicurativa?

Gli addetti del Servizio Clienti per l'Assistenza Finanziaria sono a Sua disposizione, dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 16.00. Chiami il numero 212-263-1481 e lasci un messaggio. Un addetto La ricontatterà il prima possibile.

입원, 외래, 또는 진찰

병원 방문이 모두 동일합니까?

아닙니다. 병원 방문에는 다음 3가지 유형이 있습니다.

- **입원 환자**는
 - 수술이나 다른 치료를 받을 수 있습니다.
 - 의료팀과 장기간 치료가 필요할 수 있습니다.
 - 미리 예약하거나 응급 서비스를 받기 위해 방문할 수 있습니다.
 - 1박 이상을 예상할 수 있습니다.
- **외래**는
 - 검사, 치료 또는 수술을 받을 수 있습니다.
 - 미리 예약하거나 응급 서비스를 받기 위해 방문할 수 있습니다.
 - 몇 시간 동안 또는 1박을 할 수 있습니다.
- **진찰 환자**는 보통 다음과 같은 사유로 입원합니다.
 - 건강 상태에 대한 심각한 변화 때문입니다.
 - 환자의 의료팀이 환자가 입원해야 하는지 결정하는 중에 있습니다.
 - 24시간 이내입니다.

입원 중 방문 유형을 바꿀 수 있습니까?

예. 병원 방문 유형은 귀하가 필요로 하는 진료 종류에 따라 다릅니다. 병원에 있는 동안 건강상의 변화가 있는 경우 담당 의료 팀은 당사자가 외래 또는 관찰 환자가 아닌 입원 환자여야 한다고 결정할 수 있습니다. 귀하는 자신이 입원 환자, 외래 환자 또는 관찰 환자 중 어디에 속하는지를 알아야 합니다. 만약 질문이 있으시면 담당 의료팀에 문의하십시오.

방문마다 동일한 액수를 부담합니까?

아닙니다. 비용과 보험 보장 범위는 다를 수 있습니다. 다음을 기반으로 하여 비용을 부담합니다.

- 귀하가 보험에 가입했고 건강보험에서 비용을 부담하는지 여부
- 귀하가 귀하의 진료에 대해 비용을 부담할 2차 건강보험이 있는지 여부
- 재정적 지원을 필요로 하는지 여부입니다.

입원 환자의 경우 귀하는 다음 비용을 부담합니다.

- 코페이먼트는 "코페이"(귀하가 부담하는 서비스 비용)입니다. 귀하의 건강보험에 입원 환자에 대한 코페이 기준이 있을 가능성이 큼. 해당 금액은 보험 카드에 기재되었을 수 있습니다.
- 기초공제액(귀하의 건강보험에서 귀하의 의료비 청구 금액의 일부 또는 전액을 지급하기 전 본인이 매년 납부해야 하는 금액)입니다.
- 공동 보험(귀하가 부담해야 하는 각 의료비의 비율)입니다. 대부분의 건강보험에서 각 청구 금액의 일정 비율만 부담하고 나머지는 귀하가 부담해야 합니다

외래 환자와 관찰 방문의 경우 귀하는 다음을 부담해야 합니다.

- 각 서비스와 각 의약품에 대한 코페이먼트입니다. 이는 병원에 있는 동안 귀하가 받는 각 검사, 치료 및 의약품에 대해 코페어로 부담할 가능성이 높다는 것을 의미합니다.
- 기초공제액입니다.
- 공동 보험입니다.

참고: 귀하는 본 병원에서 1개의 청구서를 받고 귀하에게 진료를 제공 및/또는 귀하의 검사 결과를 검토한 의료 서비스 제공자에서 별도의 청구서를 받을 것입니다. 청구서마다 귀하는 기초공제액 및/또는 공동 보험 금액을 지급해야 할 수도 있습니다

Medicare가 있다면 어떻게 해야 할까요?

