

كيفية استخدام أبل هيلث (ميديكيد) للخدمات الصحية والتأمين الصحي الخاص للحصول على الرعاية الصحية

س: إذا كان لدي تأمين صحي خاص، هل ستظل أبل هيلث توفر لي خدماتها؟
ج: نعم. إن حصولك على أبل هيلث جنباً إلى جنب مع تأمينك الخاص يساعد حقاً. فطالما أنك مؤهل للحصول على أبل هيلث، يجوز لنا السداد بنظام السداد المشترك، وتقديم خصومات وخدمات لا يغطيها تأمينك.

س: في حالة ما إذا كان لدي تأمين خاص وتأمين أبل هيلث، ما الذي أخبر به أطبائي أو مقدمي الخدمات الطبية الآخرين؟
ج: من المهم أن تذهب إلى مقدمي الخدمات الطبية الذين يتعاملون بكلاً من التأمين الخاص وبطاقة أبل هيلث للخدمات الصحية (وتسمى أيضاً بطاقة خدمات ProviderOne) و/أو بطاقة خطة أبل هيلث الخاصة بك. عند ذهابك إلى طبيبك أو مقدم (مقدمي) خدمات صحية آخر، اعرض عليه **جميع البطاقات الخاصة بك** بما في ذلك بطاقة التأمين الصحي الخاصة، وبطاقة خدمات أبل هيلث وبطاقة الخطة الصحية، إذا كنت مسجلاً في خطة الرعاية المدارة.

س: ماذا علي أن أفعل إذا رفض أطبائي أو غيرهم من مقدمي الخدمة الصحية التعامل بتأميني الخاص أو بطاقة الخدمات؟
ج: يجب عليك البحث عن مقدمي الخدمات الذين يقبلون كل من شركة أبل هيلث والتأمين الخاص. قد تحتاج إلى الاتصال بشركة التأمين الخاصة بك للحصول على المساعدة في تحديد أماكن مقدمي الخدمات في منطقتك.

- في حالة عدم موافقة مقدم الخدمة الخاص بك على أبل هيلث (بما في ذلك خطط أبل هيلث التعاقدية للرعاية المدارة)، فسوف يكون عليك العثور على مقدم الخدمة الذي يقوم بذلك، وإلا قد تكون مسؤولاً عن أي سداد مشترك أو خصومات.
- في حالة موافقة مقدم الخدمة الخاص بك على أبل هيلث، ولكنها ليست جزءاً من خطة الرعاية المدارة:
 - 0 يمكن لمقدم الخدمة اختيار فاتورة خطة الرعاية المدارة؛
 - 0 قد تحتاج إلى البحث عن مقدم خدمة آخر؛ أو
 - 0 يمكنك طلب تغيير خطة الرعاية المدارة إلى خطة يقبلها مقدم الخدمة.

س: ماذا يحدث إذا كان تأميني الخاص لا يغطي خدمة؟
ج: سوف يقوم طبيبك بدفع فاتورة تأمينك الخاص أولاً. إذا لم يحم تأمينك الخاص بتغطية الخدمة ولكنها مغطاة من قبل أبل هيلث، فإنه سوف يتم إصدار فاتورة السداد لصالح أبل هيلث أو خطة الرعاية المدارة. للتأكد من عدم وجود أي مشاكل، يجب عليك دائماً إحضار بطاقة خدمات أبل هيلث وبطاقة الخطة الصحية الخاصة بك.

س: ما الذي يجب علي فعله لدفع قسط التأمين الصحي؟
ج: اتصل بنا. سوف نحتاج إلى معلومات حول التأمين الصحي الخاص بك، مبلغ قسط التأمين، عندما يحين موعد استحقاقه ومن الذي سيقوم بدفعه سواء أنت أو صاحب العمل. وبمجرد حصولنا على هذه المعلومات، سوف نفيديك إذا كنا نستطيع دفع القسط الخاص بك.

س: هل سيطلب مني دفع الفرق بين ما تدفعه أبل هيلث والفواتير التي يصدرها مقدم الخدمة؟
ج: لا. في حالة عمل الأطباء ومقدمي الخدمة الآخرين مع أبل هيلث، فإنهم يوافقون على استلام ما تقوم أبل هيلث بدفعه وعدم مطالبتك بسداد فرق أي فاتورة. في حالة تسلمك لأي فاتورة، اتصل بنا على الفور. لا يمكن مطالبتك بأي فاتورة مقابل خدمة تغطيها أبل هيلث.

