

# كتيب الأعضاء

Tennessee

أرقام هاتف مجانية للاتصال بها للحصول على مساعدة	
<p><b>833-731-2153</b> خط الهاتف TTY/TDD: <b>711</b></p>	<p><b>خدمات أعضاء CoverKids</b> الاتصال بخصوص رعايتك الصحية</p>
<p>:English <b>866-864-2544</b> (TRS 711) :Español <b>866-864-2545</b> (TRS 711)</p>	<p>خط المساعدة التمريرية</p>
<p><b>888-291-3766</b></p>	<p><b>DentaQuest</b> الاتصال بخصوص رعاية الأسنان للأطفال دون سن 19 عامًا</p>
<p><b>844-568-2179</b></p>	<p><b>خدمات صيدلية OptumRx</b></p>
<p><b>833-731-2153</b> (TRS 711)</p>	<p>الخط الساخن لحالات الاحتيال الاتصال للإبلاغ عن الاحتيال أو إساءة استخدام CoverKids</p>
<p><b>833-731-2153</b> (TRS 711)</p>	<p>صحة السكان</p>
<p><b>855-259-0701</b></p>	<p><b>TennCare Connect</b> الاتصال بخصوص أسئلة عن الأهلية</p>
<p><b>833-731-2153</b> (TRS 711)</p>	<p>الموارد المجتمعية اطلب المساعدة عبر الاتصال ببنوك الطعام وخدمات الإسكان واحتياجات الحياة الأخرى.</p>



# وخطتك الصحية، CoverKids<sup>SM</sup>

## Wellpoint

### كتيب الأعضاء

### 2023

¿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.

#### مهم:

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 مجاناً على الرقم **855-259-0701**.

هل تحتاج إلى مساعدة مجانية بشأن 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 أيضًا بسبل المساعدة الأخرى المتاحة.

**Spanish: Español**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 833-731-2153 (TRS:711).

**Kurdish: كوردی**

ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریهکانی یارمەتی زمان، بەخۆراپی، بۆ تۆ بەر دەستە. پەیوەندی بە 833-731-2153 (TRS:711) بکە.

**Arabic: العربية**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم 833-731-2153 (TRS:711).

**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: አማርኛ**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 833-731-2153 (መስማት ለተሳናቸው: TRS:711) .

**Gujarati: ગુજરાતી**

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક 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 (टिटिवाइ: 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 (TRS:711) تماس بگیرید.

- 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 المزيد من الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية؟

اتصل بنا مجاناً على الرقم (TRS 711) 833-731-2153. يمكننا توصيلك بالمساعدة أو الخدمة المجانية التي تحتاج إليها. (لخدمة TRS اتصل على الرقم 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 لونه أو مكان ولادتك أو لغتك أو عمرك أو إعاقتك أو دينك أو جنسك؟ يمكنك تقديم شكوى عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الهاتف. وإليك أماكن ثلاثة يمكنك إرسال الشكوى إليها:

<p>U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Ave. SW, Rm 509F, HHH Building Washington, DC 20201</p> <p>رقم الهاتف: 800-368-1019 TDD: 800-537-7697 يمكنك التقدّم بشكوى عبر الإنترنت على: <a href="http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">ocrportal.hhs.gov/ ocr/portal/lobby.jsf</a></p>	<p>Wellpoint Nondiscrimination Coordinator 22 Century Blvd., Suite 220 Nashville, TN 37214</p> <p>عنوان البريد الإلكتروني: tn.nondiscrimination@ wellpoint.com</p> <p>رقم الهاتف: 833-731-2153 (TRS 711) الفاكس: 866-796-4532</p>	<p>TennCare Office of Civil Rights Compliance 310 Great Circle Road, 3W Nashville, TN 37243</p> <p>عنوان البريد الإلكتروني: HCFA.Fairtreatment@tn.gov رقم الهاتف: 855-857-1673 (TRS 711)</p> <p>يمكنك الحصول على نموذج الشكاوى عبر الإنترنت على: <a href="http://tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintform.pdf">tn.gov/content/dam/tn/tenncare/ documents/complaintform.pdf</a></p>
--	---	--

## 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
<b>4.....</b>	<b>الجزء 1: استخدام خطة CoverKids الخاصة بك</b>
6.....	شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بـ CoverKids
7.....	زيارات الأطباء
9.....	تغيير PCP الخاص بك
9.....	الرعاية الصحية السلوكية (خدمات الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات)
10.....	مقدمو الخدمات الاختصاصيون
11.....	الرعاية الطبية داخل المستشفى
11.....	حالات طوارئ الصحة الجسدية
13.....	الحالات الطارئة المتعلقة بالصحة النفسية
15.....	الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل
<b>16.....</b>	<b>الجزء 2: الخدمات التي يدفع CoverKids مقابلها</b>
17.....	باقات المزايا
18.....	الرعاية الخاضعة للحدود
20.....	خدمات CoverKids الأخرى
22.....	الرعاية الوقائية – الرعاية التي تحافظ عليك بصحة جيدة
23.....	الحمل
24.....	بعد ولادة طفلك
25.....	الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحية لطفلك والمراهق
27.....	رعاية الأسنان للأطفال (للأسنان)
27.....	رعاية الإبصار للأطفال (للعيون)
28.....	الخدمات غير المغطاة
<b>30.....</b>	<b>الجزء 3: CoverKids كيف يفيدك برنامج</b>
31.....	ما تدفعه لرعايتك الصحية – مدفوعات المشاركة في السداد
<b>38.....</b>	<b>الجزء 4: المساعدة على حل المشكلات المتعلقة ببرنامج CoverKids الخاص بك</b>
39.....	أنواع المشكلات وما يمكنك فعله
39.....	هل أنت في حاجة إلى بطاقة CoverKids جديدة؟
39.....	هل تحتاج إلى البحث عن طبيب أو تغيير طبيبك؟

39 هل تحتاج إلى تقديم شكوى بخصوص رعايتك؟

40 هل تحتاج إلى تغيير خطتك الصحية؟

43 هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على أدويةك الموصوفة طبيًا؟

44 هل تحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك؟

44 هل يتم إرسال فواتير لك؟ هل تعين عليك الدفع؟

**الجزء 5: المساعدة على حل المشكلات المتعلقة ببرنامج CoverKids الخاص بك**

48 نوعان من الالتماسات: الفرق بين التماس الأهلية والتماس الخدمة الطبية.

50 كيفية تقديم التماس الأهلية.

52 كيفية تقديم التماس على مشكلات الرعاية الصحية.

**الجزء 6: حقوقك ومسؤولياتك**

57 حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في CoverKids.

59 حقك في تقديم التماس.

61 حقك في الخصوصية.

64 مسؤولية CoverKids تجاهك.

66 مسؤوليتك للإبلاغ عن الاحتيال وإساءة المعاملة.

**الجزء 7: أوراق الرعاية الصحية التي قد تحتاجها**

77 التوجيهات المسبقة (TTY، اتصل بالرقم: 800-848-0298).

**الجزء 8: معلومات إضافية**

84 جدول تحصينات CoverKids.

90 التعريفات القانونية.

## مرحبًا بك في CoverKids وخطتك الصحية، Wellpoint

هذا هو كتيب أعضاء CoverKids الخاص بك. يطلعك هذا الكتيب 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 المعلومات حول برنامج CoverKids الخاص بك؟

لأن ذلك يساعدك على معرفة نوع مزايا الرعاية الصحية التي يغطيها CoverKids. ويساعدك ذلك أيضًا على معرفة ما إذا كان يجب أن تدفع مدفوعات المشاركة في السداد لمزايا CoverKids. سيجب عليك بالمزيد عن مزايا CoverKids الخاصة بك ومدفوعات المشاركة في السداد في موضع لاحق من هذا الكتيب.

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

**مهم:** ينص قانون الولاية أنه يجب أن تخبر CoverKids بأي 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 يحتاجه 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 وقت تغير فيه سكنك، يتعين عليك إخبار CoverKids عن عنوانك 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 855-259-0701 لإخبارهم بعنوانك الجديد، أو يمكنك إجراء تغييرات عبر الإنترنت عن طريق إنشاء حساب TennCare Connect مجاني على [tenncareconnect.tn.gov](http://tenncareconnect.tn.gov).

## خطة CoverKids الصحية الخاصة بك

Wellpoint هي خطة CoverKids الصحية الخاصة بك والتي تساعدك في الحصول على رعاية صحية جسدية أو سلوكية (خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات والكحول). للأسئلة بخصوص الحصول على الرعاية الصحية الجسدية أو السلوكية، اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153. وهذه المكالمات مجانية.

هل لديك أسئلة حول صحتك؟ هل أنت بحاجة لمعرفة نوع الطبيب الذي يجب عليك زيارته؟ اتصل على خط المساعدة التمريضية على الرقم (TRS 711) 866-864-8544. وهذه المكالمات مجانية.

## الخطة الصحية للصيدليات الخاصة بك

أنت لديك تغطية وصفات طبية عبر برنامج CoverKids. تسمى خطة الخدمات الصيدلانية من CoverKids بـ **OptumRx**. سوف تتلقى بطاقة منفصلة خاصة بالصيدلية. إذا كنت بحاجة إلى صرف 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

**Find a Network Pharmacy Tool** على الموقع [optumrx.com/oe\\_coverkids/landing](https://www.optumrx.com/oe_coverkids/landing). أدخل

المعلومات المطلوبة للبحث عن صيدليات 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 الطبية 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 [dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/](https://www.dentaquest.com/state-plans/regions/tennessee/). وبعد ذلك انقر على العثور على طبيب أسنان (Find a Dentist) على الرقم **888-291-3766**.

**ملحوظة:** CoverKids لا يغطي 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:

	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)	

فيما يلي بعض المعلومات التي تتضمنها بطاقتك:

- اسم العضو هو اسم الشخص الذي يمكنه استخدام هذه البطاقة.
- رقم ID هو الرقم الذي يخبرنا بهويتك.
- رقم المجموعة هو الرقم الذي يخبرنا بأنك عضو CoverKids.
- شبكة مقدمي الخدمات هي خيار الأطباء، والمستشفيات، ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يقبلون بطاقة CoverKids الخاصة بك.
- مدفوعات المشاركة في السداد هي ما تدفعه مقابل كل خدمة رعاية صحية. لا يدفع الجميع مدفوعات 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 سرقتها، أو إذا كانت تحتوي على معلومات خاطئة، فاتصل بنا على الرقم (833-731-2153 (TRS 711) للحصول على بطاقة جديدة. وهذه المكالمات مجانية.

إن كانت لديك أسئلة بشأن CoverKids، فيمكنك فعل التالي:

الاتصال بنا  
833-731-2153  
(TRS 711)



المراسلة كتابيًا:

CoverKids Member Services  
Wellpoint



P.O. Box 62509

Virginia Beach, VA 23466-2509

## شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بـ CoverKids

### داخل الشبكة

يُطلق على الأطباء وغيرهم من الأشخاص والأماكن الذين يعملون مع CoverKids مسمى شبكة مقدمي الخدمات. وكل مقدمي الرعاية هؤلاء مدرجون ضمن دليل مقدمي الخدمات (Provider Directory). يمكنك إيجاد دليل مقدمي الخدمات عبر الإنترنت على [wellpoint.com/tn/medicaid](http://wellpoint.com/tn/medicaid). أو اتصل بنا على (TRS 711) 833-731-2153 للحصول على القائمة. 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 (TRS 711) 833-731-2153 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 (أدبية) أو دينية. اتصل بنا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153. يمكننا مساعدتك على العثور على طبيب يمكنه تقديم الرعاية أو العلاج اللذين تحتاجهما.

للعثور على أطباء يجيدون لغات أخرى، يمكنك التحقق من دليل مقدمي الخدمات (Provider Directory) لدى CoverKids على الرابط [wellpoint.com/tn/medicaid](http://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 طارئاً، يتعين عليك الحصول على موافقة أولاً. يخبرك القسمان الاختصاصيون 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 مجاناً 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 أيضاً الاطلاع على دليل مقدمي الخدمات (Provider Directory) لدينا للبحث عن أطباء يتحدثون لغات أخرى من خلال [wellpoint.com/tn/medicaid](https://www.wellpoint.com/tn/medicaid).