Medicare에는 각 방문 유형에 대한 규칙이 있습니다. 귀하가 Medicare에 관해 질문이 있으면 사회 복지사 또는 케어 관리자에게 문의하십시오

입원 환자의 경우

- Medicare 파트 A는 입원 환자 병원 서비스(귀하가 본 병원에서 받은 청구서) 비용을 부담합니다. 귀하는 각각 한 건의 코페이먼트와 기초공제액을 부담해야 합니다(귀하가 60일 이상 병원에 입원하지 않아야 함). 귀하에게 2차 건강보험이 있다면 이곳에서 귀하의 코페이먼트와 기초공제액을 부담할 것입니다.
- 파트 B는 각 의사 서비스(귀하를 돌보거나 검사를 실시한 의료 서비스 제공자들로부터 개별 청구)에 대해 Medicare 승인 금액의 80%를 부담합니다. 귀하에게 파트 B가 있다면 귀하는 잔여 20%를 부담해야 합니다. 귀하에게 2차 건강보험이 있다면 여기에서 귀하가 부담해야 할 20%를 부담합니다.

외래 환자의 경우

- Medicare 파트 A는 외래 환자 병원 서비스 비용을 부담하지 않습니다
- Medicare 파트 B는 수술을 포함한 외래 환자 서비스 비용을 부담합니다(회복하기 위해서 병원에 최대 6시간까지 있는 경우에 한하여).. 귀하에게 파트 B가 있다면 귀하는 수술을 포함한 각 외래 환자 병원 서비스에 대한 코페이먼트를 부담해야 할 가능성이 큼니다. Medicare에는 외래 환자 병원 서비스에 대한 코페이먼트 기준이 없습니다. 코페이는 서비스마다 다를 수 있습니다.
- 담당 의료팀이 필요하다고 결정한 서비스에 대해 Medicare가 비용을 부담하지 않으면 저희는 귀하의 선택에 관해 귀하와 상의할 것입니다
- Medicare 파트 B는 각 의사 서비스에 대해 Medicare 승인 금액의 80%를 부담합니다. 귀하에게 파트 B가 있다면 귀하는 잔여 20%를 부담해야 합니다. 귀하에게 2차 건강보험이 있다면 여기에서 귀하가 부담해야 할 20%를 부담합니다.

진찰 방문의 경우

- Medicare 파트 B는 최대 48시간까지 진찰을 위해 병원에 머무는 비용을 부담합니다.
- 48시간이 지나면 담당 의료팀이 귀하가 퇴원할 수 있는지(병원을 나감) 또는 입원해야 하는지를 결정해야 합니다.

퇴원 후 Medicare가 전문 요양 시설 비용을 부담합니다

- 귀하가 (퇴원한 날을 제외하고) 3일 연속 병원 입원 환자로 있을 경우 Medicare는 전문 요양 시설에서 귀하가 회복할 때까지 계속 비용을 부담할 수 있습니다. 이 결정은 환자의 상태와 의학적 요구에 따라 달라집니다.
- 귀하가 (퇴원한 날을 제외하고) 3일 연속 병원 입원 환자로 병원에 있지 **않다면** Medicare는 전문 요양 시설에서 귀하가 회복할 때까지 계속 비용을 부담하지 **않을** 것입니다.

보험 보장 범위에 대해 궁금한 점이 있으면 누구에게 문의할 수 있습니까

환자 재정 고객 서비스 담당자(Patient Finance Customer Service Representatives)는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 4시까지 귀하와 상의할 수 있습니다. 212-263-1481번으로 전화하여 메시지를 남겨주십시오. 담당자가 최대한 빨리 귀하에게 연락을 드릴 것입니다.

Leczenie szpitalne, ambulatoryjne lub obserwacja

Czy wszystkie wizyty w szpitalu są jednakowe?

