

# Льгота для участников, покрывающая альтернативное лечение



Участники плана медицинского страхования Apple Health (Medicaid) от Community Health Plan of Washington (CHPW) могут получить компенсацию за сеансы иглоукалывания, хиропрактики и массажа.

CHPW Apple Health покрывает некоторые услуги в рамках открытой сети. Это означает, что мы оплачиваем лечение, полученное участниками плана, при указанных ниже условиях:

- Лечение является **сеанс иглоукалывания, хиропрактики или массажа**
- Лицо, оказывающее услугу, имеет соответствующую **лицензию штата Washington**
- Поставщик выставит счет CHPW

Для использования этих услуг участникам **не** требуется направление от их лечащего врача.

Некоторые поставщики не могут выставить нам счет или не знают, как это сделать. В таких случаях мы возместим участникам стоимость услуги. (Чаевые не включены в сумму, которую мы оплатим).

Заполните форму на обороте (стр. 2) и отправьте ее по адресу:



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

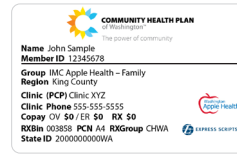
Участники могут отправить форму на обороте (стр. 2) по почте.



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

Они также могут отправить ее по электронной почте через безопасный онлайн-портал — myCHPW — участника плана CHPW.

**Остались вопросы?** Звоните в отдел обслуживания участников CHPW по номеру 1-800-440-1561 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.



Идентификационный номер участника  
указан на лицевой стороне карты CHPW.

## Информация об участнике:

Member Information:

<b>Имя</b> First Name	<b>Фамилия</b> Last Name	<b>Идентификационный номер участника</b> Member ID Number
--------------------------	-----------------------------	--

**Дата рождения**  
Date of Birth

<b>Почтовый адрес</b> Mailing Address	<b>Город, штат, индекс</b> City, State, ZIP
--	--

## Информация о поставщике:

Provider Information:

**Имя и фамилия поставщика** (Пример: Jane Johnson)  
Provider Name (Example: Jane Johnson)

**Наименование учреждения** (Пример: Evergreen Message Services)  
Facility Name (Example: Evergreen Message Services)

**Адрес поставщика и/или учреждения**  
Provider and/or Facility Address

## Информация об услуге:

Service Information:

**Дата предоставления услуги**  
Date of Service

**Подтверждение оплаты**  
(Пример: квитанция. Если вы прилагаете свой суперсчет, вы можете сообщить об этом здесь.)  
Proof of Payment (Example: a receipt. If you're attaching your superbill, you can say so here.)

**Код процедуры**  
Procedure Code

**Код диагноза**  
Diagnosis Code

### «Где я могу получить информацию о поставщиках и услугах?»

После того как участники пройдут сеанс массажа, хиропрактики или иглоукалывания, поставщики должны выставить им счет, также называемый **суперсчетом**. В нем будут указаны эти данные. Если участники CHPW не знают, как получить суперсчет, или не уверены, что в нем есть нужная им информация, они могут обратиться за помощью в отдел обслуживания участников CHPW по телефону 1-800-440-1561 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

**СОВЕТ:**  
Мы предлагаем участникам сделать копию своего суперсчета и отправить ее в CHPW вместе с этой формой.