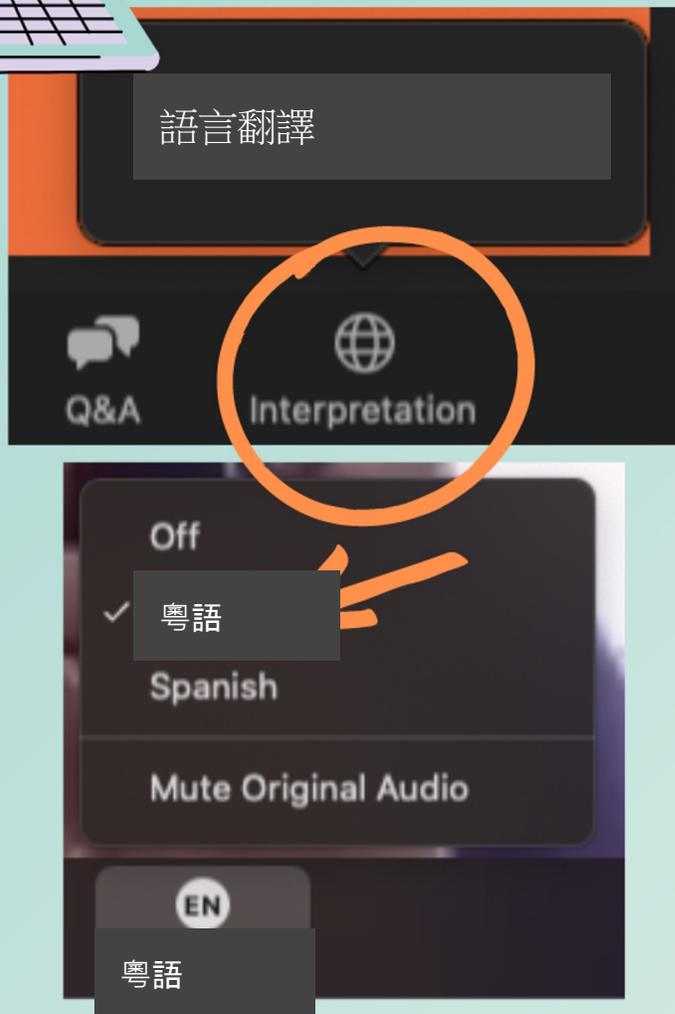




**CCPU**  
HEALTH CARE FUND

醫護基金  
報銷流程

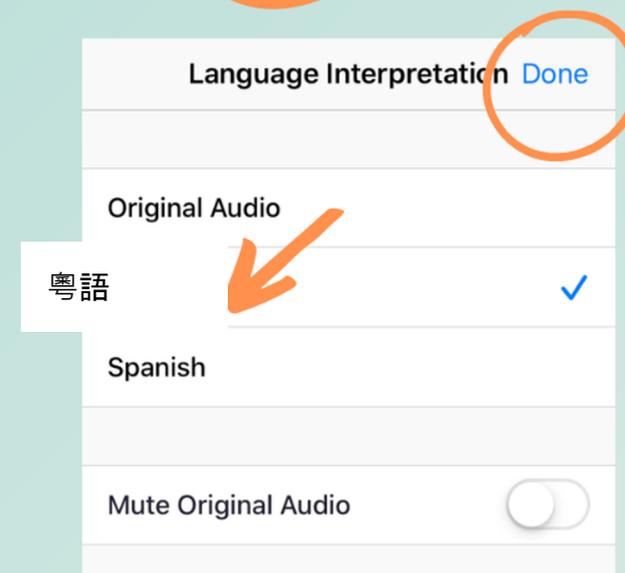
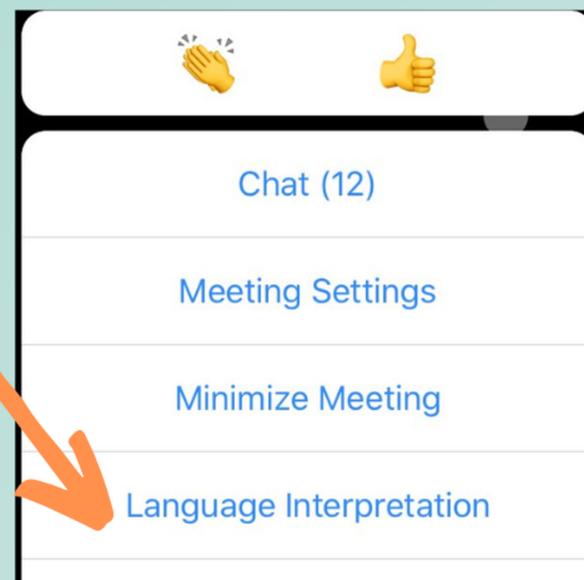
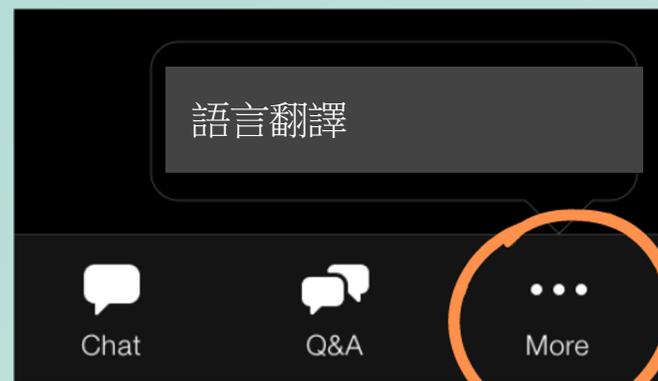
## 通過電腦獲取翻譯服務