Nie. Istnieją 3 rodzaje wizyt w szpitalu:

- **Leczenie szpitalne** może:
 - obejmować zabiegi lub inne rodzaje leczenia.
 - wymagać dłuższego okresu opieki ze strony zespołu medycznego.
 - być zaplanowane z wyprzedzeniem lub wynikać z przyjęcia w sytuacji nagłej.
 - wiązać się z koniecznością pobytu dłuższego niż jedna noc.
- **Leczenie ambulatoryjne** może:
 - obejmować badania, leczenie lub zabieg.
 - być zaplanowane z wyprzedzeniem lub wynikać z przyjęcia w sytuacji nagłej.
 - obejmować pobyt przez kilka godzin, a nawet przez noc.
- **Pacjenci przebywający na obserwacji** zazwyczaj zostają w szpitalu:
 - ze względu na poważną zmianę stanu zdrowia.
 - jeśli zespół opieki zdrowotnej zdecydował, że muszą zostać przyjęci do szpitala.
 - przez okres krótszy niż 24 godziny.

Czy rodzaj wizyty może się zmienić podczas pobytu w szpitalu?

Tak. Rodzaj wizyty w szpitalu zależy od rodzaju wymaganej opieki. W przypadku zmian medycznych podczas pobytu w szpitalu zespół opieki medycznej może podjąć decyzję o leczeniu szpitalnym zamiast ambulatoryjnego lub obserwacji. Pacjent powinien znać swój status: leczenie szpitalne, ambulatoryjne lub obserwacja. W przypadku pytań należy zwrócić się do zespołu opieki zdrowotnej.

Czy każdy rodzaj wizyty kosztuje tyle samo?

Nie. Opłaty oraz zakres ubezpieczenia mogą się różnić. Kwota do zapłaty zależy od:

- posiadania ubezpieczenia oraz wysokości kwoty opłacanej z polisy ubezpieczeniowej.
- posiadania drugiej polisy ubezpieczeniowej, która również pokrywa koszty opieki.
- potrzeby uzyskania pomocy finansowej.

W przypadku leczenia szpitalnego konieczne może być uregulowanie:

- współpłaty (co-pay) (czyli stawki za usługę medyczną). Polisa ubezpieczeniowa prawdopodobnie obejmuje standardową współpłatność za wizyty szpitalne. Kwota ta może być wymieniona w polisie ubezpieczeniowej.
- udziału własnego (kwoty, którą należy uregulować każdego roku, zanim polisa ubezpieczeniowa pokryje jakiegokolwiek rachunki za opiekę zdrowotną).
- współubezpieczenia (procentowej wartości każdego rachunku za opiekę medyczną, którą musi zapłacić pacjent). Większość polis ubezpieczeniowych opłaca pewną kwotę procentową każdego rachunku, a pacjent musi zapłacić resztę.

W przypadku leczenia ambulatoryjnego i obserwacji konieczne może być uregulowanie:

- współpłaty za każdą usługę i każdy lek. Oznacza to, że pacjent prawdopodobnie musi dopłacić do każdego badania, leczenia i leku podanego podczas pobytu w szpitalu.
- udziału własnego.
- współubezpieczenia.

Uwaga: pacjent otrzyma jeden rachunek ze szpitala i kolejne od pracowników ochrony zdrowia, którzy sprawowali nad nim opiekę i/lub przeglądali wyniki badań. Pacjent musi zapłacić kwotę udziału własnego i/lub współubezpieczenia w przypadku każdego rachunku.

Co obowiązuje w przypadku Medicare?

Medicare określa inne zasady wobec każdego rodzaju wizyty. W przypadku pytań dotyczących Medicare należy zwrócić się do pracownika usług społecznych lub menedżera sprawy.

W przypadku leczenia szpitalnego:

- Medicare część A pokrywa koszty usług szpitala w zakresie leczenia szpitalnego (rachunek otrzymany od szpitala). Konieczne będzie uregulowanie jednej współpłaty i jednego udziału własnego (chyba że pobyt w szpitalu przekracza 60 dni). W przypadku posiadania drugiej polisy ubezpieczeniowej może ona pokryć kwotę współpłaty i udziału własnego.
- Medicare część B pokrywa 80% zatwierdzonej przez Medicare kwoty za każdą usługę lekarza (każdy rachunek od lekarza zapewniającego opiekę lub nadzorującego badania). W przypadku posiadania części B konieczne będzie uregulowanie pozostałych 20%. W przypadku posiadania drugiej polisy ubezpieczeniowej może ona pokryć kwotę 20%.

