Washington Apple Health

# 華盛頓州 Apple Health 計劃新成員指南

## 第 2 部分：首次預約門診就醫

*若本指南中有您不熟悉的詞語或術語，請參考第 5 頁的醫療保健術語表。*

## 第 1 步：選擇主要醫療保健服務提供者

加入健康保險計劃後，您需要選擇一位主要醫療保健服務提供者（有時稱為 PCP）。您的主要醫療保健服務提供者可以是醫生、執業護理師、醫師助理或理療師。有時亦不一定是個人服務提供者，可以是有數位服務提供者的診所。

### 主要醫療保健服務提供者為何重要

主要醫療保健服務提供者是您就診的主要健康專職人員，為您在感到不適或需要預防保健時提供服務。若您的主要醫療保健服務提供者無法提供您所需的特殊護理，他們會將您轉介至專科醫生就診。

即使您目前並未感到不適，您亦有必要選擇主要醫療保健服務提供者，並安排您的首次預約。您的主要醫療保健服務提供者將幫助您預防未來的健康問題，並針對特定疾病做常規檢查。

### 如何選擇主要醫療保健服務提供者

若您未選擇主要醫療保健服務提供者，您的健康保險計劃會幫您挑選。

您可以要求主要醫療保健服務提供者為男士或女士。您亦可以要求服務提供者講您的語言，專門研究您的殘障領域，或瞭解您的文化背景。

您可以指定某個特定的服務提供者，只要他們在您的健康保險計劃網絡內。

若您中意的服務提供者未在您的健康保險計劃網絡內，詢問他們所合作的健康保險計劃。若您的居住地提供其他健康保險計劃，您可以改換該計劃。（參閱《華盛頓州 Apple Health 計劃（Medicaid 醫療輔助方案）新成員指南》第一部分，瞭解如何改換健康保險計劃。）

您的主要醫療保健服務提供者應使您感到安心輕鬆。若您因任何原因而感到不滿意，可選擇其他的服務提供者。

若要更換主要醫療保健服務提供者，請遵循健康保險計劃發送給您的指示，致電您的健康保險計劃客戶服務中心，或瀏覽您的健康保險計劃網站。

參閱 Apple Health（Medicaid 醫療輔助方案）健康保險計劃清單，電話號碼和網站連結詳見本指南第 1 部分。

## 第 2 步：預約

您必須要預約才能接受服務提供者提供的服務。選好主要醫療保健服務提供者後，致電他們的辦公室進行預約。

參閱健康保險計劃發送給您的資訊，瞭解首次預約的流程。您可以透過健康保險計劃的網站，找到服務提供者辦公室的聯絡方式。或致電您的健康保險計劃客戶服務專線，詢問預約電話號碼。

Washington State Health Care Authority
醫療保健計劃管理部門負責管理華盛頓州
Apple Health 計劃（Medicaid 醫療輔助方案）

HCA 19-041 CH (4/15) Chinese

若您有迫切的健康問題或需要，您應能夠在數日內接受您的主要醫療保健服務提供者提供的服務。

即使沒有迫切的健康問題，也要預約進行全身體檢（亦稱為健康檢查）。預約全身體檢所花的時間更長，因此，不要耽擱時間。

### 若您需要傳譯員

若您不講英語，則有專業的傳譯員免費為您提供多語言服務，包括手勢語。當您預約時，請告知接待人員是否需要傳譯員。在接受門診服務期間，傳譯員可以前往服務提供者的辦公室或透過電話為您服務。

最好採用專業傳譯員，而非讓家庭成員或朋友為您提供翻譯服務。專業的傳譯員接受過訓練，瞭解醫療保健術語，能幫助您和服務提供者順利溝通。

### 若您身患殘疾

若您有語言或聽力障礙，溝通困難或行動不便，確保在預約時向接待人員說明情況。接待人員將幫助您做必要的安排。

### 獲得交通幫助

若您確實無法到達門診預約地，則您可能有資格獲得交通幫助。所預約的服務必須在您目前的健康保險計劃範圍內。醫療保健計劃管理部門簽約的區域代理人會為您安排最合適的交通服務。

