

آشنایی با بیمه طبی اتان



رهنمایی در خصوص پوشش بیمه ای شما

وقتی که طفل شما نیاز به مراقبت های صحتی خاص دارد، دچار تأخیر در رشد است یا معلولیت دارد، مهم است که با پوشش بیمه خود آشنا باشید. خوب است که در باره مزایای بیمه صحتی خود و نحوه استفاده از بیمه برای کمک به پروگرام مداخله زودهنگام طفلتان بیشتر بدانید. می توانید از کاربرگ تأیید بیمه ضمیمه شده استفاده کنید که حاوی نکات دقیق تر برای جمع آوری این معلومات جهت به اشتراک گذاشتن با Family Resources Coordinator (هماهنگ کننده منابع خانواده) (FRC) و تیم مداخله زودهنگام می باشد.

درباره پلان خود بیاموزید

یادگیری در مورد پوشش بیمه خود به شما کمک می کند تا بهترین تصمیم را برای رفع نیازهای طفلتان بگیرید. پلان بیمه شما دارای خلاصه شرح پلان است، سندی که پوشش شما را خلاصه می کند و رهنمایی هایی را در مورد چگونگی یافتن ارائه دهندگانی که بیمه شما را می پذیرند و/یا در شبکه شما هستند ارائه می دهد. بسته به کارفرما و ارائه دهنده بیمه، این ممکن است یک سند کاغذی یا معلوماتی باشد که می توانید به صورت آنلاین بخوانید. برای یافتن معلومات مربوط به پلان خود، با بخش روابط انسانی کارفرمای خود یا معلومات خدمات عضو در کارت بیمه خود تماس بگیرید.

سوالات رایجی که باید در باره پلان خود پرسان کنید

فراتر از اصول اولیه آشنایی با آنچه پلان شما پوشش می دهد، مهم است که در مورد قوانین مورد نیاز برای پوشش بیاموزید:

- آیا برای مراجعه به متخصص، پلان شما نیاز به ارجاع از دکتر یا سائر ارائه دهندگان خدمات دارد؟
- آیا پلان شما برای مراجعه به یک درمانگر/پروگرام خاص که خدمات مداخله زودهنگام ارائه می کند (به عنوان مثال، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، متخصص تغذیه)، به ارجاع ضرورت دارد؟

- چگونه ارجاع را تهیه می کنید؟ ویزیت معاینه خانه؟ اطلاع قبلی؟ سائر روش ها؟
- پلان من در سال چند ویزیت معالجوی را پوشش می دهد؟ آیا ارجاع نیاز به تمدید دارد؟ آیا می توانید برای ویزیت های بیشتر از طریق تلفون تأییدیه بگیرید یا باید برای یک ویزیت دیگر با دکتر مراقبت های اولیه پلانگذاری کنید؟
- کدام قرار ملاقات ها، تست ها و روش های معالجوی نیاز به پیش مجوز دارند؟ آیا دکتر می تواند پیش مجوز را دریافت کند یا باید مستقیماً با پلان صحت خود تماس بگیرید؟
- آیا شما موظف هستید فقط به ارائه دهندگانی مراجعه کنید که موافقت کرده اند تحت پوشش این پلان باشند (ارائه دهندگان درون شبکه)؟
- اگر می توانید به دکترها یا سائر ارائه دهندگان خدمات طبی که بخشی از پلان شما نیستند (پوشش خارج از شبکه) نیز مراجعه کنید، این پلان چه قوانینی برای ملاقات با این دکترها یا سائر ارائه دهندگان خدمات دارد؟ مراجعه به ارائه دهنده خارج از شبکه چه هزینه ای برای شما خواهد داشت؟
- آیا در مواقع اضطراری یا هنگام مسافرت می توانید به دکتر یا ارائه دهنده خدمات دیگری که در شبکه پلان شما نیست مراجعه کنید؟ اگر بلی، هزینه آن برای شما چقدر خواهد بود؟

راه های تماس:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (اطفال، جوانان و خانواده ها حمایت اولیه از نوزادان

و اطفال نوپا)

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



- اگر نماینده خدمات مراجعین شما می گوید پلان شما خدماتی را پوشش نمی دهد، همچنان می توانید برای پوشش، ادعایی ارسال کنید. اگر می خواهید درخواست تجدیدنظر را بطور رسمی پیش ببرید، به سند کتبی رد خدمات ضرورت دارید.

