



## مرحبًا بك في المجتمع المحلي

تُقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan of Ohio خدمات الرعاية الصحية لسكان ولاية Ohio المؤهلين للحصول على إعانات المسنين، أو المكفوفين، أو ذوي الإعاقات، أو الأسر والأطفال المشمولين بالتغطية (بما في ذلك تغطية برنامجي Healthy Families و Healthy Start) ومزايا برنامج Medicaid التي تم تمديدها لتشمل البالغين.

United  
Healthcare  
Community Plan

# أهلاً بك

مرحباً بك في خطة UnitedHealthcare Community Plan. أنت الآن عضو في خطة رعاية صحية، والتي تُعرف أيضاً باسم مؤسسة الرعاية المدارة (MCO). تُقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات الرعاية الصحية لسكان Ohio المؤهلين، بمن فيهم الأفراد ذوي الدخل المنخفض، والنساء الحوامل، والرُضّع، والأطفال، والبالغين الأكبر سناً، والأشخاص ذوي الإعاقة. بصفتك عضواً في الخطة، فأنت الآن مؤهل للحصول على منافع مثيرة دون أن تتكبد أي تكلفة، ومنها تكلفة المشاركة في السداد. وبالإضافة إلى ذلك، لدينا برامج لإدارة المرض والرعاية لحالات مثل الربو والسكري وبرامج متابعة الحمل Healthy First Steps™.

من فضلك خصص بضع دقائق لمراجعة دليل الأعضاء. نحن على استعداد للرد على أي أسئلة قد تجول بخاطرك. يمكنك العثور على إجابات عن أغلب الأسئلة على الموقع [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). ما عليك سوى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحاً إلى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة.

الهدف من المعلومات الواردة في دليل الأعضاء المائل أن تكون بمثابة دليل مرجعي تثقيفي سريع.

## البدء

نهدف لتحقيق أقصى استفادة لك من خطتك الصحية على الفور. ابدأ بهذه الخطوات الثلاث البسيطة:

- 1. اتصل بمقدم الرعاية الأولية المتابع لك وحدد موعداً للفحص.** تعتبر الفحوص المنتظمة ضرورية للتمتع بصحة جيدة. ينبغي أن يكون رقم هاتف مقدم الرعاية الأولية المتابع لك مدوناً على بطاقة هوية العضو التي وصلتك مؤخراً عن طريق البريد. إذا كنت لا تعرف رقم مقدم الرعاية الأولية المتابع لك، أو إذا كنت تريد المساعدة في تحديد موعد لإجراء فحص طبي شامل، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. نحن هنا لمساعدتك.
- 2. أجري تقييمك الصحي.** فهذا طريقة موزة ويسيرة للتعرف على الصورة الكاملة لنمط حياتك الحالي وصحتك. ويساعدنا ذلك في توفيق حالتك مع المنافع والخدمات المتاحة لك. انتقل إلى [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) لاستكمال نموذج تقييم الصحة اليوم. كما أننا سنتصل بك في القريب العاجل لكي نرحب بك في خطة **UnitedHealthcare Community Plan**. وسنشرح لك في هذا الاتصال منافع خطتك الصحية. كما نقدم لك المساعدة في استكمال نموذج تقييم الصحة عبر الهاتف.
- 3. تعرّف على خطتك الصحية.** ابدأ بقسم "أهم سمات الخطة الصحية" في الصفحة 8 لإلقاء نظرة عامة سريعة على خطتك الصحية الجديدة. وتأكد من حفظ هذا الكتيب في مكان يسهل الوصول إليه للرجوع إليه في المستقبل.

## اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي على الرقم **711**

من الساعة 7:00 صباحاً إلى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة

يُغلق مكتبنا في الأجازات الرسمية التالية:

- عيد العمال
- عيد الشكر
- اليوم التالي لعيد الشكر
- يوم عيد الميلاد
- رأس السنة الميلادية
- يوم مارتن لوثر كنج
- يوم الذكرى
- يوم الاستقلال

## جدول المحتويات

2	أهلاً بك
8	الملاح الرئيسية للخطّة الصحية
8	بطاقة هوية العضو
9	لمحة سريعة على المزايا
10	تقييم صحتك
11	دعم الأعضاء
13	يمكنك استخدام مزايا الصيدلية مباشرةً
15	زيارة الطبيب
15	مُقدّم الرعاية الأولية
17	الفحوص السنوية
18	تحديد موعد مع مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك
19	التحضير لموعد مع مُقدّم الرعاية الأولية
19	خدمات خط التمريض – موارد المعلومات الصحية على مدار الساعة
20	إذا كنت بحاجة للرعاية وكانت عيادة طبيبك مغلقة
21	الرعاية الصحية بعيداً عن منزلك
21	الرعاية الطبية المنزلية
22	خدمات الإحالة الذاتية
23	مزايا إضافية لأعضاء تمديد البالغين
24	الحصول على رأي آخر
24	التصاريح المسبقة
24	الرعاية المستمرة إذا غادر مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك شبكة الخطّة
25	خدمات النقل - في غير حالات الطوارئ

<b>26</b>	المستشفيات وأقسام الطوارئ
<b>26</b>	الرعاية الطارئة
<b>26</b>	خدمات المستشفيات
<b>27</b>	رعاية الأسنان الطارئة
<b>27</b>	الخدمات الضرورية طبيًا
<b>28</b>	لا توجد تغطية طبية خارج الولايات المتحدة
<b>30</b>	<b>دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio</b>
<b>30</b>	مرحبًا بك من ولاية Ohio
<b>32</b>	دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio
<b>33</b>	بطاقات الهوية
<b>34</b>	معلومات العضو الجديد
<b>35</b>	الأدوية الموصوفة طبيًا
<b>35</b>	الخدمات التي لا تغطيها خطة UnitedHealthcare Community Plan
<b>36</b>	الخدمات التي لا تغطيها خطة UnitedHealthcare Community Plan ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية
<b>36</b>	خدمات إدارة الرعاية
<b>37</b>	خدمات الأعضاء
<b>38</b>	خدمات الصحة السلوكية، خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات
<b>39</b>	برنامج OhioRISE
<b>40</b>	برنامج الخدمات المنسقة
<b>41</b>	اختبارات ولقاحات كوفيد
<b>41</b>	برنامج Healthchek
<b>43</b>	اختيار مُقدّم الرعاية الأولية
<b>43</b>	تغيير طبيب الرعاية الأولية المتابع لك
<b>44</b>	خدمات الرعاية الصحية عن بُعد
<b>44</b>	حقوق العضوية
	كيفية إخطار المسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan
	<b>47</b> بأنك غير راضٍ أو لا توافق على قرار قد تم اتخاذه – التظلمات والالتماسات
<b>49</b>	نموذج التظلم والالتماس

51	جلسات الاستماع الحكومية
52	استرداد تكاليف العلاج من التركة
52	خدمات الطوارئ
53	الإصابة أو المرض العرضي (حلول)
54	معلومات التأمين الصحي الأخرى (تنسيق المزايا – COB)
54	إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)
54	فقدان أهلية Medicaid
54	التجديد التلقائي لعضوية خطة الرعاية المدارة
55	إنهاء عضويتك في خطة الرعاية المدارة
<b>59</b>	<b>جدول خدمات Medicaid</b>
59	الخدمات التي لا تغطيها خطة UnitedHealthcare Community Plan
<b>66</b>	<b>مزايا UnitedHealthcare الإضافية</b>
66	مزايا إضافية
<b>72</b>	<b>التفاصيل الأخرى للخطة</b>
72	إيجاد مقدم خدمة تابع لشبكة الخطة
72	دليل مقدمي الخدمات
73	إذا كنت تحصل على فاتورة مقابل الخدمات
73	التوجيهات المسبقة
75	الاحتيال والانتهاك
76	رأيك يهمنا
77	إدارة الاستخدام
77	برنامج الجودة
78	السلامة والحماية من التمييز
78	توجيهات الممارسة السريرية والتقنية الحديثة
79	مسؤوليات عضويتك
80	مصطلحات الرعاية المدارة
86	إشعارات الخطة الصحية لممارسات الخصوصية

<b>الملحق أ</b>	<b>94</b>
مدير مزايا الصيدليات الأحادي (SPBM) بولاية Ohio	94
1. محتويات دليل الأعضاء	94
1.1 الهوية المؤسسية	94
1.2 الخدمات المتاحة	94
1.2.1 قائمة الأدوية المفضلة	95
1.2.2 التصاريح المسبقة	95
1.2.3 إستراتيجيات إدارة استخدام الصيدلية	96
1.2.4 الخدمات المستثناة	97
1.2.5 الخدمات الإضافية	97
1.3 طلب تقديم الطعون أو التظلمات أو جلسات الاستماع بالولاية	97
1.4 التوصيات بالتغيير	100
1.5 الوصول إلى الصيدليات	100
1.6 أدوية الطوارئ من العيادات الخارجية	100
1.7 بيان عدم التمييز	100
1.8 بيان شبكة مقدمي الخدمات	101
1.9 شبكة مقدمي خدمة الصيدليات	101

# الملاحح الرئيسية للخطة الصحية

## بطاقة هوية العضو

رقم هوية العضو  
رقم هوية الخطة  
رقم هاتف خدمات الأعضاء

Member Services | Phone: 800-895-2017  
24 Hour Emergency Services | Phone: 800-542-8630

Member Name Member ID Number Plan ID Number  
JaneHasVeryLongName 000000000000 000000000000  
Veryloooooonglastname

Primary Care Provider  
Dr. John Doe  
Phone: 000-000-0000

Pharmacy Benefit  
gwinwell  
Rx Bin: 024251  
Rx PCN: OHRXPROD  
Phone: 833-491-0344  
Use Member ID for Billing

Information for Members  
If you have an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. This card does not guarantee coverage. By using this card for services, you agree to the release of medical information, as stated in your Member handbook. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider or the 24/7 NurseLine 800-542-8630. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.myuhc.com/communityplan.

Information for Providers  
Please verify member eligibility on Date of Service via the ODM provider portal before rendering services. Please visit UHCprovider.com for detailed billing instructions or call 800-600-9007 for assistance. Providers may also call the ODM IHD at 800-686-1516 for assistance. For utilization management call 800-366-7304.

Ohio | Department of Medicaid

Issuance Date: MM/DD/YYYY

اسم مقدم الرعاية الأولية

معلومات للصيدلي

### هل فقدت بطاقة هوية عضويتك؟

إذا فقدت أنت أو أحد أفراد الأسرة بطاقة هوية العضوية، فيمكنك طباعة بطاقة هوية جديدة من خلال [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). 711 أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف النصي 711.

هل لديك أسئلة؟ تفضّل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)،

أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف النصي 711.

## لمحة سريعة على المزايا

بصفتك عضواً في خطة UnitedHealthcare Community Plan، فأنت تتمتع بمجموعة من منافع وخدمات الرعاية الصحية المتوفرة لك. ونعرض في ما يلي نظرة شاملة موجزة. ستجد قائمة كاملة في قسم المنافع.

### خدمات الرعاية الأولية

أنت تتمتع بالتغطية لكل الزيارات التي تقوم بها إلى مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك. مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك هو الطبيب الرئيسي الذي ستتردد عليه لأغلب وقت الرعاية الصحية. ويشمل ذلك الفحوص والعلاج من نزلات البرد والأنفلونزا والمشكلات الصحية والفحوص الصحية.

### شبكة مُقدّمي الرعاية الكبيرة

يمكنك اختيار أي مُقدّم رعاية أولي من خلال شبكة كبيرة من مُقدّمي الرعاية. كما تشتمل شبكتنا على اختصاصيين ومستشفيات ومخازن الأدوية - مما يجعلنا نقدم لك خيارات كثيرة لرعايتك الصحية. يمكنك العثور على قائمة كاملة من شبكة مُقدّمي الرعاية على الموقع [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف النصي 711.

### خط التمريض NurseLine

يتيح لك خط التمريض وصولاً بالهاتف على مدار 24 ساعة وطوال أيام الأسبوع لمرضات مسجلات يتمتعن بخبرة كبيرة. ويقدمون لك المعلومات والدعم والتوجيهات الخاصة بأي أسئلة أو مخاوف تتعلق بالصحة. اتصل على الرقم 1-800-542-8630، الهاتف النصي 1-800-855-2880.

### الخدمات المتخصصة

تشمل التغطية خدمات من الاختصاصيين. الاختصاصيون هم الأطباء أو الممرضات ذوات كفاءات عالية لعلاج حالات مرضية محددة. قد تحتاج للإحالة من مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك أولاً. راجع صفحة 15 في هذا الدليل.

### الأدوية

تغطي خطتك الأدوية بوصفة طبية دون مشاركة في السداد للأعضاء من كل الأعمار. ومما تشمله التغطية أيضاً: الأنسولين، والإبر والمحاقن، وتنظيم الأسرة، وحبوب الأسبرين المغلفة لالتهاب المفاصل، وحبوب الحديد والفيتامينات القابلة للمضغ.

### خدمات المستشفيات

أنت تتمتع بالتغطية للإقامة في المستشفى وخدمات العيادة الخارجية (الخدمات التي تحصل عليها في المستشفى بدون قضاء الليل فيها).

### خدمات المختبرات

تشمل الخدمات التي يتم تغطيتها على الفحوص والأشعة السينية التي تساعد في اكتشاف سبب المرض.

### الزيارات الوقائية للأطفال

تغطي خطتك جميع زيارات صحة الأطفال والتطعيمات.

### رعاية الأمومة والحمل

أنتِ تتمتعين بالتغطية لزيارات الأطباء قبل وبعد ولادة الطفل. ويشمل ذلك الإقامة بالمستشفى. وتغطي إذا لزم الأمر الزيارات المنزلية بعد ولادة الطفل.

### تنظيم الأسرة

أنتِ تتمتعين بتغطية الخدمات التي تساعدك في إدارة توقيت الحمل. ويشمل ذلك منتجات وإجراءات منع الحمل.

### رعاية البصر

تشمل مزايا رعاية البصر الاختبارات المنتظمة للعين والنظارات. راجع صفحة 65.

### رعاية الأسنان

توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan تغطية منافع رعاية الأسنان. للحصول على المزيد من المعلومات أو إلى [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) عن تغطية الأسنان الخاصة بك أو للعثور على طبيب أسنان، سجّل الدخول إلى 711 (TTY) أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف النصي® UnitedHealthcare تطبيق.

### كما تتوفر خدمات الانتقال

إذا كنت بحاجة إلى التوجه إلى مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك أو مُقدّم رعاية طبية آخر، فسندّم لك المساعدة في ذلك. تتم تغطية الانتقال الطبي للحصول على الرعاية الطبية. إذا لم تكن لديك أي وسيلة أخرى للذهاب للطبيب، أو كنت تعيش في منطقة لا تتوفر فيها وسائل نقل عامة، أو كنت لا تستطيع استخدام وسائل النقل العامة بسبب حالة صحية أو إعاقة، فاتصل على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف وحدّد [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) النصي 711 قبل الزيارة بمدة 48 ساعة على الأقل. لمعرفة المزيد، سجّل الدخول إلى [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) للبحث عن تغطية الانتقال (التغطية والمزايا) "Coverage & Benefits".

## تقييم صحتك

التقييم الصحي هو استطلاع وجيز وسهل يتناول أسئلة بسيطة حول نمط حياتك وصحتك. عند تعبئة هذا التقييم وإرساله لنا، سنتعرف عليك بشكل أفضل. ويساعدنا ذلك في توفيق حالتك مع المنافع والخدمات المتاحة لك.

يرجى تخصيص بضع دقائق لملء نموذج التقييم الصحي. أو اتصل على الرقم 1-800-895-2017 لإكماله عن طريق الهاتف.

## دعم الأعضاء

نسعى بقدر الإمكان لتسهيل تحقيق أكبر استفادة لك من خطتك الصحية. بصفقتك عضوًا في خطتنا، نخبرك أن لدينا خدمات كثيرة متوفرة لك بما في ذلك وسائل النقل والمترجمين الفوريين إذا لزم الأمر. وإذا كانت لديك أسئلة، فهناك جهات كثيرة للحصول على إجابات منها.

### يتيح الموقع وصول على مدار 24 ساعة وطوال أيام الأسبوع للاطلاع على تفاصيل الخطة

انتقل إلى الموقع [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) لتسجيل الدخول لوصول صفحة الويب لحسابك. يحتفظ هذا الموقع الآمن بكل معلوماتك الصحية في مكان واحد. وبالإضافة إلى تفاصيل الخطة، يضم الموقع أدوات مفيدة يمكنها مساعدتك في:

- العثور على مقدم رعاية
- البحث عن الأدوية في قائمة الأدوية المفضلة
- الحصول على تفاصيل المزايا
- تنزيل دليل الأعضاء لعضو جديد
- طباعة بطاقة هوية لعضو جديد
- العثور على معلومات عن المكافآت الصحية المتاحة لتحقيق أهداف صحية معينة

### قسم خدمات الأعضاء متاح من الساعة 7:00 صباحًا وحتى 7:00 مساءً، من الإثنين وحتى الجمعة

بإمكان قسم خدمات الأعضاء مساعدتك في الرد على الأسئلة أو الشكاوى. يشمل ذلك:

- فهم المزايا المستحقة لك
- المساعدة في الحصول على بطاقة هوية عضوية بديلة
- البحث عن طبيب أو عيادة الرعاية العاجلة
- كيفية الوصول إلى الرعاية المتخصصة
- كيفية تقديم تظلم أو التماس

اتصل على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

### برنامج إدارة الرعاية

تقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات إدارة الرعاية. إذا كنت تعاني من حالة مرضية مزمنة مثل الربو أو السكري، فقد تستفيد من برنامجنا لإدارة الرعاية. ويمكن أن نقدم المساعدة في أمورٍ عدّة مثل طلب مواعيد مع الطبيب وإبقاء جميع مقدمي الرعاية على علم بالرعاية التي تحصل عليها. لمعرفة المزيد من المعلومات، اتصل على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

## نحن نتحدث لغتك

إذا كنت تتحدث لغةً أخرى غير اللغة الإنجليزية، فيمكننا أن نوفر لك مواد مترجمة مطبوعة وخدمات مساعدة لغوية مجاناً ومعلومات مكتوبة بلغة غير الإنجليزية محددة كلغة أساسية للعضو، ومعلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة، وغيرها من المساعدات أو الخدمات الإضافية للأشخاص ذوي الإعاقة. أو بإمكاننا أن نوفر لك مترجماً فورياً يساعدك في فهم هذه المواد. ستجد مزيداً من المعلومات المتعلقة بخدمات الترجمة والمساعدة اللغوية في القسم الذي يحمل عنوان "تفاصيل أخرى للخطة". أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros **711**. detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017**.

## حالات الطوارئ

911 ..... في حالة الطوارئ، اتصل على الرقم 911

## أرقام أخرى تهتمك

1-800-542-8630 ..... خط التمريض على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (متاح على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع)  
1-800-855-2880 ..... الهاتف النصي  
1-800-599-5985 ..... برنامج Healthy First Steps (للنساء القادرات على الإنجاب)  
1-800-895-2017 ..... إدارة الرعاية  
1-877-766-3844 ..... الخط الساخن للاحتيال والانتهاك  
1-800-686-1527 ..... UnitedHealthcare  
1-614-644-2671 ..... إدارة التأمين بولاية Ohio  
1-800-324-8680 ..... الخط الساخن للمستهلك في برنامج Medicaid بولاية Ohio  
1-800-292-3572 ..... الهاتف النصي

في حالة تغيير عنوانك، يُرجى الاتصال بمكتب الخدمات المحلي للوظيفة والأسرة (JFS).

## يمكنك استخدام مزايا الصيدلانية مباشرة

سيستخدم أعضاء خطة Gainwell UnitedHealthcare Community Plan لمعالجة مطالبات الوصفات الطبية وعلينهم الرجوع إلى دليل أعضاء Gainwell للحصول على المساعدة. تغطي خطتك قائمة كبيرة من الأدوية أو العقاقير التي تُصرف بوصفة طبية. ترد الأدوية التي تشملها التغطية في قائمة الأدوية المُفضَّلة (PDL). هذه القائمة تعرف أيضاً باسم كتيب الوصفات الطبية. يستخدم طبيبك هذه القائمة/قائمة الأدوية المُفضَّلة للتأكد من تغطية الخطة للأدوية التي تحتاجها. تدير Gainwell تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك وقد تغطي الأدوية الأخرى بموافقة مسبقة. إذا كان الدواء يحتاج إلى موافقة مسبقة، فيمكن لمقدم الرعاية المتابع لك أن يطلبه لك. يمكنك العثور على قائمة الأدوية المُفضَّلة (PDL) الخاصة بخطتك على موقعنا الإلكتروني على [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). يمكنك أيضاً البحث على الموقع حسب اسم الدواء.

من السهل الحصول على الوصفات الطبية التي قمت بصرفها. إليك طريقة القيام بذلك:

### 1. هل أدويتك مدرجة في قائمة الأدوية المُفضَّلة؟

#### إذا كان الجواب "نعم"

إذا كانت الأدوية مدرجة في قائمة الأدوية المُفضَّلة، فكن على استعداد. تأكد من إبراز بطاقة هوية عضويتك للصيدلي في كل مرة تُصرف فيها الوصفة الطبية.

#### إذا كان الجواب "لا"

إذا لم تُدرج الوصفات الطبية في قائمة الأدوية المُفضَّلة، فحدد موعداً مع طبيبك في غضون 30 يوماً. بإمكان الطبيب مساعدتك في الانتقال إلى دواء مدرج في قائمة الأدوية المُفضَّلة. كما يمكن للطبيب مساعدتك في طلب استثناء إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى دواء غير مدرج في القائمة.

اطلع على قائمة الأدوية المُفضَّلة عبر الإنترنت على الموقع [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). يمكنك أيضاً الاتصال بقسم خدمات أعضاء Gainwell على الرقم **1-833-491-0344**. نحن هنا لمساعدتك.

## 2. هل بحوزتك وصفة طبية؟

إذا كان معك وصفة طبية من الطبيب المتابع لحالتك أو إذا كنت بحاجة لإعادة صرف الوصفة الطبية، فانتقل إلى صيدلية الشبكة. أبرز للصيدلي بطاقة هوية عضويتك. يمكنك العثور على قائمة بصيدليات الشبكة في دليل مقدمي الرعاية عبر الإنترنت على الموقع على الرقم 1-833-491-0344 Gainwell أو من خلال الاتصال بقسم خدمات أعضاء [spbm.medicaid.ohio.gov](http://spbm.medicaid.ohio.gov)

## 3. إذا كنت بحاجة إلى صرف دواء غير مُدرج في قائمة الأدوية المُفضَّلة

توجه إلى زيارة صيدلية الشبكة وأبرز بطاقة هوية عضويتك. إذا لم يكن لديك بطاقة هوية عضوية، فيمكن أن تبرز للصيدلي المعلومات التالية. تحدث مع طبيبك حول خيارات وصفتك الطبية.

### عناية الصيدلي

يُرجى إعداد مطالبة العضو في Gainwell باستخدام:

رقم التعريف البنكي (BIN) : 02451

رقم تحكم المعالج: OHRXPROD

إذا وصلتك رسالة توضح أن دواء العضو يحتاج إلى تصريح مسبق أو كان الدواء غير مدرج في كتيب الوصفات، فيُرجى الاتصال بـ Gainwell على الرقم 1-833-491-0344 أو تفضَّل بزيارة [spbm.medicaid.ohio.gov](http://spbm.medicaid.ohio.gov) للاطلاع على مزيد من المعلومات.

# زيارة الطبيب

## مُقدِّم الرعاية الأولية

نحن نطلق على الطبيب الرئيسي الذي تزوره اسم "مُقدِّم الرعاية الأولية" أو PCP. عند زيارة نفس مُقدِّم الرعاية الأولية لعدة مرات، فمن السهل بناء علاقة جيدة معه. يمكن أن يكون لكل فرد في أسرة مُقدِّم رعاية أولي، أو يمكنك اختيار زيارة نفس مُقدِّم الرعاية. ستزور مُقدم الرعاية الأولية المتابع لك من أجل:

- الرعاية الروتينية، بما في ذلك الفحوص السنوية
- تنسيق الرعاية مع اختصاصي
- علاج نزلات البرد والأنفلونزا
- المخاوف الصحية الأخرى

### الخيارات المتاحة لك

بإمكانك اختيار مقدم الرعاية الأولية المتابع لك من بين العديد من أنواع مقدمي الخدمات في الشبكة. من أنواع مقدمي الرعاية الأولية ما يلي:

- طبيب الأسرة (ويُدعى أيضًا الممارس العام) — يعتني بصحة الأطفال والبالغين
- طبيب الأمراض الباطنية (ويُدعى أيضًا طبيب باطني) — يعتني بصحة البالغين
- الممرضة الممارسة (Nurse Practitioner, NP) — تعتني بصحة الأطفال والبالغين
- طبيب الأطفال — يعتني بصحة الأطفال
- الطبيب المساعد (Physician Assistant, PA) — يعتني بصحة الأطفال والبالغين

### ما المقصود بمزود الشبكة؟

مزود الشبكة تعاقدا مع خطة UnitedHealthcare Community Plan لرعاية أعضائنا. لست بحاجة إلى الاتصال بنا قبل زيارة مُقدِّم الرعاية. يحتاج الأعضاء في بعض الأحيان إلى زيارة طبيب متخصص. نحن نعمل مع مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك للتأكد من وصولك للاختصاصي أو للخدمات عند الحاجة إليها، طالما كنت بحاجة إليها حتى لو لم يكن مُقدِّم الرعاية مدرجاً على مزود الشبكة في الوقت الحالي. لا تتحمل أي تكلفة عندما نسمح بالرعاية أو الخدمات مقدماً، قبل زيارة مُقدِّم رعاية غير مدرج على الشبكة.

إذا كنت تتردد على اختصاصي دون أن يرسلك مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك وبدون تصريح من خطة UnitedHealthcare Community Plan مقدماً، فقد تسدد فاتورة التكلفة. اعمل دائماً مع مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أولاً للحصول على أي خدمات تحتاجها.

## مُقَدِّمِي الرعاية في خطة UnitedHealthcare Community Plan

تعاقدت خطة UnitedHealthcare Community Plan مع مُقَدِّمِي الرعاية الذين يمكنهم تلبية معايير الجودة في UnitedHealthcare Community Plan.

ثمة 3 طرق للحصول على مُقَدِّم الرعاية الأولية المناسب لك.

1. تصفح دليل مُقَدِّمِي الرعاية المطبوع. يقدم دليل مقدمي الخدمات قائمة بجميع مقدمي الخدمات في شبكتنا. يمكنك طلب دليل مقدمي الخدمات المطبوع عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو عن طريق إعادة البطاقة البريدية التي تلقيتها مع مواد العضوية الجديدة الخاصة بك والتي تتضمن بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.
2. استخدام أداة البحث عن طبيب (Find-A-Doctor) على الموقع [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan).
3. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. يمكننا الرد على أسئلتك ومساعدتك في العثور على أقرب مُقَدِّم رعاية أولية منك.

تتضمن خطتك شبكة من الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الآخرين فائقي الجودة، وكلهم يعملون معاً لمساعدتك في الحصول على أفضل رعاية. تحقق من دليل مقدمي الخدمات في خطتك للحصول على قائمة بمقدمي الخدمات في الشبكة. قد يتغير مقدمي الخدمة خلال العام لأننا نواصل تكوين شبكة عالية الجودة من مقدمي الخدمات من أجلك. يمكنك العثور على أحدث دليل لمقدمي الخدمة على [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) أو في تطبيق UnitedHealthcare app.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مقدم أي من خدماتنا أو مقدم خدمة يعمل معنا ومع جهة تأمين أخرى، فيمكنك أيضاً الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. تسعدنا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية أولية مناسب لك ضمن الشبكة. أخبر محامي خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي تفضيلات بخصوص الموقع أو اللغة أو تفضيلات ثقافية. يمكن أيضاً إرسال نسخة ورقية مجانية من دليل مقدمي الخدمات إليك عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

بمجرد اختيار مُقَدِّم رعاية أولية، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وإحاطتنا. سنتأكد من تحديث سجلاتك. إذا لم ترغب في اختيار مُقَدِّم رعاية أولية، فستتولى UnitedHealthcare ترشيح مُقَدِّم رعاية أولية لك حسب موقعك واللغة التي تتحدث بها.

### معرفة المزيد حول أطباء الشبكة

يمكنك معرفة المزيد من معلومات حول أطباء الشبكة على الموقع [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)، أو من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. يمكننا إخبارك بالمعلومات التالية:

- الاسم، والعنوان، ورقم الهاتف
- المؤهلات المهنية
- التخصص
- كلية الطب المتخرج فيها
- إتمام مرحلة التخصص
- حالة شهادة البورد
- اللغة التي يتحدث بها

16 هل لديك أسئلة؟ تفضّل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)،

أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

## الفحوص السنوية

### أهمية إجراء الفحوص السنوية

ليس من الضروري أن تكون مريضاً حتى تزور الطبيب. ففي حقيقة الأمر، يمكن للفحوص السنوية أن تساعد مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك على الحفاظ على صحتك. بالإضافة إلى فحص الصحة العامة، سيؤكد مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك من إجراءات الفحوص والاختبارات وحصولك على الجرعات اللازمة. وفي حالة وجود مشكلة صحية، يسهل علاجها عادة عند اكتشافها مبكراً.

في ما يلي بعض الفحوص المهمة. تعتمد عدد مرات إجراء الفحوص على عمرك وعوامل الخطورة. تحدث مع طبيبك حول الفحوص التي تناسبك.

