



كتيب الأعضاء

Tennessee

أرقام هاتف مجانية للاتصال بها للحصول على مساعدة	
833-731-2153 خط TTY/TDD: 711	خدمات أعضاء CoverKids الاتصال بخصوص رعايتك الصحية
English: 866-864-2544 (TRS 711) Español: 866-864-2545 (TRS 711)	خط مساعدة تمريضية (24-hour Nurse HelpLine) متاح على مدار 24 ساعة
888-291-3766	DentaQuest (برنامج طب الأسنان لدى CoverKids) الاتصال بخصوص رعاية الأسنان للأطفال دون سن 19 عامًا
844-568-2179	خدمات صيدلية OptumRx (برنامج صيدلية CoverKids)
833-731-2153 (TRS 711)	الخط الساخن لحالات الاحتيال الاتصال للإبلاغ عن الاحتيال أو إساءة استخدام CoverKids
833-731-2153 (TRS 711)	برنامج صحة السكان
855-259-0701	TennCare Connect الاتصال بخصوص: • تغيير يطرأ على العنوان أو حجم الأسرة أو الوظيفة أو الدخل • عندما تكونين حاملاً وعندما يولد طفلك • إكمال تجديدك • الالتماسات بشأن الحصول على CoverKids أو الإبقاء على ذلك • مدفوعات المشاركة في السداد لبرنامج CoverKids • تقديم طلب لـ CoverKids • برامج مثل Food Stamps أو Families First
833-731-2153 (TRS 711)	الموارد المجتمعية اطلب المساعدة بشأن الاتصال ببنوك الطعام وخدمات الإسكان واحتياجات الحياة الأخرى.

وخطتك الصحية، CoverKidsSM Wellpoint

كتيب الأعضاء 2024

¿Necesita un manual de CoverKids en español? Para conseguir un manual en español, llame al 833-731-2153 (TRS 711).

حقك في الخصوصية

هناك قوانين تحمي خصوصيتك. وتنص على عدم قدرتنا على إبلاغ الآخرين بحقائق معينة عنك. ويمكنك قراءة المزيد حول حقوق الخصوصية لديك في الجزء 6 من هذا الكتيب.

هام:

حتى لو لم تكن تستخدم برنامج CoverKids، فإن الولاية لا تزال تدفع مقابل حصولك عليه. إن لم تعد في حاجة إلى CoverKids، يرجى الاتصال بـ TennCare Connect مجانًا على الرقم **855-259-0701**.

Do you need free help with this letter? If you speak a language other than English, help in your language is available for free. This page tells you how to get help in a language other than English. It also tells you about other help that's available.	
Spanish:	Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 833-731-2153 (TRS:711).
Kurdish:	کوردی ئێگاداری: ئێمە بێ زامانی کوردی قاسە دیمکەیت، خزمەتگوزاریمان بێ زامانی، بێ خەزانی، بێ تو بێ دەستە. بێ یۆتدی بێ بکە. 833-731-2153 (TRS:711).
Arabic:	العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 833-731-2153 (TRS:711). (رقم هاتف الصم والبكم)
Chinese:	繁體中文 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 833-731-2153 (TRS:711)。
Vietnamese:	Tiếng Việt CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 833-731-2153 (TRS:711).
Korean:	한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 833-731-2153 (TRS:711). 번으로 전화해 주십시오.
French:	Français ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 833-731-2153 (TRS:711).
Amharic:	ብይደሊ ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶች በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ፡ 833-731-2153 (መስማት ለተሳናቸው TRS:711)፡፡
Gujarati:	ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 833-731-2153 (TRS:711) .
Laotian:	ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 833-731-2153 (TRS: 711).
German:	Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 833-731-2153 (TRS:711).
Tagalog:	Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 833-731-2153 (TRS:711).
Hindi:	हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 833-731-2153 (TRS:711). पर कॉल करें।
Serbo-Croatian:	Srpsko-hrvatski OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 833-731-2153 (TRS- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Russian:	Русский
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 833-731-2153 (телетайп: TRS:711).	
Nepali:	नेपाली
ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 833-731-2153 (टिपिवाइ: TRS:711) ।	
Persian:	فارسی
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 833-731-2153 تماس بگیرید. (TRS:711)	

- هل أنت بحاجة إلى المساعدة في التحدث إلينا أو قراءة ما نرسل إليك؟
- هل تعاني من إعاقة وتحتاج إلى المساعدة في الحصول على الرعاية أو المشاركة في أحد برامجنا أو إحدى خدماتنا؟
- أو هل لديك أسئلة أخرى عن رعايتك الصحية؟

اتصل بنا مجاناً على الرقم (833-731-2153 (TTY 711). يمكننا توصيلك بالمساعدة أو الخدمة المجانية التي تحتاج إليها. (لخدمة TRS، اتصل بالرقم 711)

نلتزم بالقوانين الفيدرالية وقوانين الحقوق المدنية بالولاية. ولا نعامل الناس معاملة مختلفة على أساس العرق أو لون البشرة أو مكان الولادة أو اللغة أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الجنس. هل تعتقد أننا لم نساعدك أو أنك تعرضت لمعاملة مختلفة بسبب عرقك أو لونك أو مكان ولادتك أو لغتك أو عُمرك أو إعاقتك أو دينك أو جنسك؟ يمكنك تقديم شكوى عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الهاتف. وإليك أماكن ثلاثة يمكنك إرسال الشكوى إليها:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave. SW,
Rm 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

الهاتف: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697

يمكنك التقدّم بشكوى عبر الإنترنت على:
ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Wellpoint
Nondiscrimination
Coordinator
22 Century Blvd.,
Suite 310
Nashville, TN 37214

البريد الإلكتروني:
tn.nondiscrimination@wellpoint.com

الهاتف: 833-731-2153
(TRS 711)
الفاكس: 866-796-4532

TennCare
Office of Civil Rights Compliance
310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243

البريد الإلكتروني:
HCFA.Fairtreatment@tn.gov
الهاتف: 855-857-1673 (TRS 711)

يمكنك الحصول على نموذج الشكاوى عبر الإنترنت على:

tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintform.pdf

جدول المحتويات

1	مرحبًا بك في CoverKids وخطتك الصحية، Wellpoint
2	خطة CoverKids الصحية الخاصة بك
2	الخطة الصحية للصيديات الخاصة بك
2	الخطة الصحية للأسنان للأطفال
3	الجزء 1: استخدام خطة CoverKids الصحية الخاصة بك
5	شبكة مقدمي الرعاية الخاصة بـ CoverKids
6	زيارات الطبيب
7	تغيير PCP الخاص بك
7	الرعاية الصحية السلوكية (خدمات الصحة العقلية أو سوء استخدام المواد المخدرة)
8	مقدمو الخدمات الاختصاصيون
9	رعاية المستشفى
9	حالات طوارئ الصحة الجسدية
10	الحالات الطارئة المتعلقة بالصحة العقلية
12	الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل
13	الجزء 2: الخدمات التي يدفع CoverKids مقابلها
14	باقات المزايا
15	الرعاية الخاضعة للحدود
17	خدمات CoverKids الأخرى
19	الرعاية الوقائية – الرعاية التي تحافظ عليك بصحة جيدة
19	الحمل
20	بعد ولادة طفلك
21	الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحية لطفلك أو ابنك المراهق
22	رعاية الأسنان للأطفال (للأسنان)
23	رعاية الإبصار للأطفال (للعيون)
23	الخدمات غير المغطاة
25	الجزء 3: كيف يصلح لك برنامج CoverKids
26	ما الذي تدفعه نظير رعايتك الصحية - الدفعات المشتركة
31	الجزء 4: المساعدة على حل المشكلات المتعلقة ببرنامج CoverKids الخاص بك
32	أنواع المشاكل وما يمكنك فعله
32	هل أنت في حاجة إلى بطاقة CoverKids جديدة؟
32	هل تحتاج إلى البحث عن طبيب أو تغيير طبيبك؟

32	هل تحتاج إلى تقديم شكوى بخصوص رعايتك؟
33	هل تحتاج إلى تغيير خطتك الصحية؟
35	هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على أدويةك الموصوفة؟
36	هل تحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية؟
36	هل يتم إرسال فواتير لك؟ هل يتعين عليك الدفع؟
38	الجزء 5: الالتماسات CoverKids
39	نوعان من الالتماسات: الفرق بين التماس الأهلية والتماس الخدمة الطبية
42	كيفية تقديم التماس بخصوص مشاكل الرعاية الصحية
44	كيفية تقديم التماس الأهلية
46	الجزء 6: حقوقك ومسؤولياتك
47	حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في CoverKids
49	حقك في تقديم التماس
50	حقك في الخصوصية
52	مسؤولية CoverKids تجاهك
54	مسؤوليتك للإبلاغ عن الاحتيال وإساءة المعاملة
55	الجزء 7: أوراق الرعاية الصحية التي قد تحتاج إليها
64	التوجيهات المسبقة
71	جدول تطعيم CoverKids
75	التعريفات القانونية

مرحبًا بك في CoverKids وخطتك الصحية، Wellpoint

هذا هو دليل أعضاء CoverKids الخاص بك. يطلعك هذا الدليل على كيفية استخدامك CoverKids لتلقي الرعاية. يوفر CoverKids تأمينًا صحيًا لبعض الأطفال دون عمر 19 وبعض النساء الحوامل. CoverKids هو برنامج في قسم TennCare بولاية Tennessee.

لا يسمح بالحصول على تأمين آخر، حتى Medicare، لأي أحد لديه CoverKids. إذا كان لديك أو كنت تتلقى تأمينًا صحيًا آخر، فاتصل بـ TennCare Connect على الرقم 855-259-0701 واطلب إنهاء برنامج CoverKids الخاص بك.

لماذا من المهم أن تعرف عن برنامج CoverKids الخاص بك؟

لأن ذلك يساعدك على معرفة نوع مزايا الرعاية الصحية التي يغطيها CoverKids. ويساعدك ذلك أيضًا على معرفة إن كان يجب أن تدفع دفعات مشتركة لمزايا CoverKids. سنخبرك بالمزيد عن مزايا CoverKids الخاصة بك والدفعات المشتركة في موضع لاحق من هذا الدليل.

أرسل إليك TennCare/CoverKids خطابًا لإخبارك بأن لديك CoverKids ولإخبارك باليوم الذي يبدأ فيه CoverKids. إن كانت لديك أسئلة أو مشكلات بخصوص تواريخ CoverKids الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بـ TennCare Connect مجانًا على الرقم 855-259-0701.

هام: ينص قانون الولاية أنه يجب أن تطلع CoverKids على أي تغييرات يمكن أن تؤثر على تغطيتك. يجب عليك الإبلاغ عن هذه التغييرات في غضون 10 أيام من التغيير، ويجب أن تقدم لـ CoverKids الإثبات الذي يحتاجونه لإجراء التغيير. اتصل أو قم بإجراء تغييرات على بوابة TennCare Connect عبر الإنترنت على الفور إذا:

- تغيير سكنك**
- قمت بتغيير الوظائف
- تغيير عدد أفراد عائلتك
- تغيير دخلك
- الحصول على تأمين صحي جماعي

** في أي مرة تغير مسكنك، يجب أن تخبر CoverKids بعنوانك الجديد. لماذا؟ يرسل TennCare/CoverKids إليك معلومات هامة عن تغطية CoverKids الخاصة بك ومزاياها في البريد. وإن لم يكن لديهم عنوانك الحالي، فيمكن أن تفقد CoverKids الخاص بك. اتصل بـ TennCare Connect على الرقم 855-259-0701 لإخبارهم بعنوانك الجديد، أو يمكنك إجراء التغييرات عبر الإنترنت عن طريق إنشاء حساب TennCare Connect مجاني على tenncareconnect.tn.gov.

خطة CoverKids الصحية الخاصة بك

Wellpoint هي خطة CoverKids الصحية الخاصة بك والتي تساعدك في الحصول على رعاية صحية سلوكية أو بدنية (خدمات تعاطي المخدرات والكحول وخدمات الصحة العقلية). للأسئلة بخصوص الحصول على الرعاية الصحية السلوكية أو البدنية، اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153. وهذه مكالمات مجانية.

هل لديك أسئلة حول صحتك؟ هل أنت بحاجة لمعرفة نوع الطبيب الذي يجب عليك زيارته؟ اتصل بخط المساعدة التمريرية لدينا على مدار 24 ساعة على (24-hour Nurse HelpLine) (TRS 711) 866-864-2544. وهذه مكالمات مجانية.

الخطة الصحية للصيديات الخاصة بك

أنت لديك تغطية وصفات طبية عبر برنامج CoverKids. تسمى خطة الخدمات الصيدلانية من CoverKids بـ OptumRx. سوف تتلقى بطاقة معرف منفصلة خاصة بالصيدلية. إذا كنت بحاجة إلى وصفة طبية، فيمكنك الذهاب إلى الصيدلية واستخدام بطاقة تعريف عضوية OptumRx الخاصة بك.

قبل أن تذهب، تأكد من أن الصيدلية التي تستخدمها تقبل CoverKids. لمعرفة ذلك، اذهب إلى أداة العثور على صيدلية تابعة للشبكة (Find a Network Pharmacy Tool) على <https://www.optumrx.com/> أو oe.coverkids.com/landing. أدخل المعلومات المطلوبة للبحث عن صيديات بالقرب منك تقبل CoverKids. أو يمكنك الاتصال بخدمات صيدلية CoverKids للحصول على المساعدة، على مدار الساعة سبعة أيام في الأسبوع على الرقم 844-568-2179.

هل تحتاج إلى مساعدة إضافية؟ هل لديك أسئلة حول بطاقتك؟ اتصل بخدمات الصيدلية من CoverKids على الرقم 844-568-2179.

تعرف على المزيد حول تغطية وصفتك في الجزء 1 و 2 من هذا الكتيب.

الخطة الصحية للأسنان للأطفال

لا يغطي CoverKids سوى رعاية الأسنان الروتينية للأطفال دون عمر 19 عامًا. خطة صحة الأسنان لدى CoverKids هي DentaQuest. ويمكنها مساعدتك إذا كانت لديك أسئلة حول رعاية الأسنان. للبحث عن طبيب أسنان في DentaQuest، انتقل إلى <http://dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/>. وبعد ذلك البحث عن طبيب أسنان (Find a Dentist). أو يمكنك الاتصال بـ DentaQuest على الرقم 888-291-3766.

ملاحظة: لا يغطي CoverKids أي رعاية أسنان روتينية، بما في ذلك جراحة الفم، إذا كنت تبلغ من العمر 19 عامًا فأكثر.

الجزء 1:

استخدام خطة CoverKids الصحية الخاصة بك

كل عضو في CoverKids لديه بطاقة عضو. وهكذا ستبدو بطاقتك:

MEMBERS: Please carry this card at all times. Show this card before you get medical care (except emergencies). If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. Always call your PCP for nonemergency care. If you have questions, call Member Services at 833-731-2153 (TRS 711). MIEMBROS: Por favor tenga esta tarjeta con usted en todo momento. Muestre esta tarjeta antes de recibir atención médica (excepto en caso de emergencia). Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Siempre llame a su PCP para recibir atención que no sea de emergencia. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 833-731-2153 (TRS 711). HOSPITALS: Preadmission certification is required for all nonemergency admissions including outpatient surgery. For emergency admissions, notify Wellpoint within one business day after treatment at . PROVIDERS: Certain services must be precertified. Care that is not precertified may not be covered. For precertification/billing information, call 833-731-2154. SUBMIT CLAIMS TO: WELLPOINT • P.O. BOX 61010 • VIRGINIA BEACH, VA 23466-1010 USE OF THIS CARD BY ANY PERSON OTHER THAN THE MEMBER IS FRAUD. TN13 1223	Wellpoint wellpoint.com/tn/medicaid WELLPOINT CoverKids Effective Date: Date of Birth: 123456789 Benefit Level: 1 Member Name: JOHN Q SAMPLE Primary Care Provider (PCP): PCP Telephone #: Vision: 800-446-0037 Dental: 888-291-3766 Pharmacy: 844-568-2179 Copays: Office Visit: Preventive Visit: Inpatient Hospital: Wellpoint Member Services/Behavioral Health: (TRS 711) Nurse Helpline: 866-864-2544 (TRS 711)
---	--

- فيما يلي بعض المعلومات التي تتضمنها بطاقتك:
- اسم العضو هو اسم الشخص الذي يمكنه استخدام هذه البطاقة.
 - رقم الهوية هو الرقم الذي يخبرنا من تكون.
 - رقم المجموعة هو الرقم الذي يخبرنا بأنك عضو CoverKids.
 - شبكة مقدمي الرعاية هي خيار الأطباء، والمستشفيات، ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يقبلون بطاقة CoverKids الخاصة بك.
 - الدفعات المشتركة هي ما تدفعه مقابل كل خدمة للرعاية الصحية. لا يدفع الجميع مبالغ المشاركة في السداد.
 - مؤشر المزايا هو نوع باقة مزايا CoverKids التي تحوزها. وباقية المزايا الخاصة بك هي نوع الخدمات أو الرعاية التي تشملها CoverKids بالتغطية لك.

احمل بطاقتك معك في جميع الأوقات. ستحتاج إلى إظهارها عندما تذهب لرؤية طبيبك وعندما تذهب إلى المستشفى.

هذه البطاقة مخصصة لك وحدك. ولا تسمح لأي شخص آخر باستخدامها. في حالة ضياع بطاقتك أو سرقته، أو إذا كانت تحتوي على معلومات خاطئة، فاتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على بطاقة جديدة. وهذه مكالمات مجانية.

إن كانت لديك أسئلة بشأن CoverKids، فيمكنك فعل التالي:

اتصل بنا
833-731-2153
(TRS 711)



يمكنك مراسلة:
CoverKids Member Services
Wellpoint
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA
23466-2509



شبكة مقدمي الرعاية الخاصة بـ CoverKids

داخل الشبكة

يُطلق على الأطباء وغيرهم من الأشخاص والأماكن الذين يعملون مع CoverKids مسمى **شبكة مقدمي الرعاية**. وكل مقدمي الرعاية في CoverKids هؤلاء مدرجون ضمن **دليل مقدمي الرعاية**. يمكنك إيجاد دليل مقدمي الخدمات عبر الإنترنت على wellpoint.com/tn/medicaid. أو اتصل بنا على **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على قائمة. ربما تم تسجيل بعض مقدمي الخدمات أو حذفهم بعد طباعة هذه القائمة. ولكن، يتم تحديث دليل مقدمي الخدمات عبر الإنترنت كل أسبوع. يمكنك أيضًا الاتصال بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** لمعرفة ما إذا كان أحد مقدمي الخدمات موجودًا في شبكتنا أم لا.

أحيانًا لا يستطيع طبيبك أن يقدم لك الرعاية أو العلاج اللذين تحتاجهما لأسباب أخلاقية أو دينية. اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**. يمكننا مساعدتك على العثور على طبيب يمكنه تقديم الرعاية أو العلاج اللذين تحتاجهما.

للعثور على أطباء يجيدون لغات أخرى، يمكنك التحقق من دليل مقدمي الرعاية لدى CoverKids على الرابط wellpoint.com/tn/medicaid.

يجب أن تذهب إلى أطباء يتعاملون مع CoverKids حتى يستطيع CoverKids الدفع مقابل رعايتك الصحية.

خارج الشبكة

يطلق على الطبيب الذي ليس مدرجًا ضمن مقدمي الرعاية بالشبكة ولا يتعامل مع CoverKids مسمى **مقدم رعاية خارج الشبكة**. وفي أغلب الوقت، إذا ذهبت إلى طبيب خارج الشبكة، فإن CoverKids لن تدفع مقابل ذلك.

ولكن في بعض الأحيان، كالحالات الطارئة أو زيارة الاختصاصيين، ستدفع CoverKids مقابل أحد الأطباء خارج الشبكة. ما لم يكن الأمر طارئًا، يتعين عليك الحصول على موافقة أولاً. يخبرك القسمان **الأخصائيون والطوارئ** المزيد حول متى يمكنك الذهاب إلى مقدم خدمات من خارج الشبكة.

إذا كنت بالفعل تتلقى الرعاية أو العلاج عند بدء برنامج CoverKids الخاص بك، فقد تستطيع الاستمرار في تلقي تلك الرعاية دون موافقة أو إحالة. اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** لمعرفة كيفية حدوث ذلك.



كيفية الحصول على مساعدة لغوية مجانًا في زيارات رعايتك الصحية

إذا لم تكن الإنجليزية هي لغتك الأولى، فيمكنك طلب توفير مترجم فوري عندما تذهب للحصول على الرعاية. وهذه خدمة مجانية لك. قبل موعدك، اتصل بنا أو بمقدم الخدمات الخاص بك حتى تتمكن من الحصول على مساعدة بخصوص الخدمات اللغوية.

يمكنك أيضًا الاطلاع على دليل مقدمي الخدمات لدينا للبحث عن أطباء يتحدثون لغات أخرى من خلال wellpoint.com/tn/medicaid.

يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة مجانية للتواصل مع طبيبك مثل مترجم لغة الإشارة أو كتابة الملاحظات أو لوحة القصة. قبل موعدك، اتصل بنا أو بمقدم الخدمة للحصول على هذه المساعدة.

زيارات الطبيب

مقدم الرعاية الأولية (PCP) - الشخص الرئيسي الذي تذهب إليه للحصول على رعايتك
يمكنك الحصول على شخص أساسي واحد لرعايتك الصحية. وقد يكون طبيبًا أو ممرضة ممارسة أو مساعد طبيب. يسمى هذا الشخص **مقدم الرعاية الأولية (PCP)** الخاص بك.

أحيانًا يكون اسم PCP مدرجًا في الجزء الأمامي من بطاقتك. ماذا لو لم تكن بطاقتك تتضمن اسم PCP؟ اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** لمعرفة اسم PCP أو للتعرف على PCP الآخرين في شبكتنا. ماذا لو كنت تريد تغيير PCP؟ **تخبرك الصفحة التالية بكيفية القيام بذلك.**

معظم PCP لديهم ساعات عمل منتظمة، ولكن يمكنك الاتصال بـ PCP الخاص بك في أي وقت. إذا اتصلت بعد ساعات العمل العادية، فإنهم سيخبرونك بكيفية الوصول إلى الطبيب. إذا كنت غير قادر على التحدث مع شخص آخر بعد ساعات العمل، فاتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

إذا كان PCP جديدًا بالنسبة لك، فيجب عليك التعرف على PCP الخاص بك. اتصل لتحديد موعد مع PCP بأسرع ما يمكن. وتزيد أهمية هذا الأمر إذا كنت تحصل على الرعاية أو العلاج من طبيب مختلف. نرغب في التأكد من مواصلة حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها. ولكن حتى لو شعرت أنك بخير، يجب عليك الاتصال لإجراء فحص من خلال PCP.