W przypadku wizyt ambulatoryjnych:

- Medicare część A NIE pokrywa kosztów usług ambulatoryjnych.
- Medicare część B pokrywa koszty usług ambulatoryjnych, włączając zabiegi (wraz z 6 godzinami pobytu w szpitalu w celu powrotu do zdrowia). W przypadku posiadania części B konieczne będzie uregulowanie współpłaty za każdą usługę ambulatoryjną, włączając zabieg. Medicare nie zakłada standardowej współpłaty za usługi ambulatoryjne. Współpłata może się różnić w zależności od usługi.
- Jeśli Medicare nie pokrywa kosztu usługi, którą zespół opieki medycznej uznał za konieczną, porozmawiamy z pacjentem na temat możliwych opcji.
- Medicare część B pokrywa 80% zatwierdzonej przez Medicare kwoty za każdą usługę lekarzy. W przypadku posiadania części B konieczne będzie uregulowanie pozostałych 20%. W przypadku posiadania drugiej polisy ubezpieczeniowej może ona pokryć kwotę 20%.

W przypadku wizyt obserwacyjnych:

- Medicare część A pokrywa koszty pobytu w szpitalu na obserwacji do 48 godzin.
- Po 48 godzinach zespół opieki zdrowotnej zazwyczaj może podjąć decyzję o wypisaniu ze szpitala (opuszczeniu szpitala) lub przyjęciu na leczenie szpitalne.

Czy Medicare pokrywa koszty specjalistycznej opieki pielęgniarskiej po opuszczeniu szpitala?

- W przypadku **leczenia szpitalnego** przez 3 kolejne dni (nie włączając dnia wypisu) Medicare może opłacić koszty rekonwalescencji w ramach specjalistycznej opieki pielęgniarskiej. Decyzja zależy od stanu i potrzeb medycznych pacjenta.
- W przypadku pacjentów, którzy **NIE KORZYSTAJĄ** z **leczenia szpitalnego** przez 3 kolejne dni (nie obejmuje dnia wypisu), Medicare **NIE** opłaci kosztów rekonwalescencji w ramach specjalistycznej opieki pielęgniarskiej.

Do kogo zwrócić się w przypadku pytań dotyczących zakresu ubezpieczenia?

Przedstawiciele obsługi finansowej pacjentów są dostępni od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 16:00. Należy zadzwonić pod numer 212-263-1481 i zostawić wiadomość. Przedstawiciel niezwłocznie się z Panem/Panią skontaktuje.

Paciente em regime de internamento, de ambulatório e em observação

As consultas hospitalares são todas iguais?

Não. Existem 3 tipos de consultas hospitalares:

- **Os pacientes em internamento** podem:
 - ser submetidos a uma cirurgia ou a outros tratamentos
 - necessitar de cuidados que requerem mais tempo com a equipa de cuidados de saúde
 - efetuar marcação com antecedência ou vir para os serviços de urgência
 - estar preparados para ter de ficar mais do que uma noite.
- **Os pacientes em ambulatório** podem:
 - fazer exames, tratamentos ou cirurgia
 - efetuar marcação com antecedência ou vir para os serviços de urgência
 - ficar algumas horas ou mesmo durante toda a noite
- **Os pacientes em observação** ficam, normalmente, no hospital:
 - devido a uma alteração grave do estado de saúde
 - enquanto a equipa de cuidados de saúde decide se precisam de ser internados
 - por um período inferior a 24 horas

O tipo de consulta pode mudar durante o meu internamento hospitalar?

Sim. O tipo de consulta hospitalar depende do tipo de cuidados de que necessita. Em caso de alterações clínicas durante a consulta no hospital, a equipa de cuidados de saúde pode considerar que precisa de ser internado em vez de ficar em ambulatório ou em observação. Deve saber se é um paciente em regime de internamento, de ambulatório ou de observação. Se tiver alguma dúvida, informe-se junto da equipa de cuidados de saúde.

Pago o mesmo montante por cada tipo de consulta?

