

NATO-soldater -Rutin Cosmic

Författat av: Ann-Chatrin Stellin

Berett av: Patientavgiftsenheten

Beslutat av: Sofie Larsson

Innehållsförteckning

1	Inledning/syfte	1
2	Omfattning/tillämpningsområde	1
3	Ansvar	1
4	Giltighetstid.....	2
5	Beskrivning/arbetssätt NATO-soldater	2
5.1	Olika patientgrupper, registrering och ekonomihantering	2
5.1.1	Patient från Sverige	2
5.1.2	Patient från EU/EES/Konventionsland	2
5.1.3	Patient från USA	2
5.1.4	Patient från övriga länder	3
5.1.5	Ekonomirutiner ekonomienheten fakturering TRICARE International SOS.....	3
6	Referenser -övriga berörda rutiner	3
7	Bilagor: Blanketter, ordlistor, ifyllnadsguide.....	4
8	Nyckelord	4

1 Inledning/syfte

Denna rutin ska användas för NATO-soldater som befinner sig i Sverige i arbete och militär övning. Den beskriver hur patienter ska registreras i Cosmic avseende patientavgift och debitering av vårdkostnad. Rutinen ska inte blandas ihop med rutin för ”Värnplikliga och tjänstgörande inom Hemvärnet”.

2 Omfattning/tillämpningsområde

Region Örebro län. Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen samt Privata vårdcentraler.

3 Ansvar

Områdeschef har övergripande ansvar för att rutinen är känd och implementerad.

Verksamhetschef/avdelningschef/motsvarande ansvarar för att rutinen efterlevs inom

verksamheten/enheten och att uppgifterna efterfrågas. Medarbetare ansvarar för att följa rutinen utifrån sin profession.

4 Giltighetstid

Denna rutin granskas/uppdateras 12 månader efter fastställande samt efter nästa upplaga av SKR:s handbok "Vård av personer från andra länder" uppdaterats.

5 Beskrivning/arbetssätt NATO-soldater

Vårdsökande soldater har rätt till akut och nödvändig vård likt andra besökare i vår region utan svenskt personnummer. Vård ska ges med samma medicinska prioritering och vårdnivå som andra patienter. Vårdsökande NATO-soldater från andra länder än USA registreras på samma sätt som andra utländska patienter utifrån det land de kommer ifrån. Nedan beskrivs vad som krävs i Cosmic samt andra ekonomiska rutiner utifrån det land patienten kommer ifrån: Patient från Sverige, patient från EU-land, patient från övriga länder samt patienter från USA. Akuta patienter har rätt att betala vård via faktura. Var noga med att notera utlandsadress i Cosmic.

5.1 Olika patientgrupper, registrering och ekonomihantering

I nedan rubriker beskrivs vad som detaljerat gäller för NATO-soldater från olika länder, dock är grundprincipen samma för alla utländska patienter vad gäller registrering i Cosmic samt befintligt regelverk (utom NATO-soldater från USA).

[Utländska patienter, bokning och ekonomiregistrering -Rutin Cosmic](#)

Se regionens Vårdgivarwebb under respektive land för mer information:

[Vård av personer från andra länder • Vårdgivare Region Örebro län](#)

5.1.1 Patient från Sverige

Vårdsökande NATO-soldater från Sverige registreras som en vanlig inom- eller utomlänspatient. Patienten betalar sedvanlig patientavgift inkl ev kostnader för hjälpmedel, ex kryckor. Vårdkostnaden betalas av hemregionen.

5.1.2 Patient från EU/EES/Konventionsland

Vårdsökande NATO-soldater ska uppvisa giltigt konventionsbevis i form av ex EU-kort eller S2-intyg. Patienter från Norden behöver uppge trovärdig adress i hemlandet samt id-handling. Patienten betalar subventionerad patientavgift. Saknas handlingar blir patienten egenbetalande.

5.1.3 Patient från USA

Vårdsökande NATO-soldater från USA ska inte betala patientavgift, hela vårdkostnaden ska faktureras försäkringsbolaget TRICARE International SOS.

Notera patientens utlandsadress i Cosmic. Ta kopia på id-handling och militärt id-kort. Medlemskap Egenbetalande. Kund Utomlän. Välj Avgiftsfritt i Vårdkontakt och efterregistrering.

[Fyll i CDW-blankett](#) (Claim Development Worksheet) **-OBS! DENNA SKA PATIENTEN SKRIVA UNDER**, annars får verksamhet inte betalt för utförd vård, detta går inte att göra i efterhand (se ordlista och ifyllnadsguide längre ner i detta dokument).

