

## گام بعدی را بردارید

## استفاده از بیمه سلامت خود

## ثبت نام، تمدید یا تغییر طرح‌های بیمه سلامت خود را در HealthCare.gov انجام دهید

شما با ثبت نام در طرح بیمه سلامت، نخستین گام برای بهبود سلامت خود را برداشته‌اید. این بهترین زمان برای پرسیدن سؤال و اقدام است تا بدانید هنگام بیماری چگونه باید از بیمه خود استفاده کنید.

این راهنما اصول اولیه درک طرح بیمه را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید اگر سؤالی داشته باشید چه کار باید انجام دهید.

### آماده شدن برای مراقبت‌های بهداشتی

همان‌طور که به بیمه سلامت فکر می‌کنید، با انجام این کارها برای مراقبت‌های بهداشتی خود آماده شوید:

### پیدا کردن ارائه‌دهنده خدمات:

- برای اطلاع از ارائه‌دهندگان موجود در شبکه‌تان با شرکت بیمه‌تان تماس بگیرید، وبسایت آن را جستجو کنید، یا دفترچه راهنمای اعضا را بررسی کنید. شبکه‌ها می‌توانند تغییر کنند، بنابراین موارد را با طرح بیمه خود دوباره بررسی کنید.
- بعد از اینکه تصمیم گرفتید که به کدام ارائه‌دهنده مراجعه کنید، بررسی کنید که آیا نیاز است پیش از گرفتن وقت از ارائه‌دهنده، شرکت بیمه خود را مطلع کنید یا خیر.

### تعیین وقت ملاقات:

- برای گرفتن وقت، تماس بگیرید. بگویید که می‌خواهید یک ارائه‌دهنده اصلی جدید داشته باشید و معاینه سالانه یا ویزیت سلامتی درخواست کنید.

### آشنایی با پوشش بیمه خود

بعد از ثبت نام و پرداخت حق بیمه ماه اول (پیش از تاریخ شروع پوشش)، شرکت بیمه شما باید بسته عضویتی حاوی موارد زیر برای شما ارسال کند:

1. خلاصه مزایا و پوشش بیمه: سندی که ویژگی‌های اصلی طرح شما مثل موارد تحت پوشش و موارد خارج از پوشش را توضیح می‌دهد. آشنا شدن با هزینه‌ها (حق بیمه، پرداخت‌های مشترک، فرانشیزها، و بیمه مشترک)
2. کارت بیمه و مدارک دیگر: این مدرک بیمه داشتن شما است و حاوی اطلاعاتی است که ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی برای ارائه خدمات به آن‌ها نیاز دارند. کارت یا مدرک شما ممکن است متفاوت از تصویر باشد، اما حاوی اطلاعات یکسانی است.



## راهنمای گام به گام درک بیمه سلامت

INSURANCE COMPANY NAME	
Plan type	Member Name: Jane Doe Member Number: XXX-XX-XXX
Effective date	Group Number: XXXXX-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

بیمه سلامت ندارید؟ ما اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم.

- درباره اینکه کدام طرح می‌تواند بهترین و مقرون به صرفه‌ترین گزینه برای شما باشد اطلاعات دریافت کنید.
- ببینید آیا می‌توانید برای پرداخت حق طرح خود، کمک مالی دریافت کنید یا خیر.

آیا در سال گذشته بیمه سلامت خریداری کرده‌اید؟

از 1 نوامبر تا 15 ژانویه فرصت دارید آن را تمدید کنید یا طرحتان را تغییر دهید. طرحتان را مرور کنید. گزینه‌هایتان را مقایسه کنید.

• مراقبت‌های بهداشتی شما به تغییر نیاز دارد.

• هر سال، طرح‌های جدیدی ارائه می‌شود، ممکن است مزایای تغییر کند، و ارائه برخی از طرح‌ها متوقف می‌شود.

• تغییر در درآمد و اندازه خانواده می‌تواند مساعدت مالی دریافتی شما را تحت تأثیر قرار دهد.

