የጤና እንክብካቤ ለማግኘት የግል የጤና የመድን ዋስትናዎንና የሜዲኬይድ የመታወቂያ ካርድዎን እንዴት መጠቀም እንደሚችሉ።

ጥ፤ የግል የመድን ዋስትና ካለኝ፣ ሜዲኬይድ ሊረዳኝ ይችል ይሆን?

መ፤ አዎ። ከግል የመድን ዋስትናዎ ጋር ሜዲኬይድ መኖሩ በጣም ነው የሚጠቅመ። ለሜዲኬይድ ብቁ እስከ ሆኑ ድረስ፣ የመድን ዋስትናዎ የማይሸፍናቸውን የድርሻ ክፍያዎች፣ ተቀናሽ ገንዘቦችና አገልግሎቶችን እንከፍልልዎታለን።

ጥ፤ **የግል የመድን ዋስትናና ሜዲኬይድ ካለኝ፣ ለሐኪሞቼና ለሌሎች የሕክምና አገልግሎት ሰጪዎች ምን ብዬ መንገር አለበኝ?**

መ፤ የግል የመድን ዋስትናንና ሜዲኬይድን (የሜዲኬይድ የመታወቂያ ካርድ/ኩፖን) ወደ ሚቀበሉ አገልግሎት ሰጪዎች መሂድ በጣም አስፈላጊ ነው። ወደ ሐኪምዎ ወይም ወደ ሌሎች የሕክምና አገልግሎት ሰጪ(ዎች) ሲሄዱ፣ **ሁሉቱንም** የግል የመድን ዋስትናንና የሕክምና የመታወቂያ ካርድዎን ያሳዩ። የግል የመድን ዋስትናዎን እንደሚቀበሉና፣ የሜዲኬይድ የመታወቂያ ካርድዎን ለየክፍያ ድርሻ፣ ለተቀናሽና ለሌሎች በመድን ዋስትናዎ የማይሸፈኑ ወጪዎች መክፈያ እንዲሆን የሚቀበሉ መሆናቸውን ይጠይቁ። አገልግሎት ሰጪዎ የመድን ዋስትናዎንና የሜዲኬይድ ካርድዎን የማይቀበል ከሆነ በሚያገኙት የሕክምና አገልግሎት ምክንያት ለሚደርሱ ወጪዎች እርስዎ ተጠያቂ ይሆናሉ።

ጥ፤ ሐኪሞቼ ወይም ሌሎች አገልግሎት ሰጪዎች የግል የመድን ዋስትናዬን ወይም የሜዲኬይድ ካርዴን አልቀበልም ካሉ ምን ማድረግ አለብኝ?

መ፤ ሜዲኬይንና የግል የመድን ዋስትናዎን የሚቀበሉ አገልግለት ሰጪዎች ጋር መሄድ አለብዎት። በአካባቢዎ የሚገኙትን አገልግሎት ሰጪዎችን ለማግኘት እርዳታ ከፈለጉ ወደ መድን ድርጅትዎ ይደውሉ።

ጥ፤ የግል የመድን ዋስትናዬ አንድን የተወሰነ አገልግሎት የማይሸፍን ከሆነ ምን ይሆናል?

መ፤ ሐኪምዎ፣ በመጀመሪያ የግል የመድን ዋስትናዎን እንዲከፍል ይጠይቀዋል። አገልግሎቱ በየግል የመድን ዋስትናዎ የማይሸፈን ከሆነ ቢሆንም ሜዲኬይድ የሚሸፍነው ከሆነ፣ ቢሉን ወደ ሜዲኬይድ ይልኩታል። ያሆነ ችግር እንዳይከሰት ለማረጋገጥ፣ አገልግሎት ሰጪዎ የሜዲኬይድ ካርድንና የሜዲኬይድ ቢሎችን እንደሚቀበል ያረጋግጡ።

ጥ፤ ወርሐዊ የጤና የመድን ዋስትና ክፍያዬን እንድትከፍሉልኝ ምን ማድረግ አለብኝ?