Fyll i [debiteringsunderlag](#) Kontakta er ekonom om ni behöver hjälp med att fylla i debiteringsunderlaget.

Kontakta ekovard@regionorebrolan.se för att få besökskostnad/verklig kostnad att fylla i till faktureringsbelopp på debiteringsunderlaget.

Blir patienten ineliggande behöver Authorization number fyllas i, detta är regionens kundnummer hos TRICARE (rutinen kommer uppdateras med detta).

Skicka ifylld CDW-blankett, ifyllt debiteringsunderlag samt id-handlingar med internpost till:

Shared Service Center, Kundfakturor, Våning 4, Klostergatan 23. Mejla inte då detta innehåller uppgifter om patienten.

5.1.4 Patient från övriga länder

Patienter som inte kommer från något konventionsland som Sverige har vårdavtal med betalar sin vård själv, dvs de är egenbetalande.

5.1.5 Ekonomirutiner ekonomienheten fakturering TRICARE International SOS

Hela vårdkostnaden ska debiteras TRICARE International SOS. Verksamheten skickar in ifyllt debiteringsunderlag, ifylld CDW-blankett samt kopior på id-handlingar och amerikanska militärpass till ekonomienheten som gör att dessa patienter kan urskiljas från övriga amerikanska.

[Fyll i EFT-blankett](#) (Electronic Funds Transfer)

Fylla i fakturanumret på CDW-blanketten.

Skicka CDW- och EFT-blankett samt faktura via post till:

FAO: TRICARE Provider Support Services Team
International SOS - Building 4
566 Chiswick High Road
Chiswick
London, W4 5YE United Kingdom

Kontakt: tpss@internationalsos.com alt

FINUALA WARD Client Relationship Lead – UK, BeNeLux, Ireland & Nordics, TRICARE Overseas Program, Finuala.WARD@internationalsos.com

6 Referenser -övriga berörda rutiner

[Utländska patienter, bokning och ekonomiregistrering -Rutin Cosmic](#)

[Patientkort – Rutin Cosmic](#)

[Vård av personer från andra länder • Vårdgivare Region Örebro län](#)

[Värnpliktiga och tjänstgörande inom Hemvärnet • Vårdgivare Region Örebro län](#)

[Claims Support Forms TRICARE](#)

7 Bilagor: Blanketter, ordlistor, ifyllnadsguide

Bilaga 1 länk: [CDW-blankett \(Claim Development Worksheet\)](#)

Bilaga 2 länk: [EFT-blankett \(Electronic Funds Transfer\)](#)

Bilaga 3: Liten ordlista från CDW-blanketten och regionens engelska ordlista, sid 4

Bilaga 4: Ifyllnadsguide CDW-blankett sid 5

8 Nyckelord

Cosmic, Patientadministration, Värddokumentation.

Liten ordlista från CDW-blanketten

Se även regionens [engelska ordlista för hälso- och sjukvården](#)

Accompanying Medföljande

Accordance Överensstämmelse

Additional Ytterligare

Authority Myndighet

Authorization Tillstånd (condition, authorization, permission, State, leave, situation)

Beneficiary Förmånstagare, patienten

Currency Valuta

DoD ID Number Finns på baksidan av militär-id

Emergency Room Akutvård

Inpatient Inneliggande vård

Invoice Faktura

Itemized Specificerade

Maternity Moder/havandeskap

Provider Leverantör (vi regionen)

Outpatient Öppenvårdspatienten

Reconciling Förena, bilägga, unite, join

Sponsor SSN (SSN = Social Security Number) sponsor, fadder, förslagsställare (den som står bakom), kan vara patienten eller dess anhöriga