يمكنك أيضاً 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 الأطباء

### مقدم الرعاية الأولية - الشخص الرئيسي الذي تذهب إليه للحصول على رعايتك

يمكنك الحصول على شخص أساسي واحد لرعايتك الصحية. وقد يكون طبيباً أو ممرضة ممارسة أو مساعد طبيب. يسمى هذا الشخص مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك.

أحياناً يكون اسم PCP مدرجاً 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 مقدمي الرعاية الأولية الآخرين في شبكتنا. ماذا لو كنت تريد تغيير PCP؟

## تخبرك الصفحة التالية بكيفية القيام بذلك.

معظم أفراد 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 عليه. 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 قبل PCP الخاص بك.

### قبل أن تذهب إلى موعدك الأول لدى PCP:

1. اطلب من طبيبك السابق إرسال سجلاتك الطبية إلى PCP الخاص بك. وهو إجراء 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. أخبره أنك أحد أعضاء CoverKids وأعطه رقم ID معرف CoverKids الخاص بك.
5. دوّن تاريخ وقت موعدك. إذا كنت مريضًا جديدًا، فقد يطلب منك مقدم الخدمات الحضور مبكرًا. دوّن الوقت الذي طلب منك الحضور خلاله.
6. قم بإعداد قائمة بالأسئلة التي تود طرحها على PCP. أدرج أي مشكلات 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 المحدد خلال زيارتك. إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك، فاتصل بـ PCP للحصول على موعد جديد.
3. اصطحب معك بطاقة ID تعريف هويتك في CoverKids. فقد يقوم PCP بعمل نسخة منها. إذا كان لديك أي تأمين آخر، فخذ بطاقة ID الهوية هذه معك أيضًا.
4. ادفع مدفوعات المشاركة في السداد إن كانت عليك دفعة. يمكنك معرفة المزيد عن مدفوعات المشاركة في السداد في الجزء 3 من هذا الكتيب.

سيقدم لك PCP معظم رعايتك الصحية. يمكن لـ PCP اكتشاف المشكلات الصحية وعلاجها مبكرًا. وستكون لديه سجلاتك الطبية. يستطيع PCP الخاص بك رؤية صورة الرعاية الصحية الخاصة بك بالكامل. يتابع PCP الخاص بك كل ما تتلقى من رعاية.

## تغيير طبيب الرعاية الأولية الخاص بك

هناك أسباب كثيرة تجعلك بحاجة لتغيير PCP. ربما تريد زيارة PCP عيادته تكون 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. ابحث عن PCP جديد ضمن شبكة CoverKids. وللبحث عن PCP جديد، يمكنك النظر في دليل مقدمي الخدمات لدينا. أو يمكنك الانتقال عبر الإنترنت إلى [wellpoint.com/tn/medicaid](http://wellpoint.com/tn/medicaid)، أو الاتصال

برقم (TRS 711) 833-731-2153.

2. ثم اتصل بـ PCP الجديد للتأكد من وجوده ضمن شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بـ CoverKid. تأكد من السؤال حول ما إذا كان يقبل مرضى جديدًا.

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

### هل ابنك المراهق جاهز للتعامل مع مقدم رعاية صحية للبالغين؟

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

## الرعاية الصحية السلوكية (خدمات الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات)

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 إجراء 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 ID 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 أديتك وقائمة بما لديك من أسئلة معك حتى يعلم مقدم الخدمات الخاص بك كيف سيساعدك.
2. **كن في الموعد المحدد** خلال زيارتك. إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك، فاتصل بمقدم الخدمات للحصول على موعد جديد.
3. **اصطحب معك بطاقة ID تعريف هويتك في CoverKids.** فقد يقوم مقدم الخدمات بعمل نسخة منها.
4. **ادفع مدفوعات المشاركة في السداد إن كانت عليك دفعة.** يمكنك معرفة المزيد عن مدفوعات المشاركة في السداد في الجزء 3 من هذا الكتيب.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على خدمات الصحة النفسية 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 المكالمات مجانية.

## مقدمو الخدمات الاختصاصيون

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

قد يرسلك PCP إلى اختصاصي لتلقي الرعاية. إن لم يكن الاختصاصي في شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بنا، فيجب أن يحصل مقدم الرعاية الخاص بك على موافقتنا أولاً. إن كانت عليك مدفوعات المشاركة في السداد، فستكون حصتك 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 اختصاصي أمراض النساء والتوليد (OB/GYN).

ويتعين أن يكون اختصاصي صحة المرأة لا يزال موجوداً 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 اختصاصي أو مقدم خدمات الصحة السلوكية للحصول على خدمات الصحة النفسية أو تعاطي الكحول أو المواد المخدرة.

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

## الرعاية الطبية داخل 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 دائماً 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 على الفور. انظر الجزء 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل للحالة الطارئة.

لا يُعد ما يلي حالات طارئة في المعتاد:	قد تكون الطوارئ أمورًا مثل هذه:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب الحلق</li> <li>• البرد أو الإنفلونزا</li> <li>• ألم في أسفل الظهر</li> <li>• ألم الأذن</li> <li>• ألم المعدة</li> <li>• حالات قطع بسيطة وليست عميقة</li> <li>• الكدمة</li> <li>• التهاب المفاصل</li> <li>• الصداع، ما لم يكن شديد السوء ولا يشبه أي صداع أصبت به من قبل.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ضيق في التنفس، عدم القدرة على التحدث</li> <li>• قطع شديد أو كسر بالعظام أو حرق</li> <li>• نزيف لا يمكن إيقافه</li> <li>• ألم قوي في الصدر لا يزول</li> <li>• ألم قوي في المعدة لا يتوقف</li> <li>• نوبات تتسبب في إغماء الشخص</li> <li>• عدم القدرة على تحريك الساقين أو الذراعين</li> <li>• شخص لا يكون واعياً</li> <li>• جرعة زائدة من المخدرات</li> </ul>

إذا كنت تعتقد أنك تعاني من حالة طارئة، فإذهب إلى غرفة الطوارئ بأقرب مستشفى (ER). في حالة الطوارئ، يمكنك الذهاب إلى مستشفى ليست ضمن شبكة مقدمي الخدمات. إذا لم تتمكن من الوصول إلى غرفة الطوارئ، 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، فليست 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 الاختصاصي الخاص بك. يحتاج PCP لمعرفة الحالة الطارئة التي عانيت منها لمساعدتك في رعاية المتابعة بعد ذلك. حاول أن تتصل بـ PCP أو الاختصاصي الخاص بك خلال 24 ساعة من تلقي الرعاية الطارئة.

## الحالات الطارئة المتعلقة بالصحة النفسية

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

إذا كنت تعاني من حالة طارئة متعلقة بتعاطي المخدرات أو متعلقة بخدمات الصحة النفسية، فإذهب إلى أقرب مركز لأزمات الصحة النفسية بدون حجز أو أقرب غرفة ER فوراً. ماذا لو لم تكن تعلم مكان وجود أقرب مركز لأزمات الصحة النفسية بدون حجز؟ اتصل بخدمات أزمات الصحة النفسية على الرقم: 1-CRISIS-855 (أو 855-274-7471) على الفور.

وتتوفر هذه المكالمات مجاناً.

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 النفسية أو 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 على الفور. انظر الجزء 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل للحالة الطارئة.

قد تكون الطوارئ أموراً مثل هذه:	هذه الحالات عادة ليست طوارئ:
<ul style="list-style-type: none"><li>التخطيط لإيذاء نفسك</li><li>التفكير في إيذاء شخص آخر</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>الحاجة إلى إعادة صرف الوصفة الطبية</li><li>طلب الحصول على مساعدة لتحديد موعد</li></ul>

إذا كنت تعاني من هذا النوع من الحالات الطارئة:

- اذهب إلى أقرب مركز لأزمات الصحة النفسية بدون حجز أو أقرب غرفة ER فوراً
- اتصل برقم 911 أو
- اتصل بخدمات أزمات الصحة النفسية للبالغين على الرقم 1-CRISIS-855 (أو 855-274-7471).
- وتتوفر هذه المكالمات مجاناً.

## الأطفال أقل من 18 عامًا

إذا كان عمرك أقل من 18 عامًا أو كان طفلك أقل من 18 عامًا ولديه حالة طوارئ تتعلق بالصحة السلوكية (الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات):

- اذهب إلى أقرب ER أو
- اتصل برقم 911 أو

اتصل بخط الأزمات على مستوى الولاية أو رقم الهاتف الإقليمي في منطقتك. سيتم توجيه مكالمتك إلى اختصاصي أزمات للحصول على المساعدة. خط الأزمات على مستوى الولاية المتاح على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام في الأسبوع: (855-CRISIS-1) 855-274-7471

للوصول إلى وكالة مباشرة:

## Youth Villages

(866) 791-9221 (شمال وسط TN)

(866) 791-9222 (جنوب وسط TN)

(866) 791-9227 (الغرب الريفي لـ TN)

(866) 791-9226 (منطقة Memphis)

(866) 791-9224 (المنطقة الشرقية)

(866) 791-9225 (منطقة جنوب شرق)

## Mental Health Cooperative

(615) 726-0125 (Davidson County)

## Frontier Health

(877) 928-9062 (الشرق الأعلى لـ 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 عامًا. إذا ذهبت إلى ER، فيمكن لشخص من واحدة من هذه الوكالات في منطقتك الحضور للمساعدة في تقييم حاجة طفلك للرعاية.

إذا كنت تعاني من مشكلات في الوصول إلى غرفة طوارئ في الرقم المدرج لمنطقتك، فاتصل برقم **833-731-2153 (TRS 711)**. فسندم لك المساعدة. يمكنك أيضًا الاتصال برقم 911. وتتوفر هذه المكالمات مجانًا.

احتفظ دائمًا ببطاقة CoverKids الخاصة بك معك. وفي الحالات الطارئة، سيُعرف 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 المقدمة كما لو كنت في المنزل. في حالة الطوارئ، يمكنك الذهاب إلى مستشفى من خارج الشبكة. اذهب إلى أقرب غرفة ER أو اتصل برقم 911. يرجى ملاحظة أن الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل هي ميزة غير خاضعة للتغطية إذا كنت خارج الدولة. إذا تعرضت لحالة طارئة متعلقة بالصحة النفسية، أو تعاطي الكحوليات، أو تعاطي المخدرات، يمكنك الاتصال بخدمات أزمات الصحة النفسية مجانًا على الرقم: **855-CRISIS-1** أو **(855-274-7471)**. لا يزال يجب عليك أن تتصل بمقدم الرعاية الخاص بك وCoverKids خلال 24 ساعة من تلقيك الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل.

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

عند العودة إلى المنزل، اتصل بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** وأخبرنا أنه كان عليك سداد مقابل رعايتك الصحية أو أن لديك فاتورة للرعاية. سنعمل معك ومع مقدم الخدمات على تقديم مطالبة لرعايتك.

## الجزء 2:

# الخدمات التي يدفع CoverKids مقابلها

يمكنك العثور على قائمة بخدمات CoverKids في الصفحات التالية. توجد حدود مفروضة على بعض الخدمات. 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 المقصود بالرعاية الصحية السلوكية أو الجسدية 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 الخاضعة للحدود" بدءًا من صفحة 16.

