

Як отримувати медичні послуги Apple Health (Medicaid) та послуги приватного медичного страхування

П: Якщо я маю приватний страховий план, чи я можу звертатися за допомогою до Apple Health?

В: Так. Наявність у вас покриття Apple Health одночасно із вашим планом приватного медичного страхування може стати в нагоді. Якщо ви маєте право на покриття Apple Health, ми можемо робити доплати, сплачувати франшизу та послуги, які не покриває ваш страховий план.

П: Якщо в мене є як приватний страховий план, так і покриття Apple Health, що я маю говорити моїм лікарям або іншим постачальникам медичних послуг?

В: Важливо, щоб ви зверталися до таких постачальників, які прийматимуть як картку учасника приватного страхового плану, так і картку отримувача послуг Apple Health Services Card (має також назву - картка отримувача послуг ProviderOne) та/або вашу картку плану Apple Health. Звертаючись за послугами до вашого лікаря або іншого(-их) постачальника (-ів) медичних послуг, надайте усі ваші картки, включаючи картку приватного страхового плану, вашу картку послуг Apple Health та картку плану медичного обслуговування, якщо ви зареєстровані у плані керованого догляду.

П: Що робити у випадку, коли мої лікарі або інші постачальники послуг відмовляються прийняти мою картку приватного страхового плану або картку послуг (Services Card)?

В: Вам необхідно знайти постачальників, які прийматимуть обидві ваші картки — Apple Health та картку приватного страхового плану. У разі необхідності, ви можете подзвонити до вашої страхової компанії та звернутися по допомогу у пошуку постачальників послуг, доступних у вашому регіоні;

- Якщо ваш постачальник послуг не співпрацює з програмою Apple Health (у тому числі з планами, що співпрацюють із нею на контрактній основі), ви маєте право знайти іншого постачальника, який співпрацює з ними. В іншому випадку, ви можете бути відповідальними за будь-які доплати та сплату франшизи.
- Якщо ваш постачальник послуг співпрацює з планом Apple Health, але не є зареєстрованим у вашому плані керованих медичних послуг:
 - Постачальник послуг може виставити рахунок плану керованого медичного обслуговування,
 - Може виникнути необхідність знайти іншого постачальника послуг; або
 - Ви можете надати запит з метою зміни вашого плану керованого медичного обслуговування на той план, який буде прийнятий вашим постачальником послуг.

П: Що буде у випадку, якщо мій приватний страховий план не надасть покриття для послуги?

В: Спочатку ваш лікар виставить рахунок вашому приватному страховому плану. Якщо послуга не покривається вашим приватним страховим планом, але покривається планом Apple Health, постачальник послуг виставить рахунок плану Apple Health або керованому плану медичного догляду. З метою запобігання будь-яких проблем, завжди майте із собою як картку послуг Apple Health Services Card, так і картку вашого плану страхового медичного обслуговування.

П: Що я маю зробити, щоб мій страховий внесок був сплачений вами?

В: Зателефонуйте нам. Нам знадобиться інформація про ваш страховий план, суму внесків, за потреби, а також про те, хто є платником внесків - ви чи ваш роботодавець. Одразу після того, як ми отримаємо цю інформацію, ми сповістимо вас про те, чи ми будемо сплачувати ваші внески.

П: Чи можуть до мене звернутися з проханням сплатити різницю між сумою, яка буде сплаченою Apple Health, та сумою, вказаною в рахунку мого постачальника послуг?

В: Ні. Якщо лікар та інші постачальники послуг працюють з Apple Health, між ними складається угода про сплату послуг за тарифами програми Apple Health. Ви не будете отримувати рахунки для сплати різниці. Якщо ви отримаєте рахунок, негайно зателефонуйте нам. Виставлення вам будь-яких рахунків на сплату послуг, які мають покриття Apple Health, не передбачається.

П: Що робити у випадку, якщо мій приватний страховий план закінчується або змінюється?

