

مزايا العلاج البديل للأعضاء

يمكن لأعضاء خطة Community Health Plan of Washington (CHPW) Apple Health (Medicaid) الحصول على سداد قيمة علاج الوخز بالإبر والمعالجة اليدوية وعلاجات التدليك.

تغطي CHPW Apple Health بعض الخدمات ضمن شبكة مفتوحة. هذا يعني أننا ندفع مقابل العلاجات التي يتلقاها الأعضاء ضمن هذه الشروط:

- العلاج هو الوخز بالإبر أو المعالجة اليدوية أو التدليك
- الشخص الذي يقدم الخدمة لديه رخصة **Washington** المناسبة
- يقوم مقدم الرعاية بإصدار فاتورة لـ CHPW

الأعضاء الذين **ليسوا** بحاجة إلى إحالة من طبيههم المعتاد للاستفادة من هذه الخدمات.

بعض مقدمي الرعاية لا يقدرّون أو لا يعرفون كيفية إصدار فاتورة لنا. في هذه الحالات، سنعيد للأعضاء تكلفة الخدمة. (الإكرامية غير مشمولة في المبلغ الذي سندفعه).

املاً النموذج الموجود على ظهر الصفحة (صفحة 2) وأعد إرسالها إلى:

mychpw.chpw.org



يمكنهم أيضًا إرساله بالبريد الإلكتروني من خلال بوابة أعضاء myCHPW الآمنة عبر الإنترنت والتابعة لـ CHPW.

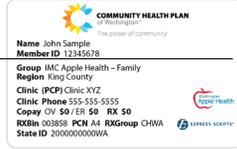
CHP Claims
P.O. Box 269002
Plano, TX 75026-9002



يمكن للأعضاء إرسال النموذج المتواجد على ظهر الصفحة (صفحة 2) عبر البريد.

هل لديك أسئلة؟ اتصل بخدمة عملاء CHPW على الرقم 1-800-440-1561 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

رقم بطاقة هوية العضو موجود
على الجزء الأمامي من بطاقة CHPW.



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

معلومات الاعضاء:

Member Information:

رقم بطاقة هوية العضو: Member ID Number	اسم العائلة Last Name	الاسم الأول First Name
		تاريخ الميلاد Date of Birth
	المدينة، الولاية، الرمز البريدي City, State, ZIP	العنوان البريدي Mailing Address

معلومات مقدم الرعاية:

Provider Information:

اسم مقدم الرعاية (مثال: Jane Johnson) Provider Name (Example: Jane Johnson)
إسم المنشأة (مثال: Evergreen Message Services) Facility Name (Example: Evergreen Message Services)
مقدم الرعاية و/ أو عنوان المنشأة Provider and/or Facility Address

معلومات الخدمة:

Service Information:

إثبات الدفع (مثال: إيصال. إذا كنت تقوم بإرفاق فاتورتك المفصلة، فيمكنك الإشارة إلى ذلك هنا). Proof of Payment (Example: a receipt. If you're attaching your superbill, you can say so here.)	تاريخ الخدمة Date of Service
قانون التشخيص Diagnosis Code	قانون الإجراءات Procedure Code

"من أين أحصل على معلومات حول مقدم الرعاية والخدمة؟"

هام: نترح أن يقوم الأعضاء بعمل نسخة من فواتيرهم المفصلة وإرسالها إلى CHPW مع هذا النموذج.

بعد حصول الأعضاء على خدمة التدليك أو المعالجة اليدوية أو العلاج بالوخز بالإبر، يجب على مقدمي الخدمة إعطائهم فاتورة، تسمى أيضًا **بالفاتورة المفصلة**. ستسرد هذه التفاصيل. إذا لم يكن أعضاء CHPW متأكدين من كيفية الحصول على الفاتورة المفصلة، أو لم يكونوا متأكدين من أن لديهم المعلومات التي يحتاجون إليها، فيمكنهم الاتصال بخدمة عملاء CHPW للحصول على المساعدة على الرقم 1-800-440-1561 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا وحتى 5:00 مساءً