

Hiểu về Bảo Hiểm Y Tế của Quý Vị

Điều Hướng Phạm Vi Bảo Hiểm của Quý Vị

Khi con của quý vị có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt, chậm phát triển hoặc khuyết tật, điều quan trọng là phải hiểu phạm vi bảo hiểm của quý vị. Quý vị được khuyến khích tìm hiểu thêm về các quyền lợi bảo hiểm y tế của mình và cách bảo hiểm có thể được sử dụng để đóng góp tài trợ cho chương trình can thiệp sớm cho con của quý vị. Quý vị có thể sử dụng Bảng Tính Xác Minh Bảo Hiểm đính kèm với các mẹo chi tiết hơn để thu thập thông tin này nhằm chia sẻ với Family Resources Coordinator (Điều Phối Viên Nguồn Lực Gia Đình, FRC) và Nhóm Can Thiệp Sớm của mình.



Tìm Hiểu về Chương Trình của Quý Vị

Tìm hiểu về phạm vi bảo hiểm của mình sẽ giúp quý vị đưa ra quyết định tốt nhất để đáp ứng nhu cầu cho chính con của quý vị. Chương trình bảo hiểm của quý vị có Bản Mô Tả Chương Trình Tóm Tắt, một tài liệu tóm tắt phạm vi bảo hiểm đồng thời cung cấp một số hướng dẫn về cách tìm các nhà cung cấp chấp nhận bảo hiểm của quý vị và/hoặc nằm trong mạng lưới của quý vị. Tùy thuộc vào chủ lao động của quý vị và nhà cung cấp bảo hiểm, đây có thể là tài liệu giấy hoặc thông tin mà quý vị có thể đọc trực tuyến. Để tìm thông tin về chương trình của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận quan hệ nhân sự của chủ lao động hoặc thông tin dịch vụ thành viên trên thẻ bảo hiểm của mình.

Các Câu Hỏi Chung để Hỏi về Chương Trình của Quý Vị

Ngoài những kiến thức cơ bản về việc tìm hiểu chương trình bảo hiểm của quý vị gồm những gì, điều quan trọng là phải tìm hiểu về các quy tắc cần thiết để được bảo hiểm:

- Chương trình của quý vị có yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác để gặp bác sĩ chuyên khoa không?
- Chương trình của quý vị có yêu cầu giới thiệu để gặp một chuyên gia trị liệu/chương trình cụ thể cung cấp các dịch vụ can thiệp sớm không (ví dụ: Chuyên Gia Vật Lý Trị Liệu, Chuyên Gia Trị Liệu Nghề Nghiệp, Chuyên Gia Trị Liệu Âm Ngữ, Chuyên Gia Dinh Dưỡng)

- Làm cách nào để quý vị được giới thiệu? Đến văn phòng? Thông báo trước? Khác?
- Chương trình của tôi được bảo hiểm bao nhiêu lần trị liệu trong một năm? Có cần gia hạn giấy giới thiệu không? Quý vị có thể được chấp thuận cho nhiều lần thăm khám hơn qua điện thoại hay cần lên lịch một lần khám khác với bác sĩ chăm sóc chính?
- Những cuộc hẹn, xét nghiệm và thủ tục nào cần có sự cho phép trước? Bác sĩ có thể xin phép trước hay quý vị cần liên hệ trực tiếp với chương trình sức khỏe của mình?
- Có bắt buộc chỉ sử dụng những nhà cung cấp đã đồng ý được chương trình bao trả (nhà cung cấp trong mạng lưới) không?
- Nếu quý vị cũng có thể gặp bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác không thuộc chương trình của mình (bảo hiểm ngoài mạng lưới), thì chương trình có những quy tắc nào đối với việc gặp bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác? Sẽ mất bao nhiêu tiền khi quý vị sử dụng một nhà cung cấp ngoài mạng lưới?
- Quý vị có thể gặp bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác không thuộc mạng lưới chương trình của mình trong trường hợp khẩn cấp hoặc khi đi du lịch không? Nếu có, quý vị sẽ phải trả những chi phí gì?

Liên Hệ:

Chương Trình Early Support for Infants and Toddlers của Department of Children, Youth & Families (Hỗ Trợ Sớm cho Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Chập Chững của Bộ Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên & Gia Đình)
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

Nhu Cầu Y Tế

Ngay cả khi quý vị biết chương trình sức khỏe của mình sẽ bao trả những lợi ích gì và cách tính hóa đơn, quý vị vẫn có thể gặp khó khăn trong việc nhận các dịch vụ can thiệp sớm cho con của mình. “Nhu cầu y tế” là thuật ngữ mà các công ty bảo hiểm sử dụng để xác định nhu cầu y tế đối với một phương pháp điều trị hoặc thủ thuật cụ thể. Định nghĩa này được sử dụng như một yếu tố quyết định thanh toán cho việc điều trị và các thủ thuật mà con của quý vị có thể cần.

Quý vị phải luôn tìm kiếm định nghĩa về nhu cầu y tế trong chương trình của mình; tất cả các định nghĩa về nhu cầu y tế đều có chỗ để giải thích. Nếu quý vị cần chứng minh nhu cầu y tế, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác có thể yêu cầu dịch vụ viết thư.

Khiếu Nại Từ Chối

Nếu chương trình sức khỏe của quý vị chưa thanh toán cho một dịch vụ hoặc sẽ không đồng ý tiến tới một dịch vụ, thì quý vị có quyền kháng cáo quyết định của chương trình sức khỏe đó. Mặc dù FRC hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể làm việc với quý vị và chương trình sức khỏe của quý vị để lấy thông tin về nguyên nhân bảo hiểm không thanh toán cho dịch vụ, nhưng quý vị có trách nhiệm khởi xướng kháng cáo. Thông tin về quy trình kháng cáo cho chương trình sức khỏe của quý vị có trong Chứng Từ Bảo Hiểm. Quy trình kháng cáo chương trình bảo hiểm sức khỏe sẽ khác với các chương trình bảo hiểm sức khỏe, vì vậy quý vị nên tự làm quen với quy trình này cùng lúc với việc xem xét bảo hiểm của mình. Biểu mẫu Explanation of Benefits (Giải Thích Quyền Lợi, EOB) trong chương trình của quý vị sẽ cho quý vị biết liệu một dịch vụ có được bảo hiểm hay không. Chương trình sức khỏe của quý vị không phải chi trả tất cả các dịch vụ cho con của quý vị và trước tiên quý vị nên kiểm tra tập sách Chứng Từ Bảo Hiểm để đảm bảo chương trình của quý vị chi trả cho dịch vụ bị từ chối. Nói chung, có thể thực hiện các bước sau đây:

- Nếu quý vị tin rằng dịch vụ đã bị từ chối do nhầm lẫn, quý vị có thể liên hệ với chương trình của mình qua điện thoại để thảo luận về EOB. Đây là một quá trình xem xét không chính thức. Hãy chắc chắn rằng quý vị nhận được mọi kết quả từ việc xem xét không chính thức bằng văn bản vì quý vị không thể kháng cáo qua điện thoại.
 - Ghi âm lại tất cả các cuộc gọi điện thoại đến chương trình của quý vị với tên của người mà quý vị đã nói chuyện và các ghi chú về cuộc trò chuyện. Nếu đại diện của chương trình sức khỏe sẽ liên hệ lại với quý vị cùng với thông tin, hãy đảm bảo rằng quý vị biết khi nào mình có thể mong đợi câu trả lời một cách hợp lý và theo dõi chương trình sức khỏe nếu quý vị chưa nhận được phản hồi.

- Nếu đại diện dịch vụ khách hàng của quý vị cho biết chương trình của quý vị sẽ không chi trả cho một dịch vụ, quý vị vẫn có thể gửi yêu cầu bảo hiểm. Quý vị sẽ cần văn bản từ chối nếu muốn tiếp tục kháng cáo chính thức.



- Nếu quý vị quyết định nộp đơn kháng cáo chính thức, đơn này phải được lập thành văn bản.
 - Chương trình sức khỏe của quý vị có thể có một mẫu đơn kháng cáo.
 - Nếu không, Chứng Từ Bảo Hiểm sẽ mô tả quy trình kháng cáo.
 - Luôn giữ một bản sao đơn kháng cáo của quý vị.
- Các thông tin sau được yêu cầu cung cấp trong đơn kháng cáo
 - Tên, địa chỉ và số điện thoại của quý vị
 - Số nhận dạng thành viên hoặc Social Security number (số An Sinh Xã Hội) của quý vị
 - Bản sao các biểu mẫu Explanation of Benefits (Giải Thích Quyền Lợi, EOB) và tên nhà cung cấp của quý vị cũng như biểu mẫu thanh toán
 - Mô tả về dịch vụ hoặc phẫu thuật mà quý vị muốn được bảo hiểm
 - Thông tin hỗ trợ giải thích lý do dịch vụ nên được bảo hiểm

Quý vị có thể phải nộp đơn kháng cáo trong một khoảng thời gian nhất định. Các kháng cáo nộp ngoài khoảng thời gian cho phép sẽ không được chương trình sức khỏe xem xét. Trong một số trường hợp, chương trình có thể có một thủ tục đặc biệt cho các trường hợp khẩn cấp.

Để biết thêm thông tin về các quy định Bảo Hiểm tại Tiểu Bang Washington, vui lòng gọi cho Đường Dây Nóng dành cho Khách Hàng Bảo Hiểm theo số 1-800-562-6900.

Để biết thêm thông tin về tài trợ chăm sóc sức khỏe cho trẻ em có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt, chậm phát triển hoặc khuyết tật, vui lòng gọi cho Tiếng Nói Gia Đình của Tiểu Bang Washington theo số 1-800-5-PARENT.

Bảng Xác Minh Bảo Hiểm

Tên của Trẻ: _____ Tên của Cha Mẹ: _____

DOB của trẻ: _____ Chẩn Đoán của Trẻ: _____

Bác Sĩ Giới Thiệu: _____

Thông Tin Bảo Hiểm: *Vui lòng gọi điện cho Công Ty Bảo Hiểm của quý vị và điền vào biểu mẫu này tốt nhất có thể. Đây là thông tin rất hữu ích nếu quý vị không quen với phạm vi bảo hiểm của mình.*

Tên Công Ty Bảo Hiểm: _____ Điện thoại: _____

Địa Chỉ Yêu Cầu: _____

Tên Người được Bảo Hiểm: _____ ID #: _____

Kế Hoạch/Nhóm #: _____ Ngày Hợp Đồng có hiệu lực: _____

Khi gọi, vui lòng viết tên của người mà quý vị trao đổi để tham khảo sau này.

Người Liên Hệ: _____ Ngày, giờ gọi: _____

Nói: "Tôi gọi điện để làm rõ các quyền lợi của mình và phạm vi bảo hiểm cho các quyền lợi phát triển thần kinh." (Họ sẽ hỏi ID # thành viên của quý vị) Đặt đủ câu hỏi để hoàn thành tất cả thông tin. Sẽ phải thực hiện một cuộc gọi điện thoại khác nếu thông tin không đầy đủ.

Chuyên gia trị liệu/Chương Trình EI của tôi, _____, có trong Danh Sách Nhà Cung Cấp Tham Gia không?

Nếu chuyên gia trị liệu/Chương trình EI mà quý vị lựa chọn KHÔNG có trong mạng lưới của họ, thì hãy đặt những câu hỏi sau:

"Hợp đồng của tôi có cho phép tôi chọn nhà trị liệu của riêng mình không?" _____

"Tôi có thể điều trị ngoài mạng lưới của mình hoặc danh sách nhà cung cấp không?" (Nếu có, "Mức độ bảo hiểm của tôi có khác không, và khác ở điểm nào? Tôi có bị tính phí chênh lệch không?") _____

Sau đó hỏi: "Cái gì là của tôi":

Đồng thanh toán: _____ % hoặc \$ _____ /lần. Khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm mỗi ngày hay mỗi liệu pháp?

Ví dụ: nếu con của quý vị thực hiện OT và Âm Ngữ và quý vị có khoản đồng thanh toán \$15, quý vị có nợ \$15 cho mỗi liệu pháp tổng cộng là \$30 hay chỉ \$15 mỗi ngày bất kể quý vị thực hiện bao nhiêu liệu pháp.

Khấu trừ? Không Có Số tiền khấu trừ \$ _____ / gia đình hoặc cá nhân?

Khấu trừ theo năm dương lịch? Có Không Khoản khấu trừ hàng tháng bắt đầu: _____

Có Khoản Khấu Trừ nào đã được đáp ứng cho năm nay không? Có Không Nếu có, bao nhiêu? _____

Các ngày cho năm lợi ích của tôi là: _____ đến _____

Chi phí tối đa mà tôi phải trả là bao nhiêu? _____

Bảo hiểm tối đa của tôi là bao nhiêu? \$ _____ Bao nhiêu đã được đáp ứng cho đến nay? \$ _____

Bảo hiểm tối đa theo gia đình hay theo cá nhân? _____

Số lần thăm khám được phép mỗi năm, mỗi lần trị liệu (hỏi về tất cả các liệu pháp – Occupational Therapy (Trị Liệu Chức Năng, OT), Physical Therapy (Vật Lý Trị Liệu, PT) và Speech Therapy (Trị Liệu Âm Ngữ, ST) – ngay cả khi con quý vị chỉ cần một lần, để quý vị không cần phải hỏi lại trong tương lai)? _____

lượt điều trị cho OT, _____ cho PT, _____ cho Âm Ngữ.

