

فهم التأمين الطبي الخاص بك

التنقل في تغطية التأمين الخاصة بك

عندما يحتاج لطفلك لرعاية صحية خاصة أو عنده تأخر في النمو أو إعاقة، فمن المهم أن تفهم تغطية التأمين الخاصة بك. نشجعك على معرفة المزيد عن مزايا التأمين الصحي وكيف يمكن استخدام التأمين للمساهمة في تمويل برنامج التدخل المبكر لطفلك. يمكنك استخدام ورقة العمل المرفقة الخاصة بالتحقق من التأمين مع نصائح أكثر تفصيلاً لتجمع هذه المعلومات ولتشاركها مع Family Resources Coordinator (منسق موارد الأسرة، FRC) وفريق التدخل المبكر.



تعرف على خطتك

سيساعدك التعرف على تغطيتك على اتخاذ أفضل القرارات لتلبية احتياجات طفلك. تحتوي خطة التأمين الخاصة بك على وصف موجز للخطة، وهو مستند يلخص تغطيتك ويقدم بعض الإرشادات حول كيفية العثور على مقدمي الخدمات الذين يقبلون تأمينك و/أو في شبكتك. اعتماداً على صاحب العمل ومقدم التأمين، قد يكون هذا مستنداً ورقياً أو معلومات يمكنك قراءتها عبر الإنترنت. للعثور على معلومات حول خطتك، اتصل بقسم العلاقات الإنسانية لصاحب العمل أو معلومات خدمة الأعضاء على بطاقة التأمين الخاصة بك.

أسئلة عامة لطرحها حول خطتك

بالإضافة إلى أساسيات تعلم ما تغطيه خطتك، من المهم التعرف على القواعد المطلوبة للتغطية:

- هل تتطلب خطتك إحالة من طبيبك أو مقدم خدمة آخر لرؤية أخصائي؟
- هل تتطلب خطتك إحالة لرؤية معالج/برنامج معين يقدم خدمات التدخل المبكر (على سبيل المثال، معالج فيزيائي، معالج وظيفي، معالج نطق، أخصائي تغذية)

- كيف تحصل على إحالة؟ زيارة مكتبية؟ إشعار مقدم؟ أخرى؟
- كم عدد زيارات العلاج التي تغطيها خطتي في السنة؟ هل الإحالة تتطلب تجديد؟ هل يمكنك الحصول على موافقة لمزيد من الزيارات عبر الهاتف أم أنك بحاجة إلى تحديد موعد زيارة أخرى مع طبيب الرعاية الأولية؟
- ما المواعيد والاختبارات والإجراءات التي تتطلب تفويضاً مسبقاً؟ هل يمكن للطبيب الحصول على التفويض المسبق أم أنك بحاجة إلى الاتصال بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك مباشرة؟
- هل أنت مطالب باستخدام مقدمي الخدمة الذين قد وافقوا فقط على أن تشملهم الخطة (مقدمو الخدمات داخل الشبكة)؟
- إذا كان بإمكانك أيضاً رؤية الأطباء أو مقدمي الخدمات الطبية الآخرين الذين ليسوا جزءاً من خطتك (تغطية خارج الشبكة)، فما القواعد التي تتضمنها الخطة لرؤية هؤلاء الأطباء أو مقدمي الخدمات الآخرين؟ ما هي تكلفة استخدام مقدم خدمات خارج الشبكة؟
- هل يمكنك رؤية طبيب أو مقدم خدمة آخر ليس ضمن شبكة خطتك في حالة الطوارئ أو أثناء السفر؟ إذا كان الأمر كذلك، فما هي التكلفة بالنسبة لك؟

قم بالتواصل مع:

برنامج Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (قسم الدعم المبكر للأطفال والشباب والعائلات للرضع والأطفال الصغار)

PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | esit@dcyf.wa.gov

www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES



- إذا قال ممثل خدمة العملاء الخاص بك إن خطتك لن تغطي خدمة ما، فلا يزال بإمكانك تقديم مطالبة بالتغطية. ستحتاج إلى الرفض المكتوب إذا كنت تريد متابعة استئناف رسمي.

