

关于如何使用Apple Health（Medicaid）服务以及私人健康保险来获取医疗服务

问：如果我已经有了私人保险，Apple Health服务还可以帮助我吗？

答：是的。Apple Health服务与您私人保险结合使用会更有帮助。只要您获得Apple Health服务资格，我们就可以帮您支付一部分费用、免赔额以及您私人保险无法支付的其他部分。

问：如果我既有私人保险又有Apple Health服务，我该如何告诉我的医生或其他医疗服务提供者？

答：您最好能去既能接受私人保险又能接受Apple Health服务证（也被称作ProviderOne服务证）及/或Apple Health计划证的医疗服务机构，这点很重要。当您去您的医生或其他医疗服务提供者那里就诊时，应出示您的**所有卡证**，包括私人健康保险卡、Apple Health服务证和医疗计划证（如果您参加了一项托管的照护计划）。

问：如果我的医生或其他医疗服务提供者告诉我他们不接受我的私人医疗保险或医疗服务证，我应该如何办？

答：您应该去找一家既能接受私人保险又接受Apple Health服务证的医疗机构就诊。您可能需要打电话联系您的保险公司，帮您寻找您所在地区的合适医疗机构：

- 如果您的医疗服务提供者不接受Apple Health服务（包括签订了Apple Health服务合同的托管照护计划），那么您需要找一个确定接受它的医疗服务提供者，否则您就要自己支付任何共付金额或抵扣金额。
- 如果您的医疗服务提供者接受Apple Health服务，但不属于您所参加的托管照护计划：
 - 医疗服务提供者可选择向此托管照护计划收取费用；
 - 您可能需要寻找其他的医疗服务提供者；或者
 - 您可以申请将您的托管照护计划更改为您的医疗服务提供者接受的计划。

问：如果我的私人保险不承保某项服务，该如何办？

答：您的医生会首先向您的私人保险收取费用。如果该医疗服务不在私人保险承保范围内，但在Apple Health服务承保范围，医生会向Apple Health服务或托管照护计划收取费用。为确保没有事故发生，请务必带上您的Apple Health服务证和医疗计划证。

问：我需要采取哪些行动，贵部门才能为我支付健康保险费？

答：请打电话与我们联系。我们需要了解关于您健康保险、保险费金额、何时到期，以及是您还是您的雇主支付保险费的信息。一旦获得这些信息，本部就会告诉我们是否可为您支付保险费。

问：如果Apple Health服务可支付的费用与医疗服务提供者的价格之间存在差价，会要求我来支付这个差价吗？

答：不会这样做。当医生或其他医疗服务提供者与Apple Health合作时，他们就已经同意不会向您索要任何差价。如果您收到任何账单，请立即打电话与我们联系。不会要求您支付Apple Health担保范围内的医疗服务。

问：如果我的私人保险终止或发生变化，该如何办？

答：请务必给您的托管照护计划打电话并报告您的私人保险业务发生的任何变化。他们会更新您的文件，只要符合条件，您就可以一直收到苹果提供的医疗服务。

问：如果我有长期医疗（LTC）保险计划，Apple Health还会为我提供医疗服务吗？

答：是的。当您在自己家、生活协助护理院、成人之家或疗养院时，如果您的LTC保险计划无法支付所有费用，Apple Health将帮您支付LTC费用。如果保险直接向您支付，您必须将保险金发送给为您提供护理的机构。

问：如果我符合Apple Health服务的资格，那么为何还要购买LTC保险计划？

答：我们不能保证您将一直符合Apple Health的资格。您可能会有其他收入或资产来源导致您接受服务的资格终止，或者立法机构可能会减少某些项目的资金。如果您取消目前的LTC保险计划，您也许不能再重新加入该计划。如果您去世，LTC保险计划服务也将根据您的财产减少任何义务。

问： **为什么需要我提供社会安全号码？**

答： 以下联邦法律规定，任何申请医疗补助的人都需要提供其社会安全号码（42 USC 132b-7(a)、42 CFR 435.910、42 CFR 435.920 和 42 CFR 457.340(b).）。这些法规帮助我们为您提供精准的医疗补助，如果我们支付金额过多，也可以帮助我们收回多支付的金额。