الخدمات المشمولة/غير المشمولة بالتغطية	خدمات CoverKids
مغطة غير مشمولة بالتغطية للسيدات الحوامل في سن 19 عامًا أو أكثر	خدمات تقويم العمود الفقري
مغطة	خدمات العيادة وغيرها من خدمات الرعاية الصحية المتنقلة
مشمولة بالتغطية في حدود غير مشمولة بالتغطية للسيدات الحوامل في سن 19 عامًا أو أكثر	خدمات الأسنان
مغطة	المستلزمات الطبية التي تُستخدم لمرة واحدة
مغطة بحدود	المعدات الطبية المعمرة (DME)
مغطة	الإسعاف الجوي والأرضي في حالة الطوارئ
مغطة	الرعاية في حالات الطوارئ
مغطة بحدود	خدمات الرعاية الصحية المنزلية
مغطة	رعاية المحتضرين
مغطة	خدمات المستشفى للمرضى الداخليين، بما في ذلك خدمات مستشفى إعادة التأهيل

الخدمات المشمولة/غير المشمولة بالتغطية	خدمات CoverKids
مغطة	خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات للمرضى الداخليين
مغطة	الخدمات المختبرية والأشعة السينية
مغطة بحدود	خدمات العلاج المهني
مغطة	خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين
مغطة	خدمات المرضى الخارجيين
مغطة بحدود	خدمات العلاج الطبيعي
مغطة	خدمات الأطباء
مغطة	المستلزمات والخدمات العائلية للرعاية لمرحلة ما قبل الولادة والحمل
مغطة	الأدوية الموصوفة طبياً
مغطة	التقييمات الصحية الروتينية والتحصينات
مغطة بحدود	خدمات مرافق الرعاية التمريضية الماهرة
مغطة بحدود	خدمات علاج التخاطب
مغطة	الخدمات الجراحية
مغطة بحدود	خدمات النظر
غير مشمولة بالتغطية للسيدات الحوامل في سن 19 عامًا أو أكثر	

## الرعاية الخاضعة للحدود

تُعطى المزايا حسب الضرورة الطبية. ولكن بعض مزايا CoverKids تخضع للحدود. الأنواع التالية من الرعاية تخضع للحدود:

1. المعدات الطبية المعمرة
2. خدمات الرعاية الصحية المنزلية
3. العلاج الوظيفي
4. العلاج الطبيعي
5. منشأة الرعاية التمريضية الماهرة
6. علاج التخاطب
7. خدمات النظر

## 1. 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 تصريح مسبق (موافقة).

يوجد قيد على المبلغ الذي سيدفعه برنامج CoverKids مقابل DME. يطلق عليه الحد الأقصى المسموح به للتكلفة، وهي تكلفة شراء المعدات الطبية المعمرة. يعتمد الحد على نوع المعدات الطبية المعمرة التي تحتاج إليها. ماذا يحدث إذا أُجرت 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 1 لكل أذن كل سنة تقويمية حتى سن 5 سنوات، ثم سماعة واحدة 1 لكل أذن كل عامين 2 بعد ذلك.

## 2. خدمات الرعاية الصحية المنزلية

هناك نوعان 2 للرعاية الصحية المنزلية: التمريض الصحي المنزلي ورعاية المساعد الصحي المنزلي. يمكن أن تكون الخدمات بدوام جزئي أو متقطعة خلال فترة زمنية معينة. وحدها الخدمات التمريضية الصحية المنزلية مفروض عليها قيود. تقتصر هذه الخدمات على 125 زيارة في العام التقويمي للرعاية التي قدمتها ممرضة مسجلة أو التي أشرفت عليها.

## 3. العلاج الوظيفي

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

## 4. العلاج الطبيعي

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

## 5. منشأة الرعاية التمريضية الماهرة

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.

## 6. علاج التخاطب

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

## 7. خدمات النظر

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 العدسات ثنائية البؤرة، ثلاثية البؤرة، إلى آخره) لكل عام تقويمي، وإطار نظارة واحد كل عامين 2 تقويميين.

للنساء الحوامل في سن 19 عامًا فأكثر، 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 **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على المساعدة.

## خدمات CoverKids الأخرى

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

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

يمكن العثور على المزيد حول هذه الخدمات أدناه.

## صحة السكان

تزوّدك خدمات صحة السكان بمعلومات حول كيفية البقاء بصحة جيدة. إذا كنت تعاني من مرض مستمر أو سلوك غير صحي، فإن خدمات صحة السكان 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 شريكًا 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

تُقدّم خدمات صحة السكان سواء كنت بصحة جيدة أو تعاني من مشكلة صحية مستمرة أو من نوبة مرضية صحية شديدة. تتوفر خدمات صحة السكان لك حسب المخاطر الصحية لديك وحاجتك للحصول على الخدمة.

يمكن لـ صحة السكان 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
- كنت في حاجة إلى رعاية صحية قبل الخضوع لزرع الأعضاء أو
- تُعالج لدى الكثير من الأطباء المختلفين لمشكلات صحية مختلفة أو
- تعاني من مرض مستمر لا تعرف كيف تتعامل معه.
- كنت في حاجة لمساعدة للعثور على مصادر وتصميم خطة الرعاية لمساعدة طفلك فيما يتعلق باحتياجات إعاقته أو احتياجات صحته السلوكية بما في ذلك المرض النفسي الحاد والمستمر (SPMI)
- كنت في حاجة للمساعدة فيما يتعلق بالموارد لإعانتك في أحوالك المادية والاجتماعية.

لمعرفة ما إذا كان بإمكانك الحصول على مدير رعاية أو إذا أردت المشاركة في خدمات صحة السكان ، 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 صحة عقلية أو في السجن.
- إكمال نموذج تبدي من خلاله موافقتك. وتُعرف باسم نموذج الموافقة على التعقيم. يمكنك الاتصال بنا على الرقم **833-731-2153 (TRS 711)** للحصول على هذا النموذج.

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

لا يمكن تغطية **الإجهاض** إلا في حالات محدودة، مثل إذا كان لديك مرض جسدي يمكن أن يؤدي إلى وفاة المرأة دون إجهاض.

يتعين على طبيبك إكمال نموذج يُعرف 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 مشكلات طبية أخرى. بعد استئصال الرحم، لن تتمكني من إنجاب أطفال. ولكن CoverKids لن يدفع مقابل هذا العلاج إذا كنت ستخضعين له لمجرد عدم رغبتك في الإنجاب. يدفع CoverKids مقابل هذا العلاج **فقط إذا كان لسبب مغطى وضروري طبيًا**.

يتعين إخبارك شفهيًا وخطيًا أن إجراء استئصال الرحم يعني أنك لن تكوني قادرة على إنجاب أطفال. ينبغي عليك توقيع نموذج يُسمى 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 المشكلات الصحية مبكرًا مما يتيح إمكانية علاجها.

**ملحوظة:** لن يكون عليك دفع مدفوعات المشاركة في السداد من أجل الرعاية الوقائية.

تتضمن بعض خدمات الرعاية الوقائية:

- فحوصات الأطفال
- الرعاية للنساء اللاتي ينتظرن مولودًا
- رعاية المواليد الأصحاء
- حقن التطعيمات 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 مدفوعات المشاركة في السداد عندما تكونين حاملاً.

يمكنك تلقي ذلك النوع من الرعاية من PCP الخاص بك و/أو من اختصاصي يسمى اختصاصي طب النساء والتوليد. يعرف هذا النوع من الاختصاصيين أحياناً باسم **طبيب التوليد/أمراض النساء (OB/GYN)**.

لا يتعين عليك زيارة PCP أولاً للذهاب إلى طبيب OB/GYN. ولكن يتعين أن يكون طبيب OB/GYN لا يزال موجوداً في دليل مقدمي الخدمات لدينا حتى يدفع CoverKids مقابل الخدمات.

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

أذهبي إلى جميع زيارات طبيب OB/GYN، حتى لو شعرتِ بأنك بحالة جيدة. وسيخبرك طبيبك بعدد مرات إجراء الفحوصات في أثناء حملك. بعد زيارتك الأولى، قد تزورين طبيبك كل **4 أسابيع**. وبعد ذلك، بعد 7 أشهر، قد تزورين طبيبك كل أسبوعين **2** أو **3 أسابيع**. وعندما يقترب موعد ولادة طفلك، فقد تزورين طبيبك كل أسبوع.

نفذي ما يطلبه طبيبك منكِ للحصول على رعاية لكِ ولمولودكِ. وتذكري تناول الفيتامينات التي يخبرك طبيبك بها. **لا تدخني** أو تشربي الكحول في أثناء حملك.

إذا وصف لك الطبيب دواءً في أثناء حملك، فليست مضطرة إلى المشاركة في سداد تكاليف ذلك 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. ينبغي التأكد 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 مشكلات، فقد يرغب طبيبك في متابعتك أكثر. كل من صحتك النفسية والجسدية مهمة. ينبغي التحدث إلى طبيبك حال الشعور بالحزن أو البكاء كثيرًا دون معرفة 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.

يحتاج طفلك إلى المتابعة مع طبيب (PCP) بعد أسابيع قليلة من الولادة. سيغطي TennCare طفلك عند ولادته. لا تنسى أن تخبرينا بأن 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 مستندات للحصول على رقم الضمان الاجتماعي لطفلك. يجب إكمال هذه الأوراق وإرسالها بالبريد إلى مكتب الضمان الاجتماعي.

أخبري **CoverKids** بشأن مولودك في أقرب وقت ممكن. ينبغي الاتصال بـ TennCare Connect على الرقم **855-259-0701**.

أخبريهم بأنك قمت بإكمال الأوراق الخاصة بحصول طفلك على رقم الضمان الاجتماعي.

• وعندما تحصلين على بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بمولودك عن طريق البريد، تأكدي من إخبارنا. إذا كان مولودك لديه خطة TennCare أو CoverKids، فاتصلي بالرقم **855-259-0701**. وامنحهم رقم الضمان الاجتماعي لطفلك.

من المهم فعل هذه الأشياء بمجرد ولادة طفلك.

## الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحية لطفلك والمراهق

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 المشكلات وعلاجها مبكرًا.

في CoverKids، فحوصات الأطفال مجانية.

يدفع برنامج CoverKids كذلك مقابل الرعاية الضرورية طبياً والأدوية لعلاج المشكلات التي تُكتشف عند الفحص. وهذا يشمل الطب والأسنان والكلام والسمع والرؤية والسلوك (مشكلات الصحة النفسية 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 مُدرّس طفلك، قلقًا بشأن صحة طفلك، فيمكنك الحصول على فحوص لطفلك.

قد تشمل الفحوصات:

- التاريخ الصحي
- الفحص الجسدي الكامل
- الفحوصات المختبرية (حسب الحاجة)
- التحصينات (حقن التطعيمات)
- فحص الإبصار/السمع
- الفحص المتعلق بالنمو/السلوكي (حسب الحاجة)
- مشورة حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك

إذا وجد PCP لطفلك (طبيب الأطفال) مشكلة معيّنة، فإن CoverKids يمنح طفلك أيضًا العلاج الطبي وعلاج الأسنان والتخاطب والسمع والإبصار والسلوكي (الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات) 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 1
- شهرين 2
- 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 (HIB)
- الإنفلونزا
- التهاب الكبد A و B
- جدري الماء (الخماق)
- المكورات الرئوية
- الفيروس العجلي
- فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)
- التهاب السحايا

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

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

## رعاية الأسنان للأطفال (للأسنان)

إذا كنت طفلاً يقل عمرك عن 19 عامًا، فإن لديك خطة أسنان أيضًا لأسنانك تُعرف باسم **DentaQuest**. رقم هاتفها هو **888-291-3766**. يمكنك الاتصال بخطة DentaQuest للبحث عن طبيب أسنان. أو إذا كانت لديك أسئلة حول العناية بأسنان طفلك، فيمكنك الاتصال بالخطة. وهذه المكالمات مجانية.

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 بدلاً من عدسات النظارات.

الأطفال غير مضطربين لمقابلة PCP الخاص بهم قبل أن يقابلوا طبيب العيون التابع لـ CoverKids. ولكن يجب أن يكون طبيب العيون موجودًا في دليل مقدمي الخدمات 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 القائمة الكاملة.

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 البحثية.
3. الجراحة من أجل تحسين المظهر.
4. أي علاج طبي أو متعلق بالصحة السلوكية (الصحة النفسية أو اضطراب استخدام المواد المخدرة) إذا كنت في السجن الفيدرالي أو الخاص بالولاية أو المحلي.
5. الخدمات التي تلقيتها قبل حصولك على CoverKids أو بعد انتهاء اشتراكك في CoverKids.
6. البنود المتوفرة للنظافة الشخصية أو الرفاهية أو الراحة.
7. رعاية الحضانة أو خدمات الجلساء
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 أسرتك.
13. خدمات القابلة خارج منشأة الرعاية الصحية المرخصة.
14. تكاليف زائدة عن الحد الأقصى المسموح به للتكلفة.
15. خدمات أو مستلزمات 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. لا ينبغي لمقدمي الرعاية التابعين للشبكة محاسبتك على المواعيد الفائتة ولا يتم تغطية رسوم المواعيد الفائتة.

19. أي تكاليف لرسوم المناولة.