- اگر تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر رسمی ارائه دهید، این سند باید به صورت کتبی باشد.
- ممکن است پلان صحتی شما، فورم تجدید نظر داشته باشد.
- در غیر این صورت، شواهد پوشش پروسه تجدیدنظر را شرح خواهد داد.
- همیشه یک کاپی از درخواست تجدیدنظر کتبی خود را نگه دارید.
- برای ارائه معلومات ذیل در یک درخواست تجدیدنظر آماده باشید
 - نام، آدرس و شماره تلفون شما
 - شماره شناسایی عضو یا Social Security number (شماره تامین اجتماعی) شما
 - کاپی فورم های Explanation of Benefits (توضیح مزایا) (EOB) و نام ارائه دهنده شما و فورم صورتحساب
 - شرح خدمات یا روش معالجوی که می خواهید پوشش داده شود
 - معلوماتی که نشان می دهد چرا خدمات باید تحت پوشش قرار گیرد
- ممکن است مجبور شوید در یک بازه زمانی مشخص درخواست تجدیدنظر خود را ثبت کنید. درخواست تجدیدنظری که خارج از بازه زمانی مجاز ثبت شود، مورد توجه پلان صحتی قرار نخواهد گرفت. در بعضی مواقع، پلان ممکن است رویه خاصی برای موارد عاجل داشته باشد.
- برای کسب معلومات بیشتر در مورد مقررات بیمه در ایالت Washington، با خط تماس مصرف کننده بیمه به شماره 1-800-562-6900 تماس بگیرید.
- برای کسب معلومات بیشتر در مورد تأمین مالی مراقبت های صحتی برای اطفالی که نیاز به مراقبت های صحتی خاص دارند، دچار تأخیر در رشد هستند یا ناتوانی دارند، با صدای خانواده ایالت Washington به شماره 1-800-5-PARENT تماس بگیرید.

ضرورت طبّی

حتی اگر می دانید که پلان صحتی شما چه مزایایی را پوشش می دهد و صورتحساب چگونه کار می کند، ممکن است همچنان با پوشش خدمات مداخله زودهنگام طفلتان مشکل داشته باشید. «ضرورت طبّی» اصطلاحی است که کمپانی های بیمه برای تعیین نیاز طبّی به یک تداوی یا روش خاص، استفاده می کنند. این تعریف به عنوان یک عامل تعیین کننده پرداخت برای تداوی و روش هایی که ممکن است طفل شما به آن نیاز داشته باشد استفاده می شود.

شما همیشه باید به دنبال تعریف پلان خود از ضرورت طبّی باشید. هر تعریفی از ضرورت طبّی نیاز به تفسیر دارد. اگر نیاز به اثبات ضرورت طبّی دارید، ارائه دهنده مراقبت اولیه شما یا سائر ارائه دهندگان طبّی که درخواست خدمات را دارند، می توانند یک نامه نوشته کنند.

درخواست تجدید نظر در مورد رد خدمات

اگر پلان صحتی شما در ازای خدماتی، پولی پرداخت نکرده است یا از قبل با خدماتی موافقت نمی کند، در این صورت می توانید نسبت به تصمیم پلان صحتی اعتراض کنید. اگرچه FRC یا ارائه دهنده خدمات شما ممکن است بتواند با شما و پلان صحتی اتان در خصوص دریافت معلومات در مورد اینکه چرا بیمه هزینه خدمات را پرداخت نمی کند، همکاری کند، اما شما مسؤول درخواست تجدیدنظر هستید. معلومات مربوط به پروسه تجدید نظر برای پلان صحتی شما در شواهد پوشش موجود است. پروسه درخواست تجدیدنظر پلان صحتی از یک پلان صحتی به پلان دیگر متفاوت است. بنابراین شما باید همزمان با بررسی پوشش خود با این پروسه آشنا شوید. فورم Explanation of Benefits (توضیح مزایا) (EOB) پلان به شما می گوید که آیا خدمات مورد نظرتان تحت پوشش قرار می گیرد یا خیر. پلان صحتی شما موظف نیست همه خدمات را برای طفلتان پوشش دهد و ابتدا باید کتابک شواهد پوشش را بررسی کنید تا مطمئن شوید که پلان شما خدمات رد شده را پوشش می دهد. به طور کلی می توان مراحل ذیل را انجام داد:

- اگر فکر می کنید که این خدمات به اشتباه رد شده است، می توانید از طریق تلفون با پلان خود تماس بگیرید تا در مورد EOB خود صحبت کنید. این یک پروسه بررسی غیررسمی است. مطمئن شوید که نتیجه یک بررسی غیررسمی را به صورت کتبی دریافت کرده اید، زیرا نمی توانید برای تماس تلفونی درخواست تجدید نظر کنید.
- در هر تماس تلفونی با پلان خود، نام شخصی که با او صحبت کرده اید و یادداشت های مکالمه را ثبت کنید. اگر قرار شد نماینده پلان صحتی با شما تماس بگیرد و معلوماتی را به شما بدهد، مطمئن شوید که چه وقت می توانید به طور منطقی جواب را دریافت کنید و اگر پاسخی دریافت نکردید، از پلان صحتی پیگیری کنید.

کاربرگ تأیید بیمه

نام طفل: _____ نام والد: _____

DOB طفل: _____ تشخیص مشکل طفل: _____

داکتر ارجاع دهنده: _____

معلومات بیمه: لطفاً با کمپانی بیمه خود به تماس شوید و این فورم را به بهترین نحو تکمیل کنید. اگر با پوشش خود آشنایی ندارید، این معلومات بسیار مفید است.

نام بیمه: _____ تلفون: _____

آدرس ادعاها: _____

نام بیمه شده: _____ ID #: _____

شماره پلان/گروپ: _____ تاریخ لازم الاجرا شدن بیمه نامه: _____

هنگام تماس، حتماً نام شخصی را که با او صحبت می کنید بنویسید تا بعداً به او مراجعه کنید.