问： **如果我还有其它问题，该如何办？**

答： 如果您对私人健康保险有任何不明白的问题，请直接打电话向您的保险计划询问。如需获得有关使用服务证和私人保险的其他帮助，请拨打以下电话联系我们。

福利协调免费电话：1-800-562-3022

周一-周五：早7:00 – 下午5:00

医疗保险信息

重要信息：该表格的目的是为了知道您是否已经享有私人健康保险。您可以在拥有私人保险服务的同时享受 Apple Health 服务（Medicaid）。填写完该表格后，请将其装入所附信封，寄回至 Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565。如果对该表格有任何疑问，请致电 1-800-562-3022。

个案当事人姓名	日期	电话号码	出生日期	ACES 个案当事人 ID#
A. 是否享有任何医疗保险服务（包括部队医疗补助）？ ☐ 是 ☐ 否				
B. 是否享有牙科保险？ ☐ 是 ☐ 否				
C. 在过去 12 个月内，是否曾享有医疗或牙科保险？ ☐ 是 ☐ 否				
D. 是否享有长期医疗 (LTC) 保险？ ☐ 是 ☐ 否 如果是，请说明是以下哪种类型： ☐ 疗养院 ☐ 生活协助护理院 ☐ 成人之家 ☐ 家庭护理 ☐ 其他：_____				
若上述任意问题的答案为“是”，请完成以下各个保单的问卷（如有需要，请用附加页）：				
1. 保单类型： ☐ 医疗 ☐ 牙科 ☐ 长期医疗		请列出享受此保单的人（如有需要，请用附加页）		
			姓名	出生日期
保险名称		电话号码	1.	
地址（如证上所示）			2.	
保单号码	保单开始日期	保单结束日期	3.	
投保人姓名	投保人出生日期		4.	
雇主	公会名称与本地号码（如适用）		5.	
2. 保单类型： ☐ 医疗 ☐ 牙科 ☐ 长期医疗		请列出享受此保单的人（如有需要，请用附加页）		
			姓名	出生日期
保险名称		电话号码	1.	
地址（如证上所示）			2.	
保单号码	保单开始日期	保单结束日期	3.	
投保人姓名	投保人出生日期	投保人社保号码	4.	
雇主	公会名称与本地号码（如适用）		5.	
3. 保单类型： ☐ 医疗 ☐ 牙科 ☐ 长期医疗		请列出享受此保单的人（如有需要，请用附加页）		
			姓名	出生日期
保险名称		电话号码	1.	
地址（如证上所示）			2.	
保单号码	保单开始日期	保单结束日期	3.	
投保人姓名	投保人出生日期	投保人社保号码	4.	
雇主	公会名称与本地号码（如适用）		5.	

保险费支付计划		
如果您正在接受 Apple Health 服务，享受私人健康保险，并希望获得健康保险保费的帮助，请拨打 1-800-562-3022 x15473，或完成表格“HCA 保险费支付计划申请表”(HCA 13-705) 以查看您是否符合资格。如需下载表格，请访问 www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf		
事故或受伤信息		
您本人或您为之提出申请者在过去 3 年内是否曾发生过任何需接受治疗事故？ ☐ 是 ☐ 否		事故发生日期
事故是由于： ☐ 机动车 ☐ 工伤 (L&I) ☐ 治疗不当 ☐ 工作中或在他人家中的人身伤害 ☐ 产品缺陷 ☐ 犯罪行为 ☐ 其他：_____		
若您选择机动车，请完成本部分剩余信息		
事故发生地点（街道/十字路口，城市，乡镇，州）		
是否有任何保险公司参与？ ☐ 是 ☐ 否		
投保人姓名		
保险名称	保险地点	
索偿号码	保单号码	
保险理算员姓名	保险理算员电话号码	
事故受伤人员姓名 (如有需要，请用附加页)	受伤	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
是否有律师参与？ ☐ 是 ☐ 否		
律师姓名	律师电话号码	律师地址
本人特此授权，关于本人为获益人或获保人的任何保单，将与之承包范围相关的任何必要信息，告知医疗服务管理局，以实现健康/医疗援助协调的目的。（华盛顿州行政法規 182-503-0540）		
签名	日期	