

# آگاهی از بیمه درمانی شما



## پیمایش در بین مراحل پوشش بیمه

هنگامی که کودکان نیاز مراقبتی بهداشتی خاص، تأخیر در رشد یا ناتوانی دارد، آگاهی از پوشش بیمه‌تان حائز اهمیت است. به شما توصیه می‌شود درباره مزایای بیمه سلامتتان و نحوه استفاده از بیمه برای کمک به تأمین هزینه برنامه مداخله زودهنگام کودکان اطلاعات بیشتری کسب کنید. می‌توانید از «کاربرگ تأییدیه بیمه» پیوست این سند که نکات دقیق‌تری درباره کسب این اطلاعات دارد استفاده کنید و با «Family Resources Coordinator» (FRC)، هماهنگ‌کننده منابع خانواده) و «تیم مداخله زودهنگام» به اشتراک بگذارید.

## درباره طرح خود بدانید

اطلاع از پوشش بیمه‌تان به شما کمک می‌کند برای رفع نیازهایتان بهترین تصمیم را بگیرید. طرح بیمه‌تان شامل یک «شرح مختصر از طرح» می‌باشد که خلاصه‌ای از پوشش شما است و درباره نحوه یافتن ارائه‌دهندگانی که بیمه شما را قبول می‌کنند و/یا در شبکه‌تان هستند راهنمایی می‌دهد. بسته به کارفرمای شما و ارائه‌دهنده بیمه‌تان، سند مذکور ممکن است کاغذی باشد یا اطلاعاتی باشد که می‌توانید آن را به صورت آنلاین مطالعه کنید. برای یافتن اطلاعات درباره طرحتان، با بخش روابط عمومی کارفرمایان تماس بگیرید یا به اطلاعات خدمات عضو روی کارت بیمه مراجعه کنید.

## سوالات کلی که باید درباره طرحتان پرسید

- جدا از اینکه که باید اطلاعات اولیه از موارد تحت پوشش طرحتان را بدانید، اهمیت دارد که از قوانین لازم برای پوشش بیمه مطلع باشید:
- آیا در طرح شما، داشتن معرفی‌نامه از پزشکتان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات برای مراجعه به یک متخصص ضروری است؟
- آیا در طرح شما، داشتن معرفی‌نامه برای مراجعه به یک درمانگر/ برنامه خاص که خدمات مداخله زودهنگام ارائه می‌دهد ضروری است (یعنی فیزیوتراپی، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، متخصص تغذیه)؟

- چگونه معرفی‌نامه دریافت می‌کنید؟ ویزیت در مطب؟ اطلاعیه قبلی؟ سایر؟
- طرح من چند ویزیت درمانی را در سال پوشش می‌دهد؟ آیا معرفی‌نامه نیاز به تمدید دارد؟ آیا می‌توانید برای ویزیت‌های بیشتر به صورت تلفنی تأییدیه بگیرید یا باید برای ویزیت دیگری نزد پزشک مراقبت‌های اولیه نوبت دریافت کنید؟
- چه مواقعی برای نوبت‌ها، آزمایش‌ها و اقدامات پزشکی نیاز به مجوز اولیه است؟ آیا پزشک می‌تواند مجوز اولیه را دریافت کند یا شما باید مستقیماً با طرح سلامت خود تماس بگیرید؟
- آیا شما فقط ملزم به استفاده از ارائه‌دهندگانی هستید که توافق کرده‌اند تحت پوشش این طرح قرار بگیرند (ارائه‌دهندگان درون شبکه)؟
- اگر می‌توانید به پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی که عضو طرحتان نیستند نیز مراجعه کنید (پوشش خارج از شبکه)، طرحتان چه قوانینی برای مراجعه به این پزشک‌ها یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات دارد؟ استفاده از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه چه هزینه‌ای برایتان خواهد داشت؟
- آیا در موارد اورژانسی یا هنگام مسافرت می‌توانید به پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات که عضو شبکه طرحتان نیستند مراجعه کنید؟ اگر امکان‌پذیر است، چه هزینه‌ای برایتان خواهد داشت؟

## با ما تماس بگیرید:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers Program (اداره کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها؛ برنامه حمایت زودهنگام برای نوزادان و کودکان نوپا)  
PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | [esit@dcyf.wa.gov](mailto:esit@dcyf.wa.gov)  
[www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit](http://www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit)



Washington State Department of  
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES



- اگر نماینده خدمات مشتریان بگوید که طرحتان خدمات موردنظر را پوشش نخواهد داد، همچنان می‌توانید برای پوشش‌دهی درخواست دهید. اگر می‌خواهید درخواست تجدیدنظر رسمی داشته باشید، به نامه کتبی رد پوشش نیاز خواهید داشت.

