

چگونگی استفاده از خدمات Apple Health (Medicaid) و بیمه سلامت خصوصی جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی

س: اگر بیمه خصوصی داشته باشم، آیا Apple Health به من کمک خواهد کرد؟

پ: بله. داشتن Apple Health در کنار بیمه خصوصی بسیار به شما کمک خواهد کرد. تا مادامی که واجد شرایط استفاده از Apple Health باشید، پرداخت‌های مشترک و دیداکتیل‌ها و خدماتی که تحت پوشش بیمه‌تان نیست، به شما پرداخت خواهد شد.

س: اگر بیمه خصوصی و Apple Health را با هم داشته باشم آیا به پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات باید اطلاع بدهم؟

پ: حتماً باید به ارائه‌دهنده‌ای مراجعه کنید که هر دو بیمه خصوصی و کارت خدمات Apple Health (که همچنین کارت خدمات ProviderOne نامیده می‌شود) و/یا کارت طرح Apple Health را بپذیرد.

اگر در طرح مراقبت مدیریت‌شده ثبت نام کرده اید، زمان مراجعه به پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات، **تمامی کارت‌ها خود** را از جمله کارت بیمه بهداشت خصوصی، کارت خدمات Apple Health، و کارت طرح سلامت خود را ارائه دهید.

س: در صورت امتناع پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات از پذیرش بیمه خصوصی و کارت خدماتی، چه اقدامی باید انجام بدهم؟

پ: به جستجوی ارائه‌دهنده‌هایی که هر دو بیمه Apple Health و بیمه خصوصی را از شما بپذیرد، پردازید. می‌توانید با شرکت بیمه خود برای یافتن ارائه‌دهنده خدمات در منطقه خود تماس بگیرید؛

- اگر ارائه‌دهنده خدمات Apple Health را نپذیرفت (از جمله طرح‌های قراردادی مراقبت مدیریت‌شده Apple Health)، ارائه‌دهنده‌ای بیابید که Apple Health را بپذیرد، در غیر این صورت خود شما مسئول هرگونه پرداخت مشترک یا داکتیل خواهید بود.
- اگر ارائه‌دهنده خدمات Apple Health را بپذیرد، اما عضو طرح مراقبت مدیریت‌شده ای که شما در آن ثبت نام کرده‌اید، نباشد:
 - o ارائه‌دهنده خدمات می‌تواند بر اساس این طرح مراقبت مدیریت‌شده صورت‌حساب را صادر کند،
 - o ممکن است مجبور شوید ارائه‌دهنده دیگری بیابید، یا
 - o یا ممکن است از شما درخواست شود که طرح مراقبت مدیریت‌شده خود را به طرح مورد پذیرش ارائه‌دهنده خدمات تغییر دهید.

س: اگر بیمه خصوصی من خدماتی را پوشش ندهد چه اتفاقی خواهد افتاد؟

پ: پزشک شما نخست صورت‌حساب را برای بیمه خصوصی‌تان صادر خواهد کرد. اگر خدمات مورد نظر تحت پوشش بیمه شما نیست اما تحت پوشش Apple Health است، صورت‌حساب را جهت پرداخت به نام Apple Health با طرح مراقبت مدیریت‌شده صادر می‌کند. برای جلوگیری از هر مشکلی کارت خدمات Apple Health و کارت طرح سلامت خود را به همراه داشته باشید.

س: اقدامات لازم جهت پرداخت حق بیمه از طرف شما کدام است؟

پ: با تماس بگیرید. به اطلاعاتی درباره‌ی بیمه سلامت شما نیازمندیم، مقدار حق بیمه‌تان، سرسید پرداخت آن و اینکه آیا شما یا کارفرمایان حق بیمه را می‌پردازد. پس از کسب این اطلاعات شما را از امکان پرداخت بیمه از سوی ما آگاه می‌کنیم.

س: آیا ممکن است از من درخواست شود که مابه تفاوت آنچه که Apple Health می‌پردازد و صورت‌حساب ارائه‌دهنده‌ی خدمات را بپردازم؟

پ: خیر. زمانی که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات Apple Health را بپذیرند، با پرداخت از طریق Apple Health موافقت خواهند کرد و مابه تفاوتی از شما دریافت خواهند گرفت. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید، سریعاً با ما تماس بگیرید. نمی‌توانید برای خدمات تحت پوشش Apple Health صورت‌حساب دیگری دریافت کنید.

