



4349 Easton Way, Suite 200
Columbus, Ohio 43219

1-866-246-4358
TTY/TDD 1-800-750-0750
BuckeyeHealthPlan.com



Buckeye Health Plan

دليل الأعضاء

المنطقة الوسطى / الجنوبية الشرقية



1-866-246-4358
TDD/TTY: 1-800-750-0750

BuckeyeHealthPlan.com

إشعار

إذا واجهتك أي مشاكل في قراءة أو فهم هذه المعلومات أو أي معلومات أخرى عن Buckeye Health Plan (Buckeye)، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لدينا على رقم الهاتف 1-866-246-4358 (أو خط TTY رقم 1-800-750-0750) لطلب المساعدة مجاناً. يمكننا المساعدة في شرح هذه المعلومات أو تقديم المعلومات شفهيًا، باللغة الإنجليزية أو بلغتك الأساسية. كما يمكن أن توفر هذه المعلومات في صيغة مطبوعة بالنسبة للغات معينة أو بوسائل أخرى. إذا كنت تعاني من إعاقة بصرية أو سمعية، يمكننا تقديم مساعدة خاصة.

يمكنك أيضًا الحصول على المعلومات عن Buckeye على موقعنا الإلكتروني www.buckeyehealthplan.com. ويمكن لكل الأعضاء أن يتواصلوا مع Buckeye عبر هذا الموقع الإلكتروني. سيتم الرد على كل استفسار خلال يوم عمل من استلام الرسالة عبر موقعنا الإلكتروني. يشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الطلبات الخاصة بمعلومات العضو مثل بطاقات العضوية ودلائل الأعضاء وإرشادات مزود الخدمة. الخدمات الأخرى المقدمة على الموقع الإلكتروني تشمل:

- الأخبار والأحداث
- بحث مزود الخدمة عن الأطباء والأخصائيين والمرافق
- معلومات عن البرنامج

دليل الأعضاء هذا يُعمل به بدايةً من ديسمبر 2014.

دليل الاعضاء أرقام هواتف هامة

الطوارئ: 911 أو رقم الطوارئ المحلي

خدمات أعضاء Buckeye: 1-866-246-4358

NurseWise®: 1-866-246-4358، الاختيار رقم 7

Ohio Relay Service: خط TTY فقط: 1-800-750-0750

مواعيد تقديم الخدمات للأعضاء في الأيام من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 7 صباحًا إلى 7 مساءً، باستثناء الإجازات. تغلق Buckeye في الإجازات التالية:

- عيد رأس السنة
- عيد ميلاد مارتن لوثر كينج الابن
- عيد الشهاداء
- عيد الاستقلال
- عيد العمال
- عيد الميلاد (الكريسماس)
- عيد الشكر

ستغلق Buckeye أيضًا ليومين إضافيين على مدار السنة. سنقوم بإبلاغ الأعضاء عن فترات غلق المكتب هذه قبل 30 يومًا على الأقل من ميعاد الغلق.

الإجازة التي توافق يوم سبت ستؤخذ في يوم الجمعة السابق لها. والإجازة التي توافق يوم أحد ستؤخذ في يوم الاثنين اللاحق لها.

خط أوهايو الساخن للمستهلك: 1-800-324-8680

خط TTY: 1-800-292-3572

اسم مقدم الخدمات الرئيسي (PCP): _____

رقم الهاتف لمقدم الخدمات الرئيسي (PCP): _____

رقم الاتصال بعد ساعات العمل لمقدم الخدمات الرئيسي (PCP): _____

اسم مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) لطفلك: _____

رقم هاتف مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) لطفلك: _____

رقم هاتف الاتصال بعد ساعات العمل بمقدم الخدمات الرئيسي (PCP) لطفلك: _____

الصيدلية التي تتعامل معها: _____

رقم هاتف الصيدلية: _____

طبيب الأسنان الخاص بك: _____

رقم هاتف طبيب الأسنان: _____

4	معاني الكلمات التي ستقابلك في هذا الدليل.
5	الترحيب
6	بطاقة العضوية الخاصة بك
7	معلومات العضو الجديد
8	الخدمات واستحقاقات البرنامج
8	الخدمات التي تشملها التغطية
9	الفحص الصحي
12	خدمات الصحة النفسية/ إساءة استعمال المواد المخدرة
13	الخدمات واستحقاقات البرنامج الإضافية المتاحة
13	برنامج Start Smart for Your Baby®
13	برنامج Be Well! التحفيزي
14	بطاقة CentAccount الخاصة بك
14	النقل
15	خدمات النظر (الإبصار)
15	خدمات رعاية الأسنان
16	فترة الراحة
16	NurseWise
16	برنامج الربو
17	برنامج MemberConnections
18	تذكيرات الرعاية الصحية
18	النشرات الإخبارية للأعضاء
18	إدارة الرعاية
20	خدمات لا تغطيها Buckeye
21	مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الخاص بك
21	اختيار وتغيير مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الخاص بك
22	الرعاية بعد انتهاء ساعات العمل وأثناء التواجد بعيداً عن المنزل وفي الطوارئ
24	العقاقير الموصوفة طبياً
25	التظلمات (الشكاوى)
25	الالتماسات
26	جلسات الاستماع
28	نموذج التظلمات/ الاستئناف
29	إنهاء العضوية
29	فقدان أهلية الحصول على استحقاقات Medicaid
29	إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)
29	التجديد التلقائي لعضوية برنامج الرعاية المُدار (MCP)
29	إنهاء عضويتك في برنامج الرعاية المُدار (MCP)
29	اختيار برنامج جديد
30	إنهاء العضوية لسبب وجيه
31	أمور يجب وضعها في الاعتبار إذا أنهيت عضويتك
31	الحالات الاختيارية لإنهاء العضوية
32	هل يمكن أن تقوم Buckeye بإنهاء عضويتي؟
33	حقوقك بموجب العضوية
35	مسؤولياتك كعضو
36	معلومات أخرى
37	الإصابة العرضية أو المرض (الطول)
37	برامج التأمين الصحي الأخرى (تنسيق الاستحقاقات - COB)
38	إشعار الخصوصية
44	التوجيه المسبق

دليل الأعضاء مرحباً بك



معاني الكلمات التي ستقابلك في هذا الدليل

استحقاقات البرنامج:

خدمات الرعاية الصحية التي تغطيها Buckeye Health Plan

الطوارئ:

خدمات الطوارئ هي التي تُقدّم فيما يتعلق بمشكلة طبية ترى أنها خطيرة جداً بحيث يجب معالجتها فوراً بواسطة طبيب.

التظلمات:

شكوى بخصوص Buckeye أو حد مقدمي الخدمات التابعين لنا.

الفحص الصحي:

برنامج للخدمات الصحية الوقائية الشاملة متاح لمستخدمي Medicaid منذ الولادة وحتى اليوم السابق لإتمام سن 21 سنة. هذا البرنامج مصمم للحفاظ على الصحة عن طريق توفير التدخل المبكر لاكتشاف ومعالجة المشاكل الصحية.

بطاقة التعريف (بطاقة العضوية):

بطاقة تُمنح لكل عضو من أعضاء Buckeye سيحتاجها مكتب الطبيب المعالج لك قبل أن تتمكن من الحصول على الرعاية.

MHA:

إدارة الصحة النفسية والإدمان في أوهايو.

مقدم الخدمات المشارك:

طبيب أو مستشفى أو أي مقدم رعاية صحية آخر مرخص وقع على عقد مع Buckeye لتقديم الرعاية لأعضائنا.

مقدم الخدمات الرئيسي (PCP):

هو مقدم الرعاية الصحية الشخصية الخاص بك (الذي يجب أن يكون مشتركاً مع Buckeye). سيكون مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الخاص بك طبيب فرد أو مجموعة أطباء ممارسين أو ممرضة ممارسة متقدمة المستوى أو مجموعة ممرضات ممارسات متقدمات المستوى تم تدريبهن على طب الأسرة (الممارسة العامة) أو الطب الباطني أو طب الأطفال.

التصريح المسبق:

عملية الحصول على موافقة مسبقة من Buckeye فيما يخص مدى ملائمة الخدمة أو الدواء. لا يضمن التصريح المسبق الحصول على التغطية التأمينية. سيقوم طبيبك بتقديم طلب تصريح مسبق إلى Buckeye للحصول على الموافقة بتغطية خدمات معينة. وإذا لم توافق Buckeye على الطلب، سنبلغك بذلك ونقدم لك معلومات عن عملية التظلم والاستئناف في Buckeye وحقق في عقد جلسة استماع. بالإضافة إلى ذلك، قد تخضع خدمات المرضى الداخليين إلى مراجعة متزامنة لمراقبة التقدم والحاجة الطبية لتقديم الرعاية للمرضى الداخليين.

الإحالة:

عملية تقديم مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الخاص بك لتوصيات أو طلبات بتقديم خدمات لك قبل أن تتمكن من الحصول عليها. سيقوم مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) بالاتصال والترتيب لهذه الخدمات من أجلك؛ وسوف يسلمك موافقة خطية تحضرها معك عند تلقي الخدمات التي تمت إحالتك إليها؛ أو يخبرك فقط بما عليك فعله. وفي بعض الحالات قد تصرح Buckeye لأحد الأخصائيين بإتمام الإحالات من أجلك.

الأخصائي:

طبيب يقدم خدمات صحية من نوع معين مثل أخصائي الأقدام (طبيب الأقدام) أو أخصائي القلب (طبيب القلب).

مرحباً بك مع BUCKEYE HEALTH PLAN

مرحباً بكم مع Buckeye Health Plan (Buckeye)، إحدى الشركات الفرعية التابعة لشركة Centene. أنت الآن عضو في برنامج تأمين رعاية صحية، يُطلق عليه أيضاً برنامج الرعاية المدار (MCP). تقدم Buckeye Health Plan خدمات الرعاية الصحية إلى سكان أوهايو المؤهلين من المسنين والمصابين بالعمى أو المعاقين والعائلات والأطفال الذين تشملهم التغطية (بما في ذلك برنامجي Healthy Start و Healthy Families)، والمستفيدين من تمديد Medicaid في أوهايو للكبار الذين يتلقون خدمات الرعاية الصحية من خلال برامج الرعاية المدارة (MCPs).

لا يجوز لشركة Buckeye التمييز على أساس النوع أو اللون أو الدين أو الجنس أو الميل الجنسي أو العمر أو الإعاقة أو الأصل القومي أو حالة المحاربين القدامى أو سلسلة النسب أو الحالة الصحية أو الحاجة إلى الخدمات الصحية فيما يتعلق بأحقية الحصول على الخدمات الصحية.

من المهم تذكّر أنه من الواجب عليك تلقي الخدمات التي تغطيها Buckeye من المنشآت و/ أو مقدمي الخدمات المدرجين على لائحتها. انظر صفحات 8-19 للحصول على معلومات عن الخدمات التي تغطيها Buckeye. الحالة الوحيدة التي يُسمح فيها باستخدام خدمات مقدمي خدمة غير المدرجين على لائحة Buckeye تتمثل فيما يلي:

- خدمات الطوارئ
- المراكز الصحية الفيدرالية المؤهلة/العيادات الصحية الريفية
- الممرضات القابلات المعتمدات أو الممرضات الممارسات المعتمدات
- مقدمو خدمة تنظيم الأسرة المؤهلين
- مراكز الصحة النفسية المجتمعية المعتمدة والمراكز العلاجية التابعة لإدارة خدمات الصحة النفسية والإدمان في أوهايو
- المراكز العلاجية المعتمدة من إدارة خدمات إدمان الكحول والعقاقير في أوهايو
- مقدم خدمة من غير المدرجين على لائحة Buckeye مصرح لك بالتعامل معه

إذا اتصلت بخط Medicaid الساخن لاختيار برنامج رعاية مدار (MCP)، سيتم سؤالك عما إذا كنت تريد الحصول على معلومات لائحة مقدمي الخدمة في صيغة دليل مطبوع لمقدمي الخدمة أو عبر الإنترنت. وإذا طلبت الحصول على دليل مطبوع، يجب أن تحصل أيضاً على دليل بمقدمي الخدمة. يحتوي دليل مقدمي الخدمة على كل أسماء مقدمي الخدمة المدرجين على لائحتنا وكذا مقدمي الخدمة غير المدرجين على لائحتنا الذين يمكنك الاستعانة بهم للحصول على الخدمات. أما إذا لم تتصل بخط Medicaid الساخن وتم تعيين برنامجنا لك، يمكنك طلب دليلاً مطبوعاً بمقدمي الخدمة عن طريق الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء أو إعادة البطاقة البريدية التي حصلت عليها مع بطاقة تعريف العضو الخاصة بك. وإذا كنت تريد استخدام الإنترنت، قم بزيارة موقعنا الإلكتروني على للاطلاع على معلومات لائحة مقدمة الخدمة المحدثة.

بطاقات العضوية

بطاقات التعريف (العضوية) (ID)

ينبغي أن تكون قد حصلت على بطاقة عضوية من Buckeye. وكل فرد من أفراد عائلتك انضم إلى Buckeye سيحصل على البطاقة الخاصة به. هذه البطاقات تحل محل بطاقة Medicaid الشهرية الخاصة بك. وكل بطاقة تعتبر صالحة طالما كان الشخص عضوًا في Buckeye. ذلك مع العلم بأنك لن تحصل على بطاقة جديدة كل شهر كما كان الحال مع بطاقة Medicaid.

إذا كنت حامل، ستحتاجين إلى إبلاغ Buckeye والاتصال أيضًا عند ولادة طفلك حتى يمكننا أن نرسل إليك بطاقة عضوية جديدة لطفلك.



(وجه بطاقة العضوية)



(ظهر بطاقة العضوية)

احرص دائمًا على أن تصطحب معك بطاقة أو بطاقات العضوية الخاصة بك في كل الأوقات

ستحتاج إلى بطاقة العضوية الخاصة بك في كل مرة تحصل فيها على الخدمات الطبية. يعني ذلك أنك ستحتاج إلى بطاقة عضوية Buckeye الخاصة بك في الحالات التالية:

- زيارة مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الخاص بك
- زيارة الأخصائي أو أي مقدم خدمات آخر
- دخول غرفة الطوارئ
- الانتقال إلى إحدى منشآت الرعاية العاجلة
- الانتقال إلى المستشفى لأي سبب
- الحصول على الإمدادات الطبية
- الحصول على وصفة طبية
- إجراء التحاليل الطبية

اتصل بخدمات أعضاء Buckeye التي تتبعها في أقرب وقت ممكن على رقم 1-866-246-4358 (أو عبر خط TTY على رقم 1-800-750-0750) في حالة:

- عدم حصولك على البطاقة أو البطاقات الخاصة بك بعد
- وجود خطأ في أي من معلومات البطاقة أو البطاقات
- فقدان البطاقة أو البطاقات الخاصة بك
- ولادة طفل لك

دليل الأعضاء

معلومات العضو

معلومات العضو الجديد

إذا كنت عضواً في برنامج الدفع مقابل الخدمة في Medicaid في الشهر السابق لانضمامك كعضو في Buckeye وكانت قد تمت الموافقة بالفعل على و/ أو تخطيط خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، من المهم أن تتصل بخدمات الأعضاء فوراً (اليوم أو بأسرع ما يمكن). قد نسمح لك في مواقف معينة، بعد تسجيلك بفترة وجيزة، بتلقي الرعاية من مقدم خدمة ليس على لائحة Buckeye لمقدمي الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، قد نسمح لك بالاستمرار في تلقي الخدمات المصرح بها من برنامج الدفع مقابل الخدمة في Medicaid. ومع ذلك، يجب أن تتصل بـ Buckeye قبل تلقي الرعاية. وإذا لم تتصل بنا، قد لا يمكنك تلقي الرعاية و/ أو لا يتم دفع المطالبة. على سبيل المثال، يجب أن تتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت الخدمات التالية موافق عليها و/ أو مخططة بالفعل:

- زراعة الأعضاء أو النخاع العظمي أو الخلايا الجذعية المكونة للدم
- تلقي الرعاية آخر ثلاثة أشهر قبل الولادة (الحمل)، بما في ذلك مرحلة الوضع
- جراحة المرضى الداخليين/الخارجيين
- حجز موعداً مع مقدم خدمات رئيسي أو متخصص
- حجز موعداً مع مقدم خدمات رئيسي
- العلاجات الكيميائية أو الإشعاعية
- العلاج بعد الخروج من المستشفى في آخر 30 يوماً
- خدمات الأسنان أو النظر غير الروتينية (مثل الدعامات أو الجراحة)
- الأجهزة الطبية
- الخدمات التي تلقاها في المنزل، بما في ذلك الصحة المنزلية والعلاجات والتمريض

بعد التسجيل، سيخبرك برنامج الرعاية المدار (MCP) الخاص بك عما إذا كانت الأدوية الحالية التي تستخدمها تتطلب تصريح عند الدفع من أجلها عن طريق برنامج الدفع مقابل الخدمة في Medicaid. من المهم جداً أن تنتظر في المعلومات التي يقدمها برنامج الرعاية المدار وتتصل بخدمات أعضاء البرنامج إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكنك أيضاً الاطلاع على الموقع الإلكتروني لبرنامج الرعاية المدار لمعرفة ما إذا كان الدواء أو الأدوية الخاصة تتطلب الحصول على موافقة مسبقة. وقد تحتاج إلى المتابعة مع مكتب الطبيب الذي وصف لك الأدوية لتقديم طلب تصريح مسبق إلى برنامج الرعاية المدار الخاصة بك عند الحاجة. وإذا كان الدواء أو الأدوية الخاصة بك تتطلب الحصول على تصريح مسبق، لا يمكنك الحصول على الدواء أو الأدوية حتى يقوم مقدم الخدمات الذي تتبعه بتقديم طلب إلى برنامج الرعاية المدار الخاص بك والموافقة عليه.