如需瞭解如何申請非緊急醫療交通服務，請瀏覽以下醫療保健計劃管理部門網頁 **www.hca.wa.gov/medicaid/transportation/pages/newrequest.aspx**。

### 更改預約

如需更改或取消預約，請盡快致電主要醫療保健服務提供者。

若您未依約就診，亦未致電通知，則浪費了本可以由另一位病人使用的寶貴就診時間。

## 第 3 步：準備依約就診

將您想與主要醫療保健服務提供者談論的問題列成清單。初診時您的服務提供者會與您共同探討最重要的事項。本指南的末尾處有一份檢查清單供您使用。

將您所有的處方藥（如維他命、草藥補充劑）和非處方藥（如阿司匹林）列成清單帶上。

寫下您對任何藥物、食物或環境過敏源過敏的情況，例如花粉。

攜帶以前的醫療記錄，包括接種疫苗或免疫記錄（若有）。

## 第 4 步：依約就診

### 找人陪同

可讓家庭成員或朋友陪同就診。該陪同人員能幫助您辨別方向，或只是讓您覺得更加放鬆。有時候，若有其他人一起聆聽服務提供者對您的叮囑也很不錯。

### 兒童預約就診

允許父母陪伴兒童進行檢查。青少年和十几歲的孩子則可單獨到服務提供者處就診。可與您的孩子和他們的主要醫療保健服務提供者討論這個問題。

如需瞭解 Apple Health 涵蓋的關於兒童福利與服務的詳細資訊，請參閱 *《歡迎加入華盛頓州 Apple Health 計劃》*手冊。
**http://www.hca.wa.gov/medicaid/publications/documents/22-542.pdf**

### 提前到達

計劃好比預約時間提前 15 分鐘到達服務提供者的辦公室。前往接待人員處登記，並填妥給您的表格。您將需要出示醫療服務證（亦稱 ProviderOne 證）和您的健康保險計劃成員證。您亦會被要求出示附照片的證件，例如駕駛執照。

### 與您的主要醫療保健服務提供者見面

您的主要醫療保健服務提供者會檢查您的全面健康狀況，並與您討論所有健康相關問題。

要求您的服務提供者提供關於您就診期間討論的健康話題的書面說明。若遇到不理解的地方，請儘管要求對方重複。

### 詢問關於藥物的問題

詢問您目前服用的藥物是否由您的健康保險計劃承擔。若不是，您的服務提供者可為您挑選計劃範圍內的藥物。

如在服用藥物時遇到任何問題，請告知您的主要醫療保健服務提供者。

如有關於藥物的任何問題，請在離開辦公室前詢問。

### 進行化驗檢查

您的主要醫療保健服務提供者可能要求進行化驗檢查。通常需要數日才能拿到結果。詢問需要花費的時間，並確保您的服務提供者知道您的聯絡方式。

為進行檢查，您可能需要前往其他檢查室或大樓。您的主要醫療保健服務提供者或助理應告知您需要獲悉的事項。如有不清楚的地方，請尋求指示。

### 簽署特殊表格

如需您的主要醫療保健服務提供者為您填寫或簽署特殊表格，請額外預留時間。最好提前填寫您瞭解的資料訊，例如姓名和地址，然後再交給服務提供者。這有助於服務提供者更快速地填妥表格。

