

در HealthCare.gov پلان های صحی را ثبت کنید، تمدید کنید یا تغییر دهید

استفاده از بیمه صحی تان

مرحله بعدی را روی دست بگیرید

بیمه صحی ندارید؟ ما اینجا هستیم تا کمک کنیم.

- درباره اینکه کدام پلان می تواند برای شما بهترین و قابل استطاعت باشد، بدانید.
- ببینید که آیا می توانید برای پرداخت هزینه پلان خویش کمک مالی دریافت کنید.
- آیا سال گذشته بیمه صحی خریدید؟
- از 1 نومبر تا 15 جنوری زمان تمدید یا تغییر پلان ها است. پلان خویش را مرور کنید. گزینه های خود را مقایسه کنید
- نیازهای مراقبت های صحی شما می تواند تغییر کند.
- هر سال، پلان های جدیدی ارائه می شود، کمک هزینه ها می توانند تغییر کنند و بعضی از پلان ها متوقف می شوند.
- تغییر در درآمد و اندازه خانواده می تواند بر کمک مالی شما تأثیر بگذارد.
- بررسی کنید که آیا به صورت خودکار مجدداً در پلان خود ثبت نام خواهید کرد. ممکن لازم باشد برای ادامه کمک هزینه های خود معلومات خویش را دوباره ارسال کنید.

از OregonHealthCare.gov بازدید کنید تا از یک متخصص کمک محلی رایگان پیدا کنید.



شما با ثبت نام در پلان بیمه صحی اولین قدم برای بهبود صحت خویش را برداشته اید. این بهترین زمان برای پرسیدن سوال و اقدام است تا بدانید در هنگام مریضی چگونه از بیمه خود استفاده کنید.

این رهنمود اصول اولیه درک پلان بیمه خویش را توضیح می دهد و در صورت داشتن سوال چه کاری باید انجام دهید.

آمادگی برای مراقبت های صحی تان

در حالی که به بیمه صحی فکر می کنید، برای نیازهای مراقبت های صحی خویش از طریق موارد زیر آماده شوید:

- با شرکت بیمه خود تماس بگیرید، وب سایت آن را جستجو کنید یا کتاب رهنمود اعضا را برای فراهم کنندگان شبکه خود بررسی کنید. شبکه ها می توانند تغییر کنند، بنابر این با پلان صحی خویش دوباره بررسی کنید.
- هنگامی که تصمیم گرفتید کدام فراهم کننده را می خواهید ببینید، بررسی کنید که آیا لازم است قبل از گرفتن وقت از شرکت بیمه خود سوال کنید.

گرفتن نوبت

- برای گرفتن نوبت تماس بگیرید. بگویید که به دنبال یک فراهم کننده مراقبت های اولیه جدید هستید و درخواست یک معاینه سالانه یا یک بازدید سلامتی کنید.

درک پوشش شما

پس از ثبت نام و پرداخت حق بیمه ماه اول خود (قبل از تاریخ اجرایی شدن پوشش)، شرکت بیمه شما باید بسته عضویتی را برای شما ارسال کند که شامل موارد ذیل است:

1. خلاصه مزایا و پوشش: سندی که ویژگی های کلیدی پلان شما را توضیح می دهد، مانند اینکه چه چیزی تحت پوشش قرار می گیرد و چه چیزی نمی گیرد. با هزینه های خود (حق بیمه، پرداخت های مشارکتی، خود پرداخت ها و بیمه مشترک) آشنا باشید.
2. کارت بیمه یا سند دیگر: این سند ثبوت بیمه شما با معلوماتی است که فراهم کنندگان طبی برای ارائه خدمات به آن نیاز دارند. کارت یا سند شما ممکن است با این کارت متفاوت به نظر برسد، اما معلوماتی یکسانی خواهد داشت.

INSURANCE COMPANY NAME	
Plan type	Member Name: Jane Doe Member Number: XXX-XX-XXX
Effective date	Group Number: XXXX-XXX
Prescription Group # XXXXX	PCP Copay \$15.00 Specialist Copay \$25.00 Emergency Room Copay \$75.00
Prescription Copay \$15.00 Generic \$20.00 Name brand	Member Service: 800-XXX-XXXX

راهنمای گام به گام برای درک بیمه صحی



پس از بررسی EOB خود، ممکن در مورد جزئیات سولاتی داشته باشید یا فکر کنید که بعضی از خدمات باید تحت پوشش پلان قرار گیرند در حالی که چنین نبودند. ممکن بتوانید شکایت کنید و خدمات را تحت پوشش قرار دهید. می توانید مستقیماً با بیمه گر خود تماس بگیرید. بیمه گر ها مراکز تماسی برای کمک به اعضای برنامه دارند. این شماره در کارت بیمه شما یا در کتاب راهنمود درج شده است. اگر کمک شخص ثالث می‌خواهید، درباره حقوق خود سوالی دارید، یا برای درک صورت حساب بیمه یا پوشش نیاز به کمک دارید، با بخش مقررات مالی اورگان تماس بگیرید تا با یک مدافع مصرف‌کننده، به صورت رایگان به شماره 888-877-4894 (رایگان). همچنین می‌توانید به DFR.InsuranceHelp@dcbs.oregon.gov ایمیل کنید یا نکات مربوط به بیمه را در این آدرس جستجو کنید: bit.ly/DFRcomplaint