В: У цьому випадку необхідно зателефонувати до вашого плану керованого догляду та сповістити про будь-які зміни у вашому приватному страховому покритті. Працівники плану внесуть зміни до вашого дос'є, і ви й далі будете отримувати медичну допомогу у рамках програми Apple Health доти, доки ви матимете відповідні права.

П: Якщо я маю довгостроковий страховий план (LTC), чи я можу звертатися за допомогою до Apple Health?

В: Так. Apple Health може надати допомогу у сплаті ваших витрат в рамках плану LTC, якщо ви знаходитесь вдома, у спеціально обладнаних місцях проживання, будинку для літніх людей або у закладі з медичним доглядом, у разі, якщо ваш план LTC не покриває всіх витрат. Якщо страховий план надсилає кошти безпосередньо вам, ви повинні висилати чеки до закладу, в якому ви отримуєте допомогу.

П: Чому я маю зберегти мій страховий план LTC, навіть якщо я відповідатиму умовам зарахування у план Apple Health?

В: Немає жодної гарантії, що ви завжди будете мати право на реєстрацію у програмі Apple Health. Ви можете знайти будь-які інші джерела доходу або ресурси, які негативно вплинуть на ваше право участі в програмі, або згідно зі змінами в законодавстві, фінансування для деяких програм може бути скорочене. У разі скасування вашого плану LTC, ви вже не зможете повернутися до нього. Страхові внески LTC також допоможуть зменшити обсяг будь-яких зобов'язань стосовно вашого нерухомого майна після вашої смерті.

П: Навіщо вам потрібен Номер соціального забезпечення?

В: Згідно із федеральними законами (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 та 42 CFR B57.340(b)), кожен, хто подає заявку на пільги Medicaid, повинен надати Номер соціального забезпечення. Ці положення допомагають бути впевненими в тому, що ми надаємо вам пільги у належному обсязі та повернути гроші, у випадку переплати з нашого боку.

П: Що робити, якщо в мене є інші запитання?

В: Якщо у вас є будь-які запитання стосовно вашого приватного страхового плану, зателефонуйте безпосередньо представнику вашого плану. Для отримання додаткової допомоги у вирішенні питань, пов'язаних з використанням вашої картки послуг (Services Card) у рамках вашого приватного страхового плану, телефонуйте нам за номером, наведеним нижче.