قبل أن تذهب إلى موعدك الأول مع PCP:

1. اطلب من طبيبك السابق إرسال سجلاتك الطبية إلى PCP الخاص بك. وهو أمر مجاني تمامًا. فهذه السجلات هي ملكك. وستساعد PCP في التعرف على صحتك.
2. اتصل بـ PCP الخاص بك لتحديد موعد.
3. يرجى أن تحمل معك بطاقة معرف CoverKids عندما تتصل.
4. قل إنك أحد أعضاء CoverKids وأعطهم رقم معرف CoverKids الخاص بك.
5. دُون تاريخ ووقت موعدك. إذا كنت مريضًا جديدًا، فقد يطلب منك مقدم الخدمات الحضور مبكرًا. دُون الوقت الذي طلب منك الحضور خلاله.
6. قم بإعداد قائمة بالأسئلة التي تود طرحها على PCP. أدرج أي مشاكل صحية تعاني منها.

في يوم الموعد:

1. اصطحب كل أدويةك وقائمة بما لديك من أسئلة معك حتى يعلم PCP الخاص بك كيف سيساعدك.
2. كن في الموعد خلال زيارتك. إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك، فاتصل بـ PCP للحصول على موعد جديد.

3. اصطحب معك بطاقة تعريف هويتك في CoverKids. فقد يقوم PCP بعمل نسخة منها. إذا كان لديك أي تأمين آخر، فخذ بطاقة الهوية هذه معك أيضًا.

4. ادفع الدفعات المشتركة إن كانت لديك دفعة. يمكنك معرفة المزيد عن ذلك في الجزء 3 من هذا الدليل.

سيقدم لك PCP معظم رعايتك الصحية. يمكن لـ PCP اكتشاف المشكلات الصحية وعلاجها مبكرًا. وستكون لديه سجلاتك الطبية. يمكن لـ PCP الاطلاع على صورة رعايتك الصحية كاملة. يتابع PCP الخاص بك كل ما تتلقى من رعاية.

تغيير PCP الخاص بك

هناك أسباب كثيرة تجعلك بحاجة لتغيير PCP. فربما تريد زيارة PCP مكتبه أقرب لك. أو ربما توقف PCP عن العمل معنا. إن لم تعثر على PCP جديد، فسنساعدك في العثور على واحد، لكي يمكنك الاستمرار في تلقي رعايتك.

لتغيير PCP الخاص بك:

1. اعر على PCP جديد ضمن شبكة CoverKids. وللبحث عن مقدم رعاية أولية جديد، يمكنك النظر في دليل مقدمي الخدمات لدينا. أو يمكنك الانتقال عبر الإنترنت إلى wellpoint.com/tn/medicaid، أو الاتصال برقم **833-731-2153 (TRS 711)**.
2. ثم اتصل بـ PCP الجديد للتأكد من وجوده ضمن شبكة مقدمي الرعاية الخاصة بـ CoverKids. تأكد من السؤال حول ما إذا كان يقبل مرضى جددًا.

هل تحتاج إلى مساعدة في إيجاد PCP جديد؟ اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**. سنعمل معك على إيجاد PCP جديد يقبل مرضى جددًا.

هل ابنك المراهق مستعد لمقدم رعاية صحية للبالغين؟

يمكننا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية جديد وتسهيل بعض المخاوف فيما يتعلق بالتغيير. يمكنك إجراء اتصال مع صحة السكان على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على المساعدة.

الرعاية الصحية السلوكية (خدمات الصحة العقلية أو سوء استخدام المواد المخدرة)

لا تحتاج إلى رؤية PCP قبل الحصول على خدمات الصحة السلوكية. ولكنك ستحتاج إلى الحصول على رعايتك من مقدم خدمات من داخل شبكتنا. إذا كنت تتلقى الرعاية حاليًا، فاسأل مقدم الرعاية الخاص بك إذا كان يتعامل مع CoverKids.

وكالة الصحة النفسية المجتمعية (CMHA) هي أحد الأماكن التي يمكنك الذهاب إليها للحصول على خدمات الصحة النفسية أو اضطرابات تعاطي المخدرات. وتتعامل أغلب وكالات CMHA مع برنامج CoverKids.

قبل زيارتك الأولى:

1. **اطلب** من طبيبك السابق إرسال سجلاتك إلى مقدم الخدمات الجديد. وهو أمر مجاني تمامًا. فهي ستساعد مقدم الخدمات في التعرف على احتياجاتك.
2. **يرجى أن تجهز معك بطاقة CoverKids** عندما تتصل لتحديد موعد مع مقدم الرعاية الجديد الخاص بك.
3. قل إنك أحد أعضاء CoverKids وأعطهم رقم معرف هوية CoverKids الخاص بك.
4. **دوّن تاريخ ووقت موعدك.** إذا كنت مريضًا جديدًا، فقد يطلب منك مقدم الخدمات الحضور مبكرًا. دوّن الوقت الذي طلب منك الحضور خلاله.
5. **قم بإعداد قائمة** بالأسئلة التي تود طرحها على مقدم الخدمات. ضع قائمة بالمشكلات التي لديك.

في يوم الموعد:

1. **اصطحب** كل أديوتك وقائمة بما لديك من أسئلة معك حتى يعلم مقدم الخدمات الخاص بك **كيف سيساعدك**.
2. **كن في الموعد** خلال زيارتك. إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك، فاتصل بمقدم الخدمات للحصول على موعد جديد.
3. **اصطحب معك بطاقة تعريف** هويتك في CoverKids. فقد يقوم مقدم الخدمات بعمل نسخة منها.
4. **ادفع** الدفعات المشتركة إن كانت لديك دفعة. يمكنك معرفة المزيد عن ذلك في الجزء 3 من هذا الدليل.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات، فاتصل بنا على **(TRS 711) 833-731-2153**. أو إذا كانت لديك أسئلة حول خدمات الصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات، فاتصل بنا على **(TRS 711) 833-731-2153**. وهذه مكالمات مجانية.

مقدمو الخدمات الأخصائيون

الأخصائي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. من أنواع الأخصائيين تجد أخصائي القلب وهو طبيب للقلب. وهناك نوع آخر من الاختصاصيين وهو اختصاصي الأورام الذي يعالج السرطان. وهناك أنواع كثيرة من الاختصاصيين.

قد يرسلك PCP إلى أخصائي لتلقي الرعاية. إن لم يكن الأخصائي في شبكة مقدمي الرعاية الخاصة بنا، فيجب أن يحصل مقدم الرعاية الخاص بك على موافقتنا أولاً. إن كانت عليك مبالغ مشاركة في السداد، فستكون دفعتك من المشاركة في السداد هي نفسها حتى لو كان الاختصاصي خارج الشبكة.

ولست بحاجة لزيارة PCP أولاً للذهاب إلى الطبيب المختص بصحة المرأة. يُعرف الطبيب المختص بصحة المرأة باسم أخصائي الولادة/طبيب أمراض النساء.

ويتعين أن يكون أخصائي صحة المرأة ما زال موجودًا في شبكتنا. ويتوفر المزيد من المعلومات حول رعاية صحة المرأة في الجزء 2 من هذا الكتيب.

وتذكر أنه لا يتعين عليك زيارة PCP أولاً لزيارة أخصائي أو مقدم خدمات الصحة السلوكية للحصول على خدمات تعاطي المواد أو الكحول أو خدمات الصحة العقلية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب متخصص، اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153.

رعاية المستشفى

إذا كنت في حاجة إلى رعاية في المستشفى، فسيرتب لك مقدم الرعاية الخاص بك أو مقدم خدمة الصحة السلوكية التابعون للشبكة ذلك.

يجب أن تحصل على موافقة مقدم الرعاية الخاص بك التابع للشبكة لتتلقى الرعاية في المستشفى. وما لم تكن تلك حالة طارئة، فلن ندفع مقابل الرعاية في المستشفى إلا إذا كان مقدم الرعاية الخاص بك التابع للشبكة هو من أرسلك.

حالات طوارئ الصحة الجسدية

احتفظ دائمًا ببطاقة CoverKids الخاصة بك معك. في الحالات الطارئة، سيعرف أطباؤك أن لديك CoverKids. يمكنك الحصول على الرعاية الصحية الطارئة في أي وقت تحتاج إليها.

الطوارئ هي الأوقات التي قد يكون هناك خلالها ضرر أو خطير كبير على صحتك إذا لم تحصل على الرعاية الطبية مباشرة. انظر الجزء 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل للحالة الطارئة.

قد تكون حالات الطوارئ أمورًا مثل هذه:	لا يُعد ما يلي حالات طارئة في المعتاد:
• ضيق في التنفس، عدم القدرة على التحدث • قطع شديد أو كسر بالعظام أو حرق • نزيف لا يمكن إيقافه • ألم قوي في الصدر لا يزول • ألم قوي في المعدة لا يتوقف • نوبات تتسبب في إغماء الشخص • عدم القدرة على تحريك الساقين أو الذراعين • شخص لا يكون واعيًا • جرعة زائدة من الدواء	• التهاب الحلق • البرد أو الإنفلونزا • ألم في أسفل الظهر • ألم الأذن • ألم المعدة • حالات قطع بسيطة وليست عميقة • الكدمة • التهاب المفاصل • الصداع، ما لم يكن شديد السوء ولا يشبه أي صداع أصبت به من قبل

إذا كنت تعتقد أنك تعاني من حالة طارئة، فإذهب إلى غرفة الطوارئ (ER) بأقرب مستشفى. في حالة الطوارئ، يمكنك الذهاب إلى مستشفى ليست ضمن شبكة مقدمي الخدمات. إذا لم تتمكن من الوصول إلى ER، فاتصل برقم 911 أو بخدمة الإسعاف المحلية.

إذا لم تكن متأكدًا ما إذا كانت الحالة طارئة أم لا، فاتصل بـ PCP الخاص بك. ويمكنك الاتصال بـ PCP في أي وقت، حيث يمكن لـ PCP مساعدتك في تلقي الرعاية الطارئة إذا كنت بحاجة إليها.

إذا احتجت إلى رعاية طارئة، فست بحاجة للحصول على موافقة من أحد قبل الحصول على الرعاية الطارئة.

بعد معالجة ER لك من الحالة الطارئة، ستحصل أيضًا على الرعاية التي يقول الطبيب أنك بحاجة إليها للحفاظ على حالتك مستقرة. ويُعرف هذا باسم رعاية ما بعد استقرار الحالة.

بعد تلقي الرعاية الطارئة، أخبر PCP أو الأخصائي الخاص بك. فـ PCP بحاجة لمعرفة الحالة الطارئة التي عانيت منها لمساعدتك في رعاية المتابعة بعد ذلك. حاول أن تتصل بـ PCP أو الأخصائي الخاص بك خلال 24 ساعة من تلقي الرعاية الطارئة.

الحالات الطارئة المتعلقة بالصحة العقلية

يمكنك الحصول على مساعدة فيما يتعلق بحالة طوارئ خاصة بالصحة العقلية أو سوء اضطراب استخدام المواد المخدرة في أي وقت حتى إذا كنت بعيدًا عن منزلك. ولست بحاجة للحصول على موافقة من أحد قبل الحصول على الرعاية الطارئة.

إذا كنت تعاني من حالة طوارئ تتعلق بالصحة العقلية أو تعاطي المواد المخدرة، فاتصل أو أرسل رسالة نصية على الرقم 988 أو تحدث مع 988lifeline.org. يمكنك أيضًا الذهاب إلى أقرب مركز للأزمات الصحية العقلية (<https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html>) أو غرفة الطوارئ على الفور. ماذا لو لم تكن تعلم مكان وجود أقرب مركز لأزمات الصحة النفسية بدون حجز؟ اتصل بخدمات أزمات الصحة العقلية على: 988 مباشرة. هذه المكالمات والرسائل النصية مجانية.

أو يمكنك الاتصال بمقدم الخدمات، حيث يمكن لمقدم الخدمات مساعدتك في تلقي الرعاية الطارئة إذا كنت بحاجة إليها. يدفع CoverKids مقابل الحالات الطارئة المتعلقة بالصحة العقلية أو سوء اضطراب استخدام المواد المخدرة حتى لو لم يكن الطبيب أو المستشفى ضمن شبكة مقدمي الخدمات.

الطوارئ هي الأوقات التي قد يكون هناك خلالها ضرر أو خطير كبير على صحتك أو صحة شخص آخر إذا لم تحصل على مساعدة مباشرة. انظر الجزء 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل للحالة الطارئة.

قد تكون حالات الطوارئ أمورًا مثل هذه:	هذه الحالات عادة ليست طوارئ:
- التخطيط لإيذاء نفسك - التفكير في إيذاء شخص آخر	- الحاجة إلى إعادة صرف الوصفة الطبية - طلب الحصول على مساعدة لتحديد موعد

إذا كنت تعاني من هذه الحالة الطارئة:

- اتصل أو أرسل رسالة نصية على الرقم 988 أو قم بالدردشة من خلال 988lifeline.org
- اذهب إلى أقرب مركز لأزمات الصحة النفسية بدون حجز أو أقرب ER فوراً
- أو اتصل بالرقم 911. وتتوفر هذه المكالمات مجاناً

الأطفال أقل من 18 عاماً

إذا كان عمرك أقل من 18 عاماً أو كان طفلك أقل من 18 عاماً ولديه حالة طارئة متعلقة بالصحة السلوكية (الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات) في حالات الطوارئ:

- اتصل أو أرسل رسالة نصية على الرقم 988 أو قم بالدردشة من خلال 988lifeline.org
- اذهب إلى أقرب ER
- أو اتصل بالرقم 911

للوصول إلى وكالة مباشرة:

Youth Villages

- (866) 791-9221 (شمال الأوسط TN)
- (866) 791-9222 (جنوب الأوسط TN)
- (866) 791-9227 (منطقة الريفية الغربية من TN)
- (866) 791-9226 (إقليم Memphis)
- (866) 791-9224 (الإقليم الشرقي)
- (866) 791-9225 (الإقليم جنوب الشرقي)

Mental Health Cooperative

(615) 726-0125 (مقاطعة Davidson)

Frontier Health

(877) 928-9062 (الشرق العلوي TN)

Helen Ross McNabb

(865) 539-2409 (شرق TN)

توفر Youth Villages و Frontier Health و Helen Ross McNabb و Mental Health Co-Operative خدمات الأزمات على مستوى الولاية للأطفال الذين يقل عمرهم عن 18 عاماً. إذا ذهبت إلى ER، فيمكن لشخص من واحدة من هذه الوكالات في منطقتك الحضور للمساعدة في تقييم حاجة طفلك للرعاية.

إذا كنت تعاني من مشاكل في الوصول إلى أحد في الرقم المدرج لمنطقتك، فاتصل برقم (833-731-2153 (TRS 711)). فسندم لك المساعدة. يمكنك أيضاً الاتصال برقم 911. وتتوفر هذه المكالمات مجاناً.

احتفظ دائماً ببطاقة CoverKids الخاصة بك معك. وفي الحالات الطارئة، سيعرف الأطباء أن لديك CoverKids.

بعد معالجة ER لك من الحالة الطارئة، ستحصل أيضًا على الرعاية التي يقول الطبيب أنك بحاجة إليها للحفاظ على حالتك مستقرة. ويُعرف هذا باسم رعاية ما بعد استقرار الحالة.

بعد أن تتلقى الرعاية الطارئة، أخبر مقدم الرعاية الخاص بك. فمقدم الخدمات بحاجة لمعرفة الحالة الطارئة التي عانيت منها لمساعدتك في رعاية المتابعة بعد ذلك. حاول أن تتصل بمقدم الرعاية الخاص بك خلال 24 ساعة من تلقي الرعاية الطارئة.

الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل

تعمل الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل بنفس الطريقة المُقدمة كما لو كنت في المنزل. في حالة الطوارئ، يمكنك الذهاب إلى مستشفى من خارج الشبكة. اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ (ER) أو اتصل برقم 911. إذا كانت لديك حالة طوارئ تتعلق بالصحة العقلية أو تعاطي الكحول أو المواد المخدرة، فيمكنك الاتصال أو إرسال رسالة نصية على الرقم 988 أو الدردشة من خلال 988lifeline.org. لا يزال يجب عليك أن تتصل بمقدم الرعاية الخاص بك CoverKids خلال 24 ساعة من تلقيك الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل.

أظهر بطاقة CoverKids الخاصة بك عندما تتلقى الرعاية الطارئة. اطلب من ER إرسال الفاتورة إلى CoverKids. إذا ردت ER بالرفض، فاطلب منهم إرسال الفاتورة إليك في المنزل. أو إذا كان عليك سداد مقابل الرعاية، فاحصل على إيصال.

عندما تصل إلى المنزل، اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153 وأخبرنا أنك اضطررت إلى دفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك أو أن لديك فاتورة لها. سنعمل معك ومع مقدم الخدمات على تقديم مطالبة لرعايتك.

هام: يدفع CoverKids فقط مقابل الخدمات الطارئة البعيدة عن المنزل والموجودة داخل الولايات المتحدة. لا يمكننا سداد مقابل الرعاية التي تحصل عليها خارج البلد.

الجزء 2:

الخدمات التي يدفع CoverKids مقابلها

يمكنك العثور على قائمة بخدمات CoverKids في الصفحات التالية. بعض الخدمات لديها حدود. يعني ذلك أن CoverKids لن يدفع سوى مبلغ محدد لتلك الرعاية. الخدمات المدرجة باعتبارها **ضرورية طبيًا** تعني أن في إمكانك الحصول على هذه الخدمات إن وافق الطبيب، وخطة الرعاية الصحية، وCoverKids جميعهم على أنك في حاجة إليها.

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص ما الرعاية الصحية السلوكية أو البدنية المقدمة، فاتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

مزايا CoverKids

يجب أن تكون جميع الخدمات المشمولة بتغطية CoverKids ضرورية طبيًا، حسب التعريف الوارد ضمن قواعد CoverKids. ويمكنك إيجاد تعريف مصطلح ضروري من الناحية الطبية في الجزء 8 من هذا الكتيب. لمزيد من المعلومات عن الخدمات المشمولة بالتغطية في حدود، يرجى الاطلاع على "الرعاية في حدود" بدءًا من صفحة 15.

خدمات CoverKids	الخدمات المشمولة/غير المشمولة بالتغطية
خدمات تقويم العمود الفقري	مغطاة بحدود
خدمات العيادة وغيرها من خدمات الرعاية الصحية المتنقلة	غير مشمولة بالتغطية للسيدات الحوامل في سن 19 عامًا أو أكثر
خدمات الأسنان	مغطاة بحدود
المستلزمات الطبية التي تُستخدم لمرة واحدة	غير مشمولة بالتغطية للسيدات الحوامل في سن 19 عامًا أو أكثر
المعدات الطبية المعمرة (DME)	مغطاة بحدود
الإسعاف الجوي والأرضي في حالة الطوارئ	مغطاة
الرعاية في حالات الطوارئ	مغطاة
خدمات الرعاية الصحية المنزلية	مغطاة بحدود
رعاية المحتضرين (يجب أن يتم توفيرها من قبل Medicare-معتمد لرعاية المحتضرين)	مغطاة
خدمات المستشفى للمرضى الداخليين، بما في ذلك خدمات مستشفى إعادة التأهيل	مغطاة
خدمات الصحة العقلية وإدمان المواد المحددة للمرضى المقيمين والداخليين	مغطاة
الخدمات المخبرية والأشعة السينية	مغطاة
خدمات العلاج المهني	مغطاة بحدود

الخدمات المشمولة/غير المشمولة بالتغطية	خدمات CoverKids
مغطاة	خدمات تعاطي المواد والصحة العقلية للمرضى الخارجيين
مغطاة	خدمات المرضى الخارجيين
مغطاة بحدود	خدمات العلاج الطبيعي
مغطاة	خدمات الأطباء
مغطاة	المستلزمات والخدمات العائلية للرعاية لمرحلة ما قبل الولادة والحمل
مغطاة	الأدوية الموصوفة طبياً
مغطاة	التقييمات الصحية الروتينية والتطعيمات
مغطاة بحدود	خدمات مرافق الرعاية التمريضية الحادة
مغطاة بحدود	خدمات علاج التخاطب
مغطاة	الخدمات الجراحية
مغطاة بحدود	خدمات الإبصار
غير مشمولة بالتغطية للسيدات الحوامل في سن 19 عامًا أو أكثر	

الرعاية الخاضعة للحدود

تُغطى المزايا حسب الضرورة الطبية. ولكن بعد مزايا CoverKids لها حدود. الأنواع التالية من الرعاية عليها قيود:

1. خدمات تقويم العمود الفقري
2. المعدات الطبية المعمرة
3. خدمات الرعاية الصحية المنزلية
4. العلاج المهني
5. العلاج الطبيعي
6. مرافق الرعاية التمريضية الحادة
7. علاج النطق
8. خدمات الإبصار

1. خدمات تقويم العمود الفقري

لا يتم تغطية الزيارات الروتينية إذا لم يحدث تقدم، أو لم يكن من المتوقع حدوثه.

2. المعدات الطبية المعمرة

المعدات الطبية المعمرة (DME) هي أي معدات توفر مزايا علاجية بسبب حالات طبية و/أو أمراض معينة. تحتاج بعض خدمات DME إلى إذن مسبق (موافقة).

يوجد قيد على المبلغ الذي سيدفعه برنامج CoverKids مقابل DME. يطلق عليه الحد الأقصى للرسم المسموح بها، وهي تكلفة شراء DME. يعتمد الحد على نوع المعدات الطبية المعمرة التي تحتاج إليها. ماذا يحدث إذا أجرت نفس نوع المعدات من موفري DME متعددين، وكانت تكلفة الإيجار الكلية أكبر مما سيكلفه شراء المعدات؟ سوف تكون مسؤولاً عن المبلغ الذي يتخطى ما سيدفعه CoverKids (الحد الأقصى المسموح به للتكلفة).

تقتصر المعينات السمعية على سماعة واحدة لكل أذن كل سنة تقويمية حتى سن 5 سنوات، ثم سماعة واحدة لكل أذن كل عامين بعد ذلك.

3. خدمات الرعاية الصحية المنزلية

هناك نوعان للرعاية الصحية المنزلية: التمريض الصحي المنزلي ورعاية المساعد الصحي المنزلي. يمكن أن تكون الخدمات بدوام جزئي أو متقطعة ومتقطعة خلال فترة زمنية معينة. وحدها الخدمات التمريضية الصحية المنزلية عليها قيود. تقتصر هذه الخدمات على 125 زيارة في العام التقويمي للرعاية التي قدمتها ممرضة مسجلة أو التي أشرفت عليها.

