



مرحباً في المجتمع

تقدم UnitedHealthcare Community Plan في Ohio خدمات الرعاية الصحية لسكان Ohio المؤهلين للحصول على مزايا Medicaid للفئات التالية؛ كبار السن أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة أو الأسر والأطفال المشمولين بالتغطية (بما في ذلك برنامج Healthy Start و Healthy Families)، بالإضافة إلى مزايا Medicaid الممتدة لتغطية البالغين.

United
Healthcare®
Community Plan

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

مرحبًا

مرحبًا بكم في UnitedHealthcare Community Plan. أنت الآن عضو في خطة رعاية صحية تُعرف أيضًا بمنظمة الرعاية المُدارة (MCO). توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات الرعاية الصحية لسكان Ohio المؤهلين، بما في ذلك ذوو الدخل المنخفض والحوامل والرضع والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة. بصفتك عضوًا أصبحت الآن مؤهلاً للحصول على مزايا رائعة دون أي تكلفة عليك، بما في ذلك عدم وجود أي حصص مشاركة في التكاليف. بالإضافة إلى ذلك، لدينا برامج لإدارة الأمراض والرعاية لحالات مثل الربو ومرض السكري، وبرنامج الحمل Healthy First Steps™.

يرجى قضاء بضع دقائق للاطلاع كتيب الأعضاء هذا. نحن مستعدون للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك. يمكنك العثور على إجابات لمعظم الأسئلة على الرابط myuhc.com/CommunityPlan. "ما عليك سوى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711، من الساعة 7:00 صباحًا إلى الساعة 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

تهدف المعلومات المقدمة في كتيب الأعضاء هذا إلى أن تكون دليلًا إرشاديًا ومصدرًا مرجعيًا سريعًا.

بدء الخطة

وإليك بعض النصائح التي تمكنك من تحقيق أقصى استفادة من خطتك الصحية مباشرة. ابدأ بهذه الخطوات الثلاث السهلة:

1. اتصل بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك (PCP)، وحدد موعدًا للفحص. الفحوصات الدورية أمر هام للحفاظ على صحة جيدة. لا بد أن يكون رقم هاتف PCP الخاص بك مدرجًا على بطاقة معرف العضوية التي استلمتها مؤخرًا بالبريد. إذا كنت لا تعرف رقم PCP الخاص بك، أو إذا كنت تريد المساعدة في جدولة موعد الفحص، اتصل بخدمات الأعضاء على TTY 711، 1-800-895-2017. يسرنا تقديم المساعدة.
2. إجراء تقييم الصحة الخاص بك. هذه طريقة مختصرة وسهلة للحصول على فكرة عامة عن نمط حياتك وحالتك الصحية الحالية. يساعدنا هذا على تحديد المزايا والخدمات المتاحة لك والتي تناسب احتياجاتك. يُرجى زيارة myuhc.com/CommunityPlan لإكمال تقييم الصحة اليوم. أيضًا، سنتصل بك قريبًا للترحيب بك في UnitedHealthcare Community Plan. خلال هذه المكالمة، يمكننا شرح مزايا خطة الرعاية الصحية الخاصة بك. يمكننا أيضًا مساعدتك في إتمام تقييم الصحة عبر الهاتف.
3. تعرف على خطة الرعاية الصحية الخاصة بك. ابدأ بقسم أبرز النقاط الأساسية في الخطة الصحية في الصفحة 9 للحصول على لمحة سريعة عن خطتك الجديدة. وتأكد من الاحتفاظ بهذا الكتيب قريبًا منك للرجوع إليه في المستقبل.

خدمات الأعضاء 1-800-895-2017, TTY 711

من 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة

مكتبنا مغلق في هذه العطلات الرئيسية:

- يوم رأس السنة
- عيد العمال
- يوم Martin Luther King Jr.
- عيد الشكر
- اليوم التالي لعيد الشكر
- عيد الميلاد
- عيد الاستقلال

جدول المحتويات

3	مرحبًا
9	أبرز النقاط الأساسية في الخطة الصحية
9	بطاقة معرف العضوية
10	لمحة عامة عن المزايا
11	تقييمك الصحي
12	دعم الأعضاء
14	يمكنك البدء في استخدام مزايا الصيدلية الخاصة بك على الفور
16	الذهاب إلى الطبيب
16	مقدم الرعاية الأولية (PCP) المعني بك
18	الفحوصات السنوية
19	تحديد موعد مع PCP المعني بك
20	التحضير لموعدك مع PCP المعني بك
20	خدمات NurseLine – مصدر معلوماتك الصحية على مدار الساعة
21	إذا كنت بحاجة إلى رعاية وكانت عيادة طبيبك مغلقة
22	الرعاية الصحية بعيدًا عن المنزل
22	المركز الطبي الأساسي
23	الخدمات التي يتم الإحالة إليها ذاتيًا
24	مزايا إضافية للأعضاء المشمولين بتمديد التغطية للبالغين
25	الحصول على رأي ثانٍ
25	التصاريح المسبقة
25	الرعاية المستمرة إذا غادر PCP المتابع لحالتك الشبكة
26	خدمات النقل - غير الطارئة

27	المستشفيات والطوارئ
27	الرعاية العاجلة
28	خدمات المستشفى
28	رعاية الأسنان للحالات الطارئة
29	الخدمات الضرورية من الناحية الطبية
30	لا توجد تغطية طبية خارج الولايات المتحدة
32	Ohio Department of Medicaid كتيب أعضاء
32	مرحبًا بكم من State of Ohio
34	كتيب أعضاء Ohio Department of Medicaid
36	بطاقات معرف العضوية (ID)
37	معلومات العضو الجديد
38	الأدوية المقررة بوصفة طبية
38	الخدمات التي لا تشملها تغطية UnitedHealthcare Community Plan
39	الخدمات التي لا تشملها تغطية UnitedHealthcare Community Plan ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية
39	خدمات إدارة الرعاية
40	خدمات الأعضاء
41	خدمات الصحة السلوكية، وخدمات الصحة العقلية وخدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات
42	OhioRISE
44	برنامج الخدمات المنسقة
45	Healthchek (ميزة الفحص الصحي)
46	اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)
47	تغيير PCP الخاص بك
47	الرعاية الصحية عن بُعد
48	حقوق عضويتك
50	كيفية إبلاغ UnitedHealthcare Community Plan إذا كنت غير راضٍ أو لا توافق على قرار اتخذناه – الطعون والتظلمات

54	نموذج طعن العضو
56	نموذج الطعون والتظلمات
58	جلسة الاستماع بالولاية
59	استرداد المطالبات من التركة
59	خدمات الطوارئ
60	إصابة أو مرض عرضي (حق الحلول)
61	التأمين الصحي الآخر (تنسيق المزايا - COB)
61	إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)
61	فقدان الأهلية لبرنامج Medicaid
61	التجديد التلقائي لعضوية خطة الرعاية المدارة (MCP)
62	إنهاء عضويتك في خطة الرعاية المدارة (MCP)
66	جدول خدمات Medicaid
66	الخدمات التي تشملها خطة UnitedHealthcare Community Plan
74	مزايا UnitedHealthcare الإضافية
74	مزايا إضافية
81	تفاصيل الخطة الأخرى
81	البحث عن موفر رعاية داخل الشبكة
81	دليل مقدمي الرعاية
82	إذا تلقيت فاتورة مقابل الخدمات
82	التوجيهات المسبقة
84	الاحتيال وسوء الاستخدام
85	الإبلاغ عن الحوادث
88	رأيك مهم
89	إدارة الانتفاع
89	برنامج الجودة

90	السلامة والحماية ضد التمييز
90	المبادئ الإرشادية للممارسة السريرية والتقنية الجديدة
91	مسؤوليات عضويتك
92	مصطلحات الرعاية المُدارة
98	إشعارات ممارسات الخصوصية الخاصة بالخطة الصحية
106	الملحق (أ)
106	مدير المزاي الصيدلانية الوحيد المتعاقد (SPBM) Ohio Single Pharmacy Benefit Manager
106	1. محتويات كتيب الأعضاء
106	1-1 الهوية المؤسسية
106	2-1 الخدمات المتاحة
107	1-2-1 قائمة الأدوية المفضلة (PDL)
107	2-2-1 التصاريح المسبقة
108	3-2-1 إستراتيجيات إدارة الانتفاع من الصيدلية
109	4-2-1 الخدمات المستثناة
109	5-2-1 الخدمات الإضافية
109	3-1 طلب الطعون أو التظلمات أو جلسات الاستماع في الولاية
112	4.1 التوصيات بالتغيير
112	5-1 الوصول إلى الصيدليات
112	6-1 أدوية الطوارئ لمرضى العيادات الخارجية
112	7-1 بيان عدم التمييز
113	8-1 بيان شبكة موفري الرعاية
113	9-1 شبكة موفري خدمات الصيدليات

أبرز النقاط الأساسية في الخطة الصحية

بطاقة معرف العضوية

رقم معرف عضويتك
رقم معرف خطتك
رقم هاتف خدمة الأعضاء

United Healthcare Community Plan
Member Services | Phone: 800-895-2017
24 Hour Emergency Services | Phone: 800-542-8630

Member Name
JaneHasVeryLongName
Veryloooooonglastname

Member ID Number
000000000000

Plan ID Number
000000000000

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 1-800-600-9007.

Ohio | Department of Medicaid

اسم مقدم الرعاية
الأولية المعني بك

معلومات
للصيدلاني المعني بك

Issuance Date: MM/DD/YYYY

هل فقدت بطاقة معرف العضوية الخاصة بك؟

إذا فقدت أنت أو أحد أفراد عائلتك البطاقة، يمكنك طباعة بطاقة جديدة عبر الموقع الإلكتروني myuhc.com/CommunityPlan. أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711

لمحة عامة عن المزايا

بصفتك عضوًا في UnitedHealthcare Community Plan، لديك مجموعة متنوعة من مزايا وخدمات الرعاية الصحية المتاحة لك. فيما يلي نظرة عامة سريعة. ستجد قائمة كاملة في قسم المزايا.

خدمات الرعاية الأولية

كل زيارتك لمقدم الرعاية الأولية (PCP) المعني بك خاضعة للتغطية. سوف يتولى PCP المعني بك معالجة معظم احتياجاتك فيما يخص الرعاية الصحية. ويشمل ذلك الكشف الطبي، وعلاج البرد والإنفلونزا، والمشاكل الصحية، والفحوصات الطبية.

شبكة مقدمي الرعاية الكبيرة

بإمكانك اختيار أي PCP تابع لشبكتنا الكبيرة من مقدمي الرعاية. تشمل شبكتنا أيضًا الأخصائيين والمستشفيات و الصيدليات، مما يوفر لك العديد من الخيارات لرعايتك الصحية. اعثر على قائمة كاملة بمقدمي الرعاية التابعين للشبكة من خلال myuhc.com/CommunityPlan أو اتصل على 1-800-895-2017, TTY 711.

NurseLine (خط خدمات التمريض)

تتمكنك خدمة خط التمريض NurseLine إمكانية الوصول عبر الهاتف إلى ممرضات مسجلات ذوات خبرة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع كما يمكنهم تزويدك بالمعلومات والدعم والإرشادات بشأن أي سؤال أو مشكلة تتعلق بالصحة. اتصل على 1-800-542-8630, TTY 1-800-855-2880.

الخدمات المتخصصة

تتضمن تغطيتك الخدمات المقدمة من الاختصاصيين. الاختصاصيون هم أطباء أو ممرضون مدربون تدريبًا عاليًا لعلاج حالات مرضية معينة. ولكن ربما تحتاج إلى إحالة من PCP الخاص بك أولاً. اطلع على الصفحة 16 من الكتيب.

الأدوية

تغطي خططك الصحية الأدوية الموصوفة بوصفة طبية بدون دفع أي حصص من المشاركة في التكاليف للأعضاء من جميع الأعمار. كما تشمل التغطية: الأنسولين، والإبر والمحاقن، ووسائل منع الحمل، والأسبرين المغلف بالتهاب المفاصل، وحبوب الحديد والفيتامينات القابلة للمضغ.

خدمات المستشفى

تشمل تغطيتك الإقامة في المستشفى وخدمات العيادات الخارجية (الخدمات التي تحصل عليها في المستشفى دون المبيت).

الخدمات المعملية

تشمل الخدمات المغطاة الاختبارات والأشعة السينية التي تساعد في تحديد سبب المرض.

زيارات صحة الطفل

جميع زيارات صحة الطفل والتطعيمات مشمولة ضمن خطتك.

الرعاية أثناء الحمل وبعد الولادة

تشمل تغطيتك زيارات الطبيب قبل ولادة طفلك وبعدها. ويتضمن هذا الإقامة في المستشفى. نغطي عند اللزوم أيضاً الزيارات المنزلية بعد ولادة الطفل.

تنظيم الأسرة

تشمل تغطيتك الخدمات التي تساعدك في إدارة توقيتات الحمل. بما في ذلك المنتجات والإجراءات المتعلقة بمنع الحمل.

رعاية الإبصار

تتضمن مزايا الرؤية الخاصة بك فحوصات العين الروتينية والنظارات. اطلع على الصفحة 71.

رعاية الأسنان

هي مزايا طب الأسنان الخاضعة للتغطية من قبل UnitedHealthcare Community Plan. لمزيد من المعلومات عن تغطية علاجات الأسنان أو للعثور على طبيب أسنان، يُرجى الدخول على myuhc.com/CommunityPlan أو من خلال تطبيق UnitedHealthcare® أو الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711.

خدمات النقل متاحة

في حالة احتياجك إلى النقل إلى PCP المعني بك أو مقدم رعاية طبية آخر، قد يمكننا مساعدتك. فالنقل الطبي خاضع للتغطية لبعض خدمات الرعاية الطبية. إذا لم يكن لديك أي وسيلة أخرى للذهاب إلى الطبيب، أو كنت تعيش في منطقة ليس بها وسائل نقل عام أو لا يمكنك استخدام وسائل النقل العام بسبب حالة صحية أو إعاقة، اتصل بالرقم 1-800-895-2017, TTY 711 قبل 48 ساعة على الأقل. للتعرف على المزيد، يرجى تسجيل الدخول إلى myuhc.com/CommunityPlan واختيار "التغطية والمزايا" للبحث عن تغطية النقل.

تقييمك الصحي

تقييم الصحة هو استبيان قصير وسهل يطرح عليك أسئلة بسيطة عن نمط حياتك وعن صحتك. عندما تملأه وترسله إلينا بالبريد، سنتمكن من التعرف عليك بشكل أفضل. ويساعدنا ذلك في تحديد العديد من المزايا والخدمات المتاحة لك والتي تناسب احتياجاتك.

يرجى قضاء بضع دقائق لملء نموذج تقييم الصحة. أو اتصل بالرقم 1-800-895-2017 لإكماله عبر الهاتف.

دعم الأعضاء

نحن نريد أن نجعل الأمر سهلاً قدر الإمكان لك للحصول على أكبر استفادة من خطة الرعاية الصحية الخاصة بك. وبصفتك عضوًا لدينا، لديك العديد من الخدمات المتاحة لك، بما في ذلك وسائل النقل والمترجمين الفوريين إذا لزم الأمر. إذا كان لديك أي استفسارات، توجد العديد من الأماكن للحصول على الإجابات.

توفر لك مواقع الويب إمكانية الوصول إلى تفاصيل الخطة على مدار 24 ساعة طوال 7 أيام في الأسبوع يُرجى زيارة myuhc.com/CommunityPlan للتسجيل والوصول إلى حسابك عبر الويب. يحتفظ موقع الويب الآمن هذا بجميع معلوماتك الصحية في مكان واحد. بالإضافة إلى تفاصيل الخطة، يشمل الموقع أدوات مفيدة يمكن أن تساعدك فيما يلي:

- العثور على مقدم الرعاية
- البحث عن دواء في قائمة الأدوية المفضلة
- الاطلاع على تفاصيل المزايا
- تنزيل كتيب الأعضاء الجديد
- طباعة بطاقة معرف العضوية الجديدة
- للعثور على معلومات حول البرامج التي تمنحك مكافآت على تحقيق أهداف صحية معينة

خدمات الأعضاء متاحة من 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة

يمكن لخدمات الأعضاء مساعدتك في استفساراتك أو مخاوفك. وتشمل ما يلي:

- فهم المزايا المتاحة لك
- المساعدة في الحصول على بطاقة معرف العضوية بديلة
- العثور على طبيب أو إحدى عيادات الرعاية العاجلة
- كيفية الحصول على رعاية متخصصة
- كيفية تقديم تظلم أو طعن

اتصل على 1-800-895-2017، TTY 711.

برنامج إدارة الرعاية

توفر UnitedHealthcare Community Plan خدمات إدارة الرعاية. إذا كان لديك حالة صحية مزمنة، مثل الربو أو مرض السكري، يمكنك الاستفادة من برنامج إدارة الرعاية لدينا. حيث يمكننا مساعدتك في العديد من الأمور، مثل تحديد مواعيد الطبيب، وإبقاء جميع مقدمي الرعاية على اطلاع بشأن الرعاية التي تحصل عليها. للتعرف على المزيد، اتصل على 1-800-895-2017، TTY 711.

نحن نتحدث لغتك

إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، يمكننا توفير مواد مترجمة مطبوعة وخدمات لغوية مجاناً، بالإضافة إلى معلومات مكتوبة باللغات غير الإنجليزية التي تم تحديدها كلغة أساسية للعضو، ومعلومات مكتوبة بصيغ بديلة وغيرها من المساعدات أو الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات. أو يمكننا توفير مترجم فوري يمكنه مساعدتك في فهم هذه المواد. ستجد المزيد من المعلومات حول خدمات الترجمة والمساعدة اللغوية في القسم المسمى تفاصيل الخطة الأخرى. أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017, TTY 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 detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **TTY 711, 1-800-895-2017**.

حالات الطوارئ

في حالة الطوارئ، يرجى الاتصال على الرقم **911**

أرقام أخرى هامة

1-800-542-8630 NurseLine 24/7
(متاح على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع)
1-800-855-2880 TTY
1-800-599-5985 Healthy First Steps (للنساء الحوامل)
1-800-895-2017 خدمات إدارة الرعاية
الخط الساخن للإبلاغ عن الاحتيال وسوء الاستخدام
1-877-766-3844 UnitedHealthcare
1-800-686-1527 إدارة التأمين في Ohio
1-614-644-2671
1-800-324-8680 الخط الساخن للعملاء لبرنامج Medicaid في Ohio
1-800-292-3572 TTY

في حالة تغيير عنوانك، يرجى الاتصال بمكتب الخدمات العائلية والوظيفية المحلية (Job and Family Services) التابع له.

يمكنك البدء في استخدام مزايا الصيدلية الخاصة بك على الفور

سيوف يستخدم أعضاء UnitedHealthcare Community Plan برنامج Gainwell لمعالجة مطالبات الوصفات الطبية وسيتمتعون عليهم الرجوع إلى كتيب الأعضاء لـ Gainwell للحصول على المساعدة. خطتك تغطي قائمة طويلة من الأدوية المقررة بوصفة طبية أو العقاقير. تظهر الأدوية المشمولة بالتغطية في قائمة الأدوية المفضلة (PDL). تعرف هذه القائمة أيضًا باسم كتيب الوصفات. يستخدم طبيبك هذه القائمة (قائمة الأدوية المفضلة PDL) لضمان أن تكون الأدوية التي تحتاجها خاضعة للتغطية في خطتك. تدير Gainwell تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية لك وقد تغطي أدوية أخرى بموافقة مسبقة. إذا كان دواؤك يحتاج إلى موافقة مسبقة، يمكن لمقدم الرعاية المعني بك طلب ذلك نيابة عنك. كما يمكنك العثور على قائمة الأدوية المفضلة (PDL) الخاصة بخطتك على موقعنا الإلكتروني myuhc.com/CommunityPlan. في ذلك الموقع، يمكنك أيضًا البحث عن الدواء بالاسم.

من السهل البدء في صرف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. إليك الطريقة:

1. هل أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية المفضلة (PDL)؟

إذا كانت الإجابة "نعم"

إذا كانت أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية المفضلة، فأنت جاهز تمامًا. تأكد من إبراز بطاقة معرض العضوية الجديدة الخاصة بك للصيدلي في كل مرة تقوم فيها بصرف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك.

اطلع على قائمة الأدوية المفضلة عبر الإنترنت على الرابط myuhc.com/CommunityPlan. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات أعضاء Gainwell على الرقم (1-833-655-2437 TTY 1-833-491-0344). يسرنا تقديم المساعدة.

إذا كانت الإجابة "لا"

إذا لم تكن وصفات الأدوية المقررة بوصفة طبية لك مدرجة في قائمة الأدوية المفضلة، حدد موعدًا مع طبيبك في غضون الـ 30 يومًا القادمة. قد يكون بإمكانه مساعدتك في تغيير وصفتك الطبية إلى دواء مدرج في قائمة الأدوية المفضلة. يمكن أيضًا لطبيبك مساعدتك في طلب استثناء إذا كان يعتقد أنك بحاجة إلى دواء غير موجود في القائمة.

2. هل لديك وصفة طبية؟

عندما يكون لديك وصفة طبية بدواء من طبيبك أو تحتاج إلى إعادة صرف دواء مقرر بوصفة طبية لك، توجه إلى صيدلية تابعة للشبكة. قدّم للصيدلي بطاقة معرف العضوية الخاصة بك. يمكنك العثور على قائمة بالصيديات التابعة للشبكة في دليل مقدمي الرعاية عبر الإنترنت على spbm.medicaid.ohio.gov أو الاتصال بخدمات الأعضاء في Gainwell على الرقم 1-833-491-0344.

3. إذا كنت بحاجة إلى إعادة صرف دواء غير مدرج في قائمة الأدوية المفضلة

يرجى زيارة صيدلية تابعة للشبكة وإبراز بطاقة معرف العضوية الخاصة بك. إذا لم يكن لديك بطاقة معرف العضوية، يمكنك أن تقدم للصيدلي المعلومات أدناه. تحدث مع طبيبك حول خيارات الأدوية المقررة بوصفة طبية المتاحة لك.

تنبيه للصيدلي

يُرجى معالجة طلب هذا العضو من Gainwell باستخدام:

BIN: 02451

رقم المراقبة الخاص بالمعالج: OHRXPROD

إذا تلقيت رسالة تفيد بأن دواء العضو يحتاج إلى موافقة مسبقة أو غير مدرج في كتيب الوصفات لدينا، يرجى الاتصال بـ Gainwell على الرقم **1-833-491-0344** أو زيارة spbm.medicaid.ohio.gov لمزيد من المعلومات.

الذهاب إلى الطبيب

مقدم الرعاية الأولية (PCP) المعني بك

نطلق على الطبيب الأساسي الذي يعالجك اسم مقدم أو طبيب الرعاية الأولية (PCP). عندما تتعامل مع PCP ذاته لمدة من الوقت، يكون من الأسهل إنشاء علاقة معه. يمكن لكل فرد من أفراد الأسرة أن يكون لديه PCP خاص به، أو قد يمكن أن يختار الجميع التعامل مع الشخص نفسه. سوف تزور PCP المعني بك من أجل:

- الرعاية الروتينية، بما في ذلك الفحوصات السنوية
- تنسيق رعايتك مع أخصائي
- علاج نزلات البرد والإنفلونزا
- أي مشاكل صحية أخرى

الخيارات المتاحة لك

يمكنك الاختيار بين العديد من مقدمي الرعاية في الشبكة لاختيار PCP المعني بك. بعض أنواع تخصصات أطباء الرعاية الأولية (PCP) المتاحة تشمل:

- طبيب الأسرة (يُسمى أيضًا الممارس العام) — يهتم بالعناية بالأطفال والبالغين
- طبيب الطب الباطني — يهتم بالعناية بالبالغين
- الممرض الممارس (NP) — يقدم الرعاية للأطفال وللبالغين
- طبيب الأطفال - يقدم الرعاية للأطفال
- الطبيب المساعد (PA) — قدم الرعاية للأطفال وللبالغين

ماذا يُقصد بمقدم الرعاية التابع للشبكة؟

لقد تعاقد مقدمو الرعاية التابعين للشبكة مع UnitedHealthcare Community Plan لتقديم الرعاية لأعضائنا. لا تحتاج إلى الاتصال بنا قبل زيارة أحد مقدمي الرعاية هؤلاء. في بعض الأحيان يحتاج الأعضاء إلى زيارة طبيب ضمن تخصص محدد جدًا. سوف نعمل مع PCP المعني بك لضمان حصولك على زيارة الأخصائي أو الخدمة عندما تحتاج إليها، ولطالما كنت بحاجة إليها، حتى لو لم يكن مقدم الرعاية حاليًا تابع للشبكة. لا توجد أي تكلفة عليك عندما نوافق على الرعاية أو الخدمة مسبقًا، قبل أن تزور مقدم الرعاية من خارج الشبكة.

إذا قمت بزيارة أخصائي دون أن يرسلك PCP المعني بك وبدون الحصول على موافقة مسبقة من UnitedHealthcare Community Plan، فقد يتعين عليك دفع الفاتورة. ابدأ دائمًا باستشارة مع PCP المعني بك أولاً بشأن أي خدمات تحتاجها.

مقدمو الرعاية في UnitedHealthcare Community Plan

تتعاهد UnitedHealthcare Community Plan مع مقدمي الرعاية الذين يستوفون معايير الجودة المتبعة لدى UnitedHealthcare Community Plan.

هناك 3 طرق للعثور على PCP المناسب لك.

1. اطلع على دليل مقدمي الرعاية المطبوع الخاص بنا. يتضمن هذا الدليل جميع مقدمي الرعاية في شبكتنا. يمكنك طلب دليل مقدمي الرعاية المطبوع عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء أو عن طريق إعادة البطاقة البريدية التي استلمتها مع مواد العضوية الجديدة الخاصة بك والتي تتضمن بطاقة معرف العضوية (ID) الخاصة بك.
2. استخدم أداة البحث عن طبيب (Find-A-Doctor) في myuhc.com/CommunityPlan.
3. الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711. يمكننا الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في العثور على PCP قريب منك.

تتضمن خطتك شبكة من الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الآخرين ذوي الجودة العالية، والذين يعملون جميعاً معاً لمساعدتك في الحصول على أفضل رعاية. اطلع على دليل مقدمي الرعاية للحصول على قائمة بشبكة مقدمي الرعاية. من الممكن أن يتغير مقدمو الرعاية على مدار العام مع استمرارنا في بناء شبكة عالية الجودة لخدماتك. يمكنك العثور على أحدث دليل لمقدمي الرعاية عبر الرابط myuhc.com/CommunityPlan أو تطبيق UnitedHealthcare.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مقدم رعاية لأي من خدماتنا، أو مقدم رعاية يعمل مع خدماتنا وشركة تأمين ثانية، فيمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711. يسرنا دائماً مساعدتك على العثور على PCP تابع للشبكة الذي يناسبك. أخبر ممثل خدمات الأعضاء بأي تفضيلات لديك فيما يتعلق بالموقع أو اللغة أو الثقافة. يمكنك أيضاً الحصول على نسخة ورقية مجانية من دليل مقدمي الرعاية عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء.

بمجرد اختيارك PCP، اتصل بخدمات الأعضاء وأخبرنا بذلك. سوف نتأكد من تحديث سجلاتك. إذا لم ترغب في اختيار PCP، يمكن لخدمة UnitedHealthcare اختيار PCP لك بناءً على موقعك واللغة التي تتحدثها.

تعرف على المزيد عن الأطباء التابعين للشبكة

يمكنك التعرف على معلومات حول أطباء التابعين للشبكة عبر الرابط myuhc.com/CommunityPlan، أو عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء. يمكننا أن نزودك بالمعلومات التالية:

- الاسم، العنوان، أرقام الهاتف
- المؤهلات المهنية
- التخصص
- كلية الطب التي درس بها
- استكمال فترة الإقامة الطبية
- حالة الاعتماد من المجلس (الورد)
- اللغة التي يتحدثها

الفحوصات السنوية

أهمية فحصك السنوي

ليس من الضروري أن تكون مريضًا حتى يمكن الذهاب إلى الطبيب. في الواقع، يمكن أن تساعد الفحوصات السنوية مع PCP في الحفاظ على صحتك. بالإضافة إلى فحص صحتك العامة، سيتأكد PCP المعني بك من أنه يتم إجراء الفحوصات والاختبارات اللازمة لك وكذلك حصولك على اللقاحات اللازمة. وإذا كانت هناك مشكلة صحية، فإن علاجها يكون أكثر سهولة عندما يتم اكتشافها مبكرًا.

إليك بعض الفحوصات المهمة. يعتمد عدد مرات الفحص على عمرك وعوامل الخطر التي لديك. تحدث مع طبيبك حول عدد المرات المناسب لك.

للنساء

- مسحة عنق الرحم — تساعد في الكشف عن سرطان عنق الرحم
- فحص الثدي/تصوير الثدي الشعاعي — يساعد في الكشف عن سرطان الثدي

للرجال

- فحص الخصيتين — يساعد في الكشف عن سرطان الخصية
- فحص البروستاتا — يساعد في الكشف عن سرطان البروستاتا

زيارات صحة الطفل

زيارات صحة الطفل هي فرصة لـ PCP الذي يتابع طفلك لمتابعة نمو طفلك وتطوره. سيقوم أيضًا بإجراء الفحوصات اللازمة مثل اختبارات التخاطب والسمع، بالإضافة إلى إعطاء اللقاحات خلال هذه الزيارات. تعتبر هذه الزيارات الروتينية كذلك وقتًا ممتازًا لك ل طرح أي أسئلة لديك حول سلوك طفلك وصحته العامة، بما في ذلك:

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

جدول الفحوصات

من المهم تحديد مواعيد زيارات الفحص الروتيني للأطفال لهذه الأعمار:

من 3 إلى 5 أيام	15 شهرًا
شهر واحد	18 شهرًا
شهرين	24 شهرًا
4 أشهر	30 شهرًا
6 أشهر	كل عام بعد سن 3 سنوات
9 أشهر	الفحوصات الروتينية للمراهقين
12 شهرًا	

إليك اللقاحات التي سيعطيها الطبيب على الأرجح وكيف تحمي طفلك:

- **لقاح التهاب الكبد A، و لقاح التهاب الكبد B:** يوفر الوقاية من نوعين شائعين من التهابات الكبد.
- **لقاح فيروس الروتا:** يوفر الوقاية من الفيروس الذي يسبب الإسهال الشديد.
- **لقاح الدفتيريا:** يقي من التهاب الحلق الخطير.
- **لقاح التيتانوس:** يقي من مرض الأعصاب الخطير.
- **السعال الديكي:** يقي من السعال الديكي.
- **لقاح المُسْتَدْمِيَّة النَّزْلِيَّة النوع (ب) HiB:** يقي من التهاب السحايا لدى الأطفال.
- **لقاح المكورات السحائية:** يقي من التهاب السحايا البكتيري.
- **لقاح شلل الأطفال:** يقي من الفيروس الذي يسبب الشلل.
- **لقاح MMR:** يقي من الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية.
- **لقاح جدري الماء:** يقي من جدري الماء.
- **لقاح الإنفلونزا:** يحمي من فيروس الإنفلونزا.
- **لقاح المكورات الرئوية:** يقي من التهابات الأذن، تجرثم الدم، التهاب الرئوي، و التهاب السحايا البكتيري.
- **لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV):** يحمي من فيروس ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي يمكن أن يؤدي إلى سرطان عنق الرحم عند النساء وثآليل الأعضاء التناسلية عند الرجال.