БЕЗКОШТОВНА ЛІНІЯ координування пільг 1-800-562-3022

З понеділка по п'ятницю: 7:00 – 17:00

Інформація про надання медичного покриття				
ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ: Мета цієї форми - встановити, чи ви маєте приватний страховий план. Ви можете одночасно бути учасником приватного страхового плану і мати покриття Apple Health (Medicaid). Після заповнення цієї форми поверніть її до Управління охорони здоров'я (Health Care Authority) у конверті, який додається, за адресою: Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565. Якщо у вас є запитання стосовно цієї форми, подзвоніть за номером 1-800-562-3022				
Номер клієнта	Дата	Номер телефону	Дата народження	Ідентифікаційний номер клієнта ACES Client ID#
A. Ви користуєтесь медичним страховим покриттям (у том числі страховими пільгами для військовослужбовців)? Так ☐ Ні ☐				
B. Ви користуєтесь стоматологічним страховим покриттям? Так ☐ Ні ☐				
C. Чи мали ви медичну або стоматологічну страховку впродовж останніх 12 місяців? Так ☐ Ні ☐				
D. Чи маєте ви страховку, яка покриває тривалий медичний догляд (Long Term Care, LTC)? ☐ Так ☐ Ні? <i>Якщо так, вкажіть, яким покриттям ви користуєтесь:</i> ☐ Із проживанням в установі з медсестринським доглядом ☐ Із проживанням у спеціальній установі з доглядом ☐ Із проживанням у домі сімейного типу для дорослих ☐ Із доглядом на дому ☐ Інше: _____				
Якщо, відповідаючи на будь-яке з наведених вище питань, ви вибрали «Так», заповніть наступний розділ для кожного страхового полісу (за необхідності використовуйте додаткові аркуші):				
1. Тип полісу: ☐ медичне страхування ☐ стоматологічне страхування ☐ тривалий догляд			Вкажіть осіб, які покриваються відповідним полісом (якщо необхідно, скористайтеся додатковими аркушами):	
Назва страховки		Номер телефону	Ім'я	Дата народження
Адреса (як зазначено на вашій картці)			1.	
Номер полісу	Термін дії полісу - з:	Термін дії полісу - до:	2.	
Прізвище та ім'я учасника	Дата народження учасника	Номер за системою страхового забезпечення (SSN)	3.	
Роботодавець	Назва та номер відділення профспілки, якщо застосовно		4.	
5.				
2. Тип полісу: ☐ медичне страхування ☐ стоматологічне страхування ☐ тривалий догляд			Вкажіть осіб, які покриваються відповідним полісом (якщо необхідно, скористайтеся додатковими аркушами):	
Назва страховки		Номер телефону	Ім'я	Дата народження
Адреса (як зазначено на вашій картці)			1.	
Номер полісу	Термін дії полісу - з:	Термін дії полісу - до:	2.	
Прізвище та ім'я учасника	Дата народження учасника	Номер за системою страхового забезпечення (SSN)	3.	
Роботодавець	Назва та номер відділення профспілки, якщо застосовно		4.	
5.				
3. Тип полісу: ☐ медичне страхування ☐ стоматологічне страхування ☐ тривалий догляд			Вкажіть осіб, які покриваються відповідним полісом (якщо необхідно, скористайтеся додатковими аркушами):	
Назва страховки		Номер телефону	Ім'я	Дата народження
Адреса (як зазначено на вашій картці)			1.	
Номер полісу	Термін дії полісу - з:	Термін дії полісу - до:	2.	
Прізвище та ім'я учасника	Дата народження учасника	Номер за системою страхового забезпечення (SSN)	3.	
Роботодавець	Назва та номер відділення профспілки, якщо застосовно		4.	
5.				

Програма виплат первинних внесків		
Якщо ви користуєтеся покриттям Apple Health, у вас є приватна медична страховка, та ви хотіли б отримувати допомогу з виплатами страхових внесків, телефонуйте 1-800-562-3022 x15473 або заповніть форму «Заява на участь у програмі допомоги з оплатою страхових внесків Управління охорони здоров'я (HCA)» (Application for HCA Premium Payment Program, HCA 13-705), щоб перевірити, чи маєте ви право на таку допомогу. Форму можна завантажити за посиланням www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf		
Інформація про нещасні випадки та пригоди		
Чи траплялися у вас або у особи, від імені якої ви подаєте заяву, за останні 3 роки нещасні випадки або пригоди, які потребували б медичної допомоги? ☐ Так ☐ Ні		Дата випадку/пригоди
Чи були такі випадки/пригоди пов'язані із: ☐ ДТП ☐ Професійною діяльністю/роботою (L&I) ☐ Професійною некомпетентністю ☐ Це - травма фізичної особи, отримана на роботі або вдома у третьої особи ☐ Кримінальною діяльністю, пов'язаною із підробленням продукції ☐ Інше: _____		
Якщо ви відмітили <u>ДТП</u>, заповніть розділ до кінця		
Місце пригоди (вулиця/перехрестя, місто, округ та штат)		
Чи зверталися ви до страхової компанії? Так ☐ Ні ☐		
Ім'я та прізвище застрахованої особи		
Страховка	Адреса страхової організації	
Номер страхової вимоги	Номер поліса	
Особа, що розглянула вимогу	Номер телефону особи, що розглянула вимогу	
Особа(-и), що зазнали шкоди/отримала травми в результаті нещасного випадку (за потреби скористайтеся додатковими аркушами)		Травми/пошкодження
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Чи було залучено юристів/адвокатів? ☐ Так ☐ Ні		
Юрист/адвокат	Номер телефону	Адреса
Цим дозволяю надавати інформацію, що стосується покриття за будь-яким полісом, яким я користуюся, або у зв'язку з яким отримую страхове покриття, Управлінню охорони здоров'я (Health Care Authority) у цілях координації мого медичного страхового обслуговування. (WAC 182-503-0540)		
Підпис	Дата	