### بالنسبة إلى النساء

- مسحة عنق الرحم — تساعد على اكتشاف سرطان عنق الرحم
- فحص الثدي/تصوير الثدي — يساعد على اكتشاف سرطان الثدي

### بالنسبة إلى الرجال

- فحص الخصيتين — يساعد على اكتشاف سرطان الخصية
- فحص البروستاتا — يساعد على اكتشاف سرطان البروستاتا

### الزيارات الوقائية للأطفال

زيارات صحة الأطفال هي المرة التي يطلع فيها مُقدِّم الرعاية الأولية على نمو طفلك. تقدم هذه الزيارات الفحوص اللازمة مثل اختبارات النطق والسمع والتطعيمات خلال هذه الزيارات. كما تعتبر هذه الزيارات المنتظمة فرصة عظيمة لك لشرح أي أسئلة تتعلق بسلوك طفلك وصحته العامة، بما في ذلك:

- تناول الطعام
- النوم
- السلوك
- التفاعلات الاجتماعية
- النشاط البدني

### جدول الفحوص

من الضروري جدول زيارات صحة طفلك لهذه الأعمار:

من 3 إلى 5 أيام	15 شهراً
شهر واحد	18 شهراً
شهران	24 شهراً
4 أشهر	30 شهراً
6 أشهر	كل عام بعد عمر 3 سنوات
9 أشهر	فحوص صحة المراهقين
12 شهراً	

في ما يلي الجرعات التي قد يعطيها الطبيب وكيفية حماية طفلك:

- **الالتهاب الكبدى (أ)، والالتهاب الكبدى (ب):** يقي من الإصابة بعدوتين من عدوى الكبد الشائعة
- **فيروس الروتا:** يقي من الفيروسات التي تسبب الإسهال الحاد
- **الخُنَاق:** يقي من عدوى الحلق الخطيرة
- **الكزاز:** يقي من الإصابة بأمراض الأعصاب الخطيرة
- **السُّعال الديكي:** يقي من السُّعال الديكي
- **المستدمية النزلية من النوع ب:** يقي من التهاب السحايا في مرحلة الطفولة
- **المكورات السحائية:** تقي من التهاب السحايا الجرثومية
- **شلل الأطفال:** يقي من الفيروسات التي تسبب شلل الأطفال
- **الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية:** يقي من الإصابة بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية
- **الخُمَاق:** يقي من الإصابة بجذري الماء
- **الأنفلونزا:** يقي من الإصابة بفيروس الأنفلونزا
- **المكورات الرئوية:** تقي من الإصابة بعدوى الأذن، وعدوى الدم، والالتهاب الرئوي، والتهاب السحايا الجرثومية
- **فيروس الورم الحليمي البشري:** يقي من الإصابة بالفيروسات المنقولة جنسياً التي يمكن أن تؤدي إلى سرطان عنق الرحم لدى النساء والأورام التُؤَلُولِيَّة التناسلية لدى الرجال

## تحديد موعد مع مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك

اتصل بعيادة طبيبك مباشرةً. يوجد الرقم على بطاقة هوية عضويتك. عندما تتصل لتحديد موعد، تأكد من إبلاغ العيادة بالغرض من زيارة الطبيب. فهذا يساعد في التأكد من حصولك على الرعاية اللازمة عندما تكون في حاجة إليها.

وهذا هو مدى السرعة الذي يمكنك توقعه في تقديم الخدمات.

- الطوارئ — تحصل على خدمة فورية أو يتم تحويلك إلى قسم الطوارئ
- حالات طوارئ لا تهدد الحياة — خدمة فورية أو يتم تحويلك إلى قسم الطوارئ
- عاجلة (لكنها ليست حالة طارئة) — تحصل على الخدمة خلال يوم واحد أو 24 ساعة
- الخدمات الروتينية — خلال 6 أسابيع
- خدمات الوقاية والمعافاة — خلال 6 أسابيع

## التحضير لموعد مع مُقدّم الرعاية الأولية

### قبل الزيارة

1. حدد ما تود معرفته من الزيارة (تخفيف الأعراض، إحالة إلى اختصاصي، معلومات معينة، وما إلى ذلك).
2. دوّن أي أعراض جديدة ووقت بدء ظهورها.
3. ضع قائمة بأي أدوية أو فيتامينات تتناولها على أساس منتظم.

### في أثناء الزيارة

عندما تكون مع الطبيب، لا تتردد في:

- طرح الأسئلة
- تدوين الملاحظات إذا كانت تساعدك على التذكر
- الطلب من الطبيب التحدث ببطء أو شرح أي شيء لا تفهمه
- طلب مزيد من المعلومات حول أي أدوية، أو علاجات، أو حالات مرضية

## خدمات خط التمريض – موارد المعلومات الصحية على مدار الساعة

اتصل على الرقم **1-800-542-8630**، الهاتف النصي **1-800-855-2880**

عندما تشعر بالمرض أو تتعرض لإصابة، قد يكون من الصعب اتخاذ قرارات الرعاية الصحية. فقد لا تعرف إن كانت الحالة تستلزم التوجه إلى قسم الطوارئ أم زيارة مركز الرعاية العاجلة أم تحديد موعد مع مُقدّم خدمات الرعاية أم استعمال الرعاية الذاتية. يمكن أن تقدم لك ممرضة خط التمريض ذات الخبرة معلومات لمساعدتك على اتخاذ القرار المناسب.

يمكن أن تقدم الممرضات المعلومات والدعم لكثير من المواقف والمخاوف الصحية، بما في ذلك:

- الإصابات البسيطة
- الأمراض الشائعة
- إرشادات رعاية الذات وخيارات العلاج
- التشخيصات الحالية والحالات المزمنة
- اختيار الرعاية الطبية المناسبة
- الوقاية من المرض
- التغذية واللياقة البدنية
- أسئلة تطرحها على مقدم الرعاية المتابع لك
- كيفية تناول الأدوية بأمان
- صحة الرجال، والنساء، والأطفال

قد تود الاطلاع على مشكلة صحية معينة وتريد معرفة المزيد. يمكن أن تزودك الممرضات المسجلات ذوات الخبرة بالمعلومات والدعم والتوجيه الخاص بشأن أي أسئلة أو مخاوف تتعلق بالصحة.

ما عليك سوى الاتصال على الرقم المجاني **1-800-542-8630**، الهاتف النصي **1-800-855-2880**. يمكنك الاتصال برقم خط التمريض المجاني في أي وقت على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ولا يوجد حد لعدد مرات الاتصال.

## إذا كنت بحاجة للرعاية وكانت عيادة طبيبك مغلقة

اتصل بطبيبك إذا كنت بحاجة إلى الرعاية التي لا تعتبر حالة طارئة. يرد طبيبك على الهاتف على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. سيساعدك طبيبك أو الطبيب الذي اتصلت به في الوصول للخيار المناسب لرعايتك.

سيُطلب منك:

- التوجه إلى العيادة بعد ساعات العمل أو لمركز الرعاية العاجلة
- التوجه إلى العيادة في الصباح
- التوجه إلى قسم الطوارئ (ER)
- صرف الدواء من الصيدلية

## الرعاية الصحية بعيداً عن منزلك

- إذا احتجت إلى رعاية صحية عاجلة وأنت بعيد عن المنزل، فاتصل بمُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أو خطة UnitedHealthcare Community Plan على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، للحصول على المساعدة
- لست مضطراً في حالة الطوارئ إلى الاتصال بمُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أولاً. توجه إلى أقرب قسم طوارئ أو اتصل على الرقم **911**
- اتصل على مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك بعد زيارة قسم الطوارئ
- احصل على رعاية المتابعة من مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك
- يجب الحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية من مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك عند العودة للمنزل
- جميع الخدمات خارج الولايات المتحدة وأقاليمها لا تتمتع بالتغطية

في حالة الحصول على رعاية الطوارئ عندما تكون بعيداً عن المنزل، فيمكن أن يرسل الطبيب الطلبات بشكل إلكتروني أو على هذا العنوان:

UnitedHealthcare Community Plan  
P.O. Box 5220  
Kingston, NY 12402-5220

إذا كنت بعيداً عن المنزل وكنت بحاجة إلى رعاية غير طارئة لكن لا تستطيع الوصول إلى قائمة مُقدِّمي الرعاية بالقرب منك، فاتصل على قسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المبين على بطاقة هوية عضويتك.

## الرعاية الطبية المنزلية

### ما المقصود بطبيب العائلة؟

طبيب العائلة هو مصدر الرعاية الطبية الذي تستفيد منه طوال الوقت وتثق به. إذا توجهت إلى نفس الطبيب أو مجموعة الأطباء طوال الوقت، فيُطلق على هذا الطبيب "طبيب العائلة".

### لماذا أحتاج إلى طبيب العائلة؟

- طبيب العائلة ييسر لك الحصول على الرعاية والمشورة الطبية. هناك عدة أسباب لاختيار طبيب عائلة.
  - سيكون لدى طبيب العائلة سجلاتك الطبية. وهذا يتيح للطبيب تشخيص حالتك بشكل أسرع.
  - سيعرف طبيب العائلة الجرعات والأمراض والوصفات الطبية التي لديك والتي تؤثر بشكل أفضل
  - سيعرف طبيب العائلة الحساسية والمشكلات الطبية الأخرى
  - سيعرف طبيب العائلة السلوكيات والأنماط الصحية الطبيعية لك
  - يستطيع طبيب العائلة الرد على أسئلتك حول العلاجات السابقة
- نوصي بطبيب عائلة لجميع أفراد الأسرة.

## خدمات الإحالة الذاتية

يمكنك الحصول على بعض الخدمات دون أن يحيلك مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك أو يرشح لك طبيب آخر. ويطلق على ذلك خدمات الإحالة الذاتية. ومن أمثلة الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون أن يحيلك مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك إلى طبيب آخر:

- رعاية الأسنان
- رعاية البصر
- خدمات الرعاية الروتينية والصحة الوقائية للنساء التي يقدمها اختصاصي صحة المرأة (اختصاصي أمراض النساء والتوليد وممرضة قابلة مجازة)
- العناية المتخصصة (باستثناء العلاج الكيميائي والخدمات المتخصصة لعلاج الألم)
- الرعاية الطارئة
- الخدمات التي يقدمها مُقدّم رعاية تنظيم الأسرة المؤهلين (QFPP)
- خدمات الصحة السلوكية، وخدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات
- الخدمات المقدمة في المراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FQHC)/العيادات الصحية في المناطق الريفية (RHC) وخدمات ممرضة ممارسة معتمدة
- غسيل الكلى
- العلاج الإشعاعي
- تصوير الثدي الشعاعي

يجب عليك التوجه إلى أحد مقدمي الخدمات التابعين لشبكة التغطية للحصول على جميع خدمات الإحالة الذاتية باستثناء الرعاية في حالة الطوارئ أو الحصول على الخدمات المقدمة في المراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (Federally Qualified Health Centers, FQHCs)/العيادات الصحية في المناطق الريفية (Rural Health Clinics, RHCs)، ومُقدّم رعاية تنظيم الأسرة المؤهلين (Qualified Family Planning Providers, QFPPs)، ومراكز العلاج المعتمدة من إدارة خدمات الصحة النفسية وعلاج الإدمان في ولاية Ohio (Ohio of Mental Health and Addiction Services, OhioMHAS)، والتي تُمثل مقدمي خدمات ضمن برنامج Medicaid. مُقدّم الرعاية المشاركون هم مُقدّمو الرعاية المسجلون في دليل مُقدّم الرعاية بخطة UnitedHealthcare Community Plan. سيضم دليل مُقدّم الرعاية أطباء متخصصين مثل أطباء الأورام، وأطباء أمراض النساء، وأطباء العيون، وأطباء الأسنان، والاختصاصيين النفسيين. في حالة عدم زيارة مُقدّم الرعاية المتابع لك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو توجه لزيارة موقعنا [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) لمعرفة إن كان مُقدّم الرعاية المتابع لك يقبل الآن خطة UnitedHealthcare Community Plan أم لا. ولضمان حصولك على أفضل رعاية، أخبر مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك بأي زيارات إحالة ذاتية لاختصاصيين ومُقدّمي رعاية آخرين. وبذلك، يمكن لمُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك المساعدة في تنسيق رعايتك الصحية. في حالة زيارة مُقدّم رعاية غير مشارك في خطة UnitedHealthcare Community Plan، فقد تتطلب هذه الخدمات تصريح مسبق.

## مُقَدِّمُو الرعاية خارج الشبكة

ويُطلق على مُقَدِّم الرعاية الذي لا يوجد في شبكة خطة UnitedHealthcare Community Plan مُقَدِّم رعاية خارج الشبكة. إذا توجهت إلى مُقَدِّم رعاية خارج الشبكة، فلن تتكفل UnitedHealthcare عادةً بتكاليف الرعاية ما لم تكن خدمة يتم تغطيتها تحت تنظيم الأسرة أو الطوارئ أو وافقت على تصريح مسبق منا. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017 (الهاتف النصي: 711). سنساعدك. كما يمكن لقسم خدمات الأعضاء تزويدك بقائمة من الاختصاصيين، بما في ذلك مُقَدِّم رعاية صحة نفسية.

## المزايا الإضافية للفئات المشمولة في توسيع الغطاء التأميني للبالغين

الخدمات المؤسسية، بشكل خاص مرفق الرعاية التمريضية ومرفق الرعاية المتوسطة للأفراد الذين يتمتعون بخدمات الإعاقة الذهنية (ICF-IID)، مشمولة بالتغطية الخاصة بالفئة المشمولة في توسيع الغطاء التأميني للبالغين دون حدود، عند الضرورة الطبية.

### خدمات مرفق الرعاية التمريضية (NF)

تسمح القاعدتان رقمًا: 5160-26-02، و5160-26-03 من القانون الإداري لولاية أوهايو (OAC) لإدارة برنامج Medicaid في ولاية أوهايو بالغاء تسجيل الأعضاء بناءً على الطلب المقدم لها. بالنسبة بالنسبة لفتني الأطفال والأسر المشمولين بالتغطية (CFC)، والمسنين والمكفوفين والمعاقين (ABD)، قد لا يتم تسجيل أعضاء خطة الرعاية المدارة بعد الشهر الثاني من الإقامة المستمرة في مرفق التمريض والمشمولين في برنامج الرسوم مقابل الخدمة (FFS) عند استيفاء شروط معينة. ومع ذلك، سيستمر تسجيل أعضاء امتيازات خطة الرعاية المدارة الإضافية الخاصة بالبالغين وسيظلون في برنامج الرعاية المدارة طوال فترة أي إقامة (إقامات) ضرورية طبيًا NF، طالما أنهم لا يزالون مؤهلون في فئة تمديد الغطاء التأميني لبرنامج Medicaid للبالغين. القبول في مؤسسة الرعاية طويلة المدى أو مؤسسات المعاقين عقليًا: إذا كنت على علم بأن عضو مشمول في تمديد الغطاء التأميني للبالغين قد أدخل في أحد مرافق الرعاية المتوسطة بالأفراد ذوي الإعاقة الذهنية (ICF-IIC) يُرجى الاتصال بقسم ODM فورًا. وسيعمل قسم ODM مع خطة الرعاية المدارة لتحديد الخطوات التالية للتغطية.

### خدمات الاختصاصي النفسي

لا توجد حدود للمنافع (المعروف أيضًا باسم "الحدود الصعبة") لخدمات الاختصاصي النفسي للبالغين؛ ويجب توفير خدمات الاختصاصي النفسي اللازمة طبيًا بدون حدود لجميع أعضاء فئة المنافع الإضافية للبالغين. لقد صُممت هذه المنافع بدون حدود صعبة لضمان الامتثال لمتطلبات القانون الفيدرالي للمساواة في الصحة النفسية وإنصاف المدمنين (MHPAEA).

## الحصول على رأي آخر

يُفصّل برأي آخر عندما تريد زيارة طبيب آخر لعلاج نفس المشكلة الصحية. يمكنك الحصول على رأي آخر من مزود شبكة لأي من المنافع التي يتم تغطيتها لك. ويرجع هذا الأمر إلى اختيارك. لست مضطراً للحصول على رأي آخر.

## التصاريح المسبقة

في بعض الحالات، يجب على مُقدّم الرعاية المتابع لك الحصول على إذن من الخطة الصحية قبل تقديم خدمة محددة لك. ويُطلق على ذلك التصريح المسبق. وتقع ضمن مسؤولية مُقدّم الرعاية المتابع لك. في حالة عدم الحصول على تصريح مسبق، فلن تتمكن من الحصول على تلك الخدمات.

### التصريح المسبق قد يكون ضرورياً

تشمل بعض الخدمات التي تحتاج للتصريح المسبق:

- دخول المستشفى
- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- بعض إجراءات التصوير للمريض غير المقيم في المستشفى، بما في ذلك التصوير بالرنين المغناطيسي، وصورة الأوعية بالرنين المغناطيسي (MRA)، والأشعة المقطعية المحوسبة، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)

## الرعاية المستمرة إذا غادر مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك شبكة الخطة

في بعض الأحيان يترك مُقدّم الرعاية الأولية الشبكة. وفي حالة حدوث ذلك لمُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك، ستستلم خطاباً منا نبليغك بذلك. وفي هذه الأحيان ستسدد لك خطة UnitedHealthcare Community Plan تكاليف الخدمات المشمولة بالتغطية من الأطباء لفترة وجيزة بعدما يغادرون من الشبكة. بإمكانك الحصول على الرعاية والعلاج المستمر عندما يغادر الطبيب المتابع لك الشبكة إذا كنت تتلقى العلاج لمشكلة طبية خطيرة. على سبيل المثال، يمكن أن تكون مؤهلاً للاستفادة من ذلك إذا كنت تحصل على علاج كيميائي لمرض السرطان، أو كنت حاملاً في ستة أشهر على الأقل عندما غادر الطبيب المتابع لحالتك الشبكة. لطلب ذلك، يُرجى الاتصال بالطبيب المتابع لك. اطلب منه تقديم تصريح للرعاية والعلاج المستمر من خطة UnitedHealthcare.

## خدمات النقل - في غير حالات الطوارئ

إذا كنت بحاجة إلى التوجه إلى مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك أو مُقدّم رعاية طبية آخر، فسندعمك المساعدة في ذلك. ستوفر لك خطة رحلة ذهاب فقط أو 15 رحلة ذهاب وإياب في السنة إلى ومن مُقدّم الرعاية الأولية 30 UnitedHealthcare Community Plan ، أو الصيدلية أو أي من الجهات الأخرى المشاركة في (WIC) المتابع لك، أو برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال الرعاية الصحية، أو مُقدّم الرعاية الصحية السلوكية، مثل طب العيون وطب الأسنان والصحة النفسية ومُقدّم رعاية مكافحة تعاطي المخدرات. يمكنك كذلك طلب المساعدة للوصول إلى زيارات إعادة تحديد برنامج Medicaid الخاصة بك.

بالإضافة إلى وسائل النقل المطلوبة، تقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات النقل الإضافية التالية:

- تتوفر خدمة استرداد التكاليف حسب الأميال المقطوعة الآن للأعضاء أو ممثلهم الذين يُفضّلون استخدام سيارتهم الخاصة للانتقال إلى المواعيد الطبية. يجب على الأعضاء الإخطار بمواعيد الانتقالات قبل 5 أيام من كل عملية انتقال.
- عمليات انتقال غير محدودة لمواعيد متابعة حالات الحمل ورعاية ما قبل الولادة وما بعد الولادة وبرنامج النساء والرضع والأطفال ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة (NICU) وزيارات الأطفال (الذين تقل أعمارهم عن عام واحد). لا داعي للإخطار المسبق. يسمح بعمليات الانتقال المستقلة إلى الصيدلية.

# المستشفيات وأقسام الطوارئ

## الرعاية الطارئة

يمكنك التوجه إلى عيادات الرعاية العاجلة عندما تحتاج لزيارة طبيب لحالة صحية غير مهددة للحياة لكن مُقَدَّم الرعاية الأولية المتابع لك غير متواجد أو وقع ذلك بعد مواعيد العمل بالعيادة. تشمل المشكلات الصحية الشائعة المثالية للرعاية العاجلة:

- التهاب الحلق
- عدوى الأذن
- الجروح أو الحروق البسيطة
- لقاح الأنفلونزا
- حمى خفيفة
- التواءات المفاصل

إذا كنت أو أي من أطفالك يعاني من مشكلة عاجلة، فاتصل بمُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أولاً. بإمكان طبيبك أن يساعدك على الحصول على الرعاية المناسبة. قد يوجهك الطبيب إلى الرعاية العاجلة أو قسم الطوارئ.

### التخطيط للمستقبل

من الجيد معرفة عيادة الرعاية العاجلة الأقرب لك. يمكن أن تجد قائمة بعيادات الرعاية العاجلة في دليل مُقدَّمي الرعاية. أو يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

## خدمات المستشفيات

قد تتطلب منك صحتك في بعض الأوقات التوجه إلى المستشفى. يوجد نمطان من خدمات المستشفى تشمل العيادة الداخلية والخارجية.

**خدمات العيادة الخارجية** تشمل الأشعة السينية والفحوص المخبرية والجراحات البسيطة. سيخبرك مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك إذا كنت بحاجة إلى خدمات العيادة الخارجية. أم لا. يمكن أن تساعدك عيادة الطبيب في تحديد موعد.

**خدمات العيادة الداخلية** تطلب منك البقاء بالمستشفى حتى الصباح. وتشمل هذه الخدمات الأمراض الخطيرة، والجراحات، والولادة.

### التوجه إلى المستشفى

ينبغي عليك التوجه إلى المستشفى فقط إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة أو إذا أخبرك الطبيب بالتوجه إليها.

26 هل لديك أسئلة؟ تفضّل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)

أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

تطلب منك خدمات العيادة الداخلية تسجيل الدخول بالمستشفى (ويُطلق عليها دخول المستشفى). ستتصل المستشفى بخطة UnitedHealthcare Community Plan وتطلب الموافقة لحصولك على الرعاية. إذا دخلت المستشفى عن طريق طبيب آخر غير مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك، فينبغي عليك الاتصال بمُقدّم الرعاية الأولية وإبلاغه بدخولك للمستشفى.

## رعاية الأسنان الطارئة

تغطي الخطة خدمات رعاية الأسنان الطارئة للتحكم في الألم أو النزيف أو العدوى.

## الخدمات الضرورية طبيًا

هي تلك الخدمات التي تعد:

- ضرورية للوقاية والتشخيص ومنع تفاقم المرض وتخفيف حدته، والتصحيح أو علاج الحالات الطبية التي تهدد الحياة، والتي تسبب المعاناة أو الألم، أو تسبب التشوه الجسدي أو الخلل، أو تهدد بالتسبب في حدوث عاهة أو تفاقمها، أو تؤدي إلى المرض UnitedHealthcare Community Plan أو العجز لأحد أعضاء خطة
- تُقدّم في المنشأة المناسبة وعلى المستوى المناسب من الرعاية لعلاج الحالة الطبية لعضو في خطة UnitedHealthcare Community Plan.
- تُقدّم وفقاً للمعايير المتعارف عليها في مجال الممارسة الطبية.

خدمات مركز الولادة الفورية في أحد مراكز الولادة الفورية. يجب على الأعضاء الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان هناك أي مراكز مؤهلة في ولاية Ohio.

يجب الحصول على خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا من خلال مقدمي الخدمات في شبكة مقدمي الخدمات التابعة لمؤسسة الرعاية المدارة (MCO) باستثناء خدمات الطوارئ.

إذا كان هناك عضو بحاجة إلى الحصول على خدمات المنشأة التمريضية، فيجب عليه الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على معلومات حول مُقدّمي الرعاية المتاحين.

تشمل مزايا الرعاية قصيرة الأمد الحصول على راحة قصيرة المدى أو مؤقتة من مقدم الرعاية الأولي للفرد تحت سن 21 عامًا: للمساعدة في إعداد وجبة والتدريب العملي على المساعدة المقدمة خلال فترة الراحة/الإشراف على الطفل؛ ويمكن تقديم الخدمات على أساس مخطط أو في حالات الطوارئ وفي منزل الطفل من قبل الأفراد العاملين في خطة Medicaid المسجلين الذين إما أن يكونوا وكالات صحة منزلية معتمدة طبيًا أو وكالات معتمدة بطريقة أخرى. لا يمكن توصيل الخدمات قصيرة الأمد من قبل أفراد الأسرة المسؤولين قانونيًا عن الطفل أو مقدمة الرعاية الحاضنة. يجب أن يكون مُقدّمو الرعاية متنبهين خلال توفير خدمات الراحة ولا يمكن توفيرها أثناء الليل. هناك حدود لا تزيد على 24 ساعة من الراحة كل شهر، ولا تزيد عن 250 ساعة في السنة الميلادية.

### استحقاق الأعضاء للمنافع قصيرة الأمد:

- الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 21 عاماً، وتم تحديد أنهم مؤهلون للحصول على دخل الضمان الاجتماعي (SSI)
  - المسجلون في برنامج إدارة الرعاية لمؤسسة الرعاية المدارة (MCO) لخطة Medicaid
  - المقيمون مع مقدمي الرعاية الأولية غير الرسمية، وغير المدفوعة
  - تحدها مؤسسة الرعاية المدارة لتلبية المستوى المؤسسي للرعاية
  - تحدها مؤسسة الرعاية المدارة لتتطلب التمريض الماهر أو خدمات إعادة التأهيل الماهر مرة واحدة في الأسبوع على الأقل
  - تلقي ما لا يقل عن 14 ساعة في الأسبوع من خدمات المساعدة الصحية المنزلية لمدة 6 أشهر متتالية على الأقل التي تسبق مباشرة تاريخ خدمات الراحة
  - قررت مؤسسة الرعاية المدارة أن مُقَدِّم الرعاية الأولية يحتاج إلى راحة مؤقتة من رعاية الطفل نتيجة للخدمات طويلة الأجل واحتياجات الدعم أو من أجل منع تقديم تنسيب مؤسسي أو من خارج المنزل
- يجب أن تحصل بعض الخدمات الضرورية طبيًا على تصريح مسبق قبل أن تتمكن من الحصول عليها. يُرجى الرجوع إلى صفحة 24 من هذا الدليل لمعرفة مزيد من المعلومات حول الحصول على تصريح مسبق.

## لا توجد تغطية طبية خارج الولايات المتحدة

إذا كنت خارج الولايات المتحدة أو أقاليمها وتحتاج للرعاية الطبية، فلن تغطي خطة UnitedHealthcare Community Plan أي خدمات طبية تحصل عليها خارج الولايات المتحدة Medicaid أي خدمات للرعاية الصحية التي تستفيد منها. لن تسدد خطة

### لا تنتظر

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة،  
فاتصل على الرقم 911 أو توجه  
إلى أقرب مستشفى.

دليل أعضاء  
**Medicaid** برنامج  
**Ohio** بولاية

# دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

## مرحبًا بك من ولاية Ohio

السيد عضو خطة UnitedHealthcare Community Plan:

مرحبًا بك في خطة UnitedHealthcare Community Plan. إذا واجهت أي مشكلة في قراءة هذه المعلومات أو فهمها، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة بالمجان. بوسعنا توضيح هذه المعلومات سواءً باللغة الإنجليزية أو بلغتك الرئيسية من خلال توفير خدمات الترجمة الفورية أو التحريرية. يمكننا أن نوفر لك هذه المعلومات مطبوعة بلغة غير الإنجليزية محددة كلغة أساسية للعضو. يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو تسجيلات صوتية أو المساعدات أو الخدمات المساعدة الأخرى للأشخاص ذوي الإعاقة. إذا كنت تعاني من ضعف في البصر أو السمع، فيمكننا تقديم مساعدة خاصة لك. ما عليك سوى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو عبر الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى الساعة 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة. الاتصال مجاني.

إذا كنت تعاني من حالة صحية تتطلب رعاية طبية مستمرة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء في أقرب وقت ممكن. على سبيل المثال: إذا كنت بحاجة إلى إجراء عملية جراحية؛ أو كنت حاملًا؛ أو إذا كنت تزور اختصاصيًا أو تتلقى علاجًا طبيعيًا أو خدمات صحية منزلية، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الفور.

مرفق طيه دليل الأعضاء. يمنحك دليل الأعضاء الكثير من المعلومات التي تحتاج إلى معرفتها بصفحتك أحد أعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan. من الأهمية بمكان قراءة هذه المواد.

ستساعدك المعلومات التالية في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال خطة UnitedHealthcare Community Plan:

- تسرد بطاقة هويتك اسم مُقَدِّم الرعاية الأولية المتابع لك ورقم هاتفه. سيتولى مُقَدِّم الرعاية الأولية المتابع لك تلبية معظم احتياجاتك من الرعاية الصحية. إذا كنت لا تريد مُقَدِّم الرعاية الأولية الوارد في بطاقة هويتك، فيجب عليك الاتصال بقسم خدمات أعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan لتغيير مُقَدِّم الرعاية الأولية المتابع لك. يجب أن يكون مُقَدِّم الرعاية الأولية المتابع لك جزءًا من شبكة مُقَدِّم الرعاية في خطة UnitedHealthcare Community Plan.
- يسرد دليل مُقَدِّم الرعاية أسماء مُقَدِّم الرعاية الذين هم جزء من شبكة مُقَدِّم الرعاية في خطة UnitedHealthcare Community Plan. سيتعين عليك زيارة مُقَدِّم الرعاية الذين هم جزء من شبكة مُقَدِّم الرعاية في خطة UnitedHealthcare Community Plan للحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية. يوضح لك كتيب الأعضاء كيفية الحصول على الخدمات من مُقَدِّم الرعاية هؤلاء. بإمكانك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على المساعدة.

## دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

• إذا كنت قد طلبت الحصول على دليل مطبوع لمُقدّمي الرعاية عند اتصالك بخط Medicaid الساخن لاختيار إحدى خطط الرعاية المدارة، فمن المقرر أن تستلم أيضًا ذلك الدليل في غضون الأيام القليلة القادمة. إذا لم تكن قد اتصلت بخط Medicaid الساخن للتسجيل وكان قد تم تعيينك في خطة UnitedHealthcare Community Plan، فيمكنك طلب دليل مطبوع لمُقدّمي الرعاية من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو عبر الهاتف النصي على الرقم **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين حتى الجمعة، أو إعادة البطاقة البريدية المرفقة. بإمكان الأعضاء أيضًا زيارة موقعنا الإلكتروني على [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) لعرض أحدث معلومات شبكة مُقدّمي الرعاية.

إذا لم تستلم العناصر الواردة أعلاه أو إذا كنت لا تفهم المعلومات الواردة، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لدينا في أقرب وقت ممكن للحصول على المساعدة.

