

Как пользоваться услугами Apple Health (Medicaid) и частной медицинской страховкой для получения медицинского обслуживания

В: Если у меня частная медицинская страховка, могу ли я пользоваться Apple Health?

О: Да. Использование Apple Health наряду с частной медицинской страховкой эффективным решением. Если вы имеете право пользования Apple Health, мы можем вносить доплаты, обеспечивать франшизы и предоставление услуг, которые не покрываются вашей страховкой.

В: Если у меня есть частная медицинская страховка и Apple Health, что мне говорить врачам или прочим поставщикам медицинских услуг?

О: Необходимо, чтобы вы обслуживались у поставщиков медицинских услуг, которые принимают как вашу частную медицинскую страховку, так и Карту обслуживания Apple Health (также называется карта обслуживания ProviderOne), а также/или карту плана Apple Health. Когда вы обращаетесь к врачу или другим лицам/организациям, предоставляющим медицинские услуги, предъявите **все ваши карты** страховки: частную страховку, карту обслуживания Apple Health и карту плана медицинского страхования, если вы являетесь участником плана управляемого медицинского обслуживания.

В: Что делать, если врачи или другие лица/организации, предоставляющие медицинские услуги, утверждают, что они не принимают мою частную страховку или Карту обслуживания?

О: Вам необходимо обратиться к поставщикам медицинских услуг, которые принимают вашу Карту Apple Health и частную медицинскую страховку. Вам может понадобиться позвонить в вашу страховую компанию и запросить помощь в поисках поставщиков по месту жительства;

- Вам рекомендуется обращаться к поставщикам медицинских услуг, которые принимают страховку Apple Health (или страховки по планам управляемого медицинского обслуживания, сотрудничающим на договорной основе с Apple Health); в противном случае вы можете нести ответственность за выплату любых доплат или франшиз.
- Если ваш поставщик медицинских услуг принимает Apple Health, но не входит в сеть поставщиков вашего плана управляемого медицинского обслуживания:
 - Поставщик может выставить счет плану управляемого медицинского обслуживания,
 - Возможно, вам следует обратиться к другому поставщику услуг: или
 - Вы можете перейти из вашего плана управляемого медицинского обслуживания в план, с которым сотрудничает ваш поставщик медицинских услуг.

В: Что произойдет, если частная страховка не оплачивает какую-либо услугу?

О: Сначала ваш врач направит счет в частную страховую компанию. Если услуга не покрывается вашей частной медицинской страховкой, но покрывается Apple Health, врач выставит счет Apple Health или плану управляемого медицинского обслуживания для осуществления оплаты. Во избежание проблем, вам следует всегда иметь с собой карту обслуживания Apple Health и карту вашего плана медицинского обслуживания.

В: Что мне нужно сделать, чтобы вы платили мои страховые взносы по плану медицинского страхования?

О: Позвоните нам. Нам необходима информация в отношении вашего медицинского страхования, размера страховых взносов, даты погашения, а также информация об участии вашего работодателя в выплате ваших взносов. Когда мы получим эту информацию, мы сообщим вам, можем ли мы платить ваши страховые взносы.

В: Нужно ли мне возмещать разницу между суммой, оплачиваемой Apple Health, и суммой счета, выставленного поставщиком медицинских услуг?

О: Нет. Врачи и другие поставщики услуг, работающие с Apple Health, согласны брать за услуги средства, выплачиваемые Apple Health, и не выставят вам счета на разницу. Если вы получите счет, немедленно позвоните нам. Вам не должны выставить счета на услуги, покрываемые Apple Health.

В: Что делать, если действие частной страховки заканчивается или ее условия меняются?

О: Необходимо позвонить в план управляемого медицинского обслуживания и сообщить обо всех изменениях в частном страховом покрытии. Информация в вашем файле будет обновлена, и вы продолжите получать обслуживание по программе Apple Health, пока вы имеете право на участие в программе.

В: Если у меня страховка на долгосрочное медицинское обслуживание, может ли Apple Health помочь мне и в этом случае?