شخص مخاطب: _____ تاریخ، زمان تماس: _____

به طور مثال می گوئید، «من تماس گرفته ام تا در باره مزایا و پوشش خود برای مزایای رشد عصبی پرسان کنم.» (آنها ID # عضو شما را می خواهند) برای تکمیل صحیح معلومات، سؤال پرسان کنید. معلومات ناقص نیاز به یک تماس تلفونی دیگر دارد.

آیا درمانگر/پروگرام EI من، _____، در لیست ارائه دهندگان شرکت کننده است؟

اگر درمانگر/پروگرام EI انتخابی شما در شبکه آنها نیست، این سوالات را پرسان کنید:

«آیا بیمه نامه من به من اجازه می دهد تا درمانگر خود را انتخاب کنم؟» _____

«آیا می توانم به خارج از شبکه خود یا لیست ارائه دهندگان بروم؟» (اگر بلی، «آیا پوشش من متفاوت است و چه تفاوتی دارد؟ آیا برای مابه التفاوت صورتحساب دریافت می کنم؟») _____

سپس بپرسید: «چقدر است»:

پرداخت مشترک: _____ % یا \$ _____ /جلسه. آیا پرداخت مشترک یا بیمه مشترک در روز محاسبه می شود؟ یا در هر معالجه؟

برای مثال، اگر طفل شما به OT و گفتار درمان مراجعه می کند و شما \$15 پرداخت مشترک دارید، آیا به ازای هر معالجه \$15 قرضدار هستید که مجموعاً \$30 است یا فقط \$15 در روز صرف نظر از تعداد جلسات معالجه می پردازید.

کسورات؟ نخیر بلی مبلغ کسورات \$ _____ /خانواده یا فرد؟

کسورات در هر سال تقویمی؟ بلی نخیر کسورات ماهیانه شروع می شود: _____

آیا کسورات برای امسال اعمال شده است؟ بلی نخیر اگر بلی، چقدر؟ _____

تاریخ های سال مزایای من چیست: _____ الی _____

حداکثر هزینه ای که از جیب خود پرداخت می کنم چقدر است؟ _____

حداکثر بیمه عمر من چقدر است؟ \$ _____ تا به امروز چقدر اعمال شده است؟ \$ _____

حداکثر بیمه عمر برای هر خانواده است یا برای هر نفر؟ _____

چه تعداد ویزیت در سال مجاز است، در هر معالجه (در مورد همه معالجه ها پرسان کنید - Occupational Therapy (کاردرمانی) (Physical Therapy)، OT) (فیزیوتراپی) (PT) و Speech Therapy (گفتار درمانی) (ST) - حتی اگر طفل شما فقط به یک مورد نیاز داشته باشد، بنابراین لازم نیست دوباره در آینده تماس بگیرید.)؟ _____

مراجعه برای OT، _____، برای PT، _____، برای گفتار درمانی.

آیا مزایایی تا به امروز استفاده شده؟ بلی نخیر اگر بلی، توضیح دهید: _____

آیا پیش مجوز از ارائه دهنده مراقبت های اولیه من لازم است؟ بله نخیر

آیا پیش مجوز از ارائه دهنده مراقبت های اولیه من برای خدمات خاصی مانند PT، OT، و گفتار درمانی لازم است؟ بلی نخیر

آیا به نسخه ای از ارائه دهنده مراقبت های اولیه من نیاز است؟ بلی نخیر

آیا نسخه ای از ارائه دهنده مراقبت های اولیه من برای خدمات ویژه ای مانند PT، OT، و گفتار درمانی لازم است؟ بلی نخیر

اگر بلی، بپرسید که به چه چیزی ضرورت دارند (مانند سوابق طبی، نسخه، ارزیابی، نامه ضرورت طبی و غیره) تا از قبل اجازه ویزیت را صادر کنند یا به شما نسخه بدهند: _____

مجوز/نسخه چند جلسه را پوشش می دهد: _____

مجوز/نسخه چه دوره های زمانی را پوشش می دهد: _____ الی _____

آیا پس از اتمام ویزیت ها می توانیم ویزیت های بیشتری را تأیید کنیم؟ بلی نخیر

آیا کودهای زیر پوشش داده می شوند؟

معالجه	کود	بلی	خیر

آیا بیمه نامه من دارای بندهای استثنا است؟ مانند «معالجه فقط در صورتی پوشش داده می شود که کسری به دلیل تصادم، مریضی یا جراحی باشد» بلی نخیر

اگر بله، این بند چیست: _____

ادعاهای خود را به چه آدرسی ارسال می کنید؟ _____

***اگر بیمه نامه ثانویه دارید، یکی دیگر از این فورم ها را برای آن بیمه نیز تکمیل کنید.

اگر یک حساب پس انداز صحتی یا نوع دیگری از حساب دارید که هزینه خدمات ضرورت طبی از آن پرداخت می شود، با ارائه دهنده خدمات خود در مورد نحوه استفاده از این مزایا برای خدمات مداخله زودهنگام صحبت کنید.