



# منفعت تداوی جایگزین برای اعضا

اعضای پلان صحتی جامعه واشنگتن Apple Health (CHPW) Community Health Plan of Washington (Medicaid) می توانند مصارف تداوی طب سوزنی، کایروپراکتیک و ماساژ را دریافت کنند.

CHPW Apple Health بعضی از خدمات را تحت یک شبکه باز پوشش می دهد. این بدان معناست که ما مصارف تداوی هایی را که اعضا تحت این شرایط دریافت می کنند پرداخت می کنیم:

- تداوی ها شامل **طب سوزنی، کایروپراکتیک یا ماساژ میباشد**
- شخصی که این خدمات را ارائه می دهد <مجوز مناسب Washington را دارد>
- ارائه دهنده CHPW را بل یا صورت حساب می دهد

برای استفاده از این خدمات، اعضا ضرورتی به معرفی داکتر عمومی خود **ندارند**.

برخی از ارائه دهندگان نمی توانند یا نمی دانند چگونه به ما صورت حساب بدهند. در این موارد، ما مصارف خدمات را به اعضا پس خواهیم داد. (دادن تپ یا بخشی شامل مبلغی نمی شود که ما پرداخت خواهیم کرد.)  
فورمه پشت (صفحه 2) را پر کرده و به آدرس ذیل پس ارسال کنید:

[mychpw.chpw.org](http://mychpw.chpw.org)



آنها همچنین می توانند آن را از طریق پورتال محفوظ برای عضو بصورت آنلاین myCHPW CHPW ایمیل کنند.

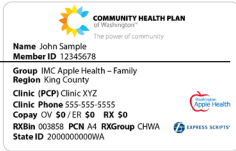
**CHP Claims**  
**P.O. Box 269002**  
**Plano, TX 75026-9002**



اعضا می توانند فورمه پشت (صفحه 2) را از طریق پست ارسال کنند.

**سوال ها؟** از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 شام، با خدمات مشتری CHPW به شماره 1-800-440-1561 (TTY: 711) تماس بگیرید.

شماره شناسه عضو در  
پیشروی کارت CHPW  
موجود است.



COMMUNITY HEALTH PLAN  
of Washington™

The power of community

## معلومات عضو:

Member Information:

نام اول  
First Name

تخلص  
Last Name

شماره شناسه عضویت  
Member ID Number

تاریخ تولد  
Date of Birth

آدرس پستی  
Mailing Address

شهر/ایالت/زیپ کد  
City, State, ZIP

## معلومات ارائه دهنده:

Provider Information:

نام ارائه دهنده (مثلاً: جین جانسن)  
Provider Name (Example: Jane Johnson)

نام محل ارائه دهنده (مثلاً: خدمات پیام رسانی همیشه سبز (Evergreen Message Services))  
Facility Name (Example: Evergreen Message Services)

آدرس محل ارائه دهنده  
Provider and/or Facility Address

## معلومات خدمات:

Service Information:

تاریخ خدمات  
Date of Service

ثبوت پرداخت (مثلاً: یک بل. اگر شما سوپر بیل (بل فوق العاده) تان را ضمیمه می کنید، شما می  
توانید اینجا بگوئید.)  
Proof of Payment (Example: a receipt. If you're attaching your superbill, you can say so here.)

کد تشخیص  
Diagnosis Code

کد پروسه  
Procedure Code

## "معلومات در باره ارائه دهنده و خدمات را از کجا دریافت کنم؟"

**نکته مفید:** ما به اعضا پیشنهاد می کنیم که یک کپی از سوپر بیل خود تهیه کرده و با این فورمه برای CHPW ارسال کنند.

پس از اینکه اعضا مساز، کایروپراکتیک یا طب سوزنی را دریافت کردند، ارائه دهندگان باید صورت حساب را به آنها بدهند که به آن **سوپر بیل** نیز می گویند. این شامل جزئیات ذیل می باشد. اگر اعضای CHPW مطمئن نیستند که چگونه سوپر بیل خود را دریافت کنند، یا مطمئن نیستند که شامل معلومات ضروری است، می توانند از دوشنبه تا جمعه با خدمات مشتری CHPW به شماره (TTY: 711) 1-800-440-1561 تماس بگیرند.