

医疗保险须知

医疗保险的覆盖范围

当您的孩子有特殊的医疗保健需求、发育迟缓或残疾时，了解您的保险覆盖范围是至关重要的。我们建议您详细了解您的健康保险福利，以及如何让保险为您孩子的早期干预计划提供资金。您可以使用随附的保险确认工作表(包含更详细的提示)来收集信息，以便与您的Family Resources Coordinator (家庭资源协调员，FRC)和早期干预团队分享信息。



了解您的保险计划

了解您的保险覆盖范围将帮助您做出最佳决定，以便满足您孩子的需求。您的保险计划中包含一份计划简介书，该简介书总结了您的保险覆盖范围，并指导您如何找到能够为您提供保险业务的保险提供商。不同的雇主和保险提供商提供的信息可能是纸质文件或是在线阅读的文件。如要查找保险计划相关信息，请联系您雇主的人际关系部门或查看保险卡上的会员服务信息。

保险计划常见问题解答

除了了解保险计划覆盖范围的基础知识之外，了解承保规则也很重要：

- 您的保险计划是否规定需要您的医生或其他服务提供商的转诊，您才能去看专科医生？
- 您的保险计划是否规定需要转诊，您才能接受提供早期干预服务的特定治疗师/计划(例如：物理治疗师、职业治疗师、言语治疗师、营养师)

- 您如何获得转诊?科室就诊?预约就诊?其他?
- 保险计划一年内涵盖多少次治疗就诊?获得转诊是否需要续订?您能否通过电话获得更多就诊,或者您是否需要与初级保健医生再次安排就诊?
- 哪些预约、检测和手术需要预先授权?医生是否可以获得预先授权,还是您要直接使用您的健康计划?
- 您是否只能使用已同意承保的保险提供商(网络内保险提供商)?
- 如果您还可以看保险计划未包含的医生或其他医疗服务提供者(不在网络覆盖范围内),那么针对看这些医生或其他服务提供者,该保险计划有哪些规则?使用网络外提供商的费用是多少?
- 在紧急情况或旅行时,您可以去看保险计划网络未包含的医生或其他服务提供者吗?如果可以,费用是多少?

联系方式：

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers Program (儿童、青少年和家庭部婴幼儿早期支持计划)

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

医疗所需

即使您知道您的健康计划涵盖哪些福利以及收费方式,您仍然可能在承保孩子的早期干预服务方面遇到问题。“医疗所需”是保险公司用来确定特定治疗或手术的医疗需求的术语。该术语被用来确定您孩子可能需要的治疗和手术费用。

您应该全面了解您的保险计划对医疗必要性的定义;任何医疗必要性的定义都有可以解释的余地。如果您需要证明医疗必要性,您可以要求您的初级保健提供者或提供服务的其他医疗提供者出具证明。

申请被驳回后提出上诉

如果您的健康计划未支付服务费用或拒绝提前同意某项服务,那么您可以选择对健康计划的决定提出上诉。虽然您的 FRC 或服务提供商能够与您和您的健康计划合作,以获取有关保险为何拒绝支付服务费用的信息,但您有责任提出上诉。在承保书中,您可以找到健康计划上诉流程的相关信息。健康计划上诉流程各有不同,因此您应该在审查承保范围的同时熟悉该流程。您的保险计划的 Explanation of Benefits (福利说明, EOB) 表将告诉您某项服务是否承保。您的健康计划不一定承保您孩子的所有服务,所以您应该首先查看承保书手册,以确保被拒绝的服务在承保范围内。一般来说,您可以采取以下步骤:

- 如果您认为该服务不应被拒绝,您可以通过电话联系您的计划以讨论您的 EOB。这是一个非正式的审查过程。确保您以书面形式获得非正式审核的结果,因为您无法对电话沟通提出上诉。
 - 记录您的每次电话沟通,以及与您通话的人的姓名和通话内容。当健康计划代表表示会给您回复信息,请确保您了解何时会得到回复,并在没有得到回复时,继续跟进。

- 当您的客户服务代表表示您的保险计划不承保某项服务,您仍然可以提交承保索赔。如果您想提出正式上诉,您需要获得书面拒绝。



- 如果您决定提出正式上诉,则必须以书面形式呈现。
 - 您的健康计划可能包含上诉表。
 - 如果没有,承保书描述了上诉过程。
 - 请始终保留一份书面上诉的副本。
- 请在上诉中提供以下信息
 - 您的姓名、地址和电话号码
 - 您的会员身份号码或 Social Security number (社会安全号码)
 - Explanation of Benefits (福利说明, EOB) 表格以及您的提供商的名称和账单表格的副本
 - 您想要承保的服务或手术的描述
 - 支持为何应承保该服务的信息