進入之後，螢幕底部有一個地球圖標🌐，用於翻譯功能。如想用英語收聽，請點擊該圖標並選擇英語。也可隨時使用地球圖標換用其他語言。

## 在智慧型手機上使用翻譯服務

如在智慧型手機或平板電腦上使用 Zoom 應用程式加入，請找三個點標誌「更多 (MORE)」，選擇「語言翻譯 (Language Interpretation)」，選擇自己喜用語言，然後點擊「完成 (DONE)」。在視訊會議期間可同樣隨時換用其他語言。



Si necesita ayuda,  
escriba “APOYO TÉCNICO” en el chat

If you need assistance,  
please write “TECHNICAL SUPPORT” in the chat

如需援助，  
請在聊天室留言寫下「技術支持」

# 議程



- **CCPU** 醫護基金概述
- 特殊情況
- 報銷申請表
- 加入加州托兒服務提供者聯合會 (**CCPU**)
- 常見問答集

# 認識 **CCPU** 醫護基金受託人



**HORACE TURNER**

主席



**YVONNE COTTAGE**

秘書



**PATRICIA MORAN**

受託人



**JACQUE GALIYANO**

受託人



**JOE SKALA**

受託人



**RIKO MENDEZ**

受託人



# CCPU 醫護基金 概述



**CCPU**  
HEALTH CARE FUND



**CCPU 醫護基金**是一項  
**報銷計劃**，適用於為**受補助兒童**提供  
服務，並參保合格**健保計劃**的合格**托兒**  
**服務提供者**。



- **這是什麼計劃？** 這是一項補充您醫療計畫的報銷計劃。此計劃會為合格提供者報銷醫療共付額和自付額、藥房共付額和自付額以及健保計劃每月保費等費用。
- **適用對象？** 符合以下條件的合格托兒服務提供者：具有在 6 個月中有 3 個月為受補助兒童提供服務的初始資格，且須參保合格的健保計劃，並提交填寫完畢的 **CCPU** 醫護基金申請。
- **何時開始？** 福利從 2023 年 1 月 1 日開始提供，處理和報銷則會延遲開始。這表示在滿足初始資格要求後，您可以自 2023 年 1 月起報銷承保費用。
- **如何使用福利？** 合格提供者可以透過使用簽帳金融卡支付合格費用，或遞交報銷請求以收到支票，或電子報銷等方式，來使用其福利。
- **可從何處取得更多資訊？** 請造訪我們的網站：[www.ccpuhealth.org](http://www.ccpuhealth.org)，且務必註冊以透過簡訊或電郵接收更新。您也可以傳送電郵至 [support@ccpuhealth.org](mailto:support@ccpuhealth.org)，或致電 (833) 714-6028 聯絡客戶服務代表。