4. العلاج المهني

يتضمن العلاج المهني العلاج الضروري طبيًا والملائم الذي يساعد الأشخاص الذين يعانون من مشكلات بدنية أو صحية سلوكية على تعلم أداء نشاطات الحياة اليومية كنتيجة لمرض أو إصابة. تقتصر الخدمات على 52 زيارة في العام التقويمي.

5. العلاج الطبيعي

يتضمن العلاج الطبيعي العلاج الضروري طبيًا والملائم لمرض أو إصابة في العضلات أو المفاصل. تقتصر الخدمات على 52 زيارة في العام التقويمي.

6. مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة

يتضمن مرفق الرعاية التمريضية الماهرة رعاية المرضى الداخليين الضرورية طبيًا والملائمة التي تُوفّر للأعضاء الذين يتطلبون رعاية طبية، أو تأهيلية، أو تمريضية في بيئة شفاثية. تقتصر الخدمات على 100 زيارة في العام التقويمي عقب إقامة في المستشفى تمت الموافقة عليها.

7. علاج النطق

تتم تغطية علاج النطق المقدم من أخصائي نطق من أجل استعادة النطق بعد فقدانه أو ضعفه؛ ولبدء النطق نتيجة لتأخيرات تطويرية (طالما يوجد تحسن مستمر). يجب ألا يكون فقدان أو الضعف نتيجة اضطراب نفسي، أو نفسي عصبي، أو اضطراب في الشخصية. تقتصر الخدمات على 52 زيارة في العام التقويمي.

8. خدمات الإبصار

بالنسبة للأطفال دون عمر 19 عامًا، تقتصر خدمات الإبصار على فحص إبصار واحد (بما في ذلك فحص الانكسار واختبار الزرق) لكل عام تقويمي، وزوجين فقط من العدسات (بما في ذلك ثنائية البؤرة، ثلاثية البؤرة، إلخ.) لكل عام تقويمي، وإطار نظارة واحد كل عامين تقويمين.

للنساء الحوامل في سن 19 عامًا وأكبر، تقتصر خدمات الإبصار على التقييم الطبي وإدارة الاضطرابات والحالات غير العادية للعين.

هل استخدمت جميع مزاياك؟ يمكننا تقديم مقترحات وخيارات لمتابعة الرعاية. يمكنك إجراء اتصال مع صحة السكان على الرقم (TRS 711) 833-731-2153 للحصول على المساعدة.

خدمات CoverKids الأخرى

تخضع بعض الخدمات للتغطية من قبل TennCare فقط في حالات خاصة. تتضمن هذه الخدمات:

- 1 برنامج صحة السكان،
- 2 رعاية المحتضرين،
- 3 التعقيم،
- 4 الإجهاض، و
- 5 عمليات استئصال الرحم

يمكن العثور على المزيد حول هذه الخدمات أدناه.

برنامج صحة السكان

تزوّدك خدمات الصحة السكانية بمعلومات حول كيفية البقاء بصحة جيدة. إذا كنت تعاني من مرض مستمر أو سلوك غير صحي، فإن خدمات الصحة السكانية يمكنها مساعدتك في القيام بأمر مثل:

- فهم مرضك والتعرّف على كيفية الشعور بالتحسن
- مساعدتك أنت أو طفلك في العثور على طبيب رعاية أولية والوصول إلى مواعيدك
- وضع خطة رعاية بناءً على نصيحة طبيبك أو طبيب طفلك لاحتياجات الصحة الطبية والسلوكية
- يكون شريكاً لك أو لطفلك لتنسيق الرعاية مع جميع مقدمي الرعاية الصحية
- التمتع بحمل صحي وولادة طفل بصحة جيدة
- المساعدة في الحصول على أدويةك الموصوفة طبيًا
- المساعدة في إبقائك أنت أو طفلك خارج المستشفى من خلال الحصول على الرعاية في المجتمع
- تحديد المنظمات المجتمعية التي يمكنها تقديم الدعم والموارد غير الطبية لتحسين الصحة والرفاهية لك أو لطفلك
- مساعدتك في تغييرات نمط الحياة التي تريد القيام بها مثل الإقلاع عن التدخين أو التحكم في وزنك
- المساعدة في شرح المعلومات الصحية المهمة لك أو لأطبائك

تُقدم خدمات الصحة السكانية سواء كنت بصحة جيدة أو تعاني من مشكلة صحية مستمرة أو من نوبة صحية شديدة. تتوفر خدمات الصحة السكانية لك على حسب المخاطر الصحية لديك وحاجتك للحصول على الخدمة.

يمكن للصحة السكانية تزويدك بمدير رعاية. يمكن لمدير الرعاية مساعدتك في تلقي الرعاية التي تحتاج إليها كاملة. قد تتمكن من الحصول على مدير رعاية إذا كنت:

- تذهب إلى ER كثيرًا أو إذا كنت بحاجة للذهاب إلى المستشفى كثيرًا أو
- تحتاج إلى رعاية صحية قبل أو بعد إجراء عملية زرع، أو
- تُعالج لدى الكثير من الأطباء المختلفين لمشاكل صحية مختلفة أو
- تعاني من مرض مستمر لا تعرف كيف تتعامل معه.
- كنت في حاجة لمساعدة للعثور على مصادر وتطوير خطة الرعاية لمساعدة طفلك فيما يتعلق باحتياجات إعاقته أو
- احتياجات صحته السلوكية بما في ذلك المرض العقلي الحاد والمستمر (SPMI)
- كنت في حاجة للمساعدة فيما يتعلق بالمصادر لإعانتك في أحوالك المادية والاجتماعية.

لمعرفة ما إذا كان بإمكانك الحصول على مدير رعاية أو إذا أردت المشاركة في خدمات الصحة السكانية، فيمكنك أنت (أو شخص بالنيابة عنك) الاتصال على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

رعاية المحتضرين هو نوع من الرعاية الطبية للأشخاص الذين يعانون من مرض عضال. يجب عليك استخدام مقدم رعاية المحتضرين في شبكتنا. للمساعدة بخصوص رعاية المحتضرين، اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

التعقيم هو العلاج الطبي أو الجراحة التي تجعلك غير قادر على إنجاب أطفال. للخضوع لهذا العلاج، يتعين عليك:

- أن تكون بالغًا في سن 21 عامًا أو أكبر.
 - أن تكون مستقرًا عقليًا وأن تكون قادرًا على اتخاذ قرارات حول صحتك.
 - ألا تكون في مؤسسة عقلية أو في السجن.
- تعبئة ورقة تبدي من خلالها موافقتك. وتُعرف باسم نموذج الموافقة على التعقيم. يمكنك الاتصال بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على هذه الورقة.

يتعين عليك استكمال الورقة قبل 30 يومًا على الأقل من الخضوع للعلاج. ولكن في حالة الطوارئ مثل الولادة المبكرة أو عملية جراحية في البطن، يمكنك تعبئة الورقة قبل 72 ساعة على الأقل من تناول العلاج.

لا يمكن تغطية الإجهاض إلا في حالات محدودة، مثل إذا كان لديك مرض جسدي يمكن أن تموت منه دون إجهاض. يتعين على طبيبك تعبئة ورقة تُعرف باسم شهادة الضرورة الطبية للإجهاض.

استئصال الرحم هو عملية جراحية لاستئصال الأعضاء التناسلية. يمكن تغطية استئصال الرحم عندما يكون من الضروري لك إجراء ذلك لحل مشاكل طبية أخرى. بعد استئصال الرحم، لن تتمكني من إنجاب أطفال. ولكن CoverKids لن يدفع مقابل هذا العلاج إن كنت ستخضعين له لمجرد ألا تستطيعي الإنجاب. يدفع CoverKids مقابل هذا العلاج فقط إذا كان لسبب مغطى وضروري طبيًا.

يتعين إخبارك في كلمات وخطياً أن إجراء استئصال الرحم يعني أنك لن تكوني قادرة على إنجاب أطفال. ينبغي عليك توقيع ورقة تسمى نموذج إقرار استئصال الرحم.

الرعاية الوقائية – الرعاية التي تحافظ عليك بصحة جيدة

يغطي برنامج CoverKids الرعاية الوقائية للأطفال والنساء الحوامل. الرعاية الوقائية تساعد في الحفاظ عليك بصحة جيدة وتكتشف المشاكل الصحية مبكراً مما يتيح إمكانية علاجها.

ملاحظة: لن يكون لديك دفعات مشتركة من أجل الرعاية الوقائية.

تتضمن بعض خدمات الرعاية الوقائية:

- فحوصات الأطفال
- الرعاية للنساء اللائي ينتظرن مولوداً
- رعاية المواليد الأصحاء
- الحقن والاختبارات
- معلومات حول تحديد النسل

الحمل

إذا كنتِ حاملاً، يمكن لزيارة الطبيب مساعدتك في إنجاب طفل بصحة أفضل. تُعرف الرعاية التي تُقدم قبل ولادة طفلك باسم رعاية ما قبل الولادة. لا توجد دفعات مشتركة عندما تكونين حاملاً.

يمكنك تلقي ذلك النوع من الرعاية من PCP الخاص بك و/أو من أخصائي يسمى أخصائي طب النساء والتوليد. يعرف هذا النوع من الأخصائيين أحياناً باسم طبيب التوليد/أمراض النساء.

لا يتعين عليك زيارة PCP أولاً للذهاب إلى طبيب التوليد/أمراض النساء. ولكن يتعين أن يكون طبيب التوليد/أمراض النساء ما زال موجوداً في دليل مقدمي الخدمات لدينا حتى يدفع CoverKids مقابل الخدمات.

إذا كنتِ حاملاً في أكثر من ثلاث أشهر بالفعل وكنتِ تزورين بالفعل طبيب توليد/أمراض نساء عند حصولك على CoverKids، فيمكنك مواصلة زيارة هذا الطبيب للحصول على الرعاية. ولكن عليه أن يوافق على المبلغ الذي يدفعه CoverKids. اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153 لمعرفة ما إذا كان بإمكانك مواصلة زيارة هذا الطبيب. قد نطلب منك التغيير إلى طبيب توليد/أمراض نساء موجود في دليل مقدمي الخدمات لدينا إذا كان الأمر آمناً للتغيير.

أذهبي إلى جميع زيارات طبيب التوليد/أمراض النساء، حتى لو شعرتِ بأنك بحالة جيدة. وسيخبرك طبيبك بعدد مرات إجراء الفحوصات أثناء حملك. بعد زيارتك الأولى، قد تزورين طبيبك كل 4 أسابيع. وبعد ذلك، بعد 7 أشهر، قد تزورين طبيبك كل أسبوعين أو 3 أسابيع. وعندما يقترب موعد ولادة طفلك، فقد تزورين طبيبك كل أسبوع.

إذا كنتِ تخططين لإرضاع طفلك رضاعة طبيعية أو ضخ الحليب له، يمكنك زيارة مستشارة الرضاعة الطبيعية للحصول على المساعدة أثناء الحمل وبعده.

نفذي ما يطلبه طبيبك منك للحصول على رعاية لك ولمولودك. وتذكرني تناول الفيتامينات التي يخبرك طبيبك بها. لا تدخني أو تشربي الكحول أثناء حملك.

إذا وصف طبيبك دواءً لك أثناء حملك، فلا يتعين عليك دفع مبلغ مشاركة في السداد له في متجر الأدوية. ولكن، يتعين عليك إخبار الصيدلي أنك حامل حتى لا يفرض عليك مبلغ مشاركة في السداد.

بعد ولادة طفلك

أنت وطفلك بحاجة لرعاية المتابعة! تسمى رعاية الأم بعد الولادة رعاية ما بعد الولادة. تأكد من تحديد مواعيد المتابعة مع طبيبك حتى يتمكن طبيبك من التأكد من أنك بخير بعد الولادة. يجب عليك زيارة طبيبك مرتين في الأشهر الثلاثة الأولى بعد ولادة طفلك. إذا كنت تعاني من مضاعفات أو مشاكل، فقد يرغب طبيبك في متابعتك أكثر. كل من صحتك البدنية والعقلية مهمة. تحدث إلى طبيبك إذا كنت تشعر بالحزن أو البكاء كثيرًا ولا تعرف السبب، أو إذا كان كل شيء يبدو صعبًا وبائسًا.

قد تحتاج بعض النساء إلى زيارة الطبيب (PCP)، أو اختصاصي، في الأسابيع والأشهر التي تلي الولادة لرعاية أمور مثل ارتفاع نسبة السكر في الدم أو ارتفاع ضغط الدم.

الرضاعة الطبيعية يمكن أن تكون صعبة. يمكنك أنت وطفلك رؤية أخصائي الرضاعة الطبيعية للحصول على المساعدة. اتصل بـ TennCare إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على أخصائي الرضاعة بالقرب منك. يحتاج طفلك إلى المتابعة مع طبيب (PCP) بعد أسابيع قليلة من الولادة. سيغطي TennCare طفلك عند ولادته. لا تنس أن نخبرنا أن طفلك قد ولد. تُعرف الرعاية التي تُقدم بعد ولادة طفلك باسم **الرعاية بعد الولادة**. تشمل الرعاية بعد الولادة على عمليات ختان يتم إجراؤها بواسطة طبيب وفحوصات خاصة لحديثي الولادة.

يجب عليك العثور على PCP لطفلك ومن الأفضل اختيار PCP لطفلك قبل ولادته. يتعين أن يكون طبيب الطفل موجودًا في دليل مقدمي الخدمات لدينا لكي يدفع TennCare خدمات الرعاية الصحية. اتصل بالطبيب مقدمًا لتحديد الموعد لإجراء فحص لطفلك.

إليك طريقة التأكد من إلحاق مولودك بـ CoverKids أو TennCare

- بعد ولادة طفلك، ستمنحك المستشفى أوراقًا للحصول على رقم الضمان الاجتماعي لطفلك. يجب تعبئة هذه الأوراق وإرسالها بالبريد إلى مكتب الضمان الاجتماعي.
- أخبرني CoverKids بشأن مولودك في أقرب وقت ممكن. اتصل بـ TennCare Connect على الرقم **855-259-0701**.

- أخبرهم أنك قمت بتعبئة الأوراق الخاصة بحصول طفلك على رقم الضمان الاجتماعي. وعندما تحصلين على بطاقة التأمين الاجتماعي الخاصة بمولودك عن طريق البريد، تأكدي من إخبارنا. إذا كان طفلك لديه TennCare أو CoverKids، فاتصل برقم **855-259-0701**. وامنحهم رقم الضمان الاجتماعي لطفلك.

من المهم فعل هذه الأشياء بمجرد ولادة طفلك.

الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحية لطفلك أو ابنك المراهق

التسجيل وإجراء الفحص ومعاودة إجراء الفحص!

يسعى برنامج CoverKids للحفاظ على صحة الأطفال. يحتاج طفلك الصغير والمراهق إلى إجراء فحوصات صحية منتظمة حتى لو كان يبدو بصحة جيدة. تساعد هذه الزيارات طبيبك في إيجاد المشاكل وعلاجها مبكرًا.

في CoverKids، فحوصات الأطفال مجانية.

يدفع برنامج CoverKids كذلك مقابل الرعاية الضرورية طبياً والأدوية لعلاج المشكلات التي تكتشف عند الفحص. وهذا يشمل الطب والأسنان والكلام والسمع والرؤية والسلوك (مشاكل الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات).

في حالة عدم إجراء طفلك لفحص مؤخرًا، اتصل بـ PCP لطفلك اليوم لتحديد موعد. اطلب فحصًا صحيًا منتظمًا. يمكنك التوجه إلى PCP الخاص بطفلك أو إلى إدارة الصحة للحصول على فحوصات.

وكذلك، إن كان شخص آخر، مثل مُدرس طفلك، قلقًا بشأن صحة طفلك، فيمكنك الحصول على فحوص لطفلك.

قد تشمل الفحوصات:

- السجل الصحي
- الفحص الجسدي الكامل
- الفحوصات المخبرية (حسب الحاجة)
- التطعيمات (الجرعات)
- فحص الإبصار/السمع
- الفحص المتعلق بالنمو والسلوكي (حسب الحاجة)
- مشورة حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك

إذا وجد PCP لطفلك (طبيب الأطفال) مشكلة معينة، فإن CoverKids يمنح طفلك أيضًا العلاج الطبي وعلاج الأسنان والتخاطب والسمع والإبصار والسلوكي (علاج تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد المخدرة) الذي يحتاج إليه.

يجب على الأطفال الذهاب إلى الطبيب لإجراء الفحوصات حتى إذا لم يكونوا مرضى. يجب عليهم إجراء فحوصات في المراحل العمرية التالية:

- عند الولادة
- من 3 إلى 5 أيام
- شهر واحد
- 2 شهرين
- 4 أشهر
- 6 أشهر
- 9 أشهر
- 12 شهرًا
- 15 شهرًا
- 18 شهرًا
- 24 شهرًا
- 30 شهرًا
- وبعد ذلك كل عام حتى سن 19 عامًا

حقن اللقاحات التي يجب على الأطفال الحصول عليها لعدم تعرضهم من المرض خاصة بالأمراض التالية:

- الدفتيريا
- الكزاز
- السعال الديكي
- شلل الأطفال
- الحصبة
- النكاف
- الحصبة الألمانية (MMR)
- المستدمية النزلية النوع ب (HIB)
- الإنفلونزا
- التهاب الكبد A و B
- جدري الماء (الحُمَق)
- المكورات الرئوية
- الفيروس العجلي
- فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)
- التهاب السحايا

انظر إلى جدول الحقن المدرج في الجزء 8 من هذا الكتيب. يسمى الجدول الزمني لتطعيمات الأطفال والمراهقين. سيساعدك في معرفة الموعد المناسب لتلقي طفلك للحقن الخاصة به.

أو يمكنك سؤال PCP لطفلك حول الموعد المناسب الذي يجب على طفلك الحصول على الحقن خلاله.

رعاية الأسنان للأطفال (للأسنان)

إذا كنت طفلًا يقل عمرك عن 19 عامًا، فإن لديك خطة أسنان أيضًا لأسنانك تُعرف باسم **DentaQuest**. ويمكنها مساعدتك إذا كانت لديك أسئلة حول رعاية الأسنان. للبحث عن طبيب أسنان في **DentaQuest**، انتقل إلى <http://www.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/>. وبعد ذلك البحث عن طبيب أسنان (Find a Dentist). أو يمكنك الاتصال بـ **DentaQuest** على الرقم **888-291-3766**.

تحتاج أسنان الأطفال إلى رعاية خاصة. يجب على الأطفال إجراء فحص وتنظيف كل ستة أشهر. يحتاج الأطفال إلى البدء في زيارة طبيب الأسنان في الوقت الذي يظهر فيه السن الأول في الفم، أو في موعد لا يتجاوز عيد الميلاد الأول.

سيتكفل برنامج CoverKids بالدفع مقابل خدمات رعاية الأسنان الأخرى إذا كانت ضرورية طبيًا. تتم تغطية الدعامات فقط إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.

لا تحتاج إلى رؤية PCP قبل الذهاب إلى طبيب أسنان. ولكنك ستحتاج إلى الذهاب إلى طبيب أسنان تابع لخطة DentaQuest.

رعاية الأسنان هذه فقط للأطفال الذين يقل عمرهم عن 19 عامًا. لا يدفع CoverKids مقابل أي رعاية أسنان روتينية للنساء الحوامل فوق عمر 19 عامًا.

رعاية الإبصار للأطفال (للعيون)

تحتاج عيون الأطفال أيضًا إلى رعاية خاصة. يمكن للأطفال الذين يقل عمرهم عن 19 عامًا إجراء فحص على عيونهم والحصول على إطارات وعدسات النظارات حسب الضرورة الطبية. سيريك طبيب العيون التابع لـ CoverKids أي الإطارات يمكن أن تختار منها.

سيتكفل برنامج CoverKids بالدفع مقابل خدمات رعاية الإبصار الأخرى إذا كانت ضرورية طبيًا. تتم تغطية العدسات اللاصقة بدلًا من عدسات النظارات.

الأطفال غير مضطرين لمقابلة PCP الخاص بهم قبل أن يقابلوا طبيب العيون التابع لـ CoverKids. ولكن يجب أن يكون طبيب العيون تابعًا لدليل مقدمي الرعاية الخاص بنا.

تخصص رعاية الإبصار تلك للأطفال دون سن 19 عامًا. لا يدفع CoverKids مقابل أي رعاية إبصار روتينية للنساء الحوامل فوق عمر 19 عامًا.

الخدمات غير المغطاة

إليك قائمة ببعض الخدمات غير المشمولة بتغطية CoverKids لأي شخص. أو يمكنك الاتصال بنا على الرقم 833-731-2153 (TRS 711) للحصول على قائمة كاملة.

بعض الخدمات غير المغطاة هي:

1. الخدمات غير الضرورية من الناحية الطبية. ولكن الرعاية الوقائية (الرعاية التي تحتاج إليها لتبقى بصحة جيدة) تكون مغطاة.
2. الخدمات التجريبية أو الاستقصائية.
3. الجراحة من أجل تحسين المظهر.
4. أي علاج طبي أو متعلق بالصحة السلوكية (تعاطي المخدرات أو سوء اضطراب استخدام المواد المخدرة) إذا كنت في السجن الفيدرالي أو الخاص بالولاية أو المحلي.
5. الخدمات التي تلقينها قبل حصولك على CoverKids أو بعد انتهاء اشتراكك في CoverKids.