О: Да. Программа Apple Health поможет вам оплатить ваши затраты в связи с долгосрочным медицинским обслуживанием, если вы получаете его на дому, в центре для проживания с предоставлением ухода, в учреждении для семейного проживания или в пансионате с медицинским обслуживанием, если ваша страховка на долгосрочное медицинское обслуживание не покрывает для вас всех сопутствующих затрат. Если страховая компания осуществляет выплаты непосредственно вам, вы должны переадресовывать страховые чеки в учреждение, которое обеспечивает ваше обслуживание.

В: Нужно ли мне также иметь страховку на долгосрочное медицинское обслуживание, если я имею право на обслуживание по программе Apple Health?

О: Нет гарантии, что вы все время будете иметь право на обслуживание по программе Apple Health. Вы можете получать доход из дополнительных источников или ресурсов, который приведет к аннулированию вашего права на участие в этой программе, или же финансирование тех или иных режимов обслуживания в рамках программы может быть урезано в законодательном порядке. Если вы отмените действие страховки на долгосрочное медицинское обслуживание, возможно, вы не сумеете потом восстановить ее действие. Возмещения по страховке на долгосрочное медицинское обслуживание также сократят любые обязательства в отношении вашей собственности в случае вашей смерти.

В: Зачем вам мой номер в системе социального обеспечения?

О: В соответствии с указанными ниже федеральными законами, любое лицо, подающее заявку на участие в программе страхования Medicaid, должно предоставить свой номер в системе социального обслуживания (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 и 42 CFR 457.340(b)). Соответствующие законодательные требования помогают нам контролировать выделение вам необходимых сумм возмещения и возвращать средства в случае переплаты.

В: Что делать, если у меня есть другие вопросы?

О: Если у вас есть вопросы, связанные с частным планом страхования, звоните непосредственно в страховую компанию, которая предоставила вам этот план. Чтобы получить дополнительную помощь в отношении использования вашей Карты обслуживания вместе с планом частного медицинского страхования, позвоните по номеру телефона, указанному ниже.

Координация льгот, БЕСПЛАТНЫЙ НОМЕР 1-800-562-3022
Понедельник - пятница: 7:00 – 17:00

Информация о медицинском страховом покрытии				
ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Цель настоящей формы: получить информацию о наличии у вас частной медицинской страховки. Вы можете иметь частную страховку и иметь право на покрытие по программе Apple Health (Medicaid). Заполнив настоящую форму, верните ее в прилагаемом конверте в адрес: Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565. Если у вас есть вопросы в отношении настоящей формы, позвоните 1-800-562-3022.				
Имя и фамилия клиента	Дата	Номер телефона	Дата рождения	Идентификационный номер ACES клиента
A. У вас есть медицинское страховое покрытие (включая военные льготы)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
B. У вас есть стоматологическое страховое покрытие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
C. У вас было медицинское или стоматологическое страховое покрытие за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
D. У вас есть медицинская страховка на долгосрочное медицинское обслуживание? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет? <i>Если есть, укажите, каким покрытием вы пользуетесь:</i> <input type="checkbox"/> Пансионат с медицинским обслуживанием <input type="checkbox"/> Центр для проживания с предоставлением ухода <input type="checkbox"/> Учреждение для семейного проживания <input type="checkbox"/> Патронажный уход на дому <input type="checkbox"/> Прочее: _____				
Если вы ответили «Да» на любой из перечисленных выше вопросов, заполните следующие разделы для каждого страхового полиса (если необходимо, используйте дополнительные листы):				
1. Тип полиса: <input type="checkbox"/> Медицинское страхование <input type="checkbox"/> Стоматологическое страхование <input type="checkbox"/> Страховка на долгосрочное медицинское обслуживание		Перечислите лиц, на которых распространяется действие настоящего полиса (если необходимо, используйте дополнительные листы)		
Название страховой компании		Номер телефона	Имя и фамилия	Дата рождения
Адрес (указанный на карте)			1.	
Номер полиса	Дата начала действия полиса	Дата окончания действия полиса	2.	
Имя и фамилия подписчика	Дата рождения подписчика		3.	
Работодатель	Название профсоюза и номер местной организации, если применимо		4.	
			5.	
2. Тип полиса: <input type="checkbox"/> Медицинское страхование <input type="checkbox"/> Стоматологическое страхование <input type="checkbox"/> Страховка на долгосрочное медицинское обслуживание		Перечислите лиц, на которых распространяется действие настоящего полиса (если необходимо, используйте дополнительные листы)		
Название страховой компании		Номер телефона	Имя и фамилия	Дата рождения
Адрес (указанный на карте)			1.	
Номер полиса	Дата начала действия полиса	Дата окончания действия полиса	2.	
Имя и фамилия подписчика	Дата рождения подписчика	№ по системе социального обеспечения подписчика:	3.	
Работодатель	Название профсоюза и номер местной организации, если применимо		4.	
			5.	
3. Тип полиса: <input type="checkbox"/> Медицинское страхование <input type="checkbox"/> Стоматологическое страхование <input type="checkbox"/> Страховка на долгосрочное медицинское обслуживание		Перечислите лиц, на которых распространяется действие настоящего полиса (если необходимо, используйте дополнительные листы)		
Название страховой компании		Номер телефона	Имя и фамилия	Дата рождения
Адрес (указанный на карте)			1.	
Номер полиса	Дата начала действия полиса	Дата окончания действия полиса	2.	
Имя и фамилия подписчика	Дата рождения подписчика	№ по системе социального обеспечения подписчика:	3.	
Работодатель	Название профсоюза и номер местной организации, если применимо		4.	
			5.	