# 這不是一項傳統的健保計劃

## 是什麼

這是一項報銷計劃，  
可補充健保計劃

## 不是什麼

這不是健康保險，  
不可取代健保計劃



# 何人有資格獲得福利

如何獲得  
福利資格：

**1**

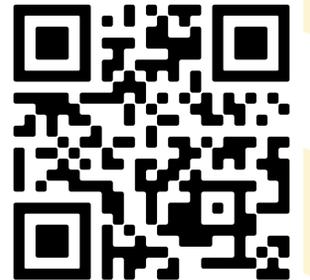
付薪工作  
加一個  
受助幼兒

**2**

參保一項  
合格健保計劃

**3**

填寫 **CCPU**  
基金申請表



# 如何申請



## 線上

最快易的申請方式



## 印出

從網站上下載紙質申請表



## 郵寄

要求將郵寄申請表



# 線上申請安全措施

**情境 #1：** 使用者多次要求電子郵件驗證，然後重複點按所收到第一封電子郵件中的連結 (而此連結已逾期失效)。這會導致錯誤，並造成防火牆顯示「您已遭封鎖」的訊息。請注意，傳送的任何電子郵件驗證連結只要未逾期失效都能使用 (每個連結將在傳送 **1** 小時後逾期失效)。

## **解決方法 #1：**

- 1.) 刪除所有先前傳送的電子郵件驗證連結，確保使用者點按最新連結。
- 2.) 造訪 <https://portal.ccpuhealth.org/> 並登入。
- 3.) 要求傳送驗證電子郵件。
- 4.) 登入電子郵件並點按傳送的連結。

# 線上申請安全措施

**情境 #2：**使用者造訪登入頁面，但未登入。瀏覽器保持開啟，在當天稍後時間使用者嘗試登入 (但未重新整理頁面)。這會導致錯誤，並造成防火牆顯示「您已遭封鎖」的訊息。

## 解決方法 #2：

- 1.) 若已登入，請登出。
- 2.) 關閉網頁瀏覽器後再重新啟動。
- 3.) 造訪 <https://portal.ccpuhealth.org/> 並繼續。

**注意：**(發生錯誤時) 重新整理頁面後再繼續您的活動會解決大多數上述問題。

# 特殊情況

加州全保 (Covered California) 取消針對 **CCPU** 提供者的 **2/28** 參保截止日期規定！

- 要從 **2023** 年 **1** 月 **1** 日開始有資格享有 **CCPU** 醫護報銷基金福利，必須參保一項合格健保計劃 (QHP)
- 錯過了參保一項合格健保計劃機會的提供者不必擔心！
- 加州全保已取消 **2/28** 參保截止日期規定！**CCPU** 提供者現在可以隨時參保合格健保計劃。

馬上參保  
以獲得報銷福利！





# 報銷申請表

# 如何申請



## 線上

最快易的申請方式



## 印出

從網站上下載紙質申請表



## 郵寄

要求將郵寄申請表



# 什麼是報銷申請表

- 提出承保醫療費用的報銷要求，包含：
  - 共付額與自付額
  - 藥房共付額
  - 健保計劃每月保費
- 只能為提供者支付這些可報銷費用。不包括其他家庭成員的費用。



## Reimbursement Request Form

### INSTRUCTIONS

To process your reimbursement request, the form must be fully completed, signed, and returned with all required documents. You must attach a copy of your receipt that shows the dollar amount of your request, when the service occurred, and when it was paid. Please allow up to 30 days for review and processing after you submit your request for reimbursement.

### Please submit to:

Mail: CCPU Health Care Fund  
P.O. Box 57027  
Irvine, CA 92619

Email: reimbursement@ccpuhealth.org

### PROVIDER INFORMATION

Name	Member ID	Phone Number
Address		
City	State	Postal Code
Is this a new address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

### EXPENSE INFORMATION (Please see the back of this form for a description of expense types.)

Type of Expense	Provider's Name	Premium Month / Date of Service	Health Plan Carrier / Service Provider	Amount
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<b>Total Expenses:</b>				

### SIGN AND ACKNOWLEDGE

I attest that the information contained in this Request for Reimbursement is true and accurate. I am an eligible participant in the CCPU Health Care Fund program, enrolled in a qualified health plan, and seeking reimbursement for a medical health care service covered under my qualified health plan. I understand that if I provide incomplete, false or misleading information, my Request for Reimbursement may be delayed or denied. I agree to indemnify and hold the CCPU Health Care Fund and the Board of Trustees harmless from any liability for payment of benefits made based upon any of information that is inaccurate or false and to repay any benefits that I incorrectly received.

