

ستاسو د طبي بیمې په اړه پوهیدل



ستاسو د بیمې پوښنې ته لوری ښودل

کله چې ستاسو ماشوم ځانگړي روغتيايي پاملرنې ته اړتیا لري، پرمختيايي ځنډ يا معيوبیت، دا مهمه ده چې ستاسو د بیمې پوښنې په اړه پوهه ولرئ. تاسو هڅول کیرئ چې د روغتيايي بیمې د گټو په اړه نور معلومات زده کړئ او دا چې څنگه بیمه ستاسو د ماشوم د لومړني مداخلې برنامې تمويل کې د مرستې لپاره کارول کیدای شي. تاسو کولای شئ د دې معلوماتو د راټولولو لپاره د نورو مفصلو لارښوونو سره ضمیمه شوي د بیمې تصدیق کاري پاڼه وکاروئ ترڅو ستاسو د Family Resources Coordinator (کورنۍ سرچینو همغږي کونکي) (FRC) او له مخکې د مداخلې ټیم سره شریک کړئ.

د خپل پلان په اړه

ستاسو د پوښنې په اړه زده کړه به تاسو سره مرسته وکړي چې ستاسو د ماشوم اړتیاوو پوره کولو لپاره غوره پریکړې وکړئ. ستاسو د بیمې پلان د لنډیز پلان توضیحات لري، یو سند چې ستاسو پوښنې لنډیز کوي او د وړاندیز کونکو موندلو څرنگوالي په اړه ځینې لارښوونې چمتو کوي څوک چې ستاسو بیمه مني او/یا ستاسو په شبکه کې دي. ستاسو د گمارونکي او د بیمې چمتو کونکي پورې اړه لري، دا کیدای شي د کاغذ سند یا معلومات وي چې تاسو یې آنلاین لوستلی شئ. د خپل پلان په اړه د معلوماتو موندلو لپاره، د خپل گمارونکي د بشري اړیکو څانگې یا ستاسو د بیمې کارت کې د غړي خدماتو معلوماتو سره اړیکه ونیسئ.

عمومي پوښنې چې تاسو یې د خپل پلان په اړه پوښتنه وکړئ

- د هغه څه زده کولو اساساتو هاخوا چې ستاسو پلان پوښي، دا مهمه ده چې د پوښنې لپاره اړین مقرراتو په اړه زده کړه وکړئ:
- ایا ستاسو پلان ستاسو د ډاکټر یا بل خدمت چمتو کونکي څخه راجع کولو ته اړتیا لري ترڅو یو متخصص وگوري؟
- ایا ستاسو پلان د یو ځانگړي معالج/برنامه لیدلو لپاره راجع کولو ته اړتیا لري چې د لومړني مداخلې خدمات چمتو کوي (د مثال په توگه فزیکي ډاکټر، حرفوي ډاکټر، د وینا ډاکټر، تغذیه کونکي)

- تاسو څنگه یو راجع کول ترلاسه کوئ؟ د دفتر څخه لیدنه؟ مخکې له مخکې خبرتیا؟ نور؟
- زما پلان په یو کال کې څو د درملنې لیدنې پوښي؟ ایا راجع کول نوي کولو ته اړتیا لري؟ ایا تاسو کولای شئ د تلیفون له لارې د نورو لیدنو لپاره تایید ترلاسه کړئ یا تاسو اړتیا لرئ چې د لومړني پاملرنې ډاکټر سره د بل لیدنې وخت وټاکئ؟
- کوم ملاقاتونه، معاینې او پروسیجرونه مخکې له مخکې اجازه ته اړتیا لري؟ ایا ډاکټر کولای شي مخکې له مخکې اجازه ترلاسه کړي یا تاسو اړتیا لرئ په مستقیم ډول د خپل روغتیا پلان سره اړیکه ونیسئ؟
- ایا تاسو اړتیا لرئ چې یوازې هغه چمتو کونکي وکاروئ چې موافقه یې کړې وي چې د پلان لخوا پوښل شوي (د شبکې چمتو کونکي)؟
- که تاسو کولای شئ ډاکټران یا نور د طبي خدماتو چمتو کونکي هم وگورئ چې ستاسو د پلان برخه نه وي (د شبکې څخه بهر پوښنې)، پلان د دې ډاکټرانو یا نورو خدماتو چمتو کونکو لیدلو لپاره کوم مقررات لري؟ د شبکې څخه بهر چمتو کونکي کارولو لپاره به ستاسو څومره لگښت ولرئ؟
- ایا تاسو کولای شئ یو ډاکټر یا بل خدمت چمتو کونکي وگورئ چې په بیړني حالت کې یا د سفر په وخت کې ستاسو د پلان شبکې کې نه وي؟ که داسې وي، نو لگښت به تاسو ته څومره وي؟