Não. Os custos e a cobertura do seguro podem ser diferentes. O montante pago por si depende do seguinte:

- se tem seguro e o montante pago pelo seu plano de seguro.
- se tem um 2.º plano de seguro que pague também os seus cuidados.
- se necessita de assistência financeira.

Para consultas em internamento, pode ter de pagar:

- um copagamento (taxa que paga por um serviço médico). É provável que o seu plano de seguro disponha de um copagamento padrão para consultas em regime de internamento. Pode estar indicado no seu cartão do seguro.
- uma franquia (montante em dinheiro que tem de pagar todos os anos antes de o seu plano de saúde pagar alguma ou todas as suas faturas relacionadas com cuidados de saúde).
- cosseguro (percentagem de cada fatura de cuidados de saúde que tem de pagar). A maioria dos planos de seguro paga apenas uma determinada percentagem de cada fatura e o paciente tem de pagar o resto.

Para consultas em ambulatório e de observação, pode ter de pagar:

- um copagamento para cada serviço e cada medicamento. Isto significa que provavelmente terá um copagamento por cada exame, tratamento e medicamento que receber enquanto estiver no hospital.
- uma franquia.
- cosseguro.

Nota: vai receber uma fatura do hospital e outras faturas dos prestadores de cuidados de saúde que cuidaram de si e/ou analisaram os resultados dos seus exames. É possível que tenha de pagar uma franquia e/ou um cosseguro por cada fatura.

E se eu tiver seguro da Medicare?

A Medicare tem regras para cada tipo de consulta. Fale com um assistente social ou um gestor de cuidados para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre a Medicare.

Para consultas em internamento:

- A Medicare Parte A paga os serviços hospitalares de internamento (a fatura que recebe do hospital). Terá de pagar um copagamento e uma franquia (a menos que fique hospitalizado/a durante mais de 60 dias). Se tiver um 2.º plano de seguro, este pode pagar-lhe o copagamento e a franquia.
- A Medicare Parte B paga 80% do montante aprovado pela Medicare por cada serviço médico (cada fatura dos prestadores de cuidados de saúde que cuidaram de si ou exames analisados). Se tiver a Parte B, tem de pagar os restantes 20%. Se tiver um 2.º plano de seguro, este pode pagar-lhe 20%.

Para consultas em ambulatório:

- A Medicare Parte A NÃO paga os serviços hospitalares ambulatoriais.
- A Medicare Parte B paga os serviços ambulatoriais, incluindo a cirurgia (com um máximo de 6 horas de recuperação no hospital). Se tiver a Parte B, é provável que tenha de pagar um copagamento por cada serviço hospitalar ambulatório, incluindo a cirurgia. A Medicare não tem um copagamento padrão para serviços hospitalares ambulatoriais. O copagamento pode diferir consoante o serviço.
- Se a Medicare não pagar um serviço que a equipa de cuidados de saúde considere necessário, falaremos consigo sobre as suas opções.
- A Medicare Parte B paga 80% do montante aprovado pela Medicare por cada serviço médico. Se tiver a Parte B, tem de pagar os restantes 20%. Se tiver um 2.º plano de seguro, este pode pagar-lhe 20%.

Para consultas de observação:

- A Medicare Parte A paga-lhe a permanência no hospital para observação durante um máximo de 48 horas.
- Após 48 horas, a equipa de cuidados de saúde tem de decidir se pode ter alta (sair do hospital) ou se precisa de ficar internado/a.

A Medicare paga-me um centro de enfermagem especializado depois de eu sair do hospital?

- Se ficar **internado/a** num hospital durante 3 dias seguidos (não incluindo o dia da alta), a Medicare pode pagar para que continue a sua recuperação num centro de enfermagem especializado. A decisão vai depender do seu estado de saúde e das suas necessidades médicas.
- Se **NÃO** ficar **internado/a** num hospital durante 3 dias seguidos (não incluindo o dia da alta), a Medicare **NÃO** paga para que continue a sua recuperação num centro de enfermagem especializado.

Com quem posso falar se tiver dúvidas sobre a minha cobertura de seguro?