20. الأدوية والإمدادات والمستلزمات المتاحة دون وصفة طبية التي لا تتطلب وصفة طبية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

21. الأدوية الخاصة بعلاج:

- نمو الشعر
- علاج العجز الجنسي
- أعراض تجميلية
- علاج العقم
- السيطرة على شهيتك

22. الأدوية التي تنص إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) على أنها:

- تنفيذ دراسة فاعلية الدواء أو DESI – وهذا يعني أن البحث يقول أنها ليست فعالة.
- LTE أو أقل فاعلية- يعني هذا أن الأبحاث أفادت بأنها أقل فاعلية؛ 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 يفيدك برنامج CoverKids

## ما تدفعه لرعايتك الصحية – مدفوعات المشاركة في السداد

### مدفوعاتك في المشاركة في السداد

الرعاية الوقائية هي الرعاية التي تساعدك في البقاء بصحة جيدة مثل الفحوصات وحقن التطعيمات ورعاية الحمل والولادة. دائماً ما يكون هذا النوع من الرعاية مجاً. ليس عليك مدفوعات المشاركة في السداد من أجل الرعاية الوقائية. ويتوفر المزيد من المعلومات بخصوص الرعاية الوقائية في الجزء 2.

بالنسبة للرعاية الأخرى مثل الإقامات في المستشفى أو زيارات الأطفال المرضى، قد يتعين عليك دفع جزء من التكلفة. إن مدفوعات المشاركة في السداد هي ما تدفعه مقابل كل خدمة رعاية صحية تحصل عليها.

**ليس جميع الأعضاء المشاركين في CoverKids عليهم مدفوعات المشاركة في السداد.** ستخبرك بطاقة CoverKids الخاصة بك ما إذا كانت عليك مدفوعات المشاركة في السداد وما هي تلك مدفوعات المشاركة في السداد. تعتمد مدفوعات المشاركة في السداد على التالي:

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

يجب عليك دفع مبالغ المشاركة في السداد الخاصة برعايتك فقط. لا ينبغي أن 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:
<a href="http://wellpoint.com/tn/medicaid">wellpoint.com/tn/medicaid</a>	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)	

تخبرك بطاقة CoverKids الخاصة بك ما إذا كانت عليك مدفوعات المشاركة في السداد للأطباء، والاختصاصيين، وزيارات المستشفى وغرفة ER.

يوجد ثلاثة مستويات مزايا لمدفوعات المشاركة في السداد في CoverKids – المستوى 1، أو 2، أو 3. سوف تخبرك بطاقتك بالمستوى الذي تكون فيه.

تخبرك الصفحات التالية بالمزيد عن مدفوعات المشاركة في السداد لـ CoverKids وبالجهة التي تتصل بها إن كانت لديك أسئلة.

### مدفوعات المشاركة في السداد لبرنامج CoverKids

هل عليك مدفوعات المشاركة في السداد لـ PCP، وأحد الاختصاصيين، ولزيارة غرفة ER، والإقامة في المستشفى؟ لست متأكدًا؟ تحقق من بطاقة CoverKids الخاصة بك أو اتصل بخدمات أعضاء CoverKids على الرقم **833-731-2153** (TRS 711).

مستوى المزايا		
3	2	1
خدمات العيادات/العيادات الخارجية		
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15
زيارة الرعاية الأولية		
<ul style="list-style-type: none"><li>• زيارة عيادة الأسرة، والعيادة العامة، والطب الباطني، وOB/GYN، وطب الأطفال، والذهاب إلى العيادات العامة دون حجز مسبق</li><li>• وتتضمن ممرضات ممارسات، ومساعدتي أطباء، وممرضات قابلات (مرفق الرعاية الصحية المرخص فقط) ممن يعملون تحت إشراف مقدم الرعاية الأولية</li></ul>		

مستوى المزايا			
3	2	1	
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$20	<p>زيارة الاختصاصيين وجراحة العيادات الخارجية</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• زيارة العيادة مع أي مقدم رعاية متخصصة</li> <li>• جراحة العيادات الخارجية وتتضمن خدمات التشخيص الباضع (على سبيل المثال تنظير القولون) - مبلغ مشاركة في السداد واحد لكل تاريخ للخدمة</li> </ul>
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	<p>خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية وتعاطي الكحول والمخدرات)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• زيارات العيادة</li> <li>• مرضى العيادات الخارجية للصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات - مبلغ مشاركة في السداد واحد لكل تاريخ للخدمة.</li> </ul>
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	<p>اختصاصيو تقويم العمود الفقري</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مشمول بالتغطية فقط للأطفال دون عمر 19 عامًا</li> </ul>
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5	مبلغ المشاركة في السداد \$15	<p>خدمات إعادة التأهيل والعلاج</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وتتضمن علاج التخاطب والعلاج الطبيعي والمهني</li> <li>• تقتصر على 52 زيارة لنوع العلاج في العام التقويمي</li> </ul>

مستوى المزايا			
3	2	1	
<b>الصيدلية - مزايا يديرها OptumRx</b>			
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	دواء جنيس \$1 دواء ذو علامة تجارية مفضلة \$3 دواء ذو علامة تجارية غير مفضلة \$5	دواء جنيس \$5 دواء ذو علامة تجارية مفضلة \$20 دواء ذو علامة تجارية غير مفضلة \$40	إمداد/أدوية صيدلية تخصصية لمدة 30 يوماً و90 يوماً
<b>الرعاية في حالات الطوارئ</b>			
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$10	مبلغ المشاركة في السداد \$50	زيارة غرفة الطوارئ التي تعتبر ليست حالة طوارئ طبية حقيقية <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرفق (الصحة الطبية والسلوكية (الصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات)</li> <li>• يجب أن يكون مقدم رعاية تابع للشبكة. إذا كان مقدم الخدمة غير تابع للشبكة، فلن يدفع CoverKids.</li> </ul>
<b>إقامة المرضى الداخليين</b>			
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5 للإدخال	مبلغ المشاركة في السداد \$100 للإدخال	مرفق المرضى الداخليين (خدمات الصحة الطبية والسلوكية [الصحة النفسية وتعاطي الكحول والمخدرات]) <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم التنازل عن المشاركة في سداد التكاليف إذا تمت إعادة الإدخال خلال 48 ساعة من الزيارة المبدئية لنفس نوبة المرض أو الإصابة</li> <li>• خدمات إعادة التأهيل</li> <li>• الصحة النفسية وعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة</li> </ul>

مستوى المزايا			
3	2	1	
خدمات الرؤية - هذه الخدمات مؤهلة فقط للأطفال تحت سن 19 عامًا. عند طلب كل من الإطارات والعدسات في نفس الوقت، يُدفع مبلغ واحد للمشاركة في السداد.			
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5 حد أقصى للمزايا \$85	مبلغ المشاركة في السداد \$15 حد أقصى للمزايا \$85	عدسات النظارات بالوصفة الطبية <ul style="list-style-type: none"> <li>• وتتضمن العدسات ثنائية البؤرة أو ثلاثية البؤرة</li> <li>• تقتصر على عدسة واحدة لكل عام في الخطة</li> </ul>
لا تشمل مبلغ 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقتصر على عدسة واحدة لكل عام في الخطة</li> </ul>
لا تشمل مبلغ مشاركة في السداد	مبلغ المشاركة في السداد \$5 حد أقصى للمزايا \$100	مبلغ المشاركة في السداد \$15 حد أقصى للمزايا \$100	الإطارات <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقتصر على كل سنتين 2 ضمن الخطة</li> </ul>

الخدمات التالية لا تتطلب مبلغ مشاركة في السداد
الرعاية الوقائية
زيارات العيادة <ul style="list-style-type: none"> <li>• التقييمات الصحية الروتينية</li> <li>• التحصينات</li> <li>• فحوصات السمع والإبصار السنوية</li> </ul>
خدمات العيادات/العيادات الخارجية
المختبرات والأشعة السينية <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

الرعاية في حالات الطوارئ
• زيارة غرفة الطوارئ التي تعتبر حالة طوارئ طبية
خدمات النساء الحوامل
النساء الحوامل ليس عليهن مدفوعات المشاركة في السداد
سيارة إسعاف
• الأرضي والجوي
الخدمات
• تقتصر رعاية التمريض المنزلي على 125 زيارة في العام التقويمي
مرفق رعاية المحتضرين
• يتم التنازل عن جميع مدفوعات المشاركة في السداد لجميع الخدمات إذا كان العضو خاضعًا للرعاية في مرحلة الاحتضار
خدمات الرؤية - هذه الخدمات مؤهلة فقط للأطفال دون سن 19 عامًا.
فحص الإبصار السنوي
• ويتضمن فحص الانكسار واختبار الزرق السنويين
• يجب الذهاب لمقدم رعاية تابع للشبكة

برنامج CoverKids لديه قيود على المبلغ الكلي لمبالغ المشاركة في السداد التي ستدفعها في كل عام تقويمي. وهذا ما يُعرف باسم القيود على التكاليف النثرية. ستساعدك مبالغ المشاركة في السداد التي تدفعها على الوصول إلى حدود التكاليف النثرية كل سنة تقويمية.

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

إذا تغير دخلك أو حجم عائلتك، فإن مبالغ المشاركة في السداد قد تتغير كذلك. يجب أن تبليغ عن أي تغييرات في حجم العائلة أو دخلها بإخبار TennCare Connect عن طريق الاتصال بالرقم **855-259-0701** خلال 10 أيام.

هل لديك أسئلة عن مدفوعات المشاركة في السداد؟ يمكننا الإجابة عن تلك الأسئلة أيضًا. اتصل بخدمات أعضاء CoverKids مجانًا على **833-731-2153 (TRS 711)**.

## الجزء 4:

# المساعدة على حل المشكلات المتعلقة ببرنامج CoverKids الخاص بك

## أنواع المشكلات وما يمكنك فعله

يمكنك مواجهة أنواع مختلفة من المشكلات المتعلقة برعايتك الصحية.

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

قد تحتاج بعض المشكلات إلى مزيد من العمل لحلها. فيما يلي بعض الأمثلة لأنواع المختلفة من المشكلات 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 (TRS 711) 833-731-2153.

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 (TRS 711) 833-731-2153.

## هل تحتاج إلى تقديم شكوى بخصوص رعايتك؟

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

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

## هل تحتاج إلى تغيير خطتك الصحية؟

إذا كنت تريد تغيير الخطط الصحية لأنك تواجه مشكلات 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؟
- **تذكّر:** 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، فسيتعين 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.

1. في بداية حصولك على CoverKids، يكون لديك **90 يوماً لتغيير خطتك الصحية**. عندما تحصل على CoverKids، يرسلون إليك خطاباً. ويوضح الخطاب كيفية تغيير خطتك الصحية خلال أول 90 يوماً.
2. 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 أو Weakley

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, أو Wilson

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, Union أو Washington

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.

**مهم:** 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:

1. لديك حالة طبية تتطلب رعاية صعبة وموسعة ومستمرة و
2. لم يعد الاختصاصي الخاص بك يقبل خطتك الصحية و

3. خطتك الصحية ليس لديها الاختصاصي الذي يمكنه تقديم الرعاية التي تحتاج إليها و
4. خطتك الصحية لا يمكنها العمل مع الاختصاصي لديك لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها و
5. الاختصاصي الخاص بك يقبل الخطة الصحية التي تود التغيير إليها، و
6. الخطة الصحية التي ترغب في التغيير إليها تتقبل أعضاء CoverKids الجدد.

**\*\*يُعد الاختصاصي** هو طبيب يقدم خدمات الرعاية لمرض معيّن أو جزء محدد من الجسم. من أنواع الاختصاصيين تجد اختصاصي القلب وهو طبيب يعالجك من مشكلات القلب. وهناك مثال آخر وهو اختصاصي الأورام وهو طبيب يعالجك من السرطان. وهناك أنواع مختلفة كثيرة من الاختصاصيين.

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

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

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

أو يمكنك مراسلتهم برسائل خطية مكتوبة على الورق العادي. إذا كنت تكتب إلى قسم 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 بالبريد إلى:

CoverKids Member

Medical Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-00593



## هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على أدويةك الموصوفة طبيًا؟

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على الأدوية الموصوفة طبيًا 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:

- الاتصال بـ OptumRx للحصول على موافقة OptumRx على هذا الدواء.
- أو تغيير وصفتك الطبية إلى وصفة طبية 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 يومًا 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 خطابًا في البريد. سيشير الخطاب إلى سبب إنهاء اشتراكك في CoverKids. وسيوضح أيضًا كيفية تقديم التماس. ولكن إذا غيرت مكان إقامتك دون أن تبلغ CoverKids، فقد لا تتلقى هذا الخطاب. وقد لا تستطيع معرفة انتهاء CoverKids إلى أن تذهب إلى متجر الأدوية.