Программа оплаты страховых взносов		
<p>Если вы пользуетесь покрытием Apple Health, имеете частную медицинскую страховку и хотели бы получить помощь в отношении выплаты ваших страховых взносов, позвоните по телефону 1-800-562-3022 x15473 или заполните форму «Заявка на участие в программе оплаты страховых взносов» (“Application for HCA Premium Payment Program”) (HCA 13-705), чтобы проверить, имеете ли вы право на участие в этой программе. Форма выложена в Интернете по адресу www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf</p>		
Информация о происшествиях, травмах и повреждениях		
<p>Требовалась ли вам или лицу, в пользу которого вы направляете заявку, помощь по поводу произошедшего в вашей жизни/жизни такого лица несчастного случая за последние 3 года?</p> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Дата происшествия
<p>Являлось ли происшествие следствием следующего/следующим:</p> <input type="checkbox"/> Дорожно-транспортного происшествия <input type="checkbox"/> Выполнения профессиональной деятельности (L&I) <input type="checkbox"/> Преступной халатности <input type="checkbox"/> Травмой, полученной на территории предприятия/дома у третьего лица <input type="checkbox"/> Фальсификации <input type="checkbox"/> Уголовного преступления <input type="checkbox"/> Прочего: _____		
Если вы отметили <u>Дорожно-транспортного происшествия</u>, заполните оставшуюся часть раздела		
Место происшествия (улица/перекресток, город, страна и штат)		
Участвует ли страховая компания? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Имя и фамилия застрахованного лица		
Название страховой компании		Адрес страховой компании
Номер иска		Номер полиса
Имя и фамилия лица, осуществляющего рассмотрение страхового требования		Номер телефона лица, осуществляющего рассмотрение страхового требования
Имя и фамилия лица, пострадавшего в происшествии (если необходимо, используйте дополнительные листы)		Травмы/повреждения
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Участвует ли адвокат? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Имя и фамилия адвоката		Номер телефона адвоката
		Адрес адвоката
Настоящим я разрешаю раскрывать информацию, необходимую в связи с обеспечением покрытия любым страховым полисом, в отношении которого я являюсь держателем или лицом, пользующимся покрытием, Управлению здравоохранения (Health Care Authority) с целью координации льгот, относящихся к здравоохранению/медицинских льгот. (WAC 182-503-0540)		
Подпись		Дата