Provider Signature

Date (mm/dd/yyyy)

# 哪裡可以找到報銷申請表

- 您可於 [ccpuhealth.org/resources](https://ccpuhealth.org/resources) 取得報銷申請表

下載申請表

---



# 何時要提交報銷申請表

- 您的申請通過核准後，即可立即開始請求報銷任何承保費用。

您在 **2024 年 3 月**  
**31 日**前皆可提交請  
求

---

# 提供者資訊

- 這是您身為提供者的個人檔案資訊。

## PROVIDER INFORMATION

Name	Member ID 	Phone Number
------	---	--------------

Address		
---------	--	--

City	State	Postal Code
------	-------	-------------

Is this a new address?

Yes  No

# 費用類型

- **保費費用**：此金額必須用於支付您的健保計劃，通常為每月支付。
- **自付醫療費用**：在您的合格健保計劃開始支付 **100%** 的允許額度時。此限額絕不包含您的保費，網路外提供者超過承保費用的金額 (又稱為「差額負擔費用」) 或您健康計劃未承保的醫護費用。
- **准許費用 (僅限加州醫療補助 (Medi-Cal))**：准許的加州醫療補助 (Medi-Cal) 費用為不屬於加州醫療補助健保計劃的醫護費用。享有加州醫療補助 (Medi-Cal) 的提供者有資格每月獲得 **100** 美元福利，用於報銷准許醫護費用。

## EXPENSE INFORMATION (Please s

Type of Expense ←	P
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	

# 費用資訊

- 提供者名稱：您的醫護提供者的名稱。
- 保費月份：您的健保計劃付款發票上顯示的日期，包含月份與年份。
- 服務日期：收到承保費用日期。
- 健保計劃保險業者：醫療健保計劃名稱。
- 服務提供者：提供承保醫療服務的機構或醫師名稱。
- 金額：報銷費用的美元金額。

## EXPENSE INFORMATION (Please see the back of this form for a description of expense types.)

Type of Expense	Provider's Name	Premium Month / Date of Service	Health Plan Carrier / Service Provider	Amount
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket				

# 簽名確認

## SIGN AND ACKNOWLEDGE

I attest that the information contained in this Request for Reimbursement is true and accurate. I am an eligible participant in the CCPU Health Care Fund program, enrolled in a qualified health plan, and seeking reimbursement for a medical health care service covered under my qualified health plan. I understand that if I provide incomplete, false or misleading information, my Request for Reimbursement may be delayed or denied. I agree to indemnify and hold the CCPU Health Care Fund and the Board of Trustees harmless from any liability for payment of benefits made based upon any of information that is inaccurate or false and to repay any benefits that I incorrectly received.

Provider Signature



Date (mm/dd/yyyy)



# 需要提供哪些文件才能處理報銷申請表

- 若要處理您的報銷，必須完整填寫並簽署申請表，然後附上所有必要文件回傳。
- 您必須附加顯示費用美元金額、顯示費用產生日期和支付日期的收據複本。

下載申請表



# 如何提交



## 電郵

reimbursement  
@ccpuhealth.org



## 傳真

(949) 809-3266



## 郵寄

CCPU Health Care Fund  
P.O. Box 57027  
Irvine, CA 92619

# 後續步驟

- 在您提交報銷請求後，審閱和處理期最長為 **30** 天。
- 在處理完您的請求後，我們會通知您其狀態，若通過核准，也會通知您預期收到報銷款項的時間。

下載申請表

---





**CHILD CARE PROVIDERS  
UNITED**

歡迎來到加州托兒服務  
提供者工會 (CCPU) !

# 請加入托兒服務提供者工會！



馬上掃描加入托兒  
服務提供者工會！



團結起來

更加強大



馬上掃描加入托兒服務提供者工會，或者造訪  
[childcareprovidersunited.org/find-your-local-union](http://childcareprovidersunited.org/find-your-local-union)

# 馬上成為會員！



馬上掃描加入托兒服務提供者工會  
或者造訪 [childcareprovidersunited.org/find-your-local-union](https://childcareprovidersunited.org/find-your-local-union)



馬上掃描加入托兒服務提供者工會！

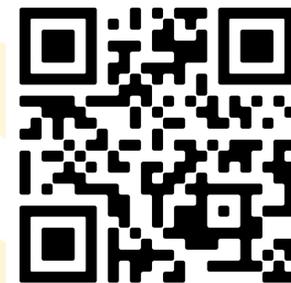
# 提問時間.....