— إذا قررت تقديم استئناف رسمي، فيجب أن يكون كتابيًا.

■ قد يكون لدى خطتك الصحية نموذج استئناف.

■ إذا لم يكن الأمر كذلك، فإن دليل التغطية سيصف عملية الاستئناف.

■ احتفظ دائمًا بنسخة من استئنافك المكتوب.

- توقع تقديم المعلومات التالية في الاستئناف

— اسمك وعنوانك ورقم هاتفك

— رقم تعريف العضو الخاص بك أو Social Security number (رقم الضمان الاجتماعي)

— نسخ من نماذج Explanation of Benefits (شرح الفوائد،

EOB) واسم مقدم الخدمة الخاص بك ونموذج الفواتير

— وصف الخدمة أو الإجراء الذي تريد تغطيته

— معلومات تدعم سبب تغطية الخدمة

قد تضطر إلى تقديم الاستئناف خلال فترة زمنية محددة. لن يتم النظر في الاستئناف المقدم خارج الفترة الزمنية المسموح بها من قبل الخطة الرعاية الصحية. في بعض الحالات، قد يكون للخطة إجراء خاص للحالات العاجلة.

لمزيد من المعلومات حول لوائح التأمين في ولاية Washington، اتصل بالخط الساخن لمستهلك التأمين على 1-800-562-6900.

لمزيد من المعلومات حول تمويل الرعاية الصحية للأطفال الذين لديهم احتياجات رعاية صحية خاصة أو تأخر في النمو أو إعاقة، اتصل بصوت العائلة في ولاية Washington على الرقم 1-800-5-PARENT.

ضروري طبيًا

حتى إذا كنت تعرف الفوائد التي ستغطيها خطتك الصحية وكيفية عمل الفواتير، فقد لا تزال تواجه مشكلات في تغطية خدمات التدخل المبكر لطفلك. "ضروري طبيًا" هو المصطلح الذي تستخدمه شركات التأمين لتحديد الحاجة الطبية لعلاج أو إجراء معين. يُستخدم هذا التعريف كعامل محدد للدفع مقابل العلاج والإجراءات التي قد يحتاجها طفلك.

يجب عليك دائمًا البحث عن تعريف خطتك للضرورة الطبية؛ أي تعريف للضرورة الطبية له مجال للتفسير. إذا كنت بحاجة إلى إثبات الضرورة الطبية، فيمكن كتابة خطاب بواسطة مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الرعاية الطبية الآخر الذي يطلب الخدمة.

استئناف الرفض

إذا لم تدفع خطتك الصحية مقابل الخدمة أو لم توافق مقدمًا على الخدمة، فلديك خيار الاستئناف على قرار الخطة الصحية. في حين أن FRC أو مقدم الخدمة الخاص بك قد يكون قادرًا على العمل معك ومع خطتك الصحية للحصول على معلومات حول سبب عدم دفع التأمين مقابل الخدمة، فأنت مسؤول عن بدء الاستئناف. المعلومات المتعلقة بعملية الاستئناف الخاصة بخططك الصحية موجودة في دليل التغطية. ستختلف عملية استئناف خطة الرعاية الصحية من خطة صحية إلى خطة صحية، لذا يجب أن تتعرف على العملية في نفس الوقت الذي تقوم فيه بمراجعة التغطية الخاصة بك. سيخبرك نموذج Explanation of Benefits (شرح المزايا، EOB) الخاص بخططك ما إذا كانت الخدمة مغطاة أم لا. لا يتعين على خطتك الصحية تغطية جميع الخدمات لطفلك، ويجب عليك أولاً التحقق من كتيب دليل التغطية للتأكد من أن خطتك تغطي الخدمة المرفوضة. بشكل عام، يمكن اتخاذ الخطوات التالية:

- إذا كنت تعتقد أن الخدمة قد تم رفضها عن طريق الخطأ، فيمكنك الاتصال بخططك عبر الهاتف لمناقشة EOB الخاص بك. هذه عملية مراجعة غير رسمية. تأكد من حصولك كتابيًا على أي نتيجة من المراجعة غير الرسمية حيث لا يمكنك استئناف مكالمات هاتفية.
- احتفظ بسجل لكل مكالمات هاتفية لخطتك مع اسم الشخص الذي تحدثت إليه وملاحظات حول المحادثة. إذا كان ممثل خطة الرعاية الصحية سوف يرد عليك بمعلومات، فتأكد من معرفة متى يمكنك توقع رد معقول ومتابعة الخطة الصحية إذا لم تكن قد تلقيت ردًا.

