



# Quyền Lợi Điều Trị Thay Thế cho Hội Viên



Hội viên của Community Health Plan of Washington (CHPW) Apple Health (Medicaid) có thể được hoàn tiền cho các liệu pháp châm cứu, trị liệu thần kinh cột sống và xoa bóp.

CHPW Apple Health bao trả cho một số dịch vụ trong mạng lưới mở. Điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ điều trị mà hội viên nhận được khi đáp ứng các điều kiện sau:

- Dịch vụ điều trị là **châm cứu, trị liệu thần kinh cột sống hoặc xoa bóp**
- Nhà cung cấp dịch vụ có **giấy phép phù hợp do Washington cấp**
- Nhà cung cấp sẽ lập hóa đơn cho CHPW

Hội viên **không** cần giấy giới thiệu từ bác sĩ chăm sóc chính của mình để sử dụng các dịch vụ này.

Một số nhà cung cấp không thể hoặc không biết cách lập hóa đơn cho chúng tôi. Trong những trường hợp đó, chúng tôi sẽ hoàn lại chi phí dịch vụ cho hội viên. (Số tiền chúng tôi thanh toán sẽ không bao gồm tiền boa.)

Điền thông tin vào biểu mẫu ở mặt sau (trang 2) và gửi lại đến:



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

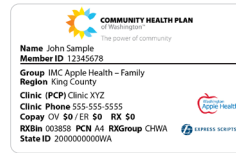
Hội viên có thể gửi biểu mẫu ở mặt sau (trang 2) qua đường bưu điện.



**mychpw.chpw.org**

Họ cũng có thể gửi câu hỏi qua email thông qua cổng thông tin hội viên myCHPW trực tuyến an toàn của CHPW.

**Quý vị có câu hỏi?** Gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng của CHPW theo số 1-800-440-1561 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều.



## Thông Tin Hội Viên:

Member Information:

<b>Tên</b> First Name	<b>Họ</b> Last Name	<b>Số ID Hội Viên</b> Member ID Number
--------------------------	------------------------	---

**Ngày Sinh**  
Date of Birth

<b>Địa Chỉ Gửi Thư</b> Mailing Address	<b>Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP</b> City, State, ZIP
---	---

## Thông Tin Nhà Cung Cấp:

Provider Information:

**Tên Nhà Cung Cấp** (Ví dụ: Jane Johnson)  
Provider Name (Example: Jane Johnson)

**Tên Cơ Sở** (Ví dụ: Evergreen Message Services)  
Facility Name (Example: Evergreen Message Services)

**Nhà Cung Cấp và/hoặc Địa Chỉ Cơ Sở**  
Provider and/or Facility Address

## Thông Tin Dịch Vụ:

Service Information:

**Ngày Nhận Dịch Vụ**  
Date of Service

**Chứng Từ Thanh Toán**  
(Ví dụ: biên lai. Nếu quý vị gửi kèm hóa đơn chi tiết, quý vị có thể cho biết tại đây.)  
Proof of Payment (Example: a receipt. If you're attaching your superbill, you can say so here.)

**Mã Thủ Thuật**  
Procedure Code

**Mã Chẩn Đoán**  
Diagnosis Code

### “Tôi tìm hiểu thông tin về nhà cung cấp và dịch vụ ở đâu?”

Sau khi hội viên nhận được dịch vụ điều trị bằng xoa bóp, trị liệu thần kinh cột sống hoặc châm cứu, các nhà cung cấp dịch vụ phải cấp cho họ hóa đơn, còn được gọi là **hóa đơn chi tiết**. Hóa đơn này liệt kê những chi tiết này. Nếu hội viên CHPW không biết làm sao để nhận được hóa đơn chi tiết của mình hoặc không biết hóa đơn có chứa thông tin mà họ cần không, họ có thể gọi cho Dịch Vụ Khách Hàng của CHPW để được trợ giúp theo số 1-800-440-1561 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

**GỢI Ý:** Chúng tôi đề nghị hội viên sao chép lại hóa đơn chi tiết của mình và gửi kèm biểu mẫu này cho CHPW.