اړیکه:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (د ماشومانو، ځوانانو او کورنیو چارو څانگه د

ماشومانو او کوچنیانو لپاره د لومړنیو مرستو پروگرام)

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



• که ستاسو د پیروونکي خدمت استازی ووايي چې ستاسو پلان به يو خدمت پوښن نه کړي، تاسو بيا هم کولای شئ د پوښن لپاره ادعا وسپارئ. تاسو به ليکلي انکار ته اړتيا ولرئ که تاسو غواړئ رسمي اپيل نه لارښئ.

- که تاسو پريکړه وکړئ چې رسمي غوښتنلیک ثبت کړئ دا باید په لیکلو بڼه وي.
- ستاسو روغتیا پلان کیدای شي د غوښتنلیک فورمه ولري.
- که نه، د پوښن ثبوت به د غوښتنلیک پروسه تشریح کړي.
- تل ستاسو د لیکل شوي غوښتنلیک یوه کاپي وساتئ.
- په غوښتنلیک کې د لاندې معلوماتو چمتو کولو تمه وکړئ
 - ستاسو نوم، پته، او د تیلیفون شمیره
 - ستاسو د غړي د پیژندنې شمیره یا Social Security number (د ټولنیز امنیت شمیره)
 - Explanation of Benefits (د گټو تشریح) (EOB) فورمې او ستاسو د چمتو کونکي نوم او د بلینګ فورمې کاپي
 - د هغه خدمت یا کړنلارې توضیحات چې تاسو یې پوښئ
 - هغه معلومات چې ملاتړ کوي ولې خدمت باید تر پوښن لاندې ونيول شي
- تاسو ممکن د یوې ټاکلې مودې په اوږدو کې خپل غوښتنلیک ثبت کړئ. د اجازه ورکړل شوي مودې څخه بهر ثبت شوي غوښتنلیکونه به د روغتیا پلان لخوا په پام کې ونلري. په ځینو مواردو کې، پلان کیدای شي د بیړنیو قضیو لپاره ځانګړی کړنلاره ولري.
- په Washington ایالت کې د بیمې د مقرراتو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د بیمې مصرف کونکي تلیفون ته په 1-800-562-6900 اړیکه ونیسئ.
- د هغو ماشومانو لپاره د روغتیا پاملرنې تمویل په اړه د نورو معلوماتو لپاره چې ځانګړي روغتیايي پاملرنې ته اړتیا لري، پراختیایي ځنډ، یا معلولیت لري، د Washington ایالت د کورنۍ غړونو ته په 1-800-5-PARENT کې زنگ ووهئ.

له طبي پلوه اړین

حتی که تاسو پوهېږئ چې ستاسو روغتیا پلان به څه گټې پوښي او د بلینګ څنګه کار کوي، تاسو ممکن لاهم د خپل ماشوم د لومړني مداخلې خدماتو پوښن کې ستونزې ولرئ. "له طبي پلوه اړین" هغه اصطلاح ده چې د بیمې شرکتونه د یوې ځانګړې درملنې یا طرز العمل لپاره د طبي اړتیا ټاکلو لپاره کاروي. دا تعریف د درملنې او طرز العملونو لپاره د تادیې ټاکونکي فکتور په توګه کارول کېږي چې ستاسو ماشوم ممکن ورته اړتیا ولري.

تاسو باید تل د طبي اړتیا په اړه د خپل پلان تعریف په لټه کې شئ؛ د طبي اړتیا هر تعریف د تشریح لپاره ځای لري. که تاسو د طبي اړتیا ثابتولو ته اړتیا لرئ، ستاسو د لومړني پاملرنې چمتو کونکي، یا بل طبي چمتو کونکي لخوا یو لیک لیکل کیدی شي چې د خدماتو غوښتنه کوي.