س: در صورت خاتمه یافتن یا تغییر بیمه خصوصی چه اقدامی باید کرد؟

پ: حتماً با طرح مراقبت مدیریت‌شده تماس بگیرید و هرگونه تغییر در پوشش بیمه خصوصیتان را به اطلاع ایشان برسانید. آنها پرونده‌یتان را به روز کرده و شما همچنان از طریق Apple Health تا مادامی که واجد شرایط باشید مراقبت درمانی دریافت می‌کنید.

س: اگر بیمه مراقبت طولانی‌مدت داشته باشم، آیا Apple Health همچنان به من کمک می‌کند؟

پ: بله. زمانی که در خانه‌ی خودتان باشید، و بیمه طولانی مدت LTC تمامی هزینه‌های تسهیلات زندگی روزانه، مرکز مراقبتی سالمندان، یا تسهیلات پرستاری را نپردازد، Apple Health به شما در پرداخت هزینه‌های LTC کمک می‌کند. اگر بیمه مستقیماً هزینه‌ها را به شما پرداخت کند باید چک‌های بیمه مربوط به تسهیلاتی را که مراقبت‌های پزشکی به شما ارائه داده است، بفرستید.

س: چرا باید بیمه LTC خود را ادامه بدهم اگر واجد شرایط دریافت بیمه Apple Health هستم؟

پ: هیچ تضمینی نیست که شما به طور دائمی واجد شرایط دریافت Apple Health باشید. ممکن است منابع درآمد یا دارایی شما افزایش یابد و باعث شود که دیگر واجد دریافت Apple Health نباشید یا ممکن است که مجلس تأمین وجه برای تعدادی از برنامه‌ها را کاهش بدهد. اگر بیمه LTC را کنسل کنید ممکن است دیگر قادر به استفاده مجدد و بازگرداندن آن نشوید. مزایای بیمه LTC همچنین هر گونه التزام و تعهد علیه اموال شما را پس از مرگ کاهش خواهد داد.

س: چرا باید شماره تأمین اجتماعی داشته باشید؟

پ: طبق قوانین فدرالی هر شخص متقاضی مزایای Medicaid باید یک شماره تأمین اجتماعی ارائه بدهد (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.920, 42 CFR 435.910 و (b) 42 CFR 457.340). چنین مقرراتی به ما کمک می‌کند تا از ارائه صحیح مزایا به شما اطمینان یابیم و در صورت پرداخت اضافی مزایا پول آنرا بازایی کنیم.

س: در صورت وجود سؤالات دیگر پاسخ آنرا چگونه بیابم؟

پ: اگر سؤال دیگر در رابطه با بیمه سلامت خصوصی خود دارید، مستقیماً با طرح خود تماس بگیرید. جهت کمک بیشتر برای استفاده از کارت خدمات خود، با شماره زیر با ما تماس بگیرید.