هل تظن أن CoverKids ارتكب خطأ ما؟ ينبغي الاتصال بـ **TennCare Connect** على الرقم **855-259-0701**. يمكنهم إخبارك بما إذا كنت مشتركًا في CoverKids، أو إذا كان اشتراكك انتهى. إذا كنت تظن أن CoverKids أخطأ، فيمكنهم إخبارك إذا كان لا يزال أمامك وقت للالتماس.

## هل تحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك؟

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

بالنسبة للمشكلات المتعلقة بالرعاية الصحية السلوكية و/أو الجسدية (الصحة النفسية أو تعاطي الكحول أو المخدرات)، اتصل بنا دوماً على الرقم (TRS 711) 833-731-2153 أولاً.

إذا كان لا يزال يتعذر عليك الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها، فيمكنك الاتصال بقسم الالتماسات الطبية لأعضاء CoverKids على الرقم 800-878-3192. اتصل من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً وحتى 4:30 مساءً بالتوقيت المركزي. ولكن إذا كانت لديك حالة طارئة، فيمكنك الاتصال في أي وقت.

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 (الصحة النفسية أو تعاطي الكحول أو المخدرات) 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 التماسات الخدمات الطبية، انتقل إلى الجزء 5 من هذا الكتيب.

## هل يتم إرسال فواتير لك؟ هل تعين 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 أن:

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

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

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

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

لمعرفة معلومات عن التماسات الخدمات الطبية، انتقل إلى الجزء 5 من هذا الكتيب.

يمكنك طلب إنهاء اشتراكك في **CoverKids**. هناك طريقتان **2** 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.

**مهم:** 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 بالبريد 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 وحرمة التجديد في البريد.
- قبل أن ينتهي اشتراكك في **CoverKids**، ستتلقى خطابًا في البريد. سيخبرك الخطاب بسبب إنهاء اشتراكك في CoverKids. ويخبرك أيضًا بكيفية تقديم التماس إذا اعتقدت أنهم ارتكبوا خطأ.

الجزء 5:

## الالتزامات لدى 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 قاضٍ 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 2 مختلفان من الالتماسات: التماسات الأهلية والالتماسات الطبية.

### التماسات الأهلية:

التماسات الأهلية تتعلق بمشكلات مثل الحصول على CoverKids أو الاحتفاظ بها أو إذا كنت تعتقد أن دخلك أو مبالغ المشاركة في السداد خطأ. تُرسل التماسات الأهلية إلى وحدة التماسات الأهلية لدى TennCare Connect. تخبرك الصفحة 49 بالمزيد عن تقديم التماس الأهلية.

### التماسات الخدمات الطبية:

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

يجب عليك دفع مبالغ المشاركة في السداد الخاصة برعايتك فقط. لا ينبغي أن 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. بالنسبة لمشكلات الحصول على الرعاية الصحية، اتصل بنا دائمًا على الرقم (TRS 711) 833-731-2153 أولاً.

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

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

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

- بالنسبة للرعاية أو الدواء الذي ما زلت بحاجة إليه، فإن أمامك 60 يوماً بعد تصريح CoverKids أو Wellpoint بعدم دفع مقابل الرعاية.
- بالنسبة لفواتير الرعاية الصحية التي تعتقد أن CoverKids يجب عليه سدادها، فإن أمامك 60 يوماً بعد حصولك على فاتورتك الأولى.
- بالنسبة للرعاية التي دفعت مقابلها، فإن أمامك 60 يوماً بعد قيامك بالدفع للرعاية.

#### هل تعتقد أنك تعاني حالة طبية طارئة؟

عادةً ما يتم البث في الالتماس المقدم منك خلال 90 يوماً 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 تقريباً. وقد يستغرق الأمر أكثر من ذلك إذا كانت Wellpoint بحاجة إلى مزيد من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية.

تعني الحالة الطارئة أن الانتظار لمدة 90 يوماً لإصدار قرار "بنعم" أو "لا" قد يضع حياتك أو صحتك الجسدية أو النفسية في خطر حقيقي.

إذا كان أي من هذه الأشياء ينطبق عليك، فيمكن أن تطلب من CoverKids التماساً طارئاً. تذكر، يمكن لطبيبك أيضاً طلب هذا النوع من الالتماسات لك. ولكن القانون يتطلب من طبيبك الحصول على إذنك (موافقتك) خطياً.

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

ستتظر عندئذ CoverKids وخطتك الصحية Wellpoint في الالتماس المقدم منك، وسيبتان في ما إذا كان من الضروري التعجيل به أم لا. إذا كان ينبغي تعجيله، فإنك ستحصل على قرار بخصوص التماسك خلال أسبوع واحد. 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 الأهلية

### كيفية تقديم التماس طبي

**الاتصال:** 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 صفحة الالتماس أو إرسال خطاب بالبريد حول مشكلتك 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: [tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf](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 الرقم **800-878-3192**. أو يمكنك كتابة التماسك على ورق عادي.



احتفظ بنسخة من التماسك. دُون تاريخ إرسال التماسك بالبريد إلى CoverKids.

## كيفية تقديم التماس طبي

**الفاكس:** يمكنك إرسال صفحة الالتماس أو خطاب بالفاكس مجاناً إلى  
**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 SSN، 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 التماسك (يمكن أن يكون ذلك أنت، أو شخصاً آخر).
- رقم الهاتف المتاح في أثناء النهار لهذا الشخص (قد يكون رقم هاتفك أنت أو رقم هاتف شخص آخر).

### ما الذي يحتاج إليه **CoverKids** أيضاً لتسيير التماسك؟

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

وحسب سبب تقديمك لالتماس 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 الدواء الذي تقدّم التماساً بشأنه
- والسبب الذي يدفعك لتقديم التماس. أخبر CoverKids بأكثر كم ممكن من التفاصيل عن المشكلة. تأكد من أن تذكر الخطأ الذي تظن أن CoverKids ارتكبه. أرسل نسخاً من أي أوراق تظنها قد تساعد CoverKids في فهم مشكلتك.

هل تقدّم التماسًا 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 مقابله.
- 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 أيضًا 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 تلقيت 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 على مشكلات الرعاية الصحية

ماذا يفعل CoverKids عندما تتقدم بالتماس بخصوص مشكلة تتعلق بالرعاية الصحية؟

1. عندما يتلقى CoverKids التماسك، سيرسلون إليك خطابًا 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 التماسك، فستتلقى خطابًا 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 يبيّن **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. لعقد جلسة استماع عادلة، يتعين عليك توضيح أن CoverKids ارتكب خطأ، إن كنت على حق، يوضح أنك ستحصل على الخدمة أو الرعاية الصحية 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 مشكلات 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
    - أنت. يمكنك أن تتحدث نيابةً عن نفسك أو يمكنك إحضار شخص آخر، مثل صديق أو محامٍ للتحدث بالنيابة عنك.
  2. في 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 في صالح الالتماس الخاص بك؟ 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 خطيًا. يمكنك تقديم التماس في محكمة العدل العليا إذا كنت لا تزال لا توافق على إجراءات 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 ومشكلات CoverKids الأخرى

يسمى الالتماس بشأن مشكلات CoverKids بخلاف الرعاية الصحية التماس الأهلية.

يتم تقديم التماس الأهلية إلى وحدة التماسات الأهلية في TennCare Connect.

يتم استخدام التماس الأهلية لمشكلات CoverKids مثل:

- تلقى خطاباً 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 بـ TennCare 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	
<p>الاتصال: يمكنك التواصل مع TennCare Connect مجاناً على الهاتف رقم <b>866-259-0701</b>. فنحن هنا لمساعدتك من الاثنين إلى السبت من الساعة 7:00 صباحاً حتى 6:00 مساءً بالتوقيت المركزي.</p>	
<p>البريد: يمكنك كتابة التماسك على ورق عادي، وإرساله بالبريد إلى:</p> <p><b>TennCare Connect</b> <b>P.O. Box 305240</b> <b>Nashville, TN 37230</b></p> <p>طباعة نموذج التماس من الإنترنت، انتقل إلى:</p> <p><a href="https://tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html">tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html</a> وانقر على رابط التماس الأهلية (Eligibility Appeal).</p> <p>احتفظ بنسخة من التماسك. دُون تاريخ إرسال التماسك بالبريد إلى TennCare Connect.</p>	

## كيفية تقديم التماس الأهلية

**الفاكس:** يمكنك إرسال صفحة الالتماس أو خطاب بالفاكس مجانًا إلى  
**855-315-0669**



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 نسختًا من أي أوراق توضح الأسباب التي تجعلك تعتقد أن هناك خطأ قد تم ارتكابه.

ما الذي تحتاجه وحدة التماس الأهلية أيضًا للعمل على التماسك؟

لعدد 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

### 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 خطأ.
- **الحصول على الخدمات دون معاملتك بشكل مختلف** بسبب عرقك أو لون بشرتك أو الأصل القومي أو لغتك أو جنسك أو عمرك أو ديانتك أو إعاقتك، أو انتمائك 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 قَدِّمت 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: [tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html](http://tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html).
- الحصول على الرعاية بدون العزلة أو القيود الجسدية المستخدمة من أجل التخويف أو التأديب أو الملاءمة 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 24 ساعة وطوال 7 أيام في الأسبوع**.
- 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 وصية الحياة أو خطة الرعاية المسبقة وإخبارك حول التوجيهات الطبية المسبقة.
- تغيير الخطط الصحية. إذا كنت جديدًا على CoverKids، فيمكنك تغيير الخطط الصحية مرة واحدة خلال 90 يومًا 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 الكتيب بالمزيد من المعلومات عن تغيير خطط الرعاية الصحية.

- اطلب من CoverKids النظر مرة أخرى في أي خطأ تظنه وقع بشأن تلقي 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 يعاملك بها CoverKids أو مقدمو الرعاية التابعون له.

### حقوقك في البقاء مع Wellpoint

باعتبارك عضوًا في Wellpoint، لا يمكن نقلك من Wellpoint لمجرد:

- تدهور صحتك.
- معاناتك من مشكلة طبية بالفعل. يُسمى هذا حالة مرضية مُسبقة.
- ارتفاع ثمن علاجك الطبي.
- كيفية استخدامك لخدماتك.
- لديك حالة صحية سلوكية (الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات).
- أن احتياجاتك الخاصة تجعلك تتصرف بطريقة غير متعاونة أو تخريبية.

وفيما يلي الأسباب الوحيدة التي يمكن أن تسبب نقلك 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 ID تعريف الهوية الخاصة بك، أو إذا استخدمت عضويتك في CoverKids للحصول على أدوية لتبيعها.
- 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 ID 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 اختصاصي لتلقي الرعاية.

- تكوني حاملاً أو تحسلي على فحوصات المرأة السليمة.
- يكن الأمر طارئاً.
- استخدام مقدمي رعاية من شبكة مقدمي الخدمات. 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 مشكلاتك الصحية. يتعين عليك أيضاً العمل مع PCP لوضع خطة علاج يوضح كلاهما أنها ستساعدك.
- تعامل مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك باحترام وكرامة.
- الالتزام بمواعيد الرعاية الصحية والاتصال بالعيادة للإلغاء إذا تعذر عليك الالتزام بالموعد.
- عدم السماح لأي شخص آخر باستخدام بطاقة ID 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 مدفوعات المشاركة في السداد 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 التَّماسِ

في CoverKids، يمكنك الحصول على الرعاية الصحية الخاصة بك من خلال خطة CoverKids الصحية، 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 الرعاية.**

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:

- رفض خطة CoverKids الصحية عند مطالبتك أنت أو أطباءك بالموافقة على الرعاية 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 2 عمل من حدوث هذا الأمر. ماذا لو قرر طبيبك تغيير الرعاية التي تحصل عليها؟ بالنسبة لأنواع الرعاية هذه، يجب أن تتلقى خطابًا قبل **يومي 2 عمل** من حدوث هذا الأمر:
- علاج الصحة السلوكية (الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات) 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 النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات) 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.

3. لديك الحق في تقديم التماس في الحالات التالية:

- رفض CoverKids عند مطالبتك أنت أو أطباءك بالموافقة على الرعاية 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 نيابةً عنك.

لمزيد من المعلومات عن كيفية تقديم التماس، راجع الجزء 5 من هذا الكتيب.