تحديد موعد مع PCP المعني بك

اتصل بعيادة طبيبك مباشرة. لا بد أن يكون الرقم مُدرجاً في بطاقة معرف عضويتك. عند الاتصال لتحديد موعد، تأكد من إخبار العيادة بسبب طلبك للزيارة. سوف يساعد ذلك في ضمان حصولك على الرعاية التي تحتاجها في الوقت المناسب.

إليك مدى سرعة حصولك على موعد:

- الطوارئ — فوراً أو التحويل إلى منشأة طوارئ
- الحالات الطارئة غير المهددة للحياة — فوراً أو الإحالة إلى منشأة طوارئ
- الحالات العاجلة (ولكن ليست طارئة) — خلال يوم واحد أو 24 ساعة.
- الزيارة الروتينية — خلال 6 أسابيع
- زيارة الوقاية والعافية — خلال 6 أسابيع

التحضير لموعدك مع PCP المعني بك

قبل الزيارة

1. اذهب إلى هناك وأنت تعرف ما تريد الحصول عليه من الزيارة (التخفيف من الأعراض، الإحالة إلى أخصائي، أو الحصول على معلومات محددة، وما إلى ذلك).
2. اكتب ملاحظاتك بخصوص أي أعراض جديدة وكيف بدأت.
3. اكتب قائمة بأسماء أي أدوية أو فيتامينات تتناولها بشكل منتظم.

أثناء الزيارة

عندما تقابل الطبيب، لا تتردد في:

- طرح الأسئلة
- تدوين ملاحظات إذا كان ذلك يساعدك على التذكر
- أن تطلب من الطبيب أن يتحدث ببطء أو يشرح أي شيء لا تفهمه
- أن تطلب المزيد من المعلومات عن أي أدوية أو علاجات أو حالات صحية

خدمات NurseLine – مصدر معلوماتك الصحية على مدار الساعة

اتصل على الرقم 1-800-855-2880 TTY 1-800-542-8630

عندما تكون مريضًا أو مصابًا، قد يكون من الصعب اتخاذ قرارات تتعلق بالرعاية الصحية. قد لا تعرف ما إذا كان عليك الذهاب إلى غرفة الطوارئ، أو زيارة مركز الرعاية العاجلة، أو تحديد موعد مع مقدم الرعاية، أو استخدام الرعاية الذاتية. يمكن لممرضة ذات خبرة من خدمة NurseLine أن تقدم لك معلومات لمساعدتك في اتخاذ القرار.

يمكن للممرضات تقديم المعلومات والدعم للعديد من الحالات الصحية والمخاوف، بما في ذلك:

- الإصابات الخفيفة
- الأمراض الشائعة
- نصائح العناية الذاتية وخيارات العلاج
- الأمراض التي تم تشخيصها مؤخراً والحالات المزمنة
- اختيار الرعاية الطبية المناسبة
- الوقاية من المرض
- التغذية واللياقة البدنية
- أسئلة لطرحها على مقدم الرعاية
- كيفية تناول الأدوية بأمان
- صحة الرجال والنساء والأطفال

ربما تكون فضولياً بعض الشيء بشأن مشكلة صحية وترغب في معرفة المزيد. يمكن للممرضات المسجلات ذوات الخبرة تزويدك بالمعلومات والدعم والتعليم لأي سؤال أو اهتمام صحي.

ببساطة اتصل على الرقم **1-800-855-2880 TTY 1-800-542-8630**. يمكنك الاتصال برقم NurseLine المجاني في أي وقت، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ولا يوجد حد أقصى لعدد مرات الاتصال المسموح لك بها.

إذا كنت بحاجة إلى رعاية وكانت عيادة طبيبك مغلقة

اتصل بطبيبك إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير طارئة. سيتم الرد على هاتف طبيبك على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. سيساعدك طبيبك أو الطبيب المناوب على اتخاذ القرار الصحيح بشأن رعايتك الصحية.

قد يتم إعلامك بما يلي:

- الذهاب إلى عيادة خارج أوقات العمل أو مركز الرعاية العاجلة
- الذهاب إلى العيادة في الصباح
- التوجه إلى غرفة الطوارئ (ER)
- الحصول على الدواء من الصيدلية التي تتعامل معها

الرعاية الصحية بعيدًا عن المنزل

- إذا كنت بحاجة إلى رعاية صحية عاجلة أثناء وجودك بعيدًا عن المنزل، فاتصل بـ PCP المعني بك أو بخطة UnitedHealthcare Community Plan على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711، للحصول على المساعدة.
 - في حالة الطوارئ، ليس لزامًا عليك الاتصال بـ PCP المعني بك أولاً. توجه لأقرب غرفة طوارئ أو اتصل برقم 911.
 - اتصل على PCP المعني بك بعد زيارة غرفة الطوارئ
 - احصل على رعاية المتابعة من PCP المتابع لحالتك
 - يجب أن تحصل على خدمات الرعاية الصحية الروتينية من PCP المعني بك عند عودتك إلى المنزل.
 - جميع الخدمات خارج الولايات المتحدة وأقاليمها غير مشمولة بالتغطية.
- إذا حصلت على رعاية طبية طارئة أثناء وجودك بعيدًا عن المنزل، يمكن للطبيب إرسال المطالبات إلكترونياً أو إلى هذا العنوان:

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

إذا كنت بعيدًا عن المنزل وتحتاج إلى رعاية غير طارئة ولم تتمكن من العثور على مقدم رعاية ضمن الشبكة بالقرب منك، اتصل بخدمة الأعضاء على الرقم الموجود في بطاقة معرف العضوية الخاصة بك.

المركز الطبي الأساسي

ما هو المركز الطبي الأساسي (Medical Home)؟

المركز الطبي الأساسي هو مصدر لرعاية صحية تستخدمه طوال الوقت وتثق به. إذا ذهبت إلى نفس الطبيب أو العيادة الطبية طوال الوقت، فإن هذا الطبيب هو "مركزك الطبي الأساسي".

لماذا أحتاج إلى مركز طبي أساسي؟

يسهل المركز الطبي الأساسي عليك الحصول على الرعاية والنصائح الطبية. هناك العديد من الأسباب التي تجعل المركز الطبي الأساسي مفيدًا لك

- سوف تكون سجلاتك الطبية متوفرة لدى المركز الطبي الأساسي بالفعل. مما يسمح للطبيب بفحصك بشكل أسرع.
 - سوف يعرف المركز الطبي الأساسي اللقاحات والأمراض والوصفات المقررة بوصفة طبية التي تلقيتها وما يناسبك أكثر.
 - ويكون المركز الطبي الأساسي على علم بحساسياتك والمشاكل الصحية الأخرى التي تعاني منها
 - يعرف المركز الطبي الأساسي حالتك السلوكية والصحية الطبيعية
 - يمكن للمركز الطبي الأساسي الإجابة عن أسئلتك حول العلاج السابق
- نقترح أن يكون لجميع أعضائنا مركز طبي أساسي.

الخدمات التي يتم الإحالة إليها ذاتياً:

يمكنك الحصول على بعض الخدمات دون أن يقوم PCP المعني بك بإحالتك لطبيب آخر أو يوصيك بزيارة طبيب آخر. تُعرف هذه الخدمات بالخدمات ذات الإحالة الذاتية. أمثلة على هذه الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون إحالة من PCP المعني بك تشمل:

- رعاية الأسنان
- رعاية الإبصار
- خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للنساء التي يقدمها أخصائي صحة النساء (التوليد، أمراض النساء، القابلات المعتمدات).
- الرعاية التخصصية (باستثناء خدمات علاج الألم وخدمات العلاج الكيميائي)
- رعاية الطوارئ
- الخدمات التي يقدمها مقدمو خدمات تنظيم الأسرة المؤهلون (QFPP)
- خدمات الصحة السلوكية، والصحة العقلية وعلاج اضطراب تعاطي المخدرات
- الخدمات المقدمة في المراكز الصحية المؤهلة اتحادياً (FQHCs)/عيادات الصحة الريفية (RHCs) وخدمات الممارسات التمريرية المعتمدة
- الغسيل الكلوي
- العلاج بالإشعاع
- فحوصات الماموغرام (تصوير الثدي بالأشعة السينية)

يجب عليك الذهاب إلى مقدم رعاية تابع للشبكة للحصول على جميع الخدمات ذات الإحالة الذاتية، باستثناء الرعاية الطارئة أو الخدمات المقدمة في المراكز الصحية المؤهلة اتحادياً (FQHCs)/عيادات الصحة الريفية (RHCs)، ومقدمي خدمات تنظيم الأسرة المؤهلين (QFPPs)، ومراكز العلاج المعتمدة من Ohio Department of Mental Health and Addiction Services (OhioMHAS) والتي تعد من مقدمي خدمات برنامج Medicaid. مقدمو الرعاية المشاركون هم أولئك المدرجون في دليل مقدمي رعاية خطة UnitedHealthcare Community Plan المشترك فيها. سوف يتضمن دليل مقدمي الرعاية الخاص بك أخصائيين مثل أطباء الأورام، وأطباء النساء والتوليد، وأطباء البصريات، وأطباء الأسنان، والأطباء النفسيين. إذا لم تجد مقدم الرعاية الخاص بحالتك في القائمة، اتصل بخدمة الأعضاء أو زيارة myuhc.com/CommunityPlan لمعرفة ما إذا كان مقدم الرعاية المعني بك يقبل الآن خطة UnitedHealthcare Community Plan. للتأكد من حصولك على أفضل رعاية، أخبر PCP المعني بك عن أي زيارات الإحالة الذاتية للمتخصصين ومقدمي الخدمات الآخرين. يمكن أن يساعدك PCP المعني بك فيما يلي: إذا قمت بزيارة مقدم رعاية غير مشارك في UnitedHealthcare Community Plan، فقد تتطلب هذه الخدمات الحصول على تصريح مسبق.

مقدمو الرعاية غير التابعين للشبكة

مقدم الرعاية غير التابع لشبكة UnitedHealthcare Community Plan هو مقدم رعاية من خارج الشبكة. إذا ذهبت إلى مقدم رعاية خارج الشبكة، ففي العادة لن تدفع UnitedHealthcare مقابل الرعاية إلا إذا كانت خدمة تنظيم الأسرة المشمولة بالتغطية أو رعاية طارئة أو كان لديك تصريح مسبق معتمد حصلت عليه منّا. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-800-895-2017** (ضعاف السمع: 711). سوف نقدم لك المساعدة. يمكن لقسم خدمة الأعضاء أيضاً تزويدك بقائمة من الأخصائيين، بما في ذلك مقدم الرعاية الصحية العقلية.

مزايا إضافية للأعضاء المشمولين بتمديد التغطية للبالغين

تشمل الخدمات المؤسسية، تحديداً خدمات مرافق التمريض والمرافق الرعاية المتوسطة للأفراد ذوي الإعاقات الفكرية (ICF-IID)، والتي يتم تغطيتها للأعضاء المشمولين بتمديد التغطية للبالغين دون حدود، عند الضرورة الطبية.

خدمات مرافق التمريض (NF)

تسمح قواعد OAC 5160-26-02 و ODM 5160-26-03 بإلغاء تسجيل الأعضاء بناءً على طلب مقدم إلى ODM. بالنسبة للفئات الحالية من CFC و ABD، قد يتم إلغاء تسجيل أعضاء MCP بعد الشهر الثاني من الإقامة المستمرة في مرفق التمريض وتغطيتهم من خلال برنامج الدفع مقابل الخدمة (FFS) عند استيفاء بعض المتطلبات. لن يتم إلغاء تسجيل الأعضاء المشمولين بتمديد التغطية للبالغين (Adult Extension MCP)، وسيبقون في برنامج الرعاية المُدارة طوال مدة أي إقامة ضرورية طبياً في مرفق التمريض (NF)، طالما ظلوا مؤهلين في فئة تغطية Medicaid الممتدة للبالغين. حالات القبول في مرفق ICF-IID: إذا كنت على علم بأن أحد الأعضاء المشمولين بتمديد التغطية للبالغين قد تم قبوله في مرفق ICF-IID، يرجى الاتصال بـ ODM على الفور، حيث ستعمل ODM مع MCP لتحديد الخطوات التالية للتغطية.

خدمات الأطباء النفسيين

لا توجد حدود للاستفادة (المعروفة أيضاً بـ "الحدود الصارمة") لخدمات الأطباء النفسيين للبالغين؛ يجب تقديم خدمات الأطباء النفسيين الضرورية طبياً دون حدود لجميع الأعضاء المشمولين بتمديد التغطية للبالغين. صُممت هذه الميزة بدون حدود صارمة لضمان الامتثال لمتطلبات القانون الفيدرالي للتكافؤ في الصحة العقلية وعلاج الإدمان (MHPAEA).

الحصول على رأي ثانٍ

الرأي الثاني هو عندما ترغب في زيارة طبيب للحصول على رأي ثانٍ لنفس المشكلة الصحية. يمكنك الحصول على رأي ثانٍ من مقدم رعاية ضمن الشبكة لأي من مزاياك الخاضعة للتغطية. أنت صاحب الاختيار. لا يتعين عليك الحصول على رأي ثانٍ.

التصاريح المسبقة

في بعض الحالات، يجب على مقدم الرعاية الحصول على تصريح من خطتك التأمينية قبل منحك خدمة معينة. ويطلق على هذا الإجراء اسم التصريح المسبق. وهذه مسؤولية مقدم الرعاية. وإذا لم يحصل على تصريح مسبق، فلن تتمكن من الحصول على هذه الخدمات.

قد تكون هناك حاجة لتصريح مسبق

تشمل بعض الخدمات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً:

- حالة الدخول إلى المستشفى
- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- بعض إجراءات التصوير للمرضى الخارجيين، بما في ذلك فحوصات الرنين المغناطيسي (MRIs)، وفحوصات تصوير الأوعية الدموية بالرنين المغناطيسي (MRAs)، وفحوصات الأشعة المقطعية (CT scans)، وفحوصات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET scans).

الرعاية المستمرة إذا غادر PCP المتابع لحالتك الشبكة

ففي بعض الأحيان يغادر مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) الشبكة. إذا حدث ذلك لـ PCP المتابع لحالتك، فستتلقى رسالة منا لإعلامك بذلك. في بعض الحالات، ستدفع UnitedHealthcare Community Plan لك تكاليف الحصول على الخدمات المغطاة من الأطباء لفترة قصيرة بعد مغادرتهم للشبكة. قد يظل بإمكانك الحصول على الرعاية المستمرة والعلاج عندما يغادر طبيبك الشبكة إذا كنت تخضع للعلاج النشط لمشكلة طبية خطيرة. على سبيل المثال، قد تكون مؤهلاً إذا كنت تتلقى علاجاً كيميائياً للسرطان أو إذا كنت حاملاً في الشهر السادس على الأقل عندما يغادر طبيبك الشبكة. لطلب الحصول على تلك الرعاية، يرجى الاتصال بطبيبك. اطلب منه التقدم بطلب للحصول على إذن لاستمرارية الرعاية والعلاج من UnitedHealthcare.

خدمات النقل - غير الطارئة

في حالة احتياجك إلى النقل إلى PCP المعني بك أو مقدم رعاية طبية آخر، قد يمكننا مساعدتك. ستوفر لك UnitedHealthcare Community Plan عدد 30 رحلة اتجاه واحد فقط أو 15 رحلة ذهابًا وإيابًا سنويًا من وإلى PCP المعني بك، أو زيارات برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)، أو الصيدلية، أو مقدمي الرعاية الصحية أو الرعاية الصحية السلوكية المشاركين الآخرين، مثل مقدمي خدمات الإبصار، والأسنان، والصحة العقلية، وعلاج الإدمان. يمكنك أيضًا طلب المساعدة للوصول إلى زيارات إعادة تحديد الأهلية من Medicaid المشترك به.

بالإضافة إلى وسائل النقل المطلوبة، تقدم UnitedHealthcare Community Plan هذه الخدمات الإضافية للنقل:

- إعادة تعويض المسافة متوفرة الآن للأعضاء أو ممثليهم الذين يفضلون استخدام سياراتهم الخاصة للرحلات إلى المواعيد الطبية. يجب على الأعضاء الاتصال قبل 5 أيام من مواعيد الرحلات.
- بالإضافة إلى ذلك، توفر رحلات غير محدودة أثناء فترة الحمل، وما قبل الولادة، وما بعد الولادة، ومواعيد برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)، ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة (NICU) والأطفال (الذي يقل عمرهم عن عام). يتم الإعفاء من الإخطار المسبق. كما يُسمح بالرحلات المستقلة للصيدلية.

المستشفيات والطوارئ

الرعاية العاجلة

عيادات الرعاية العاجلة متاحة لك عندما تحتاج إلى زيارة طبيب لحالة غير مهددة للحياة ولكن PCP المعني بك غير متاح أو يكون ذلك بعد ساعات عمل العيادة. تشمل المشكلات الصحية الشائعة المثالية للرعاية العاجلة ما يلي:

- التهاب الحلق
- التهاب الأذن
- الجروح أو الحروق البسيطة
- الإنفلونزا
- الحمى منخفضة الشدة
- الالتواءات

إذا كنت أنت أو أطفالك تعاني من مشكلة عاجلة، اتصل بـ PCP المعني بك أولاً. يمكن لطبيبك أن يساعدك في الحصول على النوع المناسب من الرعاية. قد يطلب منك طبيبك الذهاب إلى الرعاية العاجلة أو غرفة الطوارئ.

التخطيط للمستقبل

من الجيد أن تعرف ما هي أقرب عيادة رعاية طارئة إليك. يمكنك العثور على قائمة بعيادات الرعاية العاجلة في دليل مقدمي الرعاية الخاص بك. أو يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711.

خدمات المستشفى

هناك أوقات قد تتطلب صحتك منك الذهاب إلى المستشفى. توجد خدمات المستشفى للمرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية.

تشمل خدمات المرضى في العيادات الخارجية الأشعة السينية، والفحوصات المعملية، والجراحات الصغيرة. سيخبرك PCP المتابع لحالتك إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى في العيادات الخارجية. يمكن لعيادة طبيبك مساعدتك في تحديد مواعيدها.

تتطلب خدمات المرضى الداخليين منك البقاء في المستشفى طوال الليل. يمكن أن تشمل هذه الحالات الأمراض الخطيرة أو الجراحة أو الولادة.

تتطلب خدمات المرضى الداخليين أن يتم قبورك (ما يُسمى بقبول دخول المستشفى) في المستشفى. ستتصل المستشفى بخطة UnitedHealthcare Community Plan وطلبت الحصول على تصريح لرعايتك. إذا كان الطبيب الذي يقبلك في المستشفى ليس PCP المتابع لحالتك، يجب عليك الاتصال بـ PCP المعني بك وإبلاغه أنك تم قبورك في المستشفى.

رعاية الأسنان للحالات الطارئة

تتم تغطية الخدمات الطارئة للرعاية للأسنان للتحكم في الألم أو النزيف أو العدوى من خلال خطتك التأمينية.

الذهاب إلى المستشفى

لا ينبغي عليك الذهاب إلى المستشفى إلا إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة أو إذا أخبرك طبيبك بالذهاب.

الخدمات الضرورية من الناحية الطبية

تلك الخدمات الطبية التي:

- هي ضرورية لمنع أو تشخيص أو منع تفاقم أو تخفيف أو تصحيح أو علاج الحالات الطبية التي تعرض الحياة للخطر أو تسبب المعاناة أو الألم أو تسبب تشوهات جسدية أو خللاً أو تهدد بالتسبب في إعاقة أو تفاقمها أو تؤدي إلى مرض أو ضعف أحد أعضاء UnitedHealthcare Community Plan؛
- يتم تقديمها في منشأة مناسبة وبمستوى رعاية مناسب لعلاج الحالة الطبية لعضو UnitedHealthcare Community Plan؛ و
- يتم تقديمها وفق معايير الممارسات الطبية المقبولة عمومًا.

خدمات مركز الولادة المستقل المقدمة في مركز الولادة المستقل يجب على الأعضاء الاتصال بخدمة الأعضاء للتحقق مما إذا كانت هناك أي مراكز مؤهلة في Ohio.

يجب الحصول على خدمات الرعاية الصحية الضرورية طبيًا من خلال مقدمي الرعاية في شبكة مقدمي الرعاية التابعة لـ MCO باستثناء الرعاية الطارئة.

إذا كان أحد الأعضاء بحاجة إلى خدمات مرفق التمريض، يجب عليه الاتصال بخدمة الأعضاء للحصول على معلومات حول مقدمي الرعاية المتاحين.

تشمل ميزة الإجازة المؤقتة توفير الراحة القصيرة الأجل والمؤقتة لمقدم الرعاية الأساسي للفرد الذي يقل عمره عن 21 عامًا من أجل: المساعدة في إعداد الوجبات والمساعدة العملية المقدمة أثناء فترة الاستراحة المؤقتة/الإشراف على الطفل؛ ويمكن تقديم الخدمات على أساس مخطط أو طارئ وفي منزل الطفل من قبل أفراد يعملون لدى مقدمي الرعاية في Medicaid المسجلين الذين هم إما وكالات رعاية صحية منزلية معتمدة من Medicare أو وكالات معتمدة أخرى. لا يمكن تقديم خدمات الاستراحة المؤقتة من قبل فرد الأسرة المسؤول قانونًا عن الطفل أو مقدم الرعاية البديلة. يجب أن يكون مقدمو الرعاية مستفيطين أثناء تقديم خدمات الاستراحة المؤقتة ولا يمكن تقديمها طوال الليل. هناك حد أقصى لا يتجاوز 24 ساعة من خدمات الاستراحة المؤقتة شهريًا، ولا يجب أن تتجاوز 250 ساعة في السنة الميلادية.

أهلية العضو للحصول على ميزة الاستراحة المؤقتة:

- الأطفال تحت سن 21 عامًا والمستوفين شروط الأهلية للحصول على SSI
 - المسجلين في برنامج إدارة الرعاية الذي تقدمه منظمة الرعاية الصحية المدارة (MCO) ضمن برنامج Medicaid.
 - المقيم مع مقدم رعاية أساسي غير رسمي دون أجر
 - تم تحديده من قبل MCO لتلبية مستوى رعاية مؤسسي
 - تم تحديده من قبل MCO ليجتاج إلى خدمات التمريض الماهرة أو خدمات إعادة التأهيل الماهرة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع.
 - قد تلقى على الأقل 14 ساعة في الأسبوع من خدمات مساعدة الصحة المنزلية لمدة 6 أشهر متتالية على الأقل قبل تاريخ طلب خدمات الاستراحة المؤقتة.
 - قررت MCO أن مقدم الرعاية الأساسي يحتاج إلى استراحة مؤقتة من رعاية الطفل نتيجة لاحتياجات الخدمات والدعم طويلة الأجل أو من أجل منع توفير الإقامة المؤسسية أو خارج المنزل
- بعض الخدمات الطبية اللازمة يجب الحصول على تصريح مسبق قبل أن تتمكن من تلقيها. يُرجى الاطلاع على الصفحة 25 من هذا الكتيب للحصول على مزيد من المعلومات عن التصريح المسبق.

لا توجد تغطية طبية خارج الولايات المتحدة

إذا كنت خارج الولايات المتحدة أو أراضيها وتحتاج إلى رعاية طبية، فلن تكون أي خدمات رعاية صحية تتلقاها مغطاة من قبل UnitedHealthcare Community Plan. لا يمكن لـ Medicaid دفع تكاليف أي خدمات طبية تتلقاها خارج الولايات المتحدة

لا تنتظر

إذا كنت بحاجة إلى رعاية الطوارئ،
اتصل برقم 911 أو توجه لأقرب
غرفة طوارئ أو مستشفى.

Ohio كتيب أعضاء Department of Medicaid

كتيب أعضاء Ohio Department of Medicaid

مرحباً بكم من State of Ohio

عزيزي عضو UnitedHealthcare Community Plan:

مرحباً بكم في UnitedHealthcare Community Plan. إذا كانت لديك مشكلة في قراءة أو فهم هذه المعلومات، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-800-895-2017، TTY 711، من الساعة 7:00 صباحاً حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة، دون أي تكلفة عليك. حيث يمكننا شرح هذه المعلومات باللغة الإنجليزية أو بلغتك الأساسية من خلال تقديم خدمات الترجمة الفورية أو الترجمة المكتوبة. كما يمكننا طباعة هذه المعلومات باللغات غير الإنجليزية التي يتم تحديدها كلغة أساسية للعضو. ويمكنك الحصول على هذا الوثيقة مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية، أو المساعدات أو الخدمات المساعدة الأخرى للأشخاص ذوي الإعاقة. وإذا كنت تعاني من ضعف في السمع أو الرؤية، فيمكننا تقديم مساعدة خاصة. اتصل على خدمات الأعضاء 1-800-895-2017، TTY 711، من 7:00 صباحاً إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. هذه المكالمة مجانية.

إذا كانت لديك مشكلة صحية تتطلب رعاية طبية مستمرة، فاتصل بخدمات الأعضاء في أقرب وقت ممكن. على سبيل المثال: إذا كنت بحاجة إلى إجراء عملية جراحية، أو كنت حاملاً، أو إذا كنت تزور أخصائياً، أو تتلقى العلاج البدني، أو خدمات الرعاية الصحية المنزلية، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الفور.

مرفق كتيب الأعضاء الخاص بك. يوفر لك كتيب الأعضاء الخاص بك الكثير من المعلومات التي تحتاج إلى معرفتها بصفتك عضواً في UnitedHealthcare Community Plan. من المهم جداً أن تقرأ هذه المواد.

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

- تحتوي بطاقة معرف عضويتك على اسم ورقم هاتف مقدم الرعاية الأولية المعني بك (PCP). سوف يتولى PCP المعني بك معالجة معظم احتياجاتك الصحية. إذا لم تكن ترغب في التعامل مع PCP المدرج اسمه في بطاقة معرف العضوية الخاصة بك، يجب عليك الاتصال بخدمات أعضاء UnitedHealthcare Community Plan لتغيير طبيب الرعاية الأولية المعني بك. يجب أن يكون PCP المتابع لحالتك جزءاً من شبكة مقدمي الرعاية في UnitedHealthcare Community Plan.
- يسرد دليل مقدمي الرعاية أسماء مقدمي الرعاية الذين هم جزء من شبكة مقدمي الرعاية التابعة لـ UnitedHealthcare Community Plan. بالنسبة لمعظم خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، يجب عليك زيارة مقدمي الرعاية الذين هم جزء من شبكة مقدمي الرعاية التابعة لـ UnitedHealthcare Community Plan. يوضح لك كتيب الأعضاء كيفية الحصول على الخدمات المقدمة من مقدمي الرعاية هؤلاء. ويمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة.

Ohio Department of Medicaid كتيب أعضاء

- إذا طلبت دليل مقدمي الرعاية المطبوع عند الاتصال بخط الساخن Medicaid لاختيار خطة رعاية مُدارة، فيجب أن تتلقى الدليل أيضًا في الأيام القليلة القادمة. إذا لم تتصل بخط الساخن لـ Medicaid للتسجيل وتم إسناد تأمينك إلى خطة UnitedHealthcare Community Plan، فيمكنك طلب دليل مقدمي الرعاية المطبوع عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711، من الساعة 7:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، أو عن طريق إعادة إرسال البطاقة البريدية المرفقة. ويمكن للأعضاء أيضًا زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط myuhc.com/CommunityPlan للاطلاع على معلومات محدثة بخصوص مقدم الرعاية التابع للشبكة.

إذا لم تصلك العناصر المذكورة أعلاه، أو إذا لم تفهم المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمة الأعضاء لدينا في أقرب وقت ممكن للحصول على المساعدة.

إذا كان يتعين عليك السفر لمسافة تبعد 30 ميلاً أو أكثر عن منزلك لتلقي خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية، فإن UnitedHealthcare Community Plan ستوفر لك وسائل نقل من وإلى عيادة موفر الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، نحن نوفر أيضًا خدمات النقل لزيارة بعض مقدمي الرعاية الآخرين كما هو موضح في كتيب الأعضاء الخاص بك. عندما تصبح عضوًا، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711، قبل 48 ساعة على الأقل من موعد الزيارة لترتيب النقل.

وبالإضافة إلى مساعدة النقل التي توفرها خطة UnitedHealthcare Community Plan، يمكنك الحصول على النقل للحصول على خدمات معينة من خلال برنامج النقل غير الطارئ (NET) لإدارة الخدمات العائلية والوظيفية التابعة للمقاطعة المحلية. اتصل بإدارة الخدمات العائلية والوظيفية التابعة للمقاطعة للاستفسار أو الحصول على المساعدة بخصوص خدمات النقل غير الطارئة (NET).

العضوية الاختيارية في خطة الرعاية المُدارة (MCP)

- الأعضاء الذين ينتمون إلى قبيلة هندية معترف بها على المستوى الفيدرالي، بغض النظر عن العمر
- الأفراد الذين يتلقون خدمات الإعفاء المنزلية والمجتمعية عبر Ohio Department of Developmental Disabilities

الاستبعاد من عضوية خطة الرعاية المُدارة (MCP)

الأفراد الوارد وصفهم أدناه غير مسموح لهم بالانضمام إلى UnitedHealthcare Community Plan:

- الذين يتمتعون بأهلية مزدوجة لكل من برنامج Medicaid وبرنامج Medicare في نفس الوقت
- المقيمين في أحد المرافق (مثل دور الرعاية ولم تكن مؤهلاً لفئة تمديد التغطية للبالغين، أو مرفق رعاية طويلة الأمد، أو مرفق رعاية متوسطة الأمد للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID)، أو أي نوع آخر من المؤسسات)
- من يتلقون خدمات الإعفاء من Medicaid ولم تكن مؤهلاً لفئة تمديد التغطية للبالغين

إذا كان لديك الاعتقاد بأنك أو طفلك تفيان أيًا من المعايير المذكورة أعلاه ولا ينبغي أن تكون عضوًا في مؤسسة رعاية مُدارة، فيمكنك الاتصال بخط الساخن لبرنامج Medicaid على 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). في حالة تحقق أي معيار من المعايير المذكورة أعلاه، فسيتم إنهاء عضويتك في مؤسسة الرعاية المُدارة (MCP).

إذا كانت لديك أسئلة حول أي من المعلومات المذكورة أعلاه أو أسئلة أخرى يمكننا المساعدة فيها، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لدينا على 1-800-895-2017, TTY 711. سعداء بكونك عضوًا في خطتنا ونتطلع للعمل معك من أجل توفير رعاية صحية أفضل.

Ohio Department of Medicaid كتيب أعضاء

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**.

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Haitian French Creole: ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt 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.