— اگر تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر رسمی تنظیم کنید، باید به‌صورت کتبی انجام گیرد.

- طرح سلامت شما ممکن است یک فرم مخصوص برای درخواست تجدیدنظر داشته باشد.
- اگر ندارد، روند درخواست تجدیدنظر در «کتابچه راهنمای پوشش طرح» شرح داده می‌شود.
- همیشه یک نسخه از درخواست تجدیدنظر کتبی را نزد خود نگه دارید.
- انتظار ارائه اطلاعات زیر را در درخواست تجدیدنظر داشته باشید
  - نام، نشانی و شماره تلفنتان
  - شماره شناسه عضویت یا Social Security Number (شماره تأمین اجتماعی)
  - کپی فرم‌های «Explanation of Benefits» (EOB)، توضیح مزایا) و نام ارائه‌دهنده و فرم صورت‌حساب
  - شرح خدمات یا اقدام پزشکی که می‌خواهید پوشش داده شود
  - اطلاعاتی که لزوم پوشش‌دهی آن خدمات را بیان کند
- شاید نیاز باشد درخواست تجدیدنظر خود را در یک دوره زمانی مشخص ثبت کنید. طرح سلامت درخواست‌های تجدیدنظری را که خارج از دوره زمانی مقرر ثبت شده باشند لحاظ نخواهد کرد. در برخی از موارد، طرح ممکن است روال خاصی برای موارد فوریته داشته باشد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مقررات بیمه در ایالت Washington، با خط اضطراری مشتریان بیمه به شماره 1-800-562-6900 تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره امور مالی مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان دارای نیازهای بهداشتی درمانی خاص، تأخیر در رشد یا دچار ناتوانی، با Family Voices ایالت Washington به شماره 1-800-5-PARENT تماس بگیرید.

## در صورت داشتن ضرورت پزشکی

حتی اگر بدانید که طرح سلامت شما چه مزایایی را پوشش خواهد داد و از نحوه صدور صورت‌حساب آگاه باشید، باز هم ممکن است با مشکلاتی در دریافت خدمات مداخله زودهنگام کودکان که تحت پوشش است روبرو شوید. «دارای ضرورت پزشکی» یک اصطلاح مورد استفاده شرکت‌های بیمه است که نیاز پزشکی برای یک درمان یا اقدام پزشکی خاص را تعیین می‌کند. از این تعریف به‌عنوان عامل تعیین‌کننده در پرداخت هزینه درمان و اقدامات پزشکی احتمالی برای کودکان استفاده می‌شود.

همیشه باید به تعریف طرح خود از ضرورت پزشکی مراجعه کنید؛ هر تعریفی از ضرورت پزشکی جای تفسیر دارد. اگر نیاز به تأیید ضرورت پزشکی دارید، ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی می‌توانند نامه‌ای برای درخواست این خدمات بنویسند.

## درخواست تجدیدنظر در صورت رد پوشش خدمات

اگر طرح سلامت هزینه‌ای بابت یک خدمت پرداخت نکرده است یا موافقت قبلی خود را برای پرداخت هزینه یک خدمت اعلام نمی‌کند، آنگاه این اختیار را دارید که نسبت به تصمیم اتخاذشده از سوی طرح سلامت، درخواست تجدیدنظر دهید. گرچه FRC یا ارائه‌دهنده خدمات شما می‌تواند با همکاری شما و طرح سلامتتان اطلاعاتی درباره دلیل امتناع بیمه از پرداخت هزینه آن خدمات کسب کند، خود شما نسبت به ثبت درخواست تجدیدنظر مسئول هستید. اطلاعات درباره روند درخواست تجدیدنظر برای طرح سلامتتان در «کتابچه راهنمای پوشش طرح» موجود است. روند درخواست تجدیدنظر در هر یک از طرح‌های سلامت متفاوت خواهد بود، بنابراین هنگامی که نکات مربوط به پوشش بیمه‌تان را مرور می‌کنید، باید با روند آن آشنا شوید. فرم «Explanation of Benefits» (EOB)، توضیح مزایا) در طرحتان مشخص می‌کند که کدام خدمات تحت پوشش هستند و کدام خدمات تحت پوشش قرار ندارند. طرح سلامتتان ملزم به پوشش دادن تمام خدمات کودکان نیست و شما ابتدا باید «کتابچه راهنمای پوشش طرح» را بررسی کنید تا مطمئن شوید که خدمت رده‌شده تحت پوشش طرحتان باشد. به‌طور کل، مراحل زیر قابل انجام است:

- اگر فکر می‌کنید خدمات مربوطه به اشتباه رد شده است، می‌توانید تلفنی با طرح خود تماس بگیرید تا درباره EOB صحبت کنید. این کار نوعی روند بازبینی غیررسمی است. دقت کنید که نتیجه بازبینی غیررسمی را به‌صورت کتبی دریافت کنید، زیرا نمی‌توانید برای تماس‌های تلفنی درخواست تجدیدنظر دهید.
- هر تماس تلفنی با طرحتان را همراه با نام شخصی که با او صحبت کردید ثبت کنید و از گفتگویتان یادداشت‌برداری نمایید. اگر نماینده طرح سلامت با اطلاعاتی نزد شما بازگشت، حتماً بفهمید که چه زمانی می‌توانید انتظار دریافت پاسخ داشته باشید و اگر پاسخی دریافت نکردید، موضوع را نزد طرح سلامت پیگیری کنید.

## کاربرگ تأییدیه بیمه

نام کودک: \_\_\_\_\_ نام ولی: \_\_\_\_\_

DOB کودک: \_\_\_\_\_ تشخیص بیماری کودک: \_\_\_\_\_

پزشک ارجاع دهنده: \_\_\_\_\_

اطلاعات بیمه: لطفاً با شرکت بیمه خود تماس بگیرید و این فرم را به بهترین نحو تکمیل کنید. اگر با پوشش بیمه‌تان آشنایی ندارید، این اطلاعات بسیار مفید هستند.

نام بیمه: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

نشانی دعاوی: \_\_\_\_\_

نامه بیمه شده: \_\_\_\_\_ # ID \_\_\_\_\_

شماره طرح/گروه: \_\_\_\_\_ تاریخ اعمال بیمه نامه: \_\_\_\_\_

موقع تماس، یادتان باشد نام شخصی که با صحبت می‌کنید را برای ارجاع بعدی یادداشت کنید.

شخص طرف تماس: \_\_\_\_\_ تاریخ، زمان تماس: \_\_\_\_\_

بگویید، «تماس گرفتم تا مزایا و پوشش خود را برای مزایای مربوط به رشد عصبی مشخص کنم.» (آنها # ID عضویت شما را خواهند پرسید) برای تکمیل تمام اطلاعات، سؤالات کافی پرسید. اطلاعات ناکافی به تماس تلفنی دیگری نیاز خواهد داشت.

آیا درمانگر/برنامه EI من، \_\_\_\_\_ در «فهرست ارائه‌دهندگان عضو» قرار دارد؟

اگر درمانگر/برنامه EI منتخب شما عضو شبکه آنها نیست، آنگاه این سؤالات را پرسید:

«آیا بیمه نامه من اجازه می‌دهد درمانگر خودم را انتخاب کنم؟» \_\_\_\_\_

«آیا می‌توانم به ارائه‌دهنده‌ای در خارج از شبکه یا خارج از فهرست ارائه‌دهندگان مراجعه کنم؟» (در این صورت، «آیا پوشش بیمه من تفاوت دارد و تفاوت آن چیست؟ آیا بابت مابه‌تفاوت آن صورت حسابی برایم صادر می‌شود؟») \_\_\_\_\_

سپس پرسید: «در این موارد چطور»:

مبلغ پرداخت مشترک: \_\_\_\_\_ % یا \$ \_\_\_\_\_ / جلسه. آیا مبلغ پرداخت مشترک یا بیمه مشترک به ازای هر روز  است یا هر درمان؟

برای مثال، اگر کودکان به OT و گفتاردرمانگر مراجعه کند و مبلغ پرداخت مشترک \$15 دلار باشد، آیا \$15 دلار را به‌ازای هر درمان بدهکار می‌شوید که در مجموع \$30 دلار می‌شود، یا فقط \$15 دلار به‌ازای هر روز، فارغ از تعداد درمان‌هایی که به آنها مراجعه کردید.