الخدمات والاستحقاقات



الخدمات التي تغطيها Buckeye

كعضو في Buckeye Health Plan، ستستمر في تلقي كل الخدمات المغطاة من قبل Medicaid والضرورية من الناحية الطبية بدون أي تكلفة بالنسبة لك. ومع ذلك، يمكن أن تختلف طريقة حصولك على الخدمات عن طريقة حصولك عليها في السابق. ومن المهم أن تقرأ المعلومات التالية التي تشرح كيف تحصل على الخدمات كعضو في Buckeye. إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Buckeye.

تغطي Buckeye كل الخدمات اللازمة طبيًا التي يغطيها برنامج Medicaid

- النقل بسيارة الإسعاف والسيارات المخصصة لنقل ذوي الاحتياجات الخاصة
- خدمات الممرضة القابلة المعتمدة
- خدمات الممرضة الممارسة المعتمدة
- خدمات تقويم العمود الفقري (الظهر)
- خدمات رعاية الأسنان (بما في ذلك فحوصات الفم الدورية لطفلين وشخص بالغ والتنظيف كل سنة، أي أكثر مما يقدمه برنامج الدفع مقابل الخدمة في Medicaid)
- خدمات العلاج النمائي للأطفال منذ الولادة وحتى سن ست سنوات
- الخدمات التشخيصية (أشعة إكس، المختبر)
- الأجهزة الطبية المعمرة
- خدمات الطوارئ
- خدمات ولوازم تنظيم الأسرة
- خدمات مركز صحي مؤهل على المستوى الفيدرالي أو خدمات العيادات الصحية الريفية
- خدمات مركز الولادة الدائم المجاني في مركز ولادة دائم مجاني (اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المراكز المؤهلة)
- خدمات الصحة المنزلية
- رعاية المحتضرين (رعاية الحالات المبنوس منها، مثل مرضى السرطان)
- خدمات المستشفى للمرضى الداخليين
- الإمدادات الطبية
- خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات
- خدمات منشآت التمريض للإقامة القصيرة بغرض إعادة التأهيل (اتصل بخدمات الأعضاء للتعرف على مقدمي الخدمات المتاحين؛ يمكن أن تقرر ODM الرجوع إلى برنامج الدفع مقابل الخدمة في Medicaid)
- خدمات التوليد (رعاية الأمومة - خدمات ما قبل الولادة وبعد الولادة بما في ذلك خدمات الحمل الخطر) وخدمات أمراض النساء
- خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين
- العلاج الطبيعي والمهني
- الفحص الجسدي المطلوب للتوظيف أو المشاركة في برامج التدريب الوظيفي إذا كان لا يتم توفير الفحص مجاناً من قبل مصدر آخر
- خدمات علاج الأرجل (الأقدام)
- العقاقير الموصوفة، بما في ذلك عقاقير معينة تُباع دون وصفة طبية
- فحوصات الثدي بالأشعة وفحوصات سرطان عنق الرحم (مسحة عنق الرحم) الوقائية
- خدمات مقدم الخدمات الرئيسي
- الغسيل الكلوي (أمراض الكلى)
- خدمات المد (بالنسبة لدخل الضمان الاجتماعي التكميلي - أعضاء برنامج دخل الضمان الاجتماعي (SSI) الأقل من 21 سنة)
- الكشف المبكر والاستشارة حول السمنة
- خدمات الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (المادة 5)
- الحقن (التطعيمات)
- الخدمات المتخصصة
- خدمات النطق والسمع، بما في ذلك الأجهزة المساعدة على السمع
- خدمات النظر (الإبصار)، بما في ذلك مجموعة مختارة واسعة من النظارات والعصا اللاصقة (أكثر من المتاح مع برنامج دفع رسم مقابل الخدمة في Medicaid)
- فحوصات صحة الأطفال (Healthchek) للأطفال دون سن 21 سنة
- الفحوصات السنوية لصحة البالغين

الخدمات والاستحقاقات

إذا تحتم عليك السفر 30 ميلاً فأكثر من منزلك لتلقي خدمات الرعاية الصحية التي تشملها التغطية، ستوفر لك Buckeye وسيلة نقل من وإلى مكتب مقدم الخدمة. يُرجى الاتصال برقم 1-866-531-0615 قبل 48 ساعة (يومي عمل) على الأقل لطلب المساعدة. وبالإضافة إلى مساعدة النقل التي توفرها Buckeye، يبقى بإمكان الأعضاء تلقي المساعدة فيما يتعلق بالنقل بالنسبة لخدمات معينة من خلال برنامج النقل غير الطارئ (NET) لخدمات العمل والأسرة التابع لإدارة المقاطعة المحلية. اتصل بإدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة ل طرح أي أسئلة أو طلب المساعدة باستخدام خدمات النقل غير الطارئ (NET).

تغطي Buckeye كل الخدمات اللازمة طبيًا التي يغطيها، بما في ذلك ما يلي:

- خدمات مقدم الخدمات الرئيسي. يجب عليك أن تقوم بزيارة مقدم الخدمات الرئيسي المدرج اسمه في بطاقة العضوية الخاصة بك لتلقي خدمات الرعاية الرئيسية، بما في ذلك:
 - (1) الفحوصات السنوية لصحة البالغين.
 - (2) الحقن/ التطعيمات
 - (3) الفحص الجسدي المطلوب للتوظيف أو المشاركة في برامج التدريب الوظيفي إذا كان لا يتم توفير الفحص مجاناً من قبل مصدر آخر.
 - (4) برنامج HEALTHCHEK

يوفر برنامج Healthchek خدمات الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري (EPSDT) في أوهايو. يغطي Healthchek الفحوصات الطبية والتطعيم (الحقن) والتعليم الصحي والتحليل المعملية أو المختبرية لكل شخص مؤهل لبرنامج Medicaid دون سن 21 سنة. تعد هذه الفحوصات من الأهمية بمكان للتأكد من صحة الأطفال ونموهم الجسدي والعقلي (النفسي). يجب أن تخضع الأمهات لفحوصات ما قبل الولادة وينبغي أن يخضع الأطفال للفحوصات عند الولادة وفي سن من 3 إلى 5 أيام وفي الأشهر 1 و2 و4 و6 و9 و12 و15 و18 و24 و30 من عمرهم. بعدئذ ينبغي أن يخضع الأطفال للفحص مرة على الأقل كل سنة.

يغطي Healthchek أيضاً الفحوصات الطبية الكاملة وفحوصات النظر والأسنان والسمع والتغذية والنمو والصحة العقلية (النفسية)، بالإضافة إلى أوجه الرعاية الأخرى لعلاج المشاكل أو الحالات الجسدية أو مشاكل أو حالات الأسنان أو المشاكل الأخرى التي تكتشف من خلال الفحص. كما يغطي التحاليل والخدمات العلاجية التي قد لا تشملها التغطية بالنسبة للأشخاص في سن أكبر من 20 سنة؛ قد تتطلب بعض التحاليل والخدمات العلاجية الحصول تصريح مسبق.

خدمات Healthchek متوفرة بالمجان للأعضاء وتشمل:

- الفحوصات الوقائية لحديثي الولادة والرضع والأطفال والمراهقين والشباب في سن أقل من 21 سنة
- فحوصات Healthchek:
 - الفحوصات الطبية الكاملة (مع مراجعة نمو الصحة الجسدية والعقلية (النفسية))
 - فحوصات النظر
 - فحوصات الأسنان
 - فحوصات السمع
 - فحوصات التغذية

الخدمات والاستحقاقات

- فحوصات النمو
- تحاليل الرصاص
- التحاليل المختبرية بالنسبة لفئات عمرية معينة
- التحصينات (التطعيمات)
- رعاية المتابعة اللازمة طبيًا لعلاج المشاكل الجسدية أو العقلية (النفسية) أو المشاكل الصحية الأخرى التي تظهر أثناء الفحص. يمكن أن يشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:
 - الزيارات إلى مقدم الخدمات الرئيسي والأخصائي وطبيب الأسنان وطبيب العيون ومزودي خدمات Buckeye الآخرين لتشخيص وعلاج المشاكل أو الأمراض.
 - رعاية المرضى الداخليين أو المرضى الخارجيين في المستشفى
 - زيارة العيادات
 - العقاقير الموصوفة طبيًا
 - التحاليل المعملية/ المختبرية
- الثقافة الصحية

من المهم للغاية أن تجري الفحوصات الوقائية حتى يتمكن مزودي الخدمات الذين تتبعهم من الاكتشاف المبكر لأي مشاكل صحية وعلاجها بشكل مناسب، أو إحالتك إلى أخصائي لتلقي العلاج، قبل أن تفاقم المشكلة. بعض الخدمات قد تتطلب الإحالة من مقدم الخدمات الرئيسي الذي تتبعه أو تصريح مسبق من Buckeye. وبالنسبة لبعض عناصر أو خدمات EPSDT أيضًا، يمكن أن يطلب مقدم الخدمات الخاص بك تصريحًا مسبقًا حتى تغطي Buckeye الأشياء المقيدة بحدود أو التي لا تشملها التغطية بالنسبة للأعضاء الذين يزيد سنهم عن 20 سنة. يرجى الاطلاع على صفحات 11-12 لمعرفة الخدمات التي تتطلب الإحالة أو التصريح المسبق أو كليهما.

كجزء من برنامج Healthchek، تتوفر خدمات إدارة الرعاية لكل الأعضاء دون سن 21 سنة الذين لديهم احتياجات خاصة فيما يتعلق بالرعاية الصحية. انظر من فضلك صفحة 17 لمعرفة المزيد عن خدمات إدارة الرعاية التي تقدمها Buckeye. يمكنك الحصول على خدمات Healthchek عن طريق الاتصال بمزود الخدمات الرئيسي أو مكتب طبيب الأسنان وحجز موعدًا. احرص على إخبارهم بأنك تتصل بخصوص Healthchek. إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات عن برنامج Healthchek، أو إذا كنت تحتاج

المساعدة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية بالنسبة للخدمات التي تشملها التغطية أو تحديد موعدًا مع مقدم الخدمات أو الحصول على خدمة النقل أو التصريح المسبق، يرجى الاتصال بإدارة خدمات أعضاء Buckeye على رقم 1-866-246-4358 (خط على رقم 1-800-750-0750).

الخدمات والاستحقاقات

الخدمات **ذاتية الإحالة** هي التي يمكنك الحصول عليها دون الحاجة إلى إذن من مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك أو **Buckeye**. يمكنك أن تقوم بإحالة نفسك ذاتياً إلى أحد مقدمي خدمات **Buckeye** فيما يتعلق بالخدمات التالية:

- خدمات التوليد (OB) و/ أو أمراض النساء، بما في ذلك:
- رعاية الأمومة لمرحلة ما قبل الولادة وما بعدها، بما في ذلك خدمات الحمل الخطر
- فحوصات الثدي بالأشعة وفحوصات سرطان عنق الرحم (تحاليل عنق الرحم) الوقائية
- المعالج اليدوي
- رعاية علاج الأرجل (الأقدام)
- الممرضة القابلة المعتمدة
- الرعاية الروتينية للأسنان
- الخدمات الروتينية للنظر (الإبصار)، بما في ذلك النظارات
- الممرضة الممارسة المعتمدة
- مراكز الرعاية العاجلة
- الخدمات المتخصصة
- إجراء أشعة إكس والتحاليل المختبرية/ المعملية بانتظام (قد يرسلك الأخصائيون المشاركون أيضاً لإجراء تحاليل تشخيصية)
- خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين (قد تتطلب بعض العمليات الجراحية الحصول على تصريح مسبق)
- الخدمات السريرية
- التعليم الصحي
- خدمات الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (المادة 5)
- خدمات الطوارئ، بما في ذلك النقل بسيارة الإسعاف

يمكنك إحالة نفسك ذاتياً إلى **أي** مقدم خدمات فيما يتعلق بما يلي:

- خدمات الطوارئ، بما في ذلك النقل بسيارة الإسعاف (انظر صفحة 21).
- خدمات وحوادث تنظيم الأسرة من مقدم خدمات تنظيم أسرة مؤهل (مدرج في دليل مقدمي الخدمات).
- الرعاية في مركز صحي مؤهل على المستوى الفيدرالي أو عيادة صحية ريفية (مدرجة في دليل مقدمي الخدمات).

فيما يلي الخدمات التي تتطلب **الإحالة** من مقدم خدمات رئيسي والحصول على تصريح مسبق من **Buckeye**:

- فحوصات أشعة الرنين المغناطيسي (MRIs)
- فحوصات أشعة الرنين المغناطيسي على الأوعية الدموية (MRAs)
- جراحة السمنة
- تخفيف الآلام
- أشعة التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)
- أشعة التصوير المقطعي المحوري المحوسب (CAT)
- المسح الذري على القلب
- خدمات منشآت التمريض للإقامة القصيرة بغرض إعادة التأهيل

الخدمات والاستحقاقات

- الرعاية الصحية المنزلية
- رعاية المحتضرين (رعاية الحالات الميؤس منها، مثل مرضى السرطان)
- خدمات المرضى الداخليين في المستشفى (الدخول في الطوارئ لا يتطلب إحالة أو تصريح مسبق)
- الأدوية والمستلزمات الطبية (بعض الأدوية والمستلزمات الطبية الخاصة بمرضى السكر الخاصة بمراقبة مستوى الأنسولين والجلوكوز في الدم لا تتطلب الحصول على تصريح)
- الأجهزة الطبية المعمرة
- خدمات النطق والسمع، بما في ذلك الأجهزة المساعدة على السمع
- العلاج الطبيعي والمهني
- الرعاية غير الروتينية للأسنان (مثل الجراحة)
- الخدمات غير الروتينية للنظر (الإبصار) (مثل الجراحة)
- النقل بسيارة الإسعاف والسيارات المخصصة لنقل ذوي الاحتياجات الخاصة في الحالات غير الطارئة
- الجراحات التجميلية والترميمية (الاستثنائية)
- خدمات العلاج النمائي للأطفال منذ الولادة وحتى سن ست سنوات
- الموجات فوق الصوتية للتوليد (أكثر من 2 لكل حالة حمل)
- الاختبارات الجينية (الأبوة، فحص السرطان، الاختبارات التي تُجرى على الأطفال ذوي الإعاقات فيما يتعلق بالنمو)

خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات

تم الدمج بين إدارة الصحة النفسية في أوهايو وإدارة خدمات إدمان الكحول والعقاقير في أوهايو لتصبح إدارة واحدة. هذه الإدارة الجديدة يطلق عليها إدارة خدمات الصحة النفسية والإدمان (MHAS) في أوهايو. يظل مسموحاً للأعضاء باستخدام خدمات مراكز الصحة النفسية المجتمعية والمراكز العلاجية المعتمدة من إدارة خدمات الصحة النفسية والإدمان (MHAS) في أوهايو غير المدرجة على لائحة Buckeye Health Plan للرعاية.

أو يمكنك أن تقوم بالإحالة الذاتية مباشرة إلى أحد مراكز الصحة النفسية المجتمعية المعتمدة من إدارة خدمات الصحة النفسية والإدمان في أوهايو (MHAS) (ODMH) أو أحد مراكز الصحة النفسية المعتمدة من إدارة خدمات الصحة النفسية والإدمان في أوهايو (MHAS) أو المراكز العلاجية المعتمدة من إدارة خدمات إدمان الكحول والعقاقير في أوهايو (ODADAS). يرجى الاطلاع على دليل مقدمي الخدمات الخاص بك أو الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء التابعة لنا للتعرف على أسماء وأرقام هاتف المنشآت القريبة منك.

مقدمو خدمات الصحة النفسية المتعاقدين مع Buckeye مدرجة أسمائهم في دليل مقدمي الخدمات الخاص بنا، ويمكن الحصول على بياناتهم من موقعنا الإلكتروني www.buckeyehealthplan.com.



الخدمات والاستحقاقات الإضافية من BUCKEYE المتاحة لكل الأعضاء

ما لم يُذكر خلاف ذلك، للحصول على الخدمات المذكورة أدناه، اتصل بخدمات أعضاء Buckeye على رقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750). مواعيد تقديم خدمات الأعضاء في الأيام من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 7 صباحًا إلى 7 مساءً، باستثناء الإجازات المحددة في صفحة 2. ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المساعدة فيما يتعلق بالتظلمات والاستئناف، أو إذا تلقيت فاتورة من أحد مقدمي الخدمات على الخدمات التي قدمها لك، أو إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في العثور على مقدم خدمات أو تغيير مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك، أو إذا كانت تحتاج إلى المساعدة فيما يتعلق باللغة، أو إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في الحصول على الخدمات التي تشملها التغطية. ستجدنا في خدمتك للرد على كل أسئلتك والتعامل مع أي مخاوف لديك. تقدم Buckeye الخدمات والاستحقاقات الإضافية التالية للأعضاء.