Somali: DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

Ukrainian: УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आइडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

إذا واجهتك أي مشكلة في قراءة أو فهم هذه المعلومات أو أي معلومات أخرى بشأن UnitedHealthcare Community Plan، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم الهاتفي المجاني **1-800-895-2017**, TTY **711**، من 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة بدون أي تكلفة عليك. يمكننا شرح هذه المعلومات، باللغة الإنجليزية أو بلغتك الأساسية. يمكنك الحصول على هذا الوثيقة مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. اتصل على رقم الهاتف المجاني **1-800-895-2017**, TTY **711**، من 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

Ohio Department of Medicaid كتيب أعضاء

مرحبًا بكم في UnitedHealthcare Community Plan. أنت الآن عضو في خطة رعاية صحية، تُعرف أيضًا بمنظمة الرعاية المُدارة (MCP). توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan خدمات الرعاية الصحية لسكان Ohio المؤهلين، بما في ذلك ذوو الدخل المنخفض والحوامل والرضع والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوو الإعاقة. تهدف المعلومات المقدمة في كتيب الأعضاء هذا إلى أن تكون دليلًا إرشاديًا ومصدرًا مرجعيًا سريعًا.

يُحظر على UnitedHealthcare Community Plan ممارسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الدين أو النوع أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة أو الأصل القومي أو الموقف من التجنيد أو النسب أو الحالة الصحية أو الحالة العسكرية أو الهوية الجنسية أو المعلومات الوراثية أو الحاجة إلى خدمات صحية.

من المهم أن تتذكر أنه يجب عليك الحصول على الخدمات المغطاة من قبل UnitedHealthcare Community Plan من المنشآت ومقدمي الرعاية ضمن شبكة UnitedHealthcare Community Plan. يوافق مقدمو الرعاية في شبكة UnitedHealthcare Community Plan على العمل مع خطتك الصحية لتقديم الرعاية اللازمة لك. اطلع على الصفحات 65-72 للحصول على معلومات عن الخدمات التي تغطيها UnitedHealthcare Community Plan. الحالات الوحيدة التي يمكنك فيها الاستعانة بمقدمي رعاية غير تابعين لشبكة UnitedHealthcare Community Plan هو من أجل:

- خدمات الطوارئ
- خدمات المركز الصحي المؤهل فيدرالياً (FQHC) والعيادة الصحية الريفية (RHC)
- مقدمي خدمات تنظيم الأسرة المؤهلين
- الممرضات القابلات المعتمدات أو الممرضات المهنيات المعتمدات
- مقدم الرعاية غير التابع للشبكة التي منحتك UnitedHealthcare Community Plan موافقة على زيارته

يُدرج دليل مقدمي الرعاية جميع مقدمي الرعاية ضمن شبكتنا بالإضافة إلى مقدمي رعاية آخرين من خارج الشبكة يمكنك الاستعانة بهم لتلقي الخدمات. لا بد وأن تكون قد تلقيت بطاقة بريدية تحتوي على خيار طلب دليل مقدمي الرعاية في UnitedHealthcare Community Plan. يمكنك طلب دليل مقدمي الرعاية المطبوع عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء أو عن طريق إعادة البطاقة البريدية التي استلمتها مع مواد العضوية الجديدة الخاصة بك والتي تتضمن بطاقة معرف العضوية (ID) الخاصة بك. يدرج دليل مقدمي الرعاية جميع مقدمي الرعاية ضمن شبكتنا بالإضافة إلى مقدمي الرعاية الآخرين من خارج الشبكة يمكنك الاستعانة بهم للحصول على الخدمات. ويمكنك أيضاً زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط myuhc.com/CommunityPlan للاطلاع على معلومات محدّثة لمقدم الرعاية التابع للشبكة أو الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، من 7:00 صباحاً إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة.

بطاقات معرف العضوية (ID)

يجب أن تكون قد تلقيت بطاقة معرف عضوية UnitedHealthcare Community Plan. سوف يحصل كل عضو في عائلتك انضم إلى UnitedHealthcare Community Plan على بطاقته الخاصة. تستبدل هذه البطاقات بطاقة Medicaid الشهرية الخاصة بك. تظل كل بطاقة صالحة طالما ظل الشخص عضواً في UnitedHealthcare Community Plan. لن تحصل على بطاقة جديدة كل شهر كما كان يحدث مع بطاقة Medicaid.

إذا كنت حاملاً، يجب عليك إبلاغ UnitedHealthcare Community Plan. يجب عليك أيضاً الاتصال عندما يولد طفلك حتى نتمكن من إرسال بطاقة معرف عضوية جديدة لطفلك.

اتصل بخدمات أعضاء UnitedHealthcare Community Plan في أقرب وقت ممكن على الرقم 1-800-895-2017 أو TTY 711 إذا:

- لم تصلك بطاقتك حتى الآن، أو إذا
- كانت أي من المعلومات الموجودة في البطاقات غير صحيحة
- فقدت بطاقتك
- أنجبت طفلاً

احتفظ دائماً ببطاقة (بطاقات) معرفة عضويتك معك

سوف تحتاج إلى بطاقة معرف عضويتك في كل مرة تحصل فيها على الخدمات الطبية. هذا يعني أنك ستكون بحاجة إلى بطاقة معرف عضويتك في UnitedHealthcare Community Plan عند:

- زيارة مقدم الرعاية الأولية (PCP) المتابع لحالتك
- زيارة أخصائي أو مقدم رعاية آخر
- التوجه إلى غرفة الطوارئ
- الذهاب إلى مرفق للرعاية العاجلة
- الذهاب إلى مستشفى لأي سبب
- الحصول على المستلزمات الطبية
- الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية
- إجراء التحاليل الطبية
- تحديد موعد للنقل

معلومات العضو الجديد

إذا كانت لديك خدمات رعاية صحية معتمدة أو مجدولة بالفعل، فمن المهم أن تتصل بخدمات الأعضاء على الفور. في مواقف معينة ولفترة زمنية محددة بعد التسجيل، قد يُسمح لك بتلقي الرعاية من مقدم رعاية ليس ضمن مقدمي الرعاية في شبكة UnitedHealthcare Community Plan. يجب عليك الاتصال بـ UnitedHealthcare Community Plan قبل أن تتلقى الرعاية. إذا لم تتصل بنا، فقد لا تتمكن من تلقي الرعاية و/أو قد لا يتم دفع المطالبة. على سبيل المثال، يتعين عليك الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كانت الخدمات التالية معتمدة بالفعل و/أو مجدولة لحصولك عليها:

- زراعة الأعضاء أو نخاع العظم أو الخلايا الجذعية المكونة للدم
- رعاية ما قبل الولادة في الثلث الثالث من (الحمل)، بما في ذلك الولادة
- الجراحة داخل المستشفى/في العيادات الخارجية
- موعد مع مقدم الرعاية الأولية أو التخصصية
- العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي
- العلاج بعد الخروج من المستشفى في آخر ثلاثين يوماً
- خدمات طب الأسنان أو الإبصار غير الروتينية (على سبيل المثال تقويم الأسنان أو الجراحة)
- المعدات الطبية (أمثلة: الأسرة المخصصة للمرضى بالمستشفى، والكراسي المتحركة الكهربائية، والأوكسجين المنزلي والمستلزمات التنفسية، ومستلزمات سلس البول، والتغذية المعوية والمستلزمات)
- الخدمات التي تتلقاها في المنزل، بما في ذلك الرعاية الصحية المنزلية والعلاجات والتمريض

بعد التسجيل، سوف تخبرك UnitedHealthcare Community Plan إذا كان أي دواء من أدويةك الحالية يتطلب تصريحًا مسبقًا ولم يكن يتطلب تصريحًا عندما تم دفعها من خلال برنامج الدفع مقابل الخدمة FFS من Medicaid. من المهم جدًا أن تطلع على المعلومات التي توفرها UnitedHealthcare Community Plan وتتصل بخدمات أعضاء UnitedHealthcare Community Plan إذا كان لديك أي أسئلة. يمكنك أيضًا إلقاء نظرة على موقع myuhc.com/CommunityPlan على الرابط لمعرفة ما إذا كانت أدويةك تتطلب تصريحًا مسبقًا. قد تحتاج إلى المتابعة مع عيادة الطبيب مقدم الوصفة الطبية لتقديم طلب الحصول على تصريح مسبق إلى UnitedHealthcare Community Plan إذا لزم الأمر. إذا كانت أدويةك تتطلب تصريحًا مسبقًا، فلن تتمكن من الحصول على الدواء حتى يقدم مقدم الرعاية طلبًا إلى UnitedHealthcare Community Plan ويتم الموافقة عليه.

الأدوية المقررة بوصفة طبية

سوف يستخدم أعضاء MCO برنامج SPBM المتعاقد عليه مع Gainwell ODM لصرف الوصفات المقررة بوصفة طبية وسيتم عليهم الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بـ Gainwell في الملحق A من هذا الكتيب للحصول على المساعدة.

الخدمات التي لا تشملها تغطية

UnitedHealthcare Community Plan

لن تدفع UnitedHealthcare Community Plan تكاليف الخدمات أو المستلزمات التي تم الحصول عليها والتي لا يغطيها برنامج Medicaid.

- جميع الخدمات أو المستلزمات التي ليست ضرورية من الناحية الطبية
- فحص إثبات الأبوة
- خدمات البحث عن سبب الوفاة (التشريح) أو الخدمات المتعلقة بالدراسات الجنائية
- خدمات الانتحار بمساعدة الغير، والتي يتم تعريفها على أنها خدمات تهدف إلى التسبب في وفاة شخص ما أو المساعدة في التسبب في وفاته

إذا كان لديك سؤال حول ما إذا كانت الخدمة مشمولة بالتغطية أم لا، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-800-895-2017**، TTY **711**، من الساعة 7:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

الخدمات التي لا تشملها تغطية UnitedHealthcare Community Plan ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية

تقوم UnitedHealthcare Community Plan بمراجعة التشريعات الحكومية المعمول بها وتجري مراجعة الضرورة الطبية إذا لزم الأمر. لن تدفع UnitedHealthcare Community Plan مقابل الخدمات التالية التي لا يغطيها برنامج Medicaid ما لم يتم تحديد أنها ضرورية من الناحية الطبية:

- الإجهاض باستثناء حالات الاغتصاب المبلغ عنها، أو زنا المحارم، أو إنقاذ حياة الأم
- خدمات الارتجاع الحيوي
- الخدمات والإجراءات التجريبية، بما في ذلك الأدوية والمعدات، التي لا يغطيها برنامج Medicaid والتي لا تتماشى مع المعايير المعتادة للممارسة.
- خدمات العقم للذكور أو الإناث، بما في ذلك إبطال عمليات التعقيم الطوعي
- العلاج الداخلي للإقلاع عن المخدرات و/أو الكحول (تتم تغطية خدمات إزالة السموم الداخلية في المستشفيات العامة)
- الجراحة التجميلية أو الترميمية التي ليست ضرورية من الناحية الطبية
- خدمات علاج السمّة ما لم يتقرر أنها ضرورية من الناحية الطبية
- الخدمات التي يقرر برنامج Medicare أو جهة دفع خارجية أخرى أنها ليست ضرورية طبيًا
- الاستشارات الجنسية أو الزوجية
- التعقيم الطوعي إذا كان عمرك أقل من 21 عامًا أو لا تستطيع الموافقة قانونًا على الإجراء

قيود التكرار

هذه ليست قائمة كاملة بالخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicaid أو UnitedHealthcare Community Plan. ستراجع منظمة الرعاية المدارة الخاصة بك جميع طلبات الخدمات من مقدم الرعاية المعني بك. إذا كان لديك سؤال حول ما إذا كانت الخدمة مشمولة بالتغطية أم لا، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 711 TTY، 1-800-895-2017، من الساعة 7:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

خدمات إدارة الرعاية

توفر UnitedHealthcare Community Plan خدمات إدارة الرعاية.

- إذا كان لديك حالة صحية مزمنة، مثل الربو أو مرض السكري، يمكنك الاستفادة من برنامج إدارة الرعاية لدينا. يمكن لموظفي UnitedHealthcare Community Plan، بما في ذلك الممرضات ومديري الرعاية والعاملين في مجال التوعية، الاتصال بالأعضاء إذا طلب الطبيب مكالمات هاتفية، أو إذا طلب العضو المكالمات الهاتفية، أو إذا رأت منظمة الرعاية المدارة MCO أن خدمات إدارة الرعاية ستكون مفيدة للعضو. بالإضافة إلى ذلك، توفر UnitedHealthcare Community Plan إدارة الرعاية للأعضاء الذين يستخدمون الخدمات بكمية أو بمعدل تكرر يتجاوز الضرورة الطبية.

- قد يطرح موظفو UnitedHealthcare Community Plan أسئلة على العضو لمعرفة المزيد من المعلومات حول حالته/حالتها، على سبيل المثال، تقييم المخاطر الصحية (HRA) وأسئلة أخرى تتعلق بالحالات أو المواقف الخاصة.
 - سيقوم موظفو UnitedHealthcare Community Plan بتقديم المعلومات لمساعدة الأعضاء على فهم كيفية العناية بأنفسهم وكيفية الوصول إلى الخدمات (بما في ذلك الموارد المحلية).
 - سيقوم موظفو UnitedHealthcare Community Plan بالتحدث إلى PCP الخاص بالعضو ومقدمي الرعاية الآخرين لتنسيق الرعاية.
 - دعم التعاون المتبادل مع جهات تنسيق الرعاية الأخرى، والذي قد يشمل مقدمي خدمات الإعفاء ومقدمي خدمات الصحة العقلية المجتمعية.
 - سيقوم موظفو UnitedHealthcare Community Plan بمراجعة تاريخك الصحي والاجتماعي والعقلي والتأكد من أن كل شيء على ما يرام. سوف يعمل فريق من التمريض المعتمد والأخصائيين الاجتماعيين معك ومع عائلتك و PCP المعني بك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين والموارد المجتمعية لوضع خطة رعاية تلبي احتياجاتك في أنسب وضع ومكان بالنسبة لك.
 - سنقوم بوضع خطة رعاية مخصصة بناءً على احتياجاتك الفردية.
 - سوف نقوم بالتنسيق مع أفراد أسرتك ومقدمي الرعاية وموفري الرعاية الصحية لك
 - سنساعدك على التأكد من حصولك على الخدمات التي قد تحتاجها
- يجب على الأعضاء الاتصال إذا كانت لديهم أي أسئلة حول خدمات إدارة الرعاية، أو إذا شعروا أنهم سيستفيدون من خدمات إدارة الرعاية، يمكنهم الاتصال بنا على الرقم 1-800-508-2581. يمكن أيضًا إحالة الأعضاء لتنسيق الرعاية من قبل أحد مقدمي الرعاية.

خدمات الأعضاء

يمكن لخدمات الأعضاء مساعدتك في استفساراتك أو مخاوفك. وتشمل ما يلي:

- فهم المزايا المتاحة لك
- الخدمة المشمولة بالتغطية
 - المساعدة في العثور على مقدم رعاية
 - أرقام هواتف للاتصال
 - ساعات العمل
- كيفية الحصول على رعاية أو خدمات تخصصية
- تغيير مقدمي الرعاية الأولية (PCPs)
- كيفية تقديم تظلم ضد MCP/مقدمي الرعاية/التميز
- كيفية تقديم تظلم أو طعن
- الحصول على المساعدة اللغوية
- إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، يمكننا توفير مواد مطبوعة مترجمة أو يمكننا توفير مترجم فوري يمكنه مساعدتك في فهم هذه المواد

- يجب على الأعضاء الاتصال بخدمات الأعضاء عند حدوث تغيير في معلوماتهم الديموغرافية وفي حالة الحمل (في حالة الإناث)
- المساعدة في العثور على مقدم رعاية
- تقديم شكوى ضد UnitedHealthcare Community Plan /مقدمي الرعاية/التميز

اتصل على خدمات الأعضاء 1-800-895-2017, TTY 711، من 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة للحصول على المساعدة.

خدمات الصحة السلوكية، وخدمات الصحة العقلية وخدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات

خدمات الصحة العقلية وخدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات متاحة. تشمل هذه الخدمات ما يلي:

- الخدمات الطبية
- علاج الإدمان باستخدام الأدوية
- الاختبارات النفسية
- خدمات علاج اضطرابات استخدام العقاقير المخدرة بحيث تشمل دعم تعافي الأقران، والعلاج في المستشفى جزئيًا، والعلاج في المنزل، وإدارة الحالات، والعلاج المكثف للمرضى الخارجيين، وإدارة الانسحاب.
- خدمات العيادات الخارجية الخاصة بالصحة السلوكية
- إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي
- علاج الدعم النفسي المجتمعي
- التقييم والفحص التشخيصي
- العلاج النفسي والإرشاد
- التدخل في الأزمات
- خدمات برامج العلاج من المواد الأفيونية
- الخدمات التمريرية الخاصة بالصحة السلوكية
- علاج البالغين
- العلاج المجتمعي الحازم للبالغين
- خدمة الاستجابة والاستقرار المتنقلة (MRSS)
- برنامج العلاج المنزلي المكثف للأطفال والمراهقين

أنت مشمول بالتغطية

من الضروري أن تعرف إلى أين تتوجه لطلب المساعدة عندما تكون في حاجة إليها. نحن هنا لتقديم الدعم والمساندة لأعضائنا. تفضل بزيارة [Liveandworkwell.com](https://www.liveandworkwell.com) للحديث بشكل صريح ومباشر عن مواضيع الصحة العقلية.

كيفية الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية على مدار 24 ساعة

يمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تواجه أي أزمة. حيث يمكنك التحدث إلى شخص متخصص فورًا، وسنساعدك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. ما عليك سوى الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية على مدار 24 ساعة على الرقم 877-542-9236. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. خط أزمات الصحة السلوكية متاح على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع، و 365 يومًا في السنة. نحن نقدم خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.

إذا كنت بحاجة إلى خدمات علاج الصحة العقلية و/أو اضطرابات تعاطي العقاقير المخدرة، يرجى الاتصال بخدمة الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017, TTY 711**. يمكنك أيضًا العثور على مقدمي رعاية **UnitedHealthcare Community Plan** الإضافيين على موقعنا الإلكتروني على **myuhc.com/CommunityPlan**، أو في دليل مقدمي الرعاية لدينا أو عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-800-895-2017, TTY 711**.

OhioRISE

برنامج المرونة من خلال الأنظمة المتكاملة والتميز في أوهايو (OhioRISE) هو برنامج رعاية مُدارة للأطفال والشباب الذين لديهم احتياجات صحية سلوكية معقدة واحتياجات متعددة الأنظمة. ينخرط الأطفال والشباب الذين لديهم احتياجات متعددة الأنظمة غالبًا في أنظمة مجتمع متعددة مثل محكمة الأحداث، وحماية الطفل، وإعاقات النمو، والتعليم، والصحة العقلية والإدمان، وغيرها. يهدف برنامج OhioRISE إلى دعم هؤلاء الأطفال والشباب لتحقيق النجاح في مدارسهم، ومنازلهم، ومجتمعاتهم. يتوفر هذا الدعم من خلال تنسيق الرعاية والخدمات المتخصصة التي تُقدم في المنزل أو في نطاق مجتمع الشاب.

الأطفال والشباب الذين يمكنهم الاستفادة من برنامج OhioRISE:

- لديهم احتياجات متعددة ناتجة عن تحديات تتعلق بالصحة السلوكية
- لديهم احتياجات تشمل عدة أنظمة أو معرضون لخطر الانخراط في الأنظمة بشكل أعمق.
- معرضون لخطر الإيداع خارج المنزل أو يعودون إلى عائلاتهم بعد الإيداع خارج المنزل

يتم تغطية خدمات الصحة البدنية للفرد المسجل في برنامج OhioRISE من جانب منظمة الرعاية المدارة (MCO) أو من خلال برنامج الدفع مقابل الخدمة (FFS) من Medicaid.

الأهلية لبرنامج OhioRISE:

قد يكون الطفل والشباب مؤهلين للحصول على برنامج OhioRISE إذا كانوا:

- مؤهلين للحصول على Medicaid في Ohio،
- وإذا كانت أعمارهم تقل عن 21 عامًا،
- وإذا كانوا بحاجة إلى علاج سلوكي كبير كما تم تحديده من خلال تقييم احتياجات ونقاط قوة الأطفال والمراهقين في Ohio (CANS)، أو
- موجودون في مستشفى تلبية لاحتياجات الصحة العقلية أو الإدمان.

خدمات برنامج OhioRISE

بالإضافة إلى خدمات الصحة السلوكية المتاحة بالفعل من خلال برنامج Medicaid، يقدم برنامج OhioRISE الخدمات التالية:

- تنسيق الرعاية — تقديم المساعدة في تخطيط الدعم والرعاية لتلبية احتياجات الطفل أو الشاب في مجال الصحة السلوكية. يمكن أن يكون منسق الرعاية الخاص بهم، من خلال منظمة الرعاية المُدارة (MCO)، جزءًا من هذه العملية.
- العلاج المكثف في المنزل (IHBT) — خدمات مكثفة قصيرة المدى تُقدَّم في منزل الطفل أو الشاب للمساعدة في استقرار وتحسين صحته السلوكية.
- الراحة السلوكية المؤقتة: تقديم راحة قصيرة الأجل للمقدمين الأساسيين للرعاية لطفل أو شاب يعيش في بيئة منزلية أو مجتمعية.
- الصناديق المرنة الأولية — مبلغ \$1,500 خلال فترة 365 يومًا لشراء موارد معينة تلبي حاجة محددة للطفل أو الشاب.
- مرفق العلاج النفسي السكني (PRTF) — مرافق غير المستشفيات تقدم خدمات علاج نفسي سكني مكثف للأفراد الذين تبلغ أعمارهم 20 عامًا أو أقل.
- خدمات الاستجابة والاستقرار المتنقلة (Mobile Response and Stabilization) — خدمات سلوكية فورية للأطفال/الشباب في حالات الأزمات. تساعد خدمات الاستجابة والاستقرار المتنقلة (MRSS) في ضمان حصول الأطفال والشباب على الرعاية العاجلة والضرورية في منازلهم ومجتمعاتهم. تقدم هذه الخدمة أيضًا من خلال منظمات الرعاية المُدارة (MCO) وبرنامج Medicaid للدفع مقابل الخدمة (FFS).

تقييم احتياجات ونقاط قوة الأطفال والمراهقين (CANS)

لتقييم طفل أو شاب من أجل OhioRISE، اتصل بـ UnitedHealthcare Community Plan، خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711. وسنساعدك في العثور على مقيم لاحتياجات ونقاط قوة الأطفال والمراهقين CANS في مجتمع الطفل أو الشاب لإكمال تقييم CANS.

معلومات الاتصال ببرنامج OhioRISE

لمزيد من المعلومات عن برنامج OhioRISE، اتصل بخدمات أعضاء UnitedHealthcare Community Plan على 1-800-895-2017، TTY 711 أو خدمات أعضاء Aetna OhioRISE على 833-711-0773، TTY 711.

برنامج الخدمات المنسقة

توفر UnitedHealthcare Community Plan إدارة الرعاية للأعضاء الذين يستخدمون الخدمات بكمية أو بمعدل تكرار يتجاوز الضرورة الطبية. يتم ذلك لضمان حصولك على رعاية صحية عالية الجودة ومنسقة. إذا تم اختيارك لتكون جزءاً من هذا البرنامج، سيتم عرض تنسيق الرعاية عليك مع مدير الرعاية. بمجرد التسجيل في البرنامج، سيتم تعيين مدير للرعاية لك وسوف يقوم بالتواصل معك بمجرد تعيينه.

إذا كنت جزءاً من البرنامج، ستتلقى رسالة تطلب منك اختيار صيدلية وتأكيد PCP المعني بك. إذا لم تختَر صيدلية خلال 30 يوماً من تاريخ إرسال الرسالة بالبريد، ستقوم UnitedHealthcare Community Plan باختيار صيدلية من شبكة الصيدليات بناءً على المعايير التالية:

- المكان الذي زرته من قبل
- أن تكون مفتوحة على مدار 24 ساعة، إن أمكن.
- أن تكون قريبة من منزلك.

باستثناء حالات الطوارئ أو الخدمات خارج ساعات العمل، يجب على أعضاء برنامج CSP:

- أن يكون لديهم صيدلية واحدة لصرف الوصفات المقررة لك بوصفة طبية
- قد يتم تعيين PCP واحد لتنسيق الرعاية مع مقدمي الرعاية الآخرين.

يمكن للأعضاء طلب تغيير الصيدلية أو PCP في ظروف محدودة.

قبل تاريخ بدء مشاركتك في هذا البرنامج، ستتلقى بطاقة معرف عضوية جديدة تحتوي على معلومات الصيدلية و PCP. إذا كنت بحاجة إلى تغيير الصيدلية المذكورة في بطاقة معرف العضوية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711. سيتم مراجعة طلبات تغيير الصيدلية على أساس فردي.

سيتم إرسال مزيد من التفاصيل عبر البريد للأعضاء المختارين في البرنامج، وسيتم إبلاغهم بحقوقهم في الحصول على جلسة استماع على مستوى الولاية.

Healthchek (ميزة الفحص الصحي)

Healthchek هو ميزة الفحص المبكر والدوري والتشخيص والعلاج (EPSDT) في ولاية أوهايو. تغطي الميزة الفحوصات الطبية، والتطعيمات (اللقاحات)، والتنظيف الصحي، والاختبارات المعملية للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا. تهدف هذه الفحوصات إلى ضمان صحة الأطفال ونموهم الجسدي والعقلي بشكل سليم. يُوصى بأن تُجري الأمهات الفحوصات قبل الولادة، كما يُنصح بإجراء الفحوصات للأطفال عند الولادة، ثم عند 3-5 أيام من العمر، وفي أعمار 1 و 2، 4 و 6، 9 و 12، 15 و 18 و 24 و 30 شهرًا. بعد ذلك، يجب أن يُجري الأطفال فحصًا واحدًا على الأقل سنويًا.

تغطي ميزة Healthchek أيضًا الفحوصات الطبية والبصرية والأسنان والفحوصات السمعية وفحوصات التغذية والصحة السلوكية والنمو، بالإضافة إلى الرعاية الأخرى لعلاج المشكلات أو الحالات التي يتم اكتشافها خلال الفحص. قد تتطلب بعض الاختبارات وخدمات العلاج الحصول على تصريح مسبق.

الخدمات المتوفرة ضمن Healthchek بدون أي تكلفة للأعضاء تشمل:

- الفحوصات الوقائية لحديثي الولادة، والرضع، والأطفال، والمراهقين، والشباب تحت سن 21 عامًا.
- فحوصات Healthchek:
 - الفحوصات الطبية (الجسدية وفحوصات النمو)
 - فحوصات البصر
 - فحوصات الأسنان
 - فحوصات السمع
 - فحوصات التغذية
 - اختبارات النمو
 - تحليل نسبة الرصاص
- الاختبارات المعملية (حسب العمر والجنس)
- التطعيمات
- الرعاية الطبية اللازمة لعلاج المشكلات الصحية أو المشكلات التي تم اكتشافها أثناء الفحص. تشمل على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي:
 - زيارات مع مقدمي الرعاية الأولية، والأخصائيين، وأطباء الأسنان، وأخصائيي البصريات، وغيرهم من مقدمي خدمات UnitedHealthcare Community Plan لتشخيص المشكلات أو علاجها.
 - رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى ورعاية المرضى في العيادات الخارجية
 - زيارات العيادة
 - الأدوية المقررة بوصفة طبية
- التوعية الصحية

من المهم للغاية إجراء الفحوصات الوقائية والفحوصات الدورية حتى يتمكن مقدمو الرعاية الصحية من اكتشاف أي مشكلات صحية في مراحلها المبكرة. بهذه الطريقة، يكون بإمكان مقدم الرعاية الخاص بك علاج تلك المشكلات أو إحالتك إلى أخصائي للعلاج قبل أن تتفاقم تلك المشكلات. تذكر: قد تتطلب بعض الخدمات إحالة من PCP المعني بك أو الحصول على تصريح مسبق من **UnitedHealthcare Community Plan**. بالإضافة إلى ذلك، قد يطلب مزود الرعاية الصحية الحصول على تصريح مسبق لبعض العناصر أو الخدمات ضمن برنامج EPSDT لضمان تغطية **UnitedHealthcare Community Plan** لتلك الخدمات التي قد تكون محدودة أو غير مغطاة للأعضاء الذين تزيد أعمارهم عن 20 عامًا. يُرجى مراجعة الصفحة 25 لمعرفة الخدمات التي تتطلب إحالة و/أو تصريحًا مسبقًا.

جزء من Healthchek، تتوفر خدمات إدارة الرعاية لجميع الأعضاء تحت سن 21 ممن لديهم احتياجات رعاية صحية خاصة. يُرجى الرجوع إلى الصفحة 38 لمعرفة المزيد عن خدمات إدارة الرعاية التي تقدمها **UnitedHealthcare Community Plan**.

يمكن للأعضاء الحصول على خدمات Healthchek من خلال:

- الاتصال بـ PCP المعني بك وطبيب الأسنان لتحديد مواعيد الفحوصات الدورية (مع التأكد من طلب فحص Healthchek عند الاتصال بـ PCP)، أو عن طريق
- الاتصال بخدمة الأعضاء في **UnitedHealthcare Community Plan** إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في الوصول إلى الرعاية، بما في ذلك العثور على مقدم رعاية أو تحديد موعد؛ والخدمات المشمولة بالتغطية؛ والنقل؛ والتصاريج المسبقة؛ والإحالات لبرنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)، و **Help Me Grow**، و **Bureau for Children with Medical Handicaps (BCMh)**، وبرنامج **Head Start**، والخدمات المجتمعية مثل الغذاء، والمساعدة في التدفئة، وما إلى ذلك.

اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)

يجب على كل عضو في **UnitedHealthcare Community Plan** اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) من دليل مقدمي الرعاية الخاص بـ **UnitedHealthcare Community Plan**. يمكن أن يكون PCP المعني بك مقدم رعاية فردي، أو مجموعة من موفري الرعاية، أو ممرض متقدم في الممارسة، أو مجموعة ممارسة لممرضين مُتقدِّمين في الممارسة، أو مجموعة ممارسة مدربة في طب أمراض النساء والولادة (طب النساء)، أو طب الأسرة (الممارسة العامة)، أو الطب الباطني، أو طب الأطفال.

سيتعاون PCP المعني بك معك لتوجيه رعايتك الصحية. سيقوم PCP المعني بك بإجراء فحوصاتك، وتطعيماتك، ووصف علاجات لمعظم احتياجاتك الصحية الروتينية. إذا لزم الأمر، سيقوم PCP المعني بك بإحالتك إلى مقدمي رعاية آخرين أو أخصائيين، أو الموافقة على دخولك المستشفى.

يمكنك التواصل مع PCP المعني بك من خلال الاتصال بعيادة PCP. يُطبع اسم وطريقة الاتصال بـ PCP المعني بك على بطاقة معرف عضويتك في **UnitedHealthcare Community Plan**.

تغيير PCP الخاص بك

إذا كنت ترغب في تغيير PCP المعني بك، يجب أولاً الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب التغيير. يمكن للأعضاء تغيير PCP شهرياً. ويمكنك تغيير PCP المعني بك في أي وقت. تغييرات PCP التي تتم خلال الشهر الأول من العضوية ستكون سارية اعتباراً من تاريخ الطلب. إذا طلبت تغيير PCP بعد الشهر الأول من العضوية، سيكون التغيير ساريًا في اليوم الأول من الشهر التالي.

