Washington State Department of Social & Health Services
MAA Medical Assistance Administration

MEDICALCOVERAGE INFORMATION /醫藥保險需知

社區服務辦公室(CSO/HCS)	CSO/HCS電話號碼	合作
顧客姓名	顧客電話號碼	☐ 1. DCS推薦人 是 否 a. 符合要求？ ☐ ☐ b. 受推薦？ ☐ ☐
顧客證明號碼	日期	☐ 2. DCS/TPL/有充份理由 ☐ ☐

說明：重要資料：此表格的目的是為了了解您是否有私人保險和/或醫藥補助(Medicare)。您可以有私人保險和/或醫藥補助(Medicare)但仍能享受醫藥補助(Medicare)。如果您已經有醫藥補助(Medicare)但仍支付私人醫藥保險，我們也許能夠就您的保險費來幫助您。當您完成這份表格後，請交回您當地的社區服務辦公室(CSO/HCS)。如果需要更多地方填寫，您可以使用額外紙張。若您需要更多關於保險費付款計劃的資料，或需要幫助以完成這份表格，請電洽1-800-562-6136。

A. 您有醫藥補助(Medicare)嗎？

☐ 有 ☐ 沒有

如果有，享受醫藥補助(Medicare)者的姓名E | 醫藥補助(Medicare)求償索賠號碼

請填寫有Medicare者的姓名 | 醫藥補助(Medicare)求償索賠號碼

B. 您有醫藥或牙醫保險嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

您在過去的十二個月內有醫藥或牙醫保險嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

這包括了任何由您或別人支付的保險,譬如私人保險、學校保險、醫藥補助(Medicare)輔助、您雇主提供的團體保險,等等。如果有,請完成以下各項：

醫藥或牙醫保險方案之一			醫藥或牙醫保險方案之二		
保險公司名稱			保險公司名稱		
保險公司地址			保險公司地址		
保險公司電話號碼			保險公司電話號碼		
承保人姓名	承保人社會安全號碼		承保人姓名	承保人社會安全號碼	
保險單號碼	團體號碼		保險單號碼	團體號碼	
僱主名稱/團體號碼			僱主名稱/團體號碼		
工會名稱和地方號碼			工會名稱和地方號碼		
承保人出生日期	保險方案啟用日期	保險方案結束日期	承保人出生日期	保險方案啟用日期	保險方案結束日期

列出在這保險方案之下承保的人：

姓名	社會安全號碼	出生日期

列出在這保險方案之下承保的人：

姓名	社會安全號碼	出生日期

勾選您保險方案之下的服務項目：

☐ 住院病人醫院護理 ☐ 老人院護理
☐ 門診病人醫院護理 ☐ 牙醫保健
☐ 處方藥品/藥物 ☐ 醫生服務
☐ 眼鏡/視力保健
☐ 其他（救護車，理療，脊椎按摩治療，等等）

勾選您保險方案之下的服務項目：

☐ 住院病人醫院護理 ☐ 老人院護理
☐ 門診病人醫院護理 ☐ 牙醫保健
☐ 處方藥品/藥物 ☐ 醫生服務
☐ 眼鏡/視力保健
☐ 其他（救護車，理療，脊椎按摩治療，等等）

C. 您有長期護理保險嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有 如果有，請完成以下各項：

老人院護理保險？ ☐ 有 ☐ 沒有 生活助理保險？ ☐ 有 ☐ 沒有 家中護理保險？ ☐ 有 ☐ 沒有

保險公司名稱		保險公司地址		
電話號碼	團體號碼	保險單號碼	方案啟用日期	**方案結束日期**

醫藥保險項目需知第二頁	社區服務辦公室(CSO/HCS)	顧客號碼

D. 您的家中是否有由非監護父母負責撫養的孩子或未出世嬰兒?
☐ 有 ☐ 沒有 如果有，請完成每個非監護父/母的資料。

姓名和地址以及電話號碼	出生日期	社會安全號碼	孩子姓名	法院判決的醫藥保
				☐ 有 ☐ 沒有
				☐ 有 ☐ 沒有

E. 您有軍人福利嗎？
TRICARE ☐ 有 ☐ 沒有 CHAMPVA(軍人) ☐ 有 ☐ 沒有 退伍軍人福利 ☐ 有 ☐ 沒有

如果有，出資人姓名	出資人社會安全號碼	退伍軍人索賠號碼

F. 您或是您申請的人曾經有造成需要醫藥護理的事故嗎? ☐ 有 ☐ 沒有
如果有，請回答下列問題：

1. 事故日期	2. 勾選事故發生地點 ☐ 商店/公司 ☐ 他人住家/地產 ☐ 受僱地點 ☐ 車輛 ☐ 學校 ☐ 住家 ☐ 其他：

a. 事故發生地址（街道，城市和州）：_____
b. 勾選如果傷者是 ☐司機；☐ 乘客；☐ 行人；☐ 客人；☐ 顧客；☐ 僱員；☐ 住戶。
c. 有其他車輛介入嗎？☐ 有 ☐ 沒有 如果有，列出其他駕駛人的姓名和地址：

3. 在事故中受傷者的姓名		4. 事故如何發生的？
姓名	受傷類型	

5. 有保險公司介入嗎？☐ 有 ☐ 沒有 如果有，列出承保人姓名：_____
保險公司名字和地址：

索賠號碼	保險單號碼	索賠評定員姓名	電話號碼

6. 您有為這件事故申報其他索賠嗎？☐ 有 ☐ 沒有 如果有，請提供索賠號碼：

勞工部索賠號碼	索賠評定員號碼	電話號碼	其他

7. 有律師介入嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有 如果有，請提供其姓名，地址，和電話號碼：