❖ برنامج Start Smart For Your Baby®

برنامج Start Smart for Your Baby هو البرنامج الخاص الذي نقدمه للحوامل. سيساعدك هذا البرنامج في العناية جيدًا بنفسك وبطفلك قبل الولادة. يقدم لك برنامج Start Smart for Your Baby معلومات عن الحمل. كما يساعدك في الحصول على حلول لأي مشاكل تظهر أثناء فترة الحمل. نعلم جيدًا أن إنجاب طفلًا قد يكون من الأمور الصعبة بالنسبة لك ولعائلتك. ونرغب في تقديم المساعدة.

نهتم بصحتك وصحة طفلك ونريد التأكد من أن كليكما ينمو بشكل صحي ويبقى في صحة جيدة باستمرار. من المهم للغاية أن تبدأ في زيارة الطبيب في أسرع وقت ممكن بمجرد اكتشافك للحمل. ومن المهم أيضًا أن تعرضي طفلك على الطبيب لتلقي التطعيمات والفحوصات الصحية اللازمة.

يتيح هذا البرنامج للأعضاء ربح حتى 325 دولار على بطاقة Mastercard® المسبقة الدفع من CentAccount نظير فحوصات ما قبل الولادة وبعد الولادة وزيارات الاطمئنان على صحة الطفل بالنسبة لأول 15 شهرًا من عمره. خلال فترة الحمل، من المهم أيضًا أن يلتزم الأعضاء بأوامر الطبيب حتى يمر الحمل بسلام. وللحصول على استحقاقات البرنامج، يجب على المرأة الحامل أن تسجل اسمها عن طريق إرسال نموذج إخطار بالحمل قبل 6 أسابيع على الأقل من تاريخ الاستحقاق.

- الحمل – 50 دولار (بالنسبة لزيارات ما قبل الولادة الثالثة والسادسة والتاسعة – الإخطار بالحمل مطلوب)
- بعد الولادة – 75 دولار (يجب أن تكون الزيارة بعد 21-56 يومًا من الولادة)
- زيارة الاطمئنان على صحة الرضيع – 100 دولار (يجب استكمال 6 زيارات في أول 15 شهرًا من عمر الطفل)

هناك وسائل عديدة نستخدمها للمساعدة في أن يكون حملك صحيًا. لكن قبل أن يمكننا المساعدة، سنحتاج إلى معرفة أنك حامل. يرجى الاتصال بنا على رقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750) بمجرد اكتشافك للحمل. سنقوم بإعداد الرعاية الخاصة اللازمة لك ولطفلك.

❖ برنامج Be Well! التحفيزي

يمكن لأعضاء Buckeye Health Plan المشاركة في برنامج خاص للأعضاء فقط يُطلق عليه "Be Well!". هذا البرنامج سيساعدك في الحفاظ على صحتك. كما أنه سيكلفك على الإيجابية فيما يتعلق بالرعاية الصحية الخاصة بك. في هذا البرنامج، يمكنك ربح حتى 350 دولار زائد 100 دولار على كل طفل مراهق يتم تسجيله على بطاقة CentAccount المسبقة الدفع لزيارة طبيبك للحصول على خدمات الصحة السنوية هذه في كل سنة ميلادية لعضويتك في Buckeye.

دليل الأعضاء

الخدمات والاستحقاقات

- جرعة المصل المضاد للأنفلونزا (خلال موسم الأنفلونزا، من سبتمبر إلى أبريل، بالنسبة للأطفال في سن من 6 شهور إلى 5 سنوات ولل كبار من سن 50 سنة فأكثر) - 75 دولار
- الفحص الطبي مع مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك (من سن 21 سنة فأكثر - مع مقدم خدمات رئيسي معين) - 100 دولار
- علاج مرض السكري (من سن 18 سنة فأكثر - يجب إجراء كل تحاليل السكري الأربعة في نفس السنة الميلادية: LDL-C وHbA1c والعين والكلى) - 100 دولار
- الفحص الشعاعي على الثدي - 75 دولار (النساء في سن من 40 إلى 69 سنة)
- رعاية صحة المراهقين (بالنسبة للأطفال في سن من 12 إلى 21 سنة بشكل سنوي) - 100 دولار

اتصل بإدارة خدمات أعضاء Buckeye على رقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750). سنمنحك المزيد من المعلومات عن الخدمات التي نقدمها وبرنامج Be Well! للأعضاء.

❖ بطاقة CENTACCOUNT الخاصة بك

يمكنك استخدام بطاقة CentAccount الخاصة بك في معظم محال البقالة والصيدليات ومحال/ سلاسل التجزئة التي تقبل التعامل ببطاقات المدين. ولا يمكن استخدام هذه البطاقة في سلاسل الوجبات السريعة أو محال بيع الخمر أو محال التبغ.

يرجى ملاحظة أن إنهاء العضوية سيؤدي إلى غلق بطاقة CentAccount الخاصة بك. وإذا قمت بإعادة التسجيل في البرنامج بعد 60 يومًا، سترسل إليك بطاقة جديدة. كما يمكن أن يستغرق الأمر من 4 إلى 6 شهور حتى تظهر الاستحقاقات في بطاقتك.

❖ النقل

تقدم Buckeye تغطية ذهاب وعودة بالنسبة للخدمات التي تشملها التغطية لمسافة +30 ميلًا. بالإضافة إلى ذلك، تقدم Buckeye حتى 30 زيارة ذهاب وعودة (60 رحلة في كل اتجاه) لكل عضو على كل فترة 12 شهرًا لحضور مواعيد الرعاية الصحية/ رعاية الأسنان ومواعيد النساء والرضع والأطفال (WIC) ومواعيد إعادة الفحص مع الأخصائي الاجتماعي التابع لإدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة (CDJFS) الخاص بك التي تشملها التغطية. يمكن للأعضاء الاتصال برقم 1-866-531-0615 مباشرة قبل 48 ساعة (يومي عمل) لتخطيط عملية النقل. وإذا كانت هناك حاجة إلى خدمة النقل لحضور موعدًا طبيًا عاجلاً، سنرتب للاصطحاب المباشر دون الحاجة إلى الانتظار 48 ساعة (بعد التحقق من ذلك مع طبيبك).

دليل الأعضاء

الخدمات والاستحقاقات

يمكنك الحصول على وسيلة انتقال مجانية لحضور كل المواعيد الطبية بما في ذلك ما يلي:

- زيارات رعاية الأسنان
- مواعيد الرعاية لما قبل الولادة
- زيارات مكتب الخدمات الرئيسي
- تحصينات (تطعيمات) الطفولة
- مواعيد الأخصائي
- مراكز الرعاية العاجلة
- مواعيد النساء والرضع والأطفال (WIC)
- زيارات إعادة الفحص (وجهًا لوجه) مع الأخصائيين الاجتماعيين / CDJFS
- الصيدليات – بعد زيارة الطبيب

لا توفر Buckeye أي خدمات نقل بالنسبة لخدمات الطوارئ. إذا كانت لديك حالة طارئة، اتصل برقم 911 أو توجه مباشرة إلى أقرب غرفة طوارئ. وفي حالة عدم التأكد مما إذا كنت تحتاج للذهاب إلى غرفة الطوارئ، اتصل بمقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك أو NurseWise، خط المعلومات الصحية الذي يعمل على مدار 24 ساعة من Buckeye على رقم 4358-1-866-246، الخيار 7 (خط TTY على رقم 1-800-750-0750). وإذا كانت هناك حاجة إلى مواعيد رعاية صحية/ رعاية أسنان بما يزيد عن 15 رحلة ذهاب وعودة (30 اتجاه واحد) للعضو لكل فترة 12 شهرًا، يمكنك الاتصال بإدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة (CDJFS) لطلب المساعدة.

❖ خدمات النظر (الإبصار)

لمساعدتك في الحفاظ على صحة عينيك، تقدم Buckeye فحوصات العين السنوية للأطفال والبالغين. يتم توفير النظارات سنويًا للأطفال تحت سن 21 سنة والكبار من سن 60 سنة فأكثر، وكل سنتين للبالغين من سن 21 إلى 59 سنة. كما نقدم مجموعة متنوعة من إطارات النظارات للاختيار من بينها، وهي مجموعة أوسع من تلك المتوفرة في برنامج Medicaid للدفع مقابل الخدمة. يُرجى التحقق من دليل مقدمي الخدمات للاطلاع على قائمة بالأطباء المتعاقدين مع Buckeye.

العدسات اللاصقة: سوف تدفع Buckeye مبلغ 50 دولار نظير شراء العدسات اللاصقة، لكل عضو في السنة (كل سنتين للأفراد البالغين الذين تتراوح أعمارهم من 21 إلى 59 سنة)، و50 دولار نظير رسوم تثبيت العدسات اللاصقة التي يفرضها مقدم الخدمات الخاص بك، لكل عضو في السنة (كل سنتين للأفراد البالغين الذين تتراوح أعمارهم من 21 إلى 59 سنة). لا يُغطي برنامج Medicaid للدفع مقابل الخدمة توفير العدسات اللاصقة. قد لا يمكن الحصول على العدسات اللاصقة والنظارات في نفس السنة (أو في نفس السنتين بالنسبة للبالغين الذين تتراوح أعمارهم من 21 إلى 59 سنة). ساري المفعول بدايةً من 1 يوليو 2013.

❖ خدمات رعاية الأسنان

تشمل خدمات رعاية الأسنان للبالغين فحوصين دوريين للفم والتنظيف كل سنة (أكثر من المتاح مع برنامج Medicaid للدفع مقابل الخدمة).

دليل الأعضاء

الخدمات والاستحقاقات

❖ فترة الراحة

خدمات فترة الراحة يُقصد بها الخدمات التي تمنح استراحة مؤقتة قصيرة المدى لموفر الرعاية غير الرسمي الذي لا يحصل على أجر من خدمة أي عضو دون سن 21 سنة ومن هم مؤهلين للحصول على دخل الضمان الإضافي لدعم والحفاظ على العلاقة مع مقدم خدمات الرعاية الرئيسي. يجب على مقدم خدمات الرعاية أن يتصل بمدير الرعاية في Buckeye للترتيب للحصول على هذا الاستحقاق.

❖ NURSEWISE®

خط NurseWise خاص بالمعلومات الصحية. يتوافر خط NurseWise للإجابة على أسئلتك المتعلقة بالصحة على مدار 24 ساعة، وفي جميع أيام السنة. يعمل في NurseWise ممرضين مسجلين. هؤلاء الممرضين قدوا الكثير من الوقت في رعاية الناس. والآن هم مستعدون لمساعدتك وحريصين على ذلك. الخدمات المحددة أدناه متاحة عن طريق الاتصال بخط NurseWise، خط التمرريض الساخن الذي يعمل على مدار 24 ساعة من Buckeye، على رقم 1-866-246-4358، الخيار 7 (خط TTY رقم 1-800-750-0750):

- خط الاستشارة الطبية
- مكتبة المعلومات الصحية
- المساعدة في تحديد مكان تلقي الرعاية
- الإجابة على الأسئلة المتعلقة بصحتك
- الاستشارة الطبية حول طفل مريض
- معلومات عن الحمل
- الاستشارة الطبية حول مقدار الدواء الذي يتناوله طفلك

لست متأكدًا مما إذا كنت تحتاج للذهاب إلى غرفة الطوارئ أو مركز الرعاية العاجلة؟ في بعض الأحيان قد لا تكون متأكدًا مما إذا كنت تحتاج للذهاب إلى غرفة الطوارئ أو مركز الرعاية العاجلة. في هذه الحالة اتصل بخط NurseWise. يمكنهم مساعدتك في تحديد المكان الذي يجب أن تذهب إليه لتلقي الرعاية. ذلك مع العلم بأن خدمات الطوارئ هي الخدمات المتعلقة بمشكلة طبية ترى أنها خطيرة بحيث يجب معالجتها في الحال بواسطة طبيب.

❖ برنامج الربو

إذا كان لديك طفل يعاني من الربو، نقدم لك برنامج رعاية الربو الذي يمكنه مساعدتك في تقديم الرعاية بشكل أفضل لطفلك المصاب بالربو. يؤدي مرض الربو إلى صعوبة التنفس. والأشخاص المصابين بالربو يعانون من:

- ضيق التنفس في أغلب الأحيان
- صوت صفير عند التنفس
- ضيق في الصدر
- السعال الكثير، لاسيما في أوقات الليل

الخدمات والاستحقاقات

في حين أنه لا يمكن علاج الربو تمامًا، لكن يمكن السيطرة عليه. إذا كان طفلك يعاني من الربو، سيساعدك البرنامج الذي نقدمه لك في:

- تحديد العناصر المسببة لنوبات الربو
- معرفة متى تحدث نوبة الربو في وقت مبكر بما يكفي لمنع المضاعفات الخطيرة
- الحصول على الأدوية والأجهزة المناسبة لمنع النوبة
- زيارة الطبيب لعلاج طفلك

يرجى الاتصال بمدير رعاية الربو لدينا على رقم 1-866-246-4359 (خط TTY رقم 1-800-750-0750) إذا كان طفلك يعاني من الربو. تأكد من الاتصال في الحالات التالية:

- إذا كان قد تم نقل طفلك إلى المستشفى على خلفية الإصابة بالربو خلال السنة السابقة
- إذا كان قد دخل غرفة الطوارئ مرتين أو أكثر خلال آخر ستة شهور بسبب الإصابة بالربو
- إذا كان قد زار مكتب الطبيب ثلاث مرات أو أكثر خلال آخر ستة شهور بسبب الإصابة بالربو
- إذا كان يأخذ الستيرويد عن طريق الفم لعلاج الربو

❖ برنامج MemberConnections

لدينا برنامج خاص لربطك بخدمات الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية العالية الجودة. هذا البرنامج يُطلق عليه MemberConnections. سيتحدث معك ممثلو التوعية ببرنامج MemberConnections عبر الهاتف عندما تتصل برقم 1-866-246-4358 (خط رقم 1-800-750-0750) ويرسلوا إليك المعلومات بالبريد ويقومون بزيارة منزل إذا كنت ترغب في ذلك.

سوف يسرهم التحدث معك حول:

- كيفية اختيار الطبيب
- كيفية تغيير الأطباء
- خدمات الرعاية الصحية التي تشملها التغطية
- كيفية استخدام خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك
- كيفية الحصول على الاستشارة الطبية عندما لا يمكنك الوصول إلى الطبيب الخاص بك
- شرح الفرق بين الرعاية الطارئة والرعاية غير الطارئة
- كيف تتبع أسلوب حياة صحي
- كيف تحصل على التخصيمات (التطعيمات) والفحوصات الصحية
- أي مشكلة أخرى لديك فيما يتعلق بخدمة الرعاية الصحية

يمكن لممثلي التوعية ببرنامج MemberConnections أن يساعدوا أيضًا في ربطك بالخدمات الاجتماعية المجتمعية إذا كنت تحتاج إلى الطعام أو السكن أو الملابس أو خدمات المرافق... إلخ. للوصول إلى MemberConnections اتصل برقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750).

دليل الأعضاء

الخدمات والاستحقاقات

❖ تنكيرات الرعاية الصحية

تقوم Buckeye بصفة دورية بإرسال بطاقات بريدية ورسائل نصية إلى الأعضاء لتذكيرهم بجدولة مواعيد الرعاية الصحية المهمة المتعلقة بأمور مثل التطعيمات (الجرعات) وزيارات رعاية الأسنان والتصوير الشعاعي للثدي وفحوصات الرصاص.

❖ النشرات الإخبارية للأعضاء

ترسل Buckeye إلى أعضاءها نشرة إخبارية ربع سنوية يُطلق عليها *Healthy Moves*. هذه النشرات الإخبارية تحتوي على معلومات عن استحقاقات البرنامج، وكذا مقالات عن الموضوعات المتعلقة بالصحة والسلامة.

❖ BuckeyeCare: إدارة الرعاية

تقدم Buckeye خدمات إدارة الرعاية BuckeyeCare المتاحة للأطفال والبالغين ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية الصحية. يساعد برنامج إدارة الرعاية الخاص بنا الأعضاء في معرفة المزيد عن مخاوفهم الصحية بما في ذلك:

- الربو
- مرض السكري
- فشل القلب الاحتقاني (CHF)
- إعتلال الشريان التاجي (CAD)
- ارتفاع ضغط الدم غير المعتدل (ارتفاع ضغط الدم)
- مرض الإنسداد الرئوي المزمن (COPD)
- فيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)
- الاضطراب النفسي (العقلي) الشديد
- القصور الشديد في الإدراك و/أو النمو
- زرع الأعضاء
- اضطراب استعمال المواد (المخدرات... إلخ) عالي الأخطار والتكلفة
- الإدخال المتكرر إلى المستشفى أو زيارات قسم الطوارئ
- حالات الحمل العالية الخطورة
- الولادة المبكرة
- الأطفال من ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة

برنامج BuckeyeCares مصمم خصيصًا لتمكين مديري الرعاية من العمل مع الأعضاء لمساعدتهم في تحسين أو الحفاظ على مستوى جيد للصحة، والمساعدة في ترتيب الخدمات التي يحتاجونها لإدارة صحتهم. الهدف من برنامجنا هو العمل معًا على تطوير خطة رعاية لمساعدة أعضائنا في أن يكونوا أكثر استقلالية في تلبية احتياجات الرعاية الصحية لديهم. يرجى الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء في Buckeye على رقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750) إذا كنت تريد المزيد من المعلومات عن برنامج إدارة الرعاية الخاص بنا BuckeyeCare.