6. الأصناف المتوفرة للراحة أو الرفاهية أو النظافة الشخصية.
 7. رعاية الحضانة أو خدمات الجلوس.
 8. الخدمات المقدمة بالأساس لرعاية النظافة أو للراحة.
 9. العناية بالقدم للراحة أو لتحسين المظهر، مثل القدم المسطحة والمسامير وحالات التصلب الجلدي وأظافر أصابع الأقدام.
 10. جراحة التحول الجنسي وأي علاج مرتبط بها.
 11. بضع القرنية الشعاعي أو جراحة أخرى لتصحيح خطأ انكساري للعين.
 12. خدمات قدمها لك شخص من عائلتك أو أي شخص يعيش مع أسرته.
 13. خدمات القابلة خارج مرفق رعاية صحية مرخص.
 14. تكاليف زائدة عن الحد الأقصى المسموح به للتكلفة.
 15. خدمات أو إمدادات جراحة تقويم الفك.
 16. علاجات وطرق علاج لأغراض المداومة.
 17. العلاج الذاتي أو التدريب.
 18. الاستشارات عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو التكاليف لإكمال نموذج مطالبة أو لتوفير سجلات طبية. يجب على مقدمي الرعاية التابعين للشبكة عدم محاسبتك على المواعيد الفائتة ولا يتم تغطية رسوم المواعيد الفائتة.
 19. أي تكاليف لرسوم المناولة.
 20. الأدوية والإمدادات المتاحة دون وصفة طبية التي لا تتطلب وصفة طبية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
 21. الأدوية الخاصة بعلاج:
 - نمو الشعر
 - أغراض تجميلية
 - السيطرة على شهيتك
 - علاج العجز الجنسي
 - علاج العقم
 22. الأدوية التي تنص FDA (إدارة الغذاء والدواء) على أنها:
 - تنفيذ دراسة DESI أو فعالية الدواء - وهذا يعني أن البحث يقول أنها ليست فعالة.
 - LTE أو أقل فعالية- يعني هذا أن الأبحاث أفادت بأنها أقل فعالية؛ IRS - يعني هذا أن الأدوية متطابقة أو متعلقة أو شبيهة بأدوية LTE.
- تكون بعض الخدمات مشمولة بالتغطية للأطفال دون عمر 19 عامًا ولكن ليس للنساء الحوامل فوق عمر 19 عامًا.
- تتضمن الخدمات غير المشمولة بالتغطية للنساء الحوامل فوق عمر 19 عامًا ما يلي:
1. الخدمات الروتينية للأسنان
 2. خدمات تقويم العمود الفقري
 3. النظارات، أو العدسات اللاصقة، أو فحوصات العين.

الجزء 3:

كيف يصلح لك برنامج CoverKids

ما الذي تدفعه نظير رعايتك الصحية - الدفعات المشتركة

دفعاتك المشتركة

الرعاية الوقائية هي الرعاية التي تساعدك في البقاء بصحة جيدة مثل الفحوصات والحقن ورعاية الحمل والولادة. دائمًا ما يكون هذا النوع من الرعاية مجانيًا. ليس لديك دفعات مشتركة من أجل الرعاية الوقائية. ويتوفر المزيد من المعلومات بخصوص الرعاية الوقائية في الجزء 2.

بالنسبة للرعاية الأخرى مثل الإقامة في المستشفى أو زيارات الأطفال المرضى، قد يتعين عليك دفع جزء من التكلفة. الدفعات المشتركة هي ما تدفعه مقابل كل خدمة للرعاية الصحية تتلقاها.

ليس جميع الأعضاء المشاركين في CoverKids لديهم دفعات مشتركة. ستخبرك بطاقة CoverKids الخاصة بك إن كانت لديك دفعات مشتركة وما هي تلك الدفعات المشتركة. تعتمد الدفعات المشتركة على التالي:

- نوع CoverKids الذي لديك، و
- على الدخل الشهري لعائلتك قبل الضرائب و
- عدد أفراد عائلتك الذين يعيشون معك.

يجب عليك فقط دفع مبالغ المشاركة في السداد الخاصة برعايتك. يجب ألا يتم حسابك على بقية التكلفة الخاصة برعايتك. إذا تم حسابك على بقية التكلفة، فيمكنك تقديم التماس. انظر الجزء 4 من هذا الكتيب لمعرفة ما يجب عليك فعله إذا حصلت على فاتورة لرعايتك.

	Effective Date:
wellpoint.com/tn/medicaid	Date of Birth:
WELLPOINT	ID Number: 123456789
CoverKids	Benefit Level: 1
Member Name: JOHN Q SAMPLE	
Primary Care Provider (PCP):	
PCP Telephone #:	
Vision: 800-446-0037	
Dental: 888-291-3766	
Pharmacy: 844-568-2179	
Copays: Office Visit: \$15	Specialist: \$20
Preventive Visit: \$0	Rx: \$5/\$20/\$40
Inpatient Hospital: \$100	
Wellpoint Member Services/Behavioral Health: 833-731-2153 (TRS 711)	
Nurse Helpline: 866-864-2544 (TRS 711)	

هذا مثال لكيفية ظهور بطاقة CoverKids الخاصة بك. تخبرك بطاقة CoverKids الخاصة بك إن كانت لديك دفعات مشتركة للأطباء، والأخصائيين، وزيارات المستشفى و ER.

يوجد ثلاثة مستويات مزايا للدفعات المشتركة في CoverKids – المستوى 1، أو 2، أو 3. سوف تخبرك بطاقتك بأي المستويات لديك.

تخبرك الصفحات التالية بالمزيد عن الدفعات المشتركة لـ CoverKids وبالجهة التي تتصل بها إن كانت لديك أسئلة.

الدفعات المشتركة لبرنامج CoverKids

هل لديك دفعات مشتركة لـ PCP، وأحد الأخصائيين، ولزيارة ER، والإقامة في المستشفى؟ لست متأكدًا؟ تحقق من بطاقة CoverKids الخاصة بك أو اتصل بخدمات أعضاء CoverKids على الرقم (TRS 711) 833-731-2153.

مستوى المزايا			
3	2	1	
خدمات العيادات/العيادات الخارجية			
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	زيارة الرعاية الأولية • زيارة للعيادة لعيادة الأسرة، والعيادة العامة، والطب الباطني، والتوليد/أمراض النساء (OB/GYN)، وطب الأطفال، والذهاب إلى العيادات دون مواعيد • وتتضمن ممرضات ممارسات، ومساعدات أطباء، وممرضات قابلات (مرفق الرعاية الصحية المسجل فقط) يعملون تحت إشراف مقدم الرعاية الأولية
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$20	زيارة الأخصائيين وجراحة العيادات الخارجية • زيارة العيادة مع أي مقدم رعاية متخصصة • جراحة العيادات الخارجية وتتضمن خدمات التشخيص الباضع (على سبيل المثال تنظير القولون) - دفعة مشتركة مفردة بتاريخ الخدمة
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	الصحة السلوكية (خدمات تعاطي المخدرات والكحول وخدمات الصحة العقلية) • زيارات العيادة • مرضى العيادات الخارجية الصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات - دفع مشترك مرة واحدة لكل تاريخ تقديم الخدمة
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	مُقومو العظام • مشمول بالتغطية فقط للأطفال دون عمر 19 عامًا
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	خدمات إعادة التأهيل والعلاج • وتتضمن علاج النطق والعلاج الطبيعي والمهني • تقتصر على 52 زيارة لنوع العلاج في العام التقويمي

مستوى المزايا			
3	2	1	
الصيدلية - مزايا يديرها OptumRx			
إمداد لمدة 30 و 90 يومًا للأدوية/ أدوية الصيدلة المتخصصة	دواء جنيس \$5 دواء ذا علامة تجارية مفضلة \$20 علامة تجارية غير مفضلة \$40	دواء جنيس \$1 دواء ذا علامة تجارية مفضلة \$3 علامة تجارية غير مفضلة \$5	لا تشمل دفعات مشاركة في السداد
الرعاية غير الطارئة			
زيارة غرفة الطوارئ التي تعتبر ليست حالة طوارئ طبية حقيقية	مرفق (الصحة الطبية والسلوكية) (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)	يجب أن يكون مقدم رعاية تابع للشبكة. إذا كان مقدم الخدمة غير تابع للشبكة، فلن يدفع CoverKids.	مشاركة في السداد \$50
إقامة المرضى الداخليين			
مرفق الداخليين (طبي وللصحة السلوكية) (الصحة العقلية أو تعاطي الكحوليات أو إدمان المخدرات)	يتم التنازل عن المشاركة في التكاليف إذا تمت إعادة الإدخال خلال 48 ساعة من الزيارة المبدئية لنفس أزمة المرض أو الإصابة	خدمات إعادة التأهيل	الصحة العقلية وعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة
خدمات الإبصار - هذه الخدمات متاحة فقط للأطفال دون عمر 19 عامًا. عند طلب كل من الإطارات والعدسات في نفس الوقت، يُدفع دفعة مشتركة واحدة			
عدسات النظارات بالوصفة الطبية	وتتضمن ثنائية البؤرة أو ثلاثية البؤرة	تقتصر على واحدة لكل عام في الخطة	مبلغ المشاركة في السداد \$15 حد أقصى للمزايا \$85
مبلغ المشاركة في السداد \$5 حد أقصى للمزايا \$85	لا تشمل دفعات مشاركة في السداد		

مستوى المزايا			
3	2	1	
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5 حد أقصى للمزايا \$150	مبلغ المشاركة في السداد \$15 حد أقصى للمزايا \$150	العدسات اللاصقة بدلاً من عدسات النظارات • تقتصر على واحدة لكل عام في الخطة
لا تشمل دفعات مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5 حد أقصى للمزايا \$100	مبلغ المشاركة في السداد \$15 حد أقصى للمزايا \$100	الإطارات • تقتصر على كل سنتين ضمن الخطة

الخدمات التالية لا تتطلب دفعة مشتركة
الرعاية الوقائية
زيارات العيادة
- التقييمات الصحية الروتينية - التطعيمات - فحوصات السمع والإبصار السنوية
خدمات العيادات/العيادات الخارجية
المختبرات والأشعة السينية
الرعاية في حالات الطوارئ
زيارة غرفة الطوارئ التي تعتبر حالة طوارئ طبية
خدمات النساء الحوامل
النساء الحوامل ليس لديهم دفعات مشتركة
سيارة إسعاف
الأرضي والجوي
الرعاية الصحية المنزلية
تقتصر رعاية المريض المنزلي على 125 زيارة في العام التقويمي
رعاية المحتضرين
يتم التنازل عن جميع الدفعات المشتركة لجميع الخدمات إذا كان العضو خاضعاً للرعاية في مرحلة الاحتضار
خدمات الرؤية - هذه الخدمات مؤهلة فقط للأطفال دون سن 19 عاماً.
فحص الإبصار السنوي
- ويتضمن فحص الانكسار واختبار الزرق السنويان - يجب الذهاب لمقدم رعاية تابع للشبكة

برنامج CoverKids لديه قيود على المبلغ الكلي للدفعات المشتركة التي ستدفعها في كل عام تقويمي. وهذا ما يُعرف **بالقيود على التكاليف النثرية** ستساعدك مبالغ المشاركة في الدفع التي تدفعها على الوصول إلى القيود على التكاليف النثرية كل سنة تقويمية.

تعتمد القيود على التكاليف النثرية لعائلتك كل سنة تقويمية على الدخل الذي تبلغه إلى CoverKids. وهذا الحد هو أقصى ما ستدفعه في الدفعات المشتركة في كل عام تقويمي. أقصى ما ستدفعه في الدفعات المشتركة كل عام يعادل 5% من دخل عائلتك. هل تحتاج إلى معرفة القيود على التكاليف النثرية السنوية؟ اتصل بخدمات أعضاء CoverKids على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

إذا تغير دخلك أو حجم عائلتك، فإن دفعاتك المشتركة قد تتغير كذلك. يجب أن تبلغ عن أي تغييرات في حجم العائلة أو دخلها إلى TennCare Connect عن طريق الاتصال بالرقم **855-259-0701** خلال 10 أيام.

هل لديك أسئلة عن الدفعات المشتركة؟ يمكننا الإجابة عن تلك الأسئلة أيضاً. اتصل بخدمات أعضاء CoverKids مجاناً على **833-731-2153 (TRS 711)**.

الجزء 4:

المساعدة على حل المشكلات المتعلقة ببرنامج CoverKids الخاص بك

أنواع المشاكل وما يمكنك فعله

يمكنك مواجهة أنواع مختلفة من المشاكل المتعلقة برعايتك الصحية.

يمكنك حل بعض المشاكل بمجرد إجراء مكالمة هاتفية. إذا كانت لديك شكاوى أو مشاكل حول رعايتك الصحية، فاتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على مساعدة.

قد تحتاج بعض المشاكل إلى مزيد من العمل لحلها. فيما يلي بعض الأمثلة للأنواع المختلفة من المشاكل والطرق التي يمكنك حلها بواسطتها.

هل أنت في حاجة إلى بطاقة CoverKids جديدة؟

إذا ضاعت بطاقتك أو تعرضت للسرقة، أو إذا كانت المعلومات الموجودة في بطاقتك خاطئة، فيمكنك الحصول على بطاقة جديدة.

- للحصول على بطاقة CoverKids جديدة، اتصل على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

لست بحاجة لانتظار بطاقتك الجديدة للحصول على رعايتك أو دوائك. أخبر طبيبك أو متجر الأدوية أن لديك CoverKids.

هل تحتاج إلى البحث عن طبيب أو تغيير طبيبك؟

يمكنك التعرف على كيفية البحث عن طبيب جديد في الجزء 1 من هذا الكتيب.

هل تقوم بالتغيير لأنك غير راضٍ عن الطبيب الموجود لديك؟ يرجى إخبارنا. اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

هل تحتاج إلى تقديم شكاوى بخصوص رعايتك؟

إذا كنت غير راضٍ عن الرعاية التي تحصل عليها، فاتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**. أخبرنا أنك بحاجة لتقديم شكاوى.

لا يمكن لأي شخص إلحاق أي ضرر بك إذا قدمت شكاوى. فنحن نريد مساعدتك في الحصول على رعاية جيدة.

هل تحتاج إلى تغيير خطتك الصحية؟

إذا كنت تريد تغيير الخطط الصحية لأنك تواجه مشاكل في الحصول على الرعاية الصحية، فأخبرنا. اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153. وسنساعدك في حل المشكلة. لست بحاجة لتغيير الخطط الصحية للحصول على الرعاية التي تحتاج إليها.

- هل تريد تغيير الخطط الصحية حتى تتمكن من زيارة طبيب يقبل هذه الخطة؟
- تذكر! يتعين عليك التأكد أولاً من أن جميع أطباءك يعملون في خطتك الصحية الجديدة. ولن تتمكن سوى من زيارة الأطباء الذين يعملون في خطتك الجديدة.
- ماذا لو كانت لديك موافقة من خطتك الصحية لرعاية لم تحصل عليها؟ إذا قمت بتغيير الخطط وكنت لا تزال بحاجة للرعاية، فسيتمكن عليك الحصول على موافقة جديدة من خطتك الجديدة.

تحقق من هذه الأمور قبل أن تقرر تغيير الخطط الصحية:

- هل يقبل الطبيب الخطة الصحية التي تود التغيير إليها؟
- هل الخطة الصحية التي ترغب في التغيير إليها تتقبل أعضاء CoverKids الجدد؟

هناك وقتان يمكنك تغيير خطتك الصحية خلالهما بسهولة.

- في بداية حصولك على CoverKids، يكون لديك 90 يومًا لتغيير خطتك الصحية. عندما تحصل على CoverKids، يرسلون إليك خطابًا. ويوضح الخطاب كيفية تغيير خطتك الصحية خلال أول 90 يومًا.
- مرة في السنة خلال "شهر التسجيل المفتوح". يعتمد الوقت الذي يمكنك التغيير خلاله على المكان الذي تعيش فيه.

يمكنك إيجاد مقاطعتك أدناه:

- هل تعيش في واحدة من مقاطعات غرب TN؟ Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Dyer, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Lake, Lauderdale, Madison, McNairy, Obion, Shelby, Tipton, Weakley أو

إذا كان الأمر كذلك، فيمكنك تغيير خطتك الصحية فقط خلال شهر مارس. سيبدأ تعيين الخطة الصحية الجديدة لك في أول من مايو. وحتى هذا الوقت، سنواصل تقديم الرعاية لك.

- هل تعيش في واحدة من مقاطعات وسط TN؟ Bedford, Cannon, Cheatham, Clay, Coffee, Cumberland, Davidson, DeKalb, Dickson, Fentress, Giles, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Marshall, Maury, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Smith, Stewart, Sumner, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson, Wilson أو

إذا كان الأمر كذلك، فيمكنك تغيير خطتك الصحية فقط خلال شهر مايو. سيبدأ تعيين الخطة الصحية الجديدة لك في أول من يوليو. وحتى هذا الوقت، سنواصل تقديم الرعاية لك.

- هل تعيش في واحدة من مقاطعات شرق TN؟ Anderson, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Carter, Claiborne, Cocke, Franklin, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hawkins, Jefferson, Johnson, Knox, Loudon, Marion, McMinn, Meigs, Monroe, Morgan, Polk, Rhea, Roane, Scott, Sequatchie, Sevier, Sullivan, Unicoi, Washington أو Union,

إذا كان الأمر كذلك، فيمكنك تغيير خطتك الصحية فقط خلال شهر يوليو. سيبدأ تعيين الخطة الصحية الجديدة لك في أول من سبتمبر. وحتى هذا الوقت، سنواصل تقديم الرعاية لك.

هام: لديك حتى اليوم الأخير من شهر التسجيل المفتوح لطلب تغيير خطتك الصحية.

من الأسباب الأخرى التي قد تدفعك لطلب تغيير خطتك الصحية هي:

- لديك أفراد بالعائلة في الخطة الصحية التي تود التغيير إليها
- أو ارتكب CoverKids خطأ من خلال منحك خطة صحية لا تقوم بعمل في المنطقة التي تعيش فيها
- أو انتقلت من مكانك والخطة الصحية لا تقوم بعمل في المنطقة التي تعيش فيها الآن.

يمكنك تغيير خطتك الصحية إذا كان لديك سبب يتعلق بالمشقة والصعوبة للتغيير. ولكن لتلبية السبب المتعلق بالمشقة والصعوبة، يتعين أن تكون كل الأمور التالية صحيحة لك:

- لديك حالة طبية تتطلب رعاية صعبة وموسعة ومستمرة، و
- لم يعد الأخصائي الخاص بك يقبل خطتك الصحية، و
- خطتك الصحية ليس لديها الاختصاصي الذي يمكنه تقديم الرعاية التي تحتاج إليها، و
- خطتك الصحية لا يمكنها العمل مع الأخصائي لديك لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها، و
- الاختصاصي الخاص بك يقبل الخطة الصحية التي تود التغيير إليها، و
- الخطة الصحية التي ترغب في التغيير إليها تتقبل أعضاء CoverKids الجدد.

****الأخصائي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. من أنواع الأخصائيين تجد أخصائي القلب وهو طبيب يعالجك من مشاكل القلب. وهناك مثال آخر وهو اختصاصي الأورام وهو طبيب يعالجك من السرطان. وهناك أنواع مختلفة كثيرة من الأخصائيين.**

لطلب تغيير خطتك الصحية، يجب أن تخبر CoverKids بما يلي:

- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك هذا الرقم، فاذا كان تاريخ ميلادك. أدرج الشهر واليوم والسنة.
- اسم الخطة الصحية التي تريدها.
- والسبب الذي يدفعك إلى تغيير الخطط الصحية.

اتصل بالانتماسات الطبية لأعضاء CoverKids على الرقم 800-878-3192. أخبرهم أنك تريد تغيير خطتك الصحية.

أو يمكنك مراسلتهم على ورق عادي. إذا كنت تكتب إلى الالتماسات الطبية لأعضاء CoverKids، فتأكد من إخبارهم بما يلي:

- اسمك (الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير)
- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك
- اسم الخطة الصحية المدرجة أعلاه التي تود التغيير إليها
- الاسم ورقم الضمان الاجتماعي الخاص بأي فرد في عائلتك يحتاج أيضاً إلى التغيير إلى هذه الخطة الصحية
- رقم هاتفك المتاح أثناء النهار وأفضل وقت للاتصال بك.

أرسل فاكساً إلى:
888-345-5575



أرسل رسالة بريدية إلى:
CoverKids Member
Medical Appeals
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-00593



هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على أدويةك الموصوفة؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على الأدوية الموصوفة لك، فيرجى الاتصال بـ OptumRx على الرقم **844-568-2179**.

هل تحتاج إلى طبيب لوصف الدواء لك؟

ماذا لو احتجت إلى البحث عن طبيب أو لو لم يصف طبيبك الدواء الذي تحتاج إليه؟ اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

هل تحتاج إلى موافقة من CoverKids لتحصل على دوائك؟ ويطلق عليها اسم "التصريح المسبق" أو PA.

- إذا احتاج الدواء إلى موافقة، فاتصل بطبيبك. اطلب من طبيبك:
- اتصل بـ OptumRx للحصول على موافقة OptumRx على هذا الدواء.
 - أو تغيير وصفتك الطبية إلى وصفة لا تحتاج إلى موافقة.

ماذا لو طلب طبيبك موافقة ورد OptumRx بالرفض؟

يمكنك مطالبة طبيبك بوصف دواء مختلف لا يحتاج إلى موافقة. أو إذا كنت تعتقد أن OptumRx ارتكب خطأ، فيمكنك تقديم التماس. أمامك 60 يوماً بعد رفض OptumRx لتقديم التماس. لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم التماس انظر الجزء 5 من هذا الكتيب.

هل قال متجر الأدوية إنه لا يمكنه صرف وصفاتك الطبية لأنه ليس لديك CoverKids/OptumRx؟ قبل أن ينتهي اشتراكك في CoverKids، ستتلقى خطاباً في البريد. سيشير الخطاب إلى سبب إنهاء اشتراكك في CoverKids. وسيوضح أيضاً كيفية تقديم التماس. ولكن إذا غيرت مكان إقامتك دون أن تبلغ CoverKids، فقد لا تتلقى هذا الخطاب. وقد لا تستطيع معرفة انتهاء CoverKids حتى تذهب إلى متجر الأدوية.

هل تظن أن CoverKids ارتكبوا خطأ؟ اتصل بـ **TennCare Connect** على الرقم **855-259-0701**. يمكنهم إخبارك إذا كنت مشتركاً في CoverKids، أو إذا كان اشتراكك انتهى. إذا كنت تظن أن CoverKids أخطؤوا، فيمكنهم إخبارك إذا كان لا يزال أمامك وقت للالتماس.

هل تحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية؟

يخبرك الجزء 2 من هذا الدليل بشأن خدمات الرعاية الصحية التي يدفع CoverKids مقابلها.

بالنسبة للمشاكل المتعلقة بالرعاية الصحية السلوكية و/أو البدنية (تعاطي المخدرات أو الكحول أو رعاية الصحة العقلية)، اتصل بنا دوماً على الرقم **(TRS 711) 833-731-2153** أولاً.

إذا كان لا يزال بإمكانك الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها، فيمكنك الاتصال بالتماسات الطبية لأعضاء **CoverKids** على الرقم **800-878-3192**. اتصل من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً وحتى 4:30 مساءً بالتوقيت المركزي.

هل أنت في حاجة إلى موافقة قبل أن يدفع **CoverKids** مقابل رعايتك الصحية؟ ويطلق عليها اسم "التصريح المسبق" أو **PA**. إذا احتاجت الرعاية إلى موافقة، فاتصل بطبيبك. يتعين على طبيبك مطالبتنا بموافقة.

هل كان ردنا بالرفض عندما طلب طبيبك الحصول على موافقة لرعايتك؟

اتصل بمقدم خدمات الصحة السلوكية و/أو طبيبك (تعاطي المخدرات أو الكحول أو خدمات الصحة العقلية) وأخبرهم برفضنا.

