

Hướng dẫn dành cho người lao động Thái Bình Dương và Đông Timor tại Úc



Danh sách kiểm tra bảo hiểm y tế

 Bảo hiểm y tế là một điều kiện cấp thi thực

Việc duy trì bảo hiểm y tế đầy đủ khi làm việc tại Úc là yêu cầu bắt buộc của Thị thực Loại 403 Quan hệ quốc tế (Làm việc tạm thời) của bạn. Điều kiện 8501. Bạn có trách nhiệm đảm bảo bảo hiểm của mình vẫn có hiệu lực trong suốt thời gian lưu trú. Việc dừng bảo hiểm y tế của bạn sẽ tự động vi phạm các điều kiện thị thực của bạn. Để đảm bảo bạn không vi phạm các điều kiện thị thực, phí bảo hiểm sẽ được tự động khấu trừ vào tiền lương của bạn.

 Luôn giữ giấy tờ bảo hiểm bên cạnh

Bạn nên giữ một bản sao giấy chứng nhận bảo hiểm (COI) và/hoặc thẻ thành viên trong tầm tay, phòng trường hợp bạn cần gặp bác sĩ.

 Trợ giúp về bảo hiểm

Kiểm tra thẻ bảo hiểm và các tài liệu cần khi đến Úc để biết thông tin về cách liên hệ với công ty bảo hiểm y tế của bạn (số điện thoại, trang mạng hoặc địa chỉ email). Điều này sẽ hữu ích khi bạn cần hỗ trợ về bảo hiểm của mình. Hãy đảm bảo rằng bạn cũng biết cách trích dẫn số chính sách bảo hiểm hoặc số yêu cầu bồi thường khi liên hệ.

 Cập nhật thông tin cá nhân

Bạn nên kiểm tra với nhà cung cấp bảo hiểm y tế của mình để đảm bảo mọi thông tin cá nhân của bạn đều được cập nhật. Thông tin cá nhân như số điện thoại di động hoặc địa chỉ nhà và địa chỉ bưu điện có thể cần được cung cấp sau khi đến Úc vì những thông tin này không phải lúc nào cũng được biết vào thời điểm mua bảo hiểm.

 Kiểm tra tính đủ điều kiện

Công ty bảo hiểm của bạn có thể cần bản sao trang ID hộ chiếu và thi thực của bạn để kiểm tra tính đủ điều kiện.

 Chi trả cho bảo hiểm

Hãy trao đổi với chủ lao động của bạn để tìm hiểu về cách chi trả phí bảo hiểm y tế thông qua các khoản khấu trừ tiền lương, bao gồm cả số tiền khấu trừ.

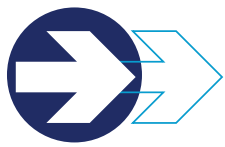
 Bác sĩ gia đình so với bệnh viện

Có sự khác biệt giữa **bác sĩ gia đình** (GP) và **bệnh viện** ở Úc.

Đối với những người không phải thường trú nhân, việc đến bệnh viện có thể phải trả trước một khoản phí lớn trong những trường hợp không khẩn cấp. Mặc dù hầu hết các công ty bảo hiểm đều chi trả khoản phí này, nhưng bạn sẽ phải trả khoản phí này ngay tại thời điểm đó và sau đó mới yêu cầu lấy lại.

**Đến gặp bác sĩ gia đình nếu có bệnh không khẩn cấp.
Chỉ đến bệnh viện trong trường hợp khẩn cấp.**





Yêu cầu chi trả từ bảo hiểm y tế

Quy trình yêu cầu chi trả bảo hiểm y tế có thể khác nhau tùy thuộc vào nhà cung cấp. Bảng dưới đây là hướng dẫn chung về quy trình yêu cầu chi trả nhưng vui lòng kiểm tra trang mạng của từng nhà cung cấp bảo hiểm để biết thông tin chi tiết.

THỰC HIỆN MỘT YÊU CẦU CHI TRẢ

NỘP ĐƠN YÊU CẦU CHI TRẢ

1. Kiểm tra quy trình yêu cầu chi trả của công ty bảo hiểm y tế của bạn trên trang mạng của họ (các lựa chọn bao gồm gửi trực tuyến, in-quét-gửi email hoặc qua một ứng dụng).
2. Hoàn thành mẫu đơn yêu cầu chi trả.
3. Bảng chứng trả tiền/biên lai cần phải được nộp kèm theo mẫu yêu cầu chi trả. Phải hiển thị số tiền giao dịch, ngày thanh toán và thông tin chi tiết về nhà cung cấp dịch vụ y tế.