Sponsor Name Namnet på förmånstagaren, patienten eller dess anhörig

Urgent Care Akut men inte livshotande vård

Ifyllnadsguide CDW-blankett

1. PATIENT DETAILS			
Authorization Number	Regionens kundnr, behövs enbart inelliggande		Provider Invoice/Reference Number (If available)
Name	Fakturanr fylls i av ekonomienheten		
Date of Birth		Sex (M/F)	
Address <i>Beneficiary's address at time services were delivered.</i>	Patientens namn, födelsedata, adress i hemlandet, kön		
Sponsor SSN	SSN=Sponsors Social Security Number, fråga pat, lämna tomt om nödvändigt	DoD Benefits Number (DBN)	Står mitt på baksidan av militär-id
DoD ID Number	Står på baksidan av militär-id vid streckkoden		
Sponsor Name	Fråga patienten lämna tom om nödvändigt	Relationship to Sponsor	Fråga pat, lämna tomt om nödvändigt
2. PATIENT SIGNATURE			
Provider must obtain the TRICARE patient or authorized person's signature and keep a record of their signature on file. Signature of patient or authorized person certifies the information provided above is correct, that medical services were delivered, and authorizes release of medical information or other insurance information to International SOS, necessary for medical care oversight, claims processing, and post-payment review purposes.			
Signature  OBS -Mycket viktigt att patienten skriver på namn och datum! <i>(Required by Non-Institutional Providers Only)</i>		Signature on File (SOF) ☐ Yes (if yes, please indicate SOF in "signature" block, or your claim will be denied). ☐ No (If no, please make sure the patient signs the claim form) Använd denna	
		Date (YYYY/MM/DD)	
<i>Note: If patients are incapable of signing this authorization themselves, or are under the age of 18, their legal or authorized representative (the parent(s) entitled to custody or the legal guardian; for adults, the authorized person or designee) must sign on behalf of the patient.</i>			
3. DIAGNOSIS			
Describe illness, injury, or symptoms that required treatment, supplies, or reason for medication. If an injury, note how it happened. Do not list services performed.			
Primary Diagnosis <i>Please include the primary diagnosis if there are multiple diagnoses. This is not necessarily the admitting diagnosis.</i>	Huvuddiagnos		
Additional Diagnosis	Ev bidiagnos, eventuella		
Description of Patient Diagnosis <i>Please describe the diagnosis/condition for which the patient received treatment, supplies or medication. Where applicable, please include CPT/CD Codes in your description.</i>	Beskriv diagnos och ev behandlingar, mediciner etc samt ICD-koder		
Patient Care Type <i>(Select one and indicate with an X)</i>	☐ Inpatient ☐ Outpatient ☐ Urgent Care ☐ Day Surgery ☐ Pharmacy ☐ Telemedicine*		
<i>*Telemedicine Provider must be licensed to practice medicine in the location (country / territory) in which the TRICARE beneficiary receives the care and fully abide by all local health care and Telemedicine regulations. The Telemedicine Provider must also be approved and certified by International SOS prior to delivering services in order to receive payment.</i>			

Forts nästa sida...



4. EMERGENCY ROOM / EMERGENCY CARE				
Fyll i	☐ Yes ☐ No	Date of Emergency (YYYY/MM/DD)	Fyll i	
5. SPECIALIZED TREATMENT				
Was Treatment Related to any of the Following? (Select one, if applicable)	☐ Mental Health	☐ Preventative Care	☐ Maternity Care	☐ Transplant(s) Fyll i om relevant
6. OTHER HEALTH INSURANCE (OHI)				
TRICARE patients may have an active health insurance policy, including travel insurance, other than TRICARE. TRICARE is deemed to be the payer of last resort, i.e., by law, TRICARE can only pay after all other active insurance policies have been claimed against and paid (or denied). This includes any individual countries' health insurance plans. Note: U.S. Medicare is the primary payer in ONLY the U.S., Territories of American Samoa, Guam, the Northern Mariana Islands, Puerto Rico, and the U.S. Virgin Islands (with TRICARE as the secondary payer).				
Does the Patient Have Other Health Insurance (OHI)?	☐ Yes (If yes, please submit claims to the OHI before claiming from TRICARE) ☐ No Fråga patienten om denne har andra hälsöförsäkringar som gäller utomlands, då ska dessa användas först enl TRICARE. Annars är det denna blankett som ska användas, kryssa No och fortsätt fylla i denna blankett.			
Name of the OHI				
Name of the Insured Party	OHI Policy Number	OHI Effective Date	Amount Paid by OHI	
7. BENEFICIARY PAYMENTS = Förmånstagare, dvs patienten				
If the patient has made a payment toward the cost of the health care services rendered, please complete the section below.				
Has the Patient Made a Payment?	☐ Yes ☐ No Kryssa No	Amount Paid		Currency
8. PROVIDER DETAILS = Leverantör, dvs regionen				
Name	Ange Region Örebro län och verksamhetens namn			
Address	Adress och ort			
Currency For Payment	Valuta, ange SEK			
Billing Agency (If applicable)	☐ Yes (If yes, please complete required details below) ☐ No Kryssa No			
Billing Agency Name				
Billing Agency Address				