سوف ترسل UnitedHealthcare Community Plan لك بطاقة معرف عضوية جديدة لإعلامك بتغيير PCP المعني بك وتاريخ البدء مع PCP الجديد.

للحصول على أسماء PCPs في شبكة UnitedHealthcare Community Plan، يمكنك البحث في دليل مقدمي الرعاية إذا كنت قد طلبت نسخة مطبوعة، أو زيارة موقعنا الإلكتروني على www.uhc.com/communityplan/ohio/plans/medicaid/community-plan، أو يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء في UnitedHealthcare Community Plan على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711. يسرنا دائماً مساعدتك على العثور على PCP تابع للشبكة الذي يناسبك.

الرعاية الصحية عن بُعد

الرعاية الصحية عن بُعد هي تقديم الخدمات الطبية مباشرة باستخدام الاتصال الصوتي و/أو المرئي. بدلاً من الحضور إلى العيادة من أجل موعدك، يمكنك البقاء في منزلك أو مكتبك واستخدام هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي أو الكمبيوتر لرؤية المتخصصين والتحدث إليهم في الصحة الطبية والسلوكية. لا توجد تكلفة لاستخدام الرعاية الصحية عن بُعد لأعضاء Medicaid، كما أن هذا النوع من الرعاية يُساعد في التخلص من الضغوطات الناجمة عن الحاجة إلى خدمات النقل.

يستطيع أعضاء Medicaid التواصل مع المتخصصين في الصحة الطبية والسلوكية عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد للتعامل مع العديد من الأمراض والإصابات، والحالات الصحية الشائعة، ومواعيد المتابعة والفحوصات وكذلك الدواء (الأدوية) المقررة بوصفة طبية.

استفسر من مقدمي الرعاية الذين تتعامل معهم لمعرفة ما إذا كانوا يقدمون خدمات الرعاية الصحية عن بُعد.

حقوق عضويتك

بصفتك عضوًا في UnitedHealthcare Community Plan، فإنك تتمتع بالحقوق التالية:

- الحصول على جميع المعلومات والخدمات التي يجب على UnitedHealthcare Community Plan توفيرها
- أن تُعامل باحترام مع مراعاة كرامتك وخصوصيتك
- التأكد من أن معلومات سجلك الطبي ستظل سرية
- الحصول على معلومات حول حالتك الصحية. قد تتوفر هذه المعلومات أيضًا لشخص قمت بمنحه إذنًا قانونيًا للوصول إليها أو لمن قلت إنه يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ عندما يكون من غير مصلحة صحتك إعطاؤها لك.
- المشاركة مع مقدمي الرعاية في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية
- أن يكون لك الحق في المشاركة في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية طالما أن تلك القرارات في مصلحتك
- الحصول على معلومات حول أي علاج طبي أو رعاية بطريقة يمكنك فهمها واتباعها
- التأكد من أنه لا يمكن للآخرين سماعك أو رؤيتك أثناء حصولك على الرعاية الطبية
- أن تكون حرًا من أي نوع من القيود أو العزل الذي يستخدم كوسيلة للإجبار أو التأديب أو التيسير أو الانتقام كما هو محدد في اللوائح الفيدرالية.
- طلب نسخة من سجلاتك الطبية والحصول عليها، ويكون لك الحق في طلب تغيير/تصحيح السجل إذا لزم الأمر.
- أن تجيب بنعم أو لا بخصوص إعطاء أي معلومات عنك للآخرين ما لم تكن UnitedHealthcare Community Plan ملزمة قانونًا بذلك.
- رفض الحصول على العلاج. في حالة رفضك، يجب على مقدم الرعاية أو UnitedHealthcare Community Plan التحدث معك عن ما قد يحدث نتيجة لذلك ويجب تدوين ملاحظة في سجلك الطبي حول ذلك.
- كيفية تقديم طلب طعن أو تظلم (شكوى) أو طلب جلسة استماع في الولاية. يُرجى الاطلاع على الصفحة 51 من هذا الكتيب لمعرفة المزيد.
- للحصول على كل المعلومات المكتوبة للأعضاء من UnitedHealthcare Community Plan:
 - دون تحمّل تكلفة عليك
 - باللغات غير الإنجليزية السائدة بين الأعضاء في منطقة خدمة UnitedHealthcare Community Plan.
 - خدمات الترجمة الفورية أو التحريرية
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة
 - المساعدات أو الخدمات المساعدة الأخرى للأشخاص ذوي الإعاقة
 - بطرق أخرى لمساعدة الأعضاء الذين قد يواجهون صعوبة في قراءة المعلومات لأي سبب كان
- للحصول على مساعدة مجانية من UnitedHealthcare Community Plan ومقدمي الرعاية التابعين لها إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في فهم المعلومات
- الحصول على مساعدة بلغة الإشارة إذا كنت تعاني من ضعف السمع
- أن يتم إبلاغك إذا كان مقدم الرعاية الصحية ما يزال طالبًا وأن يكون لديك الحق في رفض رعايته

Ohio Department of Medicaid كتيب أعضاء

- أن يتم إبلاغك بأي رعاية تجريبية وأن يكون لديك الحق في رفض المشاركة فيها
- أن تقوم بإعداد التوجيهات المسبقة (وصية الشخص على قيد الحياة). يرجى الاطلاع على الصفحة 81 للحصول على مزيد من المعلومات عن التوجيهات المسبقة.
- أن تقدم أي شكوى بشأن عدم اتباع التوجيهات المسبقة الخاصة بك إلى Ohio Department of Health
- الحق في مناقشة خيارات العلاج الطبية اللازمة لحالاتك، بغض النظر عن التكلفة أو تغطية المزايا
- يحق لك اقتراح التوصيات فيما يتعلق بالسياسة الخاصة بحقوق الأعضاء في المؤسسة ومسؤولياتهم.
- أن تعرف أن منظمة الرعاية المدارة (MCP) ستراجع وتحل جميع التظلمات بأسرع ما يمكن بما يتناسب مع حالة العضو الصحية. يجب أن تتوافق قرارات التظلمات، بما في ذلك إخطار العضو، مع الأطر الزمنية التالية:
- (أ) خلال يومي عمل من استلام التظلم إذا كان التظلم يتعلق بعدم القدرة على الحصول على الخدمات
- (ب) خلال ثلاثين يومًا تقويميًا لجميع التظلمات الأخرى باستثناء التظلمات المتعلقة بتحميلك فاتورة عن الرعاية التي تلقيتها
- (ج) خلال ستين يومًا تقويميًا للتظلمات المتعلقة بتحميلك فاتورة عن الرعاية التي تلقيتها
- لتغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) إلى PCP آخر في شبكة UnitedHealthcare Community Plan، يجب على UnitedHealthcare Community Plan إرسال إخطار كتابي إليك على الأقل شهرًا يُخبرك باسم PCP الجديد وتاريخ التغيير
- أن تكون حرًا في ممارسة حقوقك ومعرفة أن UnitedHealthcare Community Plan، أو مقدمي الرعاية في UnitedHealthcare Community Plan، أو إدارة Medicaid في Ohio لن يستخدموا هذا الأمر ضدك
- لمعرفة ضرورة اتباع UnitedHealthcare Community Plan لجميع القوانين الفيدرالية والولائية، والقوانين الأخرى المتعلقة بالخصوصية التي تنطبق
- أن تكون لديك الحرية في اختيار مقدم الرعاية الذي يقدم لك الرعاية متى كان ذلك ممكنًا ومناسبًا
- إذا كنت أنثى، أن تكوني قادرة على الذهاب إلى مقدم رعاية صحية للنساء في شبكة UnitedHealthcare Community Plan للحصول على خدمات صحة النساء المغطاة.
- أن تستخدم أي مستشفى أو مكان مناسب لخدمات الطوارئ
- أن تحصل على رأي ثانٍ من مقدم رعاية مؤهل في شبكة UnitedHealthcare Community Plan. إذا لم يكن بإمكان مقدم رعاية مؤهل رأيك، يجب على UnitedHealthcare Community Plan ترتيب زيارة مع مقدم رعاية خارج الشبكة.
- الحصول على معلومات حول UnitedHealthcare Community Plan منا. يمكنك طلب مزيد من المعلومات حول خطتنا، بما في ذلك معلومات عن هيكلنا وعملياتنا وأي خطط حوافز للأطباء نقوم بتطبيقها.
- الاتصال بإدارة Ohio Department of Medicaid و/أو مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على العنوان أدناه لتقديم أي شكوى تتعلق بالتمييز بناءً على العرق أو الديانة أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة أو الأصل القومي أو الحالة العسكرية أو المعلومات الوراثية أو النسب أو الحالة الصحية أو الحاجة إلى خدمات صحية

The Ohio Department of Medicaid
Office of Human Resources, Employee Relations
P.O. Box 182709

Columbus, Ohio 43218-2709

البريد الإلكتروني إلى ODM: EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov

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, TTY 312-353-5693

كيفية إبلاغ UnitedHealthcare Community Plan إذا كنت غير راضٍ أو لا توافق على قرار اتخذناه – الطعون والتظلمات

كيفية إبلاغ UnitedHealthcare Community Plan إذا كنت غير راضٍ أو لا توافق على قرار اتخذناه – اتصل بنا في أقرب وقت ممكن. يمكنك أنت أو شخص ترغب في أن يتحدث نيابة عنك الاتصال بنا. إذا كنت ترغب في أن يتحدث نيابة عنك شخص ما، مثل طبيبك أو موفر الرعاية بموافقتك، قدم لنا موافقتك كتابةً بهذا الشأن. تريد UnitedHealthcare Community Plan مساعدتك. للاتصال بنا يمكنك:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711، أو
- استيفاء النموذج الموجود في كتيب الأعضاء الخاص بك، أو
- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب نسخة مطبوعة، أو
- زيارة موقعنا الإلكتروني على myuhc.com/CommunityPlan، أو
- كتابة رسالة تخبرنا فيها بما جعلك غير راضٍ. تأكد من كتابة اسمك الأول والأخير، ورقم معرف عضويتك في UnitedHealthcare Community Plan الموجود في الجهة الأمامية لبطاقة معرف عضويتك، وعنوانك ورقم هاتفك في الرسالة، حتى نتمكن من الاتصال بك إذا لزم الأمر. ويجب عليك أيضًا إرسال أي معلومات تساعد في شرح مشكلتك.

أرسل النموذج أو خطابك عن طريق البريد إلى:

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

سترسل UnitedHealthcare Community Plan إخطارًا كتابيًا إليك إذا اتخذنا قرارًا بـ:

- رفض طلب تغطية خدمة لك؛ أو
- تقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل أن نتلقى جميع الخدمات التي تم الموافقة عليها؛ أو
- رفض دفع تكلفة خدمة حصلت عليها، ولا تغطيها UnitedHealthcare Community Plan.

سنرسل لك إخطارًا كتابيًا، إذا لم:

- نتخذ قرارًا بشأن ما إذا كان سيتم تغطية الخدمة المطلوبة لك، أو
- نقدم لك إجابة بشأن شيء أخبرتنا أنك غير راضٍ عنه.

الطعون

إذا كنت لا توافق على القرار/الإجراء المذكور في الرسالة، واتصلت بنا خلال **60 يومًا تقويميًا** لطلب تغيير قرارنا/إجرائنا، فإن هذا يسمى **طعنًا**. تبدأ فترة الـ 60 يومًا تقويميًا من اليوم التالي لتاريخ الإرسال الموجود في الرسالة. إذا قررنا تقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل حصولك على جميع الخدمات التي تمت الموافقة عليها، فسوف توضح لك الرسالة كيفية الاستمرار في الحصول على الخدمات إذا اخترت ذلك ومتى قد يتعين عليك دفع تكلفة الخدمات.

ما لم نخبرك بتاريخ مختلف، يتعين علينا أن نقدم لك ردًا كتابيًا على الطعن المقدم منك في غضون 15 يومًا تقويميًا من تاريخ اتصالك بنا. إذا لم نغير قرارنا أو إجراءنا نتيجة للطعن المقدم منك، فسوف نعلمك بحقك في طلب جلسة استماع من الولاية. لا يجوز لك طلب جلسة استماع في الولاية إلا بعد استنفاد عملية الطعن المتبعة لدى **UnitedHealthcare Community Plan**.

التظلم

إذا اتصلت بنا لأنك غير راضٍ عن شيء ما يتعلق بـ UnitedHealthcare Community Plan أو مقدمي الرعاية لدينا، فهذا يسمى **تظلمًا**. ستقدم لك UnitedHealthcare Community Plan ردًا على تظلمك عبر الهاتف (أو عبر البريد إذا لم نتمكن من الوصول إليك عبر الهاتف) خلال الأطر الزمنية التالية:

- يومي عمل (2) للتظلمات المتعلقة بعدم القدرة على الحصول على الخدمات
- 30 يومًا تقويميًا لجميع التظلمات الأخرى باستثناء التظلمات المتعلقة بتحميلك فاتورة عن الرعاية التي تلقيتها
- 60 يومًا تقويميًا للتظلمات المتعلقة بتحميلك فاتورة عن الرعاية التي تلقيتها

في حال احتجنا إلى وقت إضافي لاتخاذ قرار بشأن الطعن أو التظلم، سنرسل لك رسالة لإبلاغك بأننا نحتاج إلى مدة إضافية تصل إلى أربعة عشر (14) يومًا تقويميًا. ستوضح لك هذه الرسالة أيضًا الأسباب التي تدفعنا إلى طلب وقت إضافي. إذا رأيت في اعتقادك أننا بحاجة إلى وقت إضافي لاتخاذ قرار بشأن الطعن أو التظلم المقدم منك، يمكنك أن تطلب منا كذلك أخذ مدة إضافية تصل إلى أربعة عشر (14) يومًا تقويميًا.

كما يحق لك أيضًا تقديم شكوى في أي وقت عن طريق التواصل مع:

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215

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

1-800-686-1526

1-800-324-8680 و 1-800-605-3040
TTY 1-800-292-3572

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

نموذج طعن العضو

إذا كنت لا توافق على قرار اتخذته جهة الرعاية المُدارة (MCE) الخاصة بك، يجب عليك الاتصال بـ MCE في أقرب وقت ممكن. يمكنك أنت أو أي شخص ترغب في أن يتحدث نيابةً عنك التواصل مع جهة الرعاية المُدارة (MCE) باستخدام هذا النموذج.

التعليمات: أكمل القسمين الأول والثاني من هذا النموذج بالكامل، وصِف المشكلة (المشاكل) بأكبر قدر ممكن من التفصيل، ثم قدم النموذج المكتمل إلى جهة الرعاية المُدارة (MCE) ذات الصلة. لضمان اتخاذ القرار من قبل جهة الرعاية المُدارة (MCE)، يجب تقديم الوثائق التالية مع النموذج:

- إرفاق نسخ من أي سجلات ترغب في إرسالها (لا ترسل الأصول)
- إذا كان لديك شخص آخر يقدم نيابةً عنك، فلا بد من أن تمنح موافقتك أدناه

القسم الأول – معلومات العضو		
اسم العضو	تاريخ الطلب (سنة/يوم/شهر)	
رقم معرف العضوية	رقم هاتف العضو	تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر)
عنوان العضو		
سبب الطلب ☐ رفض الخدمة (الخدمات) أو تقليصها أو إنهاؤها ☐ رفض الدفع أو المطالبة ☐ قرار غير مناسب بشأن طلب التصريح المسبق ☐ أعتقد أن الانتظار حتى اتخاذ هذا القرار قد يعرض لخطر كبير للغاية حياتي أو صحتي الجسدية أو العقلية أو قدرتي على تحقيق أو الحفاظ على أو استعادة الحد الأقصى من الوظيفة. أفهم أن اختبار هذا المربع ربما يحد من مقدار الوقت المتاح لي و/أو لمقدم الرعاية لإرسال معلومات إضافية بخصوص الطعن المقدم مني ما لم يتم طلب تمديد. إذا لم يتم طلب تمديد وتم استيفاء المعايير، سوف أحصل على قرار خلال 72 ساعة. ☐ أعتقد أن الانتظار حتى اتخاذ هذا القرار لن يعرض صحتي للخطر. ما لم يتم طلب تمديد، سوف أحصل على قرار بشأن الطعن المقدم مني خلال 15 يومًا تقويميًا.		

القسم الثاني – وصف المشكلة ذات الصلة

يُرجى ذكر جميع التفاصيل المتعلقة بطلبك بما في ذلك الأسماء والتواريخ والأماكن ومعلومات مقدمي الرعاية ورقم طلب التصريح المسبق إذا كان معروفاً. قم بإرفاق صفحة أخرى مع هذا النموذج إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساحة.

بتوقيعك أدناه، فإنك توافق على أن المعلومات المقدمة صحيحة ودقيقة.

توقيع العضو

التاريخ (سنة/يوم/شهر)

إذا كان هناك شخص آخر يملأ هذا النموذج نيابةً عنك، فإنك تمنح الموافقة الكتابية للشخص المذكور أدناه لتقديمه نيابةً عنك. بتوقيعك أدناه، يوافق ممثلك المفوض على أن المعلومات المقدمة صحيحة ودقيقة.

اسم ممثل العضو المفوض (حسب الاقتضاء)

الصلة بالمريض

توقيع الممثل المعتمد (حسب الاقتضاء)

☐ اختر هذا المربع إذا كنت أحد مقدمي الرعاية الذين يرسلون هذا النموذج نيابة عن أحد الأعضاء. وفقاً لقاعدة Ohio Administrative Code 5160-26-08.4، مقرر يجب أن يكون لدى أي مقدم رعاية يتصرف نيابة عن العضو موافقة كتابية من العضو لتقديم الطعن. سوف تبدأ جهة الرعاية المُدارة (MCE) في معالجة الطعن فور استلام الموافقة الكتابية.

نموذج الطعون والتظلمات

	رقم معرف العضوية	اسم العضو
--	------------------	-----------

العنوان

رقم الهاتف (المنزل) _____ (العمل) _____

يُرجى وصف مشكلتك بالتفصيل باستخدام الأسماء والتواريخ وأماكن تقديم الخدمات والوقت من اليوم والمشكلات التي حدثت. إذا كان ذلك ينطبق، يُرجى أيضاً توضيح سبب وجوب أن تأخذ **UnitedHealthcare Community Plan** بعين الاعتبار دفع تكاليف الخدمات المطلوبة التي لا يتم تغطيتها عادةً. يُرجى إرسال هذا النموذج بعد استيفائه إلى العنوان المذكور أدناه.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

(التوقيع)

(التاريخ)

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

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

جلسة الاستماع بالولاية

جلسة الاستماع في الولاية هي اجتماع يضمك أنت أو أي شخص تختاره للتحدث نيابةً عنك، مثل طبيبك أو مقدم الرعاية المعني بك، أو شخصاً من إدارة الخدمات العائلية والوظيفية التابعة للمقاطعة، أو موظفاً من UnitedHealthcare Community Plan، وقاضي جلسة الاستماع من مكتب جلسات الاستماع في الولاية التابع لدائرة Ohio Department of Job and Family Services (ODJFS).

في هذا الاجتماع، سوف تشرح لماذا تعتقد أن UnitedHealthcare Community Plan لم تتخذ القرار الصحيح وسوف تشرح UnitedHealthcare Community Plan أسباب اتخاذ قرارنا. سوف يقوم قاضي جلسة الاستماع بالاستماع بالولاية ثم يقرر من هو على حق بناءً على القواعد والمعلومات المقدمة.

سوف تخطر UnitedHealthcare Community Plan بحقك في طلب جلسة استماع من الولاية إذا:

- لن نغير قرارنا أو إجراءنا نتيجة للطعن المقدم منك
- تم اتخاذ قرار باقتراح التسجيل أو الاستمرار في التسجيل في برنامج الخدمات المنسقة لـ UnitedHealthcare Community Plan
- تم اتخاذ قرار برفض طلبك لتغيير موفر الرعاية التابع لبرنامج خدمات المنسقة لـ UnitedHealthcare Community Plan

لا يجوز لك طلب جلسة استماع في الولاية إلا بعد استنفاد عملية الطعن المتبعة لدى UnitedHealthcare Community Plan

إذا كنت تريد عقد جلسة استماع في الولاية، فيجب عليك أو على شخص آخر تريده التحدث نيابةً عنك، على سبيل المثال طبيبك أو مقدم الرعاية، طلب عقد جلسة استماع خلال 90 يومًا تقويميًا. تبدأ فترة الـ 90 يومًا تقويميًا من اليوم التالي لتاريخ الإرسال الموجود في نموذج جلسة الاستماع. إذا كان الطعن المقدم منك يتعلق بقرار تقليص أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل حصولك على جميع الخدمات التي تمت الموافقة عليها، فسوف توضح لك رسالتك هذه كيفية الاستمرار في الحصول على الخدمات إذا اخترت ذلك ومتى قد يتعين عليك دفع تكلفة الخدمات. إذا اقترحنا تسجيلك في برنامج الخدمات المنسقة لـ UnitedHealthcare Community Plan وطلبت جلسة الاستماع خلال 15 يومًا تقويميًا من تاريخ إرسال النموذج بالبريد، فلن نقوم بتسجيلك في البرنامج حتى صدور قرار جلسة الاستماع.

لطلب جلسة الاستماع:

- يمكنك التوقيع على نموذج جلسة الاستماع في الولاية وإعادته بإرساله إلى عنوان رقم الفاكس المدرج في النموذج
- اتصل بمكتب جلسات الاستماع بالولاية على الرقم 1-866-635-3748
- أرسل طلبك عبر الإنترنت على الرابط https://hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmLogin
- أرسل طلبك عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان bsh@jfs.ohio.gov

إذا كنت تريد معلومات حول الخدمات القانونية المجانية ولكنك لا تعرف رقم مكتب المساعدة القانونية المحلي لديك، فيمكنك الاتصال على Ohio State Legal Services Association على الرقم 1-800-589-5888، للحصول على الرقم المحلي.

وتصدر قرارات جلسات الاستماع في الولاية عادة في موعد لا يتجاوز 70 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام الطلب. ومع ذلك، إذا قررت منظمة الرعاية المُدارة (MCO) أو مكتب جلسات الاستماع في الولاية أن الحالة الصحية تلبي معايير القرار العاجل. سيتم إصدار القرار العاجل بأسرع ما يمكن حسب الحاجة ولكن في موعد لا يتجاوز 3 أيام عمل بعد استلام الطلب. تكون القرارات العاجلة في المواقف التي قد يؤدي فيها اتخاذ القرار ضمن الإطار الزمني القياسي إلى تعريض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق أو الحفاظ على أو استعادة الحد الأقصى من الوظيفة للخطر بشكل خطير.

استرداد المطالبات من التركة

إذا كنت تقيم في مؤسسة بشكل دائم أو كان عمرك 55 عامًا أو أكثر عند حصولك على مزايا Medicaid، فيجوز أن يسترد برنامج استرداد المطالبات من التركة (Estate Recovery Program) المدفوعات الخاصة بتكلفة رعايتك التي دفعها Medicaid من تركتك. يجوز أن تتضمن تكلفة رعايتك الدفعة الإجمالية التي يدفعها برنامج Medicaid لخطة الرعاية المدارة الخاصة بك، حتى لو كانت الدفعة الإجمالية أكبر من تكلفة الخدمات التي حصلت عليها. لا يتم استرداد المطالبات من التركة إلا بعد وفاة المستفيد من Medicaid.

خدمات الطوارئ

الخدمات الطارئة هي خدمات تغطي مشكلة طبية يجب معالجتها على الفور من قبل مقدم الرعاية. نحن نغطي الرعاية في حالات الطوارئ داخل المقاطعة التي تعيش فيها وخارجها. من بين الأمثلة الحالات التي تكون فيها هناك حاجة إلى خدمات الطوارئ ما يلي:

- الإجهاض/الحمل مع نزيف مهبطي
- النوبات القلبية
- ألم حاد في الصدر
- نزيف حاد لا يتوقف
- صعوبات تنفسية خطيرة
- احتمالية حدوث سكتة دماغية
- الصحة العقلية: التهديد بالانتحار أو القتل أو إيذاء النفس أو الهوس أو الذهان الذي يحتاج إلى رعاية طبية فورية.

الحالة الطبية الطارئة

الحالة الطبية الطارئة تعني هي حالة طبية تتجلى من خلال أعراض حادة ذات شدة كافية (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث يمكن للشخص العادي الواعي، الذي يمتلك معرفة متوسطة بالصحة والطب، أن يتوقع بشكل معقول أن يؤدي غياب الرعاية الطبية الفورية إلى أي مما يلي: تعريض صحة الفرد (أو فيما يتعلق بالمرأة الحامل، صحة المرأة أو جنينها الذي لم يولد بعد) لخطر جسيم؛ أو ضعف خطير في الوظائف الجسدية؛ أو خلل خطير في أي عضو أو جزء من الجسم.

خدمات ما بعد استقرار الحالة

خدمات ما بعد استقرار الحالة" تعني الخدمات المشمولة بالتغطية والمتعلقة بحالة طبية طارئة يراها موفر الرعاية المعالج ضرورية طبيًا بعد استقرار الحالة الطبية الطارئة من أجل الحفاظ على استقرار الحالة، أو في ظل الظروف الموضحة في الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (C.F.R. 422.113 42) (بتاريخ 1 أكتوبر 2019) لتحسين أو معالجة حالة العضو.

لا يتعين عليك الاتصال بخطة UnitedHealthcare Community Plan للحصول على موافقة مسبقة قبل الحصول على خدمات الطوارئ. لا تستلزم خدمات الطوارئ تصريحًا مسبقًا. إذا كانت هناك حالة طارئة، يُرجى الاتصال على الرقم 911 أو التوجه إلى أقرب غرفة طوارئ أو أي خدمات رعاية أخرى مناسبة.

إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت بحاجة إلى الذهاب إلى غرفة الطوارئ، اتصل بمقدم الرعاية الأولية المعني بك أو بخدمات خط التمريض (NurseLine) المتاحة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع على الرقم (TTY 1-800-855-2880) (1-800-542-8630). يمكن لـ PCP المعني بك أو ممثل خط الخدمات التمريضية (NurseLine Representative) التحدث معك على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع بشأن مشكلتك الطبية وتقديم المشورة لك بشأن ما يجب عليك فعله.

تذكر، إذا كنت بحاجة إلى خدمات الطوارئ:

- اذهب إلى غرفة الطوارئ في أقرب مستشفى إليك أو إلى أي مكان مناسب آخر. احرص على إخبارهم بأنك عضو في UnitedHealthcare Community Plan وأظهر لهم بطاقة معرف عضويتك في UnitedHealthcare Community Plan.
- إذا عالج مقدم الرعاية حالتك الطارئة، ورأى أنك بحاجة إلى رعاية طبية أخرى لعلاج المشكلة التي تسببت في حالتك الطارئة، فيجب على مقدم الرعاية الاتصال بـ UnitedHealthcare Community Plan.
- سوف يتعين عليك الاتصال بمقدم الرعاية الأولية المعني بك في أقرب وقت ممكن بعد السيطرة على حالة الطوارئ.
- إذا كان المستشفى يطلب منك الإقامة، يُرجى التأكد من الاتصال بـ UnitedHealthcare Community Plan في غضون 24 ساعة.

إصابة أو مرض عرضي (حق الحلول)

إذا كان يتعين عليك زيارة الطبيب بسبب إصابة أو مرض نجم عن فعل شخص آخر أو مؤسسة أخرى، يجب عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإبلاغنا. على سبيل المثال، إذا أصبت في حادث سيارة، أو تعرضت لعضة كلب، أو سقطت وأصبت في أحد المتاجر، فقد يكون هناك شركة تأمين أخرى مسؤولة عن دفع تكاليف الرعاية أو الخدمات التي حصلت عليها. عندما نتصل بنا، يُرجى ذكر اسم الشخص المتسبب في الحادث، وشركة التأمين التي توفر له التغطية، واسم (أسماء) أي محامين منخرطين في القضية.

التأمين الصحي الآخر (تنسيق المزايا - COB)

إذا كان لديك أو لدى أي شخص في عائلتك تأمين صحي مع شركة أخرى، فمن المهم للغاية أن تتصل بقسم خدمات الأعضاء وموظف الحالة في مقاطعتك بخصوص التأمين. على سبيل المثال، إذا كنت تعمل ولديك تأمين صحي أو إذا كان أطفالك لديهم تأمين صحي من خلال الأم (أو الأب، حسب الأحوال)، فعليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإبلاغنا بهذه المعلومات. من المهم أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وموظف الحالة في مقاطعتك إذا فقدت التأمين الصحي الذي أبلغت عنه سابقًا. يمكن أن يؤدي عدم تقديم هذه المعلومات إلى مشاكل في الحصول على الرعاية ودفع الفواتير الطبية.

إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)

في كل مرة تفقد فيها التأمين الصحي، يجب أن تتلقى إشعارًا يُعرف بشهادة التغطية المعتمدة من شركة التأمين السابقة التي كنت مشتركًا فيها. يخبرك هذا الإشعار أنك لم تعد مشتركًا في أي تأمين. من المهم أن تحتفظ بنسخة من هذا الإشعار في سجلاتك لأنه قد يُطلب منك تقديم نسخة.

فقدان الأهلية لبرنامج Medicaid

من المهم أن تحافظ على مواعيدك مع إدارة الخدمات العائلية والوظيفية التابعة للمقاطعة (County Department of Job and Family Services). إذا فانتك زيارة أو لم تقدم لهم المعلومات التي يطلبونها، فقد تفقد أهليتك للاشتراك في Medicaid. إذا حدث هذا، فسيتم إخبارك بـ UnitedHealthcare Community Plan بإيقاف عضويتك كعضو في Medicaid ولن تكون مشمولاً بالتغطية بواسطة UnitedHealthcare Community Plan.

التجديد التلقائي لعضوية خطة الرعاية المدارة (MCP)

في حال انتهاء عضويتك في برنامج Medicaid، ولكنك قمت بإعادة تفعيل هذه العضوية مرة أخرى خلال 90 يومًا، فإنك تصبح تلقائيًا عضوًا في خطة UnitedHealthcare Community Plan مرة أخرى.

إنهاء عضويتك في خطة الرعاية المدارة (MCP)

باعتبارك عضوًا في مؤسسة تقدّم خدمات الرعاية المدارة، فإن لديك الحق في إنهاء عضويتك في أوقات معينة خلال العام. حيث يمكنك إنهاء عضويتك خلال الثلاثة أشهر الأولى (90 يومًا) أو مرة واحدة كل 12 شهر خلال فترة التسجيل السنوية المفتوحة. وسوف تقوم إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو بإرسال إشعار عبر البريد لإعلامك بموعد شهر التسجيل المفتوح السنوي الخاص بك. إذا كنت تعيش في منطقة للتسجيل الإلزامي، فسوف يتعين عليك اختيار مؤسسة رعاية مدارة أخرى لتغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك.