• بررسی کنید که آیا به صورت خودکار مجدداً در طرح ثبت نام می‌شوید یا خیر. شاید نیاز باشد اطلاعاتتان را دوباره ارسال کنید تا بتوانید به استفاده از مزایا ادامه دهید.

برای دریافت راهنمایی محلی رایگان از یکی از کارشناسان، به OregonHealthCare.gov مراجعه کنید.



بعد از مرور EOB خود، ممکن است سؤالاتی درباره جزئیات داشته باشید یا معتقد باشید خدمات خاصی که پوشش داده نشده است باید تحت پوشش طرح قرار می‌گرفت. ممکن است بتوانید اعتراض ثبت کنید تا آن خدمات پوشش داده شوند. می‌توانید مستقیماً با بیمه‌گر خود تماس بگیرید. بیمه‌گران مراکز تلفنی برای پشتیبانی از اعضای طرح خود دارند. این شماره در کارت بیمه شما یا در دفترچه راهنمای طرح شما درج شده است. اگر به کمک شخص ثالث نیاز داشته باشید، سؤالاتی درباره حقوق خود دارید یا برای درک صورت حساب یا پوشش بیمه خود به کمک نیاز دارید، از طریق شماره رایگان 888-877-4894 با «بخش مقررات مالی اورگن» (Oregon Division of Financial Regulation) تماس بگیرید تا با یکی از مدافعان مصرف‌کننده صحبت کنید (تماس با این خط رایگان است). همچنین می‌توانید به نشانی [DFR.InsuranceHelp@dcsb.oregon.gov](mailto:DFR.InsuranceHelp@dcsb.oregon.gov) ایمیل ارسال کنید یا در [bit.ly/DFRcomplaint](https://bit.ly/DFRcomplaint) نکات مربوط به بیمه را پیدا کنید.

شما و شرکت بیمه‌تان به‌طور مشترک هزینه‌های خدمات تحت پوشش طرحتان را پرداخت می‌کنید. برای اطلاع از جزئیات، با خدمات پشتیبانی طرح بیمه سلامت خود تماس بگیرید یا سند خلاصه مزایا را مطالعه کنید. بیمه سلامت معمولاً چطور کار می‌کند:

1. وقتی به مراقبت‌های پزشکی نیاز دارید، کارت بیمه خود را به ارائه‌دهنده می‌دهید.
2. هرگونه سهمی که طبق طرح خود ملزم به پرداخت هستید (پرداخت مشترک) را به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنید.
3. معمولاً ارائه‌دهنده صورت حساب را برای بیمه‌گر صادر می‌کند.
4. بیمه‌گر «توضیح مزایا» (Explanation of Benefits)، به اختصار (EOB) را برای شما ارسال می‌کند. این EOB مرور کلی تمام هزینه‌های ویزیت شما است. هزینه‌های دریافتی ارائه‌دهنده، حداکثر مبلغی که بیمه‌گر برای آن رویه مجاز می‌داند و مبلغی که به‌عنوان سهم خود پرداخت کرده است و سهم شما از هزینه‌ها در EOB فهرست می‌شود. EOB صورت حساب نیست.
5. احتمالاً صورت حساب مجزایی از ارائه‌دهنده دریافت خواهید کرد. سپس سهمی را که در صورت حساب دارید پرداخت می‌کنید.

- هنگام ملاقات با ارائه‌دهنده خود، سابقه پزشکی خانوادگی، داروهایی که در حال حاضر مصرف می‌کنید و پرسش‌ها یا نگرانی‌هایی که درباره سلامت خود دارید را با او در میان بگذارید.

### تصمیم بگیرید آیا این ارائه‌دهنده گزینه مناسبی برای شما است یا خیر:

- شما به ارائه‌دهنده‌ای نیاز دارید که بتوانید به او اعتماد کنید و برای صحبت کردن با او احساس راحتی کنید. بعد از اولین ملاقات، اگر نگرانی‌هایی درباره ارائه‌دهنده‌تان دارید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید این نگرانی‌ها را با ارائه‌دهنده در میان بگذارید یا ترجیح می‌دهید سایر ارائه‌دهندگان در شبکه‌تان را بررسی کنید.

### برنامه‌ریزی گام‌های بعدی:

- توصیه‌های ارائه‌دهنده‌تان را دنبال کنید. برای مثال، اگر ارائه‌دهنده توصیه کرده است که به متخصص مراجعه کنید، آیا وقتی گرفته‌اید؟

## واژه‌نامه اصطلاحات مربوط به بیمه: اصطلاحات کلیدی که ممکن است در خلاصه مزایا یا درخواست خدمات پزشکی با آن‌ها روبرو شوید

**بیمه مشترک (Coinsurance):** درصدی از هزینه‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی که شما پرداخت می‌کنید؛ برای مثال، این هزینه برای عکس‌برداری با اشعه ایکس ۲۰٪ است.

**پرداخت مشترک (Copayment یا copay):** مبلغ ثابتی که برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش طرحتان پرداخت می‌کنید؛ برای مثال، ۲۰ دلار برای معاینه توسط پزشک.

**فرانشیز (Deductible):** مبلغی که پیش از شروع طرح برای هزینه برخی از خدمات تحت پوشش پرداخت می‌کنید. در ایالت اورگن، اکثر طرح‌ها ثبت‌نام‌کننده را ملزم می‌کنند هنگام مراجعه به مطب فرانشیز پرداخت کنند اما برای خدماتی مثل بستری

شدن در بیمارستان یا عمل جراحی فرانشیز دریافت می‌شود. بسیار مهم است که به یاد داشته باشید که خدمات بسیاری وجود دارند که پیش از رسیدن به سطح فرانشیز، تحت پوشش بیمه سلامت هستند (به‌طور کامل یا حداقل به‌صورت جزئی).

**شبکه:** کیلینک‌ها، مراکز، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان، و تأمین‌کنندگانی که شرکت بیمه سلامت شما برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، داروهای تجویزی، و لوازم با آن‌ها قرارداد دارد. برای اطلاع از اینکه کدام پزشکان، درمانگران، و مراکز در شبکه (تحت قرارداد) هستند، با شرکت بیمه خود تماس بگیرید. مراجعه به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه می‌تواند هزینه بیشتری برای شما به‌همراه داشته باشد.

### حداکثر مبلغ پرداختی از جیب

#### (Out-of-pocket maximum): حداکثر مبلغی که باید برای

پرداخت خدمات تحت پوشش در طول سال اعتبار طرح سلامت خود پرداخت کنید. پس از اینکه این مبلغ را برای فرانشیزها، پرداخت‌های مشترک و بیمه مشترک برای مراقبت و خدمات درون‌شبکه‌ای هزینه کردید، طرح سلامت شما ۱۰۰ درصد هزینه‌های مزایای تحت پوشش را پرداخت می‌کند. چیزهایی که برای محاسبه حداکثر هزینه پرداختی از جیب در نظر گرفته نمی‌شوند: حق بیمه ماهانه شما، هر مبلغی که برای خدماتی که تحت پوشش طرحتان نیست پرداخت می‌کنید، و خدمات و مراقبت‌های خارج از شبکه.

**حق بیمه (Premium):** مبلغی که هر ماه برای بیمه سلامت خود پرداخت می‌کنید. این مبلغ معمولاً ماهانه پرداخت می‌شود. این مبلغ برای محاسبه فرانشیز یا حداکثر مبلغ پرداختی از جیب در نظر گرفته نمی‌شود. اگر حق بیمه‌تان را پرداخت نکنید، ممکن **خدمات پیشگیرانه (Preventive services):** مراقبت‌های معمول سلامت، شامل غربالگری، چکاپ، و مشاوره بیمار، برای جلوگیری از بیماری یا دیگر مشکلات سلامتی؛ یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه یعنی زمانی که درمان احتمالاً بهترین نتیجه را دارد. این مراقبت‌ها می‌تواند شامل دریافت واکسن آنفولانزا، واکسن یا تست‌های غربالگری باشد.