الخدمات والاستحقاقات

على الرغم من أن Buckeye تقدم خدمات إدارة الرعاية لأعضائنا، لكن ندرك أن بعض الأعضاء سيفضلون عدم المشاركة. وبالنسبة لأعضاء محددين على وجه الخصوص، توفر Buckeye عملية "إلغاء الاشتراك في إدارة الرعاية". إذا اخترت عدم المشاركة في برنامج إدارة الرعاية الخاص بنا، يمكنك رفض المشاركة في أي وقت عن طريق إبلاغ مدير الرعاية الخاص بك.

إذا كنت بحالة صحية جيدة تسمح لك بمقابلة الزائرين أثناء إقامتك في المستشفى، يمكن أن يقوم الممرضون أو الأخصائيون الاجتماعيون التابعون لنا بزيارتك في المستشفى لمناقشة احتياجاتك فيما يتعلق بتخطيط الخروج من المستشفى، والإجابة على أي أسئلة لديك عن الاستحقاقات والخدمات التي نقدمها، وتقديم المعلومات لك عن برنامج إدارة الرعاية الخاص بنا. سيحرص موظفينا على الرجوع دائماً إلى موظفي المستشفى أولاً قبل دخول غرفتك للتأكد مما إذا كان الوقت مناسب لزيارتك.

بالإضافة إلى ذلك:

- يمكن أن يقوم موظفي Buckeye، بما في ذلك الممرضين ومديري الرعاية والعاملين في مجال التوعية، بالاتصال بالعضو إذا طلب الطبيب الاتصال هاتفياً، أو إذا طلب العضو الاتصال عبر الهاتف، أو إذا رأت Buckeye أن خدمات إدارة الرعاية ستعود بالنفع على العضو.
- يمكن أن يطرح موظفي Buckeye بعض الأسئلة على العضو للحصول على مزيد من المعلومات عن حالته أو حالاته.
- سيقدم موظفي Buckeye المعلومات لمساعدة العضو في فهم كيفية الاعتناء بنفسه وكيفية الحصول على الخدمات (بما في ذلك الموارد المحلية).
- سيقوم موظفي Buckeye بالتحدث مع مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بالعضو ومقدمي الخدمات الآخرين لتنسيق الرعاية.
- يجب على الأعضاء أن يتصلوا بإدارة خدمات الأعضاء في Buckeye على رقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750) إذا كانت لديهم أي أسئلة عن خدمات إدارة الرعاية أو إذا كانوا يشعرون بأنهم سيستفيدوا من خدمات إدارة الرعاية.

دليل الأعضاء

الخدمات والاستحقاقات

الخدمات التي لا تغطيها BUCKEYE أو برنامج MEDICAID في أوهايو

لن تدفع Buckeye نظير الخدمات أو الإمدادات التي يتم تلقيها بدون اتباع توجيهات هذا الدليل. كما لن تدفع نظير الخدمات التالية التي لا يغطيها برنامج Medicaid:

- عمليات الإجهاض ما عدا في حالة الاغتصاب المبلغ عنه أو زنا المحارم أو متى كان ذلك ضروريًا لإنقاذ حياة الأم
- خدمات الوخز بالإبر الصينية والارتجاع البيولوجي
- كل الخدمات أو الإمدادات غير الضرورية من الناحية الطبية
- خدمات القتل الرحيم (ممارسة إنهاء الحياة للتخلص من الألم والمعاناة)، التي تُعرّف بأنها الخدمات التي تُقدّم للتسبب في وفاة، أو المساعدة في التسبب في وفاة، أحد الأشخاص
- وسائل الراحة والترفيه في المستشفى (مثل التلفزيون أو الهاتف)
- الخدمات والإجراءات التجريبية، بما في ذلك العقاقير والأجهزة، التي لا يغطيها برنامج Medicaid والتي لا تتوافق مع المعايير المعتادة للممارسة الطبية
- خدمات العقم للذكور أو الإناث، بما في ذلك إبطال التعقيم الطوعي
- الرعاية الاحتجاجية للمريض الداخلي في المستشفى
- علاج المرضى الداخليين لمساعدتهم في التوقف عن تعاطي المخدرات و/أو الكحول (تتم تغطية خدمات علاج الإدمان للمرضى)
- اختبارات النسب
- الجراحات التجميلية غير الضرورية من الناحية الطبية
- خدمات علاج السمّة، ما لم يتم تحديدها على أنها ضرورية طبيًا
- خدمات تحديد أسباب الوفاة (التشريح)
- التعقيم التطوعي إذا كان سن الشخص دون 21 سنة أو غير مسموح له بموجب القانون بالموافقة على الإجراء أو العملية
- هذه القائمة لا تشمل كل الخدمات التي لا تغطيها Medicaid أو Buckeye. إذا كانت لديك أي أسئلة عن الخدمات التي تشملها التغطية، يرجى الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء.



مقدم الخدمات الرئيسي (PCP)

اختيار مقدم الخدمات الرئيسي (PCP)

يجب على كل عضو في Buckeye أن يختار مقدم خدمات رئيسي من دليل مقدمي خدمات Buckeye. مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك هو طبيب فرد أو مجموعة أطباء ممارسين أو ممرضة ممارسة متقدمة المستوى أو مجموعة ممرضات ممارسات متقدمات المستوى مدربات على الطب الأسري (الممارسة العامة) أو طب الباطنة أو طب الأطفال.

سيعمل مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك بالتعاون معك بتوجيه الرعاية الصحية الخاصة بك. كما سيقوم مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك بإجراء الفحوصات وإعطائك جرعات الحقن وتلبية معظم احتياجات الرعاية الصحية الروتينية الخاصة بك. وعند الحاجة، سيرسلك مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك إلى الأطباء (الأخصائيين) الآخرين أو يقوم بإدخالك المستشفى.

يمكنك الوصول إلى مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك عن طريق الاتصال بمكتب مقدم الخدمات الرئيسي. اسم مقدم الخدمات الرئيسي ورقم هاتفه مطبوعين على بطاقة عضوية Buckeye.

تغيير مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الخاص بك

إذا كنت تريد لأي سبب من الأسباب أن تغير مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك، يجب أن تتصل أولاً بإدارة خدمات الأعضاء لطلب التغيير. يمكن للعضو أن يغير مقدم الخدمات الرئيسي الخاص به كل شهر. يرجى ملاحظة أن أي تغييرات في مقدم الخدمات الرئيسي المحدد خلال أول شهر من العضوية سيبدأ سريانه في تاريخ طلب تغيير مقدم الخدمات الرئيسي. وإذا طلبت تغيير مقدم الخدمات الرئيسي بعد أول شهر من عضويتك، سيبدأ سريان التغيير في اليوم الأول من الشهر التالي.

سترسل إليك Buckeye خطابًا وبطاقة عضوية جديدة لإخطارك بتغيير مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك وبالتاريخ الذي يمكنك أن تبدأ منه زيارة مقدم الخدمات الرئيسي الجديد.

لمعرفة أسماء مقدمي الخدمات الرئيسيين في Buckeye، يمكنك الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات الخاص بك، أو زيارة موقعنا الإلكتروني www.buckeyehealthplan.com، أو الاتصال برقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 750-0750-1-800) الخاص بإدارة خدمات أعضاء Buckeye لطلب المساعدة.

دليل الاعضاء

رعاية الطوارئ



الرعاية أثناء التواجد بعيداً عن المنزل وبعد انتهاء ساعات العمل وفي حالات الطوارئ

الرعاية أثناء التواجد بعيداً عن المنزل وبعد انتهاء ساعات العمل

إذا كان مكتب مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك مغلقاً أو كنت متواجداً بعيداً عن المنزل في أي مكان داخل الولايات المتحدة الأمريكية وحدثت لك مشكلة لا تعد من حالات الطوارئ، اتصل بمقدم الخدمات الرئيسي في Buckeye على رقم الهاتف المبين في بطاقة العضوية الخاصة بك. كما يمكنك الاتصال بخط NurseWise المتاح على مدار 24 ساعة وسبعة أيام في الأسبوع مجاناً على رقم 1-866-246-4358، الخيار 7، (خط TTY رقم 1-800-750-0750). سيقوم أحد أفراد طاقم التمريض بالرد على اتصالك ومساعدتك في معرفة ما الذي يجب فعله.

الرعاية الطبية متاحة من خلال مقدمي خدمات Buckeye على مدار 24 ساعة وسبعة أيام في الأسبوع. وفي حالة الاتصال في غير مواعيد العمل الرسمية، سيتم الرد على اتصالك من قبل خدمة للرد على الاتصالات أو الرد الآلي وإعطائك تعليمات محددة. تأكد من اتباع تعليمات خدمة الرد الآلي. ستتمكن خدمة الرد على الاتصالات مقدم الخدمات الرئيسي أو الطبيب الخاص بك الذي يتولى التغطية لصالح مقدم الخدمات الرئيسي من معاودة الاتصال بك. أخبرهم أنك عضو في Buckeye وشرح لهم مشكلتك. سيخبرونك بما يجب أن تفعله. كما يمكنك زيارة مركز الرعاية العاجلة المتعاقد معه المذكور في دليل مقدمي الخدمات الخاص بنا أو على موقعنا الإلكتروني www.buckeyehealthplan.com، أو يمكنك الاتصال بخط NurseWise مجاناً على رقم 1-866-246-4358، الخيار 7، (خط TTY رقم 1-800-750-0750).

خدمات الطوارئ

ذلك مع العلم بأن خدمات الطوارئ هي الخدمات المتعلقة بمشكلة طبية ترى أنها خطيرة بحيث يجب معالجتها في الحال بواسطة طبيب. نغطي الرعاية في حالات الطوارئ داخل وخارج المقاطعة التي تعيش بها، في أي مكان بالولايات المتحدة الأمريكية.

من أمثلة الحالات التي تتطلب خدمات الطوارئ ما يلي:

- آلام الصدر
- التسمم
- كسور الذراعين والساقين
- النزيف الحاد
- الحروق الشديدة
- الضيق المفاجئ في التنفس أو صعوبة التنفس
- الإجهاض التلقائي/ النزيف المهبلي أثناء الحمل

لست بحاجة إلى الاتصال بشركة Buckeye للحصول على الموافقة قبل تلقي خدمات الطوارئ. إذا كانت لديك حالة طارئة، اتصل برقم 911 أو توجه مباشرة إلى أقرب غرفة طوارئ أو أي مكان آخر مناسب. إذا لم تكن متأكدًا من حاجتك للانتقال إلى غرفة الطوارئ، اتصل بمقدم الخدمات الرئيسي أو بخط Buckeye NurseWise الساخن للتمريض على مدار 24 ساعة، على رقم 1-866-246-4358، الخيار 7 (خط TTY رقم 1-800-750-0750). يمكن أن يتحدث إليك مقدم الخدمات الرئيسي أو خط Buckeye Nursewise الساخن حول مشكلتك الطبية ويقدم لك النصيحة حول ما يجب عليك القيام به.

يرجى ملاحظة أنه يمكنك أن تقوم بالإحالة الذاتية إلى أحد مراكز الرعاية العاجلة التابعة لشركة Buckeye بعد انتهاء ساعات العمل الرسمية إذا كانت هذه المنشأة تعمل في هذا الوقت.

رعاية الطوارئ

تذكر أنه إذا كنت بحاجة إلى خدمات الطوارئ، يمكنك القيام بما يلي:

- الانتقال إلى غرفة الطوارئ في أقرب مستشفى أو إلى أي مكان آخر مناسب. تأكد من إخبارهم أنك عضو في Buckeye وإطلاعهم على بطاقة العضوية الخاصة بك.
- إذا قدم لك مقدم الخدمات الذي يعالج حالتك الطارئة الرعاية ولكنه يعتقد أنك بحاجة إلى رعاية طبية أخرى لعلاج المشكلة التي تسببت في الحالة الطارئة، يجب على مقدم الخدمات هذا الاتصال بشركة Buckeye.
- اتصل بمقدم الخدمات الرئيسي التابع لشركة Buckeye (أو اطلب من المستشفى الاتصال بمقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك) في أسرع وقت ممكن. يتيح ذلك لمقدم الخدمات الرئيسي الخاص معرفة الرعاية التي تلقيتها. بعدئذ يمكن أن يتولى مقدم الخدمات الرئيسي تنسيق الرعاية الخاصة بك. يجب أن تتصل بمقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك خلال 24 ساعة للترتيب بشأن رعاية المتابعة في منطقة الخدمة مع مقدمي الخدمة المشاركين.
- إذا طلبت منك المستشفى البقاء، يرجى التأكد من الاتصال بـ Buckeye في غضون 24 ساعة.



في حين أن Buckeye تغطي كل الأدوية اللازمة طبيًا التي يغطيها برنامج Medicaid، لكننا نستخدم قائمة بالعقاقير المفضلة. هذه هي العقاقير التي نفضل أن يصفها مقدم الخدمات الخاص بك. كما يمكن أن نطلب من مقدم الخدمات الخاص بك تزويدنا بالمعلومات (طلب التصريح المسبق) لشرح السبب في الحاجة إلى دواء محدد و/ أو جرعة معينة من الدواء. ويجب أن نوافق على الطلب قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء. الأسباب التي بناءا عليها يمكن أن نطلب تصريح مسبق بالعقار أو الدواء تشمل:

- توفر دواء غير مسجل الملكية (جينيريك) أو دواء بديل متوفر في الصيدليات.
- إمكانية إساءة استخدام/تعاطي العقاقير أو الأدوية.
- وجود عقاقير أو أدوية أخرى يجب تجربتها أولاً.

بعض العقاقير أيضًا قد تكون مقيدة بكميات أو مقادير محددة، وبعضها الآخر لا تشمله التغطية على الإطلاق مثل عقاقير أو أدوية التخسيس.

إذا لم نوافق على طلب التصريح المسبق بالدواء، سنرسل إليك معلومات عن كيف يمكنك الاستئناف على قرارنا وحقق في تحديد جلسة استماع.

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المعلومات عن قائمة الأدوية المفضلة (PDL) لنا والأدوية التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق. كما يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني www.buckeyehealthplan.com. يرجى ملاحظة أن قائمة الأدوية المفضلة لنا وقائمة الأدوية التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق قابلة للتغيير، ولذلك فمن المهم بالنسبة لك و/ أو مقدم الخدمات الخاص بك الرجوع إلى هذه المعلومات عند الحاجة إلى إدخال أو إعادة إدخال أحد الأدوية.

تسمح ولاية أوهايو لبرنامج الرعاية المُدار بتطوير وتنفيذ برامجًا لمساعدة أعضاء معينين في الحصول على الأدوية غير الضرورية من الناحية الطبية لتأسيس والحفاظ على علاقة مع مقدمي الخدمات و/ أو الصيدلية الخاصة بهم لتنسيق العلاج. الأعضاء الذين يقع عليهم الاختيار لتلقي خدمات برنامج Buckeye سيتم تزويدهم بمعلومات إضافية وإبلاغهم بحقوقهم في عقد جلسة استماع، كما هو ملاءم.

بالنسبة للأعضاء المسجلين في برنامج إدارة المواد الخاضعة للرقابة والأعضاء (CSMM)، ستكون هناك قيود مفروضة على الأطباء والصيدليات الذين يمكنهم الاستعانة بخدماتهم فيما يتعلق بالمواد الخاضعة للرقابة، باستثناء فيما يتعلق بالحالات الطارئة. كما سيكون بإمكان الأعضاء تغيير مقدمي الخدمات المعيّنين طبقًا للسياسة.

دليل الأعضاء التظلمات

التظلمات (الشكاوى)

كيف يمكنك أن تخبر Buckeye عما إذا كانت تشعر بعدم الرضاء عن أي قرار اتخذناه أو لا توافق عليه

إذا كنت تشعر بعدم الرضاء عن أي شيء بخصوص Buckeye أو مقدمي الخدمات التابعين لها، يجب عليك الاتصال بنا في أسرع وقت ممكن. يشمل ذلك عندما تكون غير موافق على أي قرار اتخذناه. يمكنك أن تتصل بنا، أو تفوض أي شخص تريده للاتصال بنا. وإذا كنت تريد تفويض أي شخص للتحدث باسمك، ستحتاج إلى إخبارنا بذلك. تريد منك Buckeye أن تتصل بنا حتى يمكننا مساعدتك. للاتصال بنا، يمكنك القيام بما يلي:

- الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء على رقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750)، أو
 - ملء النموذج المرفق في دليل الأعضاء الخاص بك، أو
 - الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء لطلب منهم أن يرسلوا إليك النموذج بالبريد، أو
 - زيارة موقعنا الإلكتروني www.buckeyehealthplan.com، أو
- اكتب إلينا لإخبارنا عن الأشياء التي تجعلك تشعر بعدم الرضاء. تأكد من كتابة اسمك الأول واسمك الأخير، وإدخال الرقم المميز في وجه بطاقة عضوية Buckeye الخاصة بك، وعنوانك ورقم هاتفك في الخطاب حتى يمكننا الاتصال بك عند الحاجة.
- يجب أن ترسل إلينا أيضًا أي معلومات تساعد في شرح مشكلتك.

