

بطاقة التأمين أو الوثائق الأخرى



قد تشمل بطاقة التأمين أو وثيقة أخرى تتلقاها من خطة التأمين الصحي أو برنامج Medicaid أو برنامج CHIP بالولاية المعلومات التالية:

- 1 **اسم العضو وتاريخ ميلاده. يُطبعان.** يُطبعان عادة على البطاقة.
- 2 **رقم العضو.** العضو. يُستخدم هذا الرقم لتحديد هويتك حتى يتمكن مقدم الرعاية من إعداد فاتورة لخطة التأمين الصحي الخاصة بك. وإذا كانت التغطية التأمينية تشمل أيضًا زوجك أو أطفالك، فقد تشابه أرقام العضوية بدرجة كبيرة.
- 3 **رقم المجموعة.** يُستخدم هذا الرقم لمعرفة المزايا المحددة في خطتك. كما يُستخدم أيضًا في تحديد هويتك حتى يتمكن مقدم الرعاية من إعداد فاتورة لشركة التأمين.
- 4 **نوع الخطة.** قد تحمل بطاقتك ملصق مطبوع عليه HMO أو PPO أو HSA أو Open أو كلمة أخرى تصف نوع خطتك. توضح لك هذه الكلمات نوع الشبكة الخاصة بخططك ومقدمي الرعاية الذين يمكنك زيارتهم "المتعاقدين مع شركة التأمين".
- 5 **مبلغ السداد المشترك.** هو عبارة عن المبالغ التي ستدين بها عند حصولك على الرعاية الصحية.
- 6 **أرقام الهواتف.** يمكنك الاتصال بخطة التأمين الصحي إذا كان لديك أية أسئلة بشأن العثور على مقدم رعاية أو ما تشمله التغطية التأمينية. وتوجد أرقام الهاتف أحيانًا على ظهر البطاقة.
- 7 **مبلغ السداد المشترك الخاص بوصفات الدواء.** هو عبارة عن المبالغ التي ستدين بها نظير كل وصفة دواء قمت بصرفها.

قد تكون حصلت على باقة عضوية تشمل معلومات حول تغطيتك التأمينية سواءً من خلال خطة التأمين الصحي أو برنامج Medicaid أو برنامج CHIP بالولاية. اطلع على هذه المعلومات لأنك ستحتاج إليها عند زيارة أحد مقدمي الرعاية أو عند اتصالك بشركة التأمين للاستفسار عن أي شيء. إذا لم تستطع قراءة هذه المعلومات أو فهمها، اتصل بخطة التأمين الصحي أو برنامج Medicaid أو برنامج CHIP بالولاية واطلب توضيح هذه المعلومات.

قد تكون تلقيت بطاقة أو وثيقة أخرى كإثبات لتأمينك. وقد تبدو بطاقتك مختلفة عن هذه البطاقة، ولكن يجب أن تتضمن نفس المعلومات. وهناك بعض خطط التأمين الصحي لا تتضمن بطاقات، ولكن حينئذ يجب أن تحصل على هذه المعلومات بصورة أخرى. إذا لم تستلم أي بطاقة، اتصل بخطة التأمين الصحي لمعرفة ما إذا كان يجب الحصول على واحدة.

اسم شركة التأمين

- 1 اسم العضو: جين دوي
رقم العضو: XXX-XX-XXX
- 2 رقم المجموعة: XXXXX-XXX
- 3 نوع الخطة
تاريخ النفاذ
- 4 رقم مجموعة وصفات الدواء XXXXX
مبلغ السداد المشترك لمقدم الرعاية الأولية 15 دولارًا
مبلغ السداد المشترك لاختصاصي الرعاية 25 دولارًا
مبلغ السداد المشترك لغرفة الطوارئ 75 دولارًا
- 5 مبلغ السداد المشترك الخاص بوصفات الدواء
15 دولارًا، دواء جنيس
20 دولارًا، دواء يحمل علامة تجارية
- 6 خدمة الأعضاء: 800-XXX-XXXX
- 7