س: ماذا لو انتهى تأميني الخاص أو تغير؟
ج: من المهم الرجوع إلى خطة الرعاية المدارة الخاصة بك والإبلاغ عن أي تغييرات على تغطية تأمينك الخاص. سوف يقومون بتحديث الملف الخاص بك وسوف تستمر في تلقي الرعاية الطبية من خلال أبل هيلث طالما كنت مؤهلاً لذلك.

س: إذا كان لدي تأمين الرعاية طويل المدة، هل سأظل أحصل على مساعدة أبل هيلث؟
ج: نعم. يمكن أن تساعد أبل هيلث في دفع تكاليف تأمين الرعاية طويل المدة عند وجودك في منزلك أو في مرفق معيشي مدعّم أو دار مسنين أو مرفق تمرّيز في حالة عدم دفع تأمين الرعاية طويل المدة لكافة التكاليف. إذا كان التأمين يدفع لك مباشرة يجب عليك إرسال شيكات التأمين إلى منشأة تقديم الرعاية الخاصة بك.

س: لماذا يجب علي الاحتفاظ بتأمين الرعاية طويل المدة إذا كنت مؤهلاً للحصول على أبل هيلث؟
ج: ليس هناك ما يضمن أنك سوف تتأهل دائماً لأبل هيلث. قد تتلقى مصادر إضافية للدخل أو الأصول التي قد تؤدي إلى إنهاء أهليتك أو قد يخفض الجهاز التشريعي التمويل لبعض البرامج. إذا قمت بإلغاء تأمين الرعاية طويل المدة، قد لا تتمكن من الحصول عليه مرة أخرى. سوف تقوم فوائد تأمين الرعاية طويل المدة كذلك بتقليل أي التزامات على ممتلكاتك في حالة وفاتك.

س: لماذا تحتاج إلى رقم ضمان اجتماعي؟
ج: تنص هذه القوانين الفيدرالية على أن أي شخص يتقدم بطلب للحصول على منافع برنامج ميديكيد يجب عليه تقديم رقم الضمان الاجتماعي. (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b)). وتساعدنا هذه اللوائح على التأكد من أننا نقدم لك المبلغ الصحيح للفوائد واسترداد الأموال إذا كان لدينا فوائد زائدة.

س: ماذا لو كان لدي أسئلة أخرى؟
ج: إذا كان لديك أسئلة حول التأمين الصحي الخاص بك، اطلب خطتك مباشرة. للحصول على مساعدة إضافية باستخدام بطاقة خدماتك الخاصة مع تأمينك الخاص، اتصل بنا على الرقم أدناه.

الخط المجاني: 1-800-562-3022
من الاثنين إلى الجمعة: من الساعة صباحاً وحتى الخامسة مساءً