Buckeye Health Plan
Appeals/Grievance Coordinator
4349 Easton Way, Suite 200
Columbus, OH 43219

سترسل إليك Buckeye ردًا خطيًا إذا اتخذنا قرارًا بما يلي:

- رفض طلب تغطية الخدمة من أجلك، أو
- تقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل أن تتلقى كل الخدمات الموافق عليها، أو
- رفض الدفع نظير الخدمة التي تلقيتها ولا تغطيها Buckeye

سنرسل إليك أيضًا ردًا خطيًا، في الوقت المناسب، في الحالات التالية:

- إذا لم نكن قد اتخذنا بعد أي قرار بشأن الموافقة على طلب تغطية الخدمة من أجلك، أو
- الرد عليك بخصوص أي شيء أخبرتنا بأنك غير راضٍ عنه

إذا كنت غير موافق على القرار / الإجراء المحدد في الخطاب، واتصلت بنا خلال 90 يوم لطلب تغيير هذا القرار / الإجراء، يعرف ذلك بعملية الاستئناف. تبدأ فترة الـ 90 يومًا من اليوم التالي للتاريخ البريدي المكتوب على الخطاب. وما لم نبغك بتاريخ مختلف، سنقدم لك ردًا خطيًا على استئنافك في غضون 15 يومًا من تاريخ اتصالك بنا.

دليل الأعضاء التظلمات

إذا اتخذنا قرارًا بتقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل أن تتلقى كل الخدمات الموافق عليها، سيتم إبلاغك في الخطاب بكيفية يمكنك الاستمرار في تلقي الخدمات إذا اخترت ذلك ومتى يتعين عليك الدفع نظير هذه الخدمات.

التظلمات

إذا اتصلت بنا لأنك تشعر بعدم الرضاء عن أي شيء بخصوص Buckeye أو أحد مقدمي الخدمات التابعين لنا، يطلق على هذه العملية "التظلم". ستقوم Buckeye بالرد على تظلمك عبر الهاتف (أو بالبريد إذا لم تتمكن من الوصول إليك عبر الهاتف) خلال الأطر الزمنية التالية:

- يومان عمل بالنسبة للتظلمات المتعلقة بعدم إمكانية الحصول على الرعاية الطبية
- 30 يومًا بالنسبة لكل التظلمات الأخرى باستثناء التظلمات المتعلقة بالحصول على فاتورة بتكلفة الرعاية التي حصلت عليها
- 60 يومًا بالنسبة للتظلمات المتعلقة بالحصول على فاتورة بتكلفة الرعاية التي حصلت عليها

يحق لك أيضًا أن تتقدم بشكوى في أي وقت عن طريق الاتصال على العناوين التالية:

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street, 3rd Floor, Suite 300
Columbus, Ohio 43215
1-800-686-1526

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care
Box 182709 .P.O.
Columbus, Ohio 43218-2709
1-800-324-8680 أو 1-800-605-3040
خط TTY: 1-800-292-3572

جلسات الاستماع

ستخطر Buckeye بحقوقك في طلب عقد جلسة استماع عامة في الحالات التالية:

- اتخاذ القرار برفض تقديم الخدمات
- اتخاذ القرار بتقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل تلقي كل الخدمات الموافق عليها
- إرسال أحد مقدمي الخدمات فاتورة إليك لأن Buckeye رفضت الدفع نظير الخدمة
- اتخاذ القرار باقتراح التسجيل أو الاستمرار في التسجيل في برنامج إدارة المواد الخاضعة للرقابة والأعضاء (CSMM)
- اتخاذ القرار برفض طلبك المتعلق بتغيير مقدم خدمات إدارة المواد الخاضعة للرقابة والأعضاء (CSMM) الخاص بك من Buckeye

في الوقت الذي نتخذ فيه Buckeye قرارًا أو تعلم أن مقدم الخدمات يطالبك بدفع مستحقات، سنرسل إليك نموذج جلسة استماع عامة بالبريد. وإذا كنت تريد عقد جلسة استماع، يجب أن تطلب ذلك في غضون 90 يومًا. تبدأ فترة الـ 90 يومًا من اليوم التالي للتاريخ البريدي المكتوب في نموذج جلسة الاستماع. إذا اتخذنا قرارًا بتقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل تلقي جميع الخدمات المتفق عليها وقدمت طلبًا بعقد جلسة الاستماع في غضون 15 يومًا تبدأ من التاريخ البريدي لإرسال النموذج، لن نتخذ الإجراء إلا بعد تلقي الخدمات المتفق عليها أو بعد اتخاذ القرار بعقد جلسة الاستماع، أيهما أسبق في التاريخ. وربما يتعين عليك الدفع نظير الخدمات التي تتلقاها بعد التاريخ المقترح لتقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات إذا وافق مسؤول جلسة الاستماع على القرار الذي اتخذناه.

دليل الأعضاء التظلمات

لا تصدر جلسات عقد جلسات الاستماع العامة في العادة قبل 70 يومًا من تاريخ تلقي الطلب. ومع ذلك، إذا قرر برنامج الرعاية المدار أو مكتب جلسات الاستماع العامة أن الحالة الصحية تتوافق مع معايير اتخاذ قرار عاجل، سيصدر القرار بالسرعة المطلوبة، ولكن ليس قبل 3 أيام عمل من تلقي الطلب. نتخذ القرارات العاجلة عندما يمثل اتخاذ القرار في الإطار الزمني المعتاد خطورة شديدة على حياتك أو صحتك أو قدرتك على الحفاظ أو الاكتساب أو الاحتفاظ أو إعادة الاكتساب لوظائفك الصحية القصوى.

لطلب عقد جلسة استماع، يمكنك توقيع نموذج جلسة الاستماع العامة وإرجاعه إلى العنوان أو رقم الفاكس المدرج في النموذج، اتصل بمكتب جلسات الاستماع العامة على رقم 1-866-635-3748، أو ارسل طلبك عبر البريد الإلكتروني إلى bsh@jfs.ohio.gov. جلسة الاستماع العامة عبارة عن اجتماع يُعقد معك ومع شخص من إدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة وشخص من Buckeye ومسؤول جلسة الاستماع من إدارة خدمات العمل والأسرة في أوهايو. ستوضح Buckeye السبب وراء اتخاذها للقرار وستحتاج إلى إيضاح لماذا تعتقد أننا اتخذنا القرار الخاطئ. سوف يستمع مسؤول لجنة الاستماع ثم يقرر من على صواب استنادًا إلى المعلومات المقدمة ومدى التزامنا بالقواعد. إذا كنت تريد معلومات حول الخدمات القانونية المجانية لك، لا تعرف رقم هاتف مكتب المساعدة القانونية المحلي الخاص بك، يمكنك الاتصال بجمعية الخدمات القانونية بولاية أوهايو على رقم 1-800-589-5888 لمعرفة الرقم المحلي.

دليل الاعضاء التظلمات

نموذج التظلمات / الاستئناف

التاريخ: _____

إذا كنت ترغب في تقديم تظلم أو استئناف، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم 1-866-246-4358 (أو عبر خط TTY على رقم 1-800-750-0750). وإذا لم تتوفر لديك إمكانية الاتصال بالهاتف، يمكنك استكمال هذا النموذج أو كتابة خطابًا يحتوي على المعلومات المطلوبة أدناه. يجب إرسال النموذج المستوفي أو الخطاب الخاص بك بالبريد إلى:

Buckeye Health Plan
Appeals/Grievance Coordinator
4349 Easton Way, Suite 200
Columbus, OH 43219

أو على رقم الفاكس 1-866-719-5404 بعد الحادث محل الشكوى.

يرجى ملاحظة أنه: يجب تقديم معلومات اتصال كاملة ودقيقة أدناه حتى تتمكن Buckeye من الاتصال بك للعمل معك على حل المشكلة.

اسم العضو: _____

عنوان العضو: _____

رقم هاتف العضو: _____

رقم MMIS للعضو: _____

الوصي القانوني/ الوالد الوصي: _____

هل تم إعلام أحد موظفي Buckeye بهذه المشكلة من قبل؟ _____

في حالة الإجابة بـ "نعم"، متى تم ذلك؟ _____ و إلى من؟ _____

طبيعة الشكوى: (يرجى توضيح كل التفاصيل المتعلقة بالحادث ذي الصلة، بما في ذلك الأسماء والتواريخ والأماكن وما إلى ذلك. كما يُرجى إرفاق الأوراق الإضافية اللازمة لدعم عملية توثيق التظلم/الاستئناف، إذا لزم الأمر).

القسم التالي سيستكمل بواسطة Buckeye. الحل:

التاريخ: _____

الممثل: _____

إنهاء العضوية

إنهاء العضوية

فقدان أهلية الحصول على استحقاقات Medicaid

من المهم أن تحافظ على مواعيدك مع إدارة خدمات العمل والأسرة في المقاطعة. وإذا فاتتك إحدى الزيارات أو لم تقدم المعلومات التي يطلبونها منك، يمكن أن تفقد أهليتك للحصول على استحقاقات Medicaid. وفي حال حدوث ذلك، سيُطلب من Buckeye إيقاف عضويتك في Medicaid ولن تستمر Buckeye منذ هذه اللحظة في تغطية خدماتك.

إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)

إذا فقدت التأمين الصحي الخاص بك في أي وقت، ستتلقى إشعارًا بذلك يُطلق عليه "شهادة التغطية المعتمدة" من شركة التأمين القديمة لإبلاغك بإنهاء التأمين الخاص بك. من المهم أن تحتفظ بنسخة من هذا الإشعار في سجلاتك لأنه يمكن أن يُطلب منك تقديم نسخة.

التجديد التلقائي لعضوية برنامج الرعاية المُدار (MCP)

إذا كنت قد فقدت أهليتك للحصول على استحقاقات Medicaid لكنها بدأت مرة أخرى خلال 60 يومًا، ستصبح عضوًا في Buckeye بشكل تلقائي.

إنهاء عضويتك في برنامج الرعاية المُدار (MCP)

كعضو في برنامج رعاية مُدار، يحق لك أن تختار إنهاء عضويتك في أوقات معينة من السنة. يمكنك أن تختار إنهاء عضويتك خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عضويتك أو خلال شهر فتح باب التسجيل السنوي بالنسبة لمنطقتك. سترسل إليك إدارة Medicaid في أوهايو ردًا بالبريد لإبلاغك بموعد شهر فتح باب التسجيل السنوي الخاص بك. وإذا كنت تعيش في منطقة التسجيل بها إجباري، ينبغي عليك أن تختار برنامج رعاية مُدار آخر لتلقي خدمات الرعاية الصحية.

إذا أردت إنهاء عضويتك في الأشهر الثلاثة الأولى من عضويتك أو في شهر فتح باب التسجيل بالبرنامج في منطقتك، يمكنك الاتصال بخط Medicaid الساخن على رقم 1-800-324-8680 (خط TTY رقم 1-800-292-3572). يمكنك أيضًا إرسال طلب عبر الإنترنت إلى الموقع الإلكتروني لخط Medicaid الساخن على www.ohiomh.com. وفي معظم الأوقات، إذا اتصلت قبل آخر 10 أيام من الشهر، ستنتهي عضويتك في اليوم الأول من الشهر التالي. وإذا اتصلت بعد هذا الوقت، لن تنتهي عضويتك حتى اليوم الأول من الشهر الذي يليه. أما إذا اخترت برنامج رعاية مُدار آخر، سيرسل إليك البرنامج الجديد المعلومات عبر البريد قبل تاريخ بداية عضويتك.

اختيار برنامج جديد

إذا كنت تفكر في إنهاء عضويتك للتغيير إلى برنامج صحي آخر، ينبغي أن تعرف المزيد عن الاختيارات المتاحة لك، لاسيما إن كنت تريد الاحتفاظ بطبيبك الحالي أو الأطباء الحاليين المعنيين بك.

إنهاء العضوية

تذكر أن كل برنامج صحي له قائمة الأطباء والمستشفيات المسموح بها الخاصة به. كما يشتمل كل برنامج صحي على معلومات مكتوبة تشرح الاستحقاقات التي يقدمها والقواعد الحاكمة له. إذا كنت تريد معلومات مكتوبة عن البرنامج الصحي الذي تفكر في الانضمام إليه أو إذا كنت تريد فقط طرح الأسئلة عن البرنامج الصحي، يمكنك الاتصال بالبرنامج أو بخط Medicaid الساخن على رقم 1-800-324-8680.

(خط TTY على رقم 1-800-292-3572). كما يمكنك الحصول على معلومات عن البرامج الصحية المتاحة في منطقتك عن طريق زيارة الموقع الإلكتروني لخط Medicaid الساخن www.ohiomh.com.

إنهاء العضوية لسبب وجيه

في بعض الأحيان قد يكون هناك سبب خاص يجعلك تحتاج إلى إنهاء عضويتك في أحد البرامج الصحية. يُطلق على ذلك إنهاء العضوية "السبب وجيه". قبل أن تتمكن من طلب إنهاء العضوية لسبب وجيه، يجب أن تتصل أولاً ببرنامج الرعاية المُدار الخاص بك وتمنحهم الفرصة لحل هذه المسألة. وإذا لم يتمكنوا من حل المسألة، يمكنك أن تطلب الإنهاء لسبب وجيه في أي وقت إذا توفر لديك أحد الأسباب التالية:

1. تغيير محل إقامتك وعدم توافر برنامج الرعاية المُدار الحالي في منطقة سكنك الجديدة وكنت بحاجة إلى تلقي خدمات رعاية طبية غير طارئة قبل انتهاء عضويتك في برنامج الرعاية المُدار.
2. إذا كان برنامج الرعاية المُدار لا يُغطي الخدمة الطبية التي تحتاجها نتيجة لوجود اعتراضات أخلاقية أو دينية.
3. إذا قال الطبيب أن بعض الخدمات الطبية التي تحتاجها يجب تلقيها في نفس الوقت وكانت كل الخدمات غير متاحة على لائحة برنامج الرعاية المُدار الخاص بك.
4. التخوف من عدم تلقي رعاية عالية الجودة وعدم توافر الخدمات التي تحتاجها لدى مقدم خدمات آخر مُدرج على لائحة برنامج الرعاية المُدار الخاص بك.
5. عدم وجود إمكانية للوصول إلى الخدمات الطبية الضرورية التي يغطيها Medicaid أو إلى مقدمي خدمات لديهم خبرة في التعامل مع احتياجاتك الخاصة من الرعاية الصحية.
6. إذا كان مقدم الخدمات الرئيسي الذي اخترته لم يعد متاحاً على لائحة برنامج الرعاية المُدار الخاص بك وكان هو مقدم الخدمات الرئيسي المتاح على هذه اللائحة الذي يتحدث نفس لغتك ويقع مقره على بعد مسافة مناسبة من مسكنك. وإذا كان هناك برنامج صحي آخر مُدرج على لائحتك مقدم خدمات رئيسي يتحدث نفس لغتك ويقع على بعد مسافة مناسبة من مسكنك وسبق لك كمريض لديه.
7. أسباب أخرى - إذا كنت تعتقد أن بقاءك كعضو في البرنامج الصحي الحالي الخاص بك يضر بك ولا يصب في مصلحتك.

يمكنك طلب إنهاء عضويتك لسبب وجيه عن طريق الاتصال برقم خط Medicaid الساخن 1-800-324-8680، خط TTY رقم 1-800-292-3572. ستقوم إدارة Medicaid في أوهايو بمراجعة طلب إنهاء العضوية لسبب وجيه الخاص بك وتقرير ما إذا كان لديك سبب وجيه للإنهاء. ستتلقى خطاباً بالبريد يخبرك بما إذا كانت إدارة Medicaid في أوهايو ستقوم بإنهاء عضويتك وتاريخ إنهاءها. وإذا كنت تعيش في منطقة التسجيل بها إجباري، ستحتاج إلى اختيار برنامج رعاية مُدار آخر لتلقي الرعاية الصحية الخاصة بك، ما لم تبلغك إدارة Medicaid في أوهايو بخلاف ذلك. أما إذا تم رفض طلب الإلغاء لسبب وجيه الخاص بك، سترسل إليك إدارة Medicaid في أوهايو معلومات تشرح حقك في عقد جلسة استماع للاستئناف على القرار.

إنهاء العضوية

أمور يجب وضعها في الاعتبار إذا أنهيت عضويتك
إذا اتبعت أيًا من الخطوات أعلاه لإنهاء عضويتك، تذكر ما يلي:

- استمر في استخدام خدمات أطباء Buckeye ومقدمي الخدمة الآخرين حتى يوم اشتراكك في البرنامج الصحي الجديد أو الرجوع إلى برنامج Medicaid المعتاد.
- إذا اخترت برنامج صحي جديد ولم تتلقى بطاقة عضوية قبل اليوم الأول من الشهر عندما تكون عضوًا في برنامج جديد، اتصل بإدارة خدمات الأعضاء التابعة للبرنامج. وإذا لم يمكنهم مساعدتك، اتصل برقم خط Medicaid الساخن 1-800-324-8680، أو خط TTY رقم 1-800-292-3572.
- إذا كان قد تم السماح لك بالرجوع إلى بطاقة Medicaid المعتادة ولم تتلقى بطاقة Medicaid جديدة، اتصل بالأخصائي الاجتماعي في المقاطعة.
- إذا اخترت برنامج صحي جديد وكانت هناك أي زيارات طبية مخططة بالنسبة لك، يرجى الاتصال بالبرنامج الجديد الخاص بك للتأكد من أن مقدمي الخدمة هؤلاء مدرجين على قائمة مقدمي الخدمات في البرنامج الجديد واستكمال أي أوراق مطلوبة. وتتضمن بعض الأمثلة على الوقت الذي يتعين عليك فيه الاتصال بالبرنامج الجديد الخاص بك : عندما يكون هناك ميعاد محدد بالنسبة لك لزيارة طبيب جديد أو إجراء جراحة أو تحليل دم أو أشعة إكس، لاسيما في حالات الحمل.
- إذا كان قد تم السماح لك بالرجوع إلى برنامج Medicaid المعتاد وكانت هناك أي زيارات طبية مخططة، يرجى الاتصال بمقدمي الخدمات للتأكد من أنهم سيأخذون بطاقة Medicaid المعتادة.