Os representantes do serviço de apoio ao cliente do Financiamento de Pacientes estão disponíveis para falar consigo de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 16h00. Ligue para 212-263-1481 e deixe uma mensagem. Um representante entrará em contacto consigo o mais brevemente possível.

Госпитализация, амбулаторное посещение и наблюдение

Являются ли все посещения больницы одинаковыми?

Нет. Они делятся на 3 вида.

- **Стационарные пациенты:**
 - проходят хирургические операции или получают другое лечение;
 - нуждаются в лечении, при котором бригада медицинского обслуживания должна предоставлять более длительный уход;
 - поступают в больницу по предварительной записи или нуждаются в неотложной помощи;
 - предполагается пребывание в больнице более суток.
- **Амбулаторные пациенты:**
 - сдают анализы, получают лечение или проходят хирургические операции;
 - поступают в больницу по предварительной записи или нуждаются в неотложной помощи;
 - остаются в больнице на несколько часов или даже на ночь.
- **Пациенты, находящиеся под наблюдением,** обычно остаются в больнице:
 - по причине серьезного изменения в состоянии здоровья;
 - пока их бригада медицинского обслуживания решает, необходимо ли им пребывание в стационаре;
 - менее чем на 24 часа.

Может ли вид посещения измениться во время моего пребывания в больнице?

Да. Вид посещения больницы зависит от того, какое медицинское обслуживание вам необходимо. Если во время вашего пребывания в больнице в состоянии вашего здоровья произойдут изменения, ваша бригада медицинского обслуживания может решить, что вы нуждаетесь в стационарном пребывании вместо амбулаторного посещения или наблюдения. Вам следует знать, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом либо пациентом под наблюдением. Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь к своей бригаде медицинского обслуживания.

Взимается ли одинаковая сумма за каждый вид посещения?

Нет. Расценки и страховое покрытие могут различаться. Взимаемая сумма зависит от:

- наличия у вас страховки и суммы, выплачиваемой вашим страховым планом;
- наличия у вас 2-го страхового плана, который также оплачивает ваше медицинское обслуживание;
- вашей потребности в финансовой помощи.

В случае стационарного пребывания, возможно, вам придется оплатить:

- дополнительную плату или «доплату» за медицинскую услугу (скорее всего, ваш страховой план предусматривает стандартную доплату за стационарное пребывание и ее размер указан на вашей страховой карточке);
- вычитаемую франшизу (сумму, которую необходимо оплачивать ежегодно, как прежде чем ваш страховой план начнет оплачивать ваши счета за медицинское обслуживание);
- обязательную долю сострахования в процентах от каждого счета за медицинское обслуживание (большинство страховых планов покрывают только определенный процент от каждого счета, а вы должны оплатить остальную сумму).

В случае амбулаторного посещения или наблюдения, возможно, вам придется оплатить:

- доплату за каждую услугу и каждый лекарственный препарат (скорее всего, доплата предусмотрена за все анализы, курсы лечения и лекарственные препараты, которые вы будете получать во время пребывания в больнице);
- вычитаемую франшизу;
- долю сострахования.

Примечание. Вы получите один счет от больницы, а также другие счета от поставщиков медицинских услуг, которые предоставляли вам лечение и (или) рассматривали результаты ваших анализов. Каждый счет может предусматривать оплату франшизы и (или) доли сострахования.

Что, если у меня есть страховка Medicare?

Программа Medicare предусматривает определенные правила для каждого вида посещений. Вы можете задать любые имеющиеся у вас вопросы о программе Medicare социальному работнику или координатору медицинского обслуживания.

При стационарном посещении:

- Часть А программы Medicare оплачивает стационарные услуги больницы (счет, который вам выставляет больница). Вам придется внести одну доплату и сумму одной франшизы (если ваше пребывание в больнице продлится более 60 дней). Если у вас есть 2-й страховой план, возможно, он может покрыть вашу доплату и франшизу.
- Часть В программы Medicare оплачивает 80 % одобренной программой Medicare суммы за каждую врачебную услугу (каждый счет от поставщиков медицинских услуг, которые предоставляли вам лечение или выполняли анализы). Если у вас есть страховка по части В, вам придется оплатить оставшиеся 20 %. Если у вас есть 2-й страховой план, он может покрыть эти 20 %.