BAO GỒM CÁC TÀI LIỆU Y TẾ HỖ TRỢ

Đối với các chuyến thăm khám của bác sĩ gia đình (GP)

- Hóa đơn chi tiết kèm số mục theo Danh mục Lợi ích Y tế (MBS)
- Báo cáo chỉ ra chẩn đoán thực tế nếu có

Đối với các chuyến thăm khám tại bệnh viện

- Tóm tắt nhập viện và xuất viện và báo cáo y tế nếu có
- Hóa đơn chi tiết

KẾT QUẢ YÊU CẦU CHI TRẢ



CHẤP THUẬN

Yêu cầu chi trả sẽ được giải quyết và chi trả bằng séc hoặc chuyển vào tài khoản ngân hàng của bạn.



TỪ CHỐI

Nếu yêu cầu chi trả nằm ngoài các điều khoản trong chính sách bảo hiểm của bạn, bạn sẽ nhận được thông báo qua tin nhắn SMS, email hoặc thư chính thức.



CẦN THÊM THÔNG TIN

Nếu mẫu yêu cầu chi trả không được điền đúng cách hoặc tài liệu hỗ trợ không đầy đủ hoặc nếu cần thêm thông tin y tế bổ sung, công ty bảo hiểm sẽ thông báo cho bạn qua SMS hoặc email. Vui lòng đảm bảo đã điền đầy đủ thông tin trên biểu mẫu và cung cấp tất cả các tài liệu hỗ trợ tại thời điểm nộp yêu cầu chi trả.

THÔNG TIN HỮU ÍCH KHÁC

Chi trả trực tiếp từ nhà cung cấp dịch vụ y tế

Một số bác sĩ gia đình và bác sĩ chuyên khoa tại địa phương, chẳng hạn như bác sĩ bệnh học và bác sĩ X-quang có thể đã nằm trong mạng lưới y tế của nhà cung cấp bảo hiểm của bạn. Điều này cho phép họ gửi phần chi phí có thể yêu cầu chi trả của hóa đơn trực tiếp tới công ty bảo hiểm, thay vì tính toàn bộ phí cho bạn. Bạn vẫn có thể phải trả phí chênh lệch tại thời điểm đó nhưng bạn sẽ không cần phải gửi một yêu cầu chi trả riêng cho công ty bảo hiểm của mình. Liên hệ với nhà cung cấp bảo hiểm để kiểm tra xem bác sĩ gia đình (GP) của bạn có nằm trong mạng lưới chi trả trực tiếp của công ty bảo hiểm hay không và yêu cầu thêm họ vào nếu chưa có.

Đối với các nhà cung cấp dịch vụ y tế không có thỏa thuận chi trả trực tiếp, bạn sẽ phải trả toàn bộ chi phí hóa đơn và yêu cầu công ty bảo hiểm trả lại sau.

Tuyên bố tiết lộ sản phẩm

Tuyên bố tiết lộ sản phẩm (PDS) cung cấp thông tin chi tiết về các đặc điểm chính của bảo hiểm, quyền lợi, trường hợp loại trừ, điều khoản và điều kiện. Kiểm tra PDS của nhà cung cấp bảo hiểm y tế và liên hệ trực tiếp với họ để được giải đáp thắc mắc liên quan đến chính sách bảo hiểm của bạn.

Bạn vẫn còn thắc mắc?



Nếu bạn cần trợ giúp để hiểu về bảo hiểm y tế của mình, vui lòng liên hệ với chủ lao động của bạn, đường dây dịch vụ hỗ trợ PALM theo số 1800 51 51 31 hoặc truy cập: www.privatehealth.gov.au/health_insurance/overseas



Cấp cứu y tế

Nếu bạn gặp trường hợp khẩn cấp về y tế đe dọa đến tính mạng, hãy tìm kiếm sự trợ giúp từ khoa cấp cứu của bệnh viện công gần nhất hoặc gọi xe cứu thương theo số ☎ 000 ngay lập tức để được giúp đỡ.

Tất cả các bệnh viện công ở Úc đều có khoa cấp cứu 24 giờ, nơi bạn có thể nhận được sự trợ giúp ngoài giờ làm việc của bác sĩ địa phương, kể cả vào cuối tuần.



Để điều trị khẩn cấp → bệnh viện (khoa cấp cứu) hoặc gọi xe cứu thương theo số 000



Đối với trường hợp không khẩn cấp → bác sĩ gia đình (GP)