索賠等侯判決？☐ 有 ☐ 沒有	索賠已解決？ ☐ 有 ☐ 沒有 如果是，解決日期：

8. 由於您的受傷，您曾得到或您預期得到任何財務/醫藥福利嗎？請解釋：

我在此授權，為了配合醫藥保險賠償費一事(華盛頓州法律條款WAC388-505-0540)，準許社會福利服務部(DSHS)獲取任何必要的、關於我保險的資料。此資料提供我以受益人或得到保險者身份而得到的某一保險的保險費付款或保險總額。

簽名	日期

如何使用您的私人醫藥保險和醫藥證明卡(補助券) 來獲得保健服務。

問題： **如果我有私人保險，醫藥輔助 (Medicaid)仍會幫助我嗎？**

解答： 會的。既有**醫藥輔助(Medicaid)**又有您的私人保險對您會有極大的幫助。只要您的條件符合醫藥輔助(Medicaid)，我們將會支付共同支付額(co-pays)，扣除額(deductibles) 和其他您 保險不提供的服務。

問題： **如果我同時有私人保險和醫藥輔助(Medicaid)，我應該怎麼告訴我的醫生或其他醫務人員？**

解答： 非常重要的是您去一所能夠同時接受您私人保險以及**醫藥輔助(Medicaid)**(醫藥證明卡/補助券)的醫生處看病。當您去看您的醫生或其他醫務人員時，**同時**出示私人保險卡和您的醫藥證明卡。詢問他們是否會接受您的私人保險並且能夠接受您的醫藥證明卡，來支付共同支付額、扣除額和其他您保險不提供的服務。如果您的醫務人員不接受您的保險和醫藥輔助(Medicaid)，您將負責支付您接受的任何醫藥保健服務。

問題： **如果我的醫生或其他醫務人員說他們不會接受我的私人保險或醫藥證明卡，我應該怎麼辦?**

解答： 您應該找一所能夠同時接受您的私人保險以及醫藥輔助(Medicaid)的醫藥服務提供者。您可能需要電話聯絡您的保險公司來幫助您找出您所在地區的醫藥服務提供者。

問題： **我的私人保險公司不提供某項服務的時候，我該怎麼辦？**

解答： 您的醫生會首先給您的私人保險發帳單。如果您的保險沒有包含那些服務但醫藥輔助(Medicaid)有，醫生會給醫藥輔助(Medicaid)發帳單。要確保沒有這類問題發生,您要確定您的醫藥服務提供者能接受我們的醫藥證明卡並給醫藥輔助 (Medicaid)發帳單。

問題： **我需要怎麼做以便讓你們來支付我的醫藥保險費?**

解答： 請電話聯絡我們。我們將需要關於您醫藥保險的資料、您的保險費額、付款的截止日期以及是否您或您的雇主支付保險費。一旦我們有了這些資料，我們將讓您知道我們是否能支付您的保險費。

問題： **我需要怎麼做來讓醫藥輔助(Medicaid)支付我的共同支付額和扣除額？**

解答： 請電話聯絡我們以確保我們有您私人醫藥保險資料的文檔。您的四位數保險代碼列印在保險專欄之下的醫藥證明卡上。當您接受醫藥輔助(Medicaid)提供的服務時，這項資料告訴醫藥服務提供者，應該給哪個保險公司發帳單且您不需負責支付共同額或扣除額。如果對此有任何問題，請您或您的醫藥服務提供者電話聯絡我們。

問題： **我會被要求支付醫藥輔助 (Medicaid)付款和我醫藥提供者帳單之間的差額嗎?**

解答： 不會。當醫生和其他醫藥服務提供者與醫藥輔助(Medicaid)合作時，他們同意接受醫藥輔助(Medicaid)所支付的款額，並不會向您索取差額。如果您已經收到賬單，請立即電話聯絡我們。您不應該就醫藥輔助(Medicaid)提供的服務而交費。

問題： **如果我的保險結束了或有更改，我應該怎麼辦？**

解答： 很重要的是要聯絡我們並讓我們知道您保險的任何變動。只要您符合條件，我們將更新您的文檔，您將繼續通過醫藥輔助 (Medicaid)來獲得醫藥保健。

問題： **如果我有長期護理(LTC)保險，醫藥輔助(Medicaid)還會幫助我嗎？**

解答： 會的。如果您的長期護理保險(LTC)不支付全部費用，醫藥輔助(Medicaid)可以幫助您支付您在自己家中、生活助理設施、老人之家、或護理院的長期護理(LTC)費用。如果保險公司直接支付您，您必須將其支票寄至社會福利服務部(DSHS)。

問題： **為什麼我應該保留我的長期護理保險(LTC)，即使我符合醫藥輔助的條件？**

解答： 沒有人可以保證您總是符合醫藥輔助的條件。您或許獲得會導致您符合條件被終止的另外收入來源或財產，或許立法機關會減少一些項目的資助。如果您取消您的長期護理保險(LTC)，您將無法再度加入。當您去世時，長期護理保險(LTC)也會減少您因地產而欠的債。

問題： **我若有其他問題呢？**

解答： 如果您的問題是與您的私人保險有關，請直接聯絡您的保險公司。對於進一步協助您同時使用醫藥證明卡和您的私人保險，請電洽以下號碼。

免費電話1-800-562-6136保險賠償協作(Coordination of Benefits)
星期一至星期五早上8:00至下午4:30