إذا كنت ترغب في إنهاء عضويتك خلال الثلاثة أشهر الأولى من عضويتك أو خلال شهر التسجيل المفتوح، يمكنك الاتصال على الخط الساخن الخاص لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-324-8680. TTY 711. يمكنك أيضًا تقديم طلب عبر الإنترنت من خلال زيارة موقع الخط الساخن لبرنامج Medicaid على الرابط www.ohiomh.com. إذا قمت بالاتصال قبل آخر 10 أيام من الشهر، ستنتهي عضويتك في اليوم الأول من الشهر التالي. في حال قمت بالاتصال بعد هذا الوقت، فلن تنتهي عضويتك إلا في اليوم الأول من الشهر التالي. إذا قمت باختيار مؤسسة رعاية مدارة أخرى، ستقوم المؤسسة الجديدة بالمعلومات بإرسال المعلومات إليك عبر البريد قبل موعد بدء عضويتك.

اختيار خطة جديدة

إذا كنت تفكر في إنهاء عضويتك للانتقال إلى مؤسسة رعاية مدارة أخرى، فمن المهم التعرف على الخيارات المتاحة أمامك، خاصة إذا كنت ترغب في الاستمرار مع مقدّم الرعاية الحالي (مقدّم الرعاية الحاليين). يجب أن تضع في اعتبارك أن كل مؤسسة رعاية مدارة لديها قائمة خاصة بها تضم الأطباء والمستشفيات المتاحة داخل شبكتها. علاوة على ذلك، توفر كل مؤسسة رعاية مدارة معلومات مطبوعة توضح المزايا التي تقدمها والقواعد التي تعمل بموجبها. إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات مكتوبة عن مؤسسة الرعاية المدارة التي تفكر في الانضمام إليها، أو إذا كانت لديك استفسارات عنها، يمكنك التواصل مباشرة مع الخطة أو الاتصال بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على 1-800-324-8680 ; TTY 1-800-292-3572. يمكنك أيضًا العثور على معلومات حول مؤسسات الرعاية المدارة في منطقتك من خلال زيارة الخط الساخن الخاص ببرنامج Medicaid على www.ohiomh.com.

إنهاء العضوية لسبب وجيه

في بعض الأحيان قد يكون هناك سبب خاص يدفعك إلى إنهاء عضويتك في خطة ما. وهو ما يُعرف بإنهاء العضوية لـ "سبب وجيه". تنطبق طلبات السبب الوجيه على الفترات خارج فترة التسجيل المفتوح والأشهر الثلاثة الأولى من التسجيل. لطلب إنهاء العضوية لسبب وجيه، يمكنك أولاً الاتصال بخطة UnitedHealthcare Community Plan لإتاحة الفرصة لنا لحل المشكلة. في حال لم نتمكن من حل المشكلة، يُمكنك تقديم طلب لإنهاء العقد لسبب وجيه في أي وقت إذا توفر لديك أحد الأسباب التالية:

1. إذا انتقلت إلى منطقة جديدة ولم تكن مؤسسة الرعاية المدارة الحالية متاحة فيها، وتحتاج إلى رعاية طبية غير طارئة في تلك المنطقة قبل انتهاء عضويتك في المؤسسة الحالية.
2. لا تغطي مؤسسة الرعاية الصحية المدارة الحالية لأسباب مرتبطة بالمعتقدات الأخلاقية أو الدينية، خدمة طبية أنت بحاجة إليها.
3. أخبرك طبيبك إن بعض الخدمات الطبية التي تحتاجها ينبغي تلقيها في نفس الوقت وأن هذه الخدمات لا تتوفر كلها داخل شبكة مؤسسة الرعاية المدارة.

4. لديك مخاوف بشأن عدم حصولك على رعاية صحية عالية الجودة وأن الخدمات التي تحتاجها غير متوفرة من خلال أي موفر خدمة آخر داخل شبكة خطة UnitedHealthcare Community Plan.
5. ليس لديك إمكانية الوصول إلى الخدمات الطبية الضرورية التي يغطيها Medicaid أو ليس لديك إمكانية الوصول إلى موفري الخدمات الذين لديهم الخبرة في التعامل مع احتياجاتك الصحية الخاصة.
6. لم يعد موفر الرعاية الأولية الذي اخترته متاحًا داخل شبكة خطة UnitedHealthcare Community Plan وكان هو مقدم الرعاية الأولية الوحيد داخل الشبكة الذي يتحدث لغتك ويقع على مسافة معقولة منك؛ أو أن هناك خطة أخرى تتضمن مقدم رعاية أولية داخل شبكتها يتحدث لغتك ويقع على مسافة معقولة منك ولديه الاستعداد لقبولك كمريض.
7. إذا كنت تعتقد أن الاستمرار كعضو في خطة الرعاية المُدارة الحالية قد يسبب لك ضررًا ولا يُلبّي مصلحتك كأفضل ما يكون. يمكنك طلب إنهاء عضويتك بسبب وجيه عن طريق الاتصال بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على 1-800-324-8680 ; TTY 1-800-292-3572. ستقوم إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو بمراجعة طلبك لتحديد ما إذا كان يستند إلى سبب وجيه. سوف تتلقى خطابًا عبر البريد لإعلامك بما إذا كانت الإدارة (Ohio Department of Medicaid) تعترض إنهاء عضويتك وتاريخ انتهائها. إذا كنت تعيش في منطقة التسجيل الإلزامي، فسوف يتعين عليك اختيار مؤسسة رعاية مدارة أخرى لتلقي خدمات الرعاية الصحية إلا إذا أبلغتك الإدارة (Ohio Department of Medicaid) بخلاف ذلك. إذا تقرر رفض طلبك الذي يستند لسبب وجيه، فسوف ترسل لك إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو معلومات توضح حقك في عقد جلسة استماع في الولاية لاستئناف القرار.

نقاط يجب وضعها في الاعتبار في حال قمت بإنهاء عضويتك

إذا قمت باتباع أي من الخطوات المذكورة أعلاه لإنهاء عضويتك، فتذكر ما يلي:

- الاستمرار في استخدام الأطباء وموفري الخدمات الآخرين التابعين لخطة UnitedHealthcare Community Plan حتى اليوم الذي تصبح فيه عضوًا في خطتك الصحية الجديدة أو عودتك إلى برنامج Medicaid العادي
- إذا اخترت مؤسسة رعاية مُدارة جديدة ولم تصلك بطاقة هوية العضوية قبل اليوم الأول من الشهر الذي انضمت فيه إلى الخطة الجديدة، اتصل بإدارة خدمات الأعضاء في خطة UnitedHealthcare Community Plan. وإذا لم يتمكنوا من مساعدتك، اتصل بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على الرقم 1-800-324-8680 ; TTY 1-800-292-3572
- إذا سُمح لك بالعودة إلى بطاقة Medicaid العادية ولم تتسلم بطاقة Medicaid جديدة، اتصل بمسؤول الملفات في مقاطعتك
- إذا اخترت مؤسسة رعاية مُدارة جديدة وكان لديك زيارات طبية محددة مسبقًا، فيرجى الاتصال بخطتك الجديدة للتأكد من وجود موفري الرعاية ذوي العلاقة داخل شبكة موفري الرعاية في الخطة الجديدة وأنه تم إكمال أي أوراق أو مستندات مطلوبة. فيما يلي بعض الأمثلة على الحالات التي يجب عليك فيها الاتصال بخطتك الجديدة: عندما يكون لديك موعد لزيارة طبيب جديد، أو إجراء عملية جراحية، أو فحص دم، أو أشعة سينية، وخاصة في حالة الحمل (إذا كانت المريضة أنثى).
- إذا سُمح لك بالعودة إلى برنامج Medicaid العادي وكان لديك أي زيارات طبية مُحدد مسبقًا، يرجى الاتصال بموفري الرعاية للتأكد من قبولهم لبطاقة Medicaid العادية

إنهاء العضوية الاختياري

لديك الحق في عدم الانضمام إلى مؤسسة رعاية مُدارة (MCO) في الحالات التالية:

- كنت تنتمي إلى قبيلة هندية معترف بها على المستوى الفيدرالي، بغض النظر عن عمرك
- كنت تتلقى خدمات الإعفاء المنزلية والمجتمعية عبر إدارة Ohio Department of Developmental Disabilities بولاية أوهايو

إذا كان لديك الاعتقاد بأنك أو طفلك تستوفون أيًا من المعايير المذكورة أعلاه مع عدم الرغبة في الانضمام لمؤسسة رعاية مدارة، يمكنك الاتصال بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). إذا كنت تستوفي المعايير المذكورة أعلاه مع عدم الرغبة في الانضمام لعضوية مؤسسة رعاية مُدارة (MCO) فسيتم إنهاء عضويتك.

الاستثناءات - الأفراد الذين لا يُسمح لهم بالانضمام إلى مؤسسة للرعاية المدارة ضمن برنامج Medicaid. في الحالات التالية قد لا يُسمح لك بالانضمام إلى مؤسسة رعاية مُدارة ضمن برنامج Medicaid:

- الأهلية لكل من برنامج Medicaid وبرنامج Medicare في نفس الوقت؛ أو
 - كنت مقيماً في أحد المرافق (مثل دور الرعاية ولم تكن مؤهلاً لفئة التمديد التغطية للبالغين، أو مرفق رعاية طويلة الأمد، أو مرفق رعاية متوسطة الأمد للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID)، أو أي نوع آخر من المؤسسات)؛ أو
 - تتلقى خدمات الإعفاء من Medicaid ولم تكن مؤهلاً لفئة التمديد التغطية للبالغين.
- * إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Medicaid ضمن فئة التمديد التغطية للبالغين، فسوف تحصل على خدمات دار الرعاية الخاصة بك من خلال مؤسسة الرعاية المدارة. بالإضافة إلى ذلك، يظل الأعضاء المشمولون بتمديد التغطية للبالغين، والذين تمت الموافقة مسبقاً على خدمات الإعفاء الخاصة بهم ضمن مؤسسة الرعاية المدارة.

إذا كان لديك اعتقاد بأنك تستوفي أيًا من المعايير المذكورة أعلاه ولا ينبغي أن تكون عضوًا في مؤسسة رعاية مُدارة، فيمكنك الاتصال بالخط الساخن لبرنامج Medicaid على 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). إذا كنت تستوفي المعايير المذكورة أعلاه، سيتم إنهاء عضويتك في مؤسسة الرعاية المُدارة.

هل يمكن لخطّة UnitedHealthcare Community Plan إنهاء عضويتي؟

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

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

- الاحتيال أو إساءة استخدام بطاقة هوية خطّة UnitedHealthcare Community Plan
- التصرفات المزعجة أو عدم التعاون إلى الحد الذي يُعيق قدرة مؤسسة الرعاية المُدارة على تقديم الخدمات لك أو للأعضاء الآخرين

Ohio Department of Medicaid كتيب أعضاء

توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan الخدمات لأعضائنا بموجب اتفاقية أبرمتها مع إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو. إذا كنت تريد الاتصال بإدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو، فيمكنك الاتصال أو إرسال بريد 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

TTY: 1-800-292-3572

يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو عبر الرابط www.medicaid.ohio.gov.

يمكنك الاتصال بخطة UnitedHealthcare Community Plan للحصول على مزيد من المعلومات بما في ذلك هيكل وآلية عمل خطة UnitedHealthcare Community Plan وكيفية سداد المستحقات لموفري الرعاية التابعين لها. إذا كنت ترغب بإبلاغنا بأي اقتراحات أو تغييرات تعتقد أنها ضرورية، يُرجى الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء على **TTY 711 , 1-800-895-2017**.

جدول خدمات Medicaid

الخدمات التي تشملها خطة UnitedHealthcare Community Plan

بصفتك عضوًا في خطة UnitedHealthcare Community Plan، ستتلقى جميع الخدمات الضرورية طبياً التي يغطيها برنامج Medicaid دون أن تتحمل أي تكلفة. يُقصد باصطلاح "ضرورية طبياً" أنك بحاجة إلى الخدمات للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها.

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المزايا الخاصة بك، يُرجى الاتصال بموفر الرعاية الأولية أو خدمات الأعضاء على الرقم TTY 711, 1-800-895-2017. يمكنك أيضاً تسجيل الدخول إلى myuhc.com/CommunityPlan والبحث تحت عنوان "المزايا" أو استخدام تطبيق UnitedHealthcare لمعرفة المزيد عن المزايا الخاصة بك.

الخدمة	التغطية
الوخز بالإبر لعلاج حالات معينة	مشمولة بالتغطية لتخفيف الألم الناتج عن الصداع وآلام أسفل الظهر. يتم الالتزام بحد أقصى لا يتجاوز 30 زيارة، ما لم تكن هناك ضرورة طبية.
خدمات الحساسية	مشمولة بالتغطية
النقل بسيارات الإسعاف والشاحنات التي تسمح بدخول وخروج الكراسي المتحركة	مشمولة بالتغطية لحالات الطوارئ داخل وخارج الشبكة الطبية.

جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
خدمات الصحة السلوكية، والصحة العقلية وعلاج اضطراب تعاطي المخدرات	مشمولة بالتغطية؛ تواصل مع خدمات الأعضاء للعثور على مركز/موفر رعاية مؤهل أو راجع مباشرة مركز صحة عقلية مجتمعي معتمد من Mental Health (OHioMHAS) and Addiction Services أو مركز علاج معتمد. كيفية الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية على مدار 24 ساعة يمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تواجه أي أزمة. حيث يمكنك التحدث إلى شخص متخصص فورًا، وسنساعدك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. ما عليك سوى الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية على مدار 24 ساعة على الرقم 877-542-9236. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. خط أزمات الصحة السلوكية متاح على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع، و 365 يومًا في السنة. برامج العلاج من المواد الأفيونية: بما في ذلك العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) بما في ذلك السوبوكسون والبوبرينورفين والميثادون. • العلاج المجتمعي الحازم (ACT) للأعضاء من سن 18 فما فوق • العلاج المنزلي المكثف (IHBT) هذه الخدمة مخصصة للأفراد الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة أو أقل؛ ومع ذلك، قد تكون متاحة في بعض الحالات للأعضاء من عمر 18-21. عامًا. • العلاج الشامل من الإدمان، بما في ذلك خدمات العلاج في المنازل والعلاج الجزئي في المستشفيات
خدمات الممرضات القابلات المعتمدات	مشمولة بالتغطية
خدمات الممرضين الممارسين المعتمدين	مشمولة بالتغطية
خدمات العلاج الكيميائي	مشمولة بالتغطية
خدمات تقويم العمود الفقري (الظهر)	مشمولة بالتغطية؛ بواقع 30 زيارة لكل سنة ميلادية للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا ما لم يكن ذلك ضروريًا من الناحية الطبية. 15 زيارة لكل سنة ميلادية للأعضاء من عمر 21 عامًا فما فوق.
خدمات طب الأسنان	مشمولة بالتغطية؛ فحصان وعمليات تنظيف في السنة الميلادية، الأشعة السينية، الحشوات، خلع الأسنان البسيط، أطقم الأسنان الكاملة والجزئية، التخدير العام وقنوات الجذر الأمامية (الأسنان الأمامية). تتطلب بعض الإجراءات الحصول على تصريح مسبق.

الخدمة	التغطية
خدمات علاج النمو للأطفال من سن الولادة وحتى 6 سنوات.	مشمولة بالتغطية؛ قد تتطلب الخدمة الحصول على تصريح مسبق.
خدمات التشخيص (الأشعة السينية، التحاليل المختبرية)	مشمولة بالتغطية؛ يتم تغطية التشخيص وفحوصات المختبر من خلال موفر رعاية مشترك. قد تتطلب بعض الفحوصات الحصول على تصريح مسبق.
خدمات الدولا (Doula)	مشمولة بالتغطية
المعدات الطبية المعيّنة (على سبيل المثال مضخة الثدي، وأكياس تخزين حليب الثدي، ومساعدات المشي، وضغط الدم)	يتم تغطية معظم المعدات الطبية المعيّنة التي تقل عن 500 دولار بموجب وصفة طبية للمورد المشارك. • تُطبق الاستثناءات، يرجى الرجوع إلى جدول التصريح بالمعدات الطبية المعيّنة. الشعر المستعار (الباروكة) غير مشمول بالتغطية. – داخل الشبكة: مضخات الثدي مشمولة بالتغطية بوصفها أحد أنواع المعدات الطبية المعيّنة. لا يلزم الحصول على إذن لموفري خدمات المعدات الطبية المعيّنة داخل الشبكة. – خارج الشبكة: يلزم الحصول على تصريح.
خدمات الطوارئ	مشمولة بالتغطية؛ الخدمات المرتبطة بمشكلة طبية تعتبرها خطيرة للغاية وتتطلب علاجًا فوريًا من قبل الطبيب.
خدمات التخطيط العائلي والمستلزمات الدوائية والطبية	مشمولة بالتغطية
خدمات المركز الصحي المؤهل فدراليًا (FQHC) والعيادة الصحية الريفية (RHC)	مشمولة بالتغطية
خدمات مركز الولادة المستقل المقدمة في مركز الولادة المستقل	اتصل بخدمات الأعضاء للعثور على عيادة مؤهلة في Ohio.
خدمات الأمراض النسائية (OB/GYN)	مشمولة بالتغطية
خدمات الصحة المنزلية	مشمولة بالتغطية؛ قد تتطلب تصريحًا مسبقًا.

جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
رعاية المصابين بأمراض غير قابلة للشفاء	يلزم الحصول على تصريح مسبق للغرفة والطعام.
خدمات رعاية المرضى داخل المستشفى	يلزم الحصول على تصريح مسبق للدخول الاختياري إلى المستشفى.
رعاية الأمومة - قبل الولادة وبعدها، بما في ذلك خدمات الحمل المعرض للخطر	مشمولة بالتغطية
خدمات العلاج بالتغذية الطبية (MNT)	مشمولة بالتغطية
اللوازم الطبية	مشمولة بالتغطية؛ قد تتطلب تصريحًا مسبقًا.
خدمات مرافق التمريض	تغطي الخطة إقامة الأعضاء ما لم تقرر إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو عودة العضو إلى برنامج Medicaid الذي يقوم على الدفع مقابل الخدمة وإذا كان العضو يحتاج إلى خدمات تمريض، فيجب عليه الاتصال بالخطة للحصول على معلومات حول موفري الخدمة المتاحين.
خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى	مشمولة بالتغطية
الخدمات الصيدلانية: الأدوية التي يقررها موفر الرعاية (جميع الخدمات الصيدلانية الأخرى مغطاة من خلال مدير المنافع الصيدلانية الوحيد (SPBM) المتعاقد مع إدارة Medicaid بولاية Ohio)	مشمولة بالتغطية
العلاج الطبيعي والمهني	مشمولة بالتغطية

جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
الفحص البدني المطلوب للتوظيف أو للمشاركة في برامج التدريب الوظيفي	مشمول بالتغطية إذا لم يتم توفير الامتحان مجاناً من قبل مصدر آخر.
خدمات الطبيب	مشمولة بالتغطية
خدمات طب القدمين	مشمولة بالتغطية داخل الشبكة - لا يلزم الحصول على تصريح مسبق بخصوص الزيارات، قد تتطلب بعض الإجراءات المعيّنة تصريحاً مسبقاً. موفرو الرعاية الأولية من Gold Star - لا يلزم الحصول على تصريح مسبق.
الفحوص الوقائية للثدي، وسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم	مشمولة بالتغطية
خدمات موفر الرعاية الأولية	مشمولة بالتغطية
خدمات التمريض الخصوصية	مشمولة بالتغطية
طب الأشعة (الرنين المغناطيسي، التصوير المقطعي و الدراسات النووية)	مشمولة بالتغطية؛ قد تتطلب تصريحاً مسبقاً.
غسيل الكلى (خدمات أمراض الكلى)	مشمولة بالتغطية

جدول خدمات Medicaid

الخدمة	التغطية
خدمات الرعاية قصيرة الأجل	مشمولة بالتغطية: معايير استحقاق مزايا الرعاية قصيرة الأجل وضعت إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو قواعد لهذه المزايا، بما في ذلك: • العيش في منزل أو شقة مع مقدم الرعاية الأولية الذي لا يتقاضى أجرًا. عدم الخضوع لنظام الرعاية البديلة. • أن يكون عمله مع مدير رعاية الخطة • أن يتطلب عمله خدمات ماهرة مرة واحدة على الأقل في الأسبوع • أن يكون قد تلقى ما لا يقل عن 14 ساعة في الأسبوع من خدمات مساعد الرعاية الصحية المنزلية لمدة ستة أشهر على الأقل قبل طلب خدمات الرعاية قصيرة الأجل • الخدمة مخصصة للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا والذين لديهم احتياجات لرعاية طويلة الأجل أو الصحة السلوكية • الأعضاء من سن 21 فما فوق: غير مشمولة بالتغطية
خدمات الرعاية قصيرة الأجل (يتبع)	معايير التأهل للاستفادة من الرعاية الصحية السلوكية قصيرة الأجل: وضعت إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو قواعد لهذه المزايا، بما في ذلك: • أن تكون هناك حاجة لتلقي ما لا يقل عن 14 ساعة شهريًا من خدمات مساعد الرعاية الصحية المنزلية لمدة شهرين متتاليين على الأقل قبل تاريخ طلب خدمات الرعاية قصيرة الأجل. • يحتاج مقدم الرعاية للعضو إلى استراحة مؤقتة من تقديم الرعاية له بسبب الأعباء الكبيرة لخدمات الرعاية طويلة الأجل والدعم المقدمين للعضو أو متطلباته الصحية السلوكية، وذلك لتجنب الحاجة إلى الإقامة في المستشفى، أو أحد المرافق أو خارج المنزل • أن يكون قد تم تشخيص إصابته باضطراب عاطفي خطير تسبب له في إعاقة وظيفية • عدم ظهور أي أعراض أو سلوكيات تدل على وجود خطر وشيك لإلحاق الأذى بالنفس أو بالآخرين.
اختبار الكشف عن السمنة وتقديم المشورة	مشمولة بالتغطية

الخدمة	التغطية
الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الطبية (الباب الخامس)	مشمولة بالتغطية
التطعيمات (التحصين)	مشمولة بالتغطية
الخدمات المتخصصة	مشمولة بالتغطية داخل الشبكة في معظم الحالات
خدمات التخاطب والسمع، بما في ذلك وسائل المساعدة السمعية	مشمولة بالتغطية
خدمات الرعاية الصحية عن بعد	مشمولة بالتغطية؛ أخصائيو الصحة الطبية والسلوكية عن طريق الرعاية الصحية عن بعد للعديد من الأمراض والإصابات، والحالات الصحية الشائعة، ومواعيد المتابعة والفحوصات وكذلك وصفات الأدوية.
خدمات الإقلاع عن التدخين	بما في ذلك استشارات الإقلاع عن التدخين والأدوية المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء للإقلاع عن التدخين خط المساعدة في الإقلاع عن التدخين في Ohio اتصل على الرقم (1-800-784-8669) 1-800-QUIT-NOW وتحدث مع أحد الخبراء المؤهلين الذين يمكنهم تقديم الدعم والمساعدة اللازمة للإقلاع عن التدخين.
خدمات البصر (النظر)، بما في ذلك النظارات الطبية	مشمولة بالتغطية؛ يمكن لجميع الأعضاء إجراء فحص النظر كل 12 شهرًا. لديهم أيضًا خيار النظارات مع إعانة بشأن الإطار تصل إلى 25 دولارًا أو إعانة بقيمة 150 دولارًا لأي نوع من العدسات (يجب استخدام المبلغ مرة واحدة) كل 12 شهرًا.
تُغطي فحوصات صحة الطفل للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا.	مشمولة بالتغطية؛ الفحوصات الطبية الخاصة بالبصر والأسنان والسمع والتغذية والنمو والسلوك والتحصين (التطعيمات) والتوعية الصحية والفحوصات المخبرية كما تشمل الرعاية اللازمة لعلاج المشاكل أو الحالات البدنية أو السلوكية، أو غيرها التي يتم اكتشافها خلال الفحص.
فحوصات صحة البالغين السنوية	مشمولة بالتغطية

جدول خدمات Medicaid

يجب على طبيبك الاتصال بقسم إدارة الانتفاع في خطة UnitedHealthcare Community Plan على الرقم 1-800-366-7304 للحصول على موافقة مسبقة لتقديم بعض الخدمات.

النقل

إذا كان يتعين عليك السفر لمسافة تبعد 30 ميلاً أو أكثر عن منزلك لتلقي خدمات الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية، فإن UnitedHealthcare Community Plan ستوفر لك وسائل نقل من وإلى عيادة موفر الخدمة. تغطي خطة UnitedHealthcare Community Plan أيضاً جميع وسائل النقل الضرورية بواسطة سيارة الإسعاف أو الشاحنات التي تسمح بدخول وخروج الكراسي المتحركة، بغض النظر عن المسافة. يرجى الاتصال قبل 48 ساعة بخدمات الأعضاء في UnitedHealthcare على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711، من الساعة 7:00 صباحاً وحتى 7:00 مساءً، من يوم الاثنين وحتى الجمعة لتجهيز وسيلة النقل الخاصة بك أو للحصول على المساعدة (إلا إذا كانت وسيلة النقل من أجل الخروج من المستشفى). علاوة على ذلك، توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan النقل للمواعيد العاجلة في نفس اليوم أو اليوم التالي.

وبالإضافة إلى مساعدة النقل التي توفرها خطة UnitedHealthcare Community Plan، يمكنك الحصول على النقل للحصول على خدمات معينة من خلال برنامج النقل غير الطارئ (NET) لإدارة الخدمات العائلية والوظيفية التابعة للمقاطعة المحلية. اتصل بإدارة الخدمات العائلية والوظيفية التابعة للمقاطعة للاستفسار أو الحصول على المساعدة بخصوص خدمات النقل غير الطارئة (NET).

مزايـا UnitedHealthcare الإضافية

مزايـا إضافية

توفر خطة UnitedHealthcare Community Plan أيضاً الخدمات و/أو المزايا الإضافية التالية لأعضائها.

برامج الصحة والسلامة

تتضمن خطة UnitedHealthcare Community Plan العديد من البرامج والوسائل للمساعدة في الحفاظ على صحتك وصحة عائلتك، بما في ذلك:

- دروس لمساعدتك على الإقلاع عن التدخين
- دروس حول الرعاية أثناء الحمل وتربية الأبناء
- دروس في التغذية
- تذكيرات بشأن العناية بالصحة والسلامة

قد بوصي مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بالانضمام إلى أحد هذه البرامج. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات أو العثور على برنامج قريب منك، يُرجى التواصل مع مقدم الرعاية الأولية أو خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**, **TTY 711**.

أدوات ذكية للصحة

- يمكن للأعضاء زيارة myuhc.com/CommunityPlan للحصول على المساعدة في إدارة شؤونهم الصحية. يساعد الموقع على الاحتفاظ بالتاريخ الصحي. ويقدم التوعية للأعضاء حول كيفية التعاون مع أطبائهم. يمكنهم أيضاً تتبع الزيارات المستقبلية.
- **Findhelp.org** — برنامج على الإنترنت. يساهم البرنامج في مساعدة الأعضاء في العثور على الخدمات القريبة من مكان إقامتهم. والعثور على الدعم الغذائي، ودفع الفواتير، وغيرها من البرامج المجانية أو منخفضة التكلفة المتاحة في منطقة الرمز البريدي الخاصة بك.
- بصفتك عضواً أو وصياً على أحد أعضاء UnitedHealthcare، قد تكون مؤهلاً للاستفادة من خدمة خط الحياة اللاسلكية من **Pulsewrx**. حيث يحصل الأعضاء المؤهلون على خطة خدمة الهاتف المحمول والإنترنت، دون أي تكلفة. تفضل بزيارة <https://www.mybenefitphone.com> لتقديم طلب أو معرفة المزيد عن البرنامج. استعد للاستمتاع بالدعم الصحي عبر الهاتف المحمول دون تحمّل أي تكلفة.

Live and Work Well

أنت مُعطى

من الضروري أن تعرف إلى أين تتوجه لطلب المساعدة عندما تكون في حاجة إليها. نحن هنا لتقديم الدعم والمساندة لأعضائنا. تفضل بزيارة [Liveandworkwell.com](https://liveandworkwell.com) للحديث بشكل صريح ومباشر عن مواضيع الصحة العقلية.

برنامج Healthy First Steps™

يضمن برنامجنا Healthy First Steps تقديم رعاية طبية متميزة لكل من الأم والطفل. احصلي على مكافآت مميزة (بإجمالي 8 مكافآت)، بما في ذلك بطاقة هدايا بقيمة 20 دولارًا أمريكيًا بمجرد التسجيل. اشتركي ببرنامج مكافآت رعاية الأمهات. رعاية ما قبل الولادة، والولادة، وما بعد الولادة بالإضافة إلى نصائح صحية لك ولطفلك.

سوف نساعدك فيما يلي:

- الحصول على نصائح جيدة حول التغذية واللياقة البدنية والسلامة
- الحصول على احتياجاتك، بما في ذلك مضخات الثدي للأمهات المرضعات
- اختيار طبيب أو ممرضة قابلة
- تحديد مواعيد الزيارات والفحوصات
- تدبير وسائل النقل لزيارات الطبيب
- التواصل مع موارد المجتمع مثل خدمات المرأة والرضع والأطفال (WIC)
- الحصول على الرعاية بعد ولادة طفلك
- اختيار طبيب أطفال
- الحصول على معلومات حول تنظيم الأسرة

اتصلي بنا على الرقم المجاني **1-800-599-5985**, **TTY 711**, من الساعة 8:00 صباحًا وحتى الساعة 5:00 مساءً حسب التوقيت الشرقي، من الاثنين وحتى الجمعة.

من الضروري البدء في الحصول على الرعاية الصحية خلال الحمل منذ بدايته. احرص على الالتزام بكل زياراتك للطبيب، حتى لو لم يكن هذا حملك الأول.

مجتمع الأمهات Wellhop

<https://momandbaby.wellhop.com>

لتمكين الأم والطفل من التواصل مع مجتمع من الأمهات.

طب الأسنان

- لا توجد نسبة مشاركة مالية على خدمات طب الأسنان
- بالنسبة لمن هم في سن 21 عامًا أو أكبر، هناك فحص إضافي واحد سنويًا

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**, **TTY 711**.

البصر

- فحص نظر مرة واحدة في كل سنة
- 150 دولارًا أمريكيًا في كل سنة ميلادية بدل شراء وتركيب عدسات لاصقة

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711.

النقل

بالإضافة إلى وسائل النقل المطلوبة، تقدم UnitedHealthcare Community Plan هذه الخدمات الإضافية للنقل:

- رحلات غير محدودة أثناء فترة الحمل، وما قبل الولادة، وما بعد الولادة، ومواعيد برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)، ووحدة العناية المركزة لحديثي الولادة (NICU) والزيارات الصحية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن عام واحد
- تتوفر إمكانية تغطية تكاليف النقل المتعلقة بزيارات موفري الرعاية
- نقل الموارد الغذائية (بنك الطعام، مخزن الطعام، متجر البقالة للاستلام من الرصيف). (يُحتسب هذا ضمن الحد الأقصى للرحلة وهو 15 رحلة ذهابًا وإيابًا أو 30 رحلة ذهاب فقط.)
- يُسمح برحلات إضافية غير محدودة لأنواع الرعاية الحرجة بما في ذلك غسيل الكلى، والعلاج الكيميائي/الإشعاعي، والرعاية الطارئة، والحمل، وعلاج إدمان المخدرات. (لا يُحتسب هذا ضمن الحد الأقصى للرحلة وهو 15 رحلة ذهابًا وإيابًا أو 30 رحلة ذهاب فقط.)