- شما و شرکت بیمه تان هزینه های مراقبت تحت پوشش پلان خویش را شریک می سازید. برای اطلاع از جزئیات یا خواندن خلاصه کمک هزینه ها با خدمات عضو برای پلان صحتی خود تماس بگیرید. نحوه عملکرد بیمه صحتی به صورت معمول:

 1. در زمانی که به دنبال مراقبت صحتی هستید، کارت بیمه خود را به فراهم کننده خود می دهید.
 2. شما هر گونه مشارکتی که طبق پلان نیاز است را به فراهم کننده می پردازید.
 3. معمولاً فراهم کننده به بیمه گر صورت حساب ارائه می کند.
 4. بیمه گر شرح کمک هزینه ها (یا EOB) را برای شما ارسال می کند. این یک مرور کلی از کل هزینه های بازدید شما است. این لیستی مبلغی را که فراهم کننده هزینه کرده است، حداکثر مبلغی را که بیمه گر برای آن طرز العمل اجازه می‌دهد و آنچه به عنوان سهم خود پرداخت کرده و سهم شما از هزینه‌ها را لیست می‌کند. EOB یک صورت حساب نیست.
 5. شما به احتمال زیاد یک صورت حساب جداگانه از فراهم کننده دریافت خواهید کرد. شما سهم خود را از صورت حساب پرداخت می کنید.

- هنگامی که با فراهم کننده خود ملاقات می کنید، سابقه صحتی خانوادگی، دواهای فعلی که مصرف می کنید و سولات یا نگرانی های که در مورد صحت خویش دارید را شریک سازید.

تصمیم گیری در مورد اینکه آیا فراهم کننده برای شما مناسب است یا خیر:

- شما به فراهم کننده‌ی نیاز دارید که بتوانید به او اعتماد کنید و در صحبت کردن با او احساس راحتی کنید. پس از اولین بازدید، اگر در مورد فراهم کننده خود نگرانی دارید، تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید نگرانی‌های خود را با فراهم کننده در میان بگذارید یا درباره سایر فراهم کنندگان شبکه خود تحقیق کنید.

پلان گذاری درباره مراحل بعدی تان:

- توصیه های فراهم کننده خود را دنبال کنید. به عنوان مثال، اگر فراهم کننده شما یک متخصص را توصیه کرده است، آیا نوبت گرفته اید؟

اصطلاحات بیمه: اصطلاحات کلیدی که ممکن در خلاصه کمک هزینه ها یا هنگام جستجوی خدمات صحتی با آنها مواجه شوید

بیمه متقابل: فیصدی هزینه های خدمات مراقبت های صحتی تحت پوششی که پرداخت می کنید. به عنوان مثال، ۲۰ فیصد برای ایکس‌ری.

پرداخت مشترک (یا Copay): مبلغ ثابتی که شما برای خدمات مراقبت صحتی تحت پوشش پرداخت می کنید. به عنوان مثال \$۲۰ برای مراجعه به داکتر.

خودپرداخت: مبلغی که قبل از شروع پلان برای بعضی از خدمات تحت پوشش پرداخت می کنید. در اورگان، بسیاری از پلان ها نیازی به پرداخت خود پرداخت از سوی ثبت نام کننده در هنگام بازدید از دفتر ندارند، اما آنها برای خدماتی مانند اقامت در

شفاخانه یا جراحی، خود پرداخت می پردازند. بسیار مهم است که به یاد داشته باشید که قبل از پرداخت خود پرداخت، خدمات بسیاری تحت پوشش پلان های صحتی، چه به صورت کامل یا حداقل جزئی، وجود دارد.

شبکه: کلینیک ها، مراکز، دواخانه ها، ارائه دهندگان و تامین کنندگانی که شرکت بیمه صحتی شما با آنها قرارداد بسته است تا خدمات، نسخه ها و لوازم مراقبت های صحتی را ارائه نمایند. برای اطلاع از اینکه کدام داکتران، درمانگران و مراکز در شبکه اند، با شرکت بیمه خویش تماس بگیرید. ممکن است دیدن یک ارائه دهنده خارج از شبکه برای شما هزینه بیشتری داشته باشد.

حداکثر از جیب شخصی شما: بیشترین هزینه ای که باید برای خدمات تحت پوشش در یک سال برنامه پرداخت کنید. پس از اینکه این مبلغ را برای خودپرداخت ها، پرداخت های مشترک و بیمه مشترک برای مراقبت و خدمات داخل شبکه هزینه کردید، پلان صحتی شما ۱۰۰ فیصد هزینه های کمک هزینه های تحت پوشش را پرداخت می کند. چیزهای که در حداکثر هزینه حساب نمی شوند عبارتند از: حق بیمه ماهوار شما، هر چیزی که برای خدماتی که طرح تان پوشش نمی دهد خرج می کنید و خدمات و مراقبت های خارج از شبکه.

حق بیمه: مبلغی که هر ماه برای بیمه صحتی خویش پرداخت می کنید. شما معمولاً آن را ماهوار پرداخت می کنید. این مبلغ در خود پرداخت یا حداکثر پرداختی شما به حساب نمی آید. اگر حق بیمه خود را پرداخت نکنید، ممکن است پوشش خود را از دست بدهید.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت های صحتی معمول، از جمله بررسی، معاینه، و ارائه مشوره به مریض، برای جلوگیری از مریضی، بیماری یا سایر مشکلات صحتی. یا تشخیص مریضی در مراحل اولیه زمانی که تداوی احتمالاً بهترین نتیجه را دارد. این می تواند شامل واکسین های آنفولانزا، واکسین ها و بررسی ها شود.