ورقة العمل الخاصة بالتحقق من التأمين

اسم الطفل: _____ اسم الوالد: _____

DOB الخاص بالطفل: _____ تشخيص الطفل: _____

طبيب الإحالة: _____

معلومات التأمين: يرجى الاتصال بشركة التأمين الخاصة بك وملء هذا النموذج بأفضل طريقة ممكنة. هذه معلومات مفيدة للغاية إذا لم تكن على دراية بتغطيتك.

اسم التأمين: _____ رقم الهاتف: _____

عنوان المطالبات: _____

اسم المؤمن عليه: _____ ID #: _____

الخطة/المجموعة #: _____ تاريخ سريان الوثيقة: _____

عند الاتصال، تأكد من كتابة اسم الشخص الذي تتحدث إليه للرجوع إليه لاحقًا.

جهة الاتصال: _____ التاريخ، وقت الاتصال: _____

قل، "أنا أتصل لتوضيح المزايا والتغطية الخاصة بي لفوائد النمو العصبي." (سوف يسألون عن ID # عضويتك) اطرح أسئلة كافية لإكمال كل المعلومات. سوف تتطلب المعلومات غير المكتملة مكالمات هاتفية أخرى.

هل معالجي/ برنامج El الخاص بي، مدرج في قائمة مقدمي الخدمة المشاركين؟

إذا لم يكن معالجي/برنامج El الذي تختاره ليس في شبكتهم، فاطرح الأسئلة التالية:

"هل تسمح لي بسياستي باختيار معالج نفسي؟"

"هل يمكنني الخروج من شبكتي أو قائمة مقدمي الخدمة؟" (إذا كان الأمر كذلك، "هل تغطيتي مختلفة، وما الفرق؟ هل سيتم محاسبتني على الفرق؟")

ثم أسأل: "ما هو:"

الدفع المشترك الخاص بي: _____ % أو \$ _____ /جلسة. هل الدفع المشترك أو التأمين المشترك في اليوم أم لكل علاج؟

على سبيل المثال، إذا كان طفلك يرى معالجي OT والكلام وكان لديك مبلغ 15 دولارًا مشتركًا، فهل تدين بـ 15 دولارًا لكل علاج فيبلغ الإجمالي 30 دولارًا أو 15 دولارًا فقط في اليوم بغض النظر عن عدد العلاجات التي تراها.

قابل للخصم؟ لا نعم _____ مقدار المبلغ القابل للخصم بالدولار _____ / الأسرة أو الفرد؟

قابل للخصم لكل سنة تقويمية؟ نعم لا _____ المبلغ القابل للخصم الشهري يبدأ: _____

هل تم استيفاء أي مبلغ للخصم لهذا العام؟ نعم لا _____ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو المقدار؟ _____

ما هي مواعيد سنة استحقاق: _____ حتى _____

ما هو الحد الأقصى لمصروفاتي من الجيب؟ _____

ما هو الحد الأقصى في حياتي؟ \$ _____ كم تم استيفاءه حتى الآن؟ \$ _____

هل الحد الأقصى لمدى الحياة لكل أسرة أو لكل فرد؟ _____

كم عدد الزيارات المسموح بها في العام، لكل علاج (اسأل عن جميع العلاجات - Occupational Therapy (العلاج المهني، OT)، و Physical Therapy (العلاج الطبيعي، PT)، و Speech Therapy (علاج النطق، ST) - حتى لو كان طفلك يحتاج إلى واحدة فقط، لذا لن يكون عليك الاتصال مرة أخرى في المستقبل؟) زيارات لـ OT، _____، و PT، _____ والكلام.