إذا كان يجب عليك السفر لمسافة 30 ميلًا أو أكثر من منزلك للحصول على خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية، فستوفر لك خطة UnitedHealthcare Community Plan وسائل النقل اللازمة من وإلى عيادة مُقدّم الرعاية. بالإضافة إلى ذلك، نوفر أيضًا وسائل نقل من أجل بعض زيارات مُقدّمي الرعاية الأخرى كما هو موضح في دليل الأعضاء. عندما تكون عضوًا، فيمكنك الاتصال على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، قبل 48 ساعة على الأقل لتحديد مواعيد وسائل النقل اللازمة.

بالإضافة إلى المساعدة في النقل التي توفرها خطة UnitedHealthcare Community Plan، يمكن تلقي المساعدة في النقل لخدمات مُعيّنة من خلال إدارة المقاطعة المحلية لبرنامج النقل في الحالات غير الطارئة لخدمات الأسرة والعمل (NET). اتصل بإدارة المقاطعة لخدمات الأسرة والعمل لطرح الأسئلة والمساعدة بشأن خدمات النقل في الحالات غير الطارئة.

### العضوية الاختيارية في خطة الرعاية المدارة

- أعضاء القبيلة الهندية المنظمة فيدراليًا بصرف النظر عن العمر
- الأفراد الذين يحصلون على خدمات الإعفاء على أساس المنزل والمجتمع من خلال قسم إعاقات النمو في ولاية Ohio

### المستبعدون من عضوية خطة الرعاية المدارة

لا يُسمح للأفراد التاليين بالالتحاق بخطة UnitedHealthcare Community Plan:

- المؤهلون تأهيلًا مزدوجًا بموجب برنامجي Medicaid و Medicare
- المحجوزون في مؤسسة (في دار للرعاية وليست مؤهلة ضمن فئة تمديد الغطاء التأمين للبالغين ومؤسسة الرعاية طويلة المدى، مرافق الرعاية المتوسطة للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية (ICF/IID)، أو أي نوع آخر من المؤسسات)
- الذين يحصلون على خدمات الإعفاء بموجب خطة Medicaid وغير المؤهلين في فئة تمديد الغطاء التأميني للبالغين

إذا كنت ترى أنك أنت أو طفلك تستوفيان أيًا من المعايير المذكورة أعلاه ويجب ألا تصبحا أعضاء في خطة الرعاية المدارة، يتعين عليك الاتصال بخط Medicaid الساخن على الرقم **1-800-324-8680** (الهاتف النصي - **1-800-292-3572**). إذا تم استيفاء أي من المعايير المذكورة أعلاه، سيتم إنهاء عضوية خطة الرعاية المدارة.

إذا رودتلك أسئلة حول أي من المعلومات الواردة أعلاه أو أسئلة أخرى يمكننا مساعدتك في الإجابة عنها، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. يُسعدنا انضمامك إلينا كعضو، ونتطلع إلى التعاون معك من أجل تقديم رعاية صحية أفضل لك.

## دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

ATTENTION: If you do not speak English, language services, free of charge, are available to you. Call toll-free **1-800-895-2017**, TTY **711**, 7:00 a.m.–7:00 p.m., Monday–Friday.

Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-895-2017**. TTY **711**.

**Nepali** - तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क उपलब्ध छन्। टोल-फ्री नम्बर **1-800-895-2017**, TTY **711** मा फोन गर्नुहोस्।

**Somali** - Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Wac lambarka lacag la'aanta lagu waco **1-800-895-2017**. TTY **711**.

**Russian** - Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Звоните по бесплатному номеру **1-800-895-2017**. TTY **711**.

**Arabic** - إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية المتاحة إليك مجاناً. اتصل برقم: **1-800-895-2017** والهاتف النصي رقم: **711**.

إذا واجهتك أي مشكلة في قراءة هذه المعلومات أو أي معلومات أخرى تتعلق بخطة UnitedHealthcare Community Plan أو فهمها، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم المجاني **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحاً حتى الساعة 7:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة من دون أي تكلفة. بوسعنا توضيح هذه المعلومات سواءً باللغة الإنجليزية أو بلغتك الأم. يمكنك الحصول على هذا المستند مجاناً بتنسيقات أخرى مثل الطباعة بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو تسجيلات صوتية. اتصل على الرقم المجاني **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 7:00 صباحاً حتى 7:00 مساءً.

مرحباً بك في خطة UnitedHealthcare Community Plan. أنت الآن عضو في خطة الرعاية الصحية، والتي تُعرف أيضاً باسم خطة الرعاية المدارة (MCP). تُقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات الرعاية الصحية لسكان Ohio المؤهلين، بمن فيهم الأفراد ذوي الدخل المنخفض، والنساء الحوامل، والرُضع، والأطفال، والبالغين الأكبر سناً، والأشخاص ذوي الإعاقة. الهدف من المعلومات الواردة في دليل الأعضاء المائل أن تكون بمثابة دليل مرجعي تثقيفي سريع.

لا يجوز أن تمارس خطة UnitedHealthcare Community Plan التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الدين، أو النوع، أو التوجه الجنسي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الأصل القومي، أو حالة المحاربين القدماء، أو السلالة، أو الحالة الصحية، أو موقف الخدمة العسكرية، أو الهوية الجنسية، أو المعلومات الوراثية، أو الحاجة إلى الخدمات الصحية.

## دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

من المهم تذكّر أنه يجب عليك الحصول على الخدمات التي تشملها تغطية خطة UnitedHealthcare Community Plan من المشآت ومُقدّمي الرعاية الذين تشملهم شبكة خدمات خطة UnitedHealthcare Community Plan. يوافق مقدمو الخدمات في شبكة خدمات خطة UnitedHealthcare Community Plan على العمل بمقتضى خطتك الصحية لتوفير الرعاية اللازمة لك. راجع الصفحات من 59 إلى 65 للتعرف على معلومات حول الخدمات التي تغطيها خطة UnitedHealthcare Community Plan. لا يمكنك استخدام خدمات مُقدّمي الرعاية من خارج شبكة خدمات خطة UnitedHealthcare Community Plan إلا في الحالات التالية:

- خدمات الطوارئ
- المراكز الصحية المؤهلة فيديراليًا/العيادات الصحية في المناطق الريفية (RHC)
- مُقدّمو رعاية تنظيم الأسرة المؤهلون
- القابلات الممرضات المعتمدات أو ممارسات تمريض معتمدات
- موافقة المسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan على زيارة أحد مُقدّمي الخدمات من خارج شبكة المتعاقدين

يضع دليل مُقدّمي الرعاية قائمة بجميع مُقدّمي الرعاية الذين ينتمون إلى شبكتنا وكذلك مُقدّمي الرعاية من خارج الشبكة، والذين يمكنك الاستعانة بهم للحصول على الخدمات. من المفترض أن تكون قد حصلت على بطاقة بريدية تضم خيارًا لطلب . يمكنك طلب دليل مقدمي الخدمات المطبوع UnitedHealthcare Community Plan دليل مقدمي الرعاية التابعين لخطة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو عن طريق إعادة البطاقة البريدية التي تلقيتها مع مواد العضوية الجديدة الخاصة بك والتي تتضمن بطاقة تعريف العضو الخاصة بك. يسرد دليل مُقدّمي الرعاية كل مُقدّمي الرعاية الذين ينتمون إلى شبكتنا وكذلك مُقدّمي الرعاية الذين لا ينتمون إليها؛ إذ يمكنك الاستفادة منهم للحصول على الخدمات. كما يمكنك أيضًا زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) عرض أحدث معلومات شبكة مقدمي الخدمات أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى الساعة 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة.

## بطاقات الهوية

يجب أن تحصل على بطاقة هوية عضوية خطة UnitedHealthcare Community Plan. سيستلم كل عضو من أفراد أسرتك التحقق بخطة UnitedHealthcare Community Plan بطاقته. تحل هذه البطاقة محل بطاقة برنامج Medicaid الشهرية. تعد كل بطاقة جيدة طالما كان هذا الشخص عضوًا في خطة UnitedHealthcare Community Plan. لن تحصل على بطاقة جديدة كل شهر بخلاف بطاقة برنامج Medicaid.

إذا كنتِ حاملاً، فيتعين عليك إبلاغ خطة UnitedHealthcare Community Plan. كما يجب عليك الاتصال بمسؤولي الخطة عند ولادة طفلك حتى يمكنهم إرسال إليك بطاقة هوية جديدة لطفلك.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء في خطة UnitedHealthcare Community Plan في أقرب وقت ممكن على الرقم **1-800-895-2017** أو الهاتف النصي **711** إذا

- لم تستلم بطاقات تعريفك بعد، أو
- كانت أي من البيانات الموجودة في البطاقات غير صحيحة، أو
- إذا فقدت بطاقتك، أو
- رُزقت بمولود جديد

### احتفظ دائماً ببطاقات الهوية معك

ستحتاج لبطاقة هوية في كل مرة تحصل فيها على الخدمات الطبية. ويعني ذلك حاجتك لبطاقة هوية خطة UnitedHealthcare Community Plan في الحالات التالية:

- زيارة مُقَدِّم الرعاية الأولية
- زيارة اختصاصي أو مُقَدِّم رعاية آخر
- التوجه إلى قسم الطوارئ
- التوجه إلى مؤسسة للرعاية العاجلة
- التوجه إلى المستشفى لأي سبب
- الحصول على اللوازم الطبية
- الحصول على وصفة طبية
- إجراء الفحوص الطبية
- عمليات النقل محدَّدة المواعيد

### معلومات العضو الجديد

إذا كانت لديك خدمات رعاية صحية تمت الموافقة عليها أو تحديد موعدها بالفعل، فمن المهم أن تتصل بقسم خدمات الأعضاء فوراً. في بعض الحالات، ولفترة زمنية محددة بعد تسجيلك، قد يُسمح لك بتلقي الرعاية من مُقَدِّم رعاية طبية من خارج شبكة مُقَدِّم الرعاية الطبية المتعاقدين ضمن خطة UnitedHealthcare Community Plan. **يجب أن تتصل بالمسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan قبل أن تتلقى الرعاية.** إذا لم تتصل بنا، فقد لا يعد بمقدورك تلقي الرعاية الصحية أو قد لا يتم دفع المطالبة. على سبيل المثال، يجب عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك الخدمات التالية التي تمت الموافقة عليها بالفعل و/أو المقررة:

- زرع عضو، أو نخاع العظم، أو زرع الخلايا الجذعية المكونة للدم
- المرحلة الثالثة قبل الولادة (الحمل)، بما في ذلك الولادة
- جراحات داخل المستشفى/العيادات الخارجية
- موعد مع مُقَدِّم الرعاية الصحية الأولية أو مُقَدِّم خدمة متخصص
- العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي
- العلاج بعد الخروج من المستشفى في فترة 30 يوماً الأخيرة
- خدمات طب الأسنان أو البصر غير الروتينية (على سبيل المثال تقويم الأسنان أو الجراحة)
- المعدات الطبية (أمثلة: أسرة المستشفيات، والكراسي المتحركة الآلية، والأكسجين ومستلزمات التنفس المنزلية، ومستلزمات سلس البول، والتغذية المعوية ومستلزماتها)
- الخدمات التي تتلقاها في المنزل، بما في ذلك الرعاية الصحية، والعلاجات والتمريض في المنزل

بعد أن يتم تسجيلك، ستبلغك خطة UnitedHealthcare Community Plan ما إذا كانت أي من أدويةك الحالية تتطلب الحصول على تصريح بعد أن كانت لا تتطلب الحصول على تصريح مسبق عندما كان يتم سدادها من قبل خدمة Medicaid مقابل رسوم. من الأهمية بمكان أن تستعرض المعلومات التي توفرها خطة UnitedHealthcare Community Plan والاتصال بقسم خدمات الأعضاء بخطة UnitedHealthcare Community Plan إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكنك أيضًا البحث في موقع خطة UnitedHealthcare Community Plan الإلكتروني [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) لمعرفة ما إذا كان دواؤك (أدويةك) يتطلب الحصول على تصريح مسبق. قد تحتاج إلى المتابعة مع عيادة الطبيب القائم بوصف الأدوية لتقديم طلب للحصول على تصريح مسبق إلى خطة UnitedHealthcare Community Plan إذا لزم الأمر. إذا كان دواؤك (أدويةك) يتطلب الحصول على تصريح مسبق، فلا يمكنك الحصول على دوائك (أدويةك) حتى يقدم مُقدّم الرعاية الطبية المتابع لك طلبًا لخطة UnitedHealthcare Community Plan وتتم الموافقة عليه.

## الأدوية الموصوفة طبيًا

سيستخدم أعضاء مؤسسة الرعاية المدارة حلول Gainwell لمعالجة مطالبات الوصفات الطبية وعلبيهم الرجوع إلى دليل أعضاء Gainwell في الملحق (أ) من هذا الدليل للحصول على المساعدة.

## الخدمات التي لا تغطيها خطة

### UnitedHealthcare Community Plan

لن تسدد خطة UnitedHealthcare Community Plan تكاليف الخدمات أو اللوازم المستلمة التي لا تشملها خطة Medicaid:

- جميع الخدمات أو اللوازم التي ليست ضرورية طبيًا
- اختبار الأبوة
- خدمات اكتشاف سبب الوفاة (التشريح) أو الخدمات ذات الصلة بدراسات الطب الشرعي
- خدمات الانتحار بمساعدة الغير، المعرفة بخدمات لغرض التسبب، أو المساعدة للتسبب في وفاة إنسان

إذا كان لديك أي سؤال حول تغطية إحدى الخدمات، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً من يوم الإثنين إلى الجمعة.

## الخدمات التي لا تغطيها خطة UnitedHealthcare Community Plan ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية

سيضع المسؤولون عن خطة UnitedHealthcare Community Plan اللوائح وسيُجرون مراجعة الضرورة الطبية إذا لزم الأمر. لن تسدد خطة UnitedHealthcare Community Plan تكاليف الخدمات التالية التي لا يشملها برنامج Medicaid ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية:

- حالات الإجهاد إلا في حالة وجود اغتصاب مبلّغ عنه، أو زنا محارم، أو عندما يكون الإجهاد ضروريًا لإنقاذ حياة الأم
- خدمات الارتجاع البيولوجي
- الخدمات والإجراءات التجريبية، بما في ذلك الأدوية والمعدات، التي لا تشملها خطة Medicaid أو لا تتفق مع المعايير العرفية للممارسة
- خدمات علاج العقم لدى الذكور أو الإناث، بما في ذلك إبطال التعقيم الطوعي
- العلاج داخل المستشفى حتى التوقف عن تعاطي المخدرات و/أو الكحول (وتغطي خدمات إزالة السموم للمرضى المقيمين في المستشفى العام)
- الجراحة التجميلية التي ليست ضرورية طبيًا
- خدمات علاج السمّنة إلا إذا تقرر كونها ضرورية من الناحية الطبية
- خدمات يحددها برنامج Medicare أو جهة سداد خارجية أخرى بأنها ليست ضرورية طبيًا
- تقديم الاستشارات الجنسية أو التوعية بشأن الزواج
- التعقيم الطوعي إذا كان المريض أقل من 21 عامًا أو لا يمكنه الموافقة من الناحية القانونية على الإجراء

### القيود على التواتر

هذه ليست قائمة كاملة بالخدمات التي لا يشملها برنامج Medicaid أو خطة UnitedHealthcare Community Plan. ستراجع مؤسسة الرعاية المُدارة جميع طلبات الخدمات من مقدم الرعاية المتابع لك. إذا كان لديك أي سؤال حول ما إذا كانت إحدى الخدمات مغطاة أم لا، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً من يوم الإثنين إلى الجمعة.

## خدمات إدارة الرعاية

تقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات إدارة الرعاية.

- إذا كنت تعاني من حالة مرضية مزمنة مثل الربو أو السكري، فقد تستفيد من برنامجنا لإدارة الرعاية. ويمكن لموظفي خطة UnitedHealthcare Community Plan، بمن فيهم الممرضات ومديري الرعاية والعاملين في مجال التوعية، الاتصال بالعضو، إذا طلب أحد الأطباء إجراء مكالمة هاتفية، أو إذا طلب العضو إجراء مكالمة هاتفية، أو إذا رأت مؤسسة الرعاية المُدارة أن خدمات إدارة الرعاية قد تكون مفيدة للعضو. بالإضافة إلى ذلك، توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan إدارة الرعاية للأعضاء الذين يستخدمون الخدمات بمقدار أو بشكل متكرر يتجاوز الضرورة الطبية.

## دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

- قد يطرح موظفو خطة UnitedHealthcare Community Plan على العضو أسئلة لمعرفة المزيد من المعلومات عن حالته
- سيقدم موظفو خطة UnitedHealthcare Community Plan معلومات لمساعدة الأعضاء على فهم كيفية الاعتناء بأنفسهم وكيفية الوصول إلى الخدمات (بما في ذلك، الموارد المحلية)
- سيتحدث موظفو خطة UnitedHealthcare Community Plan إلى مقدم الرعاية الأولية للعضو ومقدمي الخدمات الآخرين لتنسيق الرعاية
- سيفحص موظفي UnitedHealthcare Community Plan صحتك، وتاريخك الاجتماعي والنفسي ونتأكد أن لدينا كل شيء جاهز. سيعمل فريق من الممرضات المسجلات والاختصاصيين الاجتماعيين معك وعائلتك ومقدم الرعاية الأولية المتابع لك، وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية والموارد المجتمعية لتصميم خطة رعاية لتلبية الاحتياجات الخاصة بك في الإعداد الأنسب لك.
- سنضع خطة مخصصة للرعاية على أساس احتياجاتك الفردية
- سننسق مع أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية ومقدمي الرعاية الصحية
- سنساعدك على التأكد من الحصول على الخدمات التي قد تحتاج إليها

يجب على الأعضاء الاتصال إذا كانت لديهم أي أسئلة حول خدمات إدارة الرعاية أو إذا كانوا يعتقدون أنهم سيستفيدون من خدمات إدارة الرعاية، اتصل بنا على الرقم 1-800-508-2581.

## خدمات الأعضاء

بإمكان قسم خدمات الأعضاء مساعدتك في الرد على الأسئلة أو الشكاوى. يشمل ذلك:

- فهم المزايا المستحقة لك
- الخدمات المشمولة بالتغطية
- المساعدة في العثور على مقدم خدمة
- أرقام الهواتف التي يجب الاتصال بها
- ساعات العمل
- كيفية الوصول إلى الرعاية المتخصصة أو الخدمات
- تغيير مقدمي الرعاية الأولية
- كيفية تقديم شكوى حول خطة الرعاية المُدارة/مقدمي الرعاية/التمييز
- كيفية تقديم تظلم أو التماس
- الوصول إلى المساعدة اللغوية
- إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فيمكننا أن نوفر لك مواد مترجمة مطبوعة.
- أو بإمكاننا أن نوفر لك مترجمًا فوريًا يساعدك في فهم هذه المواد
- يجب على الأعضاء الاتصال بقسم خدمات الأعضاء عندما يكون هناك تغيير في معلوماتهم الديموغرافية أو أصبح حاملاتٍ في حالة النساء

- المساعدة في العثور على مقدم خدمة
- تقديم شكوى بشأن خطة UnitedHealthcare Community Plan/مقدمي الخدمة/التميز

الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة.

## خدمات الصحة السلوكية، خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات

خدمات علاج الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات متوفرة.  
وتشمل هذه الخدمات:

- الخدمات الطبية
- علاج الإدمان بالأدوية
- الاختبارات النفسية
- تشمل خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات دعم التعافي المقدم من النظراء، والعلاج الجزئي في المستشفى، والرعاية المنزلية، وإدارة الحالة، والعيادات الخارجية المكثفة، وإدارة الانسحاب
- خدمات السلوك العلاجي
- إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي
- العلاج والدعم النفسي المجتمعي
- التقييم التشخيصي والتقدير
- العلاج النفسي والاستشارات
- التدخل وقت الأزمة
- خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية
- خدمات تريض الصحة السلوكية
- علاج للبالغين
- العلاج المجتمعي التأكيدي للبالغين
- خدمة الاستجابة الميدانية للأزمات السلوكية وتثبيت حالة المرضى (MRSS)
- علاج منزلي مكثف للأطفال/المراهقين

أنت تتمتع بتغطية تأمينية

من المهم أن تعرف إلى أين تتجه للحصول على المساعدة عند الحاجة. نحن هنا لمساعدة أعضائنا. تفضل زيارة [Liveandworkwell.com](http://Liveandworkwell.com) للتحدث بشكل صريح عن موضوعات الصحة العقلية.

### طريقة الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية المتاح على مدار 24 ساعة

يمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تعاني من أزمة. يمكنك التحدث إلى شخص ما على الفور ويمكننا مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. ما عليك سوى الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية المتاح على مدار 24 ساعة لدينا وهو 877-542-9236. هذا الاتصال مجاني. خط أزمات الصحة السلوكية متاح طوال اليوم وطوال الأسبوع على مدار العام. نوفر خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.

إذا احتجت إلى خدمات علاج الصحة النفسية و/أو اضطرابات تعاطي المخدرات، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. يمكنك أيضًا العثور على مقدمي الخدمة ضمن خطة UnitedHealthcare Community Plan على موقعنا الإلكتروني على الرابط [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) أو في دليل مقدمي الخدمة لدينا أو من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

## برنامج OhioRISE

برنامج مرونة Ohio من خلال الأنظمة المتكاملة والتميز (OhioRISE) هو برنامج رعاية مُدارة للشباب ذوي الاحتياجات الصحية السلوكية. يهدف برنامج OhioRISE إلى توسيع الوصول إلى الخدمات المنزلية والمجتمعية لضمان حصول أعضاء برنامج OhioRISE وأسرهم على الأدوات التي يحتاجون إليها لتوجيه تفاعلاتهم مع أنظمة متعددة مثل المثلث المثلث أمام محاكم الأحداث، وحماية الأطفال، والإعاقات التنموية، والصحة العقلية والإدمان، والتعليم، وغيرها. سيحتفظ الشخص المُسجّل في برنامج OhioRISE أيضًا بتسجيله في خدمات الرعاية المُدارة للحصول على مزايا الصحة البدنية.

### الأهلية لبرنامج OhioRISE:

- التسجيل في برنامج Medicaid بولاية Ohio
- يكون العمر أقل من 21 عامًا
- تلبية الحد الأدنى من الاحتياجات الوظيفية للرعاية الصحية السلوكية، على النحو المحدد في تقييم احتياجات ومكامن قوة الأطفال والمراهقين (CANS)

### خدمات برنامج OhioRISE:

- بالإضافة إلى خدمات الصحة السلوكية المتاحة بالفعل من خلال برنامج Medicaid، فإن برنامج OhioRISE يقدم الخدمات التالية:
- تنسيق الرعاية الذي يحدده تقييم احتياجات ومكامن قوة الأطفال والمراهقين (CANS)
  - سيتم أيضًا إشراك مؤسسة الرعاية المُدارة الخاصة بك في إدارة رعايتك
  - العلاج المنزلي المكثف (IHBT)
  - الراحة الصحية السلوكية
  - خدمات الدعم الشامل
  - منشأة العلاج النفسي الداخلية (PRTF): متاحة في أكتوبر 2023

• تقييم احتياجات ومكامن قوة الأطفال والمراهقين (CANS) لمبادرة أطفال Ohio. تقييم احتياجات ومكامن قوة الأطفال والمراهقين (CANS) لمبادرة أطفال Ohio هي أداة تُستخدم لتحديد أهليتك للانضمام إلى برنامج OhioRISE والمساعدة في تنسيق رعايتك. فهي تجمع قصتك أنت وعائلتك لفهم احتياجاتك ومكامن قوتك، ولمساعدتنا في تحديد أفضل طرق تقديم المساعدة. يخضع تقييم احتياجات ومكامن قوة الأطفال والمراهقين (CANS) لمبادرة أطفال Ohio للتحديث بانتظام من أجل المساعدة في التخطيط المستمر للرعاية.

للمزيد من المعلومات حول خدمات برنامج OhioRISE، يُرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء خطة Aetna Better Health of Ohio على الرقم 833-711-0773، والهاتف النصي 711.

### برنامج الخدمات المنسقة

توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan إدارة الرعاية للأعضاء الذين يستخدمون الخدمات بمقدار أو بشكل متكرر يتجاوز الضرورة الطبية. ويتم ذلك للتحقق من حصولك على جودة عالية، ورعاية صحية منسقة. إذا تم اختيارك لتكون جزءاً من هذا البرنامج، فسيتم تنسيق رعايتك مع مدير رعاية. بمجرد تسجيلك في البرنامج، سيتواصل معك مدير الرعاية الذي تم تعيينه لك.

إذا كنت جزءاً من البرنامج، فستحصل على خطاب يطلب منك اختيار الصيدلية ومقدم الرعاية الأولية المتابع لك. إذا لم تختَر صيدلية في غضون 30 يوماً من تاريخ إرسال الخطاب بالبريد، فستتولى خطة UnitedHealthcare Community Plan اختيار صيدلية في الشبكة استناداً إلى ما يلي:

- الصيدلية التي توجهت إليها من قبل
- عمل الصيدلية على مدار 24 ساعة، إن أمكن
- قرب الصيدلية من منزلك

باستثناء حالات الطوارئ أو الخدمات ما بعد ساعات العمل، إن أعضاء برنامج الخدمات المنسقة (CSP):

- عليهم التعامل مع صيدلية واحدة لصرف وصفاتهم الطبية
- يمكن أن يُعهد إليهم بمقدم رعاية أولية واحد، وهو الذي سينسق الرعاية مع مقدمي الرعاية الآخرين

يمكنهم طلب تغيير صيدليتهم أو مقدم الرعاية الأولية المتابع لهم في ظل ظروف محدودة.

قبل تاريخ بدء العمل مع هذا البرنامج، ستحصل على بطاقة هوية جديدة التي ستدرج الصيدلية ومقدم الرعاية الأولية المتابع لك. إذا احتجت إلى تغيير الصيدلية ببساطة هويتك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. سيتم استعراض طلبات إجراء تغييرات الصيدلية على أساس فردي.

سيحصل الذين تم اختيارهم للبرنامج على مزيد من التفاصيل عن طريق البريد، وسيتم إخطارهم بحقهم في جلسة استماع للحالة.

### اختبارات ولقاحات كوفيد

ستغطي خطة UnitedHealthcare Community Plan جميع اختبارات وعلاجات ولقاحات كوفيد-19 التي يغطيها برنامج Medicaid، دون أي تكلفة عليك.

يمكن العثور على مواقع اختبار كوفيد على الإنترنت على الرابط:

<https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers>.

طورت وزارة الصحة بولاية Ohio (ODH) أداة بحث لسكان ولاية Ohio لاستخدامها في العثور على موفر لقاحات. يمكن البحث في الدليل حسب المقاطعة والرمز البريدي ويعرض الدليل مقدمي الخدمات الذين يتلقون شحنات لقاحات كوفيد حاليًا. يمكنك الحصول على معلومات والتعرف على مواقع التطعيم على <https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/> أو عن طريق الاتصال بوزارة الصحة بولاية Ohio على الرقم المجاني 833-427-5634.

يمكن أن تساعدك خطة UnitedHealthcare Community Plan في العثور على موقع للاختبار أو التطعيم في مجتمعك. كما يمكنك أن تساعدك في تحديد المواعيد والانتقال إلى الموعد. تواصل مع الخطة الخاصة بك من خلال [www.uhccommunityplan.com](http://www.uhccommunityplan.com) عبر الهاتف على: قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017 أو الهاتف النصي 711 أو خط التمريض المتوفر على مدار الساعة على الرقم 1-800-542-8630 أو الهاتف النصي 1-800-855-2880.

تقدم وزارة الصحة بولاية Ohio تحديثات التطعيم المنتظمة على مراحل الأهلية على:

<https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program>.

### برنامج Healthchek

يوفر برنامج Healthchek مزايا الفحص المبكر والدوري، والتشخيص والعلاج (EPSDT) في ولاية Ohio. يغطي برنامج Healthchek الفحوصات الطبية، والتطعيمات (الحقن)، والتوعية الصحية، والفحوص المخبرية للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا. تتم هذه الفحوصات للتأكد من تمتع الأطفال بصحة جيدة ونموهم جسديًا ونفسيًا. يجب أن تخضع الأمهات لفحوصات ما قبل الولادة ويجب أن يخضع الأطفال للفحوصات عند الولادة، وعند عمر من 3 – 5 أيام، وعند عمر شهر، وشهرين، و4 أشهر، و6 أشهر، و9 أشهر، و12 شهرًا، و15 شهرًا، و18 شهرًا، و24 شهرًا، و30 شهرًا. بعد ذلك، يجب أن يخضع الأطفال لفحص واحد على الأقل في السنة.

كما يغطي برنامج Healthchek الفحوص الطبية، والبصر، والأسنان، والسمع، والغذائية والإنمائية، والصحة السلوكية، بالإضافة إلى الرعاية الأخرى لعلاج المشكلات الجسدية أو السلوكية أو غيرها من الحالات التي تُكتشف أثناء الفحص. قد تتطلب بعض الاختبارات وخدمات العلاج الحصول على إذن مسبق.

إن خدمة Healthchek متاحة من دون تحميل الأعضاء أي تكلفة وتشمل:

- الفحوص الوقائية لحديثي الولادة والرضع، والأطفال، والمراهقين، والشباب الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا
- فحوص Healthchek:
  - الفحوص الطبية (الفحوص الجسدية وفحوص النمو)
  - فحوص البصر
  - فحوص الأسنان
  - فحوص السمع
  - فحوص التغذية
  - فحوص النمو
  - فحص تركيز الرصاص
- الفحوص المخبرية (الفحوص المناسبة للسن والجنس)
- التطعيمات
- رعاية المتابعة اللازمة طبياً لعلاج المشكلات الصحية القائمة، أو ما يُكتشَف أثناء الفحص. هذا قد يشمل، على سبيل المثال:
  - الزيارات إلى أحد مُقدّمي الرعاية الصحية الأولية، والاختصاصيين، وأطباء الأسنان، وأطباء العيون، وغيرهم من مُقدّمي الرعاية الطبية التابعين لخطة UnitedHealthcare Community Plan للتشخيص وعلاج المشكلات
  - الرعاية في العيادات الداخلية والخارجية
  - زيارات العيادة
  - الأدوية الموصوفة طبياً
- التوعية الصحية

من المهم جدًا إجراء الفحوص الوقائية واختبارات المسح حتى يتمكن مقدمو الرعاية من اكتشاف أي مشكلات صحية مبكرًا. وبهذه الطريقة يمكن لمقدم الرعاية المتابع لك معالجتها، أو الإحالة إلى اختصاصي لتقديم العلاج، قبل أن تصبح المشكلة أكثر خطورة. تذكر: قد تتطلب بعض الخدمات إحالة من مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك أو الحصول على تصريح مسبق من المسؤولين عن خطة **UnitedHealthcare Community Plan**. وكذلك، فبالنسبة لبعض عناصر أو خدمات الفحص المبكر والدوري، والتشخيص والعلاج، قد يطلب مُقدّم الرعاية الصحية المتابع لك الحصول على إذن مسبق حتى يتسنى لخطة UnitedHealthcare Community Plan أن تُغطي الأشياء التي تخضع إلى حدود أو التي لا تتم تغطيتها للأعضاء فوق سن 20 عامًا. يُرجى مراجعة صفحة 24 لمعرفة ما الخدمات التي تتطلب إحالة أو الحصول على تصريح مسبق.

كجزء من برنامج Healthchek، تكون خدمات إدارة الرعاية متاحة لجميع الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، والذين لديهم احتياجات رعاية صحية خاصة. يُرجى مراجعة صفحة 36 لمعرفة المزيد عن خدمات إدارة الرعاية التي تقدمها خطة UnitedHealthcare Community Plan.

يستطيع العضو الحصول على خدمات Healthchek عن طريق:

- الاتصال بمُقدِّم الرعاية الصحية المتابع لك وطبيب الأسنان المتابع لك لتحديد مواعيد للفحوص الدورية (مع التأكد من طلب فحص Healthchek عند الاتصال بمُقدِّم الرعاية الصحية).
- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء في خطة UnitedHealthcare Community Plan إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على الرعاية، بما في ذلك العثور على مُقدِّم رعاية أو تحديد موعد؛ والخدمات المشمولة؛ (Women, Infants, and Children, WIC) ووسائل النقل؛ وإذن مسبق؛ وإحالات برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH)، مكتب خدمات الأطفال ذوي الإعاقات الطبية Help Me Grow، و (OB/GYN)، أو طب الأسرة (ممارس عام)، أو طب الباطنة، أو طب الأطفال.

### اختيار مُقدِّم الرعاية الأولية

يجب على كل شخص ينضم إلى خطة UnitedHealthcare Community Plan اختيار مُقدِّم الرعاية الأولية من دليل مُقدِّم الرعاية الأولية لخطة UnitedHealthcare Community Plan. مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك هو مقدم خدمة خاص أو مجموعة مقدمي خدمات في عيادة أو ممارسة تريض متقدمة أو مجموعة ممارسات تريض متقدم في أمراض النساء/التوليد (OB/GYN)، أو طب الأسرة (ممارس عام)، أو طب الباطنة، أو طب الأطفال.

سيعمل معك مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك لتوجيه رعايتك الصحية. سيتولى مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك عمل الفحوصات، وإعطاء التطعيمات، وعلاجك بما يُلبِّي معظم احتياجاتك من الرعاية الصحية الروتينية. إذا اقتضت الحاجة، سيحوِّلك مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك إلى غيره من مُقدِّمي الرعاية، أو لاختصاصيين، أو يُدخلك إلى المستشفى.

يمكنك الوصول إلى مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك عن طريق الاتصال بعيادته. قد جرى طباعة اسم مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك ورقم هاتفه على بطاقة هوية عضويتك لخطة UnitedHealthcare Community Plan.

### تغيير طبيب الرعاية الأولية المتابع لك

إذا أردت تغيير مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك، فيجب عليك في البداية الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب التغيير. يمكن للأعضاء تغيير مُقدِّم الرعاية الأولية المتابعين لهم شهريًا. يمكن لك تغيير مُقدِّم الرعاية الأولية في أي وقت. وستسري تغييرات مُقدِّم الرعاية الأولية التي تتم في الشهر الأول من العضوية في نفس تاريخ الطلب. إذا طلبت تغيير مُقدِّم الرعاية الأولية بعد الشهر الأول من عضويتك، فسيسري التغيير في أول يوم من الشهر التالي.

ترسل لك خطة UnitedHealthcare Community Plan بطاقة هوية جديدة لاطلاعتك على مُقدِّم الرعاية الأولية الذي تم تغييره والموعد الذي تستطيع فيه زيارة مُقدِّم الرعاية الأولية الجديد.

لمعرفة اسم مقدمي الرعاية الأولية في خطة UnitedHealthcare Community Plan، يمكنك البحث في دليل مقدمي الرعاية إذا طلبت نسخة مطبوعة، أو على موقعنا الإلكتروني على [www.uhc.com/communityplan/](http://www.uhc.com/communityplan/) **ohio/plans/medicaid/community-plan**، أو يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء في خطة UnitedHealthcare Community Plan على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.  
تساعدنا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية أولية مناسب لك ضمن الشبكة.

## خدمات الرعاية الصحية عن بُعد

الخدمات الصحية عن بُعد هي تقديم الرعاية الصحية مباشرة عبر الصوت و/أو الفيديو. بدلاً من القدوم إلى العيادة في المواعيد المحددة، يمكنك البقاء في منزلك أو مكتبك واستخدام هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي أو حاسوبك الشخصي لرؤية اختصاصيي الرعاية الصحية والصحة السلوكية والتحدث إليه. لا توجد أي تكلفة على أعضاء برنامج Medicaid لاستخدام الخدمات الصحية عن بُعد، كما أن الخدمات الصحية عن بُعد تزيل ضغوط الحاجة إلى خدمات النقل.

يمكن لأعضاء برنامج Medicaid رؤية اختصاصيي الرعاية الصحية والصحة والسلوكية عبر الخدمات الصحية عن بُعد للعديد من الأمراض والإصابات والحالات الصحية الشائعة ومواعيد المتابعة والفحوصات بالإضافة إلى وصف الدواء (الأدوية).

تواصل مع مقدم الرعاية الصحية المتابع لك لمعرفة ما إذا كان يقدم الخدمات الصحية عن بُعد.

## حقوق العضوية

بصفتك عضوًا في خطة UnitedHealthcare Community Plan، فأنت تتمتع بالحقوق التالية:

- الحصول على جميع المعلومات والخدمات التي يجب أن تقدمها خطة UnitedHealthcare Community Plan
- المعاملة باحترام فيما يتعلق بالكرامة والخصوصية
- التأكد من أن معلومات سجلك الطبي ستبقى سرية
- منحك معلومات عن صحتك. قد تكون هذه المعلومات أيضًا متاحة لشخص كنت قد وافقت من الناحية القانونية على حصوله على هذه المعلومات أو الذي منحه حق الوصول إليها في حالات الطوارئ عندما لا يكون في مصلحة صحتك أن تعطى هذه المعلومات.
- المشاركة مع مقدمي الخدمات في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية
- القدرة على المشاركة في القرارات المتعلقة برعايتك الصحية طالما كانت القرارات في مصلحتك الفضلى
- الحصول على معلومات عن أي علاج ورعاية طبية تعطى إليك بطريقة يمكنك اتباعها
- التأكد من أن الآخرين لا يمكنهم سماعك أو رؤيتك عند حصولك على الرعاية الطبية
- عند تعرضك لأي شكل من أشكال ضبط النفس أو العزلة المستخدمة كوسيلة للقوة، والانضباط، والسهولة، أو الانتقام كما هو محدد في الأنظمة الاتحادية
- طلب نسخة من سجلاتك الطبية والحصول عليها، وأن تكون قادرًا على طلب تغيير/تصحيح السجل إذا لزم الأمر
- الموافقة أو الرفض على تقديم أي معلومات عنك إلا إذا كان ذلك مفروضًا على خطة UnitedHealthcare Community Plan بموجب القانون

- رفض العلاج أو المداواة. عند الرفض، يتعين على مُقدم الرعاية أو المسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan التحدّث إليك عما يمكن أن يحدث ويجب وضع ملاحظة في سجلك الطبي حول هذا الموضوع.
- تقديم التماس، أو تظلم (شكوى) أو طلب عقد جلسة استماع رسمية. انظر صفحة 47 من هذا الدليل لمعرفة المزيد.
- الحصول على جميع معلومات الأعضاء المكتوبة من UnitedHealthcare Community Plan:
  - من دون أن تتحمل أي تكلفة
  - باللغات المنتشرة غير الإنجليزية للأعضاء في منطقة خدمة خطة UnitedHealthcare Community Plan
  - خدمات الترجمة الفورية أو التحريرية
  - معلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة
  - المساعدات أو الخدمات الإضافية للأشخاص ذوي الإعاقة
  - بطرق أخرى، لتقديم المساعدة عندما يقتضي الأمر توفير احتياجات خاصة للأعضاء الذين لديهم صعوبة في قراءة المعلومات لأي سبب من الأسباب
- الحصول على مساعدة مجانية من خطة UnitedHealthcare Community Plan ومُقدّم الرعاية الطبية لديها إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية أو كنت بحاجة إلى مساعدة في فهم المعلومات
- القدرة على الحصول على مساعدة في لغة الإشارة إذا كنت من ضعاف السمع
- إبلاغك إذا كان مُقدّم الرعاية الصحية طالبًا وتكون قادرًا على رفض تلقي الرعاية منه
- إبلاغك بأي رعاية تجريبية، وأن تكون قادرًا على أن ترفض أن تكون جزءًا من الرعاية
- عمل التوجيهات المسبقة (وصية الحياة). انظر صفحة 73 لمعرفة المزيد عن التوجيهات المسبقة.
- تقديم أي شكوى حول عدم اتباع التوجيهات المسبقة الصادرة عنك لدى إدارة الصحة بولاية Ohio
- الحق في مناقشة خيارات العلاج الضرورية طبيًا لحالتك، بغض النظر عن التكلفة أو تغطية المزايا
- الحق في تقديم توصيات بشأن حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة
- المعرفة أن خطة الرعاية المدارة يجب أن تراجع وتحل جميع المظالم بالسرعة التي تتطلبها الحالة الصحية للعضو. يجب أن تستوفي قرارات التظلم، بما في ذلك إخطار الأعضاء، الأطر الزمنية التالية:
  - (أ) في غضون يومين عمل من الاستلام إذا كان التظلم بشأن عدم إمكانية الحصول على الرعاية الطبية
  - (ب) في غضون 30 يومًا لجميع التظلمات الأخرى فيما عدا التظلمات من فواتير الرعاية التي تتسلمها
  - (ج) في غضون ستين يومًا ميلاديًا للتظلمات بشأن فاتورة نظير الرعاية التي تلقيتها

- لتغيير مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك إلى مُقدّم رعاية أولية آخر تابع لشبكة مُقدّمي الرعاية بخطة UnitedHealthcare Community Plan، يجب أن يُرسل لك المسؤولون عن خطة UnitedHealthcare Community Plan شهرياً على الأقل في صورة خطية ما يوضح من هو مُقدّم الرعاية الأولية الجديد وتاريخ بدء التغيير
  - يكون لك مطلق الحرية في تنفيذ حقوقك ومعرفة أنّ خطة UnitedHealthcare Community Plan، أو مُقدّمي الرعاية الطبية في خطة UnitedHealthcare Community Plan، أو إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio لن تأخذ هذه النقطة عليك
  - معرفة أنّ خطة UnitedHealthcare Community Plan يجب أن تتبع جميع القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات، وغيرها من القوانين المنطبقة بشأن الخصوصية
  - اختيار مُقدّم الرعاية الطبية الذي يقدم لك الرعاية كلما كان ذلك ممكناً ومناسباً
  - إذا كنتِ أنثى، فيجب أن تكوني قادرة على الذهاب إلى مُقدّم الرعاية الصحية للمرأة ضمن شبكة UnitedHealthcare Community Plan لخدمات الرعاية الصحية بالنساء المشمولة في التغطية
  - استخدام أي مستشفى أو مكان آخر مناسب للخدمات الطارئة
  - الحصول على رأي ثانٍ من مُقدّم رعاية طبية مؤهل تابع لشبكة خطة UnitedHealthcare Community Plan. إذا كان مُقدّم الرعاية الصحية المؤهل غير قادر على رؤيتك، فيتعين على المسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan مع مُقدّم رعاية صحية ليس مدرجاً في شبكتنا
  - الحصول منّا على معلومات حول خطة UnitedHealthcare Community Plan
  - الاتصال بإدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio أو مكتب الحقوق المدنية بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة أو كليهما على العناوين أدناه لتقديم أي شكوى ضد التمييز على أساس الإثنية، أو الدين، أو النوع، أو الهوية الجنسية، أو التوجه الجنسي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الأصل القومي، أو حالة الخدمة العسكرية، أو المعلومات الوراثية، أو السلالة، أو الوضع الصحي، أو الحاجة إلى الخدمات الصحية
- The Ohio Department of Medicaid  
Office of Human Resources, Employee Relations  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709  
ODM: [EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov](mailto:EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov) البريد الإلكتروني  
الفاكس: 614-644-1434  
Office for Civil Rights  
United States Department of Health and Human Services  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, Illinois 60601  
الهاتف: 312-886-2359، الهاتف النصي 312-353-5693

## كيفية إخطار المسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan بأنك غير راضٍ أو لا توافق على قرار قد تم اتخاذه – التظلمات والالتماسات

إذا كنت غير راضٍ عن خطة UnitedHealthcare Community Plan أو مُقَدِّمي الرعاية الصحية لدينا، أو لا توافق على قرار اتخذناه، فاتصل بنا في أقرب وقت ممكن. يمكنك الاتصال بنا بشخصك أو من خلال أي شخص تختاره ليتحدث نيابةً عنك. إذا كنت ترغب في اختيار شخص ما ليتحدث نيابةً عنك، فعليك إخطارنا بذلك. خطة UnitedHealthcare Community Plan تريد مساعدتك. يمكنك الاتصال بنا من خلال:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، أو
- استكمال النموذج المرفق بدليل العضو، أو
- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب نسخة مطبوعة، أو
- زيارة موقعنا الإلكتروني **myuhc.com/CommunityPlan**، أو
- إرسال خطاب لنا تطلعنا فيه على ما تعتبره غير مرضي. تأكد من كتابة الاسم الأول والأخير ورقم بطاقة عضويتك في خطة UnitedHealthcare Community Plan وعنوانك ورقم هاتفك على الخطاب حتى يمكننا الاتصال بك، عند اللزوم. يجب عليك أيضًا إرسال جميع المعلومات التي تساعدنا على فهم مشكلتك.

يُرجى إرسال النموذج أو الخطاب إلى:

UnitedHealthcare Community Plan  
Grievances and Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364

سترسل خطة UnitedHealthcare Community Plan إخطارًا خطيًا في حالة توصلنا إلى قرار يتضمن ما يلي:

- رفض طلب تقديم الخدمة.
- تخفيض الخدمة، أو تعليقها، أو وقفها لحين الحصول على جميع الخدمات التي توافق عليها؛
- رفض سداد مدفوعات الخدمات التي تلقيتها والتي لا تندرج ضمن مجموعة خدمات خطة UnitedHealthcare Community Plan.

كما سنرسل لك إخطارًا كتابيًا أيضًا إذا لم نستطع:

- اتخاذ قرار حول ما إذا كنا سنغطي إحدى الخدمات التي طلبتها إليك، أو
- الرد على أمرٍ ما أبلغتنا إنك كنت غير راضٍ عنه.

### الظنون

إذا كنت لا توافق على القرار/الإجراء المدرج بنص الخطاب، وتم إخطارنا بذلك في خلال 60 يومًا تقويميًا وتريد أن تتقدم بطلب لتغيير القرار/الإجراء، فإن ذلك يسمى التماسًا. تبدأ الفترة المحددة بـ 60 يومًا اعتبارًا من اليوم التالي لتاريخ إرسال الخطاب. إذا قررنا تخفيض الخدمات، أو تعليقها، أو إيقافها قبل أن تتلقى جميع الخدمات التي تمت الموافقة عليها، فسيطلعك الخطاب على الطريقة التي يمكنك من خلالها الاستمرار في الحصول على الخدمات إذا اخترت ذلك، ومتى يكون عليك السداد مقابل الحصول عليها.

إذا لم نخبرك بتاريخ آخر، فسنرسل إليك ردًا على الالتماس خطيًا في غضون 15 يومًا تقويميًا اعتبارًا من تاريخ اتصالك بنا. إذا لم نغيّر قرارنا أو إجراءنا نتيجة للالتماس الذي تقدمت به، فسوف نبلغك بحقك في طلب عقد جلسة استماع رسمية. لا يجوز لك طلب جلسة استماع رسمية إلا بعد اجتياز عملية الالتماس في خطة **UnitedHealthcare Community Plan**.

### التظلم

في حالة الاتصال بنا لأنك غير راضٍ عن شيء يتعلق بخطة UnitedHealthcare Community Plan أو مُقدّم الرعاية فهذا ما يسمى بالتظلم. يردّ المسؤولون عن خطة UnitedHealthcare Community Plan على التظلم هاتفياً (أو عن طريق البريد الإلكتروني إذا لم نستطع الوصول إليك هاتفياً) في غضون الأُطر الزمنية التالية:

- يوماً عمل وذلك بالنسبة للتظلمات المرسلّة بشأن عدم إمكانية الحصول على الرعاية الطبية
- 30 يوماً لجميع التظلمات الأخرى فيما عدا التظلمات من فواتير الرعاية التي تتسلمها
- 60 يوماً للتظلمات من فواتير الرعاية التي تتسلمها

إذا احتجنا إلى مزيد من الوقت لاتخاذ قرار بشأن الالتماس أو التظلم، فسنرسل لك خطابًا لنخبرك بأننا بحاجة إلى ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. وسيوضح لك هذا الخطاب أيضًا سبب احتياجنا إلى مزيد من الوقت. إذا كنت تعتقد أننا بحاجة إلى مزيد من الوقت لاتخاذ قرار بشأن التماسك أو تظلمك، فيمكنك أيضًا أن تطلب منا مدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا.

يحق لك أيضًا تقديم شكوى في أي وقت عن طريق:

Ohio Department of Insurance

Bureau of Managed Care Compliance and Oversight  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709

1-800-686-1526

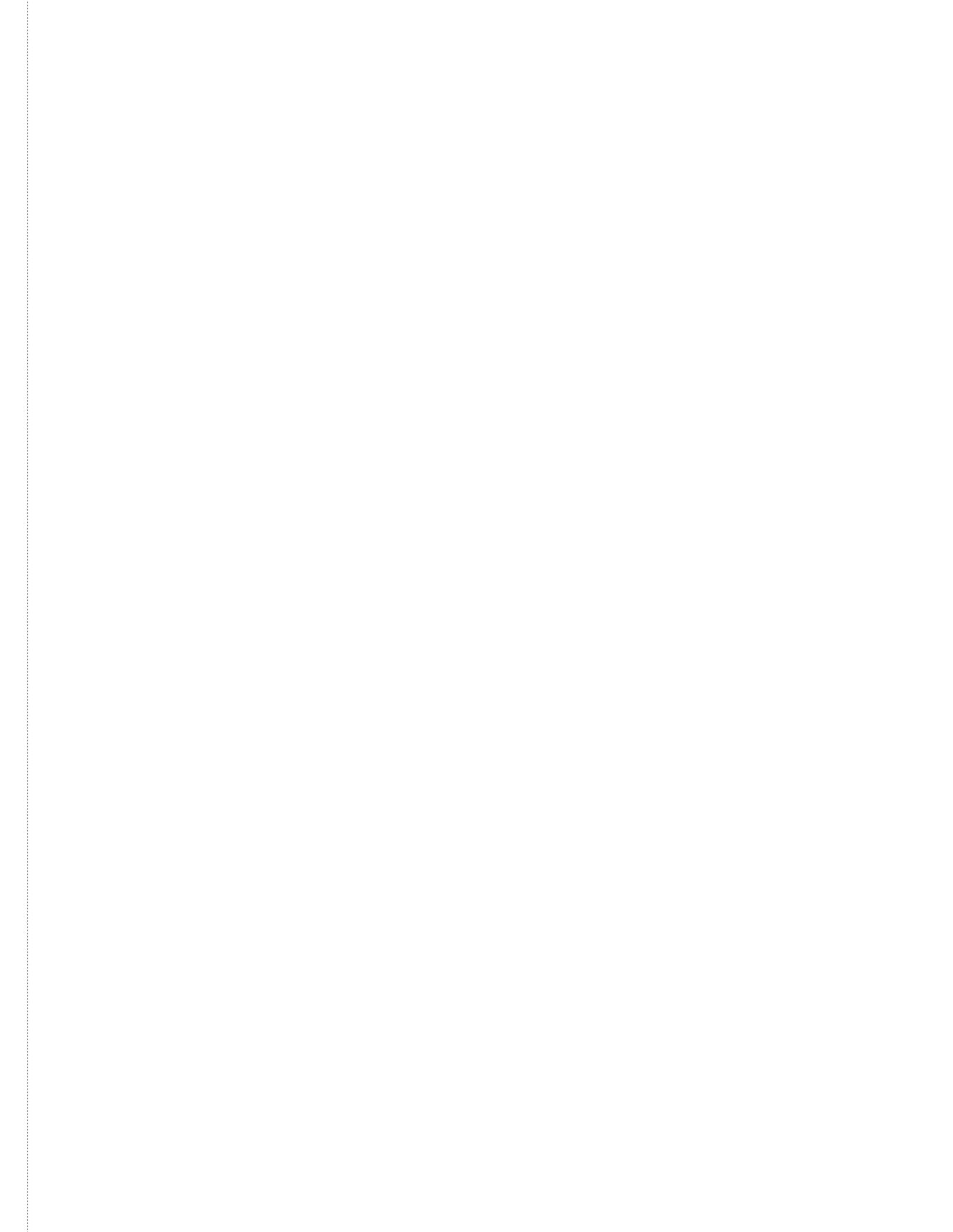
Ohio Department of Medicaid

50 W. Town Street  
3<sup>rd</sup> Floor – Suite 300  
Columbus, Ohio 43215

1-800-605-3040 or 1-800-324-8680

TTY 1-800-292-3572





## جلسات الاستماع الحكومية

جلسة الاستماع الحكومية عبارة عن لقاء يجمعك أو شخص آخر يتحدث نيابةً عنك وممثل عن الإدارة الحكومية لخدمات العمل و الأسرة وممثل آخر عن خطة UnitedHealthcare Community Plan ومسؤول استماع مكتب جلسات الاستماع الحكومية من الإدارة الحكومية لخدمات العمل و الأسرة (ODJFS). في هذا الاجتماع، ستشرح سبب اعتقادك أن خطة UnitedHealthcare Community Plan لم تتخذ القرار الصحيح، وستشرح خطة UnitedHealthcare Community Plan أسباب اتخاذ القرار. سيستمع مسؤول جلسة الاستماع وبعد ذلك يقرر من منا على حق على أساس القواعد والمعلومات المقدمة.

سترسل خطة UnitedHealthcare Community Plan إخطارًا يفيد محتواه أنه من حَقك طلب عقد جلسة استماع حكومية في حالة:

- نحن لم نغير قرارنا أو إجراء اتنا نتيجة لطلب التماسك.
- صدور قرار باقتراح التسجيل أو مواصلة التسجيل في برنامج الخدمات المنسقة الخاص بخطة UnitedHealthcare Community Plan.
- صدور قرار برفض طلبك بتغيير مُقدّم برنامج الخدمات المنسقة الخاص بخطة UnitedHealthcare Community Plan.

### لا يجوز لك طلب جلسة استماع رسمية إلا بعد اجتياز إجراء الالتماس الخاص بخطة UnitedHealthcare Community Plan

إذا كنت ترغب في عقد جلسة استماع حكومية، فيجب عليك أنت أو شخص ما تودّ منه أن يتكلم نيابة عنك تقديم طلب جلسة استماع في غضون 90 يومًا تقويميًا. تبدأ فترة التسعين يومًا اعتبارًا من اليوم التالي لتاريخ إرسال نموذج جلسة الاستماع. إذا كان الالتماس الذي قدمته يتعلق بقرار لتقليل الخدمات أو تعليقها أو إيقافها قبل أن يتم استلام جميع الخدمات الموافق عليها، فستعلم من خلال الخطاب الطريقة التي يمكنك بها الاستمرار في الحصول على الخدمات في حال اخترت سداد تكلفة الخدمات وعندما يتعين عليك سدادها. إذا اقترحنا تسجيلك في برنامج الخدمات المنسقة الخاص بخطة UnitedHealthcare Community Plan في الوقت الذي تتقدم فيه بطلب عقد جلسة الاستماع في غضون 15 يومًا تقويميًا اعتبارًا من تاريخ إرسال النموذج، فإننا لن نسجل اسمك في البرنامج حتى يصدر قرار جلسة الاستماع.

من أجل طلب جلسة استماع:

- يمكنك التوقيع على نموذج جلسة الاستماع الرسمية وإعادته إلى عنوان رقم الفاكس المُدرج في النموذج
- اتصل بمكتب جلسات الاستماع الرسمية (Bureau of State Hearings) على الرقم 1-866-635-3748
- أرسل طلبك عبر الإنترنت على [https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#\\_frmLogin](https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin)
- أرسل طلبك عبر البريد الإلكتروني على [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov)

للاطلاع على معلومات عن الخدمات القانونية المجانية وكننت لا تعرف رقم مكتب المساعدات القانونية المحلي، يمكنك الاتصال بمؤسسة الخدمات القانونية لولاية Ohio على الرقم 1-800-589-5888، للحصول على الرقم المحلي.

يتم صدور قرارات جلسة الاستماع الرسمية عادةً خلال مدة لا تزيد عن 70 يومًا تقويميًا بعد استلام الطلب. ومع ذلك، يمكن أن تقرر مؤسسة الرعاية المُدارة (MCO) أو مكتب جلسات الاستماع الرسمية أنّ الحالة الصحية تستوفي معايير اتخاذ قرار عاجل. سيتم إصدار قرار عاجل بالسرعة المطلوبة ولكن في موعد لا يتجاوز 3 أيام عمل بعد استلام الطلب. تعتبر القرارات العاجلة هي الحل المناسب عندما يشكل اتخاذ القرارات في غضون الإطار الزمني الموحد خطرًا محددًا يهدد حياتك أو صحتك أو قدرتك على الحفاظ على الحد الأقصى من وظائفك أو استعادتها.

## استرداد تكاليف العلاج من التركة

إذا تم إيداعك في مؤسسة بشكل دائم أو كنت تبلغ من العمر 55 عامًا أو أكبر عند حصولك على مزايا برنامج Medicaid، فقد يسترد برنامج استرداد تكاليف العلاج من التركة (Estate Recovery Program) مدفوعات تكلفة رعايتك التي يدفعها Medicaid من تركتك. قد تتضمن تكلفة رعايتك دفعة رأس المال التي يدفعها برنامج Medicaid لخطة الرعاية المُدارة الخاصة بك، حتى إذا كانت مدفوعات رأس المال أكبر من تكلفة الخدمات التي حصلت عليها. لا يسري برنامج **Estate Recovery** إلا بعد وفاة متلقي خدمات برنامج Medicaid.

## خدمات الطوارئ

خدمات الطوارئ هي الخدمات المقدمة فور حصول مشكلة طبية يجب علاجها على الفور من قبل مقدم خدمة. نحن نغطي الرعاية لخدمات الطوارئ داخل وخارج الدولة التي تعيش فيها. من الأمثلة التي تكون فيها خدمات الطوارئ ضرورية:

- الإجهاض/الحمل مع النزيف المهبلي
- النوبات القلبية
- ألم حاد في الصدر
- نزيف حاد لا يتوقف
- صعوبات خطيرة في التنفس
- سكتة دماغية محتملة
- الصحة النفسية: التهديد بالانتحار، أو جرائم الانتحار أو إصابة الذات، أو الهوس أو الذهان التي تحتاج إلى عناية طبية فورية

## الحالة الطبية الطارئة

الحالة الطبية الطارئة تعني حالة طبية تظهر من خلال أعراض حادة شديدة (تتضمن الألم الشديد) والتي يمكن لشخص عادي واع يتمتع بدرجة متوسطة من المعرفة عن الطب والصحة أن يتوقع بدرجة معقولة أن عدم وجود رعاية طبية فورية لها يمكن أن يؤدي إلى أي مما يلي: تعريض صحة الشخص (أو بالنسبة للمرأة الحامل، صحة المرأة أو جنينها) لخطر شديد؛ أو قصور خطير في وظائف الجسم أو قصور خطير في أي عضو أو جزء من الجسم.

### خدمات ما بعد استقرار الحالة

خدمات ما بعد استقرار الحالة تعني الخدمات المشمولة المتعلقة بحالة طبية طارئة يرى مقدم العلاج أنها ضرورية طبيًا بعد استقرار حالة طبية طارئة وذلك من أجل الحفاظ على استقرار الحالة أو في ظل الظروف المُوضَّحة في المادة رقم في 422.113 من قانون اللوائح الفيدرالية رقم 42 (1 أكتوبر 2019) أو تحسين أو علاج حالة العضو.

ليس عليك الاتصال بخطة UnitedHealthcare Community Plan للحصول على موافقة قبل الحصول على خدمات الطوارئ. التصريح المسبق ليس مطلوبًا لخدمات الطوارئ. في حالات الطوارئ، اتصل على الرقم 911 أو توجه إلى أقرب قسم طوارئ أو أي مكان رعاية آخر تراه مناسبًا.

إذا لم تكن متأكدًا من حاجتك للتوجه إلى قسم الطوارئ، فاتصل بمُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أو بخدمات خط التمريض الساخن على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع على الرقم 1-800-542-8630 (الهاتف النصي 1-800-855-2880). بإمكان مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أو ممثل خط التمريض على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع التحدث معك حول مشكلتك الطبية وتقديم المشورة التي تحتاجها.

تذكر أنه في حالة حاجتك إلى خدمات الطوارئ:

- توجه لأقرب قسم طوارئ بالمستشفى أو أي مكان آخر تراه مناسبًا. تأكد من إبلاغهم بأنك عضو في خطة UnitedHealthcare Community Plan وإبراز بطاقة هوية عضويتك في خطة UnitedHealthcare Community Plan.
- إذا كان مُقدِّم الرعاية يعالج حالتك الطارئة، ويرى أنك بحاجة إلى رعاية طبية أخرى لعلاج المشكلة التي تسببت في الحالة الطارئة، فيجب على مُقدِّم الرعاية الاتصال بالمسؤولين عن خطة UnitedHealthcare Community Plan.
- يجب عليك الاتصال بمُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك في أقرب وقت ممكن بعد السيطرة على الحالة الطارئة.
- إذا ألزمتك المستشفى بالبقاء بها، فيُرجى التأكد من الاتصال بمسؤولي UnitedHealthcare Community Plan خلال 24 ساعة.

## الإصابة أو المرض العرضي (حلول)

إذا كان يتعين على أحد أعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan أن يرى الطبيب جراح إصابة أو مرض تسبب به شخص أو شركة أخرى، فيجب عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإبلاغنا. على سبيل المثال، إذا أصبت في حادث سيارة، أو بعضه كلب، أو إذا وقعت وأصبت في أحد المتاجر، فربما يتعين على شركة تأمين أخرى أن تدفع مقابل الرعاية أو الخدمات التي تلقيتها. عندما تتصل بنا، قدّم اسم الشخص المخطئ، وشركة تأمينه واسم (أسماء) أي من المحامين المعنيين.

## معلومات التأمين الصحي الأخرى (COB تنسيق المزايا –)

إذا كنت أنت أو أي شخص في العائلة لديه تأمين صحي مع شركة أخرى، فمن المهم للغاية أن تتصل بقسم خدمات الأعضاء ومسؤول ملفك في المقاطعة لتخبره عن التأمين. على سبيل المثال، إذا كنت تعمل ولديك تأمين صحي أو إذا كان لدى أطفالك تأمين صحي من خلال والدهم الآخر، فإنك تحتاج إلى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لتعطينا هذه المعلومات. من المهم أيضًا أن تتصل بقسم خدمات الأعضاء والموظف الاجتماعي المسؤول عن حالتك في المقاطعة إذا كنت قد فقدت التأمين الصحي الذي كنت قد ذكرته في وقت سابق. إن عدم إعطائنا هذه المعلومات يمكن أن يسبب مشكلات في الحصول على الرعاية وفي تسديد الفواتير الطبية.

## إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)

في أي وقت تفقد فيه التأمين الصحي، يجب أن تتلقى إشعارًا، يُعرف باسم شهادة التغطية المعتمدة، من شركة التأمين السابقة. ينص هذا الإشعار على أنه لم يعد لديك تأمين. من المهم أن تحافظ على نسخة من هذا الإشعار في سجلاتك لأنه قد يُطلب منك تقديم نسخة منه.

## فقدان أهلية Medicaid

من المهم أن تحافظ على مواعيدك مع إدارة المقاطعة لخدمات العمل والأسرة. إذا فوّت موعد زيارة أو لم تعطهم المعلومات التي طلبوها، فقد تفقد أهلية عضويتك في برنامج Medicaid. إذا حدث هذا، فسيتطلب من خطة UnitedHealthcare Community Plan إيقاف عضويتك كعضو في Medicaid ولن تكون مشمولاً بعد ذلك في خطة UnitedHealthcare Community Plan.

## التجديد التلقائي لعضوية خطة الرعاية المدارة

إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medicaid ولكن تم تفعيلها مرة أخرى في غضون 90 يومًا، ستصبح تلقائيًا عضوًا في خطة UnitedHealthcare Community Plan مرة أخرى.

### إنهاء عضويتك في خطة الرعاية المدارة

بصفتك عضوًا في مؤسسة الرعاية المدارة، يحق لك إنهاء عضويتك في أوقات مُعَيَّنة خلال العام. ويمكنك اختيار إنهاء عضويتك خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عضويتك أو خلال شهر فتح باب التسجيل السنوي. سترسل إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio لك إشعارًا عبر البريد العادي لإعلامك بشهر فتح باب التسجيل السنوي. إذا كنت تعيش في منطقة يكون التسجيل فيها إلزاميًا، فسيتعين عليك اختيار مؤسسة رعاية مُدارة أخرى لتغطية خدمات رعايتك الصحية.

إذا كنت تريد إنهاء عضويتك في خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عضويتك أو خلال شهر فتح باب التسجيل، فيمكنك الاتصال بخط Medicaid الساخن على الرقم 1-800-324-8680؛ أو الهاتف النصي 1-800-292-3572. يمكنك أيضًا تقديم طلب عبر الإنترنت على موقع الخط الساخن لبرنامج Medicaid من خلال [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). إذا طلبت إجراء تغيير في خطتك قبل آخر 10 أيام من الشهر، فستنتهي عضويتك في الخطة الحالية في اليوم الأول من الشهر التالي. وإذا اتصلت بعد هذا الوقت، فلن تنتهي عضويتك حتى اليوم الأول من الشهر التالي. إذا اخترت مؤسسة رعاية مُدارة أخرى، سترسل لك مؤسسة الرعاية المدارة الجديدة المعلومات عن طريق البريد العادي قبل تاريخ بدء عضويتك.

#### اختيار خطة جديدة

إذا كنت تفكر في إنهاء عضويتك للانتقال إلى مؤسسة رعاية مُدارة أخرى (MCO)، فيجب عليك أن تتعرف على اختيارائك، وخاصةً إذا كنت ترغب في مواصلة التعامل مع مقدم (مقدمي) الخدمة الحالي (الحاليين). تذكر إن كل مؤسسة رعاية مُدارة لها قائمتها الخاصة من الأطباء والمستشفيات الموجودين ضمن شبكتها. بالإضافة إلى ذلك، لكل مؤسسة رعاية مُدارة أيضًا معلومات مكتوبة توضح المزايا التي تقدمها والقواعد التي لديها. إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات مكتوبة عن مؤسسة الرعاية المدارة التي تفكر في الانضمام إليها أو إذا كنت ببساطة تودّ أن تستفسر عن مؤسسة الرعاية المدارة، فيمكنك إما الاتصال بالقائمين على الخطة أو الاتصال على الخط الساخن لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-324-8680؛ أو الهاتف النصي 1-800-292-3572. يمكنك أيضًا العثور على معلومات حول مؤسسات الرعاية المدارة في منطقتك من خلال زيارة موقع الخط الساخن الإلكتروني لبرنامج Medicaid على [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com).

#### أسباب إنهاء العضوية

1. إذا كنت قد انتقلت لمكان آخر ومؤسسة الرعاية المدارة الحالية غير متاحة في المكان الذي تعيش فيه حاليًا، وتحتاج إلى تلقي رعاية طبية غير طارئة في منطقتك الجديدة قبل انتهاء عضويتك في مؤسسة الرعاية المدارة.
2. مؤسسة الرعاية المدارة الحالية لا تغطي، لاعتراضات أخلاقية أو دينية، الخدمات الطبية التي تحتاجها.

3. أفاد طبيبك أن بعض الخدمات الطبية التي تحتاج إليها لا بد أن تحصل عليها في الوقت نفسه، والخدمات غير متاحة كلها في شبكة مؤسسة الرعاية المُدارة.
4. لديك مخاوف من أنك لا تتلقى رعاية ذات جودة وأنَّ الخدمات التي تحتاج إليها ليست متاحة من مُقدِّم رعاية طبية آخر مُدرج في شبكة خطة UnitedHealthcare Community Plan.
5. عدم وصولك إلى الخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid والضرورية من الناحية الطبية أو عدم الوصول إلى مُقدِّم الرعاية الطبية ذوي الخبرة في التعامل مع احتياجات رعايتك الصحية الخاصة.
6. لم يعد مُقدِّم الرعاية الأولية الذي اخترته ضمن شبكة خطة UnitedHealthcare Community Plan، إذ إن مُقدِّم الرعاية الأولية هذا كان الوحيد في الشبكة الذي يتحدث لغتك ويقع مكانه على بُعد مسافة معقولة منك؛ أو أنَّ خطة رعاية أخرى تضم مُقدِّم رعاية أولية في شبكتها يتحدث لغتك ويقع مكانه على بُعد مسافة معقولة منك وسيقبل بك كمرضى لديه.
7. إذا كنت تعتقد أن البقاء كعضو في الخطة الصحية الحالية ضار عليك وليس في مصلحتك.

يمكنك أن تطلب تغيير عضويتك لسبب معقول عن طريق الاتصال بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على الرقم طلبك وتقرر ما إذا Ohio بولاية Medicaid 1-800-324-8680، أو الهاتف النصي 1-800-292-3572. سترجع إدارة برنامج سنتهي Ohio بولاية Medicaid كنت تلمي معايير الدواعي المعقولة. ستتلقى رسالة عبر البريد العادي لتبلغك بما إذا كانت إدارة برنامج عضويتك وتاريخ انتهاء عضويتك. إذا كنت تعيش في منطقة يكون التسجيل فيها إلزامياً، فسيتم عليك اختيار خطة أخرى لتلقي الرعاية بخلاف ذلك. إذا تم رفض طلبك القائم على سبب معقول، سترسل لك إدارة Ohio بولاية Medicaid الصحية ما لم تبلغك إدارة برنامج معلومات تشرح لك حقاك في عقد جلسة استماع رسمية للطعن على القرار Ohio بولاية Medicaid.

### أشياء يتعين أخذها في الاعتبار إذا أنهيت عضويتك

إذا كنت قد اتبعت أي من الخطوات السابقة لإنهاء عضويتك، فتذكر:

- استمر في استخدام أطباء خطة UnitedHealthcare Community Plan ومُقدِّم الرعاية الطبية الآخرين حتى اليوم الذي تكون فيه عضواً في خطة صحية جديدة أو تعود إلى بطاقة Medicaid العادية
- إذا اخترت مؤسسة رعاية مُدارة جديدة ولم تتلق بطاقة هوية العضو قبل اليوم الأول من الشهر عندما تكون عضواً في إذا كانوا غير UnitedHealthcare Community Plan. الخطة الجديدة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء لخطة على الرقم 1-800-324-8680؛ أو الهاتف النصي Medicaid قادرين على مساعدتك، فاتصل بالخط الساخن لبرنامج 1-800-292-3572.
- إذا كان قد سُمح لك بالعودة إلى بطاقة Medicaid العادية ولم تتلق بطاقة Medicaid جديدة، فاتصل بمسؤول الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك
- إذا اخترت مؤسسة رعاية مُدارة جديدة وكان لديك أي زيارات طبية محدَّدة المواعيد، فيرجى الاتصال بالمسؤولين عن خطتك الجديدة للتأكد من أن مقدمي تلك الرعاية مدرجين في شبكة مقدمي الرعاية للخطة الجديدة وتقديم أي أوراق لازمة. بعض الأمثلة على متى يجب الاتصال بالمسؤولين عن خطتك الجديدة تشمل: عندما يكون لديك موعد لزيارة طبيب جديد، أو عملية جراحية، أو فحص دم أو أشعة سينية محدَّدة الموعد، وخاصة إذا كنت حاملاً.
- إذا كان قد سُمح لك بالعودة إلى برنامج Medicaid العادي ولديك أي زيارات طبية مقررة، فيرجى الاتصال بمقدمي الرعاية الطبية للتأكد من أنهم سيأخذون بطاقة Medicaid العادية

## دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

### حالات إنهاء العضوية الاختيارية

يمكنك اختيار عدم الاشتراك كعضو في أي مؤسسة رعاية مُدارة إذا:

- كنت عضوًا في قبيلة هندية معترف بها فيدراليًا بصرف النظر عن عمرك
- كنت أحد أفراد الذين يحصلون على خدمات الإعفاء الخاصة بالرعاية في المنزل والمجتمع من خلال قسم الإعاقات النمائية في ولاية Ohio

إذا كنت ترى أنك أنت أو طفلك تستوفيان أيًا من المعايير المذكورة أعلاه ولا تريد أن تصبح عضوًا في مؤسسة رعاية مُدارة، فيمكنك الاتصال بخط Medicaid الساخن على الرقم 1-800-324-8680 (الهاتف النصي 1-800-292-3572). إذا كنت تستوفي المعايير المذكورة أعلاه ولا تريد أن تكون عضوًا في مؤسسة رعاية مُدارة، فسيتم إنهاء عضويتك.

### الاستبعادات — الأفراد الذين لا يُسمح لهم بالانضمام إلى مؤسسة رعاية مُدارة تابعة لبرنامج Medicaid.

إذا كنت من Medicaid قد لا يُسمح لك بالانضمام إلى مؤسسة رعاية مُدارة تابعة لبرنامج

- المؤهلون تأهيلاً مزدوجًا بموجب برنامجي Medicaid و Medicare.
- المحجوزين في مؤسسة (في دار للرعاية وليست مؤهلة ضمن فئة تمديد الغطاء التأميني للبالغين، ومؤسسة الرعاية طويلة المدى، مرافق الرعاية المتوسطة للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية (ICF/IID)، أو أي نوع آخر من المؤسسات)؛ أو
- تحصل على خدمات الإعفاء من برنامج Medicaid وكنت غير مؤهل في فئة تمديد الغطاء التأميني للبالغين.
- \* إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicaid ضمن فئة تمديد الغطاء التأميني للبالغين، فستتلقى خدمات التمريض المنزلي من خلال مؤسسة الرعاية المُدارة. بالإضافة إلى ذلك، فإن الأعضاء الذين شملهم تمديد الغطاء التأميني للبالغين والذين تمت الموافقة على منحهم خدمات الإعفاء سيستمرون في مؤسسة الرعاية المُدارة.

إذا كنت ترى أنك تستوفي أيًا من المعايير المذكورة أعلاه ويجب ألا تصبح عضوًا في إحدى مؤسسات الرعاية المُدارة، فيجب عليك الاتصال بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-324-8680 (الهاتف النصي 1-800-292-3572). إذا كنت تستوفي أي من المعايير المذكورة أعلاه، فسيتم إنهاء عضوية مؤسسة رعايتك المُدارة.

### هل يمكن لخطّة UnitedHealthcare Community Plan إنهاء عضويتك؟

قد تطلب خطّة UnitedHealthcare Community Plan من إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio إنهاء عضويتك لأسباب معينة. يجب أن توافق إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio على الطلب قبل إنهاء عضويتك.

الأسباب التي يمكن أن تجعل خطّة UnitedHealthcare Community Plan تطلب إنهاء عضويتك هي:

- تهمة الاحتيال أو سوء استخدام بطاقة هوية عضويتك في خطّة UnitedHealthcare Community Plan
- بسبب السلوك المضطرب أو غير المتعاون إلى الحد الذي يؤثر على قدرة مؤسسة الرعاية المُدارة على توفير الخدمات لك أو لأعضاء آخرين

## دليل أعضاء برنامج Medicaid بولاية Ohio

توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan الخدمات لأعضائنا بسبب العقد الذي أبرمته خطة UnitedHealthcare Community Plan مع إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio. إذا كنت ترغب في الاتصال بإدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio، فيمكنك الاتصال أو الكتابة إلى:

Ohio Department of Medicaid  
Office of Managed Care  
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight  
P.O. Box 182709  
Columbus, Ohio 43218-2709

الهاتف: 1-800-324-8680

الهاتف النصي: 1-800-292-3572

يمكنك أيضًا زيارة إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio على الإنترنت من خلال

[www.medicaid.ohio.gov](http://www.medicaid.ohio.gov).

يمكنك الاتصال بخطة UnitedHealthcare Community Plan للحصول على أي معلومات أخرى تريدها، بما في ذلك هيكل وطريقة تشغيل خطة UnitedHealthcare Community Plan وكيف ندفع لمُقَدِّمي الرعاية الطبية لدينا. إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأي شيء تعتقد أنه يجب علينا تغييره، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

# جدول خدمات Medicaid

## الخدمات التي لا تغطيها خطة

### UnitedHealthcare Community Plan

بصفتك عضوًا في خطة UnitedHealthcare Community Plan، ستحصل على الخدمات الضرورية طبيًا المغطاة من قبل خطة Medicaid من دون تكبد أي تكلفة. تعني الضرورة الطبية أنك بحاجة إلى الخدمات لمنع حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول المزايا الخاصة بك، فُيرجى التحدث إلى مقدم الرعاية الأولية أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف النصي 711. يمكنك أيضًا تسجيل الدخول إلى [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) والبحث ضمن "Benefits" (المزايا) أو استخدام تطبيق UnitedHealthcare لمعرفة المزيد حول المزايا الخاصة بك.

الخدمة	التغطية
الوخز بالإبر لعلاج حالات معينة	مشمولة بالتغطية للتحكم في آلام الصداع وآلام أسفل الظهر. هناك حد أقصى قدره 30 زيارة ما لم يكن ذلك ضروريًا طبيًا.
خدمات أعراض الحساسية	مشمولة بالتغطية
النقل بسيارة إسعاف وكروسي متحرك	مشمولة بالتغطية لحالات الطوارئ داخل الشبكة وخارجها.

الخدمة	التغطية
خدمات الصحة السلوكية، وخدمات علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المواد المخدرة	مشمولة بالتغطية؛ يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للعثور على مركز/مزود خدمة مؤهل أو يمكنك الرجوع الذاتي مباشرةً إلى مراكز الصحة النفسية المجتمعية المعتمدة من إدارة الصحة النفسية وخدمات علاج الإدمان في ولاية Ohio (OhioMHAS). <b>طريقة الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية المتاح على مدار 24 ساعة</b> يمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تعاني من أزمة. يمكنك التحدث إلى شخص ما على الفور ويمكننا مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. ما عليك سوى الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية المتاح على مدار 24 ساعة لدينا وهو 877-542-9236. هذا الاتصال مجاني. خط أزمات الصحة السلوكية متاح طوال اليوم وطوال الأسبوع على مدار العام. برامج العلاج بالمواد الأفيونية: بما في ذلك العلاج الطبي المساعد (MAT)، بما في ذلك Suboxone وBuprenorphine وMethadone. • العلاج المجتمعي التأكيدي (Assertive Community Treatment, ACT) للأعضاء في عمر 18 عامًا فأكبر • العلاج المنزلي المكثف (Intensive Home Based Treatment, IHBT). هذه الخدمة متاحة للأفراد في سن 18 عامًا فأصغر؛ ومع ذلك، في بعض الظروف قد تكون متاحة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 21 عامًا. • علاج الإدمان الشامل، بما في ذلك خدمات الرعاية المنزلية والعلاج الجزئي في المستشفى
خدمات ممرضة قابلة معتمدة	مشمولة بالتغطية
خدمات ممرضة ممارسة معتمدة	مشمولة بالتغطية
خدمات العلاج الكيميائي	مشمولة بالتغطية
خدمات علاج تفويم العمود الفقري (الظهر)	مشمولة بالتغطية؛ 30 زيارة في السنة التقويمية للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا ما لم تكن ضرورية طبيًا. الأعضاء البالغون من العمر 21 عامًا فأكثر مشمولون بالتغطية لعدد 15 زيارة لكل سنة تقويمية.

## جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
خدمات العناية بالأسنان	مشمولة بالتغطية؛ فحصان وإجراءان تنظيف لكل سنة تقويمية، والأشعة السينية، وإجراءات الحشو، وعمليات الخلع البسيطة، وأطقم الأسنان الكاملة والجزئية، والتخدير العام وقنوات الجذر الأمامية (الأسنان الأمامية). تتطلب بعض الإجراءات الحصول على تصريح مسبق.
خدمات علاج النمو للأطفال من عمر الميلاد وحتى ست سنوات	مشمولة بالتغطية؛ قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.
الخدمات التشخيصية (الأشعة السينية، المختبرات)	مشمولة بالتغطية؛ التشخيصات والاختبارات المخبرية مُغطاة عند إجرائها بواسطة مُقدم رعاية مشارك. قد تتطلب بعض الاختبارات الحصول على تصريح مسبق.
المعدات الطبية المعمرة (على سبيل المثال، مضخة الثدي وأكياس تخزين حليب الأم، وأجهزة المساعدات على المشي، وأجهزة قياس ضغط الدم)	ستتم تغطية معظم عناصر المعدات الطبية المعمرة التي تقل قيمتها عن 500 دولار بوصفها طبية إلى بائع مشارك. • تنطبق الاستثناءات، يُرجى الرجوع إلى شبكة مصادقة المعدات الطبية المعمرة. الشعر المستعار (الباروكة) ليس خدمة مُغطاة. – داخل الشبكة: مضخات الثدي مُغطاة كمعدات طبية معمرة. لا يلزم الحصول على تصريح مسبق لمزودي المعدات الطبية المعمرة داخل الشبكة – خارج الشبكة: يلزم الحصول على تصريح مسبق.
خدمات الطوارئ	مشمولة بالتغطية؛ الخدمات المقدمة فور حصول مشكلة طبية تعتقد أنها خطيرة لدرجة أنه يجب علاجها على الفور من قبل طبيب.
خدمات ومستلزمات تنظيم الأسرة	مشمولة بالتغطية
المراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FOHC) أو العيادات الصحية في المناطق الريفية (RHC)	مشمولة بالتغطية
خدمات مركز الولادة الفورية في أحد مراكز الولادة الفورية	اتصل بقسم خدمات الأعضاء للبحث عن عيادة مؤهلة في ولاية Ohio.
الخدمات الخاصة بأمراض النساء (OB/GYN)	مشمولة بالتغطية

الخدمة	التغطية
الخدمات الصحية بالمنزل	مشمولة بالتغطية؛ قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.
رعاية العجزة	يلزم الحصول على تصريح مسبق للإقامة والطعام.
خدمات المستشفى للمرضى المقيمين	يلزم الحصول على تصريح مسبق لحالات القبول الاختيارية.
رعاية الأمومة — قبل وبعد الولادة، بما في ذلك خدمات حالات الحمل المعرضة للخطر	مشمولة بالتغطية
خدمات العلاج بالتغذية الطبية (MNT)	مشمولة بالتغطية
اللوازم الطبية	مشمولة بالتغطية؛ قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.
خدمات منشآت التمريض	ستغطي الخطة الإقامة للأعضاء ما لم تقرر إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio بأنه ستتم إعادة العضو إلى خدمات Medicaid مقابل الرسوم، وإذا احتاج العضو لخدمات تمريض فيجب عليه الاتصال بالمسؤولين عن الخطة للحصول على معلومات عن مُقدّمي الخدمات المتاحين.
خدمات العيادات الخارجية	مشمولة بالتغطية
خدمات الصيدالة (ضمن المزايا الطبية)	مشمولة بالتغطية
العلاج الطبيعي والوظيفي	مشمولة بالتغطية
الفحص البدني المطلوب للعمل أو للمشاركة في برامج التدريب الوظيفية	مشمولة بالتغطية إذا لم يقدم الاختبار مجاناً عن طريق مصدر آخر.

## جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
خدمات الأطباء	مشمولة بالتغطية
خدمات طب الأرجل (القدم)	مشمولة بالتغطية داخل الشبكة - لا يلزم الحصول على تصريح مسبق للزيارات، قد تتطلب بعض الإجراءات الحصول على تصريح مسبق. مُقدمو الرعاية الأولية من فئة "النجمة الذهبية" - لا يلزم الحصول على تصريح مسبق.
فحوص تصوير الثدي الشعاعي الوقائية، وفحوصات سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم	مشمولة بالتغطية
خدمات مُقدم الرعاية الأولية	مشمولة بالتغطية
الأشعة (التصوير بالرنين المغناطيسي، والأشعة المقطعية المُحوسبة، (ودراسات الطب النووي	مشمولة بالتغطية؛ قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.
الغسيل الكلوي (خدمات أمراض الكلى)	مشمولة بالتغطية
الخدمات قصيرة المدى	مشمولة بالتغطية: معايير أهلية المزايَا قصيرة المدى قواعد لهذه المزايَا، بما في ذلك Ohio بولاية Medicaid وضعت إدارة برنامج • العيش مع مقدم الرعاية الأولية غير المدفوعة في منزل أو شقة. ليس في رعاية تربية. • يجب أن تعمل مع مدير خطة الرعاية • طلب خدمات متخصصة على الأقل مرة واحدة في الأسبوع • تلقي ما لا يقل عن 14 ساعة في الأسبوع من خدمات المساعدة الصحية المنزلية لمدة ستة أشهر على الأقل قبل طلب خدمات الرعاية المؤقتة • الخدمة مخصّصة للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا الذين لديهم احتياجات لرعاية طويلة الأجل (LTC) أو احتياجات في مجال الصحة السلوكية (BH) • الأعضاء البالغون من العمر 21 عامًا فأكثر غير مشمولين بالتغطية

الخدمة	التغطية
الخدمات قصيرة المدى (تتمة)	<p>معايير أهلية المزايا قصيرة المدى في الصحة السلوكية:                      وضعت إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio قواعد لهذه المزايا، بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• احتجت إلى ما لا يقل عن 14 ساعةً من خدمات المساعدة الصحية المنزلية لمدة شهرين متتاليين على الأقل التي تسبق مباشرة تاريخ الخدمات قصيرة المدى</li> <li>• مقدم الرعاية للعضو بحاجة إلى إعفاء مؤقت من رعاية العضو نتيجة الدعم والخدمات الطويلة الأجل للعضو أو احتياجات الصحة السلوكية، أو من أجل منع إقامة المريض داخل المستشفى أو إقامته في مؤسسة، أو خارج المنزل</li> <li>• يتم تشخيص اضطراب عاطفي خطير يؤدي إلى عجز وظيفي</li> <li>• عدم ظهور أعراض أو سلوكيات تشير إلى خطر وشيك بإيذاء النفس أو الآخرين</li> </ul>
الفحص وإسداء المشورة للسمنة	مشمولة بالتغطية
خدمات للأطفال ذوي الإعاقات الطبية (الباب الخامس)	مشمولة بالتغطية
التطعيمات (اللقاحات)	مشمولة بالتغطية
الخدمات المتخصصة	مشمولة بالتغطية في شبكة الرعاية في معظم الحالات
خدمات النطق والسمع، بما في ذلك أجهزة المساعدة السمعية	مشمولة بالتغطية
خدمات الرعاية الصحية عن بُعد	مشمولة بالتغطية؛ اختصاصيي الرعاية الصحية والصحة والسلوكية عبر الخدمات الصحية عن بُعد للعديد من الأمراض والإصابات والحالات الصحية الشائعة ومواعيد المتابعة والفحوصات بالإضافة إلى وصف الدواء (الأدوية).

## جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
خدمات الإقلاع عن تعاطي التبغ	بما في ذلك تقديم المشورة بشأن الإقلاع عن تعاطي التبغ والأدوية المُعتمَدة من إدارة الغذاء والدواء للإقلاع عن تعاطي التبغ <b>خط المساعدة في الإقلاع عن تعاطي التبغ التابع لولاية Ohio</b> اتصل بالرقم 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) وتحدث مع اختصاصي لمناقشة مساعدتك على الإقلاع عن تعاطي التبغ.
خدمات الرؤية (البصرية)، بما في ذلك النظارات	مشمولة بالتغطية؛ يمكن لجميع الأعضاء الحصول على فحص العين كل 12 شهرًا. لديهم أيضًا مجموعة من النظارات مع بدل بيع بالتجزئة مقداره 25 دولارًا للإطار أو بدل بيع بالتجزئة مقداره 150 دولارًا لأي نوع من العدسات (يجب استخدام المنافع في وقت واحد) كل 12 شهرًا.
فحوص صحة الأطفال (Healthchek) للأطفال أقل من 21 عامًا	مشمولة بالتغطية؛ الفحوص الطبية، والبصر، والأسنان، والسمع، والغذائية والإنمائية، والصحة السلوكية، والتطعيمات (اللقاحات)، والتثقيف الصحي، والاختبارات المخبرية، بالإضافة إلى الرعاية الأخرى لعلاج المشكلات الجسدية أو السلوكية أو غيرها من الحالات التي تُكتشف أثناء الفحص.
فحوص صحة البالغين السنوية	مشمولة بالتغطية

يتعين على طبيبك الاتصال بقسم إدارة الاستخدام بخطة **UnitedHealthcare Community** على الرقم **1-800-366-7304** للحصول على موافقة على بعض الخدمات.

### النقل

إذا كان يجب عليك السفر لمسافة 30 ميلاً أو أكثر من منزلك للحصول على خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية، فستوفر لك خطة **UnitedHealthcare Community Plan** وسائل النقل اللازمة من وإلى عيادة مُقدّم الرعاية. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لدى **UnitedHealthcare** على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، من الساعة 7:00 صباحًا حتى الساعة 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، على نحوٍ مسبقٍ بيومين (ما لم يكن النقل من أجل الخروج من المستشفى) لتجهيز وسيلة النقل لك أو لمساعدتك.

بالإضافة إلى المساعدة في النقل التي توفرها خطة **UnitedHealthcare Community Plan**، يمكن تلقي المساعدة في النقل لخدمات مُعَيَّنة من خلال إدارة المقاطعة المحلية لبرنامج النقل في الحالات غير الطارئة لخدمات الأسرة والعمل (NET). اتصل بإدارة المقاطعة لخدمات الأسرة والعمل لطرح الأسئلة والمساعدة بشأن خدمات النقل في الحالات غير الطارئة.

# مزايا UnitedHealthcare الإضافية

## مزايا إضافية

تقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan أيضاً الخدمات و/أو المنافع الإضافية التالية للأعضاء المسجلين.

### برامج الرفاه

تتضمن خطة UnitedHealthcare Community Plan العديد من البرامج والأدوات للمساعدة على المحافظة صحتك أنت وعائلتك، بما في ذلك:

- دروس لمساعدتك على الإقلاع عن التدخين
- رعاية الحمل ودروس حول الأمومة
- دروس التغذية
- الرسائل التذكيرية من WellCare

قد يقترح مُقدّم الرعاية المتابع لك إحدى هذه البرامج بالنسبة لك. إذا كنت تريد معرفة مزيد من المعلومات في هذا الشأن، أو للعثور على برنامج بالقرب منك، فتحدث إلى مُقدّم الرعاية الأولية المتابع لك أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

### أدوات ذكية للاعتناء بالصحة

- يمكن للأعضاء الانتقال إلى [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) للمساعدة في إدارة صحتهم. يساعد هذا الموقع في الحفاظ على التاريخ الصحي. ويتوقف حول العمل مع الطبيب. كما يمكنهم تعقب الزيارات المستقبلية.
- **Findhelp.org** — برنامج على الإنترنت. يساعد البرنامج الأعضاء في العثور على الخدمات على مقربة من المكان الذي يعيشون فيه. يمكنك البحث عن المساعدة في الحصول على الطعام ودفع الفواتير وغيرها من البرامج المجانية/مخفضة التكلفة في منطقتك.
- بصفتك عضواً، أو وصياً على أحد أعضاء UnitedHealthcare، قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمة Assurance Wireless Lifeline Service وهاتف محمول وخطة خدمة، مجاناً. تفضّل بزيارة <https://www.assurancewireless.com> للتقديم في خطط Assurance Wireless Lifeline. أو معرفة المزيد من المعلومات عنها. استعد للاستمتاع بالدعم الصحي عبر الهاتف مجاناً.

مارس حياتك وعملك بصورة جيدة  
أنت تتمتع بتغطية تأمينية

من المهم أن تعرف إلى أين تتجه للحصول على المساعدة عند الحاجة. نحن هنا لمساعدة أعضائنا. تفضل بزيارة [Liveandworkwell.com](http://Liveandworkwell.com) للتحدث بشكل صريح عن موضوعات الصحة العقلية.

برنامج **Healthy First Steps™**

يضمن برنامجنا Healthy First Steps حصول كل من الأم والطفل على رعاية طبية جيدة. اربح مكافآت رائعة (8 مكافآت إجمالاً)، بما في ذلك بطاقة هدايا بقيمة 20.00 دولارًا نظير الاشتراك فقط. اشترك في برنامج مكافآت الأمومة. رعاية ما قبل الولادة، والولادة، وبعد الولادة جنبًا إلى جنب مع نصائح صحية لك ولطفلك.

نساعد على:

- الحصول على مشورة جيدة بشأن التغذية، واللياقة البدنية، والسلامة
- الحصول على اللوازم، بما في ذلك مضخات الثدي للأمهات المرضعات
- اختيار طبيب أو ممرضة قابلة
- وضع جدولًا بالزيارات والفحوص
- ترتيب الذهاب إلى زيارة الطبيب
- الربط مع موارد المجتمع مثل خدمات برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)
- الحصول على الرعاية بعد ولادة الطفل
- اختيار طبيب الطفل
- الحصول على المعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة

اتصل بنا على الرقم المجاني **1-800-599-5985**، الهاتف النصي **711**، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، بتوقيت وسط أمريكا، من يوم الإثنين إلى الجمعة.

من الأهمية بمكان أن تبدئي رعاية الحمل مبكرًا. تأكدي من الذهاب إلى كل زيارات طبيبك، حتى إذا لم يكن هذا هو طفلك الأول.

**Wellhop**

<https://momandbaby.wellhop.com>

من أجل تواصل الأم والطفل مع مجتمع الأمهات

**طب الأسنان**

- لا دفعات سداد مشترك لخدمات الأسنان
- بالنسبة للأشخاص الذين يبلغون من العمر 21 عامًا فأكثر، يتم إجراء فحص إضافي واحد كل عام

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.

### طب العيون

- فحص واحد للعينين كل عام
- بدل قدره 150 دولارًا لشراء العدسات اللاصقة وتركيبها لكل سنة تقويمية

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.

### النقل

بالإضافة إلى وسائل النقل المطلوبة، تقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات النقل الإضافية التالية:

- عمليات انتقال غير محدودة لمواعيد متابعة حالات الحمل ورعاية ما قبل الولادة وما بعد الولادة وبرنامج النساء والرضع والأطفال ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) وزيارات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عام واحد
- تتوفر خدمة استرداد التكاليف حسب الأميال المقطوعة للانتقال إلى زيارات مقدمي الخدمات
- النقل للحصول على الموارد الغذائية (بنك الطعام، مخزن الطعام، محل بقالة يقدم خدمة الاستلام من الرصيف). (يتم احتساب ذات ضمن الحد الأقصى لعمليات الانتقال وهو 15 رحلة ذهابًا وإيابًا أو 30 رحلة في اتجاه واحد).
- يُسمح بعمليات انتقال إضافية غير محدودة لأنواع الانتقال للحصول على الرعاية الحرجة، بما في ذلك غسيل الكلى والعلاج الكيميائي/الإشعاعي، والعناية بالجروح، والحمل، وتعاطي المخدرات. (لا يتم احتساب ذات ضمن الحد الأقصى لعمليات الانتقال وهو 15 رحلة ذهابًا وإيابًا أو 30 رحلة في اتجاه واحد).

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.

### ميسر شؤون الإسكان (Housing navigator)

تقديم الدعم من خلال تقييم احتياجات الإسكان وتفضيلات الأعضاء الذين ليس لديهم سكن مستقر، وتحديد خيارات الإسكان المؤهلة، والمساعدة في عملية تقديم طلبات الإسكان.

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.

### توصيل الوجبات

- الوجبات يتم توصيلها بعد الخروج من المستشفى لمدة تصل إلى 14 يومًا للأمهات الحوامل

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.

### On MyWay

<http://www.uhcOMW.com>

مورد للأعضاء للمساعدة في التحول إلى العيش بشكل مستقل.

### خدمات الرعاية الصحية عن بُعد

تتمثل خدمات الرعاية الصحية عن بُعد في تقديم رعاية صحية مباشرة عبر الاتصال الصوتي أو الفيديو. فبدلاً من التوجّه إلى العيادة في المواعيد المحددة، يمكنك البقاء في منزلك واستخدام هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي أو حاسوبك الشخصي لرؤية اختصاصيي الرعاية الصحية والصحة السلوكية والتحدّث إليهم. لا تُفرض أي تكلفة على استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، كما أن خدمات الرعاية الصحية عن بُعد تُريح عن كاهلك أي توتر من الحاجة إلى خدمات النقل.

يمكنك رؤية اختصاصيي الرعاية الصحية والصحة والسلوكية عبر خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لمعالجة العديد من الأمراض والإصابات والحالات الصحية الشائعة، وإجراء مواعيد المتابعة والفحوصات بالإضافة إلى وصف الدواء (الأدوية).

تحقق من مقدّمي الرعاية المتابعين لك لمعرفة ما إذا كانوا يقدمون خدمات الرعاية الصحية عن بُعد.

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**.

### تطبيق UnitedHealthcare®

تتضمن خطة UnitedHealthcare Community Plan تطبيق العضو الجديد. ويُسمى تطبيق UnitedHealthcare®. يجعل من السهل استخدام تطبيق UnitedHealthcare® على Android® أو Apple® للتطبيق متوفر للأجهزة اللوحية والهواتف الذكية العاملة بأنظمة التشغيل:

- العثور على طبيب، أو غرفة طوارئ أو مركز للرعاية الصحية العاجلة بالقرب منك
- قراءة كتيب الدليل
- التعرف على منافعك واستحقاقاتك
- عرض بطاقة هويتك
- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء

بادر بتنزيل تطبيق UnitedHealthcare المجاني اليوم. واستخدمه في التواصل مع خطتك الصحية أينما كنت، وبقمتا تشاء.

### مكافآت للصحة الجيدة

يقول المثل العربي عن الصحة "درهم وقاية خير من قنطار علاج". كما أنها تستحق أيضاً مكافآت رائعة. للعثور على معلومات عن ضمن قسم [www.uhcommunityplan.com/oh](http://www.uhcommunityplan.com/oh): البرامج التي تكافئك نظير تحقيق أهداف صحية مُعيّنة، انتقل إلى (مكافآت للصحة الجيدة) Healthy rewards.

يمكنك كسب هدايا رائعة لك أو لطفلك عن طريق القيام بأشياء مثل:

- إكمال فحوص صحة الطفل
- الفحوصات والرعاية الوقائية
- الحصول على الاختبارات المخبرية
- التطعيمات

### برنامج® Dr. Health E. Hound

نحن فخورون بجالب الحظ لنا — Dr. Health E. Hound. يكمن هدف Dr. Health E. Hound في تعليم أطفالك طرقاً ممتعة للحفاظ على لياقتهم وصحتهم. يحب Dr. Health E. Hound السفر في جميع أنحاء الولاية ومقابلة الأطفال من جميع الأعمار. ويجب توزيع المنشورات والملصقات وكتب التلوين لتثبيبه الأطفال لتناول الأطعمة الصحية وممارسة التمارين. كما يساعد الأطفال في فهم أن زيارة الطبيب لإجراء الفحوص وأخذ الجرعات هي طريقة مهمة للحفاظ على الصحة.

يمكن أن تقابل أنتِ وأسرتك Dr. Health E. Hound شخصياً في بعض فعاليات خطتنا الصحية. ونحثك على حضور الفعالية والتعرف على أهمية تناول الطعام الصحي وممارسة التمارين. أحضري كاميرا لتصوير هذه الفعاليات وأحضري الصورة التي تم التقاطها مع Dr. Health E. Hound.

# التفاصيل الأخرى للخطة

# التفاصيل الأخرى للخطة

## إيجاد مقدم خدمة تابع لشبكة الخطة

نحن نيسر لك إيجاد مقدم خدمة تابع لشبكة الخطة. لإيجاد مقدم خدمة تابع لشبكة الخطة بالقرب منك:

تفضل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) للتعرف على أحدث المعلومات. انقر فوق "Find a Provider" (العثور على مُقدِّم خدمة).

اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. يمكنك البحث عن مقدمي الخدمات التابعين لشبكة الخطة بالنسبة لك. أو، إذا أردت، فيمكننا إرسال دليل مُقدِّم الرعاية لك بالبريد.

## دليل مقدمي الخدمات

لديك دليل بمُقدِّمَي الرعاية المتاحة لك في منطقتك. يضم الدليل العناوين وأرقام الهواتف لمزودي الشبكات.

كثيراً ما تتغير معلومات مُقدِّمَي الخدمة. تفضَّل بزيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على القائمة المُحدَّثة على الرابط [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). يمكنك الاطلاع على دليل مُقدِّمَي الخدمات أو طباعته من [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)، أو انقر فوق "Find a Provider" (البحث عن مقدم خدمة) لاستخدام دليلنا القابل للبحث على الإنترنت.

يمكنك العثور على أحدث دليل لمقدمي الخدمة على [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) أو في تطبيق UnitedHealthcare app. إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة مطبوعة من دليلنا، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**، وسنرسل لك نسخة بالبريد.

نشكرك على كونك عضواً قيماً في خطة United Healthcare Community Plan. إذا كنت تبحث عن خدمات طب العيون أو الأسنان، فيمكنك إيجاد قوائم بمقدمي الرعاية عبر الرابط:

مقدمو خدمات طب العيون — <https://www.marchvisioncare.com/>

مقدمو رعاية طب الأسنان — [myuhc.com](https://myuhc.com)

أو لتحديد موقع مقدم رعاية طب العيون أو طب الأسنان، يُرجى الاتصال على الرقم **1-800-895-2017**، أو رقم الهاتف النصي **711**، أو التوجه إلى الموقع الإلكتروني [myuhc.com](https://myuhc.com).

### إذا كنت تحصل على فاتورة مقابل الخدمات

لا يمكن للمستشفيات والأطباء تقديم فاتورة للأعضاء مقابل الخدمات المُغطاة. إذا حصلت على فاتورة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. سيعمل مندوب معك لاكتشاف ما تحتاجه لسداد الفاتورة أو إذا كنت قد أرسلتها إلينا على العنوان:

Medicaid Program  
UnitedHealthcare Community Plan  
9200 Worthington Road, 3<sup>rd</sup> Floor  
Westerville, OH 43082

احتفظ بنسخة من الفاتورة لنفسك. سنراجع هذه الفواتير للتأكد من أن الخدمات هي منافع مُغطاة. إذا كانت مُغطاة، فسندفع لمُقدّم الرعاية الصحية على الفور. اتصل بخدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، للاستفسار عن أي أسئلة لديك.

سيحرم مُقدّم الرعاية الطبية فاتورة تأمينك الأساسي أولاً. بعد أن يدفع التأمين الأساسي المبلغ المسموح به، سيحرم مُقدّم الرعاية الطبية فاتورة خطة UnitedHealthcare Community Plan. سندفع خطة UnitedHealthcare Community Plan لمُقدّم الرعاية الطبية المبلغ المتفق عليه في العقد المبرم معه.

### التوجيهات المسبقة

التوجيهات المسبقة عبارة عن مجموعة من الخطوات المكتوبة الواجب اتخاذها عندما تُصبح غير قادر على اتخاذ خيارات الرعاية الصحية لنفسك. فهي تخبر بنوع الرعاية الصحية التي تريدها أو لا تريدها. يجب أن تتحدث عن رغباتك مع طبيبك، وعائلتك وأصدقائك. لن تغير هذه الخطوات منافع رعايتك الصحية. تشمل بعض الأمثلة على التوجيهات المسبقة ما يلي:

#### وصايا الأحياء

تخبر وصية الأحياء طبيبك بأنواع الدعم الذي تريده أو لا تريده في الحياة.

#### توكيل الرعاية الصحية

في هذا النموذج، تحدد شخص آخر قادر على اتخاذ القرارات الصحية نيابةً عنك. سيستخدم فقط إذا لم تتمكن من اتخاذ خيارات بنفسك.

### الإعلان عن علاج الصحة النفسية

يعطي الإعلان عن علاج الصحة النفسية اهتماماً أكثر تحديداً إلى الرعاية الصحية النفسية. فهي تسمح للشخص، في حال القدرة، بتعيين وكيل لاتخاذ قرارات نيابةً عنه عندما يفتقر القدرة على اتخاذ قرار. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للإعلان ذكر بعض الرغبات فيما يتعلق بالعلاج. يمكن للشخص الإشارة إلى تفضيلات في الدواء والعلاج، وتفضيلات تتعلق بالقبول/الاستيفاء في مؤسسة ما.

يحل الإعلان عن علاج الصحة النفسية محل التوكيل الدائم للحصول على الرعاية الصحية النفسية، ولكن لا يحل محل وصية الأحياء.

يمكن أن تطلب من طبيبك الحصول على مزيد من المعلومات حول التوجيهات المسبقة. يمكنك أيضاً العثور على بعض عينات نماذج على:

### ما أنواع النماذج المتوفرة؟

بموجب قانون ولاية Ohio، هناك أربعة نماذج مختلفة، أو توجيهات مسبقة، يمكنك استخدامها. يمكنك استخدام إما وصية الأحياء، أو إعلان علاج الصحة النفسية، أو التوكيل الدائم للرعاية الطبية أو طلب عدم الإنعاش (Do Not Resuscitate, DNR). يجب عليك ملء التوجيهات المسبقة في الوقت الذي تكون فيه قادراً على التصرف نيابة عن نفسك. يتيح التوجيه المسبق لطبيبك وغيره معرفة رغباتك بشأن الرعاية الطبية.

### طلب عدم الإنعاش

توفر أنظمة الدولة الرعاية المريحة لعدم الإنعاش (DNR) وبروتوكول إيقاف الرعاية المريحة كما وضعتها وزارة الصحة في ولاية Ohio. يعني طلب عدم الإنعاش (DNR) توجيه صادر من الطبيب أو، في ظل ظروف معينة، من ممرضة معتمدة، أو اختصاصي تمرير سريري، الذي يحدد شخص ويحدد أنه لا ينبغي إجراء CPR للشخص المحدد. يُقصد بـ CPR الإنعاش القلبي الرئوي أو عنصر من عناصر الإنعاش القلبي الرئوي، ولكنه لا يشمل تطهير مجرى الهواء لشخص لغرض آخر غير اعتباره عنصراً من عناصر الإنعاش القلبي.

تسرد الرعاية المريحة لعدم الإنعاش (DNR) وبروتوكول إيقاف الرعاية المريحة الإجراءات المحددة التي سيتخذها المسعفون أو فني الطوارئ الطبية، أو الأطباء أو الممرضات عند حضورهم الرعاية المريحة لعدم الإنعاش أو طلب إيقاف الرعاية المريحة. كما يسرد البروتوكول ما هي الإجراءات المحددة التي سيتم اتخاذها.

يتعين عليك الحديث مع الطبيب المتابع لك حول الرعاية المسكنة (عدم الإنعاش) وطلب الحصول على الرعاية المسكنة وخيارات البروتوكول.

### الاحتيال والانتهاك

يمكن لأي شخص الإبلاغ عن الاحتيال والانتهاك المحتملين. إذا علمت بوجود احتيال أو انتهاك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، للإبلاغ عن ذلك. في ما يلي بعض الأمثلة عن الاحتيال والانتهاك:

- تلقي منافع واستحقاقات في ولاية Ohio وولاية أخرى في الوقت نفسه
- تبديل الوصفات الطبية أو تزييفها
- شخص يحصل على مخصصات المعونة الطبية وهو غير مؤهل للحصول على المنافع والاستحقاقات
- إعطاء بطاقة هوية خطة UnitedHealthcare Community Plan لشخص آخر لاستخدامها
- الاستخدام المفرط أو الإفراط في استخدام منافع برنامج Medicaid
- الأطباء أو المستشفيات التي تحرر لك فاتورة أو لخطة UnitedHealthcare لخدمات لم يتم توفيرها لك
- الأطباء أو المستشفيات الذين يحررون فاتورة لخطة UnitedHealthcare أكثر من مرة لخدمات تلقيتها مرة واحدة فقط
- الأطباء الذين يقدمون وثائق مزورة لخطة UnitedHealthcare بحيث قد تتلقى خدمات يتم توفيرها فقط عند الحاجة الطبية

يمكنك أيضًا مراسلة إدارة التأمين بولاية Ohio على العنوان:

Ohio Department of Insurance: Fraud Unit  
2100 Stella Court  
Columbus, OH 43215

### الخط الساخن للاحتيال والانتهاك

يمكنك أيضًا الإبلاغ عن احتيال وانتهاك مشتبه فيهما لخطة UnitedHealthcare Community Plan عن طريق الاتصال على الرقم المجاني **1-877-766-3844** وترك رسالة مفصلة. كما تم إعداد ذلك بحيث لا يتعين عليك إعطاء اسمك.

تذكر: لا تعطي بطاقة هوية عضويتك إلى أي شخص آخر لاستخدامها.

## رأيك يهمنا

هل لديك أي أفكار حول كيفية جعل خطة UnitedHealthcare أفضل؟ هناك العديد من الطرق التي يمكن أن نخبرنا بها عن رأيك.

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.
- راسلنا على العنوان:

UnitedHealthcare Community Plan  
9200 Worthington Rd.  
Westerville, OH 43082

### المجلس الاستشاري للأعضاء

المجلس الاستشاري للأعضاء هو مجلس استشاري لضمان مشاركة خطة UnitedHealthcare بفاعلية مع العملاء والأسر والجماعات المناصرة وأصحاب المصلحة الرئيسيين الآخرين كشركاء في تصميم برنامج الرعاية المعقد ونظام التوصيل.

من يمكنه الاشتراك؟

- أعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan
- أفراد الأسرة ومقدمو الرعاية لأعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan
- ممثلون عن المجتمع وجماعات الدفاع عن حقوق المستهلكين

يمكن للمشاركين:

- مشاركة التعليقات والأفكار مع فريق خطة UnitedHealthcare
- الانضمام إلى مكالمات شهرية مع قادة خطة UnitedHealthcare حول الصحة والعافية
- حضور الاجتماع الإقليمي السنوي
- الاشتراك في الدورات التدريبية في مجال الدعوة الحرة

للحصول على معلومات حول المجلس الاستشاري، اتصل بـ:

قسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**

### عضوية اللجنة الاستشارية

نحن أيضاً عضو في اللجنة الاستشارية التي تعقد اجتماعاتها كل ثلاثة أشهر. إذا كنت ترغب في الالتحاق باللجنة، فُيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

76 هل لديك أسئلة؟ نفضّل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**

## إدارة الاستخدام

لا تريد خطة UnitedHealthcare Community Plan لك أن تحصل على رعاية قليلة للغاية أو رعاية لا تحتاجها حقًا. كما أن علينا كذلك التأكد من أن الرعاية التي تحصل عليها هي من المنافع والاستحقاقات المُغطاة. نحن نستخدم إدارة الاستخدام للتأكد من أنك تحصل على الرعاية المناسبة في الوقت والمكان المناسبين.

هناك أيضًا بعض العلاجات والإجراءات نحتاج إلى مراجعتها قبل أن تتمكن من الحصول عليها. يعرف مُقدّمو الرعاية المتابعين لك ما هي، ويهتمون بإعلامنا لمراجعتها. يطلق على المراجعة التي نقوم بها مراجعة الاستخدام. نحن لا نكافئ أي شخص يرفض الرعاية اللازمة. إذا كانت لديك أسئلة حول إدارة الاستخدام، فيمكنك التحدث إلى موظفي إدارة رعاية Medicaid. تتوافر الممرضات لدينا من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة على 1-800-504-9669، الهاتف النصي 711؛ كما تتوافر المساعدة اللغوية.

## برنامج الجودة

يمكن أن يساعدك برنامجنا للجودة على الحفاظ على صحتك من خلال العمل مع طبيبك. يساعدك برنامج الجودة على تذكر الحصول على الفحوصات الوقائية والجراحات. نرسل لك ولمُقدّمي الرعاية المتابعين لك رسائل التذكير بشأن فحوص التقدم، وفحوص عنق الرحم، وتصوير الثدي الإشعاعي، والتطعيمات مثل شلل الأطفال والتهاب الغدة النكفية والحصبة والجديري المائي.

تستخدم خطة UnitedHealthcare Community Plan معايير HEDIS® للمساعدة على قياس ما نقوم به باستخدام برنامج الجودة. إن HEDIS هي مجموعة من معايير الأداء القياسية والنتائج لمساعدة الناس على مقارنة أداء خطط الرعاية المدارة. تدرس HEDIS العديد من المجالات، مثل رعاية ما قبل الولادة وبرامج الوقاية من الأمراض.

تريد خطة UnitedHealthcare Community Plan التأكد من أنك سعيد بالخدمات التي تحصل عليها من الطبيب ومنا. للقيام بذلك، ننظر إلى بيانات CAHPS®. إن CAHPS هو اختصار للجملة "Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems" ويعني "تقييم المستهلك لمُقدّمي الرعاية الصحية والأنظمة". يستفسر هذا الاستطلاع عن أسئلة لنقف على مدى رضائك عن الرعاية التي تتلقاها. إذا تلقيت استبيانًا للأعضاء في البريد، فيُرجى تعبئته وإعادته إلينا.

تبحث خطة UnitedHealthcare Community Plan في نتائج معايير HEDIS وCAHPS. نشارك النتائج مع مُقدّمي الرعاية الطبية لدينا. نحن نعمل مع مُقدّمي الرعاية الصحية للتأكد من أن الخدمات التي يقدمونها والخدمات التي نقدمها تضيف إلى رعايتك الصحية بطريقة إيجابية.

إذا كنت ترغب في معرفة المزيد من المعلومات عن برنامج الجودة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على 1-800-895-2017، الهاتف النصي 711.

## السلامة والحماية من التمييز

سلامة المرضى أهم ما يشغلنا. مع أننا لا نوجه الرعاية، ولكننا نريد أن نتأكد من حصول أعضائنا على رعاية آمنة. نتعقب المسائل المتعلقة بجودة الرعاية، ونضع مبادئ توجيهية لتعزيز الرعاية الآمنة ونوفر المعلومات للأعضاء حول سلامة المرضى، ونعمل مع المستشفيات والأطباء وغيرهم لتحسين الاستمرارية والتنسيق بين مواقع الرعاية. إذا كنت ترغب في معرفة المزيد من المعلومات حول سلامة المرضى أو الأماكن التي يمكن من خلالها الحصول على المعلومات، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

يُحظر على خطة UnitedHealthcare Community Plan ومقدمي الخدمات التابعين لها التمييز ضد أي شخص على أساس العمر أو العرق أو الأصل الإثني أو الدين أو اللون أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الإعاقة أو الأصل القومي أو حالة المحاربين القدماء أو حالة الخدمة العسكرية أو الأصول أو المعلومات الوراثية أو الحالة الصحية أو الحاجة إلى الخدمات الصحية وذلك عند تقديم الخدمات الصحية. يجب على مقدمي الرعاية الطبية في خطة UnitedHealthcare Community Plan اتباع قانون الأمريكيين لحقوق المعاقين (Americans with Disabilities Act) وعدم التمييز على أساس الصحة أو الصحة النفسية، والحاجة للرعاية الصحية أو الحالات الموجودة من قبل. إذا كنت تعتقد أنك قد تعرضت لأي شكل من أشكال التمييز، فیرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**، على الفور.

## توجيهات الممارسة السريرية والتقنية الحديثة

تمنح خطة UnitedHealthcare Community Plan مُقدمي الرعاية الطبية لدينا التوجيهات السريرية التي تحتوي على معلومات حول أفضل وسيلة لتوفير الرعاية لبعض الحالات. كل إرشاد سريري هو معيار مقبول للرعاية في مهنة الطب، وهو ما يعني أن أطباء آخرين يتفوقون مع هذا النهج. نريد تحسين صحتك من خلال إعطاء مُقدمي الرعاية الطبية معلوماتنا التي تدعم الممارسات السريرية، بما يتفق مع معايير الرعاية المعترف بها وطنياً.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول التوجيهات السريرية الخاصة بخطة UnitedHealthcare Community Plan، أو كنت ترغب في الحصول على نسخة ورقية من توجيهات الممارسة السريرية، فیرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. يمكنك أيضاً العثور على توجيهات الممارسة السريرية على موقعنا الإلكتروني من خلال **myuhc.com/CommunityPlan**.

### تقييم التقنية الحديثة

بعض الممارسات الطبية والعلاجات لم تثبت فعاليتها حتى الآن. تتم مراجعة الممارسات الجديدة، والعلاجات، والفحوص والتقنيات وطنياً من قبل خطة UnitedHealthcare Community Plan لاتخاذ قرارات حول الممارسات الجديدة الطبية والعلاجات وما هي الحالات يمكن استخدامها لها. تتم مراجعة هذه المعلومات من قبل لجنة من الأطباء والمرضى والصيادلة والضيوف الخبراء في خطة UnitedHealthcare Community Plan الذي يتخذون القرار النهائي حول التغطية. إذا كنت ترغب في معرفة مزيد من المعلومات حول كيفية اتخاذ القرارات بشأن العلاجات والممارسات الطبية الجديدة، فاتصل بنا على **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

## مسؤوليات عضويتك

بصفتك عضوًا في خطة **UnitedHealthcare Community Plan**، فأنت مسؤولٌ عما يلي:

- فهم كيفية عمل خطة **UnitedHealthcare Community Plan** من خلال قراءة هذا الدليل
- اختيار مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك
- حمل بطاقة هوية عضويتك في خطة **UnitedHealthcare Community Plan**. (يجب أن تبرز بطاقتك عند تلقي الخدمات ويجب الإبلاغ عن البطاقة المسروقة أو المفقودة في أسرع وقت ممكن. يجب عليك أيضًا إبلاغ خطة **UnitedHealthcare Community Plan** بأي من شركات التأمين الأخرى التي قد تكون لديك، ويجب تقديم معلومات التأمين الحالية إلى مُقدِّم الرعاية الأولي المتابع لك).
- الحصول على الرعاية الطبية حسب الحاجة
- الحضور إلى جميع الزيارات في المواعيد المحددة
- إبلاغ عيادة مُقدِّم الرعاية الأولية المتابع لك أو أي عيادة طبية إذا كنت بحاجة إلى تغيير أي موعد
- احترام حقوق وخصوصية مُقدِّم الرعاية الأولية وباقي العاملين بمجال الرعاية الصحية والمرضى
- معرفة الوقت المحدد لتناول الدواء، وكيفية تناوله واتباع إرشادات الطبيب التي يحددها للرعاية والتي توافق عليها
- إعطاء المعلومات الطبية الصحيحة وأي معلومات مطلوبة لتقديم الرعاية إلى خطة **UnitedHealthcare Community Plan** ومقدمي الرعاية الصحية لديك
- تحمل المسؤولية الكاملة والتفكير بالنتائج المحتملة في حالة رفضك للرعاية (رفض العلاج)، وتقديم الاستفسارات في حالة عدم الفهم
- فهم ما لديك من مشكلة صحية بشكل جيد والمشاركة في تحديد أسلوب العلاج المناسب والمتفق عليه
- التأكد من أن مُقدِّم الرعاية الصحية الأولية المتابع لك لديه بالفعل جميع سجلاتك الطبية. (ويشمل ذلك جميع التقارير الطبية التي تحصل عليها من أطباء آخرين).
- تقديم إفادة لخطة **UnitedHealthcare Community Plan** بأنك داخل المستشفى. (يلزم تنفيذ جميع ما سبق خلال 24 ساعة أو في أقرب وقت ممكن).
- الاتفاق على الاستخدام الأمثل لمعلوماتك الصحية
- الاحتفاظ بالمساعدات الطبية الحالية فيجب ألا تفقد عضويتك بخطة **UnitedHealthcare Community Plan**

## مصطلحات الرعاية المدارة

**الإساءة:** الإضرار بشخص ما عن عمد. (بما في ذلك ارتفاع الصوت وتجاهل احتياجات شخص ما واللمس غير اللائق).

**التوجيهات المسبقة:** القرارات بشأن الرعاية الصحية التي يمكن أن تتخذها مسبقاً عندما لا تكون قادراً على التحدث عن نفسك. هذا ما يسمح لأسرتك والأطباء المشرفين على حالتك الصحية بمعرفة القرارات التي يجب أن تتخذها إذا كنت قادراً على ذلك.

**الطعن:** طلب يقدمه أحد الأعضاء إلى خطة UnitedHealthcare Community Plan لمراجعة تحديد مزية تتعارض مع مصلحتك.

**التصريح:** اعتماد أو موافقة على تقديم الخدمة.

**المزايا:** الخدمات أو الإجراءات أو العلاج الذي تقدمه خطة UnitedHealthcare Community Plan لك.

**المشاركة في التسديد:** مبلغ ثابت يدفعه العضو مقابل خدمة رعاية صحية مشمولة بالتغطية.

**إلغاء التسجيل:** إنهاء العضوية في خطة UnitedHealthcare Community Plan.

**المعدات الطبية المعمرة:** معدات تتحمل الاستخدام المتكرر، تُستخدم في الأساس وفي المعتاد لغرض طبي، ولا تكون مفيدة بشكل عام لأي شخص لا يعاني من أي مرض أو إصابة، وتكون مناسبة للاستخدام في المنزل.

**الطوارئ:** أي تغيير مفاجئ في أي وقت أو غير متوقع في الحالة الصحية أو العقلية لشخص معين وفي حالة عدم تطبيق أي إجراء أو علاج بالشكل الصحيح وما قد ينتج عن ذلك من نتائج غير متوقعة (1) مفارقة الحياة أو فقد أي عضو، أو (2) توقف حاد في أحد وظائف الجسم، أو (3) الفقد التام لأي جزء من أجزاء الجسم أو صحة الجنين. (الصحة النفسية: التهديد بالانتحار، أو إيذاء النفس، أو القتل، أو الهوس، أو الذهان والتي تحتاج للرعاية الطبية الفورية).

**الحالة الطبية الطارئة:** يُصدّ بها حالة طبية تظهر من خلال أعراض حادة شديدة (تتضمن الألم الشديد) والتي يمكن لشخص عادي واع يتمتع بدرجة متوسطة من المعرفة عن الطب والصحة أن يتوقع بدرجة معقولة أن عدم وجود رعاية طبية فورية لها يمكن أن يؤدي إلى أي من ما يلي: تعريض صحة الشخص (أو بالنسبة للمرأة الحامل، صحة المرأة أو جنينها) لخطر شديد؛ أو قصور خطير في وظائف الجسم أو قصور خطير في أي عضو أو جزء من الجسم.

**النقل الطبي في الحالات الطارئة:** نقل المرضى أو المصابين أو غيرهم من الأشخاص العاجزين الذين يحتاجون إلى رعاية طبية طارئة عن طريق سيارة إسعاف.

## التفاصيل الأخرى للخطة

**الطوارئ – مخاطر اعتلال الصحة النفسية غير المهددة للحياة:** عند ظهور الأعراض التي لا تهدد الحياة والتي منها التفكير في الانتحار بدون وضع خطة للتنفيذ أو أن العضو يبدأ في إظهار بعض علامات أو أعراض الهوس أو الذهان.

**الرعاية في قسم الطوارئ:** الفحص والتقييم الطبي على يد طبيب، أو بالحد الذي يسمح به القانون الواجب التطبيق، أو على يد موظفين مناسبين آخرين تحت إشراف طبيب، لتحديد ما إذا كانت هناك حالة طبية طارئة، وإن وُجدت، تقديم علاج الرعاية، أو إجراء عملية جراحية لإحدى الخدمات المشمولة بالتغطية على يد طبيب بما يلزم لتخفيف الحالة الطبية الطارئة أو إزالتها، ضمن إمكانيات الخدمة في المستشفى.

**خدمات الطوارئ:** خدمات المرضى داخل المستشفى أو خدمات العيادات الخارجية أو خدمات النقل الطبي المشمولة بالتغطية والتي يقدمها مقدم خدمة مؤهل وتكون ضرورية لتقييم حالة طبية طارئة أو علاجها أو استقرارها. يشمل مقدمو خدمات الطوارئ أيضاً الأطباء أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية أو منشآت الرعاية الصحية غير الخاضعة للتوظيف أو ترتيب تعاقد مع خطة UnitedHealthcare Community Plan.

**الخدمات المستثناة:** الخدمات الصحية التي لا تدفع خطة UnitedHealthcare Community Plan مقابلها أو لا تغطيها.

**الاحتيايل:** عمل غير شرعي (مثل ذلك: إذا استخدم أحد الأشخاص بطاقة عضويتك وانتحل شخصيتك).

**التظلم:** تعبير العضو عن عدم الرضا عن أي أمر بخلاف تحديد الاستحقاقات السلبية. قد يشمل التظلم، على سبيل المثال لا الحصر، جودة الرعاية أو الخدمات المقدمة أو ما يتعلق بالعلاقات الشخصية مثل ذلك إساءة التعامل من مُقدمي الخدمات أو من أي من الموظفين أو عدم احترام حقوق العضو بغض النظر عن طلب إجراء علاجي. يشمل التظلم حق العضو في الاعتراض على تمديد الوقت الذي تقترحه MCE لاتخاذ قرار التفويض.

**الخدمات والأجهزة التأهيلية:** الخدمات المُصمَّمة لمساعدة الأشخاص في اكتساب وتحسين والاحتفاظ بمهارات المساعدة الذاتية، والتنشئة الاجتماعية، والتكيف اللازمة للإقامة بنجاح في المنزل والبيئات المجتمعية.

**المعلومات الصحية:** الحقائق التي تخص حالتك الصحية أو رعايتك الصحية. بعض المعلومات التي تتعلق بخطة UnitedHealthcare Community Plan أو مُقدم الخدمات. تشمل المعلومات عن الحالة الصحية الجسدية والعقلية وكذلك دفعات السداد المستحقة عن خدمات الرعاية.

**التأمين الصحي:** عقد يُطلب بموجبه من خطة UnitedHealthcare Community Plan الخاصة بك دفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية التي تحصل عليها وذلك في مقابل قسط يتم دفعه.

**الرعاية الصحية المنزلية:** خدمات تشمل التمريض المنزلي وخدمات المساعدة الصحية المنزلية والعلاجات المتخصصة.

خدمات رعاية المرضى الذين لا يُرجى شفاؤهم: وكالة عامة أو منظمة خاصة أو أحد الأقسام الفرعية لأي منهما، تخضع لشروط المشاركة وفقاً للجزء 418 من قانون اللوائح الفيدرالية رقم 42 (1 أكتوبر 2017)، مرخص لها في ولاية Ohio ومعتمدة من ODM للمشاركة في تقديم الرعاية للمرضى الذين لا يُرجى شفاؤهم. (V) (5160-56-01).

**العلاج في المستشفيات:** الرعاية في مستشفى تتطلب حجز المريض للعلاج داخلياً.

**الرعاية في العيادة الخارجية للمستشفى:** العلاج أو الخدمات التشخيصية أو العلاجية أو التأهيلية أو التلطيفية التي يقدمها أو يشرف عليها طبيب ممارس والتي تقدمها المستشفى للمريض.

**معلومات الصحة العقلية:** الحقائق التي تخص الصحة والرعاية الصحية العقلية. بعض المعلومات التي تتعلق بخطة UnitedHealthcare Community Plan أو مُقدم الخدمات. تشمل المعلومات عن الحالة الصحية الجسدية والعقلية وكذلك دفعات السداد المستحقة عن خدمات الرعاية.

**بطاقة هوية العضوية:** بطاقة التعريف التي تثبت أنك عضو في خطة UnitedHealthcare Community Plan. يجب أن تحتفظ بالبطاقة معك طوال الوقت.

**التطعيمات:** مصل يحميك من الأمراض. يجب أن يتم حقن الأطفال بالمصل في مختلف الأعمار المحددة. يتم حقن الأمصال خلال الزيارات المنتظمة للأطباء.

**الموافقة المستنيرة:** هي التي تتم بعد شرح إجراءات المعالجة الطبية لك وبعد فهمك لها وموافقتك عليها.

**داخل الشبكة:** الأطباء، والاختصاصيون، والمستشفيات، والصيدليات ومقدمو الخدمات الآخرون الذين يقومون بعمل الترتيبات الخاصة بخطة UnitedHealthcare Community Plan لتقديم خدمات الرعاية الصحية للأعضاء.

**المرضى الداخليون:** عندما يتم قبول حجز المريض داخل المستشفى لفترة طويلة.

**الضرورة الطبية:** معايير تغطية للإجراءات أو العناصر أو الخدمات التي تمنع أو تشخص أو تقيم أو تعالج حالة صحية مثل المرض أو الإصابة أو أعراض هذه الحالة أو الخلل الوظيفي العاطفي أو السلوكي أو العجز الفكري أو الضعف الإدراكي أو الإعاقة التنموية والتي دونها يتوقع أن يعاني الشخص من مرض طويل الأمد أو متزايد أو جديد؛ أو قصور وظيفي بالجسم أو اختلال وظيفي في عضو أو جزء من الجسم؛ أو يعاني من ألم وانزعاج شديد.

**العضو:** هو الشخص المسجل لدى خطة UnitedHealthcare Community Plan في برامج Medicaid أو DHCP.

**الشبكة:** مقدمو الخدمات المتعاقدون مع خطة UnitedHealthcare Community Plan المتاحون لأعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan.

## التفاصيل الأخرى للخطة

**مقدم الخدمة غير المشارك:** أي مقدم خدمة أبرم اتفاقية مقدّم رعاية مع إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio (ODM) وغير متعاقد مع خطة UnitedHealthcare Community Plan، ولكنه يقدم خدمات الرعاية الصحية لأعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan.

**ODM:** إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio.

**خارج الشبكة:** الأطباء، والاختصاصيون، والمستشفيات، والصيدليات، ومقدمو الرعاية الآخرون الذين ليس بينهم وبين أي اتفاق لتقديم خدمات الرعاية الصحية لأعضاء UnitedHealthcare Community Plan خطة.

**المرضى الخارجيون:** عندما يلزم عمل إجراءات طبية للمريض بما لا يتطلب حجزه داخل المستشفى والملاحظة.

**مقدم الخدمة المشارك:** أي مقدم رعاية، أو مجموعة من مقدمي الرعاية، أو كيان أبرم عقد مقدّم الرعاية في الشبكة مع خطة UnitedHealthcare Community Plan وفقاً للقاعدة 5160-26-05 من القانون الإداري ويتلقى تمويلًا من برنامج Medicaid بشكل مباشر أو غير مباشر لطلب الخدمات المشمولة بالتغطية أو الإحالة إليها أو تقديمها، بموجب اتفاق مقدّم الرعاية Ohio (ODM) Medicaid أو بموجب عقد مع إدارة برنامج UnitedHealthcare Community Plan الخطة.

**خدمات الأطباء: (L)** "ممارس خدمات الطبيب": الأطباء، أو أطباء الأقدام، أو أطباء الأسنان، أو اختصاصيي التمريض السريري، أو القابلات المعتمدات، أو الممرضات الممارسات المعتمدات، أو مساعدي الأطباء. (L)(5160-2-02)

**الخطة: (S)** "مؤسسة الرعاية المُدارة (MCO)" أو "خطة الرعاية المُدارة (MCP)" تعني شركة تأمين صحي (HIC) مُرخصة في ولاية Ohio تُبرم اتفاق مقدم رعاية مُدارة مع إدارة برنامج Medicaid في ولاية Ohio. (S)(5160-26-01)

**خدمات ما بعد استقرار الحالة:** الخدمات المشمولة المتعلقة بحالة طبية طارئة يرى مقدم العلاج أنها ضرورية طبيًا بعد استقرار حالة طبية طارئة وذلك من أجل الحفاظ على استقرار الحالة أو في ظل الظروف الموضحة في 422.113 من قانون اللوائح الفيدرالية رقم 42 أو تحسين أو علاج حالة العضو.

**التصريح المسبق:** قرار صادر بمقتضى خطة UnitedHealthcare Community Plan يفيد بأن خدمة الرعاية الصحية أو خطة العلاج أو المعدات الطبية المعمرة لازمة من الناحية الطبية. أحيانًا يطلق عليه اسم الإذن المسبق أو الموافقة المسبقة أو التصديق المسبق. قد يتطلب تأمينك الصحي أو خطتك تصريحًا مسبقًا لخدمات مُعينة قبل أن تحصل عليها، باستثناء حالات الطوارئ.

**القسط:** "القسط" يعني مبلغ الدفع الشهري لكل عضو ويكون مستحقًا لمؤسسة الرعاية المُدارة كتعويض عن أداء التزاماتها وفقًا للفصل 5160-26 من القانون الإداري و/أو اتفاقية مقدم الخدمة مع ODM. (NN)(516026-01)

**تغطية العقاقير الموصوفة طبيًا:** الأدوية التي يغطيها مدير مزايا الصيدليات الأحادي (SPBM) والتي يتم صرفها للأعضاء لاستخدامها في مرافق العلاج، بما فيها مرافق التمريض أو مرافق الرعاية الوسيطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية.

الأدوية التي تُصَرَّف بوصفة طبية: المواد البسيطة أو المركبة أو خلانط المواد الموصوفة لعلاج الأمراض أو التخفيف من شدتها أو الوقاية منها، أو للحفاظ على الصحة ويصفها الطبيب أو غيره من الممارسين الطبيين المرخص لهم لتقديم العلاجات، وذلك في نطاق هذه الممارسة المهنية على النحو المعرّف والمحدود بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية؛ ويتم صرفها من قِبَل الصيداللة المرخصين والممارسين الطبيين المرخصين المُؤمَّضين وفقاً لقانون الممارسة الطبية للولاية؛ ويتم صرفها من قِبَل الصيدلي أو الممارس الطبي المرخص له على وصفة طبية مكتوبة يتم تسجيلها والاحتفاظ بها في سجلات الصيدلي أو الممارس الطبي.

**طبيب أو مقدم الرعاية الأولية (PCP):** طبيب (طبيب عام أو طبيب عظام)، أو مجموعة من الأطباء، أو ممرضة مسجلة ممارسة متقدمة المستوى، على النحو المحدد في القسم 4723.01 من قانون Ohio المعدل، أو مجموعة ممرضات ممارسات متقدمات المستوى يمارسن تخصصاً مقبولاً، أو مساعد طبيب يفي بمتطلبات القاعدة 5160-4-03 من القانون الإداري لولاية Ohio مع خطة UnitedHealthcare Community Plan/OhioRISE خطة لتقديم الخدمات على النحو المحدد في القاعدة 5160-26-03.1 من القانون الإداري لولاية Ohio.

**التصريح المسبق:** الإجراء الذي يتبعه الطبيب للحصول على موافقة على الخدمات التي تحتاج الموافقة عليها قبل أن يتم تقديمها.

**دليل مقدمي الرعاية:** قائمة بأسماء مُقدِّمي الخدمات المشاركين في خطة UnitedHealthcare Community Plan والذين يمكنهم مساعدتك في الرعاية الصحية وتلبية احتياجاتك الصحية.

**مقدم الرعاية:** مستشفى، أو منشأة رعاية صحية، أو طبيب، أو طبيب أسنان، أو صيدلية، أو أي شخص أو كيان مناسب مرخص له أو معتمد ومصرح له أو قد يحق له الحصول على تعويض نظير تقديم خدمات الرعاية الصحية إلى أعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan/OhioRISE خطة.

**الإحالة:** في حالة الاتفاق مع مُقدِّم الرعاية الأولية على أنك تحتاج إلى استشارة طبيب آخر يقوم مُقدِّم الرعاية الأولية بتحويلك إلى اختصاصي داخل الشبكة.

**خدمات وأجهزة إعادة التأهيل:** المهام المحددة التي يجب، وفقاً للمادة 47 من قانون Ohio المعدل، تقديمها مباشرةً من قِبَل موظف رعاية صحية فني أو مهني مرخص له أو غيره من الموظفين المُعتمدين بشكل مناسب.

**خدمات الإحالة الذاتية:** الخدمات التي لا تحتاج إلى الرجوع إلى مُقدِّمي الخدمات الأولية للإحالة.

**رعاية التمريض المتخصصة:** المهام المحددة التي يجب، وفقاً للفصل 4723 من قانون Ohio المعدل، تقديمها بواسطة ممرضة ممارسة مرخصة (LPN) بتوجيه من ممرضة مُسجَّلة أو بواسطة ممرضة مُسجَّلة مباشرةً.

**الاختصاصي:** طبيب مختص يركز على مجال مُعيَّن من الطب أو مجموعة من المرضى لتشخيص أنواع مُعيَّنة من الأعراض والحالات أو التحكم فيها أو الوقاية منها أو علاجها. الاختصاصي غير الطبيب هو مقدم خدمة مُدرَّب بشكل أكبر على مجال معين من الرعاية الصحية.

## التفاصيل الأخرى للخطة

---

**معلومات استخدام المواد:** الحقائق التي تخص استخدام بعض المواد أو أدوات الرعاية. بعض المعلومات التي تتعلق بخطة UnitedHealthcare Community Plan أو مُقدّم الخدمات. تشمل معلومات عن استخدام المواد وتاريخ الاستخدام والاستخدامات الحالية وكذلك الدفعات المستحقة لخدمات الرعاية.

**الرعاية الطارئة:** رعاية مرض أو إصابة أو حالة خطيرة تجعل الشخص العاقل يلتبس الرعاية بسببها على الفور، ولكنها لا تكون شديدة لدرجة تتطلب الرعاية في غرفة الطوارئ.

**WIC:** برامج الغذاء التكميلية للسيدات، والرضع، والأطفال التي تقدم استشارات التغذية والتعليم والأطعمة المغذية للسيدات الحوامل ومرحلة ما بعد الوضع، والرضع، والأطفال حتى عمر سنتين. ويتم تشخيص حالة الأطفال الذين يعانون من فقر في التغذية حتى عمر 5 سنوات إذا كانوا ينتمون إلى الأسر الفقيرة والمعرضون لخطر سوء التغذية.

## إشعارات الخطة الصحية لممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعته بعناية.

تاريخ السريان 1 يناير 2023

بموجب القانون، نلتزم<sup>1</sup> بحماية خصوصية معلوماتك الصحية ("HI"). كما نلتزم بإرسال هذا الإشعار لك. فهو يبين لك:

- طريقة استخدامنا لمعلوماتك الصحية.
- وقت مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين.
- الحقوق الممنوحة لك للوصول إلى معلوماتك الصحية.

بموجب القانون، نلتزم باتباع شروط هذا الإشعار.

المعلومات الصحية هي معلومات تتعلق بخدماتك الصحية أو خدمات الرعاية الصحية. كما يحق لنا تغيير ممارسات خصوصيتنا للتعامل مع المعلومات الصحية. وفي حالة تغييرها، سنبلغك بذلك عبر البريد العادي أو البريد الإلكتروني. كما سننشر الإشعار الجديد على موقع الويب هذا ([www.uhccommunityplan.com](http://www.uhccommunityplan.com)). سنخطرك في حالة انتهاك معلوماتك الصحية. نحن نجمع معلوماتك الصحية ونحتفظ بها لإدارة أعمالنا. قد تكون المعلومات الصحية شفوية، أو مكتوبة، أو إلكترونية. نحن نقيد وصول الموظفين ومقدمي الخدمات إلى معلوماتك الصحية. ولدينا إجراءات وقائية موضوعة لحمايتها.

**كيفية جمع معلوماتك أو استخدامها أو مشاركتها**

**نُجمَع معلوماتك الصحية ونستخدمها، ونُشاركها:**

- معك أنت أو ممثلك القانوني.
- الهيئات الحكومية.

**يحق لنا جمع معلوماتك الصحية واستخدامها ومشاركتها لأغراض محددة.** وتتمثل هذه الأغراض في العلاج، أو سداد تكاليف الرعاية، أو إدارة أعمالنا. ويمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها على النحو التالي.

- **السداد.** يمكننا جمع معلوماتك الصحية أو استخدامها أو مشاركتها لإعداد مدفوعات الأقساط والمطالبات. ويشمل ذلك تنسيق المنافع والاستحقاقات.
- **العلاج أو إدارة الرعاية.** يجوز لنا جمع معلوماتك الصحية أو استخدامها أو مشاركتها مع مقدمي الرعاية المتابعين لك للمساعدة في رعايتك.
- **عمليات الرعاية الصحية.** يمكننا اقتراح برنامج إدارة المرض أو برنامج الصحة. ندرس البيانات لتحسين خدماتنا.
- **إبلاغك بالبرامج أو الأدوات الصحية.** يمكننا إبلاغك بالعلاجات، والمنتجات، والخدمات الأخرى. قد تكون هذه الأنشطة مقيدة بالقانون.

## التفاصيل الأخرى للخطة

- **الجهات الراعية للخطة:** نقدم المعلومات الصحية الخاصة بالتسجيل، وشطب التسجيل، والملخص لرب العمل الذي تعمل لديه. يمكننا إعطاء الآخرين المعلومات الصحية إذا كانوا يقيدون استخدامها بصورة صحيحة.
- **أغراض الاكتتاب:** يجوز لنا جمع معلوماتك الصحية أو استخدامها أو مشاركتها لاتخاذ قرارات الاكتتاب. لن نستخدم معلوماتك الصحية الوراثية لأغراض الاكتتاب.
- **التذكير بالمنافع والاستحقاقات أو الرعاية:** يجوز لنا جمع معلوماتك الصحية أو استخدامها أو مشاركتها لإرسال تذكيرات بالمواعيد والمعلومات الخاصة بالاستحقاقات الصحية.
- **لعمليات التواصل معك:** يجوز لنا استخدام رقم الهاتف أو البريد الإلكتروني الذي قدمته لنا للاتصال بك بشأن المزيا أو الرعاية الصحية أو المدفوعات الخاصة بك.

يجوز لنا جمع معلوماتك الصحية أو استخدامها أو مشاركتها على النحو التالي:

- **على النحو الذي يتطلبه القانون.**
- **إلى الأشخاص المشاركين في رعايتك:** يمكن أن يشمل ذلك أفراد الأسرة في حالة الطوارئ. قد يحدث ذلك إذا لم تتمكن من الموافقة أو الاعتراض. إذا لم تستطع الاعتراض، فسنستخدم تقديرنا على أفضل وجه. إذا كان الأمر مسموحاً به، فبعد وفاتك، يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية مع أفراد الأسرة أو الأصدقاء الذين يساعدون في رعايتك.
- **الأنشطة الصحية العامة:** قد يكون هذا لمنع تفشي المرض.
- **إعداد تقارير عن الإساءة، أو الإهمال، أو العنف الأسري:** نشارك المعلومات الصحية فقط مع الكيانات التي يسمح بها القانون للحصول على تلك المعلومات. قد تكون هذه وكالة خدمة اجتماعية أو وقائية.
- **أنشطة متابعة الصحة:** لهيئة يسمح لها القانون بالحصول على المعلومات الصحية. قد يكون الغرض من ذلك الحصول على التراخيص وتدقيق الحسابات والتحقيق في الاحتيال والإساءة.
- **الإجراءات القضائية أو الإدارية:** للرد على حكم محكمة أو مذكرة استدعاء.
- **إنفاذ القانون:** البحث عن شخص مفقود أو الإبلاغ عن جريمة.
- **التحديات التي تتعلق بالصحة أو السلامة:** قد يكون ذلك لهيئات الصحة العامة أو هيئات إنفاذ القانون. ومن أمثلة ذلك حالة طارئة أو كارثة.
- **المهام الحكومية:** قد تكون المعلومات لغرض الاستخدام العسكري والمحاربين والأمن القومي أو للخدمات الوقائية.
- **تعويض العاملين:** للالتزام بقوانين العمل.
- **أغراض البحث:** لدراسة مرض أو إعاقة.
- **تقديم معلومات حول الموتى:** قد يكون ذلك للمحقق في أسباب الوفاة أو الفاحص الطبي. لتحديد الموتى وسبب الوفاة أو حسب ما نص عليه القانون. يمكننا تقديم المعلومات الصحية لمتعهدي الدفن.
- **زراعة الأعضاء:** للمساعدة في الحصول على الأعضاء أو العيون أو الأنسجة، أو تخزينها، أو زرعها.
- **المؤسسات التقويمية أو هيئات إنفاذ القانون:** للأشخاص المحتجزين: (1) لتقديم الرعاية الصحية؛ و(2) لحماية صحتك وصحة الآخرين، و(3) لأمان المؤسسات.
- **الشركات التابعة لنا إذا كانت هناك حاجة لتقديم الخدمات لك:** توافق الشركات التابعة لنا على حماية معلوماتك الصحية. ولا يسمح لها باستخدام المعلومات الصحية بخلاف ما نص عليه عقدنا المبرم معها.

- قيود أخرى. يمكن للقوانين الفيدرالية والحكومية تقييد استخدامنا للمعلومات الصحية المدرجة أدناه.
  1. سنتبع القوانين الصارمة المطبقة
  1. تعاطي الكحوليات والمخدرات
  2. المعلومات البيومترية
  3. إساءة معاملة الأطفال أو البالغين أو إهمالهم، بما في ذلك الاعتداء الجنسي عليهم
  4. الأمراض المعدية
  5. المعلومات الوراثية
  6. فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
  7. الصحة النفسية
  8. معلومات القصر
  9. صفات
  10. الصحة الإنجابية
  11. الأمراض المنقولة جنسياً

نستخدم معلوماتك الصحية فقط على النحو المبين هنا ووفق موافقتك الكتابية. سنحصل على موافقتك الكتابية لمشاركة إشعارات العلاج النفسي المتعلقة بك. سنحصل على موافقتك الكتابية لعرض معلوماتك الصحية على الآخرين. سنحصل على موافقتك الكتابية لاستخدام معلوماتك الصحية في رسائل بريدية ترويجية محددة. في حالة السماح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية، فيمكن للمستفيد مشاركتها فيما بعد. يمكنك سحب موافقتك. لمعرفة المزيد حول كيفية ذلك، اتصل برقم الهاتف المَدُون على بطاقة هوية عضويتك.

### حقوقك

لديك الحقوق التالية.

- **الطلب منا تقييد الاستخدام أو المشاركة للعلاج، أو السداد، أو عمليات الرعاية الصحية.** ويمكن أن تطلب تقييد المشاركة مع أفراد الأسرة أو غيرهم. ويمكن أن تسمح للتابعين بطلب فرض القيود. **سنسعى لتنفيذ طلبك وليس هذا أمر مفروض علينا.**
- **طلب الحصول على مراسلات سرية بطريقة مختلفة أو في مكان مختلف.** على سبيل المثال، في صندوق البريد بدلاً من منزلك. سنوافق على طلبك وفقاً لما يسمح به قانون الولاية والقانون الفيدرالي. نقبل الطلبات الشفهية. يمكننا تغيير طلبك. وسيكون ذلك في شكل كتابي. وإرساله بالبريد العادي إلى العنوان أدناه.
- **الإطلاع على أو الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية.** يجب أن تطلب ذلك بشكل كتابي. وإرساله بالبريد العادي إلى العنوان أدناه. إذا كنا نحفظ بهذه السجلات في شكل إلكتروني، فيمكن أن تطلب نسخة إلكترونية. ويمكن إرسال طلبك إلى طرف ثالث. سنرسل لك ملخصاً بذلك. ويمكننا فرض رسوم على طلب نسخ. وقد نرفض طلبك. في حالة رفض طلبك، يجب عليك مراجعة هذا الرفض.
- **طلب تعديل.** إذا كنت تعتقد أن معلوماتك الصحية غير صحيحة أو غير تامة، فيمكن أن تطلب تغييرها. يجب أن تطلب ذلك بشكل كتابي. ويجب أن تقدم أسباباً لهذا التغيير. وإرساله بالبريد إلى العنوان أدناه. في حالة رفضنا لطلبك، فيمكنك إضافة عدم موافقتك على معلوماتك الصحية.

## التفاصيل الأخرى للخطوة

- **الحصول على حساب المعلومات الصحية المشتركة** في خلال ست سنواتٍ قبل طلبك. لن يشمل ذلك أي معلومات صحية تتم مشاركتها للأسباب التالية: (1) عمليات العلاج والدفع والرعاية الصحية؛ (2) معك أو بموافقتك؛ (3) مع المؤسسات الإصلاحية أو جهات إنفاذ القانون. لن يشمل ذلك حالات الإفصاح التي لا يطلب منا القانون الاتحادي تتبعها.
- **الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار.** يمكنك طلب نسخة ورقية في أي وقت. يمكنك أيضًا الحصول على نسخة ورقية من موقع الويب لدينا ([www.uhccommunityplan.com](http://www.uhccommunityplan.com)).
- **أن تطلب منا تصحيح أو تعديل معلوماتك الصحية.** اعتمادًا على المكان الذي تعيش فيه، يمكنك أيضًا أن تطلب منا حذف معلوماتك الصحية. وإذا تعذر علينا ذلك، فسنخاطرك. وإذا تعذر علينا ذلك، فيمكنك مراسلتنا موضحًا سبب رفضك للمعلومات وترسل إلينا المعلومات الصحيحة.

### استخدام حقوقك

- **الاتصال بخطتك الصحية.** اتصل على رقم الهاتف المَدُون على بطاقة هوية عضويتك. أو يمكنك الاتصال على مركز UnitedHealth Group Call Center على الرقم **1-866-633-2446**، أو الهاتف النصي/المراسلة في الوقت الفعلي **711**.
- **تقديم طلب مكتوب.** أرسله بالبريد إلى:  
UnitedHealthcare Privacy Office  
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **التوقيات.** سنردّ على هاتفك أو طلبك الكتابي في غضون 30 يومًا.
- **تقديم شكوى.** إذا كنت تعتقد أنه حدث انتهاك لحقوق خصوصيتك، فيمكنك إرسال شكوى إلى العنوان المذكور أعلاه.

كما يمكنك إبلاغ سكرتير مكتب وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. ولن نتخذ أي إجراء ضدك بشأن تقديم الشكوى.

<sup>1</sup> يسري هذا الإشعار للمعلومات الطبية لممارسات الخصوصية على خطط الصحة التالية التابعة لمؤسسة مجموعة UnitedHealthcare Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc؛ وArizona Physicians IPA, Inc؛ وCare Improvement Plus؛ وSouth Central Insurance Company؛ وCare Improvement Plus of Texas Insurance Company؛ وOptimum Choice؛ وHealth Plan of Nevada, Inc؛ وCare Improvement Plus Wisconsin Insurance Preferred؛ وPhysicians Health Choice of Texas, LLC؛ وOxford Health Plans (NJ), Inc؛ وInc؛ وCare Partners, Inc؛ وRocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated؛ وUnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc؛ وUnitedHealthcare Community Plan of California, Inc؛ وUnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc؛ وUnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc؛ وL.L.C؛ وUnitedHealthcare Insurance Company؛ وUnitedHealthcare Insurance Company of America؛ وUnitedHealthcare of Alabama, Inc؛ وUnitedHealthcare Insurance Company of River Valley؛ وUnitedHealthcare of Florida, Inc؛ وUnitedHealthcare of Kentucky, Ltd؛ وUnitedHealthcare of the Midlands, Inc؛ وLouisiana, Inc؛ وUnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc؛ وUnitedHealthcare of the Midwest, Inc؛ وUnitedHealthcare of Mississippi, Inc؛ وUnitedHealthcare of New England, Inc؛ وUnitedHealthcare of New Mexico, Inc؛ وUnitedHealthcare of New York, Inc؛ وUnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc؛ وUnitedHealthcare of Washington, Inc؛ وUnitedHealthcare of Wisconsin, Inc؛ وUnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc؛ تُعد قائمة الخطط الصحية هذه كاملةً اعتبارًا من تاريخ سريان هذا الإشعار. للحصول على قائمة حالية من الخطط الصحية الخاضعة لهذا الإشعار، انتقل إلى <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>

## إشعار خصوصية المعلومات المالية

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك المالية ومشاركتها. راجع المعلومات بعناية.

تاريخ السريان 1 يناير 2023

نحن<sup>2</sup> نتولى حماية "معلوماتك المالية الشخصية" ("FI"). المعلومات المالية هي معلومات غير متعلقة بالصحة. من شأن المعلومات المالية أن تحدد هويتك وعمومًا فهي لا تتاح للعامّة.

### المعلومات التي نجمعها

- نحن نحصل على المعلومات المالية من طلباتك أو نماذجك. قد تشمل هذه المعلومات الاسم، والعنوان، والعمر، ورقم الضمان الاجتماعي.
- نحصل على المعلومات المالية من خلال معاملاتك معنا أو مع الآخرين. ويمكن أن تشمل بيانات سداد الأقساط.

### مشاركة المعلومات المالية

لا نشارك المعلومات المالية إلا على النحو الذي يسمح به القانون.

ويمكننا مشاركة معلوماتك المالية لتشغيل أعمالك. ويمكننا مشاركة معلوماتك المالية مع شركاتنا التابعة. لا نحتاج إلى موافقتك للقيام بذلك.

- يمكننا مشاركة معلوماتك المالية لإعداد معاملاتك المالية.
- يمكننا مشاركة معلوماتك المالية للاحتفاظ بحسابك (حساباتك).
- يمكننا مشاركة معلوماتك المالية للرد على أحكام المحاكم والتحقيقات القانونية.
- يمكننا مشاركة معلوماتك المالية مع الشركات التي تقوم بإعداد مواد التسويق.

### السرية والأمان

نحن نقيّد وصول العاملين ومقدم الخدمات إلى معلوماتك المالية. لقد وضعنا إجراءات وقائية لحماية معلوماتك المالية.



## إشعار الحقوق المدنية

التمييز مخالف للقانون. تمتثل خطة UnitedHealthcare Community Plan of Ohio لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس أي مما يلي:

- السلالة
- اللون
- الأصل القومي
- الحالة العسكرية
- الديانة
- المعلومات الوراثية
- السن
- الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة الجسدية أو العقلية)
- الأصول
- المعتقدات السياسية
- حالة الدعم العام
- الحالة الطبية
- الجنس (بما في ذلك الصور النمطية الجنسية والهوية الجنسية)
- التوجه الجنسي
- الحالة الصحية (بما في ذلك الحاجة إلى الخدمات الصحية)

تقدم خطة UnitedHealthcare Community Plan of Ohio مساعدات وخدمات إضافية مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل بشكل فعال معنا، مثل:

- مترجمون فوريون مؤهلون متخصصون في لغة الإشارة
- معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة بخط كبير، تسجيلات صوتية، تنسيقات إلكترونية سهلة المنال، تنسيقات أخرى)

توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan of Ohio خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تُعد اللغة الإنجليزية لغتهم الرئيسية، مثل:

- مترجمون فوريون مؤهلون
- معلومات مكتوبة بلغاتٍ أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني المدوّن على بطاقة هوية العضو الخاصة بك.

يحق لك تقديم شكوى بشأن التمييز إذا كنت تعتقد أنك عُولمت بطريقة تمييزية من قبل خطة **UnitedHealthcare Community Plan of Ohio**. يمكنك تقديم شكوى وطلب المساعدة في تقديم الشكوى شخصياً أو عن طريق البريد أو الهاتف أو الفاكس أو البريد الإلكتروني على:

**Civil Rights Coordinator**  
**UnitedHealthcare Civil Rights Grievance**  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130  
البريد الإلكتروني: [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

كما يمكنك التقدم بشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية عبر إحدى الوسائل التالية:

عبر الإنترنت: [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

عبر البريد: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

عبر الهاتف: **1-800-368-1019** (هاتف الصم والبكم: **1-800-537-7697**)

نماذج الشكاوى متاحة على

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/civil-rights-complaint-form-0945-0002-exp-07312019.pdf>

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Si necesita ayuda, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо ви говорите українською мовою, ви можете скористатися безкоштовними послугами перекладача. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। कृपया तपाईंलाई मद्दत चाहिएमा तपाईंको सदस्यता परिचय कार्डमा भएको टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

**Arabic:** تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فتتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم المجاني أعلاه. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

**Russian:** Внимание! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

**Somali:** OGSOONOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada kaalmada luuqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

**French:** ATTENTION : si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

**Kinyarwanda (Burundi):** ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikiyarwanda, serivisi z'ubufasha mu by'indimi zirahari ku buntu. Niba ukeneye ubufasha, hamagara nimero itishyurwa iri ku karita yawe iranga umunyamuryango.

**Swahili:** TAZAMA: : Ikiwa unasungumza Kiswahili, huduma za usaidizi kuhusu lugha, bila malipo, zinapatikana kwa ajili yako. Ikiwa unahitaji msada, tafadhali piga simu bila malipo kwa nambari iliyo kwenye kitambulisho chako cha mshiriki.

**Uzbek:** DIQQAT: Agar ingliz tilida soʻzlasangiz, til masalasida yordam beradigan bepul xizmatlar mavjud. Agar yordam zarur boʻlsa, aʼzo identifikatsiya kartasidagi bepul raqamga telefon qiling.

**Pashto:** پاملرنه: که تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، د ژبې د مرستې خدمتونه، په وړیا توګه، تاسو لپاره شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړی پیژندنې کارت کې ورکړل شوې وړیا شمیرې ته زنگ ووهئ.

**Turkish:** DİKKAT: İngilizce konuşuyorsanız, size ücretsiz dil yardımı hizmetleri sunulabilir. Yardıma ihtiyaç duyarsanız, lütfen üye kimlik kartınızdaki ücret telefon numarasını arayın.

**Dari:** توجه: اگر شما به لسان دری صحبت میکنید، خدمات اسیستانت لسان به قسم رایگان در دسترس تان قرار میگیرد. اگر به کمک ضرورت پیدا کردید، لطفاً به نمبر رایگان مندرج در کارت هویت اعضا به تماس شوید.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

# الملحق أ

## مدير مزايا الصيدليات الأحادي (SPBM) بولاية Ohio

### 1. محتويات دليل الأعضاء

#### 1.1 الهوية المؤسسية

Gainwell Technologies هي شركة تتمتع بأكثر من 50 عامًا من الخبرة المُتَبَتَّة وذات سمعة طيبة في التميز في الخدمة والخبرات التي لا تُضاهي. لا تعمل Gainwell تحت أي أسماء تجارية أخرى أو قانون قاعدة الدفاع (DBA). كل ما نقوم به في Gainwell يتمحور حول الأشخاص.

تتمثل مهمة Gainwell في تمكين العملاء من خلال التقنيات والحلول المبتكرة لتقديم نتائج خدمات صحية وبشرية رائعة.

أنت الآن عضو في مدير مزايا الصيدليات الأحادي (SPBM) لدينا. هنا في Gainwell، نعتقد أنك تستحق خدمات صيدلانية فائقة الجودة ويجب أن تحصل على أحدث الخدمات التي يمكننا تقديمها.

على الإنترنت: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

البريد الإلكتروني: [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

إذا كنت تشك في احتيال مقدم الخدمة أو المستهلك، فيرجى الاتصال بخط الهاتف المجاني التابع لنا والخاص بالاحتيال والنفائيات وإساءة الاستخدام على الرقم **1-833-491-0344** (الهاتف النصي **1-833-655-2437**) وحدد خيار الإبلاغ عن المخاوف بشأن الاحتيال والنفائيات وإساءة الاستخدام.

#### 1.2 الخدمات المتاحة

تغطي Gainwell جميع الأدوية الضرورية طبيًا والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) والتي يغطيها برنامج Medicaid. نستخدم قائمة الأدوية المُفضَّلة (PDL) وهي قائمة بالأدوية التي نفضل أن يصفها لك مقدم الخدمة. قد نطلب من طبيبك القائم بوصف الأدوية تقديم طلب تصريح مسبق، ويقدم لنا فيه طبيبك القائم بوصف الأدوية معلومات إضافية تُشرح سبب طلب دواء مُعيَّن و/أو جرعة مُعيَّنة أو كمية مُعيَّنة من الدواء.

94 هل لديك أسئلة؟ نفضّل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)

أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**

الخدمات التالية متاحة لك لدعم أي احتياجات إضافية قد تكون لديك:

- الترجمة الفورية
- خدمات الترجمة التحريرية
- المساعدات والخدمات الإضافية
- معلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة، وتشمل طريقة برايل والطباعة بحروف كبيرة

### 1.2.1 قائمة الأدوية المُفضَّلة

تستخدم Gainwell قائمة أدوية مُفضَّلة (PDL) وهي قائمة بالأدوية التي نُفضِّل أن يصفها لك مقدم الخدمة. يمكنك العثور على نسخة من قائمة الأدوية المُفضَّلة في المواقع التالية:

- ضمن علامة تبويب معلومات Medicaid على: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- تسجيل الدخول إلى بوابة أعضاء Gainwell على: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- الموقع الإلكتروني لصيدلية برنامج Medicaid في ولاية Ohio على: <https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl>
- يمكن طلب نسخة ورقية عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على **1-833-491-0344** (1-833-655-2437 الهاتف النصي)

### 1.2.2 التصاريح المسبقة

قد يُطلب من طبيبك القائم بوصف الأدوية تقديم طلب تصريح مسبق بشأن بعض الأدوية. سيتم إرسال هذه الطلبات من قبل طبيبك القائم بوصف الأدوية من خلال عدة طرق مختلفة (الهاتف أو الفاكس أو البريد أو بوابة الويب) لضمان إجراء مراجعة سريعة وفعالة لأدويتك. في هذه الظروف، سيرسل مقدم الخدمة لك طلب تصريح إلى فريق خدمات الصيدليات لدى Gainwell، والذي سيتولى بدوره إكمال مراجعة سريرية للأدوية التي يطلبها طبيبك القائم بوصف الأدوية. سيعمل فريق خدمات الصيدليات لدى Gainwell عن كثب مع طبيبك القائم بوصف الأدوية لتقديم أفضل قرار سريري. سنتلقى رسالة بالبريد تتضمن نتيجة القرار المتخذ.

إذا كنت لا توافق على القرار الذي اتخذته Gainwell، فسيتم إرسال معلومات مُفضَّلة إليك حول كيفية الطعن على القرار الذي اتخذناه.

لديك خيار الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المجاني **1-833-491-0344** (الهاتف النصي **1-833-655-2437**) للحصول على معلومات بخصوص قائمة الأدوية المُفضَّلة، والأدوية التي قد تتطلب تصريحاً مسبقاً، أو لطرح أي أسئلة متعلقة بالأدوية قد تراودك. تتوفر قائمة الأدوية المُفضَّلة وقائمة الأدوية التي تتطلب تصريحاً مسبقاً على الإنترنت على الرابط من المهم أن تقوم أنت و/أو طبيبك القائم بوصف الأدوية بالرجوع إلى قائمة الأدوية <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. المُفضَّلة و/أو قائمة الأدوية التي تتطلب تصاريح مسبقة في كل مرة تكون لدي أي منكما أسئلة، نظراً لأن هذه المستندات تخضع للتغيير.

### 1.2.3 إستراتيجيات إدارة استخدام الصيدلية

سيتم استخدام قائمة الأدوية المُفضَّلة مع كل مراجعة للتصريح المسبق يكملها فريق خدمات الصيدليات لدى Gainwell. عندما يلزم الحصول على تصريح مسبق، يجب أن توافق Gainwell على طلب الطبيب القائم بوصف الأدوية قبل أن تتمكن من إعادة صرف أدويةك من الصيدلية المُفضَّلة داخل الشبكة. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق في الحالات التالية:

- توافق دواء بلا اسم تجاري أو دواء بديل في الصيدلية
- إمكانية إساءة استخدام الدواء المطلوب
- وجوب تجربة أدوية أخرى أولاً
- تجاوز حدود كمية الدواء المطلوب
- عدم تضمين الدواء الذي وصفه لك الطبيب في قائمة الأدوية المُفضَّلة

عادةً ما تتضمن قائمة الأدوية المُفضَّلة خيارات دوائية متعددة لعلاج حالة مُعيَّنة. يُشار إلى هذه الأدوية المختلفة على أنها أدوية "بديلة" وتتسم بنفس فاعلية الأدوية الأخرى دون أن تسبب أي آثار جانبية أو مشكلات صحية إضافية.

تشمل الأسباب المحددة التي قد يُطلب من طبيبك القائم بوصف الأدوية بموجبها بتقديم طلب تصريح مسبق ما يلي:

**العلاج التدريجي** — في بعض الحالات، تتطلب خطتنا أن تجرب أولاً بعض الأدوية لعلاج حالتك الطبية.

**بديل بلا علامة تجارية** — حيث سيُطلب من الصيدلية تقديم دواء عام بدلاً من دواء ذي علامة تجارية عند توفره. الأدوية بلا علامة تجارية آمنة وفعالة تماماً مثل الأدوية التي تحمل علامات تجارية ويجب وصفها أولاً.

**التبادل العلاجي** — حيث يتعذر عليك تناول دواء ما لأسباب مثل الحساسية وعدم التحمل، وما إلى ذلك، وقد لا يكون الدواء فعالاً بالنسبة لك وقد يصف لك طبيبك دواء غير مُدرج في قائمة الأدوية المُعتمَدة.

**الأدوية المُتخصَّصة** — هذه مراجعة لدواء يعتبر أكثر تعقيداً لمرض مُعيَّن ويتطلب اهتماماً خاصاً والتعامل معه في أثناء عملية مراجعة التصريح المسبق. قد تضطر إلى الحصول على هذه الأدوية من صيدلية مُتخصَّصة. سيعمل طبيبك القائم بوصف الأدوية مع خدمات الصيدليات لدى Gainwell للتأكد من أنه يمكنك الحصول على الدواء الذي تحتاج إليه في أسرع وقت ممكن.

### 1.2.4 الخدمات المستثناة

لن تدفع Gainwell مقابل الفئات التالية التي لا يغطيها برنامج صيدلية Medicaid بولاية Ohio:

- أدوية علاج السمنة
- أدوية علاج العقم
- أدوية علاج ضعف الانتصاب
- عقاقير برنامج تحقيق فعالية وسلامة الدواء (DESI) أو العقاقير التي قد تكون متطابقة أو متشابهة أو ذات صلة
- الأدوية المؤهلة للتغطية في الجزء د من برنامج Medicare
- الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والتي لم يتم سردها وفقاً للفقرة ج من قاعدة OAC 5160-9-03
- الأدوية المُستخدمة لدواعي استعمال غير مُعتمدة من إدارة الغذاء والدواء (FDA) ما لم تكن مدعومة بأدلة سريرية مُقنعة

### 1.2.5 الخدمات الإضافية

يمكن لفريق خدمات الصيدليات لدى Gainwell أيضاً مساعدتك في الخدمات التالية عن طريق الاتصال بمكتب المساعدة الخاص بالأعضاء على الرقم **1-833-491-0344** (الهاتف النصي **1-833-655-2437**). يمكنك أيضاً الوصول إلى هذه المعلومات على بوابة الأعضاء من خلال تسجيل الدخول إلى <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- تحديد موقع صيدلية لإعادة صرف الوصفة الطبية التي قدمها لك طبيبك
- التحقق من أن لديك تغطية صيدلانية نشطة
- الحصول على لوازم مرضى السكري التي تغطيها المخصصات الصيدلانية الخاصة بك
- الحصول على المعدات الطبية المعمرة التي تغطيها المخصصات الصيدلانية الخاصة بك

### 1.3 طلب تقديم الطعون أو التظلمات أو جلسات الاستماع بالولاية

#### التظلم

إذا كنت غير راضٍ عن أي شيء يتعلق بخدمات الصيدليات لدى Gainwell أو مقدمي الخدمات لدينا، فيُرجى الاتصال بنا في أقرب وقت ممكن. يُسمّى هذا تظلمًا.

يمكنك الاتصال بنا من خلال:

- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-833-491-0344** (الهاتف النصي **1-833-655-2437**) وحدّد الخيار 1 للتحدّث مع أحد أعضاء فريق مكتب مساعدة خدمات الصيدليات لدى Gainwell
- املاً نموذج التظلم/الطعن المضمن في دليل الأعضاء هذا وأرسله بالبريد إلى خدمات الصيدليات لدى Gainwell على العنوان أدناه أو عبر الإنترنت من خلال بوابة الأعضاء
- تفضّل زيارة موقعنا الإلكتروني على <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- إرسال خطاب لنا تطلعنا فيه على ما يجعلك غير راضٍ. يُرجى التأكيد من تضمين اسمك الأول والأخير ومُعرّف Medicaid الخاص بك وعنوانك ورقم هاتفك كي نتمكن من الاتصال بك، إذا لزم الأمر. يمكنك إرسال النموذج أو الخطاب عبر البريد الإلكتروني أو بالبريد العادي.

البريد الإلكتروني: [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

عبر البريد:

Gainwell Pharmacy Services  
5475 Rings Rd.  
Atrium II North Tower, Suite 125  
Dublin, OH 43017-7565

بمجرد أن تتواصل مع Gainwell لتقديم شكواك، سنتابع معك عبر الهاتف أو تسليم البريد أو وسيلة أخرى مناسبة خلال الأطر الزمنية التالية:

- يوماً عمل وذلك بالنسبة للتظلمات المُرسلة بشأن عدم إمكانية الحصول على الأدوية التي تحتاج إليها
- ثلاثون (30) يوماً تقويمياً لكل التظلمات الأخرى

### الطعن

إذا تلقيت إشعاراً منا لا توافق عليه، فيمكنك طلب الطعن عليه في غضون ستين (60) يوماً تقويمياً من تاريخ الإشعار. سترد Gainwell على طلب الطعن الذي قدمته في غضون خمسة عشر (15) يوماً تقويمياً من تاريخ اتصالك بنا. إذا كنت تعتقد أن انتظار مدة خمسة عشر (15) يوماً تقويمياً قد يعرض حياتك أو صحتك البدنية أو العقلية للخطر الشديد أو قدرتك على تحقيق أو الحفاظ على أو استعادة الحد الأقصى من الوظائف الجسدية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء في Gainwell على الرقم المذكور أدناه في أقرب وقت ممكن لتسريع عملية المراجعة الخاصة بك. لطلب تقديم طعن، يمكنك:

- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-833-491-0344** (الهاتف النصي **1-833-655-2437**) وحدد الخيار 1 للتحدث مع أحد أعضاء فريق مكتب مساعدة خدمات الصيدليات لدى Gainwell
- املاً نموذج التظلم/الطعن المضمن في دليل الأعضاء هذا وأرسله بالبريد إلى خدمات الصيدليات لدى Gainwell على العنوان أدناه أو أكمله عبر الإنترنت من خلال بوابة الأعضاء
- تفضّل زيارة موقعنا الإلكتروني على <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- كتابة خطاب. يُرجى التأكد من تضمين اسمك الأول والأخير ومُعَرّف Medicaid الخاص بك وعنوانك ورقم هاتفك كي تتمكن من الاتصال بك، إذا لزم الأمر. يمكنك إرسال النموذج أو الخطاب عبر البريد الإلكتروني أو بالبريد العادي.

البريد الإلكتروني: [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com)

عبر البريد:

Gainwell Pharmacy Services  
5475 Rings Rd.  
Atrium II North Tower, Suite 125  
Dublin, OH 43017-7565

## التفاصيل الأخرى للخطة

عند تقديم طعن، يُرجى تضمين المعلومات التالية:

- اسمك ورقم معرف Medicaid على بطاقتك
- اسم طبيبك القائم بوصف الأدوية
- سبب اعتراضك على النتيجة المُقدّمة من Gainwell
- أي مستندات أو معلومات لدعم طلبك بإلغاء القرار الصادر لك

يجب أن ترد Gainwell على طلب الطعن الذي قدمته في غضون خمسة عشر (15) يومًا تقويميًا من تاريخ اتصالك بنا. إذا لم نغير قرارنا، فسيتم إخطارك كتابيًا وسيكون لك حق طلب جلسة استماع حكومية. عليك إكمال عملية الطعن قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع حكومية.

إذا احتجنا إلى مزيد من الوقت لاتخاذ قرار بشأن الطعن أو التظلم، فسنرسل لك خطابًا لنخبرك بأننا بحاجة إلى ما يصل إلى أربعة عشر (14) يومًا تقويميًا إضافيًا. سيوضح لك هذا الخطاب أيضًا معلومات عن سبب حاجتنا إلى مزيد من الوقت لإكمال طلبك.

### جلسة الاستماع بالولاية

عليك إكمال عملية الطعن لدى Gainwell قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع حكومية. جلسة الاستماع الحكومية عبارة عن لقاء يجمعك أو ممثل مفوض بالنيابة عنك وممثل عن الإدارة الحكومية لخدمات العمل والأسرة وممثل آخر عن Gainwell ومسؤول استماع مكتب جلسات الاستماع الحكومية من الإدارة الحكومية لخدمات العمل والأسرة (ODJFS). خلال هذا الاجتماع، سنشرح سبب اعتقادك بأن خدمات الصيدليات لدى Gainwell لم تتخذ القرارات الصحيحة وسنشرح Gainwell الأسباب التي دفعتنا إلى اتخاذ قرارنا. سيتخذ مسؤول جلسة الاستماع قرارًا بناءً على القواعد واللوائح والمعلومات المقدمة في أثناء جلسة الاستماع.

سيتم إخطارك بحقك في طلب جلسة استماع حكومية إذا لم نغير قرارنا نتيجة للطعن الذي تقدمت به إلى Gainwell. إذا كنت ترغب في طلب جلسة استماع حكومية، فيجب عليك أنت أو الممثل المفوض عنك طلب جلسة استماع في غضون تسعين (90) يومًا تقويميًا من رفض Gainwell للطعن الذي تقدمت به.

لطلب عقد جلسة استماع، يجب عليك استكمال نموذج جلسة الاستماع وإعادة إرساله على العنوان أو رقم الفاكس المدرج داخل النموذج، أو الاتصال بمكتب جلسات الاستماع الحكومية على الرقم **1-866-635-3748** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع للاطلاع على معلومات عن الخدمات **614-728-2985 bsh@jfs.ohio.gov**) أو إرسال الطلب إلى عنوان البريد الإلكتروني على الرقم المحلي **1-800-589-5888** لمعرفة رقم Ohio القانونية المجانية، يمكنك الاتصال بمؤسسة الخدمات القانونية لولاية المساعدات القانونية المحلية.

تصدر قرارات جلسة الاستماع عادةً خلال سبعة (70) يومًا بعد استلام الطلب. إذا تقرر أن الحالة الصحية تستوفي المعايير الخاصة بقرار التعجيل، فيجب إصدار القرار بشكل عاجل حسب ما يلزم خلال فترة لا تتجاوز ثلاثة (3) أيام عمل بعد تاريخ استلام الطلب. تعتبر القرارات العاجلة هي الحل المناسب إذا كانت المدة الزمنية للمراجعة القياسية يُحتمل أن تشكل خطرًا محققًا يهدد حياة أو صحة أو قدرة الشخص على الحفاظ على وظائفه الكلية أو استعادتها.

### 1.4 التوصيات بالتغيير

بصفتك عضوًا في خدمات الصيدليات لدى Gainwell، يحق لك تقديم توصيات بشأن الحقوق والمسؤوليات المتعلقة بتغطية الأدوية الخاصة بك.

يمكن إرسال التوصيات عبر البريد الإلكتروني إلى خدمات الصيدليات لدى Gainwell على [OH\\_MCD\\_PBM@gainwelltechnologies.com](mailto:OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com) أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 833-491-0344 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع 614-728-2985).

### 1.5 الوصول إلى الصيدليات

تقدم خدمات الصيدليات لدى Gainwell بوابة للأعضاء لتسجيل الدخول وإدارة احتياجات الصيدلية لديهم. لتسجيل الدخول إلى حسابك الشخصي على بوابة الأعضاء، تفضل بزيارة <https://spbm.medicaid.ohio.gov> وسجل الدخول باستخدام معلوماتك الشخصية التي أعددتها لحسابك.

لتسجيل الاشتراك لمقدم خدمة عبر بوابة أعضاء Gainwell، يمكنك اتباع الإرشادات الموجودة على الموقع الإلكتروني <https://spbm.medicaid.ohio.gov> أو الاتصال برقم الهاتف المجاني لقسم خدمات الأعضاء 1-833-491-0344 لتلقي مساعدة مفصلة لتسجيل Gainwell (الهاتف النصي 1-833-655-2437) للتحدث مع أحد وكلاء خدمات الصيدليات لدى الاشتراك للحصول على إمكانية الوصول.

### 1.6 أدوية الطوارئ من العيادات الخارجية

في حالة حدوث حالة طارئة، سيكون لديك خيار الحصول على إمدادات من الأدوية الضرورية طبيًا تكفي لمدة 72 ساعة (3 أيام). إذا واجهت صعوبات في هذه العملية، فيرجى الاتصال بخدمات الصيدليات لدى Gainwell على الرقم 1-833-491-0344 (الهاتف النصي 1-833-655-2437).

### 1.7 بيان عدم التمييز

تتبع خدمات الصيدليات لدى Gainwell قوانين الحقوق المدنية في الولاية والقوانين الفيدرالية والتي تحميك من التمييز أو المعاملة غير العادلة. لا نتعامل مع الأشخاص بشكل غير عادل بسبب العمر أو العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الدين أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الذهنية أو الجسدية أو السجل الطبي أو الحالة الصحية أو المعلومات الوراثية أو الدليل على القابلية للتأمين أو حالة المحاربين القدماء أو حالة الخدمة العسكرية أو الأصول أو الحاجة إلى الخدمات الصحية وذلك عند تقديم الخدمات المشمولة أو الموقع الجغرافي.

ليس لدى Gainwell أي اعتراضات أخلاقية أو دينية على الخدمات التي نقدمها لأعضاء إدارة برنامج Medicaid بولاية Ohio.

إذا احتجت إلى أي من الخدمات الإضافية أدناه، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المجاني **1-833-491-0344** :  
للتحدث إلى أحد أعضاء الفريق مجاناً (الهاتف النصي **1-833-655-2437**)

- الترجمة الفورية
- خدمات الترجمة التحريرية
- المساعدات والخدمات الإضافية
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى، تشمل على سبيل المثال لا الحصر، الإسبانية والصومالية والعربية
- معلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة، وتشمل على سبيل المثال لا الحصر، طريقة برايل والطباعة بحروف كبيرة

### 1.8 بيان شبكة مقدمي الخدمات

تعمل Gainwell مع الصيدليات لإعادة صرف الوصفات الطبية بالقرب من منزلك لتسهيل حصولك على أي من احتياجاتك من الأدوية. تقدم العديد من الصيدليات خدمات تشمل توصيل الأدوية إلى المنازل وإدارة الأدوية وتقديم المساعدة إذا كنت لا تجيد اللغة الإنجليزية أو تعاني من صعوبات في السمع أو الرؤية أو تعاني من إعاقة تحتاج إلى دعم إضافي. تتوفر الصيدليات المتخصصة أيضاً لتوفير الأدوية التي لها متطلبات معالجة وتخزين وتوزيع محددة لعلاج الأمراض شديدة الخطورة أو المعقدة أو النادرة. في حالة وجود أي تغييرات على هذه الصيدليات، فسنحرص على إخطارك عبر الموقع الإلكتروني أو بوابة أعضاء Gainwell أو بالرسائل البريدية على النحو المحدد في طلب التواصل المفضل لديك.

لا تغطي Gainwell عمليات إعادة صرف الوصفات الطبية في الصيدليات التي لم يتم تسجيلها (الصيدليات خارج الشبكة) لتوزيع الأدوية لأعضاء برنامج Medicaid في ولاية Ohio، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الصيدليات البعيدة عن منزلك، باستثناء حالات الطوارئ (إذا كنت خارج الولاية في حالة الطوارئ أو إذا لم تتمكن صيدلية في ولاية Ohio من توفير الدواء).

### 1.9 شبكة مقدمي خدمة الصيدليات

يمكنك الحصول على معلومات حول كيفية تحديد موقع صيدلية ضمن شبكتك عن طريق الاطلاع على دليل مقدمي خدمات الصيدليات المتوفر على الإنترنت على <https://spbm.medicaid.ohio.gov> أو من خلال تسجيل الدخول إلى بوابة أعضاء Gainwell على <https://spbm.medicaid.ohio.gov>. يمكنك طلب نسخة ورقية من دليل مقدمي خدمات الصيدليات عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المجاني **1-833-491-0344** (الهاتف النصي **1-833-655-2437**).



## نحن هنا من أجلك

تذكر أننا على استعداد دائم للرد على أي أسئلة تجول بخاطرك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**. كما يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني من خلال [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

UnitedHealthcare Community Plan  
9200 Worthington Rd.  
Westerville, OH 43082

[myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

**1-800-895-2017**، أو الهاتف النصي **711**

United  
Healthcare  
Community Plan

102 هل لديك أسئلة؟ تفضّل بزيارة [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**، الهاتف النصي **711**.