معلومات التغطية الطبية				
معلومات هامة: الغرض من هذه الاستمارة هو معرفة ما إذا كان لديك تأمين صحي خاص. يمكن أن يكون تأمين صحي خاص وتكون مشمولاً ضمن أبل هيلث (مديكيد). عند الانتهاء من ملء الاستمارة، يرجى إعادتها في المغلف المرفق إلى هيئة الرعاية الصحية على Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565. وإذا كان لديك استفسارات حول هذه الاستمارة، يرجى الاتصال على 1-800-562-3022				
اسم العميل	التاريخ	رقم الهاتف	تاريخ الميلاد	رقم تعريف العميل #
أ. هل لديك تغطية تأمين طبي (بما في ذلك المزايا العسكرية)؟ نعم ☐ لا ☐				
ب. هل لديك تأمين صحي للأسنان؟ نعم ☐ لا ☐				
ج. هل لديك تأمين صحي للأسنان خلال السنة الماضية؟ نعم ☐ لا ☐				
د. هل لديك تأمين الرعاية طويل المدة؟ نعم ☐ لا ☐ إذا كان نعم، يرجى الإشارة إلى التغطية: ☐ ترميض منزلي ☐ معيشة مدعمة ☐ بيت عائلة من الكبار ☐ رعاية منزلية ☐ أخرى: _____				
إذا كانت إجابتك نعم على أي من الأسئلة أعلاه، يرجى استكمال التالي لكل بوليصة تأمين (يرجى استخدام ورقة إضافية إذا لزم الأمر):				
1. نوع البوليصة: ☐ علاج ☐ أسنان ☐ الرعاية طويلة المدة				
اسم التأمين	رقم الهاتف	1.	الاسم	تاريخ الميلاد
العنوان (كما هو في البطاقة الخاصة بك)				
رقم البوليصة	تاريخ بدء البوليصة	3.	تاريخ انتهاء السياسة	
اسم المشترك	تاريخ ميلاد المشترك	4.	رقم مسلسل المشترك	
صاحب العمل	اسم الاتحاد والرقم المحلي، إذا كان ذلك ممكناً	5.		
2. نوع البوليصة: ☐ علاج ☐ أسنان ☐ الرعاية طويلة المدة				
اسم التأمين	رقم الهاتف	1.	الاسم	تاريخ الميلاد
العنوان (كما هو في البطاقة الخاصة بك)				
رقم البوليصة	تاريخ بدء البوليصة	3.	تاريخ انتهاء البوليصة	
اسم المشترك	تاريخ ميلاد المشترك	4.	رقم مسلسل المشترك	
صاحب العمل	اسم الاتحاد والرقم المحلي، إذا كان ذلك ممكناً	5.		
3. نوع البوليصة: ☐ علاج ☐ أسنان ☐ الرعاية طويلة المدة				
اسم التأمين	رقم الهاتف	1.	الاسم	تاريخ الميلاد
العنوان (كما هو في البطاقة الخاصة بك)				
رقم البوليصة	تاريخ بدء البوليصة	3.	تاريخ انتهاء البوليصة	
اسم المشترك	تاريخ ميلاد المشترك	4.	رقم مسلسل المشترك	
صاحب العمل	اسم الاتحاد والرقم المحلي، إذا كان ذلك ممكناً	5.		

برنامج دفع القسط	
إذا كنت تتلقى تغطية أبل هيلث أو لديك تأمين صحي خاص وترغب بالحصول على المساعدة حول أقساط التأمين الصحي خاصتك، يرجى الاتصال على 1-800-562-3022 x15473 أو املأ الاستمارة "Application for HCA Premium Payment Program" لمعرفة إذا كنت مؤهلاً لذلك. ويمكنك الحصول على الاستمارة على الشبكة من www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf	
معلومات الحوادث أو الإصابات	
هل تعرضت أنت أو الشخص الذي تقدم بطلب لحادث يحتاج إلى رعاية طبية خلال السنوات الثلاث الماضية؟	تاريخ الحادث
لا ☐ نعم ☐	
هل كان الحادث بسبب:	
☐ سيارة ☐ في العمل ☐ سوء الممارسة ☐ إصابة شخصية في العمل أو بيت أحدهم ☐ منتج معيب ☐ نشاط إجرامي ☐ آخر _____	
إذا اخترت سيارة، يرجى استكمال بقية هذا القسم	
مكان الحادث (شارع/ تقاطع / مدينة / مقاطعة / ولاية)	
هل هناك شركة تأمين مشتركة؟ ☐ نعم ☐ لا	
اسم المؤمن عليه	
اسم التأمين	عنوان التأمين
رقم الاستحقاق	رقم البوليصة
اسم المنظم	رقم هاتف المنظم
أسماء الأشخاص (الشخص) المصابين في حادث (استخدم ورقة إضافية إذا لزم الأمر)	
الإصابات	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
هل هناك محامي مشترك؟ ☐ نعم ☐ لا	
اسم المحامي	رقم هاتف المحامي
عنوان المحامي	
أوافق أنا على الكشف عن أي معلومات ضرورية بشأن تغطية أي وثيقة تأمين أنا المستفيد منها أو الشخص الذي لديه تغطية، وأعهد إلى هيئة الرعاية الصحية بغرض تنسيق فوائد الصحية / الطبية. (WAC 182-503-0540)	
التوقيع	التاريخ