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيبك أننا ارتكبنا خطأ، فيمكنك تقديم التماس. أمامك 60 يوماً بعد رفض خطتك الصحية لتقديم التماس. لمعرفة معلومات عن استئنافات الخدمات الطبية، انتقل إلى الجزء 5 من هذا الدليل.

هل يتم إرسال فواتير لك؟ هل يتعين عليك الدفع؟

في بعض الأحيان قد تتلقى فاتورة إن لم يكن الطبيب يعرف أنك مشترك في **CoverKids**. في كل مرة تحصل فيها على رعاية يتعين عليك:

- تخبر الطبيب أو أي مكان آخر تتلقى فيه الرعاية أنك مشترك في **CoverKids**.
- تظهر بطاقة **CoverKids** الخاصة بك.

إذا تلقت رعاية صحية تظن أن **CoverKids** ينبغي أن يسدد مقابلها، فاتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**. إن كنت تتلقى فواتير عن الرعاية، فيمكننا مساعدتك في معرفة السبب. إن دفعت مقابل الرعاية، فسنرى إن كان في إمكاننا رد ما دفعته.

أو يمكنك تقديم التماس. استئنافات الخدمات الطبية هي للأشخاص المشتركين في برنامج **CoverKids**.

أمامك 60 يوماً بعد معرفتك بأن هناك مشكلة لتقديم التماس بخصوصها. إذا كنت تتلقى فواتير، فإن أمامك 60 يوماً من وقت تلقيك لفاتورتك الأولى لتقديم التماس. إذا دفعت مقابل الرعاية، فإن أمامك 60 يوماً من بعد قيامك بالدفع لتقديم التماس.

لمعرفة معلومات عن استئنافات الخدمات الطبية، انتقل إلى الجزء 5 من هذا الدليل.

يمكنك طلب إنهاء اشتراكك في CoverKids. هناك طريقتان لطلب إنهاء CoverKids لديك:

1. الاتصال بـ TennCare Connect مجانًا على الرقم 855-259-0701 وإخبارهم أنك ترغب في إنهاء اشتراكك في CoverKids.
2. إرسال خطاب إلى TennCare Connect ينص على رغبتك في إنهاء اشتراكك في CoverKids. قم بإدراج اسمك ورقم الضمان الاجتماعي وتأكد من توقيع الخطاب.

هام: إذا لم تقم بتوقيع خطابك، فسيؤدي ذلك إلى تأخير طلبك. قد يتعين عليك إرسال خطاب آخر يتضمن توقيعك.

هل ترغب في إنهاء اشتراك فرد آخر من أسرتك في CoverKids؟ ضع أسماءهم وأرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم في الخطاب أيضًا.

أرسل فاكسًا إلى:
855-315-0669



أرسل رسالة بريدية إلى:
TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240



الوسائل الأخرى التي يمكن أن ينتهي بها اشتراكك في CoverKids:

- إذا تغير شيء لديك ولم تعد تفي بقواعد CoverKids.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمة CoverKids.
- إذا بلغت 19 عامًا.
- إذا حصلت على تأمين صحي آخر.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة CoverKids الخاصة بك.
- لم تتبع قواعد CoverKids.
- إذا لم تستكمل أوراق التجديد بخصوص اشتراكك في CoverKids عندما طُلب ذلك منك. يجب على أعضاء CoverKids إعادة تجديد اشتراكهم في CoverKids كل عام. عندما يحين وقت تبين إن كنت لا تزال مؤهلاً لبرنامج CoverKids، فإن CoverKids سيرسل إليك خطابًا وحزمة التجديد في البريد.

قبل أن ينتهي اشتراكك في CoverKids، ستلقى خطابًا في البريد. سيخبرك الخطاب بسبب إنهاء اشتراكك في CoverKids. ويخبرك أيضًا بكيفية تقديم التماس إذا اعتقدت أنهم ارتكبوا خطأ.

الجزء 5:

الالتزامات CoverKids

نوعان من الالتماسات: الفرق بين التماس الأهلية والتماس الخدمة الطبية

الالتماس هو واحد من الطرق لإصلاح الأخطاء في CoverKids. عندما تستأنف، فأنت تطلب إخبار قاضي بالخطأ الذي تظن أن CoverKids ارتكبه. ويُطلق على ذلك جلسة استماع عادلة.

يتم توضيح حقك في تقديم التماس وحقك في عقد جلسة استماع عادلة أكثر في الجزء 6 من هذا الكتيب.

وهناك نوعان مختلفان من الالتماسات: الالتماسات المؤهلة والالتماسات الطبية.

التماسات الأهلية:

التماسات الأهلية تتعلق بمشاكل مثل الحصول على CoverKids أو الاحتفاظ بها أو إذا كنت تعتقد أن دخلك أو مبالغ الدفع المشترك خاطئة. يتم تقديم طلب التماس الأهلية إلى TennCare Connect ثم يتم إرساله إلى وحدة التماس الأهلية في TennCare. تخبرك الصفحة 47 بالمزيد عن تقديم الالتماس الأهلية.

الالتماسات الخدمات الطبية:

استئنافات الخدمات الطبية هي للأشخاص المشتركين في برنامج CoverKids. التماسات الخدمة الطبية هي لمشاكل مثل الحصول من خطتك الصحية على الموافقة على خدمة يقول طبيبك أنك بحاجة إليها.

يجب عليك فقط دفع مبالغ المشاركة في السداد الخاصة برعايتك. يجب ألا يتم حسابك على بقية التكلفة الخاصة برعايتك. إذا تم حسابك على بقية التكلفة، فيمكنك تقديم التماس. انظر الجزء 4 من هذا الكتيب لمعرفة ما يجب عليك فعله إذا حصلت على فاتورة لرعايتك.

سوف ترسل إليك Wellpoint خطابًا إذا تم رفض طلب طبيبك بمنحك دواءً أو خدمة طبية. سوف ترسل إليك Wellpoint أيضًا خطابًا إذا حاولنا إيقاف رعاية تتلقاها أو حاولنا تخفيضها. سيخبرك الخطاب بكيفية تقديم التماس.

في أي وقت تحتاج إلى خدمة رفضتها Wellpoint، فلديك الحق في طلب الالتماس من CoverKids. لمشاكل الحصول على الرعاية الصحية، اتصل بنا دائمًا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153 أولاً.

إذا كان لا يزال بإمكانك الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها، فيمكنك تقديم التماس طبي من خلال الاتصال بالتماسات الطبية لأعضاء CoverKids على الرقم 800-878-3192.

هل يمكنني أن أطلب من طبيبي تقديم الالتماس نيابة عني؟ نعم. ولكن القانون يلزم طبيبك بالحصول على إذنك (موافقتك) خطيًا، هذا يسمى تفويضك المكتوب. اكتب اسمك وتاريخ ميلادك واسم طبيبك وإذنك له لتقديم التماس بالنيابة عنك على ورقة. ثم أرسلها بالفاكس أو بالبريد إلى الالتماسات الطبية لعضو CoverKids (انظر أدناه). ماذا لو لم ترسل إلى CoverKids موافقتك وطلب طبيبك التماس عاجلاً؟ سيرسل CoverKids إليك صفحة لتستكملها، وتوقعها، وتعيد إرسالها إلينا.

أمامك 60 يومًا بعد معرفتك بأن هناك مشكلة لتقديم التماس بخصوصها. لهذا، إذا حصلت على رفض من Wellpoint، ف لديك 60 يومًا من تاريخ خطاب الرفض لتقديم التماس.

- بالنسبة للرعاية أو الدواء الذي ما زلت بحاجة إليه، فإن أمامك 60 يومًا بعد تصريح CoverKids أو Wellpoint بعدم دفع مقابل الرعاية.
- فيما يتعلق بفواتير الرعاية الصحية التي تظن أن CoverKids ينبغي أن يدفع مقابلها، ف لديك 60 يومًا بعد أن تتلقى أول فاتورة لك.
- بالنسبة للرعاية التي دفعت مقابلها، فإن أمامك 60 يومًا بعد قيامك بالدفع للرعاية.

هل تعتقد أنك تعاني حالة طبية طارئة؟

عادةً ما يتم البث في الالتماس المقدم منك خلال 90 يومًا من تاريخ تقديمه. ولكن إذا كانت لديك حالة طارئة ووافقت خطتك الصحية على ذلك، فستحصل على التماس عاجل. وسيتم البث في الالتماس العاجل خلال أسبوع واحد تقريبًا. وقد يستغرق الأمر أكثر من ذلك إذا كانت Wellpoint بحاجة إلى مزيد من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية.

الحالة الطارئة تعني أن الانتظار لمدة 90 يومًا لإصدار قرار "بالموافقة" أو "الرفض" قد يضع حياتك أو صحتك البدنية أو العقلية في خطر حقيقي.

إذا كان أي من هذه الأشياء ينطبق عليك، فيمكن أن تطلب من CoverKids التماسًا طارئًا. تذكر، يمكن لطبيبك أيضًا طلب هذا النوع من الالتماسات لك. ولكن القانون يلزم طبيبك بالحصول على إذنك (موافقتك) خطيًا.

بعد منح موافقتك خطيًا، يمكن لطبيبك المساعدة من خلال إكمال شهادة الالتماس العاجل الخاصة بمقدم الخدمات مثل الواردة في الجزء 8 من هذا الكتيب. إذا كان التماسك طارئًا، فيمكنك مطالبة طبيبك بتوقيع شهادة الالتماس العاجل الخاصة بمقدم الخدمات. ينبغي أن يرسل طبيبك الشهادة بالفاكس إلى الرقم 888-345-5575.

ستنظر عندئذ CoverKids وخطتك الصحية Wellpoint في الالتماس المقدم منك، وسيبتان في ما إذا كان من الضروري التعجيل به أم لا. إذا كان تعجيل التماسك ضروريًا، فسوف يصدر القرار بخصوصه خلال أسبوع واحد تقريبًا. وتذكر، أن الأمر قد يستغرق عدة أيام أخرى إذا كانت خطتك الصحية بحاجة لمزيد من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية. ولكن إذا قررت خطتك الصحية أنه لا ينبغي تعجيل التماسك، فإنك ستحصل على جلسة استماع خلال 90 يومًا من تاريخ تقديمك للالتماس.

كيفية تقديم التماس طبي	
الاتصال على: يمكنك الاتصال بالالتماسات الطبية لأعضاء CoverKids مجانًا على الرقم 800-878-3192. فنحن هنا لمساعدتك من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً بالتوقيت المركزي.	

البريد: يمكنك إرسال خطاب الالتماس أو صفحته بشأن مشكلتك بالبريد العادي إلى: CoverKids Medical Member Appeals P.O. Box 000593 Nashville, TN 37202-0593 يمكنك استخدام صفحة الالتماس الطبي في الجزء 8 من هذا الكتيب. منحت موافقتك، فيمكن لشخص آخر مثل صديق أو طبيبك تعبئة الصفحة، ولكن يجب أن تعطي موافقتك. لطباعة صفحة التماس من الإنترنت، انتقل إلى: https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf. إذا كنت بحاجة إلى صفحة الالتماس الطبي أخرى أو تريد أن ترسل لك CoverKids واحدة، فاتصل بطلبات الالتماسات الطبية الخاصة بأعضاء CoverKids على 800-878-3192 أو يمكنك كتابة التماسك على ورق عادي. احتفظ بنسخة من التماسك. دُون تاريخ إرسال التماسك بالبريد إلى CoverKids.	
الفاكس: يمكنك إرسال صفحة أو خطاب الالتماس بالفاكس مجاناً إلى رقم الفاكس 888-345-5575. احتفظ بالورقة التي توضح أن الفاكس الخاص بك قد تم إرساله.	

في كل الالتماسات الطبية، فإن CoverKids يلزمها التالي:

- اسمك (اسم الشخص الذي يود تقديم التماس حول رعايته أو دوائه).
- رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك. إذا لم يكن لديك الضمان الاجتماعي، فاذكر تاريخ ميلادك. أدرج الشهر واليوم والسنة.
- العنوان الذي تلقيت عليه الرسالة البريدية.
- اسم الشخص الذي ينبغي الاتصال به إذا كانت لدى CoverKids أسئلة عن استئنافك (يمكن أن يكون ذلك أنت، أو شخصاً آخر).
- رقم الهاتف المتاح أثناء النهار لهذا الشخص (قد يكون رقم هاتفك أنت أو رقم هاتف شخص آخر).

ما الذي يحتاج إليه CoverKids أيضاً لتسيير الالتماسك؟

- لعقد جلسة استماع عادلة حول مشاكل الرعاية الصحية، يتعين عليك القيام بأمرين:
- يجب أن تقدم إلى CoverKids الحقائق التي يحتاجونها لتسيير استئنافك.
- ويجب أن تطلع CoverKids على الخطأ الذي تظننا ارتكبناه. يجب أن يكون ذلك شيئاً يعني أن CoverKids سيدفع مقابل تلك الرعاية، إذا كنت على حق.

وحسب سبب تقديمك لاستئناف طبي، فإليك أنواعاً أخرى من المعلومات التي يجب أن تخبر بها CoverKids:

هل تقدّم التماساً بخصوص رعاية أو دواء ما زلت بحاجة إليه؟ أخبر CoverKids بالتالي:

- نوع الرعاية الصحية أو الدواء الذي تقدّم التماساً بشأنه.
- والسبب الذي يدفعك لتقديم التماس. أخبر CoverKids بأكبر كم ممكن من التفاصيل عن المشكلة. تأكد من أن تذكر الخطأ الذي تظن أن CoverKids ارتكبه. أرسل نسجاً من أي أوراق تظنها قد تساعد CoverKids في فهم مشكلتك.

هل تقدّم التماساً لأنك تريد تغيير الخطط الصحية؟ أخبر CoverKids بالتالي:

- اسم الخطة الصحية التي تريدها.
- والسبب الذي يدفعك إلى تغيير الخطط الصحية.

هل تقدم الالتماس بشأن رعاية تلقيتها بالفعل وتظن أن CoverKids ينبغي أن يدفع مقابلها؟ أخبر CoverKids بالتالي:

- تاريخ تلقيك للرعاية أو الدواء الذي ترغب في أن يدفع CoverKids مقابلها.
- اسم الطبيب أو المكان الآخر الذي قدّم لك الرعاية أو الدواء.
- (إذا حصلت عليها، فقم بإدراج العنوان ورقم الهاتف الخاص بالطبيب أو المكان الآخر الذي قدّم لك الرعاية.)
- إذا دفعت مقابل الرعاية أو الدواء، فقدم لـ CoverKids أيضاً نسخة من الإيصال الذي يُثبت أنك دفعت. يتعين أن يوضح إيصالك:

- نوع الرعاية التي تلقيتها والتي ترغب في أن يدفع CoverKids مقابلها.
- واسم الشخص الذي حصل على الرعاية
- واسم الطبيب أو المكان الآخر الذي قدّم لك الرعاية
- وتاريخ حصولك على الرعاية
- والمبلغ الذي دفعته للرعاية
- إذا تلقت فاتورة للرعاية أو للدواء، فقدم إلى CoverKids نسخة من الفاتورة. يتعين أن توضح فاتورتك:
 - نوع الرعاية التي يتم إعداد فاتورة لك من أجلها
 - واسم الشخص الذي حصل على الرعاية
 - واسم الطبيب أو المكان الآخر الذي قدّم لك الرعاية
 - وتاريخ حصولك على الرعاية
 - والمبلغ الذي يتم إعداد فاتورة لك به

كيفية تقديم التماس بخصوص مشاكل الرعاية الصحية

ما الذي يفعله CoverKids عندما تستأنف بشأن مشكلة تخص الرعاية الصحية؟

1. عندما يتلقى CoverKids التماسك، سيرسلون إليك خطاباً يقولون إنهم تلقوا التماسك. إذا طلبت تقديم التماس طارئ، فسيوضح ما إذا كان بإمكانك تقديم التماس طارئ أم لا.
2. إذا كان CoverKids في حاجة إلى مزيد من الحقائق لتسيير استئنافك، فستتلقى خطاباً ينص على الحقائق التي يحتاجها. وينبغي أن تقدم لـ CoverKids كل الحقائق التي يطلبونها، في أقرب وقت ممكن. وإذا لم تفعل ذلك، فقد يتم إنهاء التماسك.

3. يجب أن يبت CoverKids في الالتماس العادي خلال 90 يومًا. في حالة تقديمك لالتماس طارئ، فإنهم سيحاولون اتخاذ قرار بخصوص التماسك خلال أسبوع واحد (ما لم يكونوا بحاجة لمزيد من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية).

4. لاتخاذ قرار بخصوص التماسك، قد تحتاج إلى عقد جلسة استماع عادلة. للحصول على جلسة استماع عادلة، يجب أن تقول إن CoverKids ارتكب خطأ، وإذا كنت على حق، فهذا يعني أنك ستتلقى الرعاية الصحية أو الخدمة التي تطلبها. لا يمكنك عقد جلسة استماع عادلة إذا كنت تطلب الحصول على رعاية أو خدمات غير مغطاة من قبل CoverKids. ستسمح لك جلسة الاستماع العادلة بإخبار القاضي بالخطأ الذي تظن أن CoverKids ارتكبه. وإذا قال CoverKids أن في إمكانك الحصول على جلسة استماع عادلة، فستتلقى خطابًا ينص على موعد جلسة الاستماع.

ما الذي يحدث في جلسة الاستماع العادلة بخصوص مشاكل الرعاية الصحية؟

1. يمكن أن تكون جلسة استماعك عبر الهاتف أو شخصيًا. يضم الأشخاص الآخرون الذين قد يكونوا موجودين في جلسة استماعك:

- قاضي إداري،
 - محامي CoverKids،
 - شاهد الولاية (شخص مثل طبيب أو ممرضة من CoverKids) و
 - يمكنك أن تتحدث نيابة عن نفسك أو يمكنك إحضار شخص آخر، مثل صديق أو محامٍ للتحدث بالنيابة عنك.
2. أثناء جلسة الاستماع، فأنت تخبر القاضي بخطأ تظن أن CoverKids ارتكبه. يمكنك تقديم الدليل والحقائق إلى القاضي حول رعاية الطبيب والصحية. سيستمع القاضي إلى الجميع.

3. بعد جلسة الاستماع، ستتلقى خطابًا يوضح لك قرار القاضي. ماذا لو كان قرار القاضي هو فوزك بالالتماس؟ يتعين على TennCare الموافقة على أن ذلك هو القرار الصحيح استنادًا إلى حقائق حالتك، حيث ينص القانون الفيدرالي على أن قرار القاضي لا يكون نهائيًا حتى يوافق TennCare عليه. إذا رفض TennCare قرار القاضي، فيتعين علينا إخبارك بالسبب خطيًّا. ستخبرك الرسالة بما يجب عليك فعله إذا كنت لا توافق على قرار TennCare.

تذكر أنه يمكنك معرفة المزيد حول حقوقك في عقد جلسة استماع عادلة في الجزء 6 من هذا الكتيب.

التماسات الأهلية - الحصول على CoverKids أو الاحتفاظ بها ومشاكل CoverKids الأخرى

يسمى الالتماس بشأن مشكلات CoverKids بخلاف الرعاية الصحية تسمى بالالتماس الأهلية. يتم تقديم التماس الأهلية إلى وحدة التماسات الأهلية في TennCare.

يتم استخدام التماس الأهلية لمشاكل CoverKids مثل:

- تلقيك خطابًا ينص على أن عضويتك في CoverKids ستنتهي.
- أو انتهاء رعاية CoverKids الخاصة بك ولكنك لم تحصل على خطاب بسبب انتقالك،
- أو اعتقادك أن دفعات CoverKids المشتركة الخاصة بك خاطئة.

إذا كانت لديك مشكلة مثل المذكورة أعلاه، فاتصل بـTennCare Connect على الرقم 855-259-0701. حيث سيقومون بالتحقق لمعرفة ما إذا كان هناك خطأ قد تم ارتكابه، وإذا قرروا أنك على حق، فسيعملون على حل المشكلة. ولكن إذا رأوا أنك لست على حق، وكنت لا تزال تعتقد بأن هناك خطأ قد تم ارتكابه في حالتك، فيمكنك تقديم التماس.

كيفية تقديم التماس الأهلية	
عبر الإنترنت: يمكنك تقديم التماس من خلال حسابك على TennCare Connect. انتقل إلى: tenncareconnect.tn.gov .	
الاتصال على: أو عليك التواصل مع TennCare Connect مجانًا على الهاتف رقم 855-259-0701 . فنحن هنا لمساعدتك من الاثنين إلى السبت من الساعة 7:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً بالتوقيت المركزي.	
البريد: يمكنك كتابة التماسك على ورق عادي، أو أرسل رسالة بريدية إلى: Eligibility Appeals P.O. Box 23650 Nashville, TN 37202-3650 لطباعة نموذج التماس من الإنترنت، انتقل إلى: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html وانقر على رابط التماس الأهلية. احتفظ بنسخة من التماسك. دُون تاريخ إرسال التماسك بالبريد إلى TennCare Connect.	
الفاكس: يمكنك إرسال صفحة أو خطاب التماس بالفاكس مجانًا إلى رقم الفاكس 844-202-5618 . احتفظ بالورقة التي توضح أن الفاكس الخاص بك قد تم إرساله.	

- بالنسبة لجميع التماسات الأهلية، تحتاج وحدة التماسات الأهلية إلى:
- اسمك بالكامل (الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط والاسم الأخير)
 - رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إذا كان لديك واحد
 - أسماء الآخرين الذين يعيشون معك ويعانون من نفس المشكلة

- رقم هاتفك النهاري مصحوبًا بالوقت الأمثل للاتصال
- الخطأ المحدد الذي تعتقد أنه تم ارتكابه. اذكر أكبر قدر متاح لك حول المشكلة.
- أرسل نسخًا من أي أوراق توضح الأسباب التي تجعلك تعتقد أن هناك خطأ قد تم ارتكابه

ما الذي تحتاجه وحدة التماس الأهلية أيضًا للعمل على التماسك؟

لنعد جلسة استماع عادلة، يتعين عليك القيام بأمرين:

1. يتعين عليك تقديم الحقائق لوحدة التماسات الأهلية التي يحتاجونها لاستخدامها في التماسك.
2. ويتعين عليك إخبار وحدة التماسات الأهلية بالخطأ الذي تعتقد أننا ارتكبناه. يجب أن يكون أمرًا، إذا كنت على حق، يعني أنه يمكنك الاحتفاظ بتغطية CoverKids الخاصة بك أو استعادتها؛ أو أن مبالغ المشاركة في السداد CoverKids الخاصة بك ستتغير.