您可能必须在指定时间内提出上诉。健康计划将不会考虑在有效时间段之外提出的上诉。在某些情况下,该计划可能有针对紧急情况特殊程序。

有关 Washington 州保险法规的更多信息,请拨打保险消费者热线 1-800-562-6900。

有关为有特殊医疗保健需求、发育迟缓或残疾的儿童提供医疗保健融资的更多信息,请致电 1-800-5-PARENT 联系 Washington 州家庭之声。

保险确认工作表

儿童姓名：_____ 家长姓名：_____

儿童的出生日期 (DOB)：_____ 儿童的诊断结果：_____

转诊医师：_____

保险信息：请致电您的保险公司并填写此表格。如果您不熟悉您的承保范围，这是非常有用的信息。

保险名称：_____ 电话号码：_____

理赔地址：_____

被保险人姓名：_____ ID #：_____

计划/组号：_____ 保单生效日期：_____

当您打电话时，请务必记下通话对象的姓名，以供日后参考。

通话对象：_____ 通话日期、时间：_____

请表明：“我打电话是为了澄清我的福利以及神经发育福利的承保范围。”（他们会询问您的会员 ID #）提出问题以收集所有信息。信息不完整将需要再次致电。

我的治疗师 / EI 计划 _____ 是否在参与提供者名单上？

如果您选择的治疗师 / EI 计划不在他们的网络中，请询问以下问题：

“我的保单允许我自己选择治疗师吗？” _____

“我可以选择该网络或提供商列表中没有的治疗师吗？”（如果可以，“我的承保范围是否不同？有何不同？我需要支付差额吗？”）

然后询问：“我需要支付多少”：

自付：_____ % 或 \$ _____ /次治疗。自付或共同保险是每天 还是每次治疗？

例如，如果您的孩子接受 OT 和言语治疗，而您有 15 美元的自付额，那么无论您的孩子接受多少次治疗，您是否需要针对每次治疗支付 15 美元（总共 30 美元），还是每天只支付 15 美元？

免赔额？ 否 是 免赔额 \$ _____ / 家庭或个人？

每个日历年的免赔额？ 是 否 每月免赔额开始时间：_____

今年是否达到了免赔额？ 是 否 如果是，多少钱？ _____

我的保险期限：_____ 至 _____

我的最高自付额是多少？ _____

我的终身保额限制是多少？ \$ _____ 迄今为止已经达到了多少？ \$ _____

终身保额限制是针对家庭还是个人？ _____

每种治疗每年可以覆盖多少次就诊（询问所有治疗 – Occupational Therapy（职业治疗，OT）、Physical Therapy（物理治疗，PT）和 Speech Therapy（言语治疗，ST）– 即使您的孩子只需要一种治疗，这样您就不用以后再次致电询问）？ _____
次 OT 就诊， _____ 次 PT 就诊 _____ 次言语就诊。

迄今为止的福利? 是 否 如果是, 请详述: _____

是否需要获得初级保健提供者的预先授权? 是 否

OT、PT 和言语等特定服务是否需要获得初级保健提供者的预先授权? 是 否

是否需要初级保健提供者的处方吗? 是 否

OT、PT 和言语等特殊服务是否需要初级保健提供者的处方? 是 否

如果是, 请问他们需要什么 (例如: 医疗记录、处方、评估、医疗必要性证明书等) 以便预先授权就诊或给您开处方: _____

授权/处方涵盖多少个疗程: _____

授权/处方有效时间: _____ 至 _____

就诊次数用完后, 还能获得更多就诊次数吗? 是 否

以下代码是否被覆盖?

治疗	代码	是	否

我的保单是否有任何排除条款, 例如“只有因事故、疾病或受伤导致的疾病才承保治疗”? 是 否

如果是, 条款内容是: _____

您将索赔邮寄到哪个地址? _____

***如果您有二级保险单, 请同时填写该保险的另一份表格。

如果您有健康储蓄账户或其他类型的账户来支付必要的医疗服务, 请与您的服务提供商讨论如何将这福利用于早期干预服务。