При амбулаторном посещении:

- Часть А программы Medicare НЕ оплачивает амбулаторные услуги больницы.
- Часть В программы Medicare оплачивает амбулаторные услуги, в том числе хирургические операции (и до 6 часов пребывания в больнице для восстановления после операции). Если у вас есть страховка по части В, скорее всего, вам придется вносить доплату за каждую амбулаторную услугу больницы, в том числе за хирургические операции. Программа Medicare не предусматривает стандартную доплату за амбулаторные услуги больницы. Размер доплаты может быть разным для каждой услуги.
- Если программа Medicare не оплатит услугу, которую ваша бригада медицинского обслуживания считает необходимой, мы обсудим с вами доступные варианты действий.
- Часть В программы Medicare оплачивает 80 % от одобренной программой Medicare суммы за каждую врачебную услугу. Если у вас есть страховка по части В, вам придется оплатить оставшиеся 20 %. Если у вас есть 2-й страховой план, он может покрыть эти 20 %.

При посещении с целью наблюдения:

- Часть А программы Medicare оплачивает ваше пребывание в больнице с целью наблюдения в течение не более 48 часов.
- Через 48 часов ваша бригада медицинского обслуживания должна решить, можно ли вас выписать или вам требуется пребывание в стационаре.

Будет ли программа Medicare оплачивать услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода после моей выписки из больницы?

- Если вы будете **госпитализированы** 3 дня подряд (без учета дня выписки), программа Medicare может оплатить ваше дальнейшее восстановление в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Решение будет зависеть от вашего состояния и медицинских потребностей.
- Если вы **НЕ** будете **госпитализированы** 3 дня подряд (без учета дня выписки), программа Medicare **НЕ** оплатит ваше дальнейшее восстановление в учреждении квалифицированного сестринского ухода.

С кем можно поговорить, если у меня есть вопросы о моем страховом покрытии?

Представители отдела обслуживания пациентов по финансовым вопросам готовы вам помочь с понедельника по пятницу с 08:00 до 16:00. Позвоните по номеру 212-263-1481 и оставьте сообщение. Представитель перезвонит вам в кратчайший срок.

Pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y pacientes en observación

¿Son todas las visitas en el hospital iguales?

No. Hay 3 tipos de visitas en el hospital:

- Los **pacientes hospitalizados**:
 - pueden venir por una operación u otros tratamientos.
 - pueden necesitar atención por la que deban estar más tiempo con su equipo de atención médica.
 - pueden tener una estancia programada con antelación o venir para recibir servicios de emergencia.
 - pueden esperar quedarse más de una noche.
- Los **pacientes ambulatorios**:
 - pueden venir para pruebas, tratamientos o una operación.
 - pueden tener una estancia programada con antelación o venir para recibir servicios de emergencia.
 - pueden quedarse unas horas o, incluso, por la noche.
- Los **pacientes en observación** normalmente permanecen en el hospital:
 - debido a un cambio grave en su condición médica.
 - mientras su equipo de atención médica decide si la hospitalización es necesaria.
 - menos de 24 horas.

¿Puede el tipo de visita cambiar durante mi estancia en el hospital?

Sí. El tipo de visita en el hospital depende de la clase de atención que necesite. Si hay cambios médicos mientras esté en el hospital, es posible que su equipo de atención decida ingresarlo en lugar de tenerlo como paciente ambulatorio o en observación. Usted debe saber si es un paciente hospitalizado, ambulatorio o en observación. Consulte con su equipo de atención médica si tiene alguna pregunta.

¿Debo pagar la misma cantidad para cada tipo de visita?

No. Las tarifas y la cobertura del seguro pueden ser diferentes. La cantidad que paga se basa en:

- si usted tiene seguro y en la cantidad que su plan de seguro pague.
- si usted tiene un 2.º plan de seguro que también va a pagar su atención.
- si necesita ayuda económica.