## 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. نحن نطلق على هذا النوع من المعلومات اسم "حقائقك الصحية" أو "المعلومات الصحية المحمية" (PHI). PHI هي أي معلومات تُستخدم لتعريف هويتك وتسجيل تاريخك الصحي والطبي.

ينص القانون الفيدرالي وقانون الولاية على أنه يجب علينا اتباع قواعد الخصوصية للحفاظ على PHI آمنة 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 تتناولتها 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.
- ادفع لخطتك الصحية ومقدمي الرعاية الصحية.
- التحقق من كيفية استخدام مزايا CoverKids والتحقق من الاحتيال 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 التماسات CoverKids. قد يتم تقديم التماسك شخصيًا أو عبر الهاتف. أحيانًا قد يكون هناك أشخاص آخرون حاضرون معك في جلسة الاستماع الخاصة بالتماسك.
- الهيئات الحكومية المحلية أو الخاصة بالولاية أو الفيدرالية التي تقدّم 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 نطلب 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 أيضًا 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 إليها لأداء وظيفته. ولا يمكننا مشاركة معلوماتك الوراثية لاتخاذ القرارات بشأن أهليتك 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 (الكشف عن) أي من المعلومات التالية:

- لاستخدام أو مشاركة الملاحظات التي يدونها المعالج خلال جلسات العلاج (وتُعرف باسم ملاحظات العلاج النفسي)؛
- لاستخدام أو مشاركة 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 وبمن 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 معلوماتك الصحية المحمية

- 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 الخطأ. ويتعين عليك طلب ذلك خطياً وإخطارنا بالسبب الذي يدفعنا لتغييرها. إذا تعذر علينا إجراء التغيير، فسنرسل خطاباً يوضح السبب.
- أن تطلب منا كتابة الاتصال بك بطريقة مختلفة أو في مكان مختلف. إذا كانت الكتابة إليك أو التحدث معك في مكانك يعرضك للخطر، فأخبرنا بذلك.
- أن تطلب منا كتابة قائمة بمن شاركنا معه 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 تطلب منّا القيام به. اكتب اسمك ورقم بطاقة ID هوية CoverKids أو رقم الضمان الاجتماعي على خطابك. احتفظ بنسخة من الخطاب لسجلاتك.

أرسل بالبريد إلى:

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



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

**الاتصال: TennCare 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 خطيًا. 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** مجانًا.

أو تواصل مع:

<p><b>Division of TennCare</b> Attn: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 رقم الهاتف: <b>866-797-9469</b> عنوان البريد الإلكتروني: Privacy.TennCare@tn.gov</p>	<p><b>U.S. Dept. of Health and Human Services</b> <b>Region IV, Office of Civil Rights</b> Medical Privacy Complaint Division Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8931 رقم الهاتف: <b>866-627-7748</b> موقع الويب: <a href="https://hhs.gov/ocr">hhs.gov/ocr</a></p>
--	--

## مسئوليتك للإبلاغ عن الاحتيال وإساءة المعاملة

يتمتع أغلب أعضاء CoverKids ومقدمي الرعاية التابعين له بالأمانة. ولكن يمكن حتى لقلّة من غير الأمناء أن يضرّوا ببرنامج CoverKids. الأشخاص الذين يكذبون للحصول على عضوية CoverKids يمكن أن تُفرض عليهم غرامة أو يُسجنوا.

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

يمكن للاحتيال وإساءة الاستخدام لدى أعضاء CoverKids أن يتضمننا 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 ID هوية CoverKids الخاصة بك.
- بيع أدويتك الموصوفة أو منحها لأي شخص آخر.

يمكن للاحتيال وإساءة الاستخدام لدى مقدمي الرعاية في CoverKids أن يتضمننا 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 على الخط الساخن لدى Wellpoint مجانًا على الرقم  
**833-731-2153 (TRS 711)**

يمكن كذلك أن تبلغنا بالاحتيال وإساءة الاستخدام عبر الإنترنت. من خلال الانتقال إلى [tn.gov/finance/fa-oig/](https://tn.gov/finance/fa-oig/) ثم انقر على "إبلاغ TennCare عن احتيال (Report TennCare Fraud)".  
[fa-oig-report-fraud.html](https://fa-oig-report-fraud.html)

## الجزء 7:

# أوراق الرعاية الصحية التي قد تحتاجها



## شكوى التمييز لدى 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 عن المعلومات المعلّمة بنجمة (\*). إذا احتجت إلى مساحة إضافية لإخبارنا بما حدث، فاستخدم أوراقاً أخرى وأرسلها بالبريد مع شكواك.

### 1. \* اكتب اسمك وعنوانك.

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الرمز البريدي \_\_\_\_\_

الهاتف: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

اسم مؤسسة الرعاية المُدارة (MCO)/الخطة 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 عُمره 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)؟ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

اسم مؤسسة MCO/الخطة 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 ووسائل الدعم طويلة الأجل \_\_\_\_\_ خدمات الأهلية \_\_\_\_\_ الالتماسات \_\_\_\_\_

**4.\* في رأيك ما سبب تلقيك معاملة مختلفة؟ هل هو:**

عرقك \_\_\_\_\_ مكان ولادتك \_\_\_\_\_ لون بشرتك \_\_\_\_\_ جنسك \_\_\_\_\_ عُمرك \_\_\_\_\_ إعاقتك \_\_\_\_\_ دينك \_\_\_\_\_  
أسباب أخرى \_\_\_\_\_

**5. ما أفضل وقت يمكن التحدث معك خلاله بخصوص 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 شكواك 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 هناك أي شخص آخر قد تلقى معاملة 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 \_\_\_\_\_  
التلفون \_\_\_\_\_

**10. هل لديك معلومات إضافية ترغب في إخبارنا بها؟**

**11.\* لا يمكننا استلام الشكوى دون توقيع. يرجى كتابة اسمك والتاريخ في السطر أدناه. هل أنت مخول لتمثيل الشخص الذي تعتقد أنه تلقى معاملة مختلفة؟ يُرجى التوقيع باسمك أدناه. إذا كنت مخولاً 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 الشكوى صحيحة وحقيقية، وأعطي موافقتي لـ TennCare بالتحقيق في الشكوى.**

(يُرجى التوقيع باسمك إذا كنت صاحب هذه الشكوى) (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: أقرّ أن المعلومات الواردة في هذه الشكوى صحيحة وحقيقية، وأعطي موافقتي لـ TennCare بالاتصال بي بخصوص هذه الشكوى.

---

(التاريخ)

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

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

---

(التاريخ)

(يُرجى التوقيع هنا إذا كنت مساعدًا من TennCare أو من MCO/الخطة الصحية)

لا مانع من الإبلاغ عن الشكوى إلى MCO/الخطة الصحية الخاصة بك أو إلى 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 الكشف عن المعلومات الموقّعة بريدياً مع شكواك. إذا كنت تقدّم هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر، فاطلب من هذا الشخص التوقيع على صفحة الموافقة على الكشف عن المعلومات وأرسلها بريدياً مع هذه الشكوى. احتفظ بنسخة من كل شيء ترسله. يُرجى أن ترسل الشكوى بالبريد أو بالبريد الإلكتروني كاملة وموقّعة وكذلك صفحات الموافقة على الكشف عن المعلومات موقّعة إلى:

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

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

### الموافقة على الكشف عن المعلومات الخاصة ببرنامج TennCare

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

لتسريع عملية التحقيق في شكاوك، يُرجى قراءة اتفاقية الكشف عن المعلومات هذه وتوقيعها وإرسال نسخة منها مع شكاوك. يرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

• أفهم أنه في 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 شكاوك. وإذا لم توقع على الكشف عن المعلومات، فسواصل محاولة التحقيق في شكاوك. إذا لم توافق على السماح لنا باستخدام اسمك أو غيره من التفاصيل الأخرى، فقد يحد ذلك من التحقيق في شكاوك أو يوقفه، وقد نضطر إلى إغلاق حالتك. قيل أن نغلق حالتك لأنك لم توقع على نموذج الكشف عن المعلومات، فقد نتصل بك لنعرف ما إذا كنت ترغب في توقيعه ليتمكن استكمال التحقيق.

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

بالتوقيع على اتفاقية الكشف 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 شكواك. وفي حالة إلغاء اتفوقيتك، لا يمكن التراجع عن المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم (يرجى الكتابة بخط واضح): \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

هل تحتاج إلى مساعدة؟ هل تريد تقديم شكوى؟ يرجى الاتصال أو إرسال شكوى مكتملة وموقعة إضافةً إلى نموذج موقع لاتفاقية الكشف عن المعلومات:

هاتف: 615-507-6474 أو مجاناً على (TRS 711) 855-857-1673  
عنوان البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov

TennCare OCRC  
310 Great Circle Road, 3W  
Nashville, TN 37243

<b>هل تحتاج إلى مساعدة مجانية بشأن هذا الخطاب؟</b>	
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 أيضًا بسبل المساعدة الأخرى المتاحة.	
<b>Spanish:</b>	<b>Español</b>
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).	
<b>Kurdish:</b>	<b>كوردی</b>
ناگاداری: نهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکهیت، خزمهتگوزاریهکانی یارمهتی زمان، بهخواری، بو تو بهردهسته. پهیومندی به (855-259-0701 (TTY: 800-848-0298) بکه.	
<b>Arabic:</b>	<b>العربية</b>
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 855-259-0701 (رقم هاتف الصم والبكم: 800-848-0298).	
<b>Chinese:</b>	<b>繁體中文</b>
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 855-259-0701 (TTY 800-848-0298)。	
<b>Vietnamese:</b>	<b>Tiếng Việt</b>
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).	
<b>Korean:</b>	<b>한국어</b>
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298)번으로 전화해 주십시오.	
<b>French:</b>	<b>Français</b>
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 855-259-0701 (ATS : 800-848-0298).	
<b>Amharic:</b>	<b>አማርኛ</b>
ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 855-259-0701 (መስማት ለተሳናቸው: 800-848-0298).	

<b>Gujarati:</b>	<b>ગુજરાતી</b>
<p>સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).</p>	
<b>Laotian:</b>	<b>ພາສາລາວ</b>
<p>ປິດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).</p>	
<b>German:</b>	<b>Deutsch</b>
<p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).</p>	
<b>Tagalog:</b>	<b>Tagalog</b>
<p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).</p>	
<b>Hindi:</b>	<b>हिंदी</b>
<p>ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298) पर कॉल करें।</p>	
<b>Serbo-Croatian:</b>	<b>Srpsko-hrvatski</b>
<p>OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 855-259-0701 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 800-848-0298).</p>	
<b>Russian:</b>	<b>Русский</b>
<p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 855-259-0701 (телетайп: 800-848-0298).</p>	
<b>Nepali:</b>	<b>नेपाली</b>
<p>ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 855-259-0701 (टिटावाइ: 800-848-0298) ।</p>	
<b>Persian:</b>	
<p>توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم میباشد. 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298) تماس بگیرید.</p>	

- 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 المزيد من الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية؟

اتصل بنا مجاناً على الرقم 855-259-0701. يمكننا توصيلك بالمساعدة أو الخدمة المجانية التي تحتاج إليها.

(لـ TTY، اتصل بالرقم: 800-848-0298)

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

### وصية الحياة أو خطة الرعاية المسبقة

يمكن للأجهزة والأدوية جعل الأشخاص على قيد الحياة ولولا ذلك لفارقوا الحياة. 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 وصية الحياة. في 2004، قام القانون في ولاية Tennessee بتغيير وصية الحياة إلى خطة الرعاية المسبقة. يمكنك استخدام أي منهما.

يجب كتابة وصية الحياة أو خطة الرعاية المسبقة بينما ما زال بإمكانك التفكير لنفسك. تخبر تلك الأوراق الأصدقاء والعائلة بما ترغب في حدوثه، إن مرضت لدرجة تمنعك عن الإفصاح عما تريد. 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 الحصول على أي شيء تملكه 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 تغيّر 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 نيابةً عنك من أجلك. 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 مريضًا بدرجة تجعلك غير قادر على إصدار قراراتك. ويمكنه التعبير عن رغباتك إذا لم يكن بإمكانك التحدث عن نفسك. قد يكون مرضك مؤقتًا.