الحالات الاختيارية لإنهاء العضوية

- الأطفال دون سن التاسعة عشر (19) سنة يُتاح لهم خيار عدم الاشتراك في برنامج رعاية مُدار إذا كانوا:
 - مؤهلين للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI) بموجب المادة 16 (من قانون الضمان الاجتماعي)؛ أو
 - يتلقون مساعدة الحضانه أو التبني بموجب المادة 4-هـ (من قانون الضمان الاجتماعي)؛ أو
 - في وضع حضانه أو في مكان خارج المنزل؛ أو
 - يتلقون الخدمات عبر مكتب الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (BCMH) التابع لإدارة الصحة في أوهايو.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كان أي شخص عضوًا في قبيلة هندية معترف بها فيدراليًا، بغض النظر عن السن، يُتاح له خيار عدم الاشتراك في عضوية برنامج الرعاية المُدار.

إذا كنت تعتقد أن أي من المعايير المذكورة أعلاه تنطبق عليك أو على طفلك ولا تريد الاشتراك في عضوية برنامج رعاية مُدار، يمكنك الاتصال برقم خط Medicaid الساخن 1-800-324-8680 (خط TTY رقم 1-800-292-3572). وإذا كان هناك أي شخص تنطبق عليه المعايير المذكورة أعلاه ولا يريد أن يكون عضوًا في برنامج رعاية مُدار، سيتم إنهاء عضويته.

إنهاء العضوية

الاستثناءات – الأشخاص غير المسموح لهم بالانضمام إلى برنامج رعاية مُدار (MCP) في Medicaid

- الأشخاص المؤهلين بشكل مزدوج للحصول على استحقاقات برنامجي Medicare و Medicaid
- الأشخاص التابعين للمؤسسات (في دار رعاية مسنين أو منشأة رعاية طويلة المدى أو ICF-MR أو أي أنواع مؤسسات أخرى)
- الأشخاص المؤهلين للحصول على استحقاقات Medicaid عن طريق خفض الإنفاق من دخلهم ومواردهم إلى مستوى يلبي شروط الأهلية المالية للحصول على استحقاقات برنامج Medicaid
- من يتلقون خدمات Medicaid Waiver
- الأشخاص الذين يتلقون الخدمات عبر مكتب الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (BCMh) التابع لإدارة الصحة في أوهايو فيما يتعلق بتشخيص الإصابة بالسرطان أو التليف الكيسي أو الناعور (الهوفيليا).

إذا كنت تعتقد أن أي من المعايير المذكورة أعلاه تنطبق عليك ولا تريد الاشتراك في عضوية برنامج رعاية مُدار، يجب الاتصال برقم خط Medicaid الساخن 1-800-324-8680 (خط TTY رقم 1-800-292-3572). وإذا كانت تنطبق عليك المعايير المذكورة أعلاه، سيتم إنهاء عضويتك في برنامج الرعاية المُدار.

هل يمكن أن تقوم Buckeye بإنهاء عضويتي؟

يمكن أن تطلب Buckeye من إدارة Medicaid في أوهايو إنهاء عضويتك لأسباب معينة. يجب أن توافق إدارة Medicaid في أوهايو على الطلب قبل أن ينتهي إنهاء عضويتك. الأسباب التي بناءا عليها يمكن أن تطلب Buckeye إنهاء عضويتك هي كالتالي:

- الغش والاحتيال أو إساءة استعمال بطاقة عضوية Buckeye الخاصة بك
- السلوك التخريبي أو غير المتعاون لدرجة تؤثر على قدرة Buckeye على توفير الخدمات لك وللأعضاء الآخرين.



حقوقك بموجب العضوية

ستتمتع بالحقوق التالية كعضو في Buckeye:

- تلقي كل الخدمات التي توفرها Buckeye.
- المعاملة باحترام مع مراعاة كرامتك وخصوصيتك.
- التأكد من الحفاظ على خصوصية معلومات سجلك الطبي.
- تزويدك بالمعلومات عن صحتك. هذه المعلومات يمكن أن تتم إتاحتها أيضًا إلى أي شخص تفوضه قانونًا للحصول عليها أو تكون قد طلبت الرجوع إليه في حالات الطوارئ عندما لا يكون من الجيد منحك إياها فيما يتعلق بصحتك.
- أن يمكنك المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك، ما لم يكن ذلك في مصلحتك.
- الحصول على معلومات حول أي علاج رعاية طبية، بحيث يسهل عليك فهمه.
- التأكد من أن الآخرين لا يمكنهم سماعك أو رؤيتك عند تلقي الرعاية الطبية.
- أن تكون متحررًا من كل أنواع الإكراه أو العزلة المستخدمة كوسيلة للإكراه أو العقاب أو التسهيل أو الانتقام كما هو منصوصًا عليه في اللوائح الفيدرالية.
- طلب الحصول على نسخة من السجلات الطبية، والحصول عليها بالفعل، وأن يكون بإمكانك طلب تغيير/ تصحيح السجل إذا لزم الأمر.
- أن يكون بمقدورك الموافقة أو الرفض عند الكشف عن أي معلومات خاصة بك، ما لم تضطر Buckeye للقيام بذلك بموجب القانون.
- أن يكون بمقدورك رفض المعالجة أو العلاج. وإذا قمت بالرفض، يجب على طبيب Buckeye أن يتحدث معك عن العواقب المحتملة لهذا القرار وأن يدون ملاحظة بخصوص ذلك في سجلك الطبي.
- أن يكون بمقدورك الاستئناف أو تقديم تظلم (شكوى) أو طلب عقد جلسة استماع عامة. انظر صفحات 25-28 من هذا الدليل للحصول على المعلومات.
- أن يكون بمقدورك الحصول على كل معلومات Buckeye الخطية من Buckeye:
 - 0 بدون أي تكاليف عليك
 - 0 باللغة الشائعة، غير اللغة الإنجليزية، في منطقة تقديم خدمات Buckeye إلى العضو
 - 0 أو بطريقة أخرى، المساعدة في تلبية الاحتياجات الخاصة للأعضاء الذين يواجهون مشكلات في قراءة المعلومات لأي سبب
- أن يكون بمقدورك الحصول على المساعدة بالمجان من Buckeye ومقدمي الخدمات التابعين لها إذا لم تكن تتحدث الإنجليزية أو إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في فهم المعلومات.
- أن يكون بمقدورك الحصول على المساعدة بلغة الإشارة إذا كنت تعاني من ضعف السمع.
- أن يتم إخبارك بما إذا كان مقدم خدمات الرعاية الصحية طالبًا وأن يكون بمقدورك رفض رعايته.

دليل الأعضاء

حقوق العضوية

- أن يتم إخبارك حول أي رعاية تجريبية تخضع لها وأن يكون بمقدورك الرفض أو المشاركة في الرعاية.
- أن يكون بمقدورك وضع توجيهان طبية مسبقة (وصية الحياة). راجع الكتيب المرفق مع حزمة العضو الجديد الذي يحتوي على شرح للتوجيهات الطبية المسبقة. ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- أن يكون بمقدورك رفع أي شكاوى حول عدم اتباع توجيهاتك الطبية المسبقة للإدارة الصحية في أوهايو.
- أن يكون بمقدورك تغيير مقدم الخدمات الرئيسي بأخر مدرج على لائحة Buckeye كل شهر على الأقل. يجب أن ترسل Buckeye إليك ردًا خطيًا لإبلاغك بمن هو مقدم الخدمات الرئيسي الجديد وتاريخ التغيير.
- أن تتمتع بحرية استخدام حقوقك ومعرفة أن Buckeye أو مقدمي الخدمات التابعين لها أو إدارة Medicaid في أوهايو لن يستخدموا الحقوق ضدك.
- معرفة أنه يجب على Buckeye الالتزام بكل القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والقوانين الأخرى المطبقة المتعلقة بالخصوصية.
- أن يكون بمقدورك اختيار مقدم الخدمات الذي يقدم لك خدمات الرعاية متى أمكن وبشكل مناسب.
- بالنسبة للإناث، أن يكون بمقدورك الذهاب إلى مقدم خدمات صحية للسيدات مدرجًا على لائحة Buckeye بالنسبة لخدمات صحة المرأة التي تشملها التغطية.
- أن يكون بمقدورك الحصول على رأي مقدم خدمات مؤهل آخر مدرج على لائحة Buckeye. وإذا لم يتمكن مقدم الخدمات من رؤيتك، يجب على Buckeye أن تقوم بالإعداد لزيارة مقدم خدمات غير مدرج على لائحتنا.
- أن تحصل منا على معلومات عن Buckeye.
- أن يكون بمقدورك الاتصال بوزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية لحقوق الإنسان و/أو مكتب حقوق الإنسان التابع لإدارة خدمات العمل والأسرة في أوهايو على العناوين المدرجة أدناه مع توضيح أي شكوى من التمييز على أساس الجنس أو اللون أو الدين أو الجنس أو التوجه الجنسي أو السن أو الإعاقة أو الأصل القومي أو حالة الأقدمية أو سلسلة النسب أو الحالة الصحية أو الحاجة إلى خدمات صحية.

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, Illinois 60601
(312) 886-2359; (312) 353-5693 TTY

Bureau of Civil Rights
Ohio Department of Job and Family Services
30 E. Broad Street, 30th Floor
Columbus, Ohio 43215
(614) 644-2703; 1-866-227-6353; 1-866-221-6700 TTY; Fax: (614) 752-6381

مسؤوليات العضوية

مسؤولياتك كعضو

هناك العديد من المسؤوليات التي يجب أن تتحملها أيضًا كعضو في Buckeye. تتضمن هذه المسؤوليات معرفة وفهم كل حق من حقوقك بموجب برنامج Medicaid. وتشمل هذه المسؤوليات ما يلي:

- طرح الأسئلة إذا كنت لا تفهم حقوقك.
- إحداث أي تغييرات في برنامجك الصحي ومقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك بالأساليب المحددة من قبل برنامج Medicaid و Buckeye.
- الالتزام بمواعيدك المحددة مسبقًا.
- اصطحاب بطاقة العضوية معك.
- إبلاغ مقدم الخدمات الرئيسي بأي معالجة تتلقاها في غرفة الطوارئ.
- إلغاء المواعيد مسبقًا إذا لا تستطيع الالتزام بها.
- إذا كانت Buckeye توفر لك خدمة نقل لحضور المواعيد الطبية، يجب أن توفر مقعدًا في السيارة لأي طفل تأخذه معك إذا كان سنه 4 سنوات فأقل، أو إذا كان وزن هذا الطفل أقل من 40 رطل.
- احرص دائمًا على الاتصال أولاً بمقدم الخدمات الرئيسي أو خط NurseWise في Buckeye فيما يتعلق باحتياجاتك الطبية غير الطارئة.
- عدم الانتقال إلى غرفة الطوارئ إلا عندما تعتقد أن حالتك طارئة بالفعل.
- مشاركة المعلومات المتعلقة بحالتك الصحية مع مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك والاطلاع التام على خيارات الخدمة والمعالجة. يشمل ذلك المسؤولية عن:
 - 0 إبلاغ مقدم الخدمات الرئيسي بحالتك الصحية.
 - 0 التحدث مع مقدمي الخدمات حول احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك والسؤال عن الطرق المختلفة للتعامل مع مشاكلك فيما يتعلق بالرعاية الصحية.
 - 0 مساعدة مقدمي الخدمات التابعين لك في الحصول على سجلاتك الطبية.
 - 0 المشاركة الفعالة في اتخاذ القرارات المتعلقة بخيارات الخدمة والمعالجة الآمنة واتخاذ الخيارات الشخصية واتخاذ إجراءات الحفاظ على صحتك. يشمل ذلك المسؤولية عن:
 - العمل الجماعي مع مقدم الخدمات الخاص بك فيما يتعلق بتحديد الرعاية الصحية الأفضل بالنسبة لك.
 - بذل أقصى ما في وسعك للحفاظ على صحتك.
 - معاملة مقدمي الخدمات والموظفين باحترام.

دليل الأعضاء

معلومات أخرى

- تقدم Buckeye الخدمات لأعضائنا بموجب عقد مبرم بينها وإدارة Medicaid في أوهايو. إذا كنت تريد الاتصال بإدارة Medicaid في أوهايو، يمكنك الاتصال أو الكتابة إلى:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
1-800-324-8680 أو 1-800-605-3040
خط 1-800-292-3572:TTY

أو يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة Medicaid في أوهايو على
www.jfsmedicaid.ohio.gov/ohp

- يمكنك الاتصال بـ Buckeye للحصول على أي معلومات أخرى تريدها، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بهيكل وعمل Buckeye، وكيف ندفع إلى مقدمي الخدمات التابعين لنا.
- إذا كنت تريد إخبارنا بأمور تعتقد أنه ينبغي علينا تغييرها، يُرجى الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء على رقم 1-866-246-4358 (خط 1-800-750-0750).
- يحق لك تقديم التوصيات حول السياسات المتعلقة بحقوق ومسؤوليات أعضاء Buckeye.
- يحق لك الاستفسار من Buckeye عن طريقة تقييمنا لإجراءات وخدمات الرعاية الصحية الجديدة التي نغطيها كاستحقاق.
- يحق لك أن تسأل Buckeye عن الأسباب التي بناء عليها نتخذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية.
- نحن في Buckeye نهتم بخصوصيتك. وسنبذل قصارى جهدنا لحماية سجلاتك الصحية. وبموجب القانون، يجب علينا أن نحمي سجلاتك الصحية ونرسل إليك إشعار الخصوصية المرفق في نهاية الدليل. يخبرك إشعار الخصوصية هذا عن كيفية استخدامنا لسجلاتك الصحية. كما يصف متى يمكننا مشاركة سجلاتك مع الآخرين. ويشرح أيضاً حقوقك في استخدام سجلاتك الصحية. كما يخبرك بكيفية استخدام هذه الحقوق وكيف يمكن الاطلاع على سجلاتك الصحية. ذلك مع العلم بأن هذا الإشعار لا ينطبق على المعلومات التي لا تساعد في الكشف عن هويتك. وعندما نتحدث عن سجلاتك الصحية في الإشعار، يشمل ذلك أي معلومات عن صحتك البدنية أو النفسية (العقلية) في السابق والحاضر والمستقبل خلال عضويتك في Buckeye. ويشمل ذلك أيضاً تقديم الرعاية الصحية لك. كما يشمل الدفع نظير خدمات الرعاية الصحية التي تحصل عليها خلال عضويتك في برنامجنا.

دليل الأعضاء

معلومات أخرى

الإصابة العرضية أو المرض (الحلول)

إذا كان عضو Buckeye يحتاج إلى زيارة الطبيب نتيجة إصابة أو مرض تسبب فيهما شخص آخر أو في شركة أخرى، يجب عليك الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء لإبلاغنا بالأمر. على سبيل المثال، إذا تعرضت للإصابة نتيجة حادث تحطم سيارة أو عضة كلب أو إذا سقطت في أحد المتاجر وأصبحت، عندئذ قد يتعين على شركة تأمين أخرى دفع فواتير الطبيب و/أو المستشفى. سنحتاج عندما نتصل بنا إلى اسم الشخص المخطئ وشركة التأمين الخاصة به واسم أو أسماء أي محامين معنيين بالمسألة.

برامج التأمين الصحي الأخرى (تنسيق الاستحقاقات – COB)

إذا كان لديك أو لدى أحد أفراد عائلتك تأمين صحي مع شركة أخرى، من المهم للغاية أن نتصل بإدارة خدمات الأعضاء وبالأخصائي الاجتماعي في المقاطعة الذي تتبعه لمناقشة الأمور المتعلقة بالتأمين. على سبيل المثال، إذا كنت تعمل ولديك تأمين صحي أو إذا كان هناك تأمين صحي خاص بأطفالك من خلال الطرف الآخر من الأبوين، ستحتاج إلى الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء لإبلاغنا بالمعلومات. ومن المهم أيضاً أن نتصل بخدمات الأعضاء والأخصائي الاجتماعي في المقاطعة الذي تتبعه في حال فقدان التأمين الصحي الخاص بك الذي أبلغت عنه من قبل. ذلك مع العلم بأن الامتناع عن تقديم هذه المعلومات إلينا يمكن أن يسبب مشكلات فيما يتعلق بالحصول على الرعاية وسداد الفواتير.

إشعار الخصوصية

إشعار ممارسات الخصوصية من Buckeye Health Plan

يصف هذا الإشعار كيف تُستخدم المعلومات الطبية الخاصة بك ويتم الكشف عنها وكيف يمكنك الحصول على هذه المعلومات. يرجى مراجعته بعناية.