Para las visitas como paciente hospitalizado es posible que deba pagar:

- un copago (tarifa que se paga por un servicio médico). Es muy probable que su plan de seguro tenga un copago estándar para las visitas como paciente hospitalizado. Es posible que se muestre en la tarjeta del seguro.
- un deducible (cantidad de dinero que debe pagar cada año, antes de que el plan de seguro pague una parte o la totalidad de sus facturas de atención médica).
- coseguro (porcentaje de cada factura de atención médica que deba pagar). La mayoría de los planes de seguro pagan solamente cierto porcentaje de cada factura, y usted debe pagar el resto.

Para las visitas como paciente ambulatorio o en observación, es posible que deba pagar:

- un copago por cada servicio y cada medicamento. Esto significa que, probablemente, tenga un copago por cada prueba, tratamiento y medicamento que reciba mientras permanezca en el hospital.
- un deducible.
- coseguro.

Nota: Recibirá una factura del hospital y otras facturas de los proveedores de atención médica que lo hayan atendido o revisado los resultados de sus pruebas. Es posible que deba pagar un deducible o un coseguro por cada factura.

¿Qué sucede si tengo Medicare?

Medicare tiene reglas para cada tipo de visita. Haga cualquier pregunta que tenga sobre Medicare a un trabajador social o administrador de atención.

Para las visitas como paciente hospitalizado:

- Medicare Parte A paga los servicios de hospital para pacientes ingresados (la factura que recibe del hospital). Tendrá que hacer un copago y pagar un deducible (salvo que permanezca en el hospital más de 60 días). Si tiene un 2.º plan de seguro, es posible que el mismo pague el copago y el deducible.
- Medicare Parte B paga el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare de cada servicio que haya prestado un médico (cada factura de los proveedores de atención médica que lo hayan atendido o revisado sus pruebas). Si tiene la Parte B, tendrá que pagar el otro 20 %. Si tiene un 2.º plan de seguro, es posible que le pague el 20 %.

Para las visitas como paciente ambulatorio:

- Medicare Parte A NO paga los servicios de hospital para pacientes ambulatorios.
- Medicare Parte B paga los servicios ambulatorios, incluyendo las operaciones (y hasta 6 horas de recuperación en el hospital). Si tiene la Parte B, es probable que tenga que hacer un copago por cada servicio de hospital para pacientes ambulatorios, incluyendo las operaciones. Medicare no tiene un copago estándar por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Cada servicio puede tener un copago diferente.
- Si Medicare no paga un servicio que su equipo de atención médica decide que es necesario, hablaremos con usted de las opciones.
- Medicare Parte B paga el 80 % de la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio de un médico. Si tiene la Parte B, usted tendrá que pagar el otro 20 %. Si tiene un 2.º plan de seguro, es posible que el mismo le pague el 20 %.

Para las visitas como paciente en observación:

- Medicare Parte A paga la permanencia en observación en el hospital hasta 48 horas.
- Después de las 48 horas, su equipo de atención médica debe decidir si puede darle el alta (irse del hospital) o si debe quedar hospitalizado.

¿Pagará Medicare un centro de enfermería especializada cuando salga del hospital?

- Si permanece **hospitalizado** durante 3 días consecutivos (sin incluir el día del alta), es posible que Medicare pague para que continúe su recuperación en un centro de enfermería especializada. La decisión dependerá de su condición y sus necesidades médicas.

Información y educación para el paciente

- Si **NO** permanece **hospitalizado** durante 3 días consecutivos (sin incluir el día del alta), Medicare **NO** pagará para que continúe su recuperación en un centro de enfermería especializada.

¿Con quién puedo hablar si tengo preguntas sobre mi cobertura de seguro?

Los representantes de servicio al cliente de Ayuda Económica al Paciente (Patient Finance) están a su disposición de lunes a viernes, 8:00 a. m. - 4:00 p. m. Llame al 212-263-1481 y deje un mensaje. Un representante se comunicará con usted lo antes posible.