د انکار غوښتنه کول

که ستاسو روغتیا پلان د خدمت لپاره تادیه نه وي کړې یا د خدمت لپاره دمخه موافق نه وي، نو تاسو د روغتیا پلان پریکړې د اپیل کولو اختیار لرئ. په داسې حال کې چې ستاسو FRC یا د خدماتو چمتو کونکي ممکن ستاسو او ستاسو د روغتیا پلان سره کار وکړي تر څو معلومات ترلاسه کړي چې ولې بیمه د خدماتو لپاره پیسې نه ورکوي، تاسو مسؤل یاست چې د اپیل پیل کړئ. ستاسو د روغتیا پلان لپاره د اپیلونو پروسې په اړه معلومات د پوښن په ثبوت کې دي. د روغتیا پلان اپیل پروسه به د روغتیا پلان څخه روغتیايي پلان ته توپیر ولري نو تاسو باید په ورته وخت کې د خپل پوښن بیاکننه کوئ له پروسې سره ځان آشنا کړئ. ستاسو د پلان Explanation of Benefits (د گټو تشریح) (EOB) فورمه به تاسو ته ووايي چې ایا یو خدمت پوښل شوی یا نه. ستاسو د روغتیا پلان باید ستاسو د ماشوم لپاره ټول خدمتونه پوښن نه کړي او تاسو باید لومړی د پوښن د شواهدو کتابچه وګورئ ترڅو ډاډ ترلاسه کړئ چې ستاسو پلان رد شوی خدمت پوښي. په عمومي توګه، لاندې ګامونه پورته کیدی شي:

- که تاسو باور لرئ چې خدمت په غلطۍ کې رد شوی، تاسو کولای شئ د خپل EOB په اړه د خبرو کولو لپاره د تلیفون له لارې خپل پلان سره اړیکه ونیسئ. دا یو غیر رسمي د بیاکننې پروسه ده. ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو د غیر رسمي بیاکننې څخه کومې پایلې په لیکلو کې ترلاسه کوئ ځکه چې تاسو د تلیفون غوښتنې غوښتنه نشئ کولی.
- په خپل پلان کې د هر تلیفون زنگ ریکارډ وساتئ د هغه چا نوم سره چې تاسو ورسره خبرې کړي او د خبرو اترو یادداشتونه. که چېرې د روغتیا پلان استازی بیرته تاسو ته معلومات درکړي، ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو هغه وخت ومومئ کله چې تاسو په معقول ډول د ځواب تمه کولای شئ او د روغتیا پلان تعقیب کړئ که تاسو بیرته نه وي اوریدلی.

د بیمې د تایید کاري پاڼه

د ماشوم نوم: _____ د مور او پلار نوم: _____
د ماشوم DOB: _____ د ماشوم تشخیص: _____

مراجعة کونکی ډاکټر: _____

د بیمې معلومات: مهرباني وکړئ خپل د بیمې شرکت ته زنگ ووهئ او دا فورمه ډکه کړئ تر ټولو غوره چې تاسو یې کولای شئ. دا خورا ګټور معلومات دي که تاسو د خپل پوښښ څخه ناخبر یاست.

د بیمې نوم: _____ تلفون: _____

د ادعا پته: _____

د بیمه شوي نوم: _____ ID #: _____

پلان/ډله #: _____ د پالیسي اغیزمنه نیټه: _____

کله چې تاسو زنگ ووهئ، ډاډ ترلاسه کړئ چې د هغه چا نوم ولیکن چې تاسو ورسره خبرې کوئ د وروسته حوالې لپاره.

د تماس کس: _____ نیټه، د زنگ وهلو وخت: _____

ووايه، "زه د نیورو پرمختیا ګټو لپاره زما د ګټو او پوښښ روښانه کولو لپاره غږ کوم." (دوی به ستاسو د غړیتوب ID # غوښتنه وکړي) د ټولو معلوماتو بشپړولو لپاره کافي پوښتنې وکړئ. نیمګړتیاوې به د بل تلفون غوښتنې ته اړتیا ولري.

ایا زما ډاکټر/ EI/ برنامه، _____ د ګډون کونکي چمتو کونکي لیست کې دی؟

که ستاسو د ډاکټر/ EI/ برنامه د دوی په شبکه کې نه وي، نو بیا دا پوښتنې وپوښتنئ:

"ایا زما پالیسي ما ته اجازه راکوي چې خپل معالج انتخاب کړم؟" _____

"ایا زه کولای شم چې د خپل شبکې یا چمتو کونکي لیست څخه بهر لار شم؟" (که داسې وي، "ایا زما پوښښ توپیر لري، او کوم توپیر؟ ایا زه به د توپیر لپاره پیسې ورکړم؟"

بیا پوښتنه وکړئ: "زما څه دی":

شریک تادیه: _____ % یا \$ _____ / ناسته. ایا هره ورځ تخصیص یا شریک بیمه ده یا د هرې درملنې لپاره؟

د مثال په توګه، که ستاسو ماشوم OT او وینا وګوري او تاسو د \$ 15 co-pay (شریک تادیه) لرئ، ایا تاسو د هرې درملنې لپاره \$ 15 ډالر پوروی یاست چې ټولټال \$ 30 یا یوازې \$ 15 په ورځ کې دي پرته له دې چې تاسو څومره درملنې وګورئ.