ساري المفعول بدايةً من 1 يناير 2013
للمساعدة في فهم وترجمة هذا الإشعار، يرجى الاتصال برقم 1-866-246-4358.
أو على خط TTY رقم 1-800-750-0750 لذوي الإعاقات السمعية.
Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor
llame al telefono. 1-866-246-4358. (TTY 1-800-750-0750).
نوفر لك خدمات الترجمة بالمجان.

واجبات الكيانات التي تشملها التغطية:

تعد Buckeye Health Plan كيانًا تشمله التغطية كما هو مُعرَّف ومنظَّم بموجب قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة لسنة 1996 (HIPAA). و Buckeye Health Plan ملزمة بموجب القانون بالمحافظة على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI). يتعين علينا أن نسلّمك هذا الإشعار. وهو يتضمن واجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية ذات الصلة بمعلوماتك الصحية المحمية. كما يجب أن نلتزم ببنود الإشعار الحالي. ويجب أن نخطر بآي انتهاكات لمعلومات الصحية المحمية في حالة عدم حمايتها.

هذا الإشعار يصف كيف نقوم باستخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها. كما يصف حقوقك فيما يتعلق بالحصول على معلوماتك الصحية المحمية وتغييرها وإدارتها. ويوضح أيضًا كيف يمكنك استخدام هذه الحقوق.

يجوز تغيير هذا الإشعار من قبل Buckeye Health Plan. ونحتفظ بالحق في جعل الإشعار المراجع أو الذي خضع للتغيير ساريًا بالنسبة لمعلوماتك الصحية المحمية التي بحوزتنا بالفعل. كما يمكننا أن نجعله ساريًا بالنسبة لأي معلومات صحية محمية خاصة بك نحصل عليها في المستقبل. ذلك مع العلم بأن Buckeye Health Plan ستقوم بتحديث هذا الإشعار وإرساله إليك من غير إبطاء في حال إجراء أي تغيير مادي في العناصر التالية المذكورة في الإشعار:

- الاستخدامات وعمليات الكشف
- حقوقك
- واجباتنا القانونية
- ممارسات الخصوصية الأخرى الموضحة في الإشعار

ستجد إشعاراتنا المحدثة على موقعنا الإلكتروني وفي دليل الأعضاء الخاص بنا. وسنرسل إليك أيضًا نسخة عبر البريد أو البريد الإلكتروني عند الطلب.

إشعار الخصوصية

استخدامات معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وعمليات الكشف عنها:

فيما يلي قائمة بالطرق التي يمكن أن نتبعها فيما يتعلق باستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها بدون إذن أو تصريح منك:

- **المعالجة.** يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نقوم بالكشف عنها لأحد الأطباء أو مقدمي خدمات الرعاية الصحية الذي يوفر لك الخدمات العلاجية. ونقوم بذلك بغرض تنسيق معالجتك فيما بين مقدمي الخدمات. كما نقوم بذلك لمساعدتنا فيما يتعلق بقرارات التصريح المسبق ذات الصلة باستحقاقاتك.
- **الدفع.** يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونقوم بالكشف عنها لأغراض الدفع نظير استفادتك من خدمات الرعاية الصحية التي تلقيتها. وربما نكشف عنها لأغراض الدفع لبرنامج صحي آخر أو مقدم خدمات رعاية صحية أو أي كيان آخر. ويخضع ذلك لقواعد الخصوصية الفيدرالية. ويمكن أن تشمل أنشطة الدفع ما يلي:

- 0 معالجة المطالبات
- 0 تحديد الأهلية أو مطالبات التغطية
- 0 إصدار فواتير الأقساط
- 0 مراجعة الخدمات لتحديد مدى الضرورة الطبية
- 0 إجراء مراجعة الاستفادة من المطالبات

- **عمليات الرعاية الصحية.** يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونقوم بالكشف عنها بغرض إجراء عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا. هذه الأنشطة يمكن أن تشمل:

- 0 تقديم الخدمات للعملاء
- 0 الرد على الشكاوى وعمليات الاستئناف
- 0 توفير تدابير إدارة الحالة وتنسيق الرعاية
- 0 إجراء المراجعات الطبية للمطالبات وتقييمات الجودة الأخرى
- 0 أنشطة التحسين

قد نقوم بالكشف عن المعلومات الصحية المحمية إلى شركائنا في الأعمال في إطار عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا. سنبرم اتفاقات خطية مع هؤلاء الشركاء لحماية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية. كما يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى كيان آخر يخضع لقواعد الخصوصية الفيدرالية. ويجب أن يرتبط هذا الكيان أيضًا بعلاقة معك فيما يتعلق بعمليات الرعاية الصحية التي يقوم بها. يشمل ذلك ما يلي:

- 0 أنشطة التحسين وتقييم الجودة
- 0 مراجعة كفاءات أو مؤهلات محترفي الرعاية الصحية
- 0 تدابير إدارة الحالة وتنسيق الرعاية
- 0 اكتشاف أو منع الاحتيال وإساءة الاستعمال فيما يتعلق بالرعاية الصحية

- **تنذيرات المواعيد/البدايل العلاجية.** يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نقوم بالكشف عنها لتذكيرك بميعاد المعالجة والرعاية الطبية التي نقدمها. كما يمكن أن نستخدمها أو نقوم بالكشف عنها لإعطائك معلومات عن بدائل المعالجة. ويمكن أن نستخدمها أو نقوم بالكشف عنها أيضًا فيما يتعلق بالاستحقاقات والخدمات الصحية الوثيقة الصلة الأخرى؛ مثل المعلومات المتعلقة بكيفية الإفلاع عن التدخين أو التخصيس.

وفقًا لما يقتضيه القانون. إذا استدعى القانون الفيدرالي و/أو قانون الولاية و/أو القانون المحلي استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها، يجوز لنا أن نستخدم هذه المعلومات أو نكشف عنها. لكننا لا نقوم بذلك إلا عندما يتم استخدام أو الكشف عن المعلومات وفقًا للقانون. هذا الاستخدام أو الكشف يتقيد بمتطلبات القانون. وقد تكون هناك قوانين أو لوائح أخرى متعارضة. وفي حال حدوث ذلك، سنلتزم بالقوانين أو اللوائح الأكثر صرامة.

إشعار الخصوصية

- **أنشطة الصحة العامة.** يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى سلطات الصحة العامة لتجنب أو السيطرة على المرض أو الإصابة أو الإعاقة. كما يمكن أن نكشف عنها إلى إدارة الغذاء والدواء (FDA). يمكننا القيام بذلك لضمان جودة وسلامة وفعالية المنتجات أو الخدمات بموجب الرقابة التي تفرضها إدارة الغذاء والدواء.
- **ضحايا إساءة المعاملة والإهمال.** يمكن أن نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى سلطات الحكومة المحلية أو حكومة الولاية أو الحكومة الفيدرالية. يشمل ذلك وكالة الخدمات الاجتماعية أو الخدمات الوقائية المصرح لها بموجب القانون بالحصول على هذه التقارير. ولن نقوم بذلك إلا إذا كان لدينا اعتقاد معقول بالتعرض لإساءة المعاملة أو الإهمال أو العنف الأسري.
- **الإجراءات القضائية والإدارية.** يمكن أن نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية في سياق الإجراءات القضائية والإدارية. كما يمكن أن نكشف عنها استجابةً لما يلي:
 - 0 حكم محكمة
 - 0 المحكمة الإدارية
 - 0 مذكرة إحضار من المحكمة
 - 0 استدعاءات المثول أمام المحكمة
 - 0 أمر تفتيش
 - 0 طلب اكتشاف
 - 0 طلبات قانونية مشابهة
- **إنفاذ القانون.** يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية ذات الصلة للمساعدة في إنفاذ القانون إذا لزم الأمر. وذلك استجابةً لما يلي على سبيل المثال:
 - 0 حكم محكمة
 - 0 أمر تفتيش صادر من المحكمة
 - 0 مذكرة إحضار من المحكمة
 - 0 استدعاءات المثول الصادرة من مسؤول قضائي
 - 0 الاستدعاء من هيئة المحلفين الكبرى
- ويمكننا أيضًا أن نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية ذات الصلة لتحديد هوية أو مكان شخصًا مشتبه فيه أو هارب من العدالة أو شاهد على حادث أو شخص مفقود.
- **قضاة التحقيق والأطباء الشرعيين ومتعهدي الدفن.** يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى قاضي التحقيق أو الطبيب الشرعي. في بعض الحالات قد تكون هناك حاجة إلى القيام بذلك لتحديد سبب الوفاة على سبيل المثال. كما يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى متعهدي الدفن، حسب الحاجة، للقيام بواجباتهم.
- **التبرع بالأعضاء والعيون والأنسجة.** يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى المنظمات الموفرة للأعضاء. كما يمكن أن نكشف عنها إلى من يعملون في مجال توريد أو حفظ أو زرع:
 - 0 الأعضاء الجئية
 - 0 العيون
 - 0 الأنسجة
- **تهديدات الصحة والسلامة.** يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها إذا رأينا، بحسن نية، أن هناك حاجة لذلك لمنع أو خفض التهديدات الخطرة أو الوشيكة. يشمل ذلك التهديدات على صحة وسلامة الشخص أو الجمهور.

إشعار الخصوصية

- **الوظائف الحكومية المخصصة.** إذا كنت عضوًا في القوات المسلحة الأمريكية، يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية وفقًا لما تتطلبه سلطات القيادة العسكرية. وقد نكشف أيضًا عن معلوماتك الصحية المحمية إلى:

- 0 مسؤولي الأمن الوطني الفيدراليين المخولين
- 0 الأنشطة الاستخباراتية
- 0 وزارة الخارجية، لتحديد مدى اللياقة للعمل بها
- 0 وكالات خدمات حماية رئيس الولايات المتحدة الأمريكية أو الأشخاص المخولين الآخرين

- **تعويض العاملين.** قد نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية من أجل الالتزام بالقوانين المتعلقة بتعويض العاملين أو البرامج المشابهة التي يدعمها القانون. تختص هذه البرامج بتوفير الاستحقاقات نظير الإصابات أو الأمراض ذات الصلة بالعمل بغض النظر عن ارتكاب الخطأ الطبي.

- **حالات الطوارئ.** يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إذا كنت غير قادر على الرد أو في حالة عدم حضورك. يشمل ذلك الكشف إلى أفراد العائلة أو الأصدقاء الشخصيين المقربين أو وكالة الإغاثة في الكوارث المصرح لها أو أي شخص آخر أخبرتنا بشأنه. وسنعتد على حكمنا وخبرتنا المهنية في تقرير ما إذا كان الكشف سيصب في مصلحتك. وإذا تبين أن الكشف يصب في مصلحتك بالفعل، سنقوم بالكشف فقط عن المعلومات الصحية المحمية المرتبطة ارتباطًا مباشرًا بمشاركة الشخص في رعايتك.

- **الأبحاث.** في بعض الحالات يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الباحثين بعد الموافقة على دراسة الأبحاث السريرية الخاصة بهم. ويجب أن تكون لديهم تدابير وقائية مطبقة لضمان الخصوصية وحماية معلوماتك الصحية المحمية.

الاتفاق الشفهي على استخدام والكشف عن معلوماتك الصحية المحمية

يمكن أن نعتمد على الاتفاق الشفهي معك في استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها للآخرين. يشمل ذلك أفراد العائلة أو الأصدقاء الشخصيين المقربين أو أي شخص آخر تحدده. ويمكنك الاعتراض على استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية في وقت الطلب. كما يمكنك أن تمنحنا موافقتك أو رفضك الشفهي مقدمًا. ويمكنك أيضًا أن تمنحنا إياها في وقت الاستخدام أو الكشف. في هذه الحالات سنقيد استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها. ونحن نقيّد الوصول إلى المعلومات بما هو متعلق مباشرةً بصلة الشخص بالمعالجة أو الدفع نظير الرعاية الصحية المقدمة لك.

يمكن أن نعتمد على اتفاقك أو رفضك الشفهي في استخدام والكشف عن معلوماتك الصحية المحمية في حالات الكوارث. ويمكن أن نقدم هذه المعلومات إلى الهيئة المعتمدة للإغاثة في الكوارث. في هذه الحالات سنقيد استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها. وسيتقيد ذلك بإخطار أحد أفراد العائلة أو الممثل الشخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك وموقعك وحالتك العامة. كما يمكنك أن تمنحنا موافقتك أو رفضك الشفهي مقدمًا. ويمكنك أيضًا أن تمنحنا إياها في وقت استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها.

استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وحالات الكشف عنها التي تتطلب الحصول على تصريح خطي منك

نحن مطالبين بالحصول على تصريح خطي منك لاستخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية، مع بعض الاستثناءات القليلة للأسباب التالية:

- **بيع معلوماتك الصحية المحمية.** سنطلب موافقة خطية قبل إجراء أي عملية كشف يمكن اعتبارها بيعًا لمعلوماتك الصحية المحمية. وبيع المعلومات الصحية المحمية يعني أنه يتم الدفع لنا نظير الكشف عن المعلومات الصحية المحمية على هذا النحو.

- **التسويق.** سنطلب موافقتك الخطية على استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لأغراض التسويق مع استثناءات محدودة. على سبيل المثال عندما نجري اتصالات تسويقية وجهاً لوجه معك. أو عندما نقدم هدايا ترويجية ذات قيمة إسمية.
- **ملاحظات العلاج النفسي.** سنطلب منك موافقة خطية على استخدام أو الكشف عن أي ملاحظات للعلاج النفسي توجد في الملف الخاص بك، لكن مع استثناءات محدودة؛ بالنسبة لوظائف تشغيلية معينة للمعالجة أو الدفع أو الرعاية الصحية على سبيل المثال.

كل الاستخدامات وعمليات الكشف الأخرى عن معلوماتك الصحية المحمية غير الموضحة في هذا الإشعار لن تتم إلا بعد الحصول على موافقة خطية منك. وبممكنك سحب موافقتك في أي وقت. يجب أن يكون طلب سحب الموافقة في صيغة خطية أيضاً. وسيبدأ سريان طلب سحب الموافقة الخاصة بك بمجرد أن تطلب ذلك. لكن هناك حالتان لعدم بدء سريان طلب سحب الموافقة بمجرد أن تطلب ذلك؛ الحالة الأولى عندما نكون قد اتخذنا الإجراءات بالفعل بناءً على الموافقة السابقة، والحالة الثانية قبل أن نتلقى طلبك الخطي بإيقاف الموافقة.

حقوقك

فيما يلي حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية. يرجى الاتصال بنا إذا كنت تريد استخدام أيًا من الحقوق التالية. بيانات الاتصال الخاصة بنا موضحة في نهاية هذا الإشعار.

- **الحق في طلب فرض القيود.** يحق لك طلب فرض القيود على استخدام والكشف عن معلوماتك الصحية المحمية فيما يتعلق بعمليات المعالجة أو الدفع أو الرعاية الصحية. كما يمكنك طلب إجراء عمليات الكشف للأشخاص المشاركين في رعايتك أو الدفع نظير الرعاية التي تتلقاها. يشمل ذلك أفراد العائلة أو الأصدقاء المقربين. يجب أن يحدد الطلب الخاص بك القيود التي تطلب فرضها. كما يجب أن يحدد من الذي تنطبق عليه القيود. ونحن لسنا مطالبين بالموافقة على هذا الطلب. وفي حالة موافقتنا، سنلتزم بطلب فرض القيود الخاص بك. لكننا لن نلتزم به إذا كانت المعلومات مطلوبة لمعالجتك في حالات الطوارئ. ومع ذلك، سنقوم بتقييد استخدام أو الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية فيما يتعلق بعمليات الدفع أو الرعاية الصحية طبقاً للبرنامج الصحي عندما تكون قد قمت بالدفع من جيبك الخاص نظير الخدمة أو العناصر الأخرى.
- **الحق في طلب اتصالات سرية.** يحق لك أن تطلب منا الاتصال بك بخصوص معلوماتك الصحية المحمية بأي طرق أخرى أو في أي مواقع أخرى. هذا الحق ينطبق فقط إذا كان يمكن أن تتعرض للخطر في حال عدم توصيل المعلومات بطرق أخرى أو في مواقع أخرى. ولن تحتاج إلى شرح السبب وراء طلبك. ومع ذلك، يجب عليك إيضاح أن هذه المعلومات يمكن أن تعرضك للخطر في حال عدم إجراء التغيير. ويجب علينا أن نتعامل مع طلبك إذا كان معقولاً ويحدد الطريقة الأخرى لتوصيل معلوماتك الصحية المحمية أو الموقع الآخر لتلقيها.
- **الحق في الوصول إلى نسخة من معلوماتك الصحية المحمية والحصول عليها.** يحق لك، لكن مع استثناءات محدودة، أن تتنظر في أو تحصل على نسخ من معلوماتك الصحية المحمية المدرجة في مجموعة السجل المعينة. ويمكنك أن تطلب منا منك نسخاً بصيغة أخرى غير النسخ المصورة ضوئياً. سنستخدم الصيغة التي تطلبها ما لم يكن هناك ما يعيق القيام بذلك بشكل عملي. ويجب عليك أن تقدم طلباً خطياً للحصول على معلوماتك الصحية المحمية. وفي حال رفضنا لطلبك، سنقدم لك شرحاً خطياً. كما سنخبرك بما إذا كانت هناك إمكانية لمراجعة أسباب الرفض. وسنخبرك أيضاً بكيفية طلب المراجعة أو ما إذا كان الرفض غير قابل للمراجعة.