መ፤ ወደኛ ይደውሉ። የጤና የመድን ዋስትናዎን በተመለከተ፣ የሚከፍሉትን ወርሐዊ የገንዘብ መጠን፣ መቼ እንደሚከፍሉና እርስዎ ወይም አሰሪዎ ወርሐዊ ክፍያውን እንደሚከፍል የሚሉትን መረጃዎችን ማግኘት አለብን።

ጥ፤ ሜዲኬይድ የክፍያ ድርሻዬን (ኮፔይ) ወይም ተቀናሼን (ዲዳክተብል) እንዲከፍልልኝ ምን ማድረግ አለብኝ?

መ፤ የግል የጤና የመድን ዋስትና መረጃዎ ፋይላችን ውስጥ እንዳለ ለማረጋገጥ ይደውሉልን። አራት አሀዝ ያለው የመድን ዋስትና ኮድዎ፣ በሜዲኬይድ ካርድዎ የመድን ዋስትና ረድፉ (Insurance column) ስር ተጽፏል። ይህ መረጃ አገልግሎት ሰጪው ቢሉን ወደ የትኛው የመድን ዋስትና መላክ እንዳለበትና እርስዎ ሜዲኬይድ የሚሸፍናቸው አገልግሎቶችን በሚያገኙበት ወቅት የጋራ ክፍያ ወይም ተቀናሽ ክፍያ እንደማይከፍሉ ይነግሩታል።

ጥ፤ ሜዲኬይድ ከሚከፍለውና የግል የመድን ዋስትናዬ ከሚከፍለው ቢል የቀረውን እኔ መክፈል አለብኝ ወይ?

መ፤ አይ። ሐኪሞችና ሌሎች አገልግሎት ሰጪዎች ከሜዲኬይድ ጋር ለመስራት በሚዋዋሉበት ወቅት፣ ሜዲኬይድ የሚከፍላቸውን ለመውሰድ ብቻ እንጂ ቀሪውን ገንዘብ እርስዎን ላለመስከፈል ይስማማሉ። በማንኛውም ጊዜ ቢል እንዲከፍሉ ከተጠየቁ ወዲያዉኑ ይደውሉልን። ሜዲኬይድ ለሚሸፍነው አገልግሎት እርስዎ መክፈል የለብዎትም።

ጥ፤ የመድን ዋስትናዬ ካበቃ ወይም ከተቀየረሳ?

መ፤ በየመድን ዋስትናዎ ላይ ምንም አይነት ለውጥ ካለ ለኛ መንገሩ በጣም አስፈላጊ ነው። ፋይልዎ ላይ ወቅታዊውን መረጃ በመጻፍ፣ ብቁ እስከ ሆኑ ድረስ በሜዲኬይድ በኩል የሕክምና አገልግሎት ሽፋን ይኖርዎታል።

ጥ፤ **ለረጅም ጊዜ የሚያገለግል እንክብካቤን(long-term care (LTC)) የሚሸፍን የመድን ዋስትና ካለኝ፣ ሜዲኬይድ ይረዳኛል ወይ?**

መ፤ አዎ። እርስዎ እቤትዎ ውስጥ፣ እየተረዱ በሚኖርበት ተቋም፣ ከቤተሰቦች ወይም በነርሲንግ ፋሲሊቲ ውስጥ የሚኖሩ ከሆነና ያልዎት የ LTC የመድን ዋስትና ሁሉንም ወጭ| የማይሸፍን ከሆነ፣ ያልዎትን የ LTC ወጪ ሜዲኬይድ ሊከፍልልዎት ይችላል። የመድን ዋስትናው ገንዘብ በቀጥታ ለእርስዎ የሚከፍልዎ ከሆነ፣ የመድን ዋስትና ቼኮችን ወደ Department of Social and Health Services (DSHS በቀጥታ ይላኩ።

ጥ፤ **ለሜዲኬይድ ብቁ ከሆንኩኝ የ LTC የመድን ዋስትና ለመን እንዲኖረኝ ያስፈልጋል?**

መ፤ ለሜዲኬይድ ብቁ ለመሆንዎ ሁሌ ዋስትና የለም። ተጨማሪ ገቢ ወይም ንብረት በማግኘትዎ ምክንያት ብቁነት ላይኖርዎ ይችላል ወይም ምክር ቤቱ ለንዳንድ ፕሮግራሞች ያለውን በጀት ሊቀንስ ይችላል። የ LTC የመድን ዋስትናዎን ከሰረዙ እንደገና መመለስ ላይችሉ ይችላሉ። የ LTC የመድን ዋስትና እርስዎ ከሞት ከዚህ ዓለም በሚለዩበት ወቅት፣ ባልዎት መሬት ላይ ሊኖር የሚችለውን ዕዳ ይቀንሱልዎታል።

