

Пільга для учасників, що покриває альтернативне лікування



Учасники плану медичного страхування Community Health Plan of Washington (CHPW) Apple Health (Medicaid) можуть отримати компенсацію за сеанси акупунктури, хіропрактики та масажу.

CHPW Apple Health покриває деякі послуги в межах відкритої мережі. Це означає, що ми оплачуємо лікування, отримане учасниками плану, за таких умов:

- Лікуванням є **сеанс акупунктури, хіропрактики або масажу**
- Особа, яка надає послугу, має відповідну **ліцензію штату Washington**
- Постачальник виставить рахунок CHPW

Для використання цих послуг учасникам **не** потрібне направлення від їхнього лікаря-куратора.

Деякі постачальники не можуть виставити нам рахунок або не знають, як це зробити. У такому разі ми відшкодуємо учасникам вартість послуги. (Чайові не включені в суму, яку ми сплатимо).

Заповніть форму на звороті (стор. 2) та надішліть її за адресою:



CHPW Claims
P.O. Box 269002
Plano, TX 75026-9002

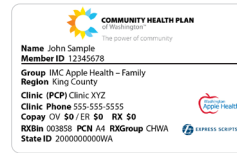
Учасники можуть надіслати форму на звороті (стор. 2) поштою.



mychpw.chpw.org

Вони також можуть надіслати її електронною поштою через безпечний онлайн-портал — myCHPW — учасника CHPW.

Маєте запитання? Зателефонуйте до відділу обслуговування учасників CHPW за номером 1-800-440-1561 (TTY: 711) з понеділка до п'ятниці, з 8:00 до 17:00



Ідентифікаційний номер учасника вказано на лицьовій стороні картки CHPW.

Інформація про учасника:

Member Information:

Ім'я First Name	Прізвище Last Name	Ідентифікаційний номер учасника Member ID Number
--------------------	-----------------------	---

Дата народження

Date of Birth

Поштова адреса

Mailing Address

Місто, штат, індекс

City, State, ZIP

Інформація про постачальника:

Provider Information:

Ім'я та прізвище постачальника (Приклад: Jane Johnson)

Provider Name (Example: Jane Johnson)

Назва закладу (Приклад: Evergreen Massage Services)

Facility Name (Example: Evergreen Massage Services)

Адреса постачальника та/або установи

Provider and/or Facility Address

Інформація про послугу:

Service Information:

Дата надання послуги

Date of Service

Підтвердження оплати (Приклад: квитанція. Якщо ви додаєте свій суперрахунок, ви можете повідомити про це тут.)

Proof of Payment (Example: a receipt. If you're attaching your superbill, you can say so here.)

Код процедури

Procedure Code

Код діагнозу

Diagnosis Code

«Де я можу отримати інформацію про постачальників та послуги?»

Після того, як учасники пройдуть сеанс масажу, хіропрактики або акупунктури, постачальники мають виставити їм рахунок, який також називається **суперрахунком**. У ньому будуть зазначені ці дані. Якщо учасники CHPW не знають, як отримати суперрахунок, або не впевнені, що в ньому є потрібна їм інформація, вони можуть звернутися по допомогу до відділу обслуговування учасників CHPW за телефоном 1-800-440-1561 (TTY: 711) з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00.

ПОРАДА:

Ми пропонуємо учасникам зробити копію свого суперрахунку та надіслати її до CHPW разом із цією формою.