د مجرایي وړ؟ نه هو د مجرایي وړ \$ _____ / کورنۍ یا انفرادي مقدار؟

په کال کې د مجرایي وړ؟ هو د میاشتنۍ مجرایي وړ نه پیل کېږي: _____

ایا د دې کال لپاره کوم تخفیف ترلاسه شوی؟ هو نه که هو، څومره؟ _____

زما د ګټو کال لپاره نیټې کومې دي: _____ تر _____

زما د جیب څخه بهر ترټولو اعظمي لګښتونه څومره دي؟ _____

زما د ژوند اعظمي اندازه څومره ده؟ _____ تر دې دمه څومره ډالر پوره شوي؟ \$ _____

ایا د ژوند موده د هرې کورنۍ یا د هر فرد لپاره اعظمي ده؟ _____

په کال کې څومره لیدنو ته اجازه ورکول کېږي، په هره درملنه (د ټولو درملنې په اړه پوښتنه وکړئ - Occupational Therapy (حرفوي درملنه) (OT)، Physical Therapy (فزیکي درملنه) (PT)، او د Speech Therapy (وینا درملنه) (ST) - حتی که ستاسو ماشوم یوازې یو ته اړتیا ولري، نو تاسو اړتیا نلرئ تلفون وکړئ په راتلونکي کې بیا؟) _____

د OT لپاره لیدنه، _____ د PT لپاره، _____ د وینا لپاره.

کومې گټې چې تر نن نیتې پورې کارول کېږي؟ هو نه که هو، تشریح یې کړه: _____

ایا زما د لومړني پاملرنې چمتو کونکي څخه دمخه اجازه ورکول اړین دي؟ هو نه

ایا زما د لومړني پاملرنې چمتو کونکي څخه دمخه اجازه اخيستل د ځانگړو خدماتو لکه OT, PT او وینا لپاره اړین دي؟ هو نه

ایا زما د لومړني پاملرنې چمتو کونکي نسخه ته اړتیا لري؟ هو نه

ایا زما د لومړني پاملرنې چمتو کونکي نسخه د ځانگړو خدماتو لکه OT, PT او وینا لپاره اړین دي؟ هو نه

که هو، پوښتنه وکړئ چې دوی څه ته اړتیا لري (د بیلگې په توگه، طبي ریکارډونه، نسخه، ارزونه، د طبي اړتیا لیک، او داسې نور) د لیدنې دمخه اجازه ورکولو یا تاسو ته نسخه درکړو: _____

د څومره سیشنونه اجازه / نسخه پوښي: _____

کوم وخت به اجازه لیک / نسخه پوښن کړي: _____ تر _____

ایا موږ کولای شو نور لیدنې تایید کړو یوځل چې موږ لیدنې پای ته ورسوو؟ هو نه

ایا لاندې کوډونه تر پوښن لاندې دي؟

درملنه	کوډ	هو	نه

ایا زما پالیسي د استثناء کوم بندونه لري لکه "درملنه به یوازې هغه وخت پوښل شي چې خساره د حادثې، ناروغۍ یا ټپ له امله وي"؟ هو نه

که هو، نو ماده څه ده: _____

تاسو خپلې دعوي په کوم پته لېږئ؟ _____

*** که تاسو د دویمې بیمې پالیسي لری، د دې بیمې لپاره د دې فورمو څخه یوه بله ډکه کړئ.

که تاسو د روغتیا سپما حساب یا بل ډول حساب لری چې د طبي اړتیاو خدماتو لپاره تادیه کوي، د خپل خدمت چمتو کونکي سره خبرې وکړئ چې دا گټې څنگه د مداخلې لومړني خدماتو لپاره کارول کیدای شي.

پاڼه 4

ستاسو د طبي بیمې په اړه پوهیدل

DCYF تبعیض نه کوي او د نژاد، رنگ، جنسیت، مذهب، عقیدې، مدنی حالت، ملي اصل، جنسي تمایل، عمر، تجربه کار حالت، یا د هر ډول فزیکي، حسي شتون په پام کې نیولو پرته د ټولو اشخاصو لپاره خپلو پروگرامونو او خدماتو ته مساوي لاسرسی برابروي، یا ذهني معلولیت.

که چیری تاسو غواړئ چې لدی خپرونې وړیا کاپي په بدیل بڼه یا ژبه کې ولری، مهرباني وکړئ د DCYF Constituent Relations (DCYF اساسي اړیکي سره په) 1-800-723-4831 یا برېښنالیک اړیکه ونیسئ communications@dcyf.wa.gov. DCYF PUBLICATION FS_0034 PA (07-2023) Pashto