الجزء 6:

حقوقك ومسؤولياتك

حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضواً في CoverKids

يحق لك ما يلي:

- التعامل معك باحترام وبطريقة كريمة. لديك الحق في التمتع بالخصوصية وأن يتم التعامل مع معلوماتك الطبية والمالية بخصوصية.
- طلب معلومات عن برنامج CoverKids، وسياساته وخدماته ومقدمي الرعاية لديه وحقوق وواجبات أعضائها، والحصول على تلك المعلومات.
- طلب معلومات حول طريقة دفع CoverKids لمقدمي الرعاية لديها، بما في ذلك أي نوع من المكافآت مقابل الرعاية القائمة على التكلفة أو الجودة، والحصول على تلك المعلومات.
- طلب الحصول على معلومات حول سجلاتك الطبية والحصول عليها حسبما تنص القوانين الفيدرالية والخاصة بالولاية. يمكنك الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخ منها وطلب تصحيحها إذا كانت خاطئة.
- الحصول على الخدمات دون معاملتك بشكل مختلف بسبب عرقك أو لون بشرتك أو الأصل الوطني أو لغتك أو جنسك أو عمرك أو دينك أو إعاقتك، أو انتماذك لمجموعات أخرى تحميها قوانين الحقوق المدنية. لديك الحق في الإبلاغ أو تقديم شكوى مكتوبة إذا كنت تعتقد أنك عوملت بطريقة مختلفة. أن تتم معاملتك بشكل مختلف يعني أنك تعرضت للتمييز. إذا قُدمت شكوى، فيحق لك مواصلة الحصول على رعاية بدون خوف من المعاملة السيئة أو مقدمي الخدمات أو CoverKids. لتقديم شكوى أو لمعرفة المزيد عن حقوقك، تفضل بزيارة: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>
- الحصول على الرعاية بدون العزلة أو القيد البدنية المستخدمة من أجل التخويف أو التأديب أو الملامة أو الثأر.
- تقديم الالتماسات أو الشكاوى عن CoverKids أو عن رعايتك. يخبرك الجزء 5 من هذا الكتيب كيف يمكنك إجراء ذلك.
- تقديم اقتراحات حول حقوقك ومسؤولياتك أو حول طريقة عمل CoverKids.
- اختر PCP في شبكة Wellpoint. يمكنك رفض الرعاية من مقدمي خدمات معينين.
- الحصول على الرعاية الضرورية من الناحية الطبية المناسبة لك عندما تحتاج إليها. يشتمل ذلك على الحصول على الخدمات الطارئة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع 24/7.
- إخبارك بطريقة سهلة الفهم حول رعايتك وجميع أنواع العلاج المختلفة التي قد تكون مناسبة لك، بصرف النظر عن التكلفة أو حتى إذا لم تكن مغطاة.
- المساعدة في اتخاذ قرارات حول رعايتك الصحية.
- إنشاء وثيقة حق الحياة أو خطة الرعاية المسبقة وإخبارك حول التوجيهات الطبية المسبقة.
- تغيير الخطط الصحية. إذا كنت جديداً على CoverKids، فيمكنك تغيير الخطط الصحية مرة واحدة خلال 90 يوماً من بعد حصولك على رعاية CoverKids. بعد ذلك يمكنك طلب تغيير الخطط الصحية من خلال عملية الالتماس. وهناك أسباب معينة وراء إمكانية تغييرك للخطط الصحية. يخبرك الجزء 4 من هذا الدليل بالمزيد من المعلومات عن تغيير خطط الرعاية الصحية.
- اطلب من CoverKids النظر مرة أخرى في أي خطأ تظنه وقع بشأن تلقيك CoverKids أو الاستمرار في تلقي CoverKids أو بشأن تلقي رعايتك الصحية.
- إنهاء عضويتك في CoverKids في أي وقت.
- ممارسة أي من هذه الحقوق دون تغيير الطريقة التي يعاملها بها CoverKids أو مقدمو الرعاية التابعون له.

حَقُّكَ في البقاء مع Wellpoint

باعتبارك عضواً في Wellpoint، لا يمكن نَقْلُكَ من Wellpoint لمجرد:

- تدهور صحتك.
- معاناتك من مشكلة طبية بالفعل. يُسمى هذا حالة مُسبقة.
- ارتفاع ثمن علاجك الطبي.
- كيفية استخدامك لخدماتك.

- لديك حالة صحية سلوكية (الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات).
- أن احتياجاتك الخاصة تجعلك تتصرف بطريقة غير متعاونة أو تخريبية.

وفيما يلي الأسباب الوحيدة التي يمكن أن تسبب نفاك من CoverKids كالتالي:

- إذا بلغت 19 عامًا.
- إذا حصلت على تأمين صحي آخر.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمة CoverKids.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقات التعريف الخاصة بك، أو إذا استخدمت عضويتك في CoverKids للحصول على أدوية لتبنيها.
- إذا أنهيت عضويتك في CoverKids أو إذا انتهت عضويتك في CoverKids لأسباب أخرى.
- إذا لم تجدد عضويتك في CoverKids في الوقت المحدد لذلك، أو إذا لم تقدم لـ CoverKids المعلومات التي يطلبها عندما يحين وقت التجديد.
- إن لم تسمح لـ CoverKids بمعرفة تغييرك لمحل إقامتك، ولم يكن في إمكانهم العثور عليك.
- إذا كذبت للحصول على عضوية CoverKids أو الاحتفاظ بها.
- عند وفاتك.

يقع على عاتقك مسؤولية ما يلي:

- فهم المعلومات الواردة في كتيب عضويتك والأوراق الأخرى التي نرسلها لك.
- إظهار بطاقة هوية معرف هوية CoverKids الخاصة بك في كل مرة تحصل فيها على الرعاية الصحية.
- الذهاب إلى PCP للحصول على الرعاية الطبية الخاصة بك كاملة ما لم:
 - يرسلك PCP إلى أخصائي لتلقي الرعاية.
 - تكوني حاملاً أو تحصلي على فحوصات المرأة السليمة.
 - يكن الأمر طارئاً.
- استخدام مقدمي رعاية من شبكة مقدمي الرعاية. ولكن يمكنك زيارة أي مقدم خدمات إذا كان الأمر طارئاً. وكذلك يمكنك أن تقابل أي شخص جرت الموافقة عليه.
- إعلام PCP عندما يتعين عليك الذهاب إلى غرفة الطوارئ. يجب عليك (أو على شخص ما بالنيابة عنك) إعلام PCP خلال 24 ساعة من حصولك على الرعاية في ER.
- تقديم المعلومات إلى CoverKids وإلى مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بك حتى يمكنهم رعايتك.
- اتباع التعليمات والقواعد الواردة في الكتيب حول تغطيتك ومزاياك. يتعين عليك أيضاً اتباع التعليمات والقواعد من الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية الصحية.
- المساعدة في اتخاذ القرارات حول رعايتك الصحية.
- العمل مع PCP حتى تتمكن من فهم مشاكلك الصحية. يتعين عليك أيضاً العمل مع PCP لوضع خطة علاج يوضح كلاهما أنها ستساعدك.
- التعامل مع مقدم الرعاية الصحية باحترام وكرامة.
- الالتزام بمواعيد الرعاية الصحية والاتصال بالمكتب للإلغاء إذا تعذر عليك الالتزام بالموعد.
- عدم السماح لأي شخص آخر باستخدام بطاقة معرف هوية CoverKids الخاصة بك وإبلاغنا إذا فقدت أو سُرقت.
- إبلاغ CoverKids بأي تغييرات، مثل التالي:
 - إذا قمت أنت أو فرد بالعائلة بتغيير اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
 - إذا كان لديك تغيير في حجم العائلة.
 - إذا حصلت أنت أو أحد أفراد العائلة على وظيفة، أو فقدت وظيفة، أو غيرت الوظيفة.
 - إذا كان لديك أنت أو فرد بالعائلة تأمين صحي آخر أو يمكنك الحصول على تأمين صحي آخر.

- دفع أي دفعات مشتركة عليك دفعها.
- إعلامنا إذا كانت لديك شركة تأمين أخرى يجب أن تدفع لرعايتك الطبية. قد تكون شركة التأمين الأخرى عبارة عن تأمين مثل تعويضات العاملين أو تأمين المنازل أو السيارات.

حَقِّقْ فِي تَقْدِيمِ التَّمَّاسِ

في CoverKids، تتلقى رعايتك الصحية عن طريق الخطة الصحية التابعة لبرنامج CoverKids الخاصة بك، من Wellpoint. لديك حقوق عندما يتم اتخاذ إجراء يمنعك من الحصول على الرعاية الصحية عندما تحتاج إليها.

1. **يحق لك الحصول على رد من خطتك الصحية عندما تطلب أنت أو طبيبك الموافقة على رعاية.**
2. وفي حالة بعض أنواع الرعاية، يجب أن يحصل طبيبك على موافقة القائمين على خطتك الصحية قبل أن يدفع CoverKids مقابلها. ويطلق عليها اسم "التصريح المسبق" أو "PA". ماذا لو طلب طبيبك موافقة خطتك الصحية على تقديم رعاية لك؟ يتعين على خطتك الصحية اتخاذ قرار خلال 14 يومًا. إذا لم يكن بإمكانك الانتظار لمدة 14 يومًا للرعاية التي تحتاج إليها، فيمكنك مطالبة الخطة بإصدار القرار في وقت أسرع.
- أو يمكنك أن تستأنف قبل نهاية الـ 14 يومًا. لك الحق في تلقي خطاب من خطة CoverKids الخاصة بك في الحالات التالية:
3. رفض الخطة الصحية التابعة لـ CoverKids الخاصة بك طلبك أو طلب طبيبك للرعاية الصحية.
 - أو عندما يتعين عليك الانتظار لفترة طويلة جدًا للحصول على الرعاية الصحية.
 - أو عندما تعمل خطة CoverKids الصحية الخاصة بك على إيقاف أو تغيير رعايتك الصحية.
 - يتعين على الخطاب توضيح السبب الذي يجعلك لا تتلقى الرعاية وما الذي يمكنك فعله حول الأمر.
 - إذا قررت خطتك الصحية تغيير الرعاية التي تحصل عليها، فيجب أن تتلقى خطابًا قبل 10 أيام على الأقل من حدوث ذلك. إذا قررت تغيير رعايتك في المستشفى، فيجب أن تتلقى خطابًا قبل يومي عمل من حدوث هذا الأمر.
 - ماذا لو قرر طبيبك تغيير الرعاية التي تحصل عليها؟ بالنسبة لأنواع الرعاية هذه، يجب أن تتلقى خطابًا قبل يومي عمل من حدوث هذا الأمر:
 - علاج الصحة السلوكية (الصحة العقلية أو تعاطي مواد الإدمان) لعضو له أولوية، ويشتمل ذلك على طفل يعاني من اضطراب عاطفي خطير (SED) أو شخص بالغ يعاني من مرض عقلي خطير ودائم (SPMI)
 - علاج الصحة السلوكية (الصحة العقلية أو تعاطي مواد الإدمان) في مستشفى أو مكان آخر يتعين عليك الإقامة به لتلقي الرعاية (الخدمات النفسية للمرضى الداخليين أو خدمات رعاية المقيمين)
 - الرعاية لمشكلة صحية طويلة الأجل عندما لا يمكن لخطتك الصحية تقديم النوع التالي من الرعاية الذي تحتاج إليه لهذه المشكلة
 - خدمات الرعاية الصحية المنزلية.
 - إذا لم يرسل القائمون على خطتك الصحية أو طبيبك الخطاب في الوقت المناسب، فلا يمكنهم تغيير رعايتك.
4. **لديك الحق في تقديم التماس في الحالات التالية:**
 - رفض القائمين على خطة CoverKids طلبك أو طلب طبيبك للرعاية الصحية.
 - أو إيقاف CoverKids لرعايتك الصحية أو تغييرها.
 - أو عندما يتعين عليك الانتظار لفترة طويلة جدًا للحصول على الرعاية الصحية.
 - أو عندما يكون لديك فواتير رعاية صحية تعتقد أنه كان يجب على CoverKids سدادها، ولكنه لم يفعل ذلك.

لديك فقط 60 يومًا لتقديم التماس بعد معرفتك بأن هناك مشكلة.

يمكن أيضًا لشخص لديه الحق القانوني للتصرف نيابة عنك تقديم التماس لك. يمكنك تعيين أحد الأقرباء، أو الأصدقاء، الوكلاء، أو المحامين، أو الأطباء، أو شخص آخر ليتصرف نيابة عنك.

لمزيد من المعلومات عن كيفية تقديم استئناف، اطلع على الجزء 5 من هذا الدليل.

حقوقك في الخصوصية

يصف هذا الإخطار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها. ويخبرك أيضًا كيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. فيرجى مراجعته بعناية.

لن تتغير عضويتك في CoverKids. ليس عليك القيام بأي شيء.

تخبرك تلك الأوراق بالكيفية التي نحافظ بها على خصوصية الحقائق الطبية الخاصة بك. توضح لنا الحكومة الفيدرالية أنه يتعين علينا تقديم هذه الأوراق لك. توضح لك هذه الأوراق:

1. أنواع المعلومات الصحية التي في حوزتنا
2. كيف نشاركها
3. مع من نشاركها
4. ما ينبغي فعله إذا كنت لا ترغب في مشاركة معلوماتك الصحية مع أشخاص معينين
5. وحقوقك بشأن معلوماتك الصحية

تتمتع معلوماتك الصحية بالخصوصية.

نحن نعلم أنك تقدر خصوصية معلوماتك الصحية. نسمي هذا النوع من المعلومات حقائقك الصحية أو "المعلومات الصحية المحمية" (PHI). PHI هي أي معلومات تُستخدم لتعريف هويتك ولتسجيل تاريخك الصحي والطبي.

ينص القانون الفيدرالي وقانون الولاية على أنه يجب علينا اتباع قواعد الخصوصية للحفاظ على PHI أمانة ومحمية. ويتعين كذلك على كل شخص يعمل معنا ولحسابنا اتباع قواعد الخصوصية هذه.

1. أنواع المعلومات الصحية التي في حوزتنا

عند التقدم لبرنامج CoverKids، أخبرتنا بحقائق معينة عن نفسك. مثل اسمك والمكان الذي تعيش فيه ومقدار الأموال التي تجنيها. ولدينا أيضًا حقائق صحية مثل:

- قائمة بالعلاجات والخدمات الصحية التي تحصل عليها
- الملاحظات أو السجلات من طبيبك، أو متجر الأدوية، أو المستشفى، أو غير ذلك من مقدمي الرعاية الصحية
- قوائم بالأدوية التي تناولتها الآن أو تناولتها مسبقًا
- نتائج من الأشعة السينية والفحوصات المخبرية
- معلومات وراثية ("علم الوراثة" يعتني بالسمات العائلية مثل لون الشعر أو العين. ويمكن أيضًا أن يتضمن الحالات الصحية التي عانيت منها بالاشتراك مع أقاربك.)

2. كيف نشاركها

- يمكننا فقد مشاركة PHI الخاصة بك حسبما يسمح لنا القانون. تسمح لنا قواعد الخصوصية بمشاركة PHI من أجل رعايتك، ولدفع المطالبات الصحية الخاصة بك، ولإدارة برنامجنا. نحن نشارك PHI الخاصة بك من أجل التالي:
- إظهار أنك عضو في CoverKids ولمساعدتك على الحصول على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها.
- سداد خطتك الصحية ومقدمي الرعاية الصحية.
- التحقق من كيفية استخدام مزايا CoverKids والتحقق من الاحتيايل التأميني.

3. مع من نشاركها

- معك. يمكننا مساعدتك في تحديد مواعيد الفحوصات وإرسال أخبار لك حول الخدمات الصحية.
- الأشخاص الآخرون المشتركون في رعايتك، مثل أفراد العائلة أو مقدمي الرعاية. يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة PHI الخاصة بك مع أشخاص معينين.

- ويمكننا مشاركة PHI الخاصة بك مع الأشخاص الذين يعملون مع CoverKids مثل:
- مقدمو الخدمات الصحية مثل الأطباء والممرضات والمستشفيات والعيادات.
- القائمون على خطتك الصحية أو غير ذلك من الشركات التي لديها تعاقدات مع CoverKids.
- الأشخاص الذين يساعدون في الالتماسات إذا قدمت أحد استئنافات CoverKids. قد يتم تقديم التماسك شخصياً أو عبر الهاتف. أحياناً قد يكون هناك أشخاص آخرون حاضرين معك في جلسة الاستماع الخاصة بالتماسك.
- الهيئات الحكومية المحلية أو الخاصة بالولاية أو الفيدرالية التي تقدم الرعاية الصحية أو تتحقق منها.

- تنص قواعد الخصوصية كذلك على أن في إمكاننا مشاركة PHI مع أشخاص مثل:
- قضاة الوفيات أو دور الجنازات أو مقدمو الخدمات الذين يعملون مع خدمات مثل عمليات زراعة الأعضاء.
- الباحثون في المجال الطبي. ويجب أن يحافظ هؤلاء على خصوصية PHI الخاصة بك.
- وكالات الصحة العامة لتحديث سجلاتهم فيما يتعلق بالمواليد أو الوفيات أو تعقب الأمراض.
- المحكمة حيثما ينص القانون على وجوب قيامنا بذلك أو عندما نطالب بالقيام بذلك.
- قوات الشرطة أو لأسباب قانونية أخرى. يمكننا الإبلاغ عن إساءة معاملة أو إهمال.
- الوكالات الأخرى، مثل الخاصة بأنشطة العسكريين أو المحاربين القدامى أو الأمن القومي أو السجون.

يمكننا أيضاً مشاركة PHI إذا أزلنا المعلومات المحددة للهوية التي توضح هويتك. ولكن لا يمكننا مشاركة PHI مع أي شخص. وحتى عندما نشاركها، فيمكننا فقط مشاركة المعلومات التي يحتاج الشخص لأداء وظيفته. ولا يمكننا مشاركة معلوماتك الوراثية لاتخاذ القرارات بشأن أهلك لبرنامج CoverKids.

في بعض الأحيان سنحتاج إلى موافقتك كتابةً قبل أن نتمكن من مشاركة PHI الخاصة بك. سنطلب منك توقيع ورقة تمنحنا موافقتك إذا احتجنا إلى استخدام أو مشاركة (الإفصاح عن) أي من المعلومات التالية:

- لاستخدام أو مشاركة الملاحظات التي يدونها المعالج خلال جلسات العلاج (وتُعرف باسم ملاحظات العلاج النفسي)؛
- لاستخدام أو PHI مع الشركات التي ستستخدم المعلومات لمحاولة الحصول على أعمال الآخرين (لأغراض تسويقية)؛ و
- مشاركة PHI (الإفصاح عنها) مع شخص آخر مقابل المال.

هل يمكنك سحب موافقتك؟ نعم. يمكنك سحب موافقتك في أي وقت، ولكن يتعين عليك إخبارنا خطياً. لا يمكننا استرداد PHI التي سبقت لنا مشاركتها بالفعل.

4. ما ينبغي فعله إذا كنت لا ترغب في مشاركة معلوماتك الصحية مع أشخاص معينين

يجب أن تطلب منا كتابةً عدم مشاركة حقائق معينة عن صحتك. يتعين عليك إخبارنا بالمعلومات التي تريد مشاركتها و**يمن** لا تريد أن نشارك PHI معه. توجد أوقات أخرى لن نشارك فيها PHI الخاصة بك إذا طلبت منا ذلك. سنوفق على ذلك إذا كان بإمكاننا. ولكن يمكن أن نرفض إذا كنت طفلاً قاصراً أو إذا كان من المسموح لنا مشاركة PHI بموجب القانون. إذا لم يكن في إمكاننا الموافقة، فسنرسل لك خطاباً يوضح السبب.

5. حقوقك بشأن PHI

- يمكنك الاطلاع على سجلاتك في صورة ورقية والحصول على نسخ منها، أو إذا كانت في حوزتنا في صيغة إلكترونية، يمكنك الحصول عليها إلكترونياً. ويتعين عليك طلب القيام بذلك خطياً. وقد يتعين عليك دفع أموال لتكلفة نسخ النسخ الخاصة بك وإرسالها بالبريد. وإذا تعذر علينا منحك المعلومات التي تريدها، فسنرسل لك خطاباً يوضح السبب.
- يمكنك التحدث مع CoverKids بشأن كيفية مشاركتنا لـ PHI الخاصة بك.

ولديك الحق في الأمور التالية:

- أن تطلب منا كتابةً عدم مشاركة حقائق معينة عن صحتك.
- أن تطلب منا عدم إظهار PHI الخاصة بك في بعض سجلات.
 - أن تطلب منا تغيير PHI خاطئة. ويتعين عليك طلب ذلك خطياً وإخبارنا بالسبب الذي يدفعنا لتغييرها. إذا تعذر علينا إجراء التغيير، فسنرسل خطاباً يوضح السبب.
 - أن تطلب منا كتابةً الاتصال بك بطريقة مختلفة أو في مكان مختلف. إذا كانت الكتابة إليك أو التحدث معك في مكانك يعرضك للخطر، فأخبرنا بذلك.
 - أن تطلب منا كتابةً قائمة بمن شاركنا مع PHI الخاصة بك.

وستوضح القائمة من حصل على PHI الخاصة بك خلال ستة (6) أعوام قبل تاريخ طلبك. ولكنها لن تتضمن المرات التي شاركنا المعلومات خلالها عندما حصلنا على موافقتك أو المرات الأخرى التي نص القانون خلالها بأننا لا نحتاج إلى الحصول على إذنك. على سبيل المثال، عندما نستخدم PHI:

- لمساعدتك في الحصول على الرعاية الصحية، أو
- للمساعدة في دفع مقابل رعايتك، أو
- لتشغيل برنامجنا، أو
- لتقديمها لمسؤولي إنفاذ القانون في حالة مطالبتنا بالقيام بذلك.

مسؤولية CoverKids تجاهك

- يحمي CoverKids معلوماتك لحماية خصوصيتها وأمنها. إذا لم تكن PHI محمية وتم تسريبها، يتعين علينا إخطارك أنت والسلطات الفيدرالية. ولكن يتعين علينا إخطارك فقط في الحالات التالية:
- إذا كان نوع المعلومات التي تم نشرها سيحدد من أنت (مثل رقم الضمان الاجتماعي أو تاريخ ميلادك) أو سجلات علاجك و
 - حسب الشخص الذي استخدم PHI الخاصة بك أو اطلع عليها،
 - إذا استخدم شخص ما PHI الخاصة بك بالفعل أو اطلع عليها،
 - ما فعلناه للتقليل من تعرض PHI الخاصة بك لخطر استخدامها.