**BOBBIE MOORE**

大客戶副總裁

**PINNACLE**<sup>™</sup>  
CLAIMS MANAGEMENT, INC.



# 常見問答集

## 常見問答 1



### CCPU 醫護基金是否提供醫療保險？

- 否。CCPU 醫護基金不提供健康保險，也不是一項健保計劃，而是一項補充健康保險的報銷計劃。事實上，參保 CCPU 醫護基金要求必須有合格的健保計劃。如果沒有保險，即需參保一項合格健保計劃。如需援助參保一項合格健保計劃，請造訪網站：[ccpuhealth.org/help-enrolling](https://ccpuhealth.org/help-enrolling)。

# 常見問答集

## 常見問答 2



### 填寫 **CCPU** 醫護基金申請時需要哪些資訊？

• 填寫申請時，需要提供以下資訊：

- 您身為提供者的個人檔案資訊
- 您的醫療健保計劃資訊
- 健保計劃承保證明複本\*

\*此文件應提供要保人姓名的驗證細節、健保計劃名稱以及受保期間。

# 常見問答集

## 常見問答 3



### 您的醫療健保計劃承保證明上需要顯示哪些資訊？

- 此補充文件應提供要保人姓名的驗證細節、健保計劃名稱以及受保期間。上述三者皆需要，才能驗證您的醫療健保計劃。

# 常見問答集

## 常見問答 4



### 2023 年 1 月 1 日初始資格期間的申請截止日期是什麼時候？

- 若希望資格自 2023 年 1 月 1 日起生效，申請截止日期為 2023 年 6 月 30 日。根據計劃的發布時間，第一季 (1 月至 3 月) 的申請截止日期已延長。這表示若您符合初始資格要求，即可從 2023 年 1 月開始報銷承保費用。自 2023 年 4 月 1 日起，若要維持資格，您需要在 2022 年 10 月至 12 月間的 3 個月內有 1 個月為受補助兒童提供服務。

# 常見問答集

## 常見問答 5



### 如何確知是否符合托兒服務補貼計劃資格標準？

- 每月進行一次資格計算。提供者完成申請後，**CCPU** 醫護基金會驗證提供者確實符合初始資格，即在 **6** 個月內有 **3** 個月為受補助兒童提供服務，並確認提供者已參保合格的健保計劃。若提供者符合所有資格要求，會收到歡迎信函。若提供者缺少任何資格條件，**CCPU** 醫護基金會聯絡他們取得資訊。

# 常見問答集

## 常見問答 6



### CCPU 基金福利對提供者是否是應稅收入？

- 健保計劃自付費用報銷和合格健保計劃保費報銷不是應稅收入，但任何非醫療費用報銷的現金福利都應納稅。

# 常見問答集

## 常見問答 7

如果一個執照上有多位提供者，該怎麼辦？

(示例：我的執照下有兩個人和一名助手。我和女兒在我的執照上，我還有一個和我一起工作的助手。誰有資格？)

- 目前，**CCPU**醫療保健基金僅涵蓋每個許可證的一名提供者。如果您的許可證上列出了多個個人，如上所示，則補貼計劃支付的人將延長福利。



# 常見問答集

是否有牙科和視力福利？

- 
- 這個計劃年度沒有牙科和視力福利，但是，**CCPU** 醫護基金正在探索是否能在未來計劃年度增強福利。

常見問答 8



保持聯絡！

[www.ccpuhealth.org](http://www.ccpuhealth.org)

[support@ccpuhealth.org](mailto:support@ccpuhealth.org)

**(833) 714-6028**

週一至週五

太平洋標準時間上午 8 點至下午 5 點





**CHILD CARE PROVIDERS  
UNITED**

衷心感謝！

最後請記住，雖然在這裡講述了各種 CCPU 醫護基金福利，但最終福利規則將適用，所以，您的福利資格將在參保時確定。