

# আপনার মেডিকেল ইন্স্যুরেন্স বোঝা

## আপনার ইন্স্যুরেন্স কভারেজের মধ্যে দিয়ে পথ প্রদর্শন করা

আপনার সন্তানের একটি বিশেষ স্বাস্থ্য সেবার প্রয়োজন হলে, বিকাশগত বিলম্ব বা প্রতিবন্ধকতা থাকলে, আপনার ইন্স্যুরেন্স কভারেজ বোঝা গুরুত্বপূর্ণ। আপনাকে আপনার স্বাস্থ্য ইন্স্যুরেন্সের সুবিধাগুলি এবং কিভাবে আপনার সন্তানের প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ কর্মসূচীর তহবিল যোগানোতে অবদান রাখতে রাখে তা জানার জন্য উৎসাহিত করা হচ্ছে। আপনি আপনার Family Resources Coordinator (পরিবার সংস্থান সমন্বয়কারী, FRC) ও প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ দলের সাথে শেয়ার করতে এই তথ্য সংগ্রহ করার জন্য আরও বিস্তারিত পরামর্শের সাথে সংযুক্ত ইন্স্যুরেন্স যাচাইকরণ ওয়ার্কশিট ব্যবহার করতে পারেন।



## আপনার প্ল্যান সম্পর্কে জানুন

আপনার কভারেজ সম্পর্কে জানা আপনার সন্তানের চাহিদা পূরণে সেরা সিদ্ধান্তগুলি নিতে আপনাকে সাহায্য করবে। আপনার ইন্স্যুরেন্স প্ল্যানে একটি সারাংশ প্ল্যান বিবরণ আছে, একটি ডকুমেন্ট যা আপনার কভারেজের সারাংশ দেয় এবং কিভাবে আপনার ইন্স্যুরেন্স গ্রহণকারী এবং/অথবা আপনার নেটওয়ার্কে থাকা প্রদানকারীদের খুঁজে বের করতে হয় তা নিয়ে কিছু নির্দেশিকা প্রদান করে। আপনার নিয়োগকর্তা এবং ইন্স্যুরেন্স প্রদানকারীর উপর নির্ভর করে, এটি একটি কাগজের ডকুমেন্ট বা আপনি অনলাইনে পড়তে পারেন এমন তথ্য হতে পারে। আপনার প্ল্যান সম্পর্কে তথ্য খুঁজে পেতে, আপনার নিয়োগকর্তার মানব সম্পর্ক বিভাগ অথবা আপনার ইন্স্যুরেন্স কার্ডের সদস্য পরিষেবা তথ্যের সাথে যোগাযোগ করুন।

## আপনার প্ল্যান সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করা সাধারণ প্রশ্নগুলি

আপনার প্ল্যানে কী কভার করা আছে এই প্রাথমিক তথ্য ছাড়াও, কভারেজের জন্য প্রয়োজনীয় নিয়মাবলী সম্পর্কে জানাও গুরুত্বপূর্ণ:

- আপনার প্ল্যানে কি কোনো বিশেষজ্ঞকে দেখানোর জন্য আপনার ডাক্তার অথবা অন্যান্য পরিষেবা প্রদানকারীর থেকে একটি রেফারেল প্রয়োজন?
- আপনার প্ল্যানে কি প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ পরিষেবা (অর্থাৎ, শারীরিক থেরাপিস্ট, পেশাগত থেরাপিস্ট, বাচন থেরাপিস্ট, নিউট্রিশনিষ্ট) প্রদান করা কোনো নির্দিষ্ট থেরাপিস্ট/কর্মসূচী দেখানোর জন্য একটি রেফারেল প্রয়োজন?

- কিভাবে আপনি একটি রেফারেল অর্জন করেন? অফিসে গিয়ে? অগ্রিম বিজ্ঞপ্তির মাধ্যমে? অন্যান্য?
- আমার প্ল্যান এক বছরে কতগুলি থেরাপি সাক্ষাৎ কভার করে? রেফারেলের কি পুনর্নবীকরণ প্রয়োজন? আপনি কি ফোনে কল করে আরও সাক্ষাতের জন্য পেতে পারেন নাকি আপনাকে প্রাথমিক পরিচর্যা ডাক্তারের সাথে আরেকটি সাক্ষাতের জন্য সময়সূচী নির্ধারণ করতে হয়?
- কোন অ্যাপয়েন্টমেন্ট, পরীক্ষা ও প্রণালীগুলির প্রাক-অনুমোদন প্রয়োজন? ডাক্তার কি প্রাক-অনুমোদন অর্জন করতে পারেন নাকি আপনাকে সরাসরি আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করতে হয়?
- আপনাকে কি শুধুই প্ল্যানের কভার করা প্রদানকারীদের (নেটওয়ার্কের মধ্যে থাকা প্রদানকারী) ব্যবহার করতে হবে?
- আপনি আপনার প্ল্যানের অংশ না হওয়া (নেটওয়ার্কের বাইরের কভারেজ) ডাক্তার বা অন্যান্য চিকিৎসা পরিষেবা প্রদানকারীদের দেখাতে পারলে, এই ডাক্তার বা অন্যান্য পরিষেবা প্রদানকারীদের দেখানোর জন্য প্ল্যানে কী কী নিয়ম আছে? একটি নেটওয়ার্কের বাইরের প্রদানকারী ব্যবহার করার জন্য আপনার কত খরচ হবে?
- আপনি কি আপৎ কালীন পরিস্থিতিতে অথবা ভ্রমণ করার সময় আপনার প্ল্যানের নেটওয়ার্কের অংশ নয় এমন একজন ডাক্তার বা অন্যান্য পরিষেবা প্রদানকারীদের দেখাতে পারেন? এমনটি হলে, আপনার কত খরচ হবে?

## যোগাযোগ:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers Program (নবজাতক ও ছোট শিশুদের কর্মসূচীর জন্য, শিশু, যুবা ও পরিবারদের প্রারম্ভিক সহায়তা)

PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | [esit@dcyf.wa.gov](mailto:esit@dcyf.wa.gov)

[www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit](http://www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit)



Washington State Department of  
**CHILDREN, YOUTH & FAMILIES**

## চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়

এমনকি আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যান কোন সুবিধাগুলি কভার করে ও কিভাবে বিলিং কাজ করে তা আপনি জানলেও, আপনার সন্তানের প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ পরিষেবা কভার করা নিয়ে সমস্যা হতে পারে। "চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়" পরিভাষাটি বিমা কোম্পানিগুলি একটি নির্দিষ্ট চিকিৎসা বা প্রণালীর জন্য চিকিৎসাগত প্রয়োজনীয়তা নির্ধারণ করতে ব্যবহার করে। এই সংজ্ঞাটি আপনার সন্তানের প্রয়োজন হতে পারে চিকিৎসা ও প্রণালীর জন্য পেমেন্টের নির্ণায়ক কারণ হিসেবে ব্যবহার করা হয়।

আপনার সবসময় আপনার প্ল্যানের চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়-এর সংজ্ঞা দেখে নেওয়া উচিত; চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় যেকোনো সংজ্ঞারই ব্যাখ্যা বিভিন্ন হতে পারে। আপনাকে চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়তা প্রমাণ করতে হলে, আপনার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী, বা পরিষেবার অনুরোধ করা অন্যান্য চিকিৎসা প্রদানকারী একটি চিঠি লিখতে পারেন।

## একটি প্রত্যখ্যানের আপিল করা

আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যান কোনো পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান না করলে অথবা কোনো পরিষেবার জন্য আগাম সম্মত না হলে, আপনার কাছে স্বাস্থ্য প্ল্যানের সিদ্ধান্তের আপিল করার বিকল্প আছে। আপনার FRC বা পরিষেবা প্রদানকারী কেন ইন্স্যুরেন্স পরিষেবার জন্য অর্থ প্রদান করছে না সেই তথ্য পাওয়ার জন্য আপনার ও আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যানের সাথে কাজ করাকালীন, একটি আপিলের সূচনা করার দায়িত্ব আপনার। আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যানের জন্য আপিল প্রক্রিয়ার উপর তথ্য কভারেজের প্রমাণ রয়েছে। একটি স্বাস্থ্য প্ল্যানের আপিল করার প্রক্রিয়াটি এক স্বাস্থ্য প্ল্যানের থেকে অন্যটির অন্য আলাদা তাই আপনাকে আপনার কভারেজ পর্যালোচনা করার সময় একইসাথে প্রক্রিয়ার সাথে নিজেকে পরিচিত করতে হবে। আপনার প্ল্যানের Explanation of Benefit (সুবিধার ব্যাখ্যা, EOB) ফর্ম আপনাকে জানাবে কোনো পরিষেবা কভার করা আছে কিনা। আপনার স্বাস্থ্য প্ল্যানকে আপনার সন্তানের জন্য সব পরিষেবা কভার করতে হবে না এবং আপনার প্ল্যান প্রত্যখ্যানত পরিষেবা কভার করে তা নিশ্চিত করার জন্য আপনাকে প্রথমে কভারেজের প্রমাণ পুস্তিকাটি দেখে নিতে হবে। সাধারণভাবে, নিম্নলিখিত ধাপগুলি নেওয়া যেতে পারে:

- পরিষেবাটি ভুল বশত প্রত্যখ্যান করা হয়েছে বলে আপনার মনে হলে, আপনি আপনার EOB আলোচনা করার জন্য ফোনে কল করে আপনার প্ল্যানের সাথে যোগাযোগ করতে পারেন। এটি একটি অনানুষ্ঠানিক পর্যালোচনা প্রক্রিয়া। কোনো অনানুষ্ঠানিক পর্যালোচনার যেকোনো পরিণাম লিখিতভাবে পাওয়া নিশ্চিত করুন কেননা আপনি একটি ফোন কলের আপিল করতে পারবেন না।
  - আপনার প্ল্যানকে করা প্রতিটি ফোন কলের কাকে কল করেছেন ও কথপোকথনের টিকার সাথে একটি রেকর্ড রাখুন। স্বাস্থ্য প্ল্যান প্রতিনিধি আপনার কাছে তথ্য নিয়ে ফিরে আসলে, আপনি কখন একটি জবাবের যুক্তিসঙ্গতভাবে আশা করতে পারেন তা জেনে নেওয়া নিশ্চিত করুন এবং আপনি কোনো খবর না পেলে স্বাস্থ্য প্ল্যানের সাথে ফলো আপ করতে থাকুন।

- আপনার গ্রাহক পরিষেবা প্রতিনিধি যদি বলেন যে আপনার প্ল্যান কোনো পরিষেবা কভার করবে না, তাহলে আপনি তবুও কভারেজের জন্য একটি ক্লেম জমা দিতে পারেন। আপনি একটি আনুষ্ঠানিক আপিলের দিকে এগিয়ে যেতে চাইলে আপনার লিখিত প্রত্যখ্যান প্রয়োজন।



- আপনি একটি আনুষ্ঠানিক আপিল ফাইল করার সিদ্ধান্ত নিলে, তা লিখিত হতে হবে।
  - আপনার স্বাস্থ্য প্লানে একটি আপিল ফর্ম থাকতে পারে।
  - না হলে, কভারেজের প্রমাণ আপিল প্রক্রিয়াটি বর্ণনা করবে।
  - সবসময় আপনার লিখিত আপিলের একটি কপি রাখুন।
- নিম্নলিখিত তথ্য একটি আপিলে প্রদান করার আশা রাখুন
  - আপনার নাম, ঠিকানা, ও টেলিফোন নম্বর
  - আপনার সদস্য সনাক্তকরণ নম্বর বা Social Security number (সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর)
  - Explanation of Benefit (সুবিধার ব্যাখ্যা, EOB) ফর্ম এবং আপনার প্রদানকারীর নাম ও বিলিং ফর্মের কপি
  - আপনার কভার করতে চাওয়া পরিষেবা বা প্রণালীর বিবরণ
  - কেন পরিষেবাটি কভার করা উচিত সেই তথ্য

আপনাকে হয়তো একটি নির্দিষ্ট সময়কালের মধ্যে আপনার আপিল ফাইল করতে হবে। অনুমোদিত সময়কালের বাইরে ফাইল করা আপিল স্বাস্থ্য প্ল্যান বিবেচনা করবে না। কিছু ক্ষেত্রে, জরুরি কেসের জন্য প্ল্যানের একটি বিশেষ প্রণালী থাকতে পারে।

Washington স্টেটে ইন্স্যুরেন্স বিধানগুলির উপর আরও তথ্যের জন্য, 1-800-562-6900 নম্বরে ইন্স্যুরেন্স উপভোক্তা হটলাইনে কল করুন।

বিশেষ স্বাস্থ্য সেবার প্রয়োজন, বিকাশগত বিলম্ব, বা প্রতিবন্ধকতা থাকা শিশুদের অন্য স্বাস্থ্য সেবার আর্থিক সংস্থানের উপর আরও তথ্যের জন্য, 1-800-5-PARENT নম্বরে Washington স্টেটের Family Voice-এ কল করুন।

# ইন্স্যুরেন্স যাচাইকরণ শিট

শিশুর নাম: \_\_\_\_\_ পিতামাতার নাম: \_\_\_\_\_  
শিশুর (DOB): \_\_\_\_\_ শিশুর রোগনির্নয়: \_\_\_\_\_  
রেফার করা ডাক্তার: \_\_\_\_\_

ইন্স্যুরেন্সের তথ্য: অনুগ্রহ করে আপনার ইন্স্যুরেন্স কোম্পানিকে কল করুন এবং এই ফর্মটি আপনি যত ভালোভাবে পারেন পূরণ করুন। আপনি আপনার কভারেজের সাথে পরিচিত না হলে এটি খুবই সহায়ক তথ্য।

ইন্স্যুরেন্সের নাম: \_\_\_\_\_ ফোন: \_\_\_\_\_

ক্রেমের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

বিমাকৃতের নাম: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

প্ল্যান/গ্রুপ #: \_\_\_\_\_ পলিসির কার্যকর তারিখ: \_\_\_\_\_

আপনি কল করার সময়, পরে রেফারেন্সের জন্য আপনি যে ব্যক্তির সাথে কথা বলেছেন তার নাম লিখে রাখা নিশ্চিত করুন।

যোগাযোগ করার ব্যক্তি: \_\_\_\_\_ কলের তারিখ, সময়: \_\_\_\_\_

বলুন, "আমি স্নায়ুগত বিকাশের সুবিধার জন্য আমার সুবিধা ও কভারেজ স্পষ্ট করে জানার জন্য কল করছি।" (তারা আপনার সদস্য ID # জিজ্ঞাসা করবে) সব তথ্য সম্পূর্ণ করার জন্য পর্যাপ্ত প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন। অসম্পূর্ণ তথ্যের জন্য আরেকটি ফোন কল করতে হবে।

আমার থেরাপিস্ট/EI প্রোগ্রাম কি, \_\_\_\_\_, অংশগ্রহণকারী প্রদানকারীর তালিকায় আছে?

আপনার পছন্দের থেরাপিস্ট/EI প্রোগ্রাম তাদের নেটওয়ার্কে না থাকলে, এই প্রশ্নগুলি করুন:

"আমার পলিসি কি আমাকে আমার নিজের থেরাপিস্ট বেছে নেওয়ার অনুমোদন দেয়?" \_\_\_\_\_

"আমি কি আমার নেটওয়ার্ক বা প্রদানকারী তালিকার বাইরে যেতে পারি?" (এমনটি হলে, "আমার কভারেজ কি আলাদা, আর পার্থক্যটা কী? আমাকে কি পার্থক্যের জন্য বিল করা হবে?") \_\_\_\_\_

তারপর জিজ্ঞাসা করুন: "আমার এটি কী":

কো-পে: \_\_\_\_\_ % বা \$ \_\_\_\_\_ /সেশন। কো-পে বা কোইন্স্যুরেন্স কি প্রতি দিন  নাকি প্রতি থেরাপি  হিসেবে?

উদাহরণস্বরূপ, আপনার সন্তান OT ও বাচন থেরাপি করলে এবং আপনার কো-পে \$15 হলে, আপনাকে কি প্রতি থেরাপি পিছু \$15 দিতে হবে যা মোট হল \$30 নাকি আপনি এক দিনে যতগুলি থেরাপি করান না কেন সবগুলি \$15-এ হবে।

কেটে নেওয়া হবে?  না  হ্যাঁ কেটে নেওয়ার পরিমাণ \$ \_\_\_\_\_ / পরিবার বা ব্যক্তি?

প্রতি ক্যালেন্ডার বছরে কেটে নেওয়া হবে?  হ্যাঁ  না মাসিক কেটে নেওয়া শুরু হয়: \_\_\_\_\_

এই বছরের জন্য কোনো কেটে নেওয়া কি পূরণ করা হয়েছে?  হ্যাঁ  না হ্যাঁ হলে, কত? \_\_\_\_\_

আমার সুবিধা বছরের তারিখগুলি কী: \_\_\_\_\_ থেকে \_\_\_\_\_

আমার নিজের পকেট থেকে সর্বাধিক কত খরচ হবে? \_\_\_\_\_

আমার জীবনভরের সর্বাধিক কত? \$ \_\_\_\_\_ আজ পর্যন্ত কত পূরণ হয়েছে? \$ \_\_\_\_\_

জীবনভরের সর্বাধিক কি পরিবার পিছু নাকি ব্যক্তি পিছু? \_\_\_\_\_

প্রতি বছর, থেরাপি পিছু (সব থেরাপি সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করুন - Occupational Therapy (পেশাগত থেরাপি, OT), Physical Therapy (শারীরিক থেরাপি, PT), ও Speech Therapy (বাচন থেরাপি, ST) - এমনকি আপনার সন্তানের শুধু একটি প্রয়োজন হলেও, যাতে আপনাকে ভবিষ্যতে আর কল করতে না হয়)? \_\_\_\_\_

OT, \_\_\_\_\_ PT, \_\_\_\_\_ বাচনের জন্য সাক্ষাতগুলি।

আজ পর্যন্ত কোনো সুবিধা ব্যবহার করা হয়েছে?  হ্যাঁ  না হ্যাঁ হলে, ব্যাখ্যা করুন: \_\_\_\_\_

আমার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারীর থেকে কি প্রাক-অনুমোদন প্রয়োজন?  হ্যাঁ  না

OT, PT ও বাচনের মতো নির্দিষ্ট পরিষেবার জন্য কি আমার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারীর থেকে প্রাক-অনুমোদন প্রয়োজন?  হ্যাঁ  না

আমার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারীর থেকে কি একটি প্রেসক্রিপশন প্রয়োজন?  হ্যাঁ  না

OT, PT ও বাচনের মতো নির্দিষ্ট পরিষেবার জন্য কি আমার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারীর থেকে প্রেসক্রিপশন প্রয়োজন?  হ্যাঁ  না

হ্যাঁ হলে, সাক্ষাত প্রাক-অনুমোদন করা বা আপনাকে একটি প্রেসক্রিপশন দেওয়ার জন্য তাদের কী প্রয়োজন (অর্থাৎ, চিকিৎসা রেকর্ড, প্রেসক্রিপশন, মূল্যায়ন, চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয়-এর চিঠি, ইত্যাদি)জিজ্ঞাসা করুন: \_\_\_\_\_

অনুমোদন/প্রেসক্রিপশনটি কতগুলি সেশন কভার করে: \_\_\_\_\_

অনুমোদন/প্রেসক্রিপশন কোন সময়কাল কভার করে: \_\_\_\_\_ থেকে \_\_\_\_\_

আমাদের সাক্ষাত শেষ হয়ে গেলে আমরা কি আরও সাক্ষাতের অনুমোদন পেতে পারি?  হ্যাঁ  না

নিম্নলিখিত কোডগুলি কি কভার করা আছে?

থেরাপি	কোড	হ্যাঁ	না

আমার পলিসিতে কি "অবশিষ্ট পরিমাণ দুর্ঘটনা, অসুস্থতা বা আঘাতের কারণে হলে তবেই শুধু থেরাপি কভার করা হবে"-এর মতো কোনো বহিষ্করণের ধারা আছে?  হ্যাঁ  না

হ্যাঁ হলে, ধারাটি কী? \_\_\_\_\_

আপনি আপনার ক্লেম কোন ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান? \_\_\_\_\_

\*\*\*আপনার একটি গৌন ইন্স্যুরেন্স পলিসি থাকলে, সেই ইন্স্যুরেন্সের জন্যও এই ফর্মগুলির একটি পূরণ করুন।

আপনার একটি হেলথ সেভিংস অ্যাকাউন্ট অথবা চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় পরিষেবার জন্য অর্থ দেওয়া অন্য ধরনের অ্যাকাউন্ট থাকলে, কিভাবে এই সুবিধাগুলি প্রারম্ভিক হস্তক্ষেপ পরিষেবার জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে সেই সম্পর্কে আপনার পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

আপনার মেডিকেল ইন্স্যুরেন্স বোঝা

পৃষ্ঠা 4

DCYF বৈষম্য করে না এবং জাতি, বর্ণ, লিঙ্গ, ধর্ম, ধর্মমত, বৈবাহিক মর্যাদা, রাষ্ট্রীয় মূল, যৌন অভিযোজন, বয়স, প্রবীণের মর্যাদা, বা কোনো শারীরিক, সংবেদনশীলতা, বা মানসিক অক্ষমতা নির্বিশেষে সকলের জন্য এর প্রোগ্রাম এবং পরিষেবাগুলিতে সমান অধিকার প্রদান করে।

আপনি যদি এই প্রকাশনার কপি বিকল্প ফরম্যাট বা ভাষায় পেতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে DCYF Constituent Relations (DCYF সাংবিধানিক সম্পর্ক) এর সাথে 1-800-723-4831 নম্বরে বা [communications@dcyf.wa.gov](mailto:communications@dcyf.wa.gov).

DCYF PUBLICATION FS\_0034 BN (07-2023) Bengali