شماره رایگان هماهنگی مزایا 1-800-562-3022

دوشنبه تا جمعه: 7 صبح تا 5 بعدازظهر

اطلاعات مربوط به پوشش پزشکی				
اطلاعات مهم: هدف فرم حاضر آگاهی از این است که آیا بیمه خصوصی دارید یا خیر. می‌توانید در کنار بیمه خصوصی همچنان تحت پوشش Apple Health (Medicaid) باشید. بعد از تکمیل فرم لطفاً آنرا در پاکت ضمیمه شده به این آدرس بفرستید: Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565 اذا كانت لديك أسئلة حول هذا النموذج، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-562-3022				
نام مشتری	تاریخ	شماره تلفن	تاریخ تولد	شناسه مشتری ACES #
الف. آیا تحت پوشش بیمه پزشکی هستید (از جمله مزایای نظامی) بله ☐ خیر ☐				
ب. آیا تحت پوشش بیمه دندان پزشکی هستید؟ بله ☐ خیر ☐				
پ. آیا در طی 12 ماه گذشته تحت پوشش بیمه پزشکی و دندان پزشکی بوده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐				
ت. آیا بیمه بلند مدت داشته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ اگر بله، تحت پوشش کدام بیمه بوده‌اید؟ پرستاری در خانه ☐ کمک در زندگی روزانه ☐ خانه/مرکز مراقبتی بزرگسالان ☐ مراقبت در داخل خانه ☐ سایر ☐				
چنانچه پاسخ شما برای هر یک از گزینه‌های فوق بله است، لطفاً موارد زیر را برای هر یک از بیمه‌نامه‌ها کامل کنید. (لطفاً در صورت نیاز از برگه اضافی استفاده کنید):				
1. نوع بیمه‌نامه پزشکی ☐ دندان پزشکی ☐		افراد تحت پوشش این بیمه‌نامه را نام ببرید (در صورت نیاز از برگه اضافی استفاده کنید)		
بیمه بلندمدت ☐		نام تاریخ تولد		
نام بیمه		شماره تلفن 1.		
ادرس (بر اساس ادرس درج شده بر روی کارتتان)		2.		
شماره بیمه‌نامه	تاریخ شروع بیمه- نام	3.		
نام مشترک بیمه	تاریخ تولد مشترک بیمه	4.		
کارفرما	نام اتحادیه و شماره محلی، در صورت امکان	5.		
2. نوع بیمه‌نامه پزشکی ☐ دندان پزشکی ☐		افراد تحت پوشش این بیمه‌نامه را نام ببرید (در صورت نیاز از برگه اضافی استفاده کنید)		
بیمه بلندمدت ☐		نام تاریخ تولد		
نام بیمه		شماره تلفن 1.		
ادرس (بر اساس ادرس درج شده بر روی کارتتان)		2.		
شماره بیمه‌نامه	تاریخ شروع بیمه- نام	3.		
نام مشترک بیمه	تاریخ تولد مشترک بیمه	4.		
کارفرما	نام اتحادیه و شماره محلی، در صورت امکان	5.		
3. نوع بیمه‌نامه پزشکی ☐ دندان پزشکی ☐		افراد تحت پوشش این بیمه‌نامه را نام ببرید (در صورت نیاز از برگه اضافی استفاده کنید)		
بیمه بلندمدت ☐		نام تاریخ تولد		
نام بیمه		شماره تلفن 1.		
ادرس (بر اساس ادرس درج شده بر روی کارتتان)		2.		
شماره بیمه‌نامه	تاریخ شروع بیمه- نام	3.		
نام مشترک بیمه	تاریخ تولد مشترک بیمه	4.		
کارفرما	نام اتحادیه و شماره محلی، در صورت امکان	5.		

برنامه پرداخت حق بیمه		
چانه تحت پوشش Apple Health coverage هستید و بیمه خصوصی دارید و مایل به دریافت کمک برای پرداخت حق بیمه خود هستید، لطفاً یا این شماره تماس بگیرید 1-800-562-3022 x15473 و یا فرم "تقاضای برنامه پرداخت حق بیمه HCA (HCA 13-705) را تکمیل کنید تا از واجد شرایط بودن خود مطلع شوید. فرم را می توانید به صورت آنلاین از طریق این لینک دریافت کنید: www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf		
اطلاعات مربوط به تصادف یا جراحت		
آیا شما یا شخصی که برای وی تقاضای دریافت بیمه کرده‌اید در طول سه سال اخیر تصادفی داشته است که نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشد؟ ☐ بله ☐ خیر	تاریخ تصادف	
علت تصادف چه بوده است: اتومبیل ☐ در حین کار (L&I) ☐ سوء رفتار ☐ جراحت شخصی در حین کار یا در خانه شخص دیگر ☐ محصول معیوب ☐ فعالیت‌های جنائی ☐ سایر ☐		
اگر اتومبیل را چک کرده‌اید، لطفاً ادامه این بخش را پر کنید		
محل تصادف (ایالت، شهرستان، شهر، خیابان/ تقاطع)		
آیا در این جریان شرکت بیمه‌ای دخیل بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر		
نام بیمه‌گذار		
نام بیمه	آدرس بیمه	
شماره پرونده	شماره بیمه‌نامه	
کارشناس تعیین خسارت بیمه	شماره کارشناس تعیین خسارت بیمه	
نام افراد آسیب دیده در تصادف (در صورت نیاز از برگ اضافی استفاده کنید)		
جراحات		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
آیا در این جریان وکیلی دخیل بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر		
نام وکیل	شماره تلفن وکیل	آدرس وکیل
بدین وسیله اختیار لازم برای انتشار هرگونه اطلاعات لازم در رابطه با پوشش بیمه‌نامه‌ای را که اینجانب ذینفع آن هستم یا شخصی که مشمول پوشش آن خواهد شد، به Health Care Authority جهت هماهنگی استفاده از مزایای پزشکی/ سلامتی اعطا می‌کنم. (WAC 182-503-0540)		
تاریخ	امضاء	