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711.

مستشار الإسكان

يقدم الدعم من خلال تقييم احتياجات السكن وتفضيلات الأعضاء الذين لديهم سكن غير مستقر، وتحديد خيارات المساكن المؤهلة، والمساعدة في عملية تقديم طلب السكن.

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711.

توصيل الوجبات

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

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711.

برنامج On My Way

<http://www.uhcOMW.com>

موارد للأعضاء للمساعدة في الانتقال إلى العيش المستقل.

الرعاية الصحية عن بُعد

الرعاية الصحية عن بُعد هي تقديم الخدمات الطبية مباشرةً باستخدام الاتصال الصوتي أو المرئي. بدلاً من الحضور إلى العيادة من أجل موعدك، يمكنك البقاء في منزلك واستخدام هاتفك الذكي أو جهازك اللوحي أو الكمبيوتر لرؤية والتحدث إلى المتخصصين في الصحة الطبية والسلوكية. لا توجد تكلفة لاستخدام الرعاية الصحية عن بُعد، كما أن هذا النوع من الرعاية يُساعد في التخلص من الضغوطات الناجمة عن الحاجة إلى خدمات النقل.

مشمولة بالتغطية؛ يمكنك رؤية أخصائي الصحة الطبية والسلوكية عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد للعديد من الأمراض والإصابات، والحالات الصحية الشائعة، ومواعيد المتابعة والفحوصات وكذلك وصف الأدوية.

استفسر من موفري الرعاية الذين تتعامل معهم لمعرفة ما إذا كانوا يقدمون خدمات الرعاية الصحية عن بُعد.

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711.

تطبيق UnitedHealthcare®

يوجد في خطة UnitedHealthcare Community Plan تطبيق جديد مخصص للأعضاء. يُسمى تطبيق UnitedHealthcare® app. يتوفر التطبيق لأجهزة أبل® Apple أو أندرويد® Android اللوحية والهواتف الذكية. يُسهّل عليك تطبيق UnitedHealthcare الآتي:

- العثور على طبيب أو غرفة طوارئ أو مركز رعاية عاجلة بالقرب منك
- استعراض بطاقة معرف عضويتك
- قراءة كتيب الأعضاء الخاص بك
- التعرف على المزايا التي ستحصل عليها
- الاتصال بخدمات الأعضاء

قم بتنزيل تطبيق UnitedHealthcare app المجاني اليوم. ثم استخدمه للتواصل مع خطة التأمين الصحي الخاصة بك أينما كنت، ومتى شئت.

المكافآت الصحية

درهم وقاية خيرٌ من قنطار علاج. كما أنها قد تمثل مكافأة عظيمة. للعثور على معلومات حول البرامج التي تكافئك على تحقيق أهداف صحية معينة، اذهب إلى: www.uhccommunityplan.com/oh تحت العنوان "المكافآت الصحية".

اربحي هدايا رائعة لك أو لطفلك عند قيامك ببعض الأمور مثل:

- إكمال فحوصات صحة الطفل
- إجراء الفحوصات المخبرية
- خدمات وفحوصات الرعاية الوقائية
- التطعيمات

برنامج Dr. Health E. Hound®

نحن فخورون بالتميمة الخاصة بنا - الدكتور Dr. Health E. Hound. يهدف برنامج الدكتور Dr. Health E. Hound إلى مساعدة أطفالك على تعلم طرق ممتعة للحفاظ على صحتهم ولياقتهم البدنية. ويعشق Dr. Health E. Hound السفر في جميع أنحاء الولاية ومقابلة الأطفال من جميع الأعمار. كما يحب توزيع المنشورات والصور والملصقات وكتب التلوين لتذكير الأطفال بتناول الأطعمة الصحية وممارسة الرياضة. ويساعد الأطفال على إدراك أهمية زيارة الطبيب لإجراء الفحوصات المنتظمة والتطعيمات للحفاظ على صحتهم.

يمكنك أنت وعائلتك مقابلة Dr. Health E. Hound شخصيًا خلال بعض فعاليات خطتنا الصحية. نشجعكم على الحضور إلى الفعالية والتعرف على أهمية الأكل الصحي وممارسة التمارين الرياضية. احضروا معكم كاميرا لهذه الفعاليات لالتقاط صورة مع Dr. Health E. Hound.

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

تفاصيل الخطة الأخرى

تفاصيل الخطة الأخرى

البحث عن موفر رعاية داخل الشبكة

نحن نسهل عليك عملية العثور على موفر رعاية داخل الشبكة. لمعرفة أقرب موفر رعاية داخل الشبكة إليك:

تفضل بزيارة myuhc.com/CommunityPlan للاطلاع على أحدث المعلومات. انقر على "Find a Provider" (العثور على موفر رعاية).

اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 711 TTY, 1-800-895-2017. يمكننا أن نبحث لك عن موفري الرعاية داخل الشبكة. أو، إذا كنت تفضل، يمكننا إرسال دليل موفري الرعاية إليك عبر البريد.

دليل مقدمي الرعاية

لديك دليل يحتوي على موفري الرعاية المتاحين في منطقتك. ويضم هذا الدليل عناوين وأرقام هواتف موفري الرعاية التابعين لشبكتنا.

تتغير معلومات مقدمي الخدمات بشكل متكرر. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط myuhc.com/CommunityPlan للاطلاع على أحدث قائمة. يمكنك عرض أو طباعة الدليل عبر الرابط myuhc.com/CommunityPlan، أو انقر على "Find a Provider" لاستخدام دليلنا للبحث عبر الإنترنت.

يمكنك العثور على أحدث دليل لمقدمي الرعاية عبر الرابط myuhc.com/communityplan أو تطبيق UnitedHealthcare. إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة مطبوعة من الدليل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 711 TTY, 1-800-895-2017، وسنقوم بإرسالها إليك عبر البريد.

نشكرك على عضويتك القيّمة في United HealthCare Community Plan. إذا كنت تبحث عن أي خدمات خاصة بالبصر أو الأسنان، يمكنك العثور على قوائم مقدمي الرعاية على الروابط الآتية:

موفرو رعاية البصر - <https://www.marchvisioncare.com/>

موفرو طب الأسنان - myuhc.com

أو للتعرف على موقع موفر رعاية البصر أو طب الأسنان، يُرجى الاتصال على الرقم 711 TTY, 1-800-895-2017، أو ادخل على الرابط التالي myuhc.com.

إذا تلقيت فاتورة مقابل الخدمات

لا يحق للمستشفيات أو الأطباء مطالبة الأعضاء بسداد أي فواتير مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. في حال تلقيت مثل هذه الفاتورة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**, TTY **711**. وسوف يقوم أحد الممثلين بالتعاون معك لتحديد ما إذا كان يتعين عليك دفع الفاتورة أو إرسالها إلينا على العنوان التالي:

Medicaid Program
UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

احتفظ بنسخة من الفاتورة لنفسك. وسوف نقوم بمراجعة هذه الفواتير للتأكد من أن الخدمات مشمولة ضمن المزايا الصحية. وفي حال كانت الخدمات مشمولة، سنقوم بدفع المبلغ لموفر الرعاية الصحية على الفور. إذا كانت لديك أي استفسارات، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-895-2017**, TTY **711**.

يقوم موفر الرعاية بإرسال الفواتير إلى التأمين الأساسي الخاص بك أولاً. بعد أن يقوم التأمين الأساسي الخاص بك بدفع المبلغ المسموح به، يقوم موفر الرعاية بإرسال فاتورة إلى UnitedHealthcare Community Plan. وتقوم خطة UnitedHealthcare Community Plan بدفع المبلغ المتفق عليه في العقد الذي أبرمناه مع موفر الرعاية.

التوجيهات المسبقة

التوجيه المسبق هو مجموعة من الخطوات المكتوبة التي يمكنك اتخاذها عندما تكون غير قادر على تحديد خيارات الرعاية الصحية بنفسك. وهو يبين لك الرعاية الصحية التي تلزمك وتلك التي لا تلزمك. من المهم مناقشة هذه الرغبات مع طبيبك وعائلتك وأصدقائك. تجدر الإشارة إلى أن هذه الخطوات لن تؤثر على المزايا الصحية التي تحصل عليها. فيما يلي بعض الأمثلة على التوجيهات المسبقة:

الوصية على قيد الحياة

توضح الوصية على قيد الحياة لطبيبك أنواع التدخلات الطبية أو دعم الحياة التي ترغب فيها أو التي تفضل تجنبها.

توكيل الرعاية الصحية

في هذا النموذج، يمكنك تعيين شخص آخر يمكنه اتخاذ القرارات الصحية نيابةً عنك. ويُستخدم فقط إذا لم تتمكن من اتخاذ القرارات بنفسك.

إقرار بخصوص علاج الصحة العقلية

يركز الإقرار الخاص بعلاج الصحة العقلية بشكل أكثر تحديدًا على رعاية الصحة العقلية. فهو يسمح للشخص، عندما يكون قادرًا، بتعيين وكيل لاتخاذ القرارات نيابةً عنه في حال فقدانه القدرة على اتخاذ تلك القرارات بنفسه. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن ينص الإقرار على رغبات معينة فيما يتعلق بالعلاج. ويمكن للشخص أن يحدد تفضيلات الأدوية والعلاج، والتفضيلات المتعلقة بالدخول/الإقامة في المرفق.

الإقرار بخصوص علاج الصحة العقلية يلغي التوكيل العام الدائم لرعاية الصحة العقلية، ولكنه لا يلغي الوصية على قيد الحياة.

يمكنك طلب المزيد من المعلومات من طبيبك حول التوجيهات المسبقة. ويمكنك أيضًا العثور على بعض النماذج النموذجية على موقع [Familydoctor.org](https://www.familydoctor.org).

ما هي أنواع النماذج المتاحة؟

وفقًا لقوانين Ohio، هناك أربعة نماذج مختلفة أو توجيهات مسبقة يمكنك الاعتماد عليها. يمكنك استخدام الوصية على قيد الحياة، أو الإقرار بخصوص علاج الصحة العقلية، أو التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية أو أمر عدم الإنعاش (DNR). يمكنك ملء التوجيه المسبق بينما لا تزال قادرًا على التصرف بنفسك. تتيح التوجيهات المسبقة لطبيبك والآخرين معرفة رغباتك المتعلقة بالرعاية الطبية.

أمر عدم محاولة الإنعاش (Do Not Resuscitate (DNR) Order)

تنص تشريعات الولاية على تطبيق بروتوكول "عدم الإنعاش مع تقديم الرعاية الطبية التلطيفية (DNR)" وبروتوكول الرعاية التلطيفية حتى يتوقف قلب المريض، وقد تم وضع هذين البروتوكولين من قبل Ohio Department of Health. أمر عدم الإنعاش هو توجيه يصدر عن طبيب أو، في ظل ظروف معينة، ممرض ممارس معتمد أو أخصائي تمريض سريري، يحدد هوية الشخص وينص على أنه لا ينبغي إجراء الإنعاش القلبي الرئوي لهذا الشخص على وجه التحديد. الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) يُقصد به إنعاش القلب أو أحد مكونات الإنعاش القلبي الرئوي، لكنه لا يشمل تنظيف الممرات الهوائية لدى الشخص لأي غرض آخر غير الإنعاش القلبي الرئوي.

يحدد بروتوكول عدم الإنعاش مع تقديم الرعاية التلطيفية وبروتوكول الرعاية التلطيفية حتى يتوقف القلب، الإجراءات المحددة التي يتعين على المسعفين، أو فنيي الطوارئ الطبية أو الأطباء أو الممرضين اتخاذها عند رعاية المريض وفقًا لأمر عدم الإنعاش وتقديم الرعاية التلطيفية أو أمر تقديم الرعاية التلطيفية حتى يتوقف قلب المريض. ويحدد البروتوكول أيضًا الإجراءات المحددة التي ينبغي عدم اتخاذها.

ينبغي عليك التحدث إلى طبيبك بخصوص خيارات أمر عدم محاولة الإنعاش وتقديم الرعاية التلطيفية وأمر تقديم الرعاية التلطيفية إلى أن يتوقف قلب المريض.

الاحتيال وسوء الاستخدام

يمكن لأي شخص الإبلاغ عن أي احتيال أو إساءة استخدام محتملة. إذا اكتشفت أي حالة احتيال أو إساءة استخدام، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711, للإبلاغ عن ذلك. فيما يلي بعض الأمثلة على الاحتيال وسوء الاستخدام:

- الحصول على المزايا في Ohio وولاية أخرى في الوقت نفسه
- تغيير أو تزوير الوصفات الطبية
- حصول شخص على مزايا المساعدة الطبية رغم عدم أهليته للحصول عليها
- إعطاء بطاقة هوية UnitedHealthcare Community Plan لشخص آخر لاستخدامها
- الاستخدام المفرط أو الزائد لمزايا Medicaid
- الأطباء أو المستشفيات التي ترسل لك أو إلى UnitedHealthcare فواتير مقابل خدمات لم يتم تقديمها لك
- الأطباء أو المستشفيات التي ترسل فواتير أكثر من مرة إلى UnitedHealthcare مقابل خدمات تم تقديمها لمرة واحدة فقط
- الأطباء الذين يقدمون وثائق مزورة إلى UnitedHealthcare لتمكينك من الحصول على خدمات تُقدم فقط عند وجود ضرورة طبية

يمكنك أيضًا مخاطبة إدارة التأمين في ولاية أوهايو (ODI) على العنوان التالي:

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

الخط الساخن للإبلاغ عن الاحتيال وسوء الاستخدام

يمكنك أيضًا الإبلاغ عن حالات الاحتيال وسوء الاستخدام المشتبه به إلى خطة UnitedHealthcare Community Plan من خلال الاتصال مجانًا بالرقم 1-877-766-3844 وترك رسالة مفصلة. وقد تم تصميم هذه الإجراءات بحيث لا يكون لزامًا عليك ذكر اسمك.

تذكر: لا تقم بإعطاء بطاقة هوية UnitedHealthcare Community Plan لأي شخص آخر لاستخدامها.

الإبلاغ عن الحوادث

التحقيق في الحوادث والإبلاغ عنها

يتعين على Ohio UnitedHealthcare إجراء تحقيقات في الحوادث لضمان حمايتك والحفاظ على سلامتك من أي ضرر. وتشمل هذه الأنشطة ما يلي:

- اتخاذ خطوات فورية لضمان صحتك ورفاهيتك، وإذا لزم الأمر، ضمان الحصول على الرعاية الطبية
- التحقق من الحوادث لضمان صحتك وسلامتك ومنع وقوع الحوادث مرة أخرى
- البحث عن الأنماط لمعرفة ما إذا كنت أنت أو موفرو الرعاية بحاجة إلى تثقيف في مجال معين
- التأكد من أن موفري الرعاية على دراية بكيفية الحفاظ على سلامتك وتفاذي إلحاق أي ضرر بك
- إبلاغك بنتائج التحقيقات في أي حادث خطير ووضع خطة وقائية محتملة لتقليل خطر وقوع الحادث مرة أخرى

ما المقصود بالحوادث؟

"الحادث" هو حدث مزعوم أو مشتبه به أو فعلي يتعارض مع رعايتك الروتينية المقدمة لك و/أو مع تقديم الخدمة. وتتضمن الحوادث الحرجة أياً مما يلي:

- سوء الاستخدام: إلحاق إصابة بشخص ما أو احتجازه أو تقييده أو ترهيبه أو معاقبته، بحيث يكون قد ترتب عليه حدوث أذى جسدي أو ألم أو خوف أو معاناة نفسية لذلك الشخص. سوء الاستخدام يشمل الإساءة الجسدية و/أو العاطفية و/أو اللفظية و/أو الجنسية، واستخدام الإكراه أو العزل أو التدخل التقييدي دون تصريح بذلك.
- الإهمال: عدم تقديم العلاج أو الرعاية أو السلع أو الخدمات اللازمة للحفاظ على الصحة والرفاهية سواء لنفسك أو للآخرين - عندما يكون من واجبك القيام بذلك - بما في ذلك حالات إهمال الذات
- الاستغلال: التصرف غير المشروع أو غير اللائق الذي يتمثل في استغلال عضو أو موارد عضو من خلال التلاعب أو الترهيب أو التهديد أو الخداع أو الإكراه، بهدف تحقيق منفعة مالية أو شخصية أو ربح أو مكاسب
- الاستغلال للمنفعة الذاتية: الحرمان أو الاحتيال أو الحصول على المال أو الممتلكات العينية أو الشخصية (بما في ذلك الأدوية الموصوفة) التي تخصك بأي وسيلة محظورة قانوناً قد تؤثر على صحتك ورفاهيتك.
- الوفاة غير الطبيعية أو جراح حادث
- إيذاء الذات أو محاولة الانتحار، بما في ذلك أي فعل جسدي يقوم به الفرد بهدف إلحاق الأذى بنفسه، مما يستدعي تلقي العلاج في قسم الطوارئ، أو الخضوع للمراقبة الطبية داخل المستشفى، أو دخول المستشفى لتلقي الرعاية المناسبة.

إذا كانت لديك أي استفسارات، يُرجى الاتصال بـ UnitedHealthcare على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711، من 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. هذه المكالمات مجانية. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني myuhc.com/communityplan.

ماذا تفعل في حال حدوث أي من هذه الأمور؟

كيفية الإبلاغ عن حادث: يتعين عليك و/أو على مثلك المخوّل أو الوصي القانوني إبلاغ مدير الرعاية الخاص بك أو خدمات أعضاء UnitedHealthcare عن أي حوادث.

وفي حال كان الحادث ذا طبيعة خطيرة وشعرت أن صحتك أو سلامتك أو رفاهيتك معرضة للخطر، يجب عليك أيضًا إبلاغ السلطات المختصة فورًا. إذا كنت غير متأكد من الجهة التي يجب الاتصال بها، استفسر من مدير الرعاية الخاص بك أو من خدمات أعضاء UnitedHealthcare. ويعتمد تحديد الجهة المختصة التي يجب الاتصال بها على طبيعة الحادث.

ومن الأمثلة على الحوادث الخطيرة على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

الطوارئ الطبية: إذا واجهتك حالة طبية طارئة، اتصل بطبيبك أو بـ 911. يتعين عليك إبلاغ مدير الرعاية الخاص بك أو خدمات أعضاء UnitedHealthcare بأي مواقف أو أحداث مثيرة للقلق. من الأفضل أن تطرح هذه المخاوف عليهم قبل أن تتفاقم وتتحول إلى حالة طارئة.

إساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال لشخص بالغ فوق سن الستين: في حال كان الحادث ينطوي على إساءة معاملة أو استغلال أو إهمال لشخص بالغ يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر، يجب الاتصال بخدمات حماية البالغين (APS) في المقاطعة التي يقيم فيها الشخص أو في المكان الذي وقع فيه الحادث. خارج ساعات العمل الرسمية، تواصل مع سلطات إنفاذ القانون المحلية. للعثور على رقم وكالة خدمات حماية البالغين (APS) القريبة منك، اضغط على الرابط أو تفضل بزيارة الموقع https://jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf.

خدمات حماية الطفل: في حال كان الحادث ينطوي على إساءة معاملة أو استغلال أو إهمال طفل/ يجب الاتصال بخدمات حماية الطفل (CPS) في المقاطعة التي يقيم فيها الشخص أو في المكان الذي وقع فيه الحادث. خارج ساعات العمل الرسمية، تواصل مع السلطات الأمنية المحلية. للعثور على رقم وكالة خدمات حماية الطفل (CPS) القريبة منك، اضغط على الرابط أو تفضل بزيارة الموقع jfs.ohio.gov/county/County_Directory.pdf.

الأنشطة الإجرامية: إذا كان الحادث ينطوي على سلوك تعتقد أنه قد يكون إجراميًا، يجب عليك الاتصال بسلطات إنفاذ القانون المحلية.

الاحتيايل على Medicaid: إذا كنت تشك في أن الحادث ينطوي على احتيال على برنامج Medicaid، بادر بتقديم شكوى إلى المدعي العام بولاية أوهايو (Ohio Attorney General). للاتصال بهم اضغط على الرابط، أو تفضل بزيارة الموقع <http://www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Contact>.

الوصي القانوني: إذا كان الحادث يتعلق بوصي قانوني، يمكنك الاتصال بمحكمة الإرث والوصايا المحلية. للعثور المحكمة المحلية، اضغط على الرابط أو تفضل بزيارة الموقع <https://www.supremecourt.ohio.gov/courts/judicial-system/ohio-trial-courts/>.

وكالات الدعم

المؤسسات التي يمكن أن تقوم بتوعيتك ويمكنها الدفاع عن مصالحك.

المخاوف بشأن UnitedHealthcare: إذا كانت لديك أي مخاوف بشأن UnitedHealthcare، اتصل بمدير الرعاية الخاص بك أو بخدمات أعضاء UnitedHealthcare. إذا شعرت بأن UnitedHealthcare لا تعالج مخاوفك، يمكنك طلب المساعدة من إدارة Ohio Department of Medicaid (ODM) بولاية أوهايو من خلال الاتصال بالخط الساخن لعملاء Medicaid. اضغط على الرابط أو تفضل بزيارة الموقع <http://www.ohiomh.com/> أو اتصل على الرقم 800-324-8680.

أمين المظالم: يعبر أمناء المظالم في مجال الرعاية طويلة الأجل في Ohio عن احتياجات الأعضاء ومخاوفهم المتعلقة بخدمات الرعاية طويلة الأجل المقدمة لدور الرعاية ووكالات الرعاية الصحية المنزلية وموفري الرعاية الآخرين. وسوف يتعاونون مع موفر الرعاية طويلة الأجل في UnitedHealthcare ومع عائلتك أو أي ممثلين آخرين، بهدف حل المشكلات والمخاوف التي قد تكون لديك حول جودة الخدمات التي تتلقاها. تساعد البرامج الإقليمية لأمناء مظالم الرعاية طويلة الأجل على حماية الأفراد. اتصل بمكتب الولاية على الرقم 1-800-282-1206 أو أرسل رسالة إلكترونية إلى OhioOmbudsman@age.ohio.gov للحصول على المساعدة.

جمعية أوهايو لمراكز العيش المستقل (CIL): تعمل جمعيات أوهايو لمراكز العيش المستقل (CIL) على ضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بإمكانية الوصول الكامل إلى المجتمعات التي يرغبون في العيش فيها، بالإضافة إلى توفير فرص لاتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم، وتمكينهم من ممارسة الأنشطة التي يختارونها بحرية. لمزيد من المعلومات، اضغط على الرابط أو تفضل بزيارة الموقع <http://www.ohiosilc.org/>.

المساعدة القانونية: توفير المساعدة القانونية لحماية وإنفاذ الحقوق القانونية لسكان أوهايو ذوي الدخل المنخفض. اتصل على الرقم 866-LAW-OHIO.

حقوق ذوي الإعاقة في و Ohio: دعم الحقوق الإنسانية والمدنية والقانونية للأشخاص ذوي الإعاقة في Ohio. لمزيد من المعلومات، اضغط على الرابط أو تفضل بزيارة الموقع <http://www.disabilityrightsohio.org/> أو اتصل على الرقم 800-282-9181 أو 614-466-7264.

الإقرار باستلام كتيب أعضاء UnitedHealthcare

لقد تسلمت كتيب أعضاء UnitedHealthcare. وهو يتضمن معلومات حول حقوقي وحمايتي، وكيفية الإبلاغ عن الحوادث المزعومة.

توقيع العضو: _____ (أو الممثل المفوض)

التاريخ: _____

إذا كانت لديك أي استفسارات، يُرجى الاتصال بـ UnitedHealthcare على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711، من 7:00 صباحاً إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. هذه المكالمات مجانية. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني myuhc.com/communityplan.

رأيك مهم

هل لديك أي أفكار حول كيفية تحسين خطة UnitedHealthcare Community Plan؟ هناك العديد من الطرق التي يمكنك من خلالها مشاركتنا أفكارك.

- الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711
- أرسل لنا رسالة على العنوان:

UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

المجلس الاستشاري للأعضاء

هو مجلس استشاري لضمان قيام UnitedHealthcare بإشراك العملاء والأسر وجماعات الدعم والجهات المعنية الرئيسية الأخرى بشكل فعال في تصميم برنامج الرعاية المعقدة ونظام تقديم الخدمات.

من الذي يمكنه الانضمام؟

- أعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan
- أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية لأعضاء خطة UnitedHealthcare Community Plan
- ممثلون عن المجتمع ومجموعات دعم العملاء

يمكن للمشاركين:

- مشاركة التعليقات والأفكار مع فريق عمل UnitedHealthcare
- الانضمام إلى مكالمات شهرية مع قادة UnitedHealthcare حول الصحة والسلامة
- حضور اجتماع إقليمي سنوي
- الاشتراك في تدريبات مجانية حول تقديم الدعم

للحصول على معلومات حول المجلس الاستشاري، يرجى الاتصال بـ:

خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017, TTY 711

اللجنة الاستشارية للأعضاء

لدينا أيضًا لجنة استشارية للأعضاء (Member Advisory Committee) تجتمع كل ثلاثة أشهر. إذا كنت ترغب في الانضمام إلينا، اتصل بخدمات الأعضاء.

إدارة الانتفاع

تضمن لك خطة UnitedHealthcare Community Plan عدم حصولك على رعاية أقل مما تحتاج إليه أو رعاية لا تحتاجها فعليًا. يتعين علينا أيضًا التأكد من أن الرعاية التي تتلقاها هي مزايا مشمولة بالتغطية. ولذلك، نحن نستخدم إدارة الانتفاع (UM) للتأكد من حصولك على الرعاية المناسبة في الوقت المناسب وفي المكان المناسب.

هناك أيضًا بعض العلاجات والإجراءات التي يجب أن نقوم بمراجعتها قبل أن تتمكن من الحصول عليها. موفرو الرعاية الذين تتعامل معهم على دراية تامة بهذه الخدمات، ويحرصون على إبلاغنا بها لمراجعتها. وهذه المراجعة التي نقوم بها تسمى مراجعة الانتفاع. ونحن لا نكافئ أي شخص لرفضه تقديم الرعاية المطلوبة. وإذا كانت لديك أسئلة حول إدارة الانتفاع، يمكنك التحدث إلى موظفي إدارة الرعاية Medicaid Care Management لدينا. يتواجد طاقم التمريض لدينا من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة على الرقم 1-800-504-9669، TTY 711؛ وتتوفر خدمات المساعدة اللغوية

برنامج الجودة

برنامجنا للجودة يمكن أن يساعدك في الحفاظ على صحتك من خلال التعاون الوثيق مع طبيبك. وهو يساعدك على تذكر إجراء الاختبارات واللقاحات الوقائية. ونقوم بإرسال تذكيرات لك ولموفري الرعاية حول الفحوصات المهمة مثل اختبارات الرصاص، وفحوصات عنق الرحم، وفحوصات تصوير الثدي بالأشعة السينية، بالإضافة إلى التطعيمات الوقائية ضد أمراض مثل شلل الأطفال، والنكاف، والحصبة، وجديري الماء.

تستخدم خطة UnitedHealthcare Community Plan معايير HEDIS® للمساعدة في قياس أدائنا في برنامج الجودة الخاص بنا. وهي عبارة عن مجموعة من مقاييس الأداء والدرجات القياسية التي تُساعد الأشخاص في مقارنة أداء خطط الرعاية المدارة. وتركز على دراسة العديد من المجالات، مثل رعاية ما قبل الولادة وبرامج الوقاية من الأمراض.

تحرص خطة UnitedHealthcare Community Plan على ضمان رضاك عن الخدمات التي تحصل عليها من طبيبك ومن جانبنا. وللقيام بذلك، فإننا نطلع على بيانات CAHPS®. وكلمة CAHPS اختصار لعبارة تقييم العميل لموفري الرعاية الصحية والأنظمة. وي طرح هذا الاستطلاع أسئلة لمعرفة مدى رضاك عن الرعاية التي تتلقاها. إذا وصلك استبيان الأعضاء عبر البريد، يرجى التكرم بتعبئته وإعادته إلينا.

تقوم خطة UnitedHealthcare Community Plan بفحص وتحليل نتائج HEDIS و CAHPS. ثم نشارك النتائج مع موفري الرعاية لدينا. ونتعاون مع موفري الرعاية لضمان أن الخدمات التي يقدمونها لك، والخدمات التي نقدمها لك تسهم بكل إيجابي في الرعاية الصحية التي تتلقاها.

لمزيد من المعلومات حول برنامج الجودة، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-895-2017، TTY 711.

السلامة والحماية ضد التمييز

نحن نولي أهمية قصوى لسلامة المرضى. وعلى الرغم من أننا لا نقدم الرعاية مباشرة بأنفسنا، إلا أننا نحرص على ضمان حصول أعضائنا على رعاية صحية آمنة. ونقوم بمتابعة قضايا جودة الرعاية، ونطور المبادئ التوجيهية لتعزيز الرعاية الآمنة، ونزوّد الأعضاء بمعلومات حول سلامة المرضى، كما نتعاون مع المستشفيات والأطباء وغيرهم لتحسين الاستمرارية والتنسيق بين مواقع الرعاية. لمزيد من المعلومات حول سلامة المرضى أو معرفة أماكن الحصول على معلومات، يُرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **TTY 711, 1-800-895-2017**.

فيما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية، يحظر على خطة **UnitedHealthcare Community Plan** وموفري الرعاية التابعين لها، التمييز ضد أي شخص على أساس العمر أو العرق أو الإثنية أو الدين أو اللون أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الإعاقة أو الأصل القومي أو الحالة العسكرية، أو وضع المحارب القديم أو الأصول أو المعلومات الجينية أو الحالة الصحية أو الحاجة إلى الخدمات الصحية. يجب على موفري الرعاية التابعين لخطة **UnitedHealthcare Community Plan** اتباع قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة وعدم التمييز على أساس الصحة البدنية أو العقلية أو الحاجة إلى الرعاية الصحية أو الحالات الصحية السابقة. إذا كنت تعتقد أنك تعرضت لأي شكل من أشكال التمييز، يرجى الاتصال على الفور بخدمات الأعضاء على الرقم **TTY 711, 1-800-895-2017**.

المبادئ الإرشادية للممارسة السريرية والتقنية الجديدة

تقدم خطة **UnitedHealthcare Community Plan** لموفري الرعاية لدينا إرشادات سريرية تتضمن معلومات حول أفضل الممارسات لتقديم الرعاية لبعض الحالات. ويمثل كل مبدأ من هذه المبادئ معياراً مقبولاً للرعاية في المجال الطبي، وهو ما يعني أن الأطباء الآخرين يتفقون مع هذا النهج. ونتطلع إلى تحسين صحتك من خلال تزويد موفري الرعاية لدينا بمعلومات تدعم ممارساتهم السريرية، بما يتماشى مع معايير الرعاية المعترف بها على المستوى الوطني.

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المبادئ الإرشادية للممارسة السريرية لخطة **UnitedHealthcare Community Plan** أو كنت ترغب بنسخة ورقية من هذه المبادئ، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **TTY 711, 1-800-895-2017**. كما يمكنك العثور على المبادئ الإرشادية للممارسة السريرية على موقعنا الإلكتروني **myuhc.com/CommunityPlan** على الرابط.