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 1 إلى PCP لوضعها في ملفك الطبي.
- **امنح** نسخة واحدة 1 إلى الشخص الذي سيتخذ القرار الطبي بالنيابة عنك.
- **احتفظ** بنسخة معك لوضعها ضمن أوراقك المهمة.

**مهم:** لا يتعين عليك تعبئة هذه الصفحات. فالاختيار يرجع لك. وقد تريد التحدث مع محام أو صديق قبل تعبئة هذه الأوراق.

أنشأت ولاية Tennessee وثيقة قانونية تسمى إعلان علاج الصحة النفسية (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 في أثناء تلقي علاج الصحة النفسية. يمكن العثور على مزيد من المعلومات عن DMHT على الإنترنت. تفضل بالانتقال إلى

[tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/  
Declaration\\_for\\_Mental\\_Health\\_Treatment-Form.pdf](https://www.tn.gov/content/dam/tn/mentalhealth/documents/Declaration_for_Mental_Health_Treatment-Form.pdf)

**التعليمات:** يمكن استخدام الجزءين 1 و2 معاً أو بصورة منفصلة. يرجى تحديد/الغاء أي جزء (أجزاء) غير مستخدم. الجزء 5، يتعين إكمال الجزء A أو الجزء B لكل الاستخدامات.

أنا، \_\_\_\_\_، أعطي بموجبه هذه التعليمات المسبقة بشأن كيف أرغب في علاجي من قبل أطبائي وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية عندما لا يعود في إمكاني اتخاذ تلك القرارات المتعلقة 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 لنفسي 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 لنفسي لو كنت قادراً، باستثناء ذلك يتعين على وكيلي اتباع تعليماتي الموضحة أدناه:

الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_ هاتف آخر: \_\_\_\_\_

وكيلى 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):**  أُمح الإذن إلى وكيلى لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني في أي وقت. حتى لو كانت لدي القدرة لاتخاذ القرارات بنفسى.  لا أُمح هذا الإذن (يسري هذا النموذج فقط عندما لا أتمتع بالقدرة).

**الجزء 2 توضيح رغباتك فيما يتعلق بنوعية جودة 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).

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

**توضيح رغبتك 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 حالتني 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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>الإنعاش القلبي الرئوي (CPR):</b> لجعل القلب ينبض مرة أخرى ولاستعادة التنفس بعد التوقف. ينطوي ذلك عادة على صدمة كهربائية وضغط على الصدر ومساعدة في التنفس.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>دعم الحياة / دعم اصطناعي آخر:</b> 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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>علاج الحالات الجديدة:</b> استخدام العمليات الجراحية، أو نقل الدم، أو المضادات الحيوية التي ستتعامل مع حالات جديدة ولكنها لن تفيد في المرض الرئيسي.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>التغذية بالأنبوب/السوائل الوريدية (IV):</b> استخدام الأنابيب لتوصيل الطعام والماء إلى معدة المريض أو استخدام IV في أحد الأوردة، وقد ينطوي ذلك على تغذية وترطيب يجري توصيلهما اصطناعياً.

الصفحة 1 من 2

يرجى التوقيع على الصفحة 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 إما من قِبل شخصين بالغين مؤهلين ("الجزء A") أو من قِبل كاتب العدل ("الجزء B").

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
(المريض)

**الجزء A** لا يمكن أن يكون أي شاهد من الشاهدين هو الشخص الذي عينته 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. قمت بالشهادة على توقيع المريض على النموذج.  
توقيع الشاهد رقم 1

2. أنا شخص بالغ مؤهل لم يتم تعييني كوكيل. لست على صلة بالمريض بالدم أو الزواج أو التبني ولا أستحق أي جزء من تركة المريض عند وفاته بموجب أي وصية موجودة أو ملحق أو إجراء قانوني. قمت بالشهادة على توقيع المريض على النموذج.  
توقيع الشاهد رقم 2

**الجزء B** قد تختار أن يشهد على توقيعك كاتب العدل بدلاً من الشاهدين الموضحين في الجزء A.

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 أثبتت لي بناءً على أدلة كافية) أنه الشخص الذي وقّع بصفته "المريض". وقد ظهر المريض شخصياً أمامي ووقّع أعلاه أو أقر بأن التوقيع أعلاه هو توقيعه. أعلن تحت طائلة الحنث بالقسم أن المريض يظهر بأنه يتمتع بقواه العقلية 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 (أطباتك)، (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 عيّنته كوكيل رعايتك الصحية.

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

الصفحة 2 من 2

## الجزء 8:

# معلومات إضافية

### نغطي بموجب CoverKids للأطفال دون سن 19 عامًا، ما يلي:

الزيارات المنتظمة والدورية إلى الطبيب لمعرفة ما إذا كان الطفل ينمو بصورة طبيعية أم لا ولمعرفة ما إذا كان لديه مشكلات متعلقة بالصحة السلوكية أو الجسدية (ال أو تعاطي الكحول أو المخدرات) أو مشكلات الأسنان أو الحالات المرضية الأخرى. تُعرف هذه الزيارات باسم "الفحوصات" (أو "عمليات الفحص") ويجب أن تحدث وفقًا لجدول التكرار الدوري الخاص 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 جسدي شامل دون ارتداء أي ملابس
- التحصينات (حقن التطعيمات) المناسبة
- اختبارات السمع والإبصار المناسبة
- الفحوصات المختبرية المناسبة
- الفحص المتعلق بالنمو والسلوكي (حسب الحاجة)
- التثقيف الصحي (النصائح حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك)

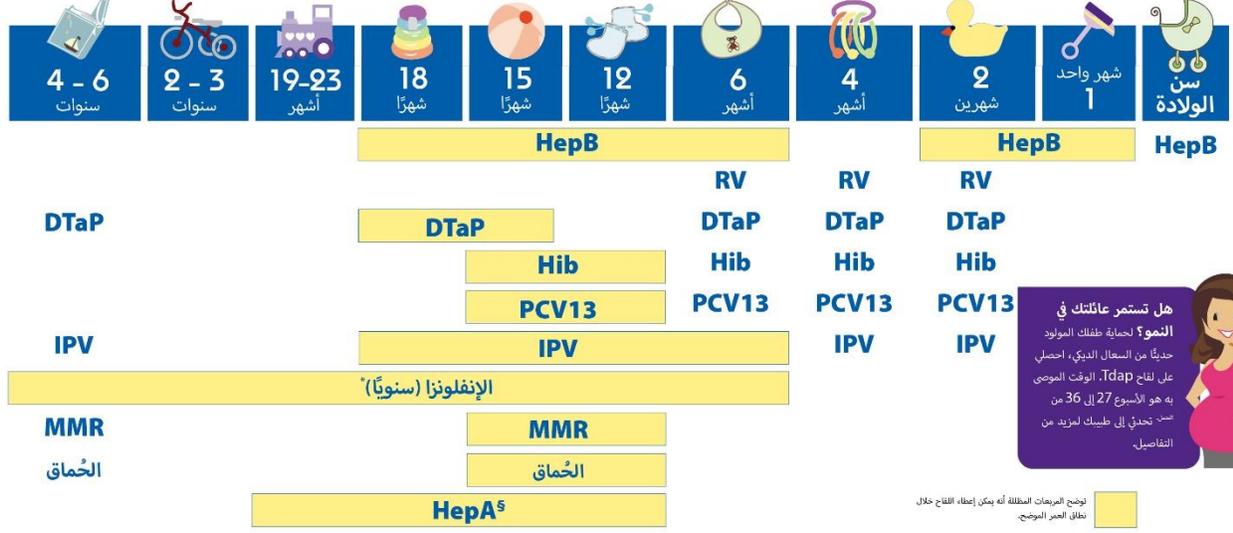
### تحصل أيضًا على خدمات أخرى إضافة إلى خدمات الفحص:

- العلاج، بما في ذلك إعادة التأهيل لأي مشكلات صحية (جسدية 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. تشمل على علاج أي مشكلات متعلقة بالسمع والإبصار؛
- التحصينات (حقن التطعيمات) للخناق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) والمستدمية النزلية النوع (HIB) 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 وجسدية تم اكتشافها خلال عملية الفحص، فسيتم علاجها.
- التثقيف الصحي الأساسي للطفل والديه جزء من الخدمات الوقائية التي يقدمها لك CoverKids.

## مبالغ المشاركة في السداد غير مطلوبة للخدمات الوقائية.

### التحصينات الموصى بها لعام 2022 للأطفال بدءاً من الولادة وحتى سن 6 سنوات



### يوصى بلقاح فيروس COVID-19 للأطفال من 6 أشهر فما فوق.

انظر الصفحة الموجودة بالخلف لمزيد من المعلومات حول الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاح واللقاحات التي يمكن أن نقي منها.



**ملاحظة:** إذا فات طفلك جرعة من اللقاح، فإن تحتاج إلى البدء من جديد، ما عليك سوى العودة إلى طبيب طفلك للحصول على الجرعة التالية من اللقاح. تحديتي إلى طبيب طفلك إذا كان لديك أسئلة حول اللقاحات.

**الحواسي:** يوصى بإعطاء جرعتين بفاصل أربع أسابيع على الأقل للأطفال في سن 6 أشهر وحتى 8 سنوات، والذين يتلقون لقاح الإنفلونزا للمرة الأولى وبعض الأطفال الآخرين الذين في نفس المجموعة العمرية. جرعتان من لقاح HepA ضرورتان للحماية المستمرة. ينبغي أن تُعطى الجرعة الأولى من لقاح HepA في الفترة بين سن 12 شهراً إلى 23 شهراً. يجب إعطاء الجرعة الثانية بعد 6 أشهر من الجرعة الأولى. يجب أن يتلقى جميع الأطفال والمراهقين الذين تزيد أعمارهم عن 24 شهراً، والذين لم يتم حصولهم على اللقاح، جرعتين من لقاح HepA.

إذا كان طفلك يعاني من أي حالة طبية تضعه في دائرة خطر الإصابة أو إذا كان يسافر خارج الولايات المتحدة، فيرجى منك التحدث إلى طبيب طفلك حول ما إذا كان طفلك بحاجة إلى لقاحات إضافية.

لمزيد من المعلومات، اتصل بالرقم 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) أو تفضل بزيارة [www.cdc.gov/vaccines/parents](http://www.cdc.gov/vaccines/parents)



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention



American Academy of Pediatrics  
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

## الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاح واللقاحات التي يمكن أن تقي منها

المرض	اللقاح	ينتشر المرض بواسطة	أعراض المرض	مضاعفات المرض
جدري الماء	يحمي لقاح الحُمَاق من الجدري المائي.	الهواء، اللمس المباشر	طفح، إجهاد، صُدَاع، حُمى	يُتور مُعدية، اضطرابات نزفية، التهاب الدماغ (تورم الدماغ)، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)
الدفتيريا	يحمي لقاح DTaP* من الدفتيريا.	الهواء، اللمس المباشر	التهاب الخلق، حُمى خفيفة، ضعف، تورم الغدد في الرقبة	تورم عضلة القلب، فشل القلب، غيبوبة، شلل، الوفاة
Hib	يحمي لقاح Hib من المستديمة النزلية من النوع b.	الهواء، اللمس المباشر	قد لا يكون هناك أعراض إلا إذا كانت البكتيريا دخلت الدم	التهاب السحايا (عدوى تصيب الغلاف المحيط بالدماغ والحبل الشوكي)، إعاقة عقلية، التهاب لسان المرئمار (عدوى مهددة للحياة يمكنها سد القصبة الهوائية وأن تؤدي إلى مشاكل تنفسية وخيمة)، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)، الوفاة
التهاب الكبد A	يحمي لقاح HepA من التهاب الكبد A.	اللمس المباشر، طعام أو ماء ملوث	قد لا يكون هناك أعراض، حُمى، ألم معدة، فقدان الشهية، تعب، قيء، يرقان (اصفرار الجلد والعينين)، بول داكن اللون	فشل الكبد، أضرار مُفصلي (وجع المفاصل)، اضطرابات كلوية وبنكرياسية ودُموية
التهاب الكبد B	يحمي لقاح HepB من التهاب الكبد B.	لمس الدم أو سوائل الجسم	قد لا يكون هناك أعراض، حُمى، صُدَاع، ضعف، قيء، يرقان (اصفرار الجلد والعينين)، ألم المفاصل	عدوى كبدية مزمنة، فشل الكبد، سرطان الكبد
الإنفلونزا	يحمي لقاح الإنفلونزا من الإنفلونزا	الهواء، اللمس المباشر	حُمى، ألم عضلي، التهاب الحلق، سُعال، تعب مفرط	الالتهاب الرئوي (عدوى في الرئتين)
الحصبة	يحمي لقاح MMR** من الحصبة.	الهواء، اللمس المباشر	طفح، حُمى، سُعال، سيلان الأنف، الرَّمَدُ الشَّارِي	التهاب الدماغ (تورم الدماغ)، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)، الوفاة
النكاف	يحمي لقاح MMR** من النكاف.	الهواء، اللمس المباشر	تورم الغدد اللعابية (تحت الفك)، حُمى، صُدَاع، إجهاد، ألم عضلي	التهاب السحايا (عدوى في الغلاف المحيط بالدماغ والحبل الشوكي)، التهاب الدماغ (تورم الدماغ)، التهاب الخصيتين أو المبيض، الضَّمَم، الوفاة
السعال الديكي	يحمي لقاح DTaP* من السَّاهوق (السعال الديكي).	الهواء، اللمس المباشر	سعال حاد، سيلان الأنف، انقطاع النَّفَس (التوقف مؤقتاً عن التنفس عند الأطفال الرُّضُع)	الالتهاب الرئوي (عدوى في الرئتين)، الوفاة
شلل الأطفال	يحمي لقاح IPV من شلل الأطفال.	الهواء، اللمس المباشر، عبر القم	قد لا يكون هناك أعراض، التهاب الخلق، حُمى، غَثَّبان، صُدَاع	الشلل، الوفاة
مرض المكورات الرئوية	يحمي لقاح PCV13 من المكورات الرئوية.	الهواء، اللمس المباشر	قد لا يكون هناك أعراض، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)	تَجَرُّمُ الدَّم (عدوى الدم)، التهاب السحايا (عدوى في الغلاف المحيط في الدماغ والحبل الشوكي)، الوفاة
الفيروس العجلي	يحمي لقاح RV من الفيروس العجلي.	عبر القم	إسهال، حُمى، قيء	إسهال وخير، تَجَفَّاف (نقص الماء في الجسم)
الْحَصْبَة	يحمي لقاح MMR** من الْحَصْبَة الألمانية.	الهواء، اللمس المباشر	يعاني الأطفال المصابين بفيروس الحصبة أحياناً من الطَّفَح، الحُمى، وتورم الغُدَّة اللِّمْفِيَّة.	وهو يشكل خطراً كبيراً على الحوامل إذ أنه قد يؤدي إلى الإجهاض، ولادة الوليد ميت، ولادة الخديج، وعيوب وإلإية
التيتانوس	يحمي لقاح DTaP* من التيتانوس.	التعرض عن طريق جروح في الجلد	تُتَبَّس في الرقبة وعضلات البطن، صعوبة في البلع، تقلصات عضلية، حُمى	كسور في العظام، صعوبة في التنفس، الوفاة

\* يجمع تطعيم DTaP الحماية من الدفتيريا والتيتانوس، والسعال الديكي.  
\*\* يجمع MMR الحماية من الحصبة، النكاف والحصبة الألمانية.

آخر تحديث في يناير 2022 - CS22257-A

جدري الماء الحمق	MMR الحصبة، الكاف، الحصبة الألمانية	شلل الأطفال	التهاب الكبد A	التهاب الكبد B	حمى الضنك	مرض المكورات الربوية	المكورات السحائية		HPV فيروس الورم الحليمي البشري	Tdap التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي	الإنفلونزا الإنفلونزا	
							MenB	MenACWY				
												7 إلى 8 عامًا
					فقط							9 إلى 10 عامًا
					في الأماكن التي تنتشر فيها حمى الضنك							11 إلى 12 عامًا
												13 إلى 15 عامًا
												16 إلى 18 عامًا

الأطفال بعمر من 9 إلى 16 عامًا الذين يعيشون في المناطق الموبوءة بحمى الضنك ولا يظهرون تأكيد مختبري لعدوى حمى الضنك السابقة الضنك

يجب على المعرضين لخطر متزايد من سن 10 سنوات وما فوق تلقي لقاح المكورات السحائية من المجموعة المسماة B (MenB). الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 18 عامًا والذين لا يتعرضون لخطر متزايد يمكن تلقيهم بلقاح MenB.

يجب أن يحصل جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و 12 عامًا على حقنة واحدة من المكورات السحائية المسماة MenACWY. ويوصى بإعطاء جرعة معززة في سن 16.

يجب أن يحصل جميع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و 12 عامًا على مجموعة من جرعتين من 2 من لقاح HPV. هناك حاجة إلى مجموعة من 3 جرعات لأولئك الذين يعانون من ضعف في الجهاز المناعي وأولئك الذين يبدأون المجموعة في سن 15 عامًا أو أكثر.

يجب على كل شخص يبلغ من العمر 6 أشهر فما فوق أن يحصل على لقاح الإنفلونزا كل عام إذا لم يكن قد تلقى موانع

معلومات إضافية: يجب على كل شخص يبلغ من العمر 6 أشهر فما فوق أن يحصل على لقاح الإنفلونزا كل عام إذا لم يكن قد تلقى موانع

### يوصى بلقاح COVID-19 للأعمار من 6 أشهر فما فوق.

تحدث إلى طبيب طفلك أو ممرضته حول اللقاحات الموصى بها لعمره.



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

American Academy of Pediatrics



AAFP  
AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

توضح هذه المربعات المظلمة أنه يجب لفطلا تاك اذل حاقللا باطفا  
يعرض اللقاحات الفاتحة.

يشير هذا المربع المظلل إلى أن الأطفال غير المعرضين لخطر متزايد قد يحصلون على اللقاح إذا رغبوا في ذلك بعد التحدث إلى مقدم الرعاية.

يشير هذا المربع المظلل إلى أن الأطفال غير المعرضين لخطر متزايد قد يحصلون على اللقاح إذا رغبوا في ذلك بعد التحدث إلى مقدم الرعاية.

توضح هذه المربعات المظلمة متى يوصى بإعطاء اللقاح لجميع الأطفال ما لم يتحرك طبيبك بعدم قدرة طفلك على تلقي اللقاح بصورة آمنة.

توضح هذه المربعات المظلمة أنه يوصى بإعطاء اللقاح للأطفال الذين يعانون من حالات صحية معينة أو ظروف نمط الحياة تجعلهم مُعرَّضين لخطر كبير للإصابة بأمراض خطيرة. راجع التوصيات بشأن لقاحات معينة على [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/)

الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاح وللقاحات التي يمكن أن تقي منها

المرض	اللقاح	ينتشر المرض بواسطة	أعراض المرض	مضاعفات المرض
جدري الماء	يحمي لقاح الحُمَاق من الجدري المائي.	الهواء، الممس المباشر	طفح، إجهاد، سُدَاع، حُمى	التورم المصاحبة، واضطرابات التزيف، التهاب الدماغ (تؤثر الدماغ)، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)، الموت
حمى الضنك	لقاح حمى الضنك يحمي من حمى الضنك.	لدغة البعوض المصاب	قد لا يكون هناك أعراض، حمى، صداع، ألم خلف العينين، طفح جلدي، ألم في المفاصل، ألم في الجسم، غثيان، فقدان الشهية الشعور بالتعب، ألم في البطن	نزيف حاد، نوبات، صدمة، تلف في الكبد والقلب والرئتين، وفاة
الدفتيريا	لقاحات Tdap* و Td** تحمي من الدفتيريا.	الهواء، الممس المباشر	التهاب الخلق، حُمى خفيفة، ضعف، تؤثر الغدد في الرقبة	تؤثر عضلة القلب، فشل القلب، غيبوبة، شلل، الوفاة
التهاب الكبد A	يحمي لقاح HepA من التهاب الكبد A.	الممس المباشر، طعام أو ماء ملوث	قد لا يكون هناك أعراض، حُمى، ألم معدة، فقدان الشهية، تُصَب، في، يرقان (اصفرار الجلد والعيون)، بول داكن اللون	فشل الكبد، ألم مُصِلي (وجع المفاصل)، اضطرابات كلوية وتكرارية ودموية، الوفاة
التهاب الكبد B	يحمي لقاح HepB من التهاب الكبد B.	لمس الدم أو سوائل الجسم	قد لا يكون هناك أعراض، حُمى، سُدَاع، ضعف، في، يرقان (اصفرار الجلد والعيون)، ألم المفاصل	عدوى كبد مزمنة، فشل الكبد، سرطان الكبد، الوفاة
فيروس الورم الحليمي البشري	يحمي لقاح HPV من فيروس الورم الحليمي البشري.	ملامسة مباشرة للجلد	قد لا توجد أعراض، التآليل التناسلية	سرطانات عنق الرحم والمهبل والفرج والقضيب والشرج والبالومور
الإنفلونزا	يحمي لقاح الإنفلونزا من الإنفلونزا	الهواء، الممس المباشر	حُمى، ألم عضلي، التهاب الخلق، سُعال، نُكَب مفرط	الالتهاب الرئوي (العدوى في الرئتين)، التهاب الشعب الهوائية، التهابات الجيوب الأنفية، التهابات الأذن، الوفاة
الحصبة	يحمي لقاح MMR*** من الحصبة.	الهواء، الممس المباشر	طفح جلدي، حُمى، سُعال، سيلان الأنف، التهاب باطن العين	التهاب الدماغ (تؤثر الدماغ)، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)، الوفاة
داء المكورات السحائية	تحمي لقاحات MenB و MenACWY من مرض المكورات السحائية.	الهواء، الممس المباشر	ظهور مفاجئ للحُمى والصداع وتقيس الرقبة والطفح الأرجواني الداكن	فقدان الأطراف، الصمم، اضطرابات الجهاز العصبي، إعاقات النمو، اضطرابات التوابع، السكتة الدماغية، الوفاة
النكاف	يحمي لقاح MMR*** من النكاف.	الهواء، الممس المباشر	تؤثر الغدد اللعابية (تحت الفك)، حُمى، سُدَاع، إجهاد، ألم عضلي	التهاب السحايا (عدوى في الغلاف المحيط بالدماغ والحبل الشوكي)، التهاب الدماغ (تؤثر الدماغ)، التهاب الخصيتين أو التبييض، الضمور، الوفاة
السعال الديكي	لقاح Tdap* يحمي من السعال الديكي.	الهواء، الممس المباشر	سعال حاد، سيلان الأنف، القُطَاع النَّفْس (التوقف مؤقتاً عن التنفس عند الأطفال الرُضُع)	الالتهاب الرئوي (عدوى في الرئتين)، الوفاة
مرض المكورات الرئوية	لقاح المكورات الرئوية يحمي من مرض المكورات الرئوية.	الهواء، الممس المباشر	قد لا يكون هناك أعراض، التهاب رئوي (عدوى في الرئتين)	تَجَرُّمُ الدَّم (عدوى الدم)، التهاب السحايا (عدوى في الغلاف المحيط في الدماغ والحبل الشوكي)، الوفاة
شلل الأطفال	لقاح شلل الأطفال يحمي من شلل الأطفال.	الهواء، الممس المباشر، عبر الفم	قد لا يكون هناك أعراض، التهاب الخلق، حُمى، غثيان، سُدَاع	الشلل، الوفاة
الحَصْبَة	يحمي لقاح MMR*** من الحصبة الألمانية.	الهواء، الممس المباشر	في بعض الأحيان الطفح الجلدي والحمى وتورم الغدد الليمفاوية	وهو يشكل خطراً كبيراً على الحوامل إذ أنه قد يؤدي إلى الإجهاض، ولادة جنين ميت، ولادة الخديج، وعيوب ولادية.
التيتانوس	تحمي لقاحات Tdap* و Td** من مرض التيتانوس.	التعرض عن طريق قُطْع/جروح في الجلد	تُؤَس في الرقبة وعضلات البطن، صعوبة في البلع، تقلصات عضلية، حُمى	كسور في العظام، صعوبة في التنفس، الوفاة

\* يجمع تطعيم Tdap الحماية من الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي.  
\*\* يجمع Td بين الحماية من الدفتيريا والتيتانوس.  
\*\*\* MMR يجمع الحماية من الحصبة، والنكاف والحصبة الألمانية.

**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 بالأمر 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 ضرورية من الناحية الطبية، يتعين أن تلبى الخدمة أو البند الطبي جميع المعايير التالية:

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

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



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