الطلبات - يمكنك مطالبتنا خطياً

يتعين أن تكون طلباتك خطية. تأكد من إخبارنا بما تطلبه منا. اكتب اسمك ورقم بطاقة هوية CoverKids أو رقم الضمان الاجتماعي على خطابك. احتفظ بنسخة من الخطاب لسجلاتك.

أرسل رسالة بريدية إلى:

TennCare Privacy Office
Division of TennCare
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37228



هل لديك اسئلة؟ هل تحتاج إلى مساعدة في تقديم طلبك؟

اتصل على TeenCare

Connect :

على الرقم 855-259-0701.



التغييرات في هذا الإخطار

قد تتغير سياسات CoverKids وإجراءاته دون إشعار. حيث سنستخدم السياسات والإجراءات الموجودة لدينا عندما تقدم طلبك.

قد تتغير أيضًا قواعد الخصوصية الفيدرالية وسياسات الخصوصية لدى CoverKids. وفي حال إجراء تغييرات مهمة، فسنرسل لك التغييرات خطياً. لنا الحق في تطبيق تغييرات بكل ما لدينا من حقائق صحية. أو فقط على الحقائق الصحية الجديدة التي نحصل عليها.

الأسئلة أو الشكاوى

هل لديك اسئلة؟ هل تعتقد أن حقوق خصوصيتك قد تعرضت للانتهاك؟ لن تتم معاقبتك إذا قدمت شكوى أو طلبت الحصول على مساعدة؟ اتصل بـ TennCare Connect على الرقم 855-259-0701 مجاناً. أو تواصل مع:

U.S. Dept. of Health and Human Services Region IV, Office of Civil Rights Medical Privacy Complaint Division Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8931 الهاتف: 866-627-7748	Division of TennCare Attn: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 الهاتف: 866-797-9469 البريد الإلكتروني: Privacy.TennCare@tn.gov
--	--

مسؤوليتك للإبلاغ عن الاحتيال وإساءة المعاملة

يتمتع أغلب أعضاء CoverKids ومقدمي الرعاية التابعين له بالأمانة. ولكن يمكن حتى لقلة من غير الأمناء أن يضرروا ببرنامج CoverKids. الأشخاص الذين يكذبون للحصول على عضوية CoverKids يمكن أن يتلقوا غرامة أو يُسجنوا.

إذا اكتشفت حالة احتيال أو إساءة استخدام في برنامج CoverKids، يجب أن نخبرنا بذلك. ولكن لا يتعين عليك إخبارنا باسمك.

يمكن للاحتيال وإساءة الاستخدام لدى أعضاء CoverKids أن يتضمنا أشياء مثل:

- الكذب بشأن الحقائق للحصول على عضوية CoverKids أو للاحتفاظ بها.
- إخفاء أي حقائق حتى تتمكن من الحصول على عضوية CoverKids أو الاحتفاظ بها.
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة معرفة هوية CoverKids الخاصة بك.
- بيع أدويتك الموصوفة أو منحها لأي شخص آخر.

يمكن للاحتيال وإساءة الاستخدام لدى مقدمي الرعاية في CoverKids أن يتضمنا أشياء مثل:

- تقديم فواتير لـ CoverKids عن خدمات لم يتلقها العضو أبدًا.
- تقديم الفواتير لـ CoverKids مرتين عن نفس الخدمة.

لإخبارنا بخصوص الاحتيال وإساءة المعاملة، اتصل بخطة Wellpoint مجاناً على الخط الساخن على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)**.

يمكن كذلك أن تبلغنا بالاحتيال وإساءة الاستخدام عبر الإنترنت. انتقل إلى:

<https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html> احتيال الأعضاء:

<https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html> الاحتيال من جانب مقدم الخدمات:

ثم انقر على "الإبلاغ عن احتيال لـ TennCare" ("Report TennCare Fraud").

الجزء 7:

أوراق الرعاية الصحية التي قد
تحتاج إليها

شكوى التمييز في TENNCARE

لا تسمح القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بأن يعاملك برنامج TennCare بشكل مختلف بسبب عرقك أو لونك أو مكان ميلادك أو إعاقتك أو عمرك أو جنسك أو ديانتك، أو أي فئة أخرى محمية بموجب القانون. هل تعتقد أنك قد تعرضت لمعاملة مختلفة لهذه الأسباب؟ استخدم هذه الصفحات للإبلاغ عن شكوى إلى TennCare.

يتعين الإجابة على المعلومات المعلمة بنجمة (*). إذا احتجت إلى مساحة إضافية لإخبارنا بما حدث، فاستخدم أوراقاً أخرى وأرسلها بالبريد مع شكوتك.

1. * اكتب اسمك وعنوانك.

اسم: _____

العنوان: _____

الرمز البريدي _____

الهاتف: (_____) _____ تاريخ الميلاد: _____

البريد الإلكتروني: _____

اسم منظمة الرعاية المُدارة (MCO)/خطة الرعاية الصحية: _____

2. * هل تقدم هذه الشكوى نيابةً عن شخص آخر؟ نعم: _____ لا: _____
إذا كانت إجابتك نعم، فهل تظن أن هذا الشخص قد تلقى معاملة مختلفة بسبب عرقه أو لون بشرته أو مكان ولادته أو إعاقته أو عمره أو جنسه أو دينه أو أي مجموعة أخرى محمية بموجب القانون؟

الاسم: _____

العنوان: _____

الرمز البريدي _____

الهاتف: المنزل: (_____) _____ تاريخ الميلاد: _____

ما صلتك بهذا الشخص (زوجة، أخ، صديق/ة)؟ _____

اسم MCO/خطة الرعاية الصحية لهذا الشخص: _____

3. * ما الجزء الذي تعتقد أنك تلقيت فيه معاملة مختلفة من برنامج TennCare:

الخدمات الطبية _____ خدمات طب الأسنان _____ الخدمات الصيدلانية _____ الصحة السلوكية _____
الخدمات والدعم طويل الأمد _____ خدمات الأهلية _____ الالتصاقات الطبية _____ التماسات الأهلية _____

4. * في رأيك ما سبب تلقيك معاملة مختلفة؟ هل هو بسبب: العرق _____ مكان الميلاد _____ اللون _____ الجنس _____ العمر _____ الإعاقة _____ الدين _____ غير ذلك _____

5. ما هو أفضل وقت للتحدث معك بشأن هذه الشكوى؟ _____

6. * متى تعرضت لذلك؟ هل تعرف التاريخ؟ تاريخ بدايته: _____ تاريخ آخر مرة حدث فيها: _____

7. يتعين الإبلاغ عن الشكاوى خلال 6 أشهر من التاريخ الذي تعتقد خلاله أنه تمت معاملتك بطريقة مختلفة. يمكن أن يكون أمامك أكثر من 6 أشهر للإبلاغ عن شكوتك إذا كان لديك سبب وجيه (مثل حالة وفاة في عائلتك أو مرض) دفعك للانتظار.

8. * ماذا حدث؟ كيف ولماذا تعتقد أن الأمر حدث؟ من فعل ذلك؟ هل تعتقد أن شخصاً آخر قد تمت معاملته بطريقة مختلفة؟ يمكنك الكتابة في ورق أكثر وإرساله مع هذه الصفحات إذا احتجت إلى مساحة إضافية.

9. هل رآك أي شخص في أثناء تلقيك معاملة مختلفة؟ إذا كانت إجابتك نعم، يُرجى إخبارنا بالمعلومات التالية عنه: الاسم _____ العنوان _____ التلغون _____

10. هل لديك معلومات أخرى ترغب في إخبارنا بها؟ _____

11. * لا يمكننا استلام الشكاوى دون توقيع. يرجى كتابة اسمك والتاريخ في السطر أدناه. هل أنت الممثل المفوض للشخص الذي يعتقد أنه تمت معاملته بصورة مختلفة؟ يُرجى التوقيع باسمك أدناه. إذا كنت مخوَّلاً للتمثيل، يجب أن تقدم ما يثبت أنه بإمكانك التصرف نيابةً عن هذا الشخص. إذا كان المريض أقل من 18 عامًا، يجب أن يوقع أحد الوالدين أو الوصي نيابةً عنه. إقرار: أقر أن المعلومات الواردة في هذه الشكاوى صحيحة وحقيقية، وأعطي موافقتي لـ TennCare بالتحقيق في الشكاوى.

(يُرجى التوقيع باسمك إذا كنت صاحب هذه الشكاوى) (التاريخ)

(وَقَّع هنا إذا كنت أنت الممثل المفوض) (التاريخ)

هل تقوم بالإبلاغ عن هذه الشكوى من أجل شخص آخر ولكنك لست الممثل المفوض له؟ يُرجى التوقيع باسمك أدناه.
الشخص الذي يبلغ عن هذه الشكوى يجب أن يوقع أعلاه أو يجب أن يخبر القائمين على خطته الصحية أو TennCare أنه لا مانع لديه من التوقيع نيابةً عنه. إقرار: أقر أن المعلومات الواردة في هذه الشكوى صحيحة وحقيقية، وأعطي موافقتي لـ TennCare بالاتصال بي بخصوص هذه الشكوى.

(يُرجى التوقيع هنا إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابةً عن شخص آخر) (التاريخ)

هل أنت مساعد من TennCare أو MCO/الخطة الصحية تساعد العضو، بحسن نية، في إكمال هذه الشكوى؟ إذا كان الأمر كذلك، فيرجى التوقيع أدناه:

(وقع هنا إذا كنت مساعدًا من TennCare أو MCO/الخطة الصحية) (التاريخ)

من الممكن تقديم شكوى إلى MCO/الخطة الصحية أو TennCare. يتم التعامل مع المعلومات الواردة في هذه الشكوى بخصوصية. ولا تتم مشاركة الأسماء أو المعلومات الأخرى بخصوص الأشخاص المستخدمين في هذه الشكوى إلا عند الحاجة. يرجى إرسال صفحة الموافقة على نشر المعلومات الموقعة بريدًا مع شكوتك. إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر، فاطلب من هذا الشخص التوقيع على صفحة الموافقة على نشر المعلومات وأرسلها بريدًا مع هذه الشكوى. احتفظ بنسخة من كل شيء ترسله. يُرجى أن ترسل الشكوى بالبريد أو بالبريد الإلكتروني كاملة وموقعة وكذلك صفحات الموافقة على الإفصاح عن المعلومات موقعة إلى:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance
310 Great Circle Road; Floor 3W • Nashville, TN 37243
615-507-6474 أو مجاًاً على الرقم 855-857-1673 (TRS 711)
HCFA.fairtreatment@tn.gov

يمكنك أيضاً الاتصال بنا إذا كنت تحتاج إلى مساعدة بخصوص هذه المعلومات.

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الخاصة ببرنامج TennCare

للتحقيق في شكواك، فقد يتعين على TennCare إبلاغ أشخاص آخرين أو منظمات أخرى مهمة بهذه الشكوى باسمك أو غير ذلك من المعلومات عنك.

لتسريع عملية التحقيق في شكوتك، اقرأ نسخة واحدة من هذه الموافقة على إفصاح عن المعلومات ووقعها وأرسلها بالبريد مع شكوتك. كما يُرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

• أفهم أنه أثناء التحقيق في شكواي، قد يتعين على TennCare مشاركة اسمي، أو تاريخ ميلادي، أو معلومات المطالبة الخاصة بي، أو المعلومات الصحية الخاصة بي، أو أي معلومات أخرى عني مع أشخاص أو منظمات أخرى. وقد يتعين على TennCare جمع هذه المعلومات عنك من أشخاص أو منظمات. مثلاً، إن أبلغت أن طبيبي عاملني بطريقة مختلفة بسبب لون بشرتي، فقد يتعين على TennCare التحدث إلى طبيبي وجمع سجلاتي الطبية.

• لا يتعين عليك الموافقة على الكشف عن اسمك أو معلومات أخرى؛ فهو ليس مطلوباً دائماً للتحقيق في شكواك. وإذا لم توقع على النشر، فسنواصل محاولة التحقيق في شكوتك. إذا لم توافق على السماح لنا باستخدام اسمك أو غيره من التفاصيل الأخرى، فقد يحد ذلك من التحقيق في شكواك أو يوقفه، وقد نضطر إلى إغلاق حالتك. قبل أن نغلق حالتك لأنك لم توقع الإفصاح، فقد نتصل بك لنعرف ما إذا كنت ترغب في توقيع الإفصاح ليتمكن استكمال التحقيق.

إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابةً عن شخص آخر، فإننا نحتاج توقيع ذلك الشخص على اتفاقية الإفصاح عن المعلومات. هل توقع هذه الشكوى كممثل مفوض؟ إذن، يتعين عليك منحنا نسخة من المستندات التي تعينك كممثل مفوض.

بالتوقيع على اتفاقية الإفصاح عن المعلومات هذه، أوافق أنني قد قرأت وأفهم حقوقي المذكورة أعلاه. وأنا أوافق على أن يشارك TennCare اسمي أو المعلومات الأخرى عني مع أشخاص أو منظمات أخرى مهمة لتلك الشكوى أثناء التحقيق والنتيجة.

تظل اتفاقية الكشف عن المعلومات هذه سارية حتى النتيجة النهائية لشكواك. يمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت من خلال الاتصال أو مراسلة TennCare بدون إلغاء شكوتك. وفي حالة إلغاء اتفاقيتك، لا يمكن التراجع عن المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

بحاجة إلى مساعدة؟ هل تريد تقديم شكوى؟ يرجى الاتصال أو إرسال شكوى مكتملة وموقعة إضافة إلى نموذج موقع لاتفاقية الإفصاح عن المعلومات:

الهاتف: 1-615-507-6474 أو مجاناً على 1-855-857-1673

TennCare OCRC
(TRS 711)

البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov

310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243

هل تحتاج إلى مساعدة مجانية في كتابة هذا الخطاب؟ إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن المساعدة بلغتك متاحة بالمجان. تخبرك هذه الصفحة عن كيفية الحصول على المساعدة في لغة غير الإنجليزية. وهي تخبرك أيضاً بسبل المساعدة الأخرى المتاحة.	
Spanish:	Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Kurdish:	کوردی ئاگاداری: ئه‌گەر به زمانی کوردی قهسه ده‌کهیت، خزمهتگوزاریه‌کانی یارمه‌تی زمان، به‌خوڕایی، بو تو به‌رده‌سته. په‌یومندی به 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) بکه.
Arabic:	العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-259-0701 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-848-0298).
Chinese:	繁體中文 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-259-0701 (TTY 1-800-848-0298)。
Vietnamese:	Tiếng Việt CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Korean:	한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298)번으로 전화해 주십시오.
French:	Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-259-0701 (ATS : 1-800-848-0298).
Amharic:	አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-259-0701 (መስማት ለተሳናቸው፡ 1-800-848-0298)፡፡
Gujarati:	ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).
Laotian:	ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

German:	Deutsch
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).	
Tagalog:	Tagalog
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).	
Hindi:	हिंदी
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) पर कॉल करें।	
Serbo-Croatian:	Srpsko-hrvatski
OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-259-0701 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1- 800-848-0298).	
Russian:	Русский
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-259-0701 (телетайп: 1-800-848-0298).	
Nepali:	नेपाली
ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-259-0701 (टिटिवाइ: 1-800-848-0298) ।	
Persian:	
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-855-259-0701 تماس بگیرید. (TTY: 1-800-848-0298)	

- هل أنت بحاجة إلى المساعدة في التحدث إلينا أو قراءة ما نرسل إليك؟
- هل تعاني من إعاقة وتحتاج إلى المساعدة في الحصول على الرعاية أو المشاركة في أحد برامجنا أو إحدى خدماتنا؟
- أو هل لديك أسئلة أخرى عن رعايتك الصحية؟

اتصل بنا مجاناً على الرقم **1-855-259-0701**. يمكننا توصيلك بالمساعدة أو الخدمة المجانية التي تحتاج إليها. (لاستعمال TTY، اتصل بالرقم: **1-800-848-0298**)

التوجيهات المسبقة هي رغباتك المكتوبة حول ما تريد حدوثه، إذا تعرضت لمرض شديد يجعلك غير قادر على الرد.

وثيقة حق الحياة أو خطة الرعاية المسبقة

يمكن للأجهزة والأدوية جعل الأشخاص على قيد الحياة ولولا ذلك قد يموتوا. وقد اعتاد الأطباء على تحديد كم من الوقت يمكن للشخص أن يبقى خلاله على قيد الحياة. بموجب قانون الحق في الوفاة الطبيعية بولاية Tennessee، يمكنك اتخاذ اختيارك الخاص. يمكنك تحديد ما إذا كنت تريد البقاء على قيد الحياة باستخدام الأجهزة وكذلك تحديد المدة من خلال تعبئة وثيقة حق الحياة. في 2004، قام القانون في ولاية Tennessee بتغيير وثيقة حق الحياة إلى خطة الرعاية المسبقة. يمكنك استخدام أي منهما.

يجب تعبئة وثيقة حق الحياة أو خطة الرعاية المسبقة بينما ما زال بإمكانك التفكير لنفسك. تخبر هذه الأوراق أصدقائك وعائلتك حول ما تريد حدوثه، إذا تعرضت لمرض شديد يجعلك غير قادر على الرد. ويجب توقيع أوراقك، وإما أن يكون عليها شهود أو يجري توثيقها.

في حالة الإشهاد على أوراقك، ستحتاج أوراقك إلى التوقيع أمام شخصين سيكونان شهودك. بالنسبة لهؤلاء الأشخاص:

- لا يمكن أن تجمعكم صلة قرابة بالدم أو الزواج.
- لا يمكنهم تلقي أي شيء بعد وفاتك.
- لا يمكن أن يكون بينهم طبيبك أو أي من طاقم العمل الذي يعمل في المكان الذي تحصل خلاله على رعاية صحية. بمجرد توقيعها من قبل الجميع، فالقرار يرجع لك. فإنها تبقى بهذا الحال ما لم تتغير رأيك.

التوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية في ولاية Tennessee أو تعيين وكيل الرعاية الصحية

تتيح لك أوراق التوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية تسمية شخص آخر لاتخاذ القرارات الطبية لك. في 2004، تغيير قانون ولاية Tennessee للتوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية لتعيين وكيل الرعاية الصحية. يمكنك استخدام أي منهما.

يمكن لهذا الشخص فقط إصدار القرارات إذا كنت مريضاً بدرجة تجعلك غير قادر على إصدار قراراتك. ويمكنه التعبير عن رغباتك إذا لم يكن بإمكانك التحدث عن نفسك. قد يكون مرضك مؤقتاً.

ويجب توقيع هذه الأوراق، وإما أن يكون عليها شهود أو يجري توثيقها. بمجرد توقيع الأوراق من قبل الجميع، فالقرار يرجع لك. فإنها تبقى بهذا الحال ما لم تتغير رأيك.

لن يتم استخدام هذه الأوراق إلا إذا مرضت مرضاً شديداً يجعلك غير قادر على تحديد ما تريد حدوثه. طالما كان لا يزال بإمكانك التفكير في نفسك، يمكنك اتخاذ قرار بخصوص رعايتك الصحية بنفسك.

إذا قمت بتعبئة هذه الأوراق، فقم بعمل 3 نسخ:

- **امنح** نسخة واحدة إلى مقدم الرعاية الأولية لوضعها في ملفك الطبي.
- **امنح** نسخة واحدة إلى الشخص الذي سيتخذ القرار الطبي بالنيابة عنك.
- **احتفظ** بنسخة معك لوضعها ضمن أوراقك المهمة.

هام: لا يتعين عليك تعبئة هذه الصفحات. فالاختيار يرجع لك. وقد تريد التحدث مع محامٍ أو صديق قبل تعبئة هذه الأوراق.

أنشأت ولاية Tennessee وثيقة قانونية تسمى إعلان علاج الصحة العقلية (DMHT) يمكنها أيضاً أن تساعدك. يسمح لك DMHT بالتخطيط مسبقاً عن طريق كتابة طلباتك في حالة أزمة صحة عقلية. وهو يصف أي الخدمات التي تريدها أن تحدث أثناء تلقي علاج الصحة العقلية. يمكن العثور على مزيد من المعلومات عن DMHT على الإنترنت. تفضل بالانتقال إلى:

[https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/Declaration for Mental Health Treatment-Form.pdf](https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/Declaration%20for%20Mental%20Health%20Treatment-Form.pdf)

بموجب هذا _____ ، أقدم هذه التعليمات المسبقة حول الطريقة التي أريد أن تتم معالجاتي بها من قبل أطبائي ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين عندما لا يعد بإمكانني اتخاذ هذه القرارات الخاصة بالعلاج بنفسي.

الجزء 1 الوكيل: أود أن يكون الشخص التالي مسؤولاً عن اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لي. ويتضمن ذلك أي قرار رعاية صحية كنت سأنفذه لنفسني لو كنت قادراً، باستثناء ذلك يتعين على وكيلي اتباع تعليماتي الموضحة أدناه:

الاسم: _____ العلاقة: _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
العنوان: _____ الهاتف المحمول: _____ هاتف آخر: _____

الوكيل البديل: إذا كان الشخص المذكور أعلاه غير قادر أو غير مستعد لاتخاذ قرارات رعاية صحية بالنيابة عني، فإنني أعين كبديل الشخص التالي لاتخاذ قرارات رعاية صحية بالنيابة عني. ويتضمن ذلك أي قرار رعاية صحية كنت سأنفذه لنفسني لو كنت قادراً، باستثناء ذلك يتعين على وكيلي اتباع تعليماتي الموضحة أدناه:

الاسم: _____ العلاقة: _____ هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____
العنوان: _____ الهاتف المحمول: _____ هاتف آخر: _____

وكيلي هو أيضاً ممثلي الشخصي لأغراض قوانين الخصوصية الفيدرالية والخاصة بالولاية، بما في ذلك قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (HIPAA).

عند السريان (حدد خياراً): ☐ أُمْنَح الإذن إلى وكيلي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني في أي وقت. حتى لو كانت لدي القدرة لاتخاذ القرارات بنفسني. ☐ لا أُمْنَح هذا الإذن (يسري هذا النموذج فقط عندما لا أُمْتَع بالقدرة).

الجزء 2 توضيح رغباتك فيما يتعلق بنوعية الحياة: من خلال تحديد "نعم" أدناه، حددت الظروف التي سأكون مستعداً للعيش بها في حالة تقديم رعاية الراحة الكافية وإدارة الألم. من خلال تحديد "لا" أدناه، حددت الظروف التي لن أكون مستعداً للعيش بها (والتي تمثل بالنسبة لي نوعية حياة غير مقبولة).