تقييم التقنية الجديدة

لم يتم إثبات فعالية بعض الممارسات والعلاجات الطبية حتى الآن. تخضع الممارسات والعلاجات والاختبارات والتقنيات الجديدة للمراجعة على المستوى الوطني من قبل خطة **UnitedHealthcare Community Plan** لاتخاذ القرارات بشأن الممارسات والعلاجات الطبية الجديدة والحالات التي يمكن استخدامها فيها. تُراجع هذه المعلومات من قبل لجنة مكونة من أطباء وممرضين وصيادلة تابعين لخطة **UnitedHealthcare Community Plan** وخبراء ضيوف يتخذون القرار النهائي بشأن التغطية. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية اتخاذنا للقرارات بشأن الممارسات والعلاجات الطبية الجديدة، يمكنك الاتصال بنا على الرقم **TTY 711, 1-800-895-2017**.

مسؤوليات عضويتك

بصفتك عضوًا في خطة **UnitedHealthcare Community Plan**، تقع على عاتقك مسؤولية:

- فهم كيفية عمل خطة **UnitedHealthcare Community Plan** من خلال قراءة هذا الكتيب
- اختيار موفر الرعاية الأولية المعني بك
- حمل بطاقة خطة **UnitedHealthcare Community Plan** الخاصة بك.
- (يجب عليك إبراز بطاقتك عند تلقي الخدمات والإبلاغ عن البطاقة المسروقة أو المفقودة في أسرع وقت ممكن. عليك أيضًا إبلاغ الخطة المجتمعية **UnitedHealthcare Community Plan** بأي تأمين إضافي قد تكون مشمولاً به، وتزويد موفر الرعاية الأولية الخاص بك بمعلومات التأمين الحالية).
- طلب العناية الطبية عند اللزوم
- الالتزام بالأوقات المحددة لجميع المواعيد
- إبلاغ عيادة موفر الرعاية الأولية المعني بك أو أي عيادة طبية في حالة الحاجة إلى تغيير موعدك
- احترام حقوق وممتلكات موفر الرعاية الأولية المعني بك والعاملين الآخرين في مجال الرعاية الصحية والمرضى الآخرين
- معرفة مواعيد تناول أدويةك، وكيفية تناولها بشكل صحيح، والالتزام بتعليمات طبيبك فيما يتعلق بالرعاية التي وافقت عليها.
- تقديم المعلومات الطبية الدقيقة وأي بيانات أخرى مطلوبة لتوفير الرعاية الخاصة بك، إلى خطة **UnitedHealthcare Community Plan** وموفري الرعاية الصحية المعنيين
- تحمل المسؤولية الكاملة، والتفكير في عواقب قراراتك في حال قررت رفض الرعاية (قول "لا" للعلاج)، وعدم التردد في طرح الأسئلة إذا كان هناك أي شيء غير واضح بالنسبة لك
- فهم مشاكلك الصحية قدر الإمكان، والمشاركة في تطوير العلاجات المتفق عليها مع طبيبك
- التأكد من وجود جميع سجلاتك الطبية لدى موفر الرعاية الأولية الخاص بك. (يشمل هذا جميع السجلات الطبية من الأطباء الآخرين).
- إبلاغ خطة **UnitedHealthcare Community Plan** في حال دخولك المستشفى.
- (القيام بذلك خلال 24 ساعة أو في أقرب وقت ممكن).
- الموافقة على الاستخدام الملائم لمعلوماتك الصحية
- الحفاظ على أهليتك لبرنامج Medicaid لضمان استمرارية عضويتك في خطة **UnitedHealthcare Community Plan**

مصطلحات الرعاية المُدارة

سوء الاستخدام: إلحاق الأذى عن قصد بأحد الأشخاص. (وبما يشمل الصراخ وتجاهل احتياجات الشخص واللمس غير اللائق).

التوجيه المسبق (التوجيهات المسبقة): قرار مسبق تتخذه بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك في حال أصبحت غير قادر على التعبير عن ذاتك. يسمح هذا لعائلتك والأطباء المعنيين بمعرفة الخيارات التي تفضلها لو كنت قادرًا على اتخاذ القرارات بنفسك.

الطعن: طلب أحد الأعضاء من خطة UnitedHealthcare Community Plan مراجعة قرار سلبي متعلق بالمزايا.

التصريح: الموافقة أو المصادقة على خدمة.

المزايا: الخدمات والإجراءات والأدوية التي ستغطيها لك UnitedHealthcare Community Plan.

مبلغ المشاركة في الدفع: مبلغ ثابت يدفعه العضو مقابل خدمة الرعاية الصحية المغطاة.

إلغاء التسجيل: إيقاف عضويتك في خطة UnitedHealthcare Community Plan.

الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME): المعدات التي تتحمل الاستخدام المتكرر، وتُستخدم في المقام الأول وعادةً لأغراض طبية، ولا تكون مفيدة بشكل عام لشخص لا يعاني من مرض أو إصابة، وهي مناسبة للاستخدام في المنزل.

الطوارئ: تغيير مفاجئ وغير متوقع في الحالة الجسدية أو العقلية للشخص، والذي من المتوقع أن يؤدي إذا لم يتم إجراء بخصوصه أو معالجته على الفور إلى (1) فقدان الحياة أو أحد الأطراف، (2) أو ضعف كبير في أحد وظائف الجسم، (3) أو ضرر دائم لجزء من الجسم أو صحة الطفل الذي لم يولد بعد. (الصحة العقلية: التهديد بالانتحار أو القتل أو إيذاء النفس أو الهوس أو الذهان الذي يحتاج إلى رعاية طبية فورية).

حالة طبية طارئة: حالة طبية تتجلى من خلال أعراض حادة ذات شدة كافية (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث يمكن للشخص العادي الواعي، الذي يمتلك معرفة متوسطة بالصحة والطب، أن يتوقع بشكل معقول أن يؤدي غياب الرعاية الطبية الفورية إلى أي مما يلي: تعريض صحة الفرد (أو فيما يتعلق بالمرأة الحامل، صحة المرأة أو جنينها الذي لم يولد بعد) لخطر جسيم؛ أو ضعف خطير في الوظائف الجسدية؛ أو خلل خطير في أي عضو أو جزء من الجسم.

النقل الطبي في حالات الطوارئ: نقل المرضى أو المصابين أو عديمي الأهلية بأي شكل آخر الذين يحتاجون إلى رعاية طبية طارئة بواسطة سيارة إسعاف.

تفاصيل الخطة الأخرى

الطوارئ - الصحة العقلية غير المهددة للحياة: عندما تبدأ الأعراض في الظهور لأول مرة، دون أن تشكل تهديدًا مباشرًا للحياة، مثل وجود أفكار انتحارية دون وجود خطة لتنفيذها، أو عند ملاحظة بداية ظهور علامات الهوس أو الذهان على الشخص.

رعاية غرفة الطوارئ: الكشف والفحص الطبي والتقييم من قبل طبيب، أو، إلى الحد المسموح به بموجب القانون المعمول به، من قبل موظفين مختصين آخرين تحت إشراف الطبيب، لتحديد ما إذا كانت هناك حالة طبية طارئة. وإذا ثبت وجودها، يتم توفير الرعاية أو العلاج أو الجراحة اللازمة لخدمة مشمولة بالتغطية من قبل طبيب للتخفيف من الحالة الطبية الطارئة أو معالجته، ضمن الإمكانيات المتاحة في المستشفى.

خدمات الطوارئ: الخدمات المغطاة للمرضى داخل المستشفى أو مرضى العيادات الخارجية أو خدمات النقل الطبي التي يقدمها موفر رعاية مؤهل والتي تكون ضرورية لتقييم أو علاج أو لتحقيق استقرار حالة طبية طارئة. يشمل موفرو خدمات الطوارئ أيضًا الأطباء أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية أو مرافق الرعاية الصحية، من غير العاملين أو غير المتعاقدين مع UnitedHealthcare Community Plan.

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

الاحتيال: عمل مخالف للحقيقة (مثال: إذا استخدم شخص آخر غيرك بطاقة عضويتك وتظاهر بأنه أنت).

التظلم: تعبير العضو عن عدم رضاه عن أي مسألة أخرى بخلاف اتخاذ قرار سلبي بخصوص إحدى المزايا. قد تشمل التظلمات، على سبيل المثال لا الحصر، جودة الرعاية أو الخدمات المقدمة، وجوانب العلاقات الشخصية مثل عدم اللياقة من جانب موفر الرعاية أو موظف، أو عدم احترام حقوق العضو بغض النظر عما إذا كانت هناك مطالبة باتخاذ إجراء تصحيحي. يتضمن التظلم حق العضو في الاعتراض على تمديد الوقت المقترح من قبل مؤسسة الرعاية المُدارة لاتخاذ قرار التصريح.

خدمات وأجهزة التأهيل: خدمات مصممة لمساعدة الأفراد على اكتساب وإدامة وتحسين مهارات الاعتماد على الذات والتواصل الاجتماعي والتكيف، اللازمة للعيش بنجاح في المنزل وفي البيئات المجتمعية.

المعلومات الصحية: حقائق حول صحتك والرعاية التي تتلقاها. قد تأتي هذه المعلومات من UnitedHealthcare Community Plan أو من أحد موفري الرعاية. وتتضمن معلومات حول صحتك البدنية والعقلية، بالإضافة إلى الدفعات الخاصة بالرعاية.

التأمين الصحي: عقد يفرض على UnitedHealthcare Community Plan دفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك مقابل سداد قسط.

الرعاية الصحية المنزلية: الخدمات التي تشمل التمريض الصحي المنزلي وخدمات المساعدة الصحية المنزلية والعلاجات المتخصصة.

خدمات رعاية الأمراض العضال: هيئة عامة، أو مؤسسة خاصة، أو وحدة تابعة لأي منهما، تخضع لشروط المشاركة بموجب C.F.R 42. القسم 418 (الصاد في 1 أكتوبر 2017)، وتكون مرخصة في ولاية أوهايو ومعتمدة من قبل إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو (ODM) للمشاركة في تقديم الرعاية للأفراد المصابين بأمراض مميتة. (V) 5160-56-01.

دخول المستشفى للعلاج: الرعاية التي يتم تقديمها داخل المستشفى وتتطلب إقامة المريض فيها.

رعاية المرضى في العيادات الخارجية: العلاج أو الخدمات التشخيصية أو العلاجية أو التأهيلية أو التلطيفية التي يقدمها أو يشرف عليها ممارس خدمات طبية ويقدمها المستشفى للمريض.

معلومات الصحة العقلية: حقائق حول صحتك العقلية والرعاية التي تحصل عليها. قد تأتي هذه المعلومات من UnitedHealthcare Community Plan أو من أحد موفري الرعاية. وتتضمن معلومات حول صحتك البدنية والعقلية، بالإضافة إلى الدفعات الخاصة بالرعاية.

بطاقة معرف العضوية: بطاقة تعريف تُثبت أنك عضو في خطة UnitedHealthcare Community Plan. ينبغي أن تحمل هذه البطاقة معك في جميع الأوقات.

التطعيمات: حقنة تحمي من المرض. يجب أن يتلقى الأطفال مجموعة متنوعة منها في أعمار محددة. غالبًا ما يتم إعطاء التطعيمات خلال الزيارات المنتظمة للطبيب.

الموافقة المستنيرة: إشارة إلى أنه تم شرح جميع العلاجات الطبية لك بشكل واضح، وأنت تفهمها وتوافق عليها.

داخل الشبكة: الأطباء والاختصاصيون والمستشفيات والصيدليات ومقدمو الرعاية الآخرون الذين توصلوا للترتيبات مع خطة UnitedHealthcare Community Plan لتقديم خدمات الرعاية الصحية للأعضاء.

المرضى الداخليون: عندما يتم إدخالك إلى المستشفى لفترة من الوقت.

ضرورة من الناحية الطبية: معايير التغطية للإجراءات أو العناصر أو الخدمات التي تقي أو تشخص أو تقيم أو تعالج حالة صحية سلبية مثل المرض أو الإصابة أو الاعتلال أو أعراضه، أو الخلل العاطفي أو السلوكي، أو العجز العقلي، أو ضعف الإدراك، أو إعاقة في النمو، والتي بدونها يمكن للشخص أن يعاني معاناة طويلة الأمد، أو زيادة أو ظهور حالات مرضية جديدة، أو ضعف في الوظائف، أو خلل في عضو أو جزء من الجسم، أو ألمًا شديدًا وعدم راحة ملحوظ.

العضو: شخص مؤهل مسجل في UnitedHealthcare Community Plan في برنامج Medicaid أو برنامج الخطة الصحية المؤهلة المزدوجة (DHCP).

الشبكة: موفرو الرعاية المتعاقدون مع UnitedHealthcare Community Plan المتاحون للأعضاء في هذه الخطة.

تفاصيل الخطة الأخرى

موفر رعاية غير مشارك: أي موفر رعاية صحية مرتبط باتفاقية مع إدارة (Ohio Department of Medicaid (ODM) بولاية أوهايو، دون أن يوقع عقدًا مع UnitedHealthcare Community Plan، ولكنه يقدم خدمات رعاية صحية لأعضاء تلك الخطة.

Ohio Department of Medicaid :ODM

خارج الشبكة: الأطباء والاختصاصيون والمستشفيات والصيدليات ومقدمو الرعاية الآخرون الذين لم يتوصلوا لترتيبات مع UnitedHealthcare Community Plan لتقديم خدمات الرعاية الصحية للأعضاء.

مرضى العيادات الخارجية: عندما تخضع لإجراء طبي لا يتطلب المبيت في المستشفى.

موفر رعاية مشارك: أي موفر رعاية صحية أو مجموعة من موفري الرعاية أو كيان مرتبط بعقد مع خطة UnitedHealthcare Community Plan وفقًا للقاعدة 5160-26-05 من القانون الإداري، ويتلقى تمويل Medicaid بشكل مباشر أو غير مباشر لطلب أو إحالة أو تقديم الخدمات المغطاة، وذلك نتيجة لاتفاقية مع خطة UnitedHealthcare Community Plan أو العقد المبرم مع إدارة (Ohio Department of Medicaid (ODM) بولاية أوهايو.

خدمات الطبيب: (L) "ممارس خدمات الأطباء": يشمل الأطباء، وأخصائيي علاج القدمين، وأطباء الأسنان، وأخصائيي التمريض السريري، والقابلات القانونيات المعتمدات، والممرضات الممارسات المعتمدات، ومساعدي الأطباء. ((L)5160-2-02)

الخطة: (X) تشير "مؤسسة الرعاية المدارة (MCO)" أو "خطة الرعاية المدارة (MCP)" إلى شركة تأمين صحي (HIC) مرخصة في Ohio ومرتبطة باتفاقية مع (Ohio Department of Medicaid (ODM) لتوفير الرعاية الصحية المدارة. (X)5160-26-01

خدمات ما بعد استقرار الحالة: الخدمات المشمولة بالتغطية والمتعلقة بحالة طبية طارئة يراها موفر الرعاية المعالج ضرورية طبيًا بعد استقرار الحالة الطبية الطارئة من أجل الحفاظ على استقرار الحالة، أو في ظل الظروف الموضحة في الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (C.F.R. 422.113) لتحسين أو معالجة حالة العضو.

التصريح المسبق: قرار من قبل خطة UnitedHealthcare Community Plan بأن خدمة الرعاية الصحية أو خطة العلاج أو المعدات الطبية المعتمدة ضرورية طبيًا. يُطلق عليه أحيانًا مسميات مثل التصريح المسبق، أو الموافقة المسبقة، أو التصديق المسبق. قد يتطلب تأمينك الصحي أو خطتك الصحية الحصول على تصريح مسبق لبعض الخدمات الطبية قبل الحصول عليها، باستثناء حالات الطوارئ.

قسط التأمين: يشير "قسط التأمين" إلى المبلغ الذي يدفعه العضو بشكل شهري، والذي يحق لمؤسسة الرعاية المدارة (MCO) تحصيله كتعويض عن الوفاء بالتزاماتها وفقًا لأحكام الفصل 5160-26 من القانون الإداري و/أو اتفاقية موفر الرعاية مع إدارة Medicaid في أوهايو (516026-01(NN). (ODM))

تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية: الأدوية التي يغطيها مدير المنافع الصيدلانية الوحيد (Single Pharmacy Benefit Manager (SPBM)) والتي يتم توزيعها على الأعضاء لاستخدامها في دور المرضى، بما في ذلك مرفق التمريض أو مرفق الرعاية المتوسطة للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.

الأدوية المقررة بوصفة طبية: المواد البسيطة أو المركبة أو مخاليط المواد الموصوفة لعلاج المرض أو تخفيفه أو الوقاية منه، أو للحفاظ على الصحة والتي يصفها الطبيب أو غيره من الممارسين المرخصين في فنون العلاج في نطاق هذه الممارسة المهنية على النحو المحدد والمحدود في القانون الفيدرالي وقانون الولايات؛ يتم صرفها من قبل الصيدلة المرخصين والممارسين المرخصين المعتمدين وفقاً لقانون ممارسة الطب في الولاية؛ ويتم صرفها من قبل الصيدلي أو الممارس المرخص مقابل وصفة طبية مكتوبة تُسجل وتُحفظ في سجلات الصيدلي أو الممارس.

طبيب أو موفر الرعاية الأولية (PCP): طبيب فرد (أخصائي الطب العام M.D.، أو دكتور في طب العظام D.O.)، أو مجموعة ممارسة طبية، أو ممرض ممارس متقدم مُسجل كما هو معرف في القسم 4723.01 من قانون Ohio المعدل، أو مجموعة ممرضين ممارسين متقدمة ضمن تخصص مقبول، أو مساعد طبيب يستوفي متطلبات القاعدة 5160-4-03 من القانون الإداري لأوهايو، ومرتبطة بعقد مع خطة UnitedHealthcare Community Plan لتقديم الخدمات كما هو محدد في القاعدة 5160-26-03.1 من القانون الإداري لأوهايو.

التصريح المسبق: العملية التي يتبعها طبيبك للحصول على موافقة مسبقة على الخدمات التي تحتاج إلى موافقة قبل تقديمها.

دليل موفري الرعاية: قائمة بموفري الرعاية المشاركين في خطة UnitedHealthcare Community Plan لتلبية احتياجاتك الصحية.

موفرة الرعاية: مستشفى أو مرفق رعاية صحية أو طبيب أو طبيب أسنان أو صيدلية أو أي فرد أو كيان مرخص أو معتمد ومصرح له بتقديم الخدمات وقد يكون مخولاً أو مؤهلاً للحصول على تعويض عن الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية المقدمة لأعضاء خطة مجتمع UnitedHealthcare Community Plan.

الإحالة: عندما يتفق طبيب الرعاية الأولية معك على حاجتك لاستشارة طبيب آخر، ويقوم بإحالتك إلى أخصائي ضمن الشبكة المعتمدة.

خدمات وأجهزة التأهيل: المهام المحددة التي يتطلبها الباب 47 من قانون Ohio المنقح، والتي يجب أن يتم تنفيذها توفيرها مباشرة من قبل موظف تقني أو مهني حاصل على ترخيص أو اعتماد مناسب في مجال الرعاية الصحية.

الخدمات التي يتم الإحالة إليها ذاتياً: الخدمات التي لا تتطلب زيارة طبيب الرعاية الأولية للحصول على الإحالة.

الرعاية التمريضية المتخصصة: مهام محددة يقتضي الفصل 4723 من قانون Ohio المعدل أن يقدمها ممرض ممارس مرخص (LPN) بتوجيه من ممرض مسجل أو من قبل ممرض مسجل مباشرة.

تفاصيل الخطة الأخرى

الأخصائي: طبيب متخصص يركز على مجال محدد من الطب أو فئة معينة من المرضى، بهدف تشخيص أنواع محددة من الأعراض والحالات أو إدارتها أو الوقاية منها أو علاجها. الأخصائي غير الطبيب هو مقدم رعاية صحية تلقى تدريباً متقدماً في مجال محدد من مجالات الرعاية الصحية.

معلومات تعاطي المواد المخدرة: حقائق حول صحتك والرعاية التي تحصل عليها. قد تأتي هذه المعلومات من UnitedHealthcare Community Plan أو من أحد موفري الرعاية. وتتضمن معلومات حول تاريخ تعاطيك للمواد المخدرة وتعاطيك لها في الوقت الحالي، بالإضافة إلى المدفوعات الخاصة بالرعاية.

الرعاية العاجلة: رعاية حالة مرضية أو إصابة أو وضع صحي خطير بدرجة تدفع الشخص العاقل لطلب الرعاية الفورية، ولكن دون أن تكون الحالة حرجية لدرجة تستدعي تلقي الرعاية في غرفة الطوارئ.

برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC): برنامج للأغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال، يوفر استشارات التغذية والتثقيف الغذائي والأطعمة المغذية أثناء الحمل وما بعد الولادة وللرضع والأطفال حتى سن الثانية. يتم تغطية الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية حتى سن 5 سنوات إذا كانوا من الأسر ذات الدخل المنخفض وتم تقييم حالاتهم على أنهم معرضون لخطر صحي مرتبط بالتغذية.

إشعارات ممارسات الخصوصية الخاصة بالخطة الصحية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعته بعناية.

يسري اعتبارًا من 1 يناير 2024.

إننا¹ مطالبون، بموجب القانون، بحماية خصوصية معلوماتك الصحية ("HI"). كما أننا مطالبون بأن نرسل لك هذا الإشعار. حيث يوضح لك:

- كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية.
- متى يمكننا اطلاع الآخرين على معلوماتك الصحية.
- ما هي حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية.

بموجب القانون، يجب علينا اتباع شروط هذا الإشعار.

المعلومات الصحية هي معلومات عن صحتك أو عن الخدمات الطبية. ونحن نحفظ بحقنا في إجراء تعديلات على إشعار ممارسات الخصوصية هذا. وفي حال قمنا بإجراء تغييرات هامة، فإننا سوف نخطرك عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني. وسوف نقوم أيضًا بنشر الإشعار الجديد على موقعنا الإلكتروني. وسنخبرك بأي انتهاك لمعلوماتك الصحية (HI).

كيف نجمع معلوماتك، ونستخدمها ونشاركها

نحن نقوم بجمع واستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية (HI) مع:

- معك أو من ينوب عنك قانونيًا.
- مع بعض المؤسسات الحكومية. للتأكد من أننا نتبع قوانين الخصوصية.

لنا الحق في استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية لأغراض معينة. قد يكون هذا من أجل علاجك، أو لدفع تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك، أو لإدارة أعمالنا. قد نستخدم ونشارك معلوماتك الصحية على النحو التالي.

- لأغراض الدفع. لتنفيذ الدفعات وتسديد المطالبات. وقد يتضمن ذلك تنسيق المزاي.
- لأغراض العلاج وإدارة الرعاية. للمساعدة في الرعاية التي تتلقاها. على سبيل المثال، قد نقوم بمشاركة معلوماتك الصحية مع المستشفى الذي تتلقى فيه العلاج، لمساعدتهم على توفير الرعاية الطبية لك.
- لعمليات الرعاية الصحية. لإدارة أعمالك. على سبيل المثال، قد نتحدث مع طبيبك لإعلامه عن برنامج خاص لإدارة الأمراض أو الصحة والسلامة متاح لك. وقد نقوم بدراسة البيانات لتحسين خدماتنا.
- لإبلاغك بالبرامج أو المنتجات الصحية. قد نقوم بإعلامك عن علاجات ومنتجات وخدمات إضافية متاحة. علمًا بأن هذه الأنشطة قد تكون خاضعة لقيود بموجب القانون.

تفاصيل الخطة الأخرى

- **للجهات الراعية للخطة.** إذا كنت تتلقى تأميناً صحياً من خلال جهة عملك، فقد نقوم بتزويده بمعلومات حول التسجيل أو إلغاء التسجيل، وبملخص للمعلومات الصحية ذات الصلة. وقد نقدم له معلومات صحية إضافية بشرط أن يلتزم باستخدامها بشكل مناسب ومحدود.
- **لأغراض تتعلق باكتتاب التأمين.** لاتخاذ قرارات تتعلق باكتتاب التأمين. لن نستخدم معلوماتك الصحية الوراثية للأغراض المتعلقة بالاكتتاب.
- **لإرسال تذكيرات بالمزايا أو الرعاية.** قد نرسل لك تذكيرات حول المواعيد المحددة لك ومعلومات حول المزايا الصحية التي تحصل عليها.
- **للتواصل معك.** قد نتواصل معك بشأن مزايا التأمين الصحي أو الرعاية الصحية أو المدفوعات المالية.

قد نجمع المعلومات الصحية الخاصة بك، ونستخدمها ونشاركها على النحو التالي:

- **حسب ما يقضي القانون.** للالتزام بالقوانين التي تخضع لها أنشطتنا.
- **للأشخاص المشاركين في رعايتك.** أحد أفراد الأسرة أو أي شخص آخر يساعد في رعايتك الطبية أو يدفع تكاليف رعايتك. قد نشاركها أيضاً مع فرد من الأسرة في إحدى حالات الطوارئ. قد يتم ذلك في حال لم تكن قادراً على إبلاغنا بما إذا كان مسموحاً لنا بمشاركة معلوماتك الصحية أم لا. إذا لم تكن قادراً على إخبارنا بوجهة نظرك، فسنعتمد على أفضل تقدير لدينا. إذا كان ذلك مسموحاً به، بعد وفاتك، قد نقوم بمشاركة معلوماتك الصحية مع أفراد أسرته أو أصدقائك الذين ساهموا في رعايتك أو تحملوا تكاليف هذه الرعاية.
- **لأغراض أنشطة الصحة العامة.** على سبيل المثال، للحد من انتشار الأمراض أو للإبلاغ عن مشكلات مرتبطة بمنتجات أو أدوية.
- **للإبلاغ عن سوء المعاملة أو الإهمال أو العنف الأسري.** لا يجوز لنا مشاركة هذه المعلومات الصحية إلا مع بعض الكيانات التي يجيز القانون حصولها عليها. وقد يكون هذا الكيان وكالة خدمات اجتماعية أو وقائية.
- **لأغراض تنفيذ أنشطة الرقابة الصحية التابعة لوكالة مخولة بموجب القانون بالحصول على المعلومات الصحية.** وقد يكون ذلك لأغراض الترخيص والتدقيق والتحقيقات في حالات الاحتيال.
- **للإجراءات القضائية أو الإدارية.** استجابة لأمر محكمة أو أمر استدعاء للمثول.
- **لأغراض إنفاذ القانون.** للبحث عن شخص مفقود أو الإبلاغ عن وقوع جريمة.
- **للتصدي للتهديدات التي تواجه الصحة أو السلامة.** مع وكالات الصحة العامة وجهات إنفاذ القانون. على سبيل المثال في حالات الطوارئ أو الكوارث.
- **للاضطلاع بالمهام الحكومية.** لاستخدام الجيش وقدامى المحاربين أو للأمن القومي أو الخدمات الوقائية.
- **لأغراض تعويض العمال.** إذا تعرضت للإصابة أثناء العمل أو للامتثال لقوانين العمل.
- **لأغراض بحثية.** على سبيل المثال، لدراسة مرض أو حالة طبية. قد نستخدم أيضاً المعلومات الصحية للمساعدة في إعداد دراسة بحثية.
- **لتقديم معلومات عن المتوفين.** على سبيل المثال، يجوز تقديم المعلومات إلى محقق في أسباب الوفاة أو لطبيب شرعي قد يساعد في تحديد هوية المتوفى، أو سبب الوفاة، أو لتلبية متطلبات قانونية معينة. وقد نقوم أيضاً بتقديم المعلومات الصحية إلى متعهدي الجنازات.

- لأغراض عمليات زرع الأعضاء. على سبيل المثال، للمساعدة في الحصول على الأعضاء، أو العيون أو الأنسجة وحفظها وزرعها.
- للمؤسسات الإصلاحية أو جهات إنفاذ القانون. للأشخاص المحتجزين، على سبيل المثال: (1) لتقديم الرعاية الصحية؛ (2) ولحماية صحتك وصحة الآخرين، (3) ولأمن المؤسسة.
- لشركائنا من الشركات. لتقديم الخدمات لك، إذا لزم الأمر. وهي شركات تقدم لنا الخدمات. وقد وافقت على حماية معلوماتك الصحية.
- قيود أخرى. قد تفرض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية قيودًا إضافية على استخدامنا للمعلومات الصحية المذكورة أدناه. سنلتزم بالقوانين الأكثر تشددًا المطبقة في هذا الشأن.
- 1. اضطراب تعاطي الكحول والمواد المخدرة
- 2. المعلومات البيومترية
- 3. سوء معاملة أو إهمال الأطفال أو البالغين، بما في ذلك الاعتداء الجنسي
- 4. الأمراض المعدية
- 5. المعلومات الجينية
- 6. مرض فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
- 7. الصحة العقلية
- 8. معلومات القاصرين
- 9. الوصفات الطبية
- 10. الصحة الإنجابية
- 11. الأمراض المنقولة جنسيًا

لن نستخدم أو نشارك معلوماتك الصحية إلا وفقًا لما هو موضح في هذا الإشعار أو بعد الحصول على موافقتك الكتابية. سوف نحصل على موافقتك الكتابية قبل مشاركة ملاحظات العلاج النفسي عنك، باستثناء الحالات التي يسمح فيها القانون بذلك دون موافقتك. سنحصل على موافقتك المكتوبة لنبيع معلوماتك الصحية لأشخاص آخرين. كما سنحصل على موافقتك الكتابية لنستخدم معلوماتك الصحية في بعض الرسائل الترويجية. وإذا قمت بمنحنا موافقتك، يحق لك سحبها في أي وقت. للتعرف على كيفية سحب تلك الموافقة، اتصل على رقم الهاتف الموجود على بطاقة معرف العضوية الخاصة بك.

حقوقك

لديك الحقوق التالية.

- **مطالبتنا بالحد** من استخدام أو مشاركة إجراءات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. يمكنك أن تطلب الحد من المشاركة مع أفراد الأسرة أو الآخرين الذين يساعدون في رعايتك أو يدفعون تكاليف رعايتك. قد نسمح لمرافقك طلب هذه الحدود. **سنحاول تحقيق طلبك، ولكننا لسنا ملزمين بتنفيذه.** هذا، ويتعين عليك تقديم طلبك للحد من استخدامنا أو مشاركتنا بشكل كتابي.