- **الحق في تغيير معلوماتك الصحية المحمية.** يحق لك أن تطلب تغيير معلوماتك الصحية المحمية إذا كنت ترى أن هذه المعلومات خاطئة. يجب أن تطلب ذلك في صيغة خطية. ويجب أن توضح لماذا ترى أنه ينبغي تغيير هذه المعلومات. يمكن أن نرفض طلبك لأسباب معينة؛ كما هو الحال عندما لا نكون نحن الجهة التي أعدت المعلومات التي تريد تغييرها وتكون الجهة التي أعدتها قادرة على إجراء هذا التغيير. وفي حال رفضنا لطلبك، سنقدم لك شرحًا خطيًا لأسباب الرفض. يمكنك الرد ببيان يفيد أنك لا توافق على القرار الذي اتخذناه. وسنقوم بإرفاق هذا البيان بالمعلومات الصحية المحمية التي تطلب تغييرها. أما إذا قبلنا طلب تغيير المعلومات الخاص بك، سنبدل كافة الجهود المعقولة لإبلاغ الآخرين بالتغيير. يشمل ذلك الجهات التي تسميها بنفسك. كما سنبدل قصارى جهدنا لإدراج التغييرات في أي عمليات كشف عن هذه المعلومات في المستقبل.
- **الحق في تلقي بيانًا عن عمليات الكشف.** يحق لك الحصول على قائمة بالأوقات التي قمنا فيها أو قام فيها شركائنا في الأعمال بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية خلال آخر 6 شهور. لا ينطبق ذلك على الكشف الذي يتم لأغراض المعالجة أو الدفع أو الرعاية الصحية أو العمليات أو عمليات الكشف التي صرحت بها وأنشطة معينة أخرى. وإذا طلبت ذلك أكثر من مرة خلال مدة 12 شهرًا، يمكن أن نفرض عليك رسومًا معقولة حسب التكلفة نظير الاستجابة لهذه الطلبات الإضافية. كما سنقدم إليك المزيد من المعلومات عن الرسوم التي نفرضها في وقت الطلب الخاص بك.
- **الحق في رفع شكوى.** إذا كنت تشعر بأنه تم انتهاك حقوقك في الخصوصية أو أننا انتهكنا ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، يمكنك أن ترفع شكوى ضدنا. ويمكنك القيام بذلك أيضًا عبر الهاتف. استخدم بيانات الاتصال الموضحة في نهاية هذا الإشعار. يمكنك أيضًا أن ترفع شكوى خطية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS). انظر بيانات الاتصال المنشورة على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على www.hhs.gov/ocr. وسنقدم لك أيضًا عنوانًا لرفع شكوى خطية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية إذا طلبت ذلك. ذلك مع العلم بأننا لن نتخذ أي إجراءات ضدك في حال قمت برفع أي شكوى ضدنا.
- **الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار.** يمكنك طلب نسخة من الإشعار الخاص بنا في أي وقت. استخدم بيانات الاتصال الموضحة في نهاية الإشعار. وفي حال حصولك على هذا الإشعار من موقعنا الإلكتروني أو عبر البريد الإلكتروني، يمكنك أن تطلب أيضًا نسخة ورقية من الإشعار.

بيانات الاتصال

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار أو ممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية (PHI) أو كيفية ممارسة حقوقك، يمكنك التواصل معنا خطيًا. كما يمكنك الاتصال بنا عبر الهاتف. استخدم بيانات الاتصال الموضحة أدناه.

Buckeye Health Plan
Attn: Privacy Official
4349 Easton Way, Suite 200
Columbus, OH 43219
866-246-4358
(800-750-0750)

التوجيهات الطبية المسبقة

" استخدام التوجيهات الطبية المسبقة للتعبير عن الرغبات المتعلقة بالرعاية الطبية "

ينتاب العديد من الأشخاص في يومنا هذا القلق حول الرعاية الطبية التي قد يحصلون عليها إذا أصبحوا مرضى للغاية لدرجة عدم تمكنهم من تحقيق رغباتهم.

قد لا يرغب بعض الناس في قضاء شهور وسنوات في دعم حياتهم. وقد يرغب آخرون في اتخاذ كل كافة التدابير الممكنة للحفاظ على حياتهم.

أصبح بإمكانك الاختيار

هناك عدد متزايد من الناس يتصرفون بما يعبر عن رغباتهم. ويمكنك التعبير عن رغباتك فيما يتعلق بالرعاية الطبية خطيًا بينما تتمتع بالصحة والقدرة على الاختيار.

يجب أن تشرح لك منشأة الرعاية الصحية الخاصة بك حقك في التعبير عن رغباتك فيما يتعلق بالرعاية الطبية. كما يجب أن تسألك عما إذا كنت قد عبرت عن رغباتك خطيًا.

هذه المعلومات تشرح حقوقك بموجب قانون أوهايو فيما يتعلق بقبول أو رفض الرعاية الطبية. وستساعدك في اختيار الرعاية الطبية الخاصة بك.

وتوضح هذه المعلومات أيضًا الكيفية التي يمكنك بها التعبير عن رغباتك المتعلقة بالرعاية التي تريدها إذا لم تتمكن من اختيار الرعاية بنفسك.

لا تحتوي هذه المعلومات على أي نصيحة قانونية، لكنها ستساعدك في فهم حقوقك بموجب القانون.

للحصول على الاستشارة القانونية، ربما تحتاج إلى التحدث مع محامي. وللحصول على معلومات عن الخدمات القانونية المجانية، اتصل برقم 1-800-589-5888 في الأيام من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً.

ما هي حقوقتي؟

يحق لك أن تختار الرعاية الطبية الخاصة بك. وإذا لم تكن تريد نوعًا معينًا من الرعاية، يحق لك أن تخبر الطبيب بعدم رغبتك في ذلك.

ماذا لو كنت مريضًا جدًا بحيث لا يمكنني اتخاذ القرار؟ وماذا لو كنت غير قادر على التعبير عن رغباتي؟

يمكن لمعظم الأشخاص أن يفصحوا للأطباء المعالجين لهم عن رغباتهم فيما يتعلق بالرعاية الطبية التي يتلقونها للأطباء. لكن بعض الناس ربما يمرضون للغاية بحيث لا يمكنهم أن يخبروا الأطباء المعالجين لهم عن نوع الرعاية التي يريدونها.

وبموجب قانون أوهايو، يحق لك أن تقوم بملء نموذج عندما تكون قادرًا على التصرف بنفسك. يخبر هذا النموذج الأطباء المعالجين لك بما تريده أن يحدث في حال عدم قدرتك على التعبير عن رغباتك.

التوجيهات الطبية المسبقة

ماهي أنواع النماذج المتاحة؟

هناك أربعة نماذج أو توجيهات طبية مسبقة مختلفة يمكنك استخدامها بموجب قانون أوهايو؛ يمكنك استخدام وصية الحياة أو إعلان علاج الصحة النفسية أو توكيل عام دائم للرعاية الطبية أو أمر بعدم الإنعاش (DNR).

سنقوم بملء نموذج توجيه طبي مسبق عندما تكون قادرًا على التصرف بنفسك. يسمح التوجيه الطبي المسبق لطبيبك والآخرين بمعرفة رغباتك فيما يتعلق بالرعاية الطبية.

هل يتعين علي أن أقوم بملء توجيه طبي مسبق قبل الحصول على الرعاية الطبية؟

كلا، لا يمكن لأي شخص أن يفرض عليك ملء نموذج توجيه طبي مسبق؛ فأنت من يقرر ما إذا كنت تريد ذلك أم لا.

من يمكنه ملء التوجيه الطبي المسبق؟

يمكن لأي شخص يبلغ من العمر 18 سنة فأكثر ويتمتع بكامل قواه العقلية والقدرة على اتخاذ القرارات بنفسه أن يملأ النموذج.

هل أحتاج إلى محامي؟

كلا، لا تحتاج إلى الاستعانة بمحامي لملء التوجيه الطبي المسبق. ومع ذلك، يمكنك تحديد ما إذا كنت تحتاج إلى التحدث مع محامي.

هل يتعين على مقدمي الرعاية الطبية الخاصة بي أن يلتزموا برغباتي؟

نعم، إذا كانت رغباتك تتوافق مع قانون الولاية. ومع ذلك فإن قانون أوهايو يتضمن فقرة عن الضمير؛ فربما قد لا يتمكن الشخص الذي يقدم لك الرعاية الطبية من الالتزام برغباتك لأنها لا تتفق مع ضميره. وفي هذه الحالة، سيساعدك في إيجاد شخص آخر يمكنه الالتزام برغباتك.

وصية الحياة

يسمح لك هذا النموذج بالتعبير خطيًا عن رغباتك حول الرعاية الطبية المقدمة. يمكنك اختيار ما قد تريده إذا كنت مريضًا جدًا لدرجة عدم القدرة على التعبير عن رغباتك. ويمكنك تحديد متى تريد أو لا تريد أن يقدم إليك الطعام والماء بطريقة اصطناعية.

كيف تعمل وصية الحياة؟

توضح وصية الحياة المدى الذي تود أن تصل إليه في استخدام الطرق الطبية الحديثة للحفاظ على حياتك وإطالة عمرك. ولا تصبح فعالة إلا عندما تكون:

- في غيبوبة لا يتوقع أن تنتهي، أو
- في حالة صحية تعدت إمكانيات المساعدة الطبية بدون أمل في التعافي، ولا يمكنك التعبير عن رغباتك، أو
- من المتوقع وفاتك ولا يمكنك التعبير عن رغباتك.

التوجيهات الطبية المسبقة

يجب أن ينفذ الأشخاص القائمون على الرعاية الطبية ما دونته في وصية الحياة. وتمنح وصية الحياة هؤلاء الأشخاص الحق في الالتزام برغباتك.

لا أحد سواك يمكنه تغيير أو إلغاء وصية الحياة الخاصة بك. ويمكنك القيام بذلك في أي وقت.

الأمر بعدم الإنعاش

تزود التشريعات الموضوعية من قبل إدارة الصحة في أوهايو الولاية بأمر DNR Comfort Care الذي على أساسه يتم تقديم الرعاية الطبية التخفيفية (تخفيف الآلام والمعاناة) للمريض دون محاولة إنقاذ حياته أو الحفاظ عليها، أو بروتوكول DNR Comfort Care Arrest Protocol الذي يتلقى المريض وفقه الرعاية الطبية المعتادة إلى أن يتوقف قلبه أو يتوقف عن التنفس. يقصد بأمر عدم الإنعاش (DNR) التوجيه الصادر من طبيب أو، في ظروف معينة، ممرضة ممارسة معتمدة أو ممرضة سريرية متخصصة، المحدد للشخص والذي ينص على أنه لا يجوز إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CRP) لهذا الشخص على وجه التحديد. والإنعاش القلبي الرئوي (CPR) يقصد به إنعاش القلب أو أحد مكونات الإنعاش القلبي الرئوي، لكن لا يشمل ذلك تنظيف المجاري الهوائية لدى الشخص لأي غرض آخر غير الإنعاش القلبي الرئوي (CPR).

يحدد بروتوكول رعاية الراحة لعدم الإنعاش (DNR) ونوبة رعاية الراحة الإجراءات المحددة التي على المسعفين أو فنيي الطوارئ الطبية أو الأطباء أو الممرضات اتخاذها عند رعاية المريض وفقاً لأمر DNR Comfort Care أو Comfort Care Arrest. ويحدد البروتوكول أيضاً الإجراءات المحددة التي ينبغي عدم اتخاذها.

ينبغي عليك التحدث مع طبيبك حول خيارات أمر و بروتوكول DNR Comfort Care و Comfort Care Arrest.

التوكيل العام الدائم

يختلف التوكيل العام الدائم الخاص بالرعاية الطبية عن أنواع التوكيلات العامة الأخرى. يتناول هذا الدليل التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية فقط، وليس أنواع التوكيلات العامة الأخرى.

يسمح لك التوكيل العام الدائم باختيار شخصاً ما لتنفيذ رغباتك المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتلقاها. يتصرف هذا الشخص بالنيابة عنك عندما لا يكون بإمكانك التصرف بنفسك. ويمكن أن يكون ذلك لمدة قصيرة أو طويلة.

من الذين ينبغي علي أن أختاره؟

يمكنك اختيار أي شخص بالغ من أقاربك أو صديق تثق به ليتصرف بالنيابة عنك عندما لا يكون بإمكانك التصرف بنفسك. تأكد من التحدث مع هذا الشخص عن رغباتك. بعدد قم بتدوين ما الذي تريده أو لا تريده في النموذج الخاص بك. وينبغي عليك أيضاً أن تتحدث مع طبيبك حول ما تريد. ويجب على الشخص الذي تختاره أن يلتزم برغباتك.

التوجيهات الطبية المسبقة

متى يصبح التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية ساري المفعول؟

يصبح النموذج ساري المفعول فقط عندما لا تكون قادرًا على اختيار رعايتك بنفسك، سواء كان ذلك لمدة قصيرة أو طويلة.

يسمح هذا النموذج لقريبك أو صديقك بإيقاف أجهزة الحفاظ على الحياة فقط في الحالات التالية:

- إذا كنت في غيبوبة لا يتوقع أن تنتهي، أو
- إذا كان من المتوقع وفاتك.

إعلان علاج الصحة النفسية

يولي إعلان علاج الصحة النفسية المزيد من الاهتمام لرعاية الصحة النفسية. وهو يسمح للشخص، عندما يكون قادرًا على ذلك، بتعيين وكيلًا لاتخاذ القرارات بالنيابة عنه عندما يفقد القدرة على القيام بذلك بنفسه. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن ينص الإعلان على رغبات معينة فيما يتعلق بالعلاج. ويمكن أن يقوم الشخص بالإشارة إلى تفضيلات الدواء والعلاج والتفضيلات المتعلقة بدخول/البقاء في المنشأة.

يحل إعلان علاج الصحة النفسية محل التوكيل العام الدائم لرعاية الصحة النفسية، لكنه لا يحل محل وصية الحياة.

التوجيهات الطبية المسبقة

ما الفرق بين التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية ووصية الحياة؟

توضح وصية الحياة الخاصة بك، بصيغة خطية، نوع الرعاية الطبية التي تريدها حال عدم قدرتك على التعبير عن رغباتك.

يسمح لك التوكيل العام الدائم باختيار شخصًا ما لتنفيذ رغباتك فيما يتعلق بالرعاية الطبية عندما لا يكون بمقدورك التصرف بنفسك.

إذا كان هناك توكيل عام دائم للرعاية الطبية، هل أحتاج أيضًا إلى وصية حياة؟

قد ترغب في كليهما. ذلك مع العلم بأن كل عنصر منهما يعالج أجزاء مختلفة من الرعاية الطبية.

تساعد وصية الحياة في إبلاغ أطباءك برغباتك بشكل مباشر، لكنها تحتوي فقط على رغباتك المتعلقة باستخدام أساليب الحفاظ على الحياة.

يسمح لك التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية بأن تختار شخصًا لتنفيذ رغباتك فيما يتعلق بكل جوانب الرعاية الطبية الخاصة بك عندما لا يكون بمقدورك التصرف بنفسك. لكن التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية لا يحل محل وصية الحياة.

التوجيهات الطبية المسبقة

هل يمكنني تغيير التوجيهات الطبية المسبقة الخاصة بي؟

نعم، يمكنك تغيير التوجيهات الطبية المسبقة الخاصة بك متى أردت. إذا كان لديك بالفعل توجيهات طبية مسبقة، تأكد من أنها تتوافق مع قانون أوهايو (ساري المفعول في 10 أكتوبر 1991). وقد تحتاج إلى الاتصال بمحامٍ طلبًا للمساعدة. ومن الجيد أن تطلع على توجيهاتك الطبية المسبقة من وقت لآخر. تأكد من أنها لا تزال تعبر عن رغباتك وتغطي كل الجوانب.

من الذي سيتخذ القرارات بشأن الرعاية الطبية التي ألقاها عندما لا أكون قادرًا على ذلك إذا لم يكن هناك توجيه طبي مسبق خاص بي؟

يسمح قانون أوهايو لأقرب أقربائك باختيار الرعاية الطبية الخاصة بك إذا كان من المتوقع وفاتك وعدم تمكنك من التصرف بنفسك. وإذا دخلت في غيبوبة لا يتوقع انتهاءها، يمكن لأقرب أقربائك أن يقرر إيقاف أو عدم استخدام الأجهزة الطبية للحفاظ على الحياة بعد 12 شهرًا. كما يمكنه أن يتخذ القرار بإيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية (انظر أدناه).

أمور أخرى يجب التفكير بشأنها

ماذا عن إيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية؟

يُقصد بالطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية التغذية المزودة عبر أنابيب موضوعة داخل جسمك. وتتوقف قدرتك على اتخاذ القرار بإيقافها أو عدم استخدامها على حالتك الصحية.

- إذا كان من المتوقع وفاتك ولا يمكنك التعبير عن رغباتك وإذا أوضحت وصية الحياة ببساطة أنك لا تريد استخدام طرق دعم الحياة لإطالة فترة بقائك على قيد الحياة، حينئذٍ يمكن إيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية.
- إذا كان من المتوقع وفاتك ولا يمكنك التعبير عن رغباتك، ولم تكن هناك وصية حياