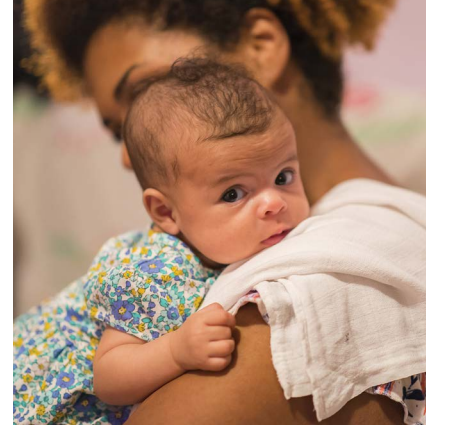


உங்கள் மருத்துவக் காப்பீட்டைப் புரிந்துகொள்ளுதல்

உங்கள் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்பைத் தெரிந்துகொள்ளுதல்

உங்கள் குழந்தைக்கு பிரத்யேக உடல்நலப் பராமரிப்புத் தேவை, வளர்ச்சிக் குறைபாடு அல்லது மாற்றுத்திறன் இருக்கும்போது, உங்கள் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்பைப் புரிந்துகொள்வது முக்கியம். உங்கள் உடல்நலக் காப்பீட்டு பலன்கள் குறித்தும் உங்கள் குழந்தையின் முன்கூட்டிய தலையீட்டுத் திட்டத்தில் நிதியளிப்பு செய்வதற்கு எப்படி காப்பீட்டினைப் பயன்படுத்தலாம் என்பது குறித்தும் மேலும் தெரிந்துகொள்ள உங்களை ஊக்குவிக்கிறோம். உங்கள் Family Resources Coordinator (குடும்ப வள ஒருங்கிணைப்பாளர், FRC) மற்றும் முன்கூட்டிய தலையீட்டுக் குழுவுடன் பகிர்வதற்கு இந்தத் தகவலைச் சேகரிப்பதற்காக மேலும் விரிவான உதவிக்குறிப்புகளுடன் உள்ள இணைக்கப்பட்டுள்ள காப்பீட்டு சரிபார்ப்பு பணித்தாளை நீங்கள் பயன்படுத்தலாம்.



உங்கள் திட்டம் குறித்துத் தெரிந்துகொள்ளுங்கள்

உங்கள் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்பு குறித்துத் தெரிந்துகொள்வது உங்கள் குழந்தையின் தேவைகளைப் பூர்த்தி செய்வதில் சிறந்த முடிவுகளை நீங்கள் எடுக்க உதவும். உங்கள் காப்பீட்டுத் திட்டமானது சுருக்கமான திட்ட விவரத்தைக் கொண்டிருக்கும். இது உங்கள் பாதுகாப்பினைத் தொகுத்து அளிப்பதுடன் உங்கள் காப்பீட்டை ஏற்கும் வழங்குநர்களை மற்றும்/அல்லது உங்கள் நெட்வொர்க்கில் உள்ளவர்களை எப்படிக் கண்டுபிடிப்பது என்பதில் சில வழிகாட்டுதல்களை அளிக்கிறது. உங்கள் தொழில் உரிமையாளர் மற்றும் காப்பீட்டு வழங்குநரைப் பொறுத்து, இது ஒரு காகித ஆவணமாகவோ அல்லது நீங்கள் ஆன்லைனில் வாசிக்கக்கூடிய தகவல்களாகவோ இருக்கும். உங்கள் திட்டம் குறித்த தகவல்களைக் கண்டறிய, உங்கள் காப்பீட்டு அட்டையிலுள்ள உங்கள் தொழில் உரிமையாளரின் மனிதத் தொடர்புகள் துறையை அல்லது உறுப்பினர் சேவை தகவல்களைத் தொடர்புகொள்ளுங்கள்.

உங்கள் திட்டம் குறித்துக் கேட்கக்கூடிய பொதுவான கேள்விகள்

உங்கள் திட்டத்தில் அடங்கியுள்ளவை குறித்த அடிப்படைப் புரிதல்களைத் தாண்டி, பாதுகாப்புக்குத் தேவையான விதிகள் குறித்து அறிந்துகொள்வது முக்கியம்:

- உங்கள் காப்பீட்டுத் திட்டப்படி உங்கள் மருத்துவர் அல்லது பிற சேவை வழங்குநரிடமிருந்து ஒரு சிறப்பு நிபுணரைக் காண்பதற்கு பரிந்துரை தேவையா?
- உங்கள் திட்டத்தில் முன்கூட்டிய தலையீட்டுச் சேவைகள் வழங்கும் ஒரு குறிப்பிட்ட சிகிட்சையாளர்/திட்டத்தைப் பார்க்க (அதாவது உடற்சிகிட்சை, தொழில்சார் சிகிட்சையாளர், பேச்சு சிகிட்சையாளர், ஊட்டச்சத்து நிபுணர்) பரிந்துரை தேவைப்படுகிறதா?

- ஒரு பரிந்துரையை எவ்வாறு பெறுவீர்கள்? அலுவலக வருகை? முன்கூட்டிய அறிவிப்பு? மற்றவை?
- எனது திட்டத்தில் ஒரு வருடத்தில் எத்தனை சிகிட்சை வருகைகள் ஏற்கப்படுகின்றன? பரிந்துரையைப் புதுப்பிக்க வேண்டிய தேவையுள்ளதா? தொலைபேசி வாயிலாக கூடுதல் வருகைகளுக்கு ஒப்புதல் பெறமுடியுமா அல்லது ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவருடன் இன்னொரு வருகையை நீங்கள் திட்டமிட வேண்டியுள்ளதா?
- முன் அனுமதிக்கு என்ன அப்பாயிண்ட்மெண்டுகள், சோதனை மற்றும் நடைமுறைகள் தேவை? மருத்துவர் முன் அனுமதி பெறமுடியுமா அல்லது நீங்கள் உங்கள் உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டத்தை நேரடியாகத் தொடர்புகொள்ள வேண்டுமா?
- திட்டப் பாதுகாப்புக்கு ஒப்புக்கொண்ட வழங்குநர்களை மட்டுமே நீங்கள் பயன்படுத்த வேண்டுமா (நெட்வொர்க்கில் உள்ள வழங்குநர்கள்)?
- உங்கள் திட்டத்தில் சேராத மருத்துவர்கள் அல்லது பிற மருத்துவச் சேவை வழங்குநர்களையும் நீங்கள் பார்க்க வேண்டியிருந்தால் (நெட்வொர்க்கில் இல்லாதவர்கள்), இந்த மருத்துவர்களை அல்லது வேறு சேவை வழங்குநர்களைக் காண்பதற்கு உங்கள் திட்டத்தில் உள்ள விதிகள் என்ன? நெட்வொர்க்கில் இல்லாத வழங்குநரைப் பயன்படுத்துவதற்கு உங்களுக்கு எவ்வளவு செலவாகும்?
- ஒரு அவசரநிலை அல்லது பயணத்தின்போது உங்கள் திட்ட நெட்வொர்க்கில் இல்லாத ஒரு மருத்துவரை அல்லது பிற சேவை வழங்குநரை நீங்கள் பார்க்க முடியுமா? ஆம் எனில், உங்களுக்கு ஆகும் செலவு எவ்வளவு?

தொடர்புக்கு:

Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (இளைஞர்கள் மற்றும் குடும்பத்தினர் நலத்துறையின் கைக்குழந்தைகள் மற்றும் தளர்நடைப் பருவத்தினருக்கான முன்கூட்டிய ஆதரவு) திட்டம்
PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | esit@dcyf.wa.gov
www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

மருத்துவரீதியான தேவை

உங்கள் உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டத்தில் என்ன பலன்கள் உள்ளன, பில்லிங் எப்படி செய்யப்படுகிறது என்று நீங்கள் தெரிந்திருந்தாலும்கூட, அப்போதும் உங்கள் குழந்தையின் முன்கூட்டிய தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கு பாதுகாப்புப் பெறுவதில் உங்களுக்குப் பிரச்சினைகள் இருக்கலாம். ஒரு குறிப்பிட்ட சிகிச்சை அல்லது நடைமுறைக்கான மருத்துவத் தேவையைத் தீர்மானிக்க காப்பீட்டு நிறுவனங்கள் “மருத்துவரீதியான தேவை” என்ற பதத்தைப் பயன்படுத்துகின்றன. இந்த விளக்கம் உங்கள் குழந்தைக்குத் தேவைப்படக்கூடிய சிகிச்சை மற்றும் நடைமுறைகளுக்குத் தொகையளிப்பதில் ஒரு தீர்மானிக்கும் காரணியாகப் பயன்படுகிறது.

அத்தியாவசிய மருத்துவத்துக்கு உங்கள் திட்டத்தில் தரப்பட்ட விளக்கத்தில் மருத்துவத் தேவை என்பதில் முன்கூட்டிய தலையீட்டுக்கு இடமுள்ளதா என நீங்கள் எப்போதும் பார்க்க வேண்டும். அத்தியாவசிய மருத்துவத்தை நீங்கள் நிரூபிக்க வேண்டியிருந்தால், உங்கள் ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவர் அல்லது சேவையைக் கோரும் பிற மருத்துவர்கள் ஒரு கடிதல் எழுதலாம்.

மறுதலிப்புக்கான மேல்முறையீடு

உங்கள் உடல்நலத் திட்டம் ஒரு சேவைக்குத் தொகையளிக்கவில்லையெனில் அல்லது ஒரு சேவைக்கு முன்னதாகவே ஒப்புதல் அளிக்காவிடில், பின்னர் சுகாதாரத் திட்ட முடிவு குறித்து மேல்முறையீடு செய்யும் வாய்ப்பு உங்களுக்குள்ளது. சேவைக்காக உங்கள் காப்பீடானது ஏன் தொகை செலுத்தாது என்ற தகவலைப் பெறுவதில் உங்கள் FRC அல்லது சேவை வழங்குநர் உங்களுடனும் உங்கள் உடல்நலத் திட்டத்துடனும் செயல்படக்கூடும் என்ற நிலையில், ஒரு மேல்முறையீட்டைத் துவங்கும் பொறுப்பு உங்களுடையது. உங்கள் உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டத்துக்கான மேல்முறையீடுகள் குறித்த தகவல்கள் பாதுகாப்புக்கான சான்றினில் உள்ளது. ஒவ்வொரு உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டத்துக்கும் மேல்முறையீட்டு நடைமுறை மாறுபடும். எனவே உங்கள் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்பைச் சரிபார்க்கும் அதே நேரத்தில் இந்த நடைமுறையை நீங்கள் தெரிந்துகொள்ள வேண்டும். உங்கள் திட்டத்தின் Explanation of Benefits (பலன்கள் விளக்கம், EOB) படிவத்தில் ஒரு சேவை உள்ளடங்கியுள்ளதா இல்லையாவெனச் சொல்லப்பட்டிருக்கும். உங்கள் குழந்தைக்கான அனைத்துச் சேவைகளும் உங்கள் உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டத்தில் அடங்கியிருக்க வேண்டியதில்லை. மறுக்கப்பட்ட சேவை உங்கள் திட்டத்தில் அடங்கியுள்ளதா என உறுதிப்படுத்துவதற்கு முதலில் Evidence of Coverage (பாதுகாப்பு சான்று) கையேட்டினைப் பாருங்கள். பொதுவாக பின்வரும் நடவடிக்கைகளை எடுக்கலாம்:

- பிழையாக சேவை மறுக்கப்பட்டுள்ளது என நீங்கள் நம்பினால், உங்கள் காப்பீட்டு நிறுவனத்தைத் தொலைபேசியில் தொடர்புகொண்டு உங்கள் EOB குறித்து விவாதிக்கலாம். இது முறைசாரா சீராய்வு நடைமுறை. முறைசாரா சீராய்விலிருந்து பெறும் எந்த விளைவையும் எழுத்துப்பூர்வமாகப் பெறுவதை உறுதிசெய்யுங்கள். ஏனென்றால் ஒரு தொலைபேசி அழைப்பினைக் கொண்டு மேல்முறையீடு செய்ய முடியாது.
 - உங்கள் திட்டத்துக்கான ஒவ்வொரு தொலைபேசி அழைப்பையும் பதிவுசெய்து வையுங்கள். அதில் நீங்கள் பேசிய நபரின் பெயரும் உரையாடல் குறிப்புகளும் இருக்கட்டும். உடல்நலக் காப்பீட்டுப் பிரதிநிதி தகவல்களுடன் உங்களிடம் வருவார். நியாயமாக எப்போது ஒரு பதிவை எதிர்பார்க்கலாம் மற்றும் அப்படி பதில் வராவிட்டால் உடல்நலக் காப்பீட்டுடன் பின்தொடர் நடவடிக்கை மேற்கொள்வது ஆகியவை குறித்து மறக்காமல் தெரிந்துகொள்ளுங்கள்.

- உங்கள் வாடிக்கையாளர் சேவை பிரதிநிதி உங்கள் திட்டத்தில் ஒரு சேவை சேராது என்று கூறினால், அப்போதும் நீங்கள் ஒரு உரிமைகோரலைச் சமர்ப்பிக்க முடியும். ஒரு முறையான மேல்முறையீட்டை மேற்கொள்ள நீங்கள் விரும்பினால், உங்களுக்கு எழுத்துப்பூர்வ மறுப்பு தேவை.



- முறையான மேல்முறையீட்டைத் தாக்கல்செய்ய நீங்கள் தீர்மானித்தால், அது எழுத்துப்பூர்வமாக இருக்க வேண்டும்.
 - உங்கள் உடல்நலக் காப்பீட்டுத் திட்டத்தில் ஒரு மேல்முறையீட்டுப் படிவம் இருக்கலாம்.
 - அவ்வாறில்லையெனில், Evidence of Coverage (பாதுகாப்புச் சான்று) மேல்முறையீட்டு நடைமுறையை விவரிக்கும்.
 - உங்கள் எழுத்துப்பூர்வ மேல்முறையீட்டின் ஒரு நகலை எப்போதும் வைத்திருங்கள்.
- மேல்முறையீட்டில் பின்வரும் தகவல்களை வழங்குவது எதிர்பார்க்கப்படுகிறது
 - உங்கள் பெயர், முகவரி மற்றும் தொலைபேசி எண்
 - உங்கள் உறுப்பினர் அடையாள எண் அல்லது Social Security number (சமூகப் பாதுகாப்பு எண்)
 - Explanation of Benefits (பலன்கள் விளக்கம், EOB) படிவங்களின் நகல்கள் மற்றும் உங்கள் வழங்குநரின் பெயர் மற்றும் பில்லிங் படிவம்
 - உள்ளடங்கியிருக்க வேண்டுமென நீங்கள் விரும்பும் சேவை அல்லது நடைமுறை விபரம்
 - ஏன் அந்தச் சேவை உள்ளடங்கியிருக்க வேண்டும் என்பதை ஆதரிக்கும் தகவல்கள்

ஒரு குறிப்பிட்ட கால அவகாசத்துக்குள் உங்கள் மேல்முறையீட்டை நீங்கள் தாக்கல் செய்ய வேண்டியிருக்கலாம். அனுமதிக்கப்பட்ட கால கட்டத்துக்குப் பின் தாக்கல் செய்யப்படும் மேல்முறையீடுகள் உடல்நலக் காப்பீட்டால் பரிசீலிக்கப்படாது. சில சமயங்களில் திட்டத்தில் அவசர நிகழ்வுகளுக்கென சிறப்பு நடைமுறை இருக்கலாம்.

Washington மாகாணத்தில் காப்பீட்டு ஒழங்குமுறைகள் குறித்த கூடுதல் தகவல்களுக்கு, 1-800-562-6900 என்ற காப்பீட்டு நுகர்வோர் உதவி எண்ணை அழைக்கவும்.

சிறப்பு சுகாதாரப் பராமரிப்புத் தேவை, வளர்ச்சிக் குறைபாடு அல்லது மாற்றுத்திறனுள்ள குழந்தைகளின் சுகாதாரப் பராமரிப்புக்கு நிதியளிப்பது தொடர்பான கூடுதல் தகவல்களுக்கு, Washington மாகாண குடும்பக் குரல்களின் 1-800-5-PARENT என்ற எண்ணை அழைக்கவும்.

காப்பீடு சரிபார்ப்பு பணித்தாள்

குழந்தையின் பெயர்: _____ பெற்றோர் பெயர்: _____

குழந்தையின் DOB: _____ குழந்தையிடம் கண்டறியப்பட்ட நோய்: _____

பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருத்துவர்: _____

காப்பீடு தகவல்கள்: தயவுசெய்து உங்கள் காப்பீட்டு நிறுவனத்துக்கு போன் செய்து முடிந்தவரை சிறப்பாக இந்தப் படிவத்தை நிரப்புங்கள்: உங்கள் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்பு குறித்து உங்களுக்கு பரிட்சயம் இல்லையெனில் இது மிகவும் உதவிகரமான தகவலாக இருக்கும்.

காப்பீட்டின் பெயர்: _____ தொலைபேசி: _____

உரிமைகோரல்கள் முகவரி: _____

காப்புறுதி பெற்றவர் பெயர்: _____ ID #: _____

திட்டம்/குழு #: _____ திட்டம் அமலுக்கு வந்த தேதி: _____

நீங்கள் அழைக்கும்போது, பின்னர் குறிப்புக்காகத் தேவைப்படுமென்பதால், நீங்கள் பேசும் நபரின் பெயரைக் குறித்துக்கொள்ளுங்கள்.

தொடர்பு நபர்: _____ தேதி, அழைப்பு நேரம்: _____

“நரம்பியல் வளர்ச்சி பலன்களுக்கான எனது பலன்கள் மற்றும் பாதுகாப்பு குறித்துத் தெளிவுபடுத்திக்கொள்ள அழைத்துள்ளேன்” என்று சொல்லுங்கள். (அவர்கள் உங்கள் உறுப்பினர் ID # கேட்பார்கள்) அனைத்துத் தகவல்களையும் நிறைவுசெய்யப் போதிய கேள்விகளைக் கேளுங்கள். தகவல்கள் முழுமையடையாவிட்டால் இன்னொரு தொலைபேசி அழைப்பு தேவையிருக்கும்.

எனது சிகிட்சையாளர்/ET திட்டமானது, _____, பங்கேற்கும் வழங்குநர் பட்டியலில் உள்ளதா?

உங்கள் தேர்வுக்குரிய உங்கள் சிகிட்சையாளர்/ET திட்டமானது அவர்களது நெட்வொர்க்கில் இல்லையெனில், இந்தக் கேள்விகளைக் கேளுங்கள்:

“எனது திட்டமானது எனது சொந்த சிகிட்சையாளரைத் தேர்ந்தெடுக்க அனுமதிக்கிறதா?” _____

“எனது நெட்வொர்க்குக்கு அல்லது வழங்குநர் பட்டியலுக்கு வெளியே நான் செல்லமுடியுமா?” (ஆம் எனில், “எனது உள்ளடங்கிய பாதுகாப்பு வேறுபடுமா? என்ன வேறுபாடு? வேறுபாட்டுக்கு எனக்குக் கட்டணம் விதிக்கப்படுமா?”) _____

பின்னர் கேளுங்கள்: “இதில் என்னுடையது என்ன?”:

இணையாகச் செலுத்தும் தொகை: _____ % அல்லது \$ / அமர்வு. ஒருநாளுக்கான அல்லது ஒரு சிகிட்சைக்கான இணையாகச் செலுத்தும் தொகை அல்லது இணைக்காப்பீடு?

உதாரணமாக, உங்கள் குழந்தை OT மற்றும் பேச்சுக்காகப் பார்க்கிறது; நீங்கள் இணையாக \$15 செலுத்த வேண்டியுள்ளது எனில், \$30 என்ற மொத்தத் தொகையில் நீங்கள் சிகிட்சைக்கு \$15 செலுத்த வேண்டுமா அல்லது நீங்கள் எத்தனை சிகிட்சைகள் எடுத்துக் கொண்டாலும் ஒருநாளுக்கு \$15 மட்டும் செலுத்த வேண்டுமா.

கழிக்கத்தக்கதா? இல்லை ஆம் _____ கழிக்கத்தக்க தொகை \$ / குடும்பம் அல்லது தனிநபர்?

ஓர் ஆண்டுக்கு கழிக்கத்தக்கதா? ஆம் இல்லை மாதாந்திர கழிப்பு தொடங்கும்நாள்: _____

இந்த ஆண்டு ஏதேனும் கழிப்பு ஏற்பட்டுள்ளதா? ஆம் இல்லை ஆம் எனில், எவ்வளவு? _____

எனது பலன் ஆண்டுக்கான தேதிகள்: _____ முதல் _____

அதிகபட்சம் நான் கையிலிருந்து செலவழிக்கும் தொகை எவ்வளவு? _____

எனது வாழ்நாளில் அதிகபட்சத்தொகை எவ்வளவு? \$ _____ இன்றுவரை எவ்வளவு ஏற்பட்டுள்ளது? \$ _____

வாழ்நாளில் அதிகபட்சம் என்பது ஒரு குடும்பத்துக்கா அல்லது ஒரு நபருக்கா? _____

ஓர் ஆண்டில், ஒரு சிகிட்சையில் (அனைத்து சிகிட்சைகள் குறித்தும் கேளுங்கள் -Occupational Therapy (தொழில்சார் சிகிட்சை, OT), Physical Therapy (உடலியல் சிகிட்சை, PT), Speech Therapy (பேச்சுச் சிகிட்சை, ST) - உங்கள் குழந்தைக்குத் தேவையென்றாலும்கூட - இதனால் நீங்கள் திரும்பவும் எதிர்காலத்தில் அழைக்க வேண்டியிருக்காது) எத்தனை வருகைகள் அனுமதிக்கப்படுகின்றன? _____

OT வருகைகள், _____ PT-க்கு, _____ பேச்சு சிகிட்சைக்கு.

இன்றுவரை ஏதேனும் பலன்கள் பயன்படுத்தப்பட்டுள்ளனவா? ஆம் இல்லை ஆம் எனில், விளக்குக: _____

எனது ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவரிடமிருந்து முன் அங்கீகாரம் தேவையா? ஆம் இல்லை

OT, PT மற்றும் பேச்சு சிகிட்சைகள் போன்ற குறிப்பிட்ட சேவைகளுக்கு எனது ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவரிடமிருந்து முன் அங்கீகாரம் தேவையா? ஆம் இல்லை

எனது ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவரிடமிருந்து மருந்துச்சீட்டு தேவையா? ஆம் இல்லை

OT, PT மற்றும் பேச்சு சிகிட்சைகள் போன்ற குறிப்பிட்ட சேவைகளுக்கு எனது ஆரம்ப சுகாதார மருத்துவரிடமிருந்து மருந்துச்சீட்டு தேவையா? ஆம் இல்லை

ஆம் எனில், முன் அனுமதி பெற்ற வருகைகளுக்கு அல்லது ஒரு மருந்துச்சீட்டை உங்களுக்குத் தருவதற்கு அவர்களுக்கு என்ன தேவை என்று கேளுங்கள் (அதாவது, மருத்துவ அறிக்கைகள், மருந்துச்சீட்டு, மதிப்பீடு, மருத்துவத் தேவைகளுக்கான கடிதம் போன்றவை): _____

அங்கீகாரம்/மருந்துச்சீட்டு எத்தனை அமர்வுகளை உள்ளடக்கியுள்ளது: _____

அங்கீகாரம்/மருந்துச்சீட்டு உள்ளடக்கியுள்ள காலம் எவ்வளவு: _____ முதல் _____

வருகைகள் தீர்ந்துவிட்டால் மேலும் வருகைகளுக்கு ஒப்புதல் பெற முடியுமா? ஆம் இல்லை

பின்வரும் குறியீடுகள் அடங்கியுள்ளனவா?

சிகிட்சை	குறியீடு	ஆம்	இல்லை

"பற்றாக்குறையானது விபத்து, நோய் அல்லது காயத்தால் ஏற்பட்டுள்ளது என்றால் மட்டுமே சிகிட்சை காப்பு அளிக்கப்படும்" என்பது போன்ற விதிவிலக்கு உட்பிரிவுகள் ஏதேனும் எனது காப்பீட்டுத் திட்டத்தில் உள்ளதா? ஆம் இல்லை

ஆம் எனில், உட்பிரிவு என்ன: _____

உங்கள் உரிமைகோரல்களை எந்த முகவரிக்கு அனுப்புவீர்கள்? _____

***உங்களுக்கு இரண்டாம்நிலை காப்பீட்டுத் திட்டம் ஒன்று இருந்தால், அந்தக் காப்பீட்டுக்கு இந்தப் படிவங்களில் இன்னொன்றை நிரப்புவீர்கள்.

உங்களுக்கு அத்தியாவசிய மருத்துவச் சேவைகளுக்கு தொகை செலுத்தக்கூடிய சுகாதார சேமிப்புக் கணக்கு அல்லது வேறுவகையான கணக்கு இருந்தால், இந்த பலன்கள் முன்கூட்டிய தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கு எவ்வாறு பயன்படுத்தலாம் என்பது குறித்து உங்கள் சேவை வழங்குநரிடம் பேசுங்கள்.

உங்கள் மருத்துவக் காப்பீட்டைப் புரிந்துகொள்ளுதல்

பக்கம் 4

DCYF இனம், நிறம், பாலினம், மதம், நெறி, திருமண நிலை, தேசியம், பாலியல் நோக்குநிலை, வயது, அனுபவமுள்ள நபர் என்ற நிலை அல்லது உடல், உணர்ச்சிகள் அல்லது மனநல குறைபாடு போன்றவற்றைப் பொருட்படுத்தாமல் அனைத்து நபர்களுக்கும் அதன் திட்டங்களுக்கும் சேவைகளுக்கும் பாடுபாடு காட்டாது, அதோடு சமமான அணுகலை வழங்குகிறது.

மாற்று வடிவம் அல்லது மாற்று மொழியில் இந்த வெளியீட்டின் இலவச நகல்களை நீங்கள் விரும்பினால், DCYF Constituent Relations (DCYF தொகுதித் தொடர்புகள்) 1-800-723-4831 என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும் அல்லது மின்னஞ்சல் செய்யவும் communications@dycf.wa.gov.