تفاصيل الخطة الأخرى

- **طلب تلقي اتصالات سرية** بطريقة أخرى أو مكان آخر. على سبيل المثال، في صندوق بريد بدلاً من منزلك. سنوافق على طلبك بما يتوافق مع القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. ونحن نقبل الطلبات الشفهية، ولكن قد نطلب منك تأكيد طلبك بشكل كتابي. يمكنك تغيير طلبك. يجب أن يُقدم الطلب خطياً. وإرساله بالبريد إلى العنوان الموضح أدناه.
- **لرؤية نسخة أو الحصول عليها** من معلومات صحية معينة. يجب تقديم طلب خطي. أرسل طلبك بالبريد إلى العنوان الموضح أدناه. إذا احتفظنا بهذه السجلات إلكترونياً، يمكنك طلب نسخة إلكترونية. سنرسل لك رسالة خلال. قد نتقاضى ثمن النسخ. قد نرفض الطلب الخاص بك. وإذا رفضنا طلبك، يجوز لك المطالبة بمراجعة الرفض.
- **طلب تعديل المعلومات الصحية.** إذا كنت تعتقد بوجود خطأ أو نقص في معلوماتك الصحية يمكنك طلب تغييرها. يجب تقديم طلب خطي. يجب عليك ذكر مبررات التغيير. وسوف نقوم بالرد على طلبك في الوقت المحدد بموجب القانون. أرسل طلبك بالبريد إلى العنوان الموضح أدناه. وإذا رفضنا طلبك، يمكنك إضافة عدم موافقتك إلى معلوماتك الصحية.
- **الحصول على بيان** بالمعلومات الصحية التي شاركناها خلال السنوات الست السابقة لطلبك. ولن يشمل ذلك عندما مشاركتنا للمعلومات الصحية للأسباب التالية (1) من أجل تنفيذ إجراءات متعلقة بالعلاج والدفع والرعاية الصحية؛ (2) معك أو بموافقتك؛ (3) مع المؤسسات الإصلاحيّة وجهات إنفاذ القانون. ولن يتضمن هذا قائمة بالإفصاحات التي لا يتطلبها القانون الفيدرالي تتبعها.
- **للحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار.** يمكنك طلب نسخة ورقية في أي وقت. يمكنك أبصاً الحصول على نسخة على موقعنا الإلكتروني.
- **في بعض الولايات، يمكنك أن تطلب منا حذف معلوماتك الصحية.** اعتماداً على المنطقة التي تعيش بها، قد يكون بإمكانك مطالبتنا بحذف معلوماتك الصحية. وسوف نقوم بالرد على طلبك في الوقت المحدد بموجب القانون. إذا لم نتمكن من ذلك، فسنخبرك. إذا لم نكن قادرين على ذلك، فيمكنك مراسلتنا كتابياً، مشيراً إلى سبب اعتراضك وموافاتنا بالمعلومات الصحية.

استخدام حقوقك

- **للاتصال بخطتك الصحية.** إذا كانت لديك أسئلة حول هذا الإشعار، أو كنت ترغب في استخدام حقوقك، اتصل على رقم الهاتف الموجود على بطاقة معرف العضوية. أو يمكنك الاتصال بمركز اتصال مجموعة UnitedHealth Group على رقم 1-866-633-2446، أو TTY/RTT 711.
- **لإرسال طلب كتابي.** أرسله عبر البريد على العنوان التالي:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis, MN 55440
- **لتقديم شكوى.** إذا كنت تعتقد أنه تم الإخلال بحقوق الخصوصية المكفولة لك، يمكنك تقديم شكوى إلينا على العنوان المذكور أعلاه.

يمكنك أيضاً إبلاغ وزير الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة. ولن نتخذ أي إجراء ضدك بسبب تقديم شكوى.

¹ يسري إشعار ممارسات الخصوصية للمعلومات الطبية هذا على الخطط الصحية التابعة لـ UnitedHealth Group. للحصول على قائمة حالية للخطط الصحية الخاضعة لهذا الإشعار، تفضل بزيارة <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

إشعار خصوصية المعلومات المالية

يُشير هذا الإشعار إلى كيفية استخدام ومشاركة المعلومات المالية الخاصة بك. يُرجى مراجعته بعناية.

يسري اعتباراً من 1 يناير 2024.

إننا² نحمي "معلوماتك المالية الشخصية" ("FI"). المعلومات المالية ليست معلومات تتعلق بالصحة. المعلومات المالية تحدد هويتك، وهي عموماً ليست عامة.

المعلومات التي نقوم بجمعها

- نحصل على المعلومات المالية من طلبات التقديم أو النماذج الخاصة بك. وقد تتمثل في الاسم والعنوان والعمر ورقم الضمان الاجتماعي.
- نحصل على المعلومات المالية من معاملتك معنا أو مع الآخرين. وقد تكون بيانات سداد الأقساط.

مشاركة المعلومات المالية

سوف نشارك فقط المعلومات المالية التي يسمح بها القانون.

- قد نشارك معلوماتك المالية لإدارة أعمالنا. قد نشارك معلوماتك المالية مع مؤسساتنا الفرعية. لا نحتاج لموافقتك للقيام بذلك.
- قد نشارك معلوماتك المالية للقيام بالمعاملات.
 - قد نشارك معلوماتك المالية للحفاظ على حسابك/حساباتك.
 - قد نشارك معلوماتك المالية للاستجابة لأوامر المحكمة والتحقيقات القانونية.
 - قد نشارك معلوماتك المالية مع الشركات التي تعد المواد الدعائية الخاصة بنا.

السرية والحماية

نحن نحد من وصول الموظف ومقدم الخدمة إلى معلوماتك المالية. لدينا إجراءات وقاية لحماية المعلومات الصحية المالية بك.

أسئلة تتعلق بهذا الإشعار

يُرجى الاتصال برقم الأعضاء المجاني الموجود في بطاقة مُعرّف خطتك الصحية أو الاتصال بمركز خدمة عملاء مجموعة UnitedHealth Group على الرقم 1-866-633-2446، أو TTY/RTT 711.

² لأغراض إشعار خصوصية المعلومات المالية هذا، يشير ضمير المتكلمين "نحن" أو مشتقاته، إلى الخطط

الصحية التابعة لمجموعة UnitedHealth Group، إضافة إلى الشركات التالية التابعة لمجموعة

UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; and USHEALTH Group, Inc.; and Vivify Health, Inc. لا ينطبق إشعار خصوصية المعلومات المالية هذا إلا في الحالات التي يقتضيها القانون. ولا يسري هذا الإشعار، على وجه الخصوص، على (1) منتجات تأمين الرعاية الصحية المتوفرة في Nevada عن طريق Health Plan of Nevada, Inc. و Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. أو (2) الخطط الصحية الأخرى من UnitedHealth Group في الولايات التي تقدم استثناءات. للحصول على قائمة حالية للخطط الصحية الخاضعة لهذا الإشعار، تفضل بزيارة <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

إشعار عدم التمييز
وإشعار بتوافر خدمات المساعدة اللغوية والتنسيقات البديلة

تلتزم شركتنا بقوانين الحقوق المدنية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس (بما في ذلك الحمل والتوجه الجنسي والهوية الجنسية). ولا نستبعد الأشخاص أو نعاملهم على نحو أقل تفضيلاً بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع.

ونقدم مساعدات وخدمات مجانية لمساعدتك على التواصل معنا. يمكنك طلب الحصول على مترجمين فوريين و/أو المراسلات بلغات أو صيغ أخرى مثل الطباعة بأحرف كبيرة. ونجري أيضاً تعديلات في الحدود المعقولة للأشخاص ذوي الإعاقة. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، اتصل بالرقم المجاني الموجود على بطاقة مُعرّف العضوية (TTY 711).

إذا كنت تعتقد أننا أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو مارسنا التمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة، فيمكنك إرسال شكوى إلى منسق الحقوق المدنية:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

UHC_Civil_Rights@uhc.com

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى، فاتصل بالرقم المجاني الموجود على بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك (TTY 711).

كما يمكنك أيضاً التقدم بشكوى بشأن الحقوق المدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية:

عبر الإنترنت: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

هاتف: 1-800-368-1019، 800-537-7697 (TDD)

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

تتوفر نماذج الشكاوى على هذا الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

يتوفر هذا الإشعار على

<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Haitian French Creole: ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt 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.

Ukrainian: УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मदतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आईडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Somali: DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

Russian: ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

Swahili: ANGALIA: Tafsiri na huduma zingine za usaidizi wa lugha zinapatikana bila gharama kwako. Ikiwa unahitaji msaada, tafadhali piga simu ya bila malipo iliyo kwenye kitambulisho chako cha mwanachama.

French: ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

Kinyarwanda: ICYITONDERWA: Serivisi z'ubusemuzi n'ubundi bufasha bw'indimi uzihabwa nta kiguzi utanze. Niba ukeneye ubufasha, hamagara nimeru itishyurwa iri ku ikarita yawe iranga umunyamuryango.

Uzbek: DIQQAT: Tarjima va boshqa til bo'yicha yordam xizmatlari sizga bepul taqdim etiladi. Agar yordam zarur bo'lsa, a'zo identifikatsiya kartasidagi bepul raqamga telefon qiling.

Pashto: پاملرنه: د ژباړې او د ژبي نور د مرستې خدمتونه تاسو ته وړيا شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتيا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړۍ پیژندنې کارت کې ورکړل شوي وړيا شمیرې ته زنگ ووهئ.

Vietnamese: CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

Tigrinya: ኣስተውዕል: ናይ ትርጉምን ካልእ ናይ ቋንቋ ኣገዝ ኣገልግሎታትን ብዘይ ዝኾነ ወጻኢታት ይወሃበኩም። ኣገዝ ምስ እትደልዩ ብኽብረትኩም ናብቲ ኣብ ናይ ኣባል መለለዪ ካርድኹም ዘሎ ነጻ ቁጽሪ ደውሉ።

Dari: توجه: خدمات ترجمانی و دیگر مساعدت لسانی به قسم رایگان برای شما قابل دسترس است. اگر به کمک ضرورت پیدا کردید، لطفاً به نمبر رایگان مندرج در کارت هویت اعضا به تماس شوید.

الملحق (أ)

مدير المزايا الصيدلانية الوحيد المتعاقد Ohio Single Pharmacy Benefit Manager (SPBM)

1. محتويات كتيب الأعضاء

1-1 الهوية المؤسسية

Gainwell Technologies هي شركة لديها أكثر من 50 عامًا من الخبرة المثبتة وتتمتع بسمعة قوية في تقديم خدمات متميزة وخبرة لا تُضاهى. لا تعمل شركة Gainwell تحت أي أسماء تجارية أو تشغيلية أخرى. في Gainwell، كل ما نقوم به يتمحور حول الإنسان. وتتمثل مهمة Gainwell في تمكين عملائها من خلال التقنيات والحلول المبتكرة لتحقيق نتائج صحية وخدمات إنسانية استثنائية.

أنت الآن عضو في مدير المزايا الصيدلانية الوحيد (Single Pharmacy Benefit Manager (SPBM)). في Gainwell، نؤمن بأنك تستحق خدمات صيدلانية عالية الجودة، وينبغي أن تحصل على أحدث الخدمات التي نقدمها.

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

البريد الإلكتروني: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

إذا كنت تشك في وجود حالات احتيال من قبل موفر الرعاية أو العميل، يُرجى الاتصال بخطنا المجاني لمكافحة الاحتيال والهدر والإساءة على الرقم (TTY 1-833-655-2437) 1-833-491-0344 واختيار خيار الإبلاغ عن مخاوف بشأن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستعمال (Fraud, Waste, and Abuse).

2-1 الخدمات المتاحة

تغطي Gainwell جميع الأدوية التي تحتاج إلى وصفة طبية أو بدون وصفة طبية (OTC) والتي يغطيها برنامج Medicaid. نستخدم قائمة الأدوية المفضلة (PDL) وهي قائمة بالأدوية التي نفضل أن يصفها لك موفر الرعاية. قد نطلب من مقدم الوصفة الطبية تقديم طلب تصريح مسبق، حيث يقدم معلومات إضافية تشرح سبب الحاجة إلى دواء معين و/أو لجرعة أو كمية معينة من الدواء.

الخدمات التالية متوفرة لدعم أي احتياجات إضافية قد تكون لديك:

- الترجمة الشفوية
- خدمات الترجمة
- الأدوات المساعدة والخدمات الإضافية
- معلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة بما في ذلك طريقة برايل والطباعة الكبيرة

1-2-1 قائمة الأدوية المفضلة (PDL)

تستخدم Gainwell قائمة الأدوية المفضلة (PDL) وهي قائمة بالأدوية التي نفضل أن يصفها لك موفر الرعاية. يمكنك العثور على نسخة من قائمة الأدوية المفضلة (PDL) في المواقع التالية:

- تحت علامة التبويب المواد المرجعية Reference Material على: <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بك في Gainwell على <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- الموقع الإلكتروني لصيدلية إدارة Ohio Department of Medicaid بولاية أوهايو على: <https://medicaid.ohio.gov/stakeholders-and-partners/phm/unified-pdl>
- يمكن طلب نسخة ورقية عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437)

2-2-1 التصاريح المسبقة

قد يُطلب من مُقدم الوصفة الطبية تقديم طلب تصريح مسبق لبعض الأدوية الموصوفة لك. تقبل Gainwell طلبات الحصول على التصاريح المسبقة عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد أو البوابة الإلكترونية، أو التصريح الإلكتروني المسبق (ePA). في هذه الحالات، يقوم موفر الرعاية الخاص بك بإرسال طلب تصريح إلى فريق Gainwell Pharmacy Services، حيث يتم إجراء مراجعة سريرية للدواء الذي وصفه لك مقدم الوصفة الطبية. يعمل فريق Gainwell Pharmacy Services بشكل وثيق مع طبيبك لتقديم أفضل قرار سريري. سوف تصلك رسالة عبر البريد تتضمن نتيجة القرار الذي تم اتخاذه.

إذا كنت لا تتفق مع القرار الذي اتخذته Gainwell، فسنقوم بإرسال معلومات مفصلة إليك حول كيفية تقديم طلب استئناف للقرار.

لديك خيار الاتصال بخدمات الأعضاء مجاناً على الرقم 1-833-491-0344

(TTY 1-833-655-2437) للحصول على معلومات بخصوص قائمة الدواء المفضلة، والأدوية التي

قد تتطلب موافقة مسبقة، أو طرح أي أسئلة قد تكون لديك بخصوص الأدوية. يمكنك الوصول إلى قائمة الأدوية المفضلة وقائمة الأدوية التي تتطلب تصريحاً مسبقاً عبر الإنترنت على الرابط: <https://spbm.medicaid.ohio.gov> من المهم أن تشير أنت و/أو مُقدم الوصفة الطبية إلى قائمة الأدوية المفضلة و/أو التي تتطلب تصاريح مسبقة في كل مرة يكون لديك أسئلة، حيث أن هذه القوائم هي وثائق عرضة للتغيير.

3-2-1 إستراتيجيات إدارة الانتفاع من الصيدلية

سيتم استخدام قائمة الأدوية المفضلة مع كل مراجعة تصريح مسبق يتم إكمالها بواسطة فريق Gainwell Pharmacy Services. عندما يكون الحصول على التصريح المسبق مطلوباً، يجب على Gainwell الموافقة على طلب مُقدم الوصفة الطبية قبل أن تتمكن من صرف دوائك في الصيدلية المفضلة لديك داخل الشبكة. قد تكون هناك ضرورة للتصريح المسبق في الحالات التالية:

- توفر دواء عام أو مثيل (generic drug)
- إمكانية إساءة استخدام/تعاطي الدواء المطلوب
- وجوب تجربة أدوية أخرى أولاً
- تجاوز حدود الكمية للدواء المطلوب
- الدواء الذي وصفه لك موفر الرعاية غير مدرج في قائمة الأدوية المفضلة (PDL)

عادةً ما تتضمن قائمة الأدوية المفضلة خيارات دوائية متعددة لعلاج حالة معينة. وتسمى هذه الأدوية المختلفة بالأدوية "البديلة" وهي فعالة مثل الأدوية الأخرى دون أي آثار جانبية إضافية أو مشاكل صحية.

الأسباب التي تستلزم من مُقدم الوصفة الطبية تقديم طلب تصريح مسبق لبعض الأدوية الموصوفة لك، قد تشمل:

العلاج المرحلي - في بعض الحالات، تتطلب خطتنا منك تجربة بعض الأدوية أولاً لعلاج حالتك الطبية.

البديل العام - في مثل هذه الحالات، يتوجب على الصيدلية توفير دواء عام بدلاً من الدواء ذي العلامة التجارية، إذا كان متاحاً. الأدوية العامة آمنة وفعالة مثل الأدوية ذات العلامات التجارية ويجب وصفها أولاً.

التبادل العلاجي - في بعض الحالات لا يمكنك تناول الدواء لأسباب مثل الحساسية أو عدم تحمل الدواء وما إلى ذلك، فقد لا يكون الدواء مناسباً لك وقد يكتب لك مُقدم الوصفة الطبية وصفة لدواء غير موجود في قائمة الأدوية المعتمدة.

الأدوية المتخصصة - هذه عملية مراجعة لدواء يُعد أكثر تعقيداً لعلاج مرض محدد، ويحتاج إلى عناية خاصة وإجراءات محددة أثناء عملية تقييم التصريح المسبق. بالنسبة لهذه الأدوية، قد يتعين عليك الحصول عليها من صيدلية متخصصة. وسوف يعمل مُقدم الوصفة الطبية مع Gainwell Pharmacy Services للتأكد من حصولك على الدواء الذي تحتاجه في أسرع وقت ممكن.

4-2-1 الخدمات المستثناة

لن تقوم Gainwell بتغطية التكاليف الخاصة بالفئات التالية، حيث لا يشملها برنامج الصيدلة التابع لـ Medicaid في Ohio:

- أدوية علاج السمنة
- أدوية علاج العقم
- أدوية علاج ضعف الانتصاب
- أدوية DESI أو الأدوية التي قد تم تحديدها على أنها متطابقة أو مماثلة أو ذات صلة
- الأدوية المؤهلة للتغطية بموجب القسم (د) من برنامج الرعاية الطبية
- الأدوية المتاحة دون وصفة طبية والتي لا يتم إدراجها وفقًا للفقرة (ج) من قانون أوهايو الإداري OAC القاعدة 5160-9-03
- الأدوية المستخدمة لأغراض غير معتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) ما لم تكن مدعومة بأدلة سريرية مقنعة

5-2-1 الخدمات الإضافية

يستطيع فريق صيدلية Gainwell كذلك مساعدتك في الخدمات أدناه عن طريق الاتصال بمكتب مساعدة الأعضاء الخاص بك على الرقم **1-833-491-0344** (TTY 1-833-655-2437). يمكنك أيضًا الوصول إلى هذه المعلومات على بوابة العضوية الخاصة بك عن طريق تسجيل الدخول عبر الرابط <https://spbm.medicaid.ohio.gov>.

- تحديد صيدلية لصرف الوصفة الطبية التي أعطاها لك موفر الرعاية
- التحقق من أن لديك تغطية صيدلانية نشطة وفعالة
- الحصول على المستلزمات الخاصة بمرضى السكري من خلال مزايا الصيدلية الخاصة بك
- الحصول على معدات طبية مُعمّرة (DME) من خلال مزايا الصيدلية المعنية

3-1 طلب الطعون أو التظلمات أو جلسات الاستماع في الولاية

التظلم

إذا كنت غير راضٍ عن أي شيء يتعلق بـ Gainwell Pharmacy Services أو موفري الرعاية لدينا، يُرجى الاتصال بنا في أقرب وقت ممكن. ويطلق على هذه الشكوى اسم التظلم،

للاتصال بنا يمكنك:

- الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-833-491-0344** (TTY 1-833-655-2437) واختار الخيار 1
- للتحدث مع أحد أعضاء فريق المساعدة في صيدلية Gainwell (فريق Gainwell Pharmacy Help Desk)
- قم بملء نموذج التظلم/الطعن الموجود في كُتيب العضوية هذا وأرسله بالبريد إلى Gainwell Pharmacy Services على العنوان أدناه أو عبر الإنترنت من خلال بوابة الأعضاء
- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط <https://spbm.medicaid.ohio.gov>

- اكتب رسالة تخبرنا فيها أنك غير راضٍ. يُرجى التأكد من إدراج اسمك الأول واسم العائلة، ومعرّف عضوية Medicaid الخاص بك، وعنوانك، ورقم هاتفك حتى نتمكن من التواصل معك إذا لزم الأمر. يمكنك إرسال نموذجك أو رسالتك عبر البريد الإلكتروني أو البريد.

البريد الإلكتروني: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

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

- بمجرد اتصالك بـ Gainwell لتقديم التظلم، سنقوم بالمتابعة معك عبر الهاتف أو البريد أو أي وسيلة مناسبة ضمن الأطر الزمنية أدناه:
- يومي عمل (2) للتظلمات من عدم القدرة على الحصول على الأدوية التي تحتاجها
 - ثلاثين (30) يوماً تقويمياً لجميع التظلمات الأخرى

الطعن

إذا وصلك منا إشعار لا تتفق معه، يجوز لك التقدم بطلب طعن خلال ستين (60) يوماً تقويمياً من تاريخ استلامه. وسوف تقوم Gainwell بالرد على طلب الطعن المقدم خلال خمسة عشر (15) يوماً تقويمياً من تاريخ تواصلك معنا. إذا شعرت أن فترة خمسة عشر (15) يوماً تقويمياً قد تشكل تهديداً جدياً لحياتك أو صحتك الجسدية أو العقلية، أو قد تعيق قدرتك على تحقيق الوظيفة بشكل كامل أو الحفاظ عليها أو استعادتها، يُرجى الاتصال بخدمات أعضاء Gainwell على الرقم المدرج أدناه في أسرع وقت ممكن لتسريع عملية مراجعة طلبك. لتقديم طلب الطعن، يمكنك:

- الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) واختار الخيار 1 للتحديث مع أحد أعضاء فريق المساعدة في صيدلية Gainwell (فريق Gainwell Pharmacy Help Desk)
- ملء نموذج التظلم/الطعن الموجود في كتيب العضوية هذا وإرساله بالبريد إلى Gainwell Pharmacy Services على العنوان أدناه أو استكماله عبر الإنترنت من خلال بوابة الأعضاء
- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط <https://spbm.medicaid.ohio.gov>
- اكتب رسالة. يُرجى التأكد من إدراج اسمك الأول واسم العائلة، ومعرّف عضوية Medicaid الخاص بك، وعنوانك، ورقم هاتفك حتى نتمكن من التواصل معك إذا لزم الأمر. يمكنك إرسال نموذجك أو رسالتك عبر البريد الإلكتروني أو البريد.

البريد الإلكتروني: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

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

تفاصيل الخطوة الأخرى

يرجى تضمين المعلومات التالية عند تقديم الطعن:

- اسمك ورقم معرف Medicaid الموجود في بطاقتك
- اسم مقدّم الوصفة لك
- السبب وراء عدم موافقتك على النتيجة التي قدمتها Gainwell
- تقديم أي مستندات أو معلومات تدعم طلبك بخصوص إلغاء القرار

يتعين على Gainwell الرد على طلب الطعن المقدم خلال خمسة عشر (15) يومًا تقويميًا من تاريخ تواصلك معنا. إذا لم نغير قرارنا، سنخطر كتابيًا بذلك، وسيكون لك الحق في تقديم طلب لعقد جلسة استماع بالولاية. عليك أولاً إكمال إجراءات طلب الطعن قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع بالولاية.

في حال احتجنا إلى وقت إضافي لاتخاذ قرار بشأن التظلم أو الطعن، سنقوم بإرسال رسالة لإبلاغك بأننا نحتاج إلى مدة إضافية تصل إلى أربعة عشر (14) يومًا تقويميًا. ستوضح لك هذه الرسالة أيضًا الأسباب التي تدفعنا إلى طلب وقت إضافي لإتمام معالجة طلبك.

جلسة الاستماع بالولاية

يجب عليك إكمال إجراءات الطعن المتبعة لدى Gainwell قبل أن تتمكن من طلب جلسة استماع بالولاية. جلسة الاستماع في الولاية؛ هي اجتماع بينك أو بين ممثلك المفوض وشخص من إدارة خدمات العمل والأسرة التابعة للمقاطعة (County Department of Job and Family Services)، وشخص من Gainwell، وقاضي جلسة الاستماع من مكتب جلسات الاستماع في الولاية التابع لدائرة خدمات العمل والأسرة في أوهايو (ODJFS). في هذا الاجتماع، سوف تشرح لماذا تعتقد أن Gainwell Pharmacy Services لم تتخذ القرار الصحيح وسوف تشرح Gainwell أسباب اتخاذ القرار. يصدر قاضي جلسة الاستماع قراره بناءً على القواعد واللوائح المعمول بها، بالإضافة إلى المعلومات والأدلة المقدمة خلال الجلسة.

إذا لم نقم بتعديل قرارنا بعد مراجعة طلب الطعن الذي تقدمت به إلى Gainwell، فسيتم إعلامك بحقك في التقدم بطلب لعقد جلسة استماع بالولاية. إذا كنت ترغب في طلب جلسة استماع بالولاية، فيجب عليك أو على ممثلك المفوض طلب جلسة استماع خلال تسعين (90) يومًا تقويميًا من تاريخ رفض Gainwell لطلب الطعن الذي قدمته.

لطلب جلسة استماع، يمكنك التوقيع على نموذج جلسة الاستماع بالولاية وإعادته إلى العنوان أو إلى رقم الفاكس المدرج في النموذج، أو الاتصال بمكتب جلسات الاستماع بالولاية على الرقم 1-866-635-3748 (TTY/TDD 614-728-2985)، أو تقديم طلبك عبر البريد الإلكتروني إلى bsh@jfs.ohio.gov. إذا كنت بحاجة إلى معلومات حول الخدمات القانونية المجانية، يُرجى الاتصال بجمعية الخدمات القانونية لولاية أوهايو (Ohio State Legal Services Association) على الرقم 1-800-589-5888، للحصول على رقم مكتب المساعدة القانونية المحلي القريب منك.

وتصدر قرارات جلسات الاستماع في الولاية عادة في موعد لا يتجاوز 70 يومًا تقويميًا بعد استلام الطلب. إذا تبين أن الحالة الصحية تستوفي معايير الحصول على قرار عاجل، سيتم إصدار القرار في أسرع وقت ممكن وفقًا لاحتياجات الحالة، على ألا يتجاوز ذلك 3 أيام عمل من تاريخ استلام الطلب. تُتخذ القرارات العاجلة في الحالات التي قد يؤدي فيها اتخاذ القرار ضمن الإطار الزمني المعتاد للمراجعة إلى تعريض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق أقصى مستوى من الوظائف أو الحفاظ عليه أو استعادته للخطر بشكل جسيم.

4.1 التوصيات بالتغيير

بصفتك عضوًا في Gainwell Pharmacy Services، يحق لك تقديم توصيات تتعلق بالحقوق والمسؤوليات المرتبطة بتغطية أدويةك.

يمكن إرسال التوصيات عبر البريد الإلكتروني إلى Gainwell Pharmacy Services على العنوان OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 833-491-0344 (TTY/TDD 614-728-2985).

5-1 الوصول إلى الصيدليات

تتيح لك Gainwell Pharmacy Services الوصول إلى بوابة مخصصة للأعضاء لتسجيل الدخول وإدارة احتياجاتك الصيدلانية. لتسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الشخصية الخاصة بك، تفضل بزيارة <https://spbm.medicaid.ohio.gov> وقم بتسجيل الدخول باستخدام بياناتك الشخصية التي قمت بإدخالها عند إعداد حسابك.

للتسجيل للحصول على حساب من خلال بوابة أعضاء Gainwell، يمكنك اتباع التعليمات الموجودة على الموقع الإلكتروني على الرابط <https://spbm.medicaid.ohio.gov> أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437) للتحديث مع أحد ممثلي Gainwell Pharmacy Services والحصول على المساعدة خطوة بخطوة في عملية تسجيل الدخول.

6-1 أدوية الطوارئ لمرضى العيادات الخارجية

في حالات الطوارئ، تُتاح لك إمكانية الحصول على صرفية لمدة 72 ساعة (3 أيام) من الأدوية التي تعتبر ضرورية من الناحية الطبية. إذا واجهتك أي صعوبات خلال هذه الإجراءات يرجى الاتصال على Gainwell Pharmacy Services على الرقم 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437).

7-1 بيان عدم التمييز

تتبع Gainwell Pharmacy Services القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها في شأن الحقوق المدنية التي توفر لك الحماية ضد التمييز أو المعاملة غير العادلة. نحن لا نمارس أي تمييز ضد أي شخص بسبب عمره أو عرقه أو لونه أو أصله القومي أو دينه أو جنسه أو هويته الجنسية أو توجهه الجنسي أو حالته الاجتماعية أو إعاقته العقلية أو الجسدية أو تاريخه الطبي أو حالته الصحية أو معلوماته الجينية أو أدلة إمكانية التأمين عليه أو الحالة العسكرية أو وضع المحاربين القدامى أو النسب أو الحاجة إلى الخدمات الصحية لتلقي أي من الخدمات المغطاة أو الموقع الجغرافي.

تفاصيل الخطة الأخرى

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

إذا كنت بحاجة إلى أي من الخدمات الإضافية أدناه، يُرجى الاتصال بخدمة الأعضاء على الرقم المجاني **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**) للتحديث إلى أحد أعضاء الفريق دون أي تكلفة إضافية:

- الترجمة الشفوية
- خدمات الترجمة
- الأدوات المساعدة والخدمات الإضافية
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الإسبانية والصومالية والعربية
- معلومات مكتوبة بتنسيقات بديلة بما في ذلك طريقة برايل والطباعة بأحرف الكبيرة

8-1 بيان شبكة موفري الرعاية

تتعاون شركة Gainwell مع الصيدليات القريبة من منزلك لصرف الوصفات الطبية، مما يتيح لك الوصول بسهولة إلى احتياجاتك الدوائية. تقدم العديد من الصيدليات خدمات تشمل توصيل الوصفات الطبية إلى المنزل، وإدارة الأدوية، وتوفير المساعدة في حال كان لديك صعوبات في اللغة الإنجليزية، أو مشاكل في السمع أو البصر، أو إعاقة تحتاج إلى دعم إضافي. تتوفر أيضاً صيدليات متخصصة تقدم الأدوية التي تتطلب شروطاً خاصة للتعامل معها وتخزينها وتوزيعها، وذلك لعلاج الأمراض عالية الخطورة أو المعقدة أو النادرة. إذا كانت هناك أي تغييرات في هذه الصيدليات، فسنحرص على إبلاغك عبر الموقع الإلكتروني، أو بوابة أعضاء Gainwell، أو البريد الإلكتروني، وفقاً لما تم تحديده في طلب وسيلة الاتصال المفضلة لديك.

لا تغطي Gainwell عمليات صرف الوصفات الطبية في الصيدليات غير المسجلة (خارج الشبكة) لتوزيع الأدوية لأعضاء Medicaid في Ohio، والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الصيدليات البعيدة عن منزلك، باستثناء حالات الطوارئ (إذا كنت خارج الولاية في حالة طوارئ أو إذا لم تتمكن الصيدلية في أوهايو من توفير الدواء).

9-1 شبكة موفري خدمات الصيدليات

يمكنك الحصول على معلومات حول كيفية تحديد موقع الصيدلية المغطاة ضمن شبكتك من خلال زيارة دليل Pharmacy Provider Directory على الإنترنت على الرابط <https://spbm.medicaid.ohio.gov> أو من خلال تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بك في Gainwell على الرابط <https://spbm.medicaid.ohio.gov> يمكن طلب نسخة ورقية من دليل Pharmacy Provider Directory عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-833-491-0344** (TTY **1-833-655-2437**).



نحن هنا من أجلك

تذكّر، نحن مستعدون للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك. ما عليك سوى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **TTY 711, 1-800-895-2017** ويمكنك أيضًا زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
5600 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

myuhc.com/CommunityPlan

TTY 711, 1-800-895-2017

United
Healthcare®
Community Plan

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