فرانشیز؟  خیر  بله مبلغ فرانشیز \$ \_\_\_\_\_ دلار/ خانواده یا فرد؟

فرانشیز به‌ازای هر سال تقویمی؟  بله  خیر تاریخ شروع فرانشیز ماهانه: \_\_\_\_\_

آیا در سال جاری مبلغ فرانشیز به سطح خاصی رسیده است؟  بله  خیر اگر بله، چه مبلغی؟ \_\_\_\_\_

تاریخ‌های سال مزایای من چیست: \_\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_

حداکثر هزینه‌هایی که باید از جیب بردارم چقدر است؟ \_\_\_\_\_

حداکثر مزایای بیمه من چقدر است؟ \$ \_\_\_\_\_ دلار. تا تاریخ امروز به چه مبلغی رسیده است؟ \$ \_\_\_\_\_ دلار

آیا حداکثر مزایای بیمه به‌ازای هر خانواده است یا هر شخص؟ \_\_\_\_\_

هر سال چند ویزیت به‌ازای هر درمان مجاز است (دوباره تمام درمان‌ها پرسید – Occupational Therapy (OT)، کاردرمانی)، Physical Therapy (PT)، فیزیوتراپی) و Speech Therapy (ST، گفتاردرمانی) – حتی اگر کودک شما فقط به یکی نیاز داشته باشد، مجبور نخواهید بود دوباره در آینده تماس بگیرید؟ \_\_\_\_\_ ویزیت‌ها برای OT، \_\_\_\_\_، برای PT، \_\_\_\_\_، برای گفتاردرمانی.

آیا از هیچ مزایایی تا تاریخ امروز استفاده شده است؟  بله  خیر اگر بله، توضیح دهید: \_\_\_\_\_

آیا نیاز به دریافت تأییدیه قبلی از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه است؟  بله  خیر

آیا برای خدمات خاص نظیر OT، PT و گفتاردرمانی نیاز به دریافت تأییدیه قبلی از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه است؟  بله  خیر

آیا نیاز به دریافت نسخه از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه است؟  بله  خیر

آیا برای خدمات خاص نظیر OT، PT و گفتاردرمانی نیاز به دریافت نسخه از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه است؟  بله  خیر

اگر بله، بپرسید برای تأیید اولیه ویزیت‌ها یا دادن نسخه به چه چیز نیاز دارند (مثلاً سوابق پزشکی، نسخه، ارزیابی، نامه ضرورت پزشکی و غیره): \_\_\_\_\_

تأییدیه/نسخه چند جلسه را پوشش می‌دهد: \_\_\_\_\_

تأییدیه/نسخه چه دوره‌های زمانی را پوشش خواهد داد: \_\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_

آیا پس از تمام شدن ویزیت‌ها می‌توانیم تأییدیه‌ای برای ویزیت‌های بیشتر دریافت کنیم؟  بله  خیر

آیا کدهای زیر تحت پوشش هستند؟

درمان	کد	بله	خیر

آیا بیمه‌نامه من دارای بندهای استثنا می‌باشد، مثل «درمان فقط در صورتی تحت پوشش است که نقص به دلیل تصادف، بیماری یا صدمه رخ داده باشد»؟  بله  خیر

اگر بله، این بند چیست: \_\_\_\_\_

دعاوی خود را به چه نشانی پست می‌کنید؟ \_\_\_\_\_

\*\*\*اگر دارای بیمه‌نامه ثانویه می‌باشید، یکی دیگر از این فرم‌ها را برای آن بیمه نیز پر کنید.

اگر دارای یک حساب پس‌انداز سلامت یا نوع دیگری از حساب هستید که هزینه خدمات دارای ضرورت پزشکی را می‌پردازد، با ارائه‌دهنده خدمات خود درباره نحوه استفاده از این خدمات برای خدمات مداخله اولیه صحبت کنید.