詢問接待人員或助理填妥表格的最佳方式，以及需要花費的時間。

## 第 5 步：其他有用資訊

### 獲配處方藥

對於由健康保險計劃承保的處方藥，您不必承擔費用。

若您不瞭解如何獲配處方藥，例如應使用哪間藥房，請聯絡您的健康保險計劃獲取更多資訊。

### 服用藥物

服用藥物時，請確保遵循您的主要醫療保健服務提供者的指示。必須按時按量，並以正確的方法服藥。若服用方法不正確，藥物不但無法發揮效用，甚至會對您的身體有害。

若您不明白用藥指示，請要求您的服務提供者向您解釋。

配藥時，請確保與藥劑師仔細核對您的處方。

### 專科醫生門診

在向您的主要醫療保健服務提供者或健康保險計劃說明情況前，請勿預約專科醫生門診。

如需到專科醫生處就診，您需要獲得「預先批准」，亦即是透過您的主要醫療保健服務提供者「轉介」。

遵守您的健康保險計劃流程很重要。若您未提前獲得批准就擅自到專科醫生處就診，相關就診費用須由您自行承擔。

### 婦女健康和懷孕

若到產科或婦科 (OB/GYN) 就診，則無需提前獲得主要醫療保健服務提供者的批准，只要他們在您的健康保險計劃網絡內。

健康保險計劃承保常規的婦女健康檢查，以及任何必要的後續護理。對於懷孕婦女，健康保險計劃亦承保懷孕期間的常規護理。

### 獲取心理健康治療

您的健康保險計劃承保心理健康問題的治療，例如抑鬱症、焦慮症和創傷後精神緊張症等。

您的主要醫療保健服務提供者將幫助協調您從心理健康服務提供者處獲得的心理健康治療。心理健康網絡提供者將決定您從何處獲得持續治療。若要看心理健康門診，請致電您的健康保險計劃。若您患有嚴重的心理健康問題，則可能需要在社區心理健康代理處獲得治療。

### 獲取藥物依賴症（藥物成癮疾病）戒除治療

您無需提前獲得健康保險計劃的批准或通過其轉介。若您已加入 Apple Health 計劃，可直接聯絡治療機構。瀏覽社會福利服務部 (DSHS) 網站，尋找附近的治療機構進行評估，以獲得治療批准。
**www.dshs.wa.gov/dbhr/dadirectory.shtml**

### 全美預防自殺生命線

隨時致電 1-800-273-TALK (8255) 聯絡您所在區域的危機中心，與受過訓練的專業諮詢師談話。

## 如需在非工作時間內獲得服務

致電您的主要醫療保健服務提供者，瞭解他們是否提供此類服務。

您亦可致電健康保險計劃的 24 小時護士熱線，向護士尋求幫助。電話號碼請見本指南的第 1 部分。

## 如需獲得急症治療服務

您可能因患病或受傷（非緊急情況）需要急症治療服務。聯絡健康保險計劃，尋找計劃網絡內的急症治療機構。您亦可致電 24 小時護士熱線諮詢建議。

## 發生緊急情況

若您有突然發生或症狀嚴重的健康問題，且認為屬於緊急情況，請撥打 911 急救電話或前往就近的急診室就醫。

之後請盡快致電您的健康保險計劃，告知他們您有緊急情況及在何處接受治療。

## 僅當緊急情況時才去醫院急診室就醫

請勿前往急診室接受常規治療。急診室僅針對重大突發事件開放。

## 醫療保健術語

**上訴 (appeal)**
指您要求健康保險計劃重新考慮拒批的服務或付款時採取的行動。

**檢查 (check-up)**
對您的全面健康狀況進行的常規檢查。亦稱為體檢、健康檢查或年度檢查。

**保險 (coverage)**
您的計劃為您提供的服務和福利。

**拒絕或處理 (denial/action)**
當您的計劃不批准或支付某項服務時。

**處方集 (formulary)**
您的健康保險計劃承保的處方藥清單。亦稱為藥品清單。

**健康保險計劃 (health plan)**
以下與華盛頓州簽約，為您的醫療保健服務承保的任何一間公司：Amerigroup、Columbia United Providers（Columbia 聯合服務提供者計劃）、Community Health Plan of Washington（華盛頓州社區健康計劃）、Coordinated Care（協調式醫療保健計劃）、Molina Healthcare（Molina 醫療保健計劃）及 United Healthcare Community Plan（聯合醫療保健社區計劃）。

**病史 (medical history)**
關於接種疫苗、重大健康問題、接受治療及有重大健康問題的家庭成員的記錄。

**理療師 (naturopath)**
採用整體分析法和無創治療的醫療服務提供者。理療師會盡量避免或減少採取手術和藥物法。

**網絡 (network)**
您的健康保險計劃所簽約的機構、服務提供者和供應商。

**執業護理師 (nurse practitioner)**
指除完成註冊護士 (RN) 所要求的課程外，還完成了進階課程和臨床教育課程的高級註冊執業護理師。

**醫師助理 (physician assistant)**
經過許可，能在醫生指導下作為團隊一員進行醫學實踐的醫療保健專職人員。

**預防保健服務 (preventive health care)**
包括健康篩查、檢查和病人諮詢在內的常規保健服務，以預防疾病、病痛和其他健康問題或及早發現疾病。這包括對嬰兒、兒童和青少年的例行檢查以及成人預防保健服務，例如對乳腺癌、前列腺癌和直腸癌的篩查（乳房 X 線照片、前列腺檢查和結腸鏡檢查）。

**主要醫療保健服務提供者 (primary care provider)**
您的主要醫療保健服務提供者可以是醫生、醫師助理、執業護理師、理療師或診所。

**預先核准 (prior authorization)**
指您的健康保險計劃批准具有醫療必要性的某項服務、治療、處方或耐用醫療設備。亦稱為轉介或核准請求。

**服務提供者**
提供醫療保健服務的醫生、牙醫、外科醫生、醫師助理、執業護理師、理療師、其他醫療保健專職人員或診所。

**ProviderOne**
向客戶發送醫療服務證，並管理您的護理服務計費的電腦系統。

**轉介**
主要醫療保健服務提供者或健康保險計劃將您引荐到專科醫生處就診。亦稱為「預先批准」。

**醫療服務證**
從 Apple Health 處獲得的，表示您已獲得承保的卡片。亦稱為 ProviderOne 證。您亦將收到一張來自您的健康保險計劃的單獨成員證。

**專科醫生 (specialist)**
治療特定病況或疾病的醫生或醫療保健專職人員，例如腫瘤學家（癌症醫師）、產科醫師（為懷孕婦女提供醫療護理的醫生）或骨科醫師（骨折或背痛）。

**健康檢查 (wellness check)**
對您的健康狀況的全面檢查。亦稱為體檢、健康體檢或年度檢查。

## 主要醫療保健服務提供者預約清單 (Primary care provider appointment checklist)

以下清單幫助您記住就診前及就診期間的相關事項。

- ☐ 服務提供者姓名/名稱 _____
- ☐ 服務提供者電話號碼_____（如快遲到或更改預約時使用）
- ☐ 預約日期 _____
- ☐ 預約時間 _____
- ☐ 地址_____
- ☐ 診室號碼 _____
- ☐ 預約原因_____
- ☐ 若您需要傳譯員或因行動、說話或聽力障礙需要特殊照顧，請向服務提供者的接待人員說明。
- ☐ 前往就診時需準備的物品
  - ☐ 藥物清單
  - ☐ 過敏物清單
  - ☐ 病史或記錄
  - ☐ 醫療服務證（亦稱 ProviderOne 證）
  - ☐ 健康保險計劃成員證
  - ☐ 附照片的證件
  - ☐ 緊急聯絡人姓名和聯絡方式
  - ☐ 家庭成員或朋友
- ☐ 安排交通
- ☐ 安排小孩看護
- ☐ 需詢問或告知服務提供者的事項
  - ☐ 1._____
  - ☐ 2._____
  - ☐ 3._____
- ☐ 向主要醫療保健服務提供者提出的問題
  - ☐ 1._____
  - ☐ 2._____
  - ☐ 3._____