☐ ☐	حالة فقدان دائم للوعي: صرت على غير دراية كاملة بالأشخاص أو البيئة المحيطة مع احتمالية قليلة للاستيقاظ من الغيبوبة.
☐ ☐	ارتباك دائم: أصبحت غير قادر على التذكر أو الفهم أو اتخاذ القرارات. ألا أتعرف على المقربين مني أو عجزني عن إجراء محادثة واضحة معهم.
☐ ☐	معتمد على الآخرين في جميع أنشطة الحياة اليومية: لم يعد في استطاعتي الكلام أو التواصل الواضح أو الحركة بنفسني. بل أعتمد على الآخرين في الطعام والاستحمام وارتداء الثياب والمشي. لن تقدم إعادة التأهيل أو أي علاج ترميمي آخر أي مساعدة.
☐ ☐	المرحلة الأخيرة من الأمراض: أعاني من مرض وصل إلى مراحله النهائية بالرغم من تلقي العلاج الكامل. أمثلة: سرطان منتشر لم يعد يستجيب للعلاج، وضرر و/أو مرض مزمن في القلب والرئتين، حيث يكون الأكسجين مطلوبًا معظم الوقت والأنشطة أصبحت مقيدة بسبب الشعور بالاختناق.

توضيح رغباتك للعلاج: إذا أصبحت نوعية حياتي غير مقبولة بالنسبة لي (كما هو موضح من خلال ظرف أو أكثر من الظروف التي تم تحديد "لا" أمامها أعلاه) وكانت حالتي غير قابلة للشفاء (أي لن تتحسن)، فأنا أوجه بتقديم العلاج المناسب من الناحية الطبية على النحو التالي. من خلال تحديد "نعم" أدناه، قمت بتوضيح العلاج الذي أريده. من خلال تحديد "لا" أدناه، قمت بتوضيح العلاج الذي لا أريده.

☐ ☐	CPR (الانعاش القلبي الرئوي): لجعل القلب ينبض مرة أخرى ولاستعادة التنفس بعد التوقف. ينطوي ذلك عادة على صدمة كهربائية وضغط على الصدر ومساعدة في التنفس.
☐ ☐	دعم الحياة / دعم اصطناعي آخر: الاستخدام المستمر لجهاز التنفس الصناعي، والسوائل الوريدية، والأدوية، وغير ذلك من المعدات التي تساعد الرئتين والقلب والكليتين وغير ذلك من أجهزة الجسم على أن تستمر في العمل.
☐ ☐	علاج الحالات الجديدة: استخدام العمليات الجراحية، أو نقل الدم، أو المضادات الحيوية التي ستتعامل مع حالات جديدة ولكنها لن تفيد في المرض الرئيسي.
☐ ☐	التغذية بالأنبوب/السوائل الوريدية: استخدام الأنابيب لتوصيل الطعام والماء إلى معدة المريض أو استخدام السوائل الوريدية في أحد الأوردة، وقد ينطوي ذلك على تغذية وترطيب يجري توصيلهما اصطناعياً.

صفحة 1 من 2

يرجى التوقيع على صفحة 2

الجزء 3 تعليمات أخرى، مثل رعاية المحتضرين وترتيبات الدفن وما إلى ذلك:

(إرفاق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر)

الجزء 4 التبرع بالأعضاء: عند وفاتي، أود تقديم الهبة التشريحية التالية لأغراض زراعة الأعضاء و/أو الأبحاث و/أو التعليم (حدد خيارًا):

☐ أي عضو/نسيج

☐ جسدي بالكامل

☐ الأعضاء/الأنسجة التالية فقط: _____

☐ عدم التبرع بالأعضاء/الأنسجة

التوقيع

الجزء 5 يتعين أن يكون توقيعك مشهودًا من قِبل شخصين بالغين مؤهلين ("الجزء A") أو من قِبل كاتب العدل ("الجزء B").

التاريخ: _____

التوقيع: _____

(المريض)

الجزء A لا يمكن أن يكون أي من الشاهدين هو الشخص الذي عيّنته كوكيلك أو بديله، ويتعين أن يكون أحد الشاهدين على الأقل هو شخص لا تربطه علاقة بك أو لا يستحق الحصول على أي جزء من إرثك.

الشاهدان:

1. أنا شخص بالغ مؤهل لم يتم تعييني كوكيل. أنا شهدت توقيع المريض على هذا النموذج.

توقيع الشاهد رقم 1

2. أنا شخص بالغ مؤهل لم يتم تعييني كوكيل. لا تربطني صلة قرابة بالمريض أو زواج أو تبني ولن أستحق الحصول على أي جزء من إرث المريض عند وفاته بموجب أي وصية قائمة أو ملحق وصية أو أعمال القانون. قمت بالشهادة على توقيع المريض على النموذج.

توقيع الشاهد رقم 2

ولاية TENNESSEE

مقاطعة

أنا كاتب العدل في ومن أجل الولاية والمقاطعة المحددتين أعلاه. الشخص الذي وقّع هذه الوثيقة هو معروف بصورة شخصية بالنسبة لي (أو أثبت لي بناءً على أدلة كافية) أنه الشخص الذي وقّع بصفته "المريض". وقد ظهر المريض شخصيًا أمامي ووقّع أعلاه أو أقر بأن التوقيع أعلاه هو توقيعه. أعلن تحت طائلة الحنث بالقسم أن المريض يظهر بأنه يتمتع بقواه النفسية ولا يتعرض لأي إكراه أو احتيال أو تأثير غير مشروع.

تنتهي صلاحية تفويضي في: _____

توقيع كاتب العدل

ما الذي يجب فعله بهذا التوجيه المسبق: (1) توفير نسخة إلى طبيبك (أطباءك)، (2) الاحتفاظ بنسخة في ملفاتك الشخصية بحيث تكون متاحة للآخرين، (3) إخبار أقرب الأقارب والأصدقاء لديك بمحتوى المستند، (4) توفير نسخة إلى الشخص (الأشخاص) الذي عينته كوكيل رعايتك الصحية.

* هذا النموذج يحل محل النماذج القديمة للتوكيل الرسمي الدائم للرعاية الصحية ووثيقة حق الحياة وتعيين الوكيل وخطة الرعاية المسبقة، وتقلل من الحاجة إلى أي من هذه المستندات.

الصفحة 2 من 2

الجزء 8:

معلومات إضافية

ضمن CoverKids للأطفال دون سن 19 عامًا، نغطي:

الزيارات المنتظمة والدورية إلى الطبيب لمعرفة ما إذا كان الطفل ينمو بصورة طبيعية أم لا ولمعرفة ما إذا كان لديه مشاكل متعلقة بالصحة السلوكية أو البدنية (تعاطي المخدرات أو الكحول أو مشاكل الصحة العقلية) أو مشاكل الأسنان أو الحالات الأخرى. تُعرف هذه الزيارات باسم "الفحوصات" (أو "عمليات التحري") ويجب أن تحدث وفقًا لجدول التواتر الخاص بـ الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، (AAP).

على سبيل المثال:

- الأطفال من سن الولادة حتى 30 شهرًا يحق لهم إجراء 12 فحصًا
- الأطفال من سن 3 أعوام حتى 11 عامًا يحق لهم إجراء 9 فحوصات
- الأطفال من سن 12 عامًا حتى 18 عامًا يحق لهم إجراء 7 فحوصات

علاوة على ذلك، يتمتع الطفل بالحق في الحصول على "فحص" عندما تتم إحالة الطفل إلى طبيب من قبل شخص مثل مدرس يلاحظ تغيير في صحة أو سلوك الطفل.

تتضمن الفحوصات ما يلي:

- سجل شامل للصحة والنمو
- فحص بدني شامل دون ارتداء أي ملابس
- التطعيمات (الحقن) المناسبة
- اختبارات السمع والإبصار المناسبة
- الفحوصات المخبرية المناسبة
- الفحص المتعلق بالنمو والسلوكي (حسب الحاجة)
- التثقيف الصحي (مشورة حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك)

تحصل أيضًا على خدمات أخرى إضافة إلى خدمات الفحص:

- العلاج، بما في ذلك إعادة التأهيل لأي مشاكل صحية (بدنية أو عقلية أو متعلقة بالنمو) أو الحالات الأخرى التي يتم اكتشافها خلال "فحص". يمكنك الحصول على مساعدة في تحديد المواعيد للخدمات.
- الزيارات المنتظمة إلى طبيب الأسنان للفحص والعلاج من خلال DentaQuest،
- الاختبارات الدورية والمنتظمة لسمع وإبصار الطفل. تشتمل على علاج أي مشاكل متعلقة بالسمع والإبصار؛
- التطعيمات (الحقن) للخنق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) والمستدمة النزلية النوع ب والإنفلونزا ولقاحات التهاب الكبد A و B والحمق والفيروس العجلي وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV) والتهاب السحايا والمكورات الرئوية؛ و
- الفحوصات المخبرية الروتينية. (ملاحظة سيتم إجراء اختبار للرصاص في الدم وأنيميا الخلايا المنجلية في حالة وجود الطفل في موقف قد يضعه في خطر الإصابة بأي منهما)
- إذا كان طفلك يعاني من مستوى مرتفع من الرصاص في دمه، فسيتم إجراء فحوصات الرصاص. إذا كنت تعتقد أن طفلك كان موجودًا بجوار أشياء تحتوي على نسبة مرتفعة من الرصاص، مثل طلاء قديم، فأخبر طبيبك، و

- التثقيف الصحي، و
- الرعاية الصحية الضرورية الأخرى والخدمات والعلاج التشخيصي والإجراءات الأخرى الضرورية لتصحيح أو تحسين العيوب أو منع تدهورها؛ إذا كان طفلك يعاني من حالات وأمراض عقلية وبدنية تم اكتشافها خلال عملية الفحص، فسيتم علاجها.
- التثقيف الصحي الأساسي للطفل ووالديه جزء من الخدمات الوقائية التي يقدمها لك CoverKids.

مبالغ المشاركة في السداد غير مطلوبة للخدمات الوقائية.

متى يحتاج الأطفال والمراهقون إلى الحصول على اللقاحات؟

العمر	HepB التهاب الكبد الوبائي ب	DTaP/Tdap الدفتيريا والتيتانوس والشاهوق (السعال الديكي)	Hib المستدمية النزلية من النوع ب	IPV شلل الأطفال	PCV13 المكورات الرئوية المتفانين	RV الفيروس العجلى	MMR الحصبة والكاف والحصبة الألمانية	الحماق الجدري المائي	HepA التهاب الكبد الوبائي أ	HPV فيروس الورم الحليمي البشري	Men- ACWY المكورات السحائية	MenB	الإنفلونزا Flu
عند الولادة (خلال 24 ساعة من الولادة)	✓												
شهرين	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
4 شهور	✓ ¹	✓	✓	✓	✓	✓							
6 شهور	✓	✓	✓ ¹	✓	✓	✓ ¹							✓
12 شهرًا	(من 6 إلى 18 شهرًا)	✓	✓	(من 6 إلى 18 شهرًا)	✓		✓	✓	✓✓				✓
15 شهرًا		✓ ² (من 15 إلى 18 شهرًا)					✓	✓	✓✓				✓
18 شهرًا									✓✓				✓
من 19 إلى 23 شهرًا									✓✓				✓
من 4 إلى 6 سنوات		✓		✓			✓	✓	✓✓				✓
من 7 إلى 10 سنوات													✓
من 11 إلى 12 سنة		✓ (Tdap)									✓		✓
من 13 إلى 15 سنة													✓
من 16 إلى 18 سنة											✓	✓✓	✓

جرعة واحدة كل خريف أو
شتاء لكل الناس من عمر 6
شهور فما فوق. يحتاج بعض
الأطفال الأصغر من 9 سنوات
إلى جرعتين؛ اسأل مقدم
الرعاية الصحية لطفلك عما إذا
كان طفلك يحتاج إلى أكثر من
جرعة واحدة.

يُوصى
بلقاح
الإنفلونزا
لكل
شخص
عمره 6
شهور
فأكثر.

هوامش

- 1 قد لا يحتاج طفلك هذه الجرعة بناءً على الماركة التجارية للقاح الذي يستخدمه مقدم الرعاية الصحية.
- 2 يمكن إعطاء جرعة DTaP هذه في مرحلة مبكرة عند عمر 12 شهرًا إذا مضت 6 شهور على الجرعة السابقة.
- 3 سيحتاج الأطفال الذين عندهم حالات طبية مُعَيَّنة إلى جرعة تالفة.
- 4 يمكن إعطاء هذا اللقاح للمراهقين الأصحاء. يُوصى به أيضًا للمراهقين الذين عندهم حالات صحية مُعَيَّنة.
- 5 قد يحتاج المراهق أيضًا إلى جرعة إضافية بناءً على توصية مقدم الرعاية الصحية.

"When Do Children and Teens Need Vaccinations?"

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org
www.immunize.org/catg.d/p4050-20.pdf • Item #P4050-20 Arabic (5/20)

immunization
action coalition
IAC
immunize.org

اللقاحات للرضع والأطفال، عمر 0-10 أعوام

سيساعد حصول طفلك على اللقاحات في موعدها على حمايته من 15 مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات. اسأل مقدم الرعاية الصحية لطفلك عما إذا كان طفلك قد حصل على كل اللقاحات الموصى بها أم لا.

اللقاح	هل حصل طفلك على آخر لقاح؟
الجدري المائي (الحماق: Var)	يحتاج طفلك لجرعتين من لقاح الجدري المائي. يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر 12-15 شهر والثانية عند عمر 4-6 سنوات.
الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي (الشاهوق: DTaP)	يحتاج طفلك 5 جرعات من لقاح الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي. يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر شهرين. والثانية عند عمر 4 شهور. والثالثة عند عمر 6 شهور. والرابعة عند عمر 15-18 شهر. والخامسة عند عمر 4-6 سنوات.
المستدمية النزلية من النوع ب (Hib)	يحتاج طفلك 3-4 جرعات من لقاح المستدمية النزلية من النوع ب. بناءً على نوع الماركة التجارية للقاح. يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر شهرين. والثانية عند عمر 4 شهور. والثالثة عند عمر 6 شهور (إذا لزم الأمر). والأخيرة عند عمر 12-15 شهر.
التهاب الكبد الوبائي أ (HepA)	يحتاج طفلك لجرعتين من لقاح التهاب الكبد الوبائي أ. يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر عام واحد والثانية بعدها بـ 6-18 شهر.
التهاب الكبد الوبائي ب (HepB)	يحتاج طفلك 3-4 جرعات من لقاح التهاب الكبد الوبائي ب. بناءً على نوع الماركة التجارية للقاح. يتم أخذ الجرعة الأولى عند الولادة. والثانية عند عمر شهر - شهرين. والثالثة عند عمر 4 شهور (إذا لزم الأمر). والأخيرة عند عمر 6-18 شهر.
الإنفلونزا (Flu)	يحتاج كل من يبلغ عمره 6 شهور فما فوق إلى لقاح للإنفلونزا كل خريف أو شتاء وإلى باقي عمره. يحتاج بعض الأطفال الأقل من عمر 9 سنوات جرعتين. اسأل مقدم الرعاية الصحية لطفلك عما إذا كان طفلك يحتاج أكثر من جرعة واحدة.
الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)	يحتاج طفلك لجرعتين من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر 12-15 شهر والثانية عند عمر 4-6 سنوات.
المكورات السحائية MenACWY ([MCV4], MenB)	يحتاج الرضع والأطفال في عمر 0-10 سنوات من عندهم حالات صحية مُعَيَّنة (مثل طحال لا يعمل) إلى أحد أو كلا لقاحي المكورات السحائية. تحدث مع مقدم الرعاية الصحية لمعرفة ما إذا كان يحتاج طفلك للقاح المكورات السحائية.
المكورات الرئوية (بريفنار [لقاح متقارن] [PCV] نيموفاكس [لقاح عديد السكريد PPSV])	يحتاج طفلك 4 جرعات من بريفاكس (PCV). يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر شهرين. والثانية عند عمر 4 شهور. والثالثة عند عمر 6 شهور. والرابعة عند عمر 12-15 شهر. يحتاج بعض الأطفال أيضاً جرعة نيموفاكس (PPSV). اسأل مقدم الرعاية الصحية لطفلك عما إذا كان طفلك يحتاج هذه الحماية الإضافية من مرض المكورات الرئوية.
شلل الأطفال (IPV)	يحتاج طفلك 4 جرعات من لقاح شلل الأطفال (IPV). يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر شهرين. والثانية عند عمر 4 شهور. والثالثة عند عمر 6-18 شهر. والرابعة عند عمر 4-6 سنوات.
الفيروسات العنقودية (RV)	يحتاج طفلك 2-3 جرعات من لقاح الفيروسات العنقودية (RV). بناءً على نوع الماركة التجارية للقاح. يتم أخذ الجرعة الأولى عند عمر شهرين. والثانية عند عمر 4 شهور. والثالثة (إذا لزم الأمر) عند عمر 6 شهور.

هل سيسافر طفلك خارج الولايات المتحدة؟ قم بزيارة الموقع الإلكتروني لمراكز مكافحة الأمراض واتقائها
(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) على
www.cdc.gov/travel/destinations/list للحصول على معلومات السفر أو استشر عيادة سفر.

"Vaccinations for Infants and Children, Age 0-10 Years"

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4019-20.pdf • Item #P4019-20 Arabic (5/20)

immunization
action coalition
IAC
immunize.org

مطاعيم الأطفال

دليل الوالدين

هذه هي المطاعيم التي يحتاجها طفلك

عند الولادة	التهاب الكبد الوبائي ب
شهران	التهاب الكبد الوبائي ب + DTaP + PCV13 + السحايا + شلل الأطفال + روتا 1-2 أشهر ¹
4 أشهر	التهاب الكبد الوبائي ب ² + DTaP + PCV13 + السحايا + شلل الأطفال + روتا
6 أشهر	التهاب الكبد الوبائي ب + DTaP + PCV13 + السحايا ³ + شلل الأطفال + روتا ⁴ + إنفلونزا ⁵ 6-18 أشهر ¹
12 شهر أو أكبر	MMR + DTaP + PCV13 + السحايا + جدري الماء + التهاب الكبد الوبائي أ ⁶ + إنفلونزا ⁵ 12-15 أشهر ¹ 15-18 أشهر ¹ 15-12 أشهر ¹ 15-12 أشهر ¹ 12-23 أشهر ¹

إنصلي بطبيبك أو الممرضة للتأكد أن طفلك يأخذ المطاعيم التي يحتاج إليها في مواعيدها حسب الجدول. في كثير من الأحيان يتم جمع عدة مطاعيم في حقنة واحدة لتقليل عدد الحقن. يجب أن تطلب بطاقة سجل مسجل عليها تواريخ مطاعيم طفلك. واحضر معك هذه البطاقة في كل زيارة للطبيب.

وهنا قائمة بالأمراض التي يتم وقاية طفلك منها:

HepB التهاب الكبد الوبائي ب: اليرقان ب. مرض خطير يصيب الكبد	Polio شلل الأطفال: مرض خطير يسبب شلل الأطفال.
DTaP : الدفتيريا، والخناق (التيتانوس)، والكزاز (ببرتوسيس).	Rota روتا: التهاب روتافيروس. مرض خطير يسبب الإسهال
والسعال الديكي	Influenza الإنفلونزا: التهاب رئوي خطير
PCV13 : مطعوم المنوماكوكال المركب بقي من التهاب دم. ورنه	MMR التطعيم الثلاثي: الحصبة، أبو كعب والحصبة الألمانية
ودماغ خطير	HepA التهاب الكبد الوبائي أ: اليرقان أ. مرض خطير يصيب الكبد
Hib السحايا: أنفلونزا هيموفيلس نوع ب. وهي التهاب دماغ.	Chickenpox جدري الماء: الحمق ويدعى أيضا الفاريسالا
وحلق ودم خطير	

لاحظت عن القائمة أعلاه:

- هذا هو السن التقريبي الذي يجب أن يعطى به التطعيم.
- قد لا يحتاج طفلك إلى جرعة من تطعيم اليرقان ب في سن 4 أشهر حسب نوع التطعيم الذي اعطى له. تأكد من الطبيب أو الممرضة.
- قد لا يحتاج طفلك إلى جرعة من تطعيم السحايا في سن 6 أشهر حسب نوع التطعيم الذي اعطى له. تأكد من الطبيب أو الممرضة.
- قد لا يحتاج طفلك إلى جرعة من تطعيم الروتا في سن 6 أشهر حسب نوع التطعيم الذي اعطى له. تأكد من الطبيب أو الممرضة.
- على جميع الأطفال البالغين من العمر 6 أشهر فما فوق أخذ تطعيم الإنفلونزا في الخريف أو في الشتاء من كل عام.
- سيحتاج طفلك إلى جرعتين من تطعيم اليرقان أ. تؤخذ الثانية 6 أشهر بعد الجرعة الأولى.

IMMUNIZATION ACTION COALITION St. Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.vaccineinformation.org • www.immunize.org "Immunizations for Babies"

www.immunize.org/catg.d/p4010-20.pdf • Item #P4010-20 (Arabic) (8/20)

الحالة الطبية الطارئة – بداية مفاجئة لحالة طبية تظهر على شكل أعراض حادة ذات خطورة كافية (بما في ذلك الألم الحاد) يمكن فيها لشخص عادي حذر، يتمتع بمعرفة متوسطة بالأمور الطبية والصحية، بشكل معقول توقع أن يؤدي عدم وجود عناية طبية عاجلة إلى وقوع ما يلي:

- خطر شديد على حياة الفرد (أو في حالة المرأة الحامل، صحة المرأة أو جنينها)؛
- تلف خطير في وظائف الجسم؛
- خلل كبير في جزء أو عضو بالجسد.

ضرورة من الناحية الطبية – لكي تكون ضرورة من الناحية الطبية، يتعين أن تلبى الخدمة أو الصنف الطبي جميع المعايير التالية:

- يتعين أن يوصي بها طبيب مرخص يعالج المسجل أو مقدم رعاية صحية مرخص آخر يشارك ضمن نطاق ترخيصه الذي يعالج المسجل؛
- يتعين أن تكون مطلوبة لتشخيص أو علاج الحالة الطبية لأحد المسجلين؛
- يتعين أن تكون آمنة وفعالة؛
- يجب ألا تكون لأغراض تجريبية أو استقصائية؛ و
- يتعين أن تكون مسار التشخيص أو العلاج البديل الأقل تكلفة الكافي للحالة الطبية للمسجل.

عند تطبيقها على رعاية المرضى الداخليين، فإنها تعني أيضًا أن الحالة الطبية للمسجل تقتضي أن الخدمات لا يمكن تقديمها للمسجل كمريض خارجي.



833-731-2153 (TRS 711) | [wellpoint.com/tn/medicaid](https://www.wellpoint.com/tn/medicaid)