ጥ፤ **ሌሎች ጥያቄዎች ቢኖሩኝስ?**

መ፤ የግል የጤና የመድን ዋስትናዎን በሚመለከት ማንኛውም አይነት ጥያቄ ቢኖርዎ፣ በቀጥታ ወደ ቢሮዋቸው ይደውሉ። የሜዲኬይድዎን ካርድ አጠቃቀም በሚመለከት ተጨማሪ እርዳታ ከፈለጉ፣ ከዚህ በታች ባለው የስልክ ቁጥር ይደውሉልን።

በነጻ የሚያስደውል 1-800-562-6136 የእርዳታ አስተባባሪ (Coordination of Benefits)
ሰኞ- ዓርብ 8:00 a.m. to 4:30 p.m.

Washington State Department of Social & Health Services

MAA Medical Assistance Administration

MEDICAL COVERAGE INFORMATION

የማሕበራዊ አገልግሎቶች ቢሮ (CSO/HCS)	የCSO/HCS ስልክ ቁጥር
የተገልጋይ ስም	የተገልጋይ ስልክ ቁጥር
CLID	ቀን

ትብብር

☐ 1. ከ DCS ድጋፍ፤ አዎ አይ
a. ያስፈልጋል? ☐ ☐
b. ተደርጓል? ☐ ☐

☐ 2. DCS/TPL/ በቂ ምክንያት እንዳለ ተደርሶበታል ☐ ☐

መመሪያዎች፤ እጅግ በጣም አስፈላጊ መረጃ፤ የዚህ ቅጽ ዓላማ እርስዎ የግል የመድን ዋስትናና/ወይም ሜዲኬር እንዳልዎት ለማወቅ ነው። የሜዲኬይድ ሽፋን ካልዎትና ለግል የመድን ዋስትና የሚከፍሉ ከሆኑ፣ ወርሐዊ ክፍያዎን በመክፈል ልናግዝዎት እንችል ይሆናል። ይህንን ቅጽ ሞልተው ከጨረሱ በኋላ፣ ወደ በአከባቢው የሚገኝ የማሕበራዊ አገልግሎት ቢሮ (Community Services Office (CSO/HCS)) ይመልሱ። ተጨማሪ ቦታ ካስፈለግዎ ተጨማሪ ገጽ መጠቀም ይችላሉ። ወርሐዊ የክፍያ ፕሮግራምን በሚመለከት መረጃ ለማግኘት ወይም ይህንን ቅጽ ለመሙላት እርዳታ ከፈለጉ ወደ 1-800-562-6136 ይደውሉ።

A. ሜዲኬር አልዎት ወይ?

☐ አዎ ☐ አይo

አዎ ብለው ከመለሱ፣ ሜዲኬር ያለውን ሰው ስም ይጻፉ	የሜዲኬር የመጠየቂያ ቁጥር
ሜዲኬር ያለውን ሰው ስም	የሜዲኬር የመጠየቂያ ቁጥር

B. የጤና ወይም የጥርስ የመድን ዋስትና አልዎት ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ

ባለፉት 12 ወራት ውስጥ የጤና ወይም የጥርስ የመድን ዋስትና ኖርዎት ያውቃል ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ

ይህም እንደ የግል ዋስትና፣ የትምህርት ቤት ዋስትና፣ የሜዲኬር ሳፕሊመንት፣ ከአሰሪዎ የሚያገኙት የግሩፕ ዋስትና፣ ወዘተ የመሳሰሉ እርስዎ ወይም ሌላ ሰው የሚከፍልላቸውን የመድን ዋስትናዎችን ያጠቃልላል። አዎ ብለው ከመለሱ፣ ከዚህ በታች ያለውን ይሙሉ፤

የጤና ወይም የጥርስ ፖሊሲ ቁጥር 1			የጤና ወይም የጥርስ ፖሊሲ ቁጥር 2		
የመድን ዋስትና ኩባንያ ስም			የመድን ዋስትና ኩባንያ ስም		
የመድን ዋስትና ኩባንያ አድራሻ			የመድን ዋስትና ኩባንያ አድራሻ		
የመድን ዋስትና ኩባንያ ስልክ ቁጥር			የመድን ዋስትና ኩባንያ ስልክ ቁጥር		
የአባል ስም	የአባል ሶሻል ሰኩሪቲ ቁጥር		የአባል ስም	የአባል ሶሻል ሰኩሪቲ ቁጥር	
የፖሊሲ ቁጥር	የግሩፕ ቁጥር		የፖሊሲ ቁጥር	የግሩፕ ቁጥር	
የአሰሪ ስም/የግሩፕ ቁጥር			የአሰሪ ስም/የግሩፕ ቁጥር		
የሰራተኛ ማሕበር ስምና ስልክ ቁጥር			የሰራተኛ ማሕበር ስምና ስልክ ቁጥር		
የአባል የትውልድ ቀን	ፖሊሲው የሚጀምርበት ቀን	ፖሊሲው የሚያበቃበት ቀን	የአባል የትውልድ ቀን	ፖሊሲው የሚጀምርበት ቀን	ፖሊሲው የሚያበቃበት ቀን

በዚህ ፖሊሲ የሚሸፈኑ ሰዎችን ስም ጻፍ፤			በዚህ ፖሊሲ የሚሸፈኑ ሰዎችን ስም ጻፍ፤		
ስም	የሶሻል ሰኩሪቲ ቁጥር	የትውልድ ቀን	ስም	የሶሻል ሰኩሪቲ ቁጥር	የትውልድ ቀን

ፖሊሲዎ የሚሸፍነውን የአገልግሎት አይነት ላይ ምልክት ያድርጉ፤ ☐ ሆስፒታል ተኝቶ ሕክምና ☐ የነርሲንግ ሆም እንክብካቤ ☐ እየተመላለሱ ሕክምና ☐ የጥርስ ህክምና ☐ በሐኪም የታዘዙ መድሃኒቶች/ቁሳቁሶች ☐ አካላዊ ነክ አገልግሎቶች ☐ መነጽር/የዓይን ህክምና ☐ ሌላ (አምቡላንስ፣ ቴራፒ፣ ካይሮፕራክቲክ፣ ወዘተ)	ፖሊሲዎ የሚሸፍነውን የአገልግሎት አይነት ላይ ምልክት ያድርጉ፤ ☐ ሆስፒታል ተኝቶ ሕክምና ☐ የነርሲንግ ሆም እንክብካቤ ☐ እየተመላለሱ ሕክምና ☐ የጥርስ ህክምና ☐ በሐኪም የታዘዙ መድሃኒቶች/ቁሳቁሶች ☐ አካላዊ ነክ አገልግሎቶች ☐ መነጽር/የዓይን ህክምና ☐ ሌላ (አምቡላንስ፣ ቴራፒ፣ ካይሮፕራክቲክ፣ ወዘተ)

C. የረጅም ጊዜ (LTC) ዋስትና አልዎት ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ ይህንን ይሙሉ፤

የነርሱን ሆም ዋስትና? ☐ አዎ ☐ አይ እየተረዱ የሚኖርበት ዋስትና? ☐ አዎ ☐ አይ ቤትዎ ውስጥ ሆኖ የእንክብካቤ ዋስትና? ☐ አዎ ☐ አይ

የመድን ዋስትና ኩባንያ ስም		የመድን ዋስትና ኩባንያ አድራሻ		
የስልክ ቁጥር	የግሩፕ ቁጥር	የፖሊሲ ቁጥር	ፖሊሲ የሚጀምርበት ቀን	ፖሊሲ የሚያበቃበት ቀን

የሕክምና ዋስትና ሽፋን መረጃ ገጽ 2	CSO/HCS	CLID

D. ልጆቹ አብረዉት የማይኖሩት ወላጅ በሐላፊነት የማይጠየቅባቸው ሌሎች ልጆች ወይም ያልተወለዱ ሕጻናት በቤቱዎ ውስጥ አሉ ወይ?
☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ ከዚህ በታች የተጠየቁትን መረጃዎች፣ ለእያንዳንዱ ልጆቹ አብረዉት ለማይኖሩ ወላጅ ይሙሉ።

ስምና አድራሻ እንዲሁም የስልክ ቁጥር	የትውልድ ቀን	የሶሻል ሰኩሪቲ ቁጥር	ልጅ(ጆች)	ለጤና የመድን ዋስትና ተብሎ የተላለፈ የፍርድ ቤት ትእዛዝ
				☐ አዎ ☐ አይ
				☐ አዎ ☐ አይ

E. ይውትድርና አበል እርዳታ አልዎት ወይ?
TRICARE ☐ አዎ ☐ አይ CHAMPVA ☐ አዎ ☐ አይ ቨተራንስ በነፋት ☐ አዎ ☐ አይ

አዎ ብለው ከመለሱ፣ የስፖንሰሩን ስም ይጻፉ፤	የስፖንሰር የሶሻል ሰኩሪቲ ቁጥር	የቨተራንስ የመጠየቂያ ቁጥር

F. እርስዎ ወይም ማመልከቻ የሚሞሉለት ሰው የሕክምና እንክብካቤ የሚያስፈልገው አደጋ አጋጥምዎት ነበር ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ ከዚህ በታች ያሉትን ይመልሱ፤

1. አደጋው የደረሰበት ቀን

2. አደጋው የደረሰበት ቦታ ላይ ምልክት ያድርጉ
☐ መደብር/ድርጅት ☐ በሌላ ሰው(ዎች) ቤት/መሬት ላይ ☐ የስራ ቦታ ☐ ሌላ፤
☐ መኪና ☐ ትምህርት ቤት ☐ መኖሪያ ቤት

a. አደጋው የደረሰበት አድራሻ፤ _____

b. በሽተኛው የንኛው እንደሆነ ይግለጹ ☐ ነጂው ☐ ተሳፋሪው ☐ በእግር የሚጓዘው ☐ እንግዳው ☐ ደምነኛው ☐ ሰራተኛው ☐ ነዋሪው

c. ሌሎች መኪኖች በአደጋው ውስጥ ተሳትፈው ነበር ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ የነጂዎቹን ስምንና አድራሻ ይጻፉ፤

3. በአደጋው የተጎዳ(ዱ) ሰው(ዎች) ስም(ሞች)		4. አደጋው እንዴት ደረሰ?
ስም	የጉዳት ዓይነት	

5. የመድን ዋስትና ኩባንያ በጉዳዩ ውስጥ አለ ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ የመድን ዋስትና ያለውን ሰው ስም ይጻፉ፤ _____ የኩባንያውን ስምና አድራሻ፤

የመጠየቂያ ቁጥር	የፖሊሲ ቁጥር	የአጃስተር ስም	የስልክ ቁጥር

6. ለደረሰው አደጋ ሌላ የመድን ክፍያ ጠይቀው ነበር ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ የመጠየቂያ ቁጥሩ(ሮችን) ይስጡን፤

የሌበርና የኢንዱስትሪዎች የመጠየቂያ ቁጥር	እራስዎ ለገቡት የምድን ዋስትና የመጠየቂያ ቁጥር	ለደረሰብዎ የወንጀል ተግባር የመጠየቂያ ቁጥር	ሌላ

7. ጠበቃ ገብቶበታል ወይ? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ ስሙን፣ አድራሻውንና የስልክ ቁጥሩን ይጻፉ፤

ጥያቄዎ ፕሮሰስ ላይ ነው? ☐ አዎ ☐ አይ	ጥያዊቆ መልስ አግኝቷል? ☐ አዎ ☐ አይ አዎ ብለው ከመለሱ፣ ውሉን የተፈራረሙበት ቀን፤

8. በደረሰብዎ ጉዳት ምክንያት ምን አይነት የገንዘብ/የሕክምና እርዳታ አገኙ ወይም አገኛለሁ ብለው ይጠብቃሉ? ይግለጹ፤

እኔ ወይም ሽፋን የሚያገኘው ሌላ ሰው ተጠቃሚ የምንሆንበትን ወይም ወርሐዊ የምንከፍልበትን ማንኛውም የመድን ዋስትና ፖሊሲን በሚመለከት ያለ ማንኛውንም መረጃ፣ ለየጤና/ሕክምና እርዳታዬን ለማቀናበር ተግባር ተብሎ ለ Social and Health Services **እንዲሰጥ ፈቃድ እሰጣለሁ።** (WAC 388-505-0540)

ፊርማ	ቀን