

Cách Thức để sử dụng các dịch vụ Apple Health (Medicaid) và bảo hiểm y tế tư nhân để được chăm sóc sức khỏe

Hỏi: Nếu tôi có bảo hiểm tư nhân, Apple Health sẽ còn trợ giúp tôi không?

Đáp: Có. Việc có Apple Health cùng với bảo hiểm y tế tư nhân của quý vị thực sự trợ giúp. Miễn là quý vị đủ tư cách hưởng Apple Health, chúng tôi có thể thanh toán các khoản đồng chi trả, khoản khấu trừ và dịch vụ mà bảo hiểm y tế của quý vị không bao trả.

Hỏi: Nếu tôi có cả bảo hiểm tư nhân và Apple Health thì tôi sẽ nói gì với các bác sĩ của tôi và những nhà cung cấp dịch vụ y tế khác?

Đáp: Điều quan trọng là quý vị đi đến các nhà cung cấp có thể chấp nhận cả bảo hiểm tư nhân và Thẻ Dịch Vụ Apple Health của quý vị (cũng được gọi là thẻ dịch vụ ProviderOne) và/hoặc thẻ chương trình Apple Health của quý vị.

Khi quý vị đi đến bác sĩ của mình hoặc (các) nhà cung cấp dịch vụ y tế khác, hãy trình tất cả các thẻ của quý vị bao gồm thẻ bảo hiểm y tế tư nhân và thẻ dịch vụ Apple Health và thẻ chương trình sức khỏe của quý vị, nếu quý vị được đăng ký trong một chương trình quản lý chăm sóc.

Hỏi: Tôi nên làm gì nếu các bác sĩ của tôi hoặc những nhà cung cấp dịch vụ khác nói họ sẽ không chấp nhận bảo hiểm tư nhân hoặc Thẻ Dịch Vụ của tôi?

Đáp: Quý vị nên tìm các nhà cung cấp có thể chấp nhận cả Apple Health và bảo hiểm tư nhân của quý vị. Quý vị có thể cần phải gọi công ty bảo hiểm của mình để được trợ giúp tìm các nhà cung cấp trong khu vực của quý vị:

- Nếu nhà cung cấp của quý vị không chấp nhận Apple Health (bao gồm các chương trình quản lý chăm sóc có ký hợp đồng Apple Health), quý vị sẽ muốn tìm một nhà cung cấp chấp nhận, nếu không quý vị có thể chịu trách nhiệm về bất kỳ khoản đồng chi trả hay khoản khấu trừ nào.
- Nếu nhà cung cấp của quý vị chấp nhận Apple Health, nhưng không là một phần của chương trình quản lý chăm sóc mà quý vị được đăng ký thì:
 - Nhà cung cấp có thể chọn gửi hóa đơn cho chương trình quản lý chăm sóc,
 - Quý vị có thể cần tìm một nhà cung cấp khác: hoặc
 - Quý vị có thể yêu cầu đổi chương trình quản lý chăm sóc của quý vị thành một chương trình mà nhà cung cấp của quý vị chấp nhận.

Hỏi: Chuyện gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm tư nhân của tôi không bao trả một dịch vụ?

Đáp: Bác sĩ của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho bảo hiểm tư nhân của quý vị trước tiên. Nếu dịch vụ này không được bao trả bởi công ty bảo hiểm của quý vị nhưng được bao trả bởi Apple Health, họ sẽ gửi hóa đơn cho Apple Health hoặc chương trình quản lý chăm sóc để chi trả. Để bảo đảm không có vấn đề gì xảy ra, hãy luôn chấp nhận Thẻ Dịch Vụ Apple Health của quý vị và thẻ chương trình sức khỏe của quý vị.

Hỏi: Tôi cần phải làm gì để được quý vị chi trả phí bảo hiểm y tế của tôi?

Đáp: Hãy gọi chúng tôi. Chúng tôi sẽ cần thông tin về bảo hiểm y tế, số tiền phí bảo hiểm của quý vị, khi đến hạn và liệu quý vị hoặc sở làm quý vị có chi trả phí bảo hiểm hay không. Ngay khi chúng tôi có thông tin này, chúng tôi sẽ cho quý vị biết nếu chúng tôi có thể chi trả phí bảo hiểm của quý vị.

Hỏi: Tôi sẽ được yêu cầu chi trả khoản chênh lệch giữa những gì Apple Health chi trả và những gì nhà cung cấp của tôi gửi hóa đơn không?

Đáp: Không. Khi các bác sĩ và những nhà cung cấp khác làm việc với Apple Health, họ đồng ý chấp nhận những gì Apple Health chi trả và không gửi hóa đơn cho quý vị về bất kỳ khoản chênh lệch nào. Nếu quý vị nhận được một hóa đơn, hãy gọi cho chúng tôi ngay lập tức. Không thể gửi hóa đơn cho quý vị về một dịch vụ Apple Health đã bao trả.

Hỏi: Chuyện gì sẽ xảy ra nếu bảo hiểm tư nhân của tôi kết thúc hoặc thay đổi?

Đáp: Điều quan trọng là phải gọi cho chương trình quản lý chăm sóc của quý vị và báo cáo bất kỳ thay đổi nào về bao phí bảo hiểm tư nhân của quý vị. Họ sẽ cập nhật hồ sơ của quý vị và quý vị sẽ tiếp tục được chăm sóc y tế thông qua Apple Health miễn là quý vị đủ tư cách.

Hỏi: Nếu tôi có bảo hiểm chăm sóc dài hạn (LTC), Apple Health sẽ còn trợ giúp tôi không?

Đáp: Có. Apple Health có thể giúp chi trả các chi phí LTC của quý vị khi quý vị ở trong nhà riêng của mình, cơ sở trợ giúp sinh sống, nhà tập thể người lớn, hoặc cơ sở điều dưỡng nếu bảo hiểm LTC của quý vị sẽ không chi trả tất cả các chi phí này. Nếu bảo hiểm chi trả cho quý vị trực tiếp thì quý vị phải gửi chi phiếu bảo hiểm đến cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Hỏi: Vì sao tôi nên duy trì bảo hiểm LTC của mình nếu tôi đủ tư cách hưởng Apple Health?

Đáp: Không bảo đảm rằng quý vị sẽ luôn luôn đủ tư cách hưởng Apple Health. Quý vị có thể nhận được thêm các nguồn thu nhập hoặc tài sản mà có thể dẫn đến việc chấm dứt tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc cơ quan lập pháp có thể giảm bớt tài trợ cho một số chương trình. Nếu quý vị hủy bỏ bảo hiểm LTC của mình thì quý vị không thể hội đủ điều kiện để lấy lại nó. Các phúc lợi bảo hiểm LTC cũng sẽ giảm bớt bất kỳ khoản bắt buộc nào đối với tài sản của quý vị khi quý vị qua đời.

Hỏi: **Vì sao quý vị cần một Số An Sinh Xã Hội?**

Đáp: Các luật lệ liên bang này quy định rằng bất kỳ người nào đang nộp đơn xin hưởng các phúc lợi Medicaid phải cung cấp một Số An Sinh Xã Hội (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, và 42 CFR 457.340(b).). Các quy định này trợ giúp chúng tôi bảo đảm rằng chúng tôi cấp cho quý vị đúng số tiền phúc lợi và thu hồi tiền nếu chúng tôi đã chi trả quá mức các phúc lợi.

Hỏi: **Nếu tôi có các thắc mắc khác thì sao?**

Đáp: Nếu quý vị có các thắc mắc về bảo hiểm y tế tư nhân của mình, hãy gọi trực tiếp chương trình của quý vị. Để được trợ giúp thêm việc sử dụng Thẻ Dịch Vụ cùng với bảo hiểm tư nhân của quý vị, hãy gọi chúng tôi theo số dưới đây.

ĐƯỜNG DÂY GỌI MIỄN PHÍ về việc Điều Phối Các Phúc Lợi 1-800-562-3022

Thứ Hai – Thứ Sáu: 7 giờ 00 sáng – 5 giờ 00 chiều

Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế				
THÔNG TIN QUAN TRỌNG: Mục đích của mẫu đơn này là để tìm xem quý vị có bảo hiểm y tế tư nhân hay không. Quý vị có thể có bảo hiểm tư nhân và vẫn còn được bao trả bởi Apple Health (Medicaid). Khi quý vị đã hoàn tất mẫu đơn này, xin gửi lại trong bao thư đính kèm đến Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565. Nếu quý vị có các thắc mắc về mẫu đơn này, xin gọi 1-800-562-3022.				
Tên Thân Chủ	Ngày	Số Điện Thoại	Ngày Sinh	ID Thân Chủ ACES#
A. Quý vị có bao phí bảo hiểm y tế (bao gồm các phúc lợi Quân Đội) không? ☐ Có ☐ Không				
B. Quý vị có bao phí bảo hiểm nha khoa không? ☐ Có ☐ Không				
C. Quý vị đã có bảo hiểm y tế hoặc nha khoa trong 12 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không				
D. Quý vị có bảo hiểm Chăm Sóc Dài Hạn (LTC) không? ☐ Có ☐ Không <i>Nếu có, xin cho biết bảo hiểm nào quý vị có:</i> ☐ Nhà Điều Dưỡng ☐ Trợ Giúp Sinh Sống ☐ Nhà Tập Thể Người Lớn ☐ Chăm Sóc Tại Nhà ☐ Khác:				
Nếu quý vị đã chọn Có cho bất kỳ mục nào trên đây, xin hoàn tất các mục sau đây cho mỗi hợp đồng bảo hiểm (Xin dùng thêm giấy nếu cần):				
1. Loại Hợp Đồng: ☐ Y Tế ☐ Nha Khoa ☐ Chăm Sóc Dài Hạn		Liệt kê ai được bao trả bởi hợp đồng này (dùng thêm giấy nếu cần)		
			Tên	Ngày Sinh
Tên Bảo Hiểm	Số Điện Thoại	1.		
Địa Chỉ (được liệt kê trên thẻ của quý vị)		2.		
Số Hợp Đồng	Ngày Bắt Đầu Hợp Đồng	Ngày Kết Thúc Hợp Đồng	3.	
Tên Người Thụ Hưởng	Ngày Sinh Người Thụ Hưởng		4.	
Sở Làm	Tên Công Đoàn và Số Vùng, Nếu Có		5.	
2. Loại Hợp Đồng: ☐ Y Tế ☐ Nha Khoa ☐ Chăm Sóc Dài Hạn		Liệt kê ai được bao trả bởi hợp đồng này (dùng thêm giấy nếu cần)		
			Tên	Ngày Sinh
Tên Bảo Hiểm	Số Điện Thoại	1.		
Địa Chỉ (được liệt kê trên thẻ của quý vị)		2.		
Số Hợp Đồng	Ngày Bắt Đầu Hợp Đồng	Ngày Kết Thúc Hợp Đồng	3.	
Tên Người Thụ Hưởng	Ngày Sinh Người Thụ Hưởng	SSN Của Người Thụ Hưởng	4.	
Sở Làm	Tên Công Đoàn và Số Vùng, Nếu Có		5.	
3. Loại Hợp Đồng: ☐ Y Tế ☐ Nha Khoa ☐ Chăm Sóc Dài Hạn		Liệt kê ai được bao trả bởi hợp đồng này (dùng thêm giấy nếu cần)		
			Tên	Ngày Sinh
Tên Bảo Hiểm	Số Điện Thoại	1.		
Địa Chỉ (được liệt kê trên thẻ của quý vị)		2.		
Số Hợp Đồng	Ngày Bắt Đầu Hợp Đồng	Ngày Kết Thúc Hợp Đồng	3.	
Tên Người Thụ Hưởng	Ngày Sinh Người Thụ Hưởng	SSN Của Người Thụ Hưởng	4.	
Sở Làm	Tên Công Đoàn và Số Vùng, Nếu Có		5.	

Chương Trình Chi Trả Phí Bảo Hiểm		
Nếu quý vị đang nhận bảo hiểm Apple Health, có bảo hiểm y tế tư nhân và muốn được trợ giúp về phí bảo hiểm y tế của quý vị, xin gọi 1-800-562-3022 x15473 hoặc hoàn tất mẫu đơn, “Đơn Xin Hưởng Chương Trình Chi Trả Phí Bảo Hiểm HCA” (HCA 13-705) để xem quý vị có đủ tư cách hay không. Quý vị có thể tìm thấy mẫu đơn trực tuyến tại www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf		
Thông Tin Tai Nạn hoặc Thương Tích		
Quý vị hoặc người nào quý vị đang nộp đơn xin đã gặp tai nạn bắt buộc phải được chăm sóc y tế trong 3 năm vừa qua không? ☐ Có ☐ Không		Ngày Tai Nạn
Tai nạn đã xảy ra là do: ☐ Xe Ô Tô ☐ Trong Khi Làm Việc (L&I) ☐ Sơ Suất ☐ Thương Tích Cá Nhân ở một Doanh Nghiệp hoặc Nhà Người Khác ☐ Một sản phẩm Hỏng ☐ Hoạt Động Phạm Tội ☐ Khác: _____		
Nếu quý vị đã đánh dấu vào ô xe ô tô, xin hoàn tất phần còn lại của mục này		
Địa Điểm Tai Nạn (Đường/Chỗ Giao Nhau, Thành Phố, Hạt và Tiểu Bang)		
Một công ty bảo hiểm có liên quan không? ☐ Có ☐ Không		
Tên Được Bảo Hiểm		
Tên Bảo Hiểm	Địa Chỉ Bảo Hiểm	
Số Vụ Khiếu Nại	Số Hợp Đồng	
Tên Nhân Viên Xác Định Tổn Thất	Số Điện Thoại Nhân Viên Xác Định Tổn Thất	
Tên của (Các) Cá Nhân Bị Thương trong Tai Nạn (Dùng thêm giấy nếu cần)	Thương Tích	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Một luật sư có liên quan không? ☐ Có ☐ Không		
Tên Luật Sư	Số Điện Thoại Luật Sư	Địa Chỉ Luật Sư
Do đó, tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin nào cần thiết về bảo hiểm của bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào mà tôi là người thụ hưởng hoặc người có bảo hiểm, cho Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe vì mục đích điều phối các phúc lợi sức khỏe/y tế. (WAC 182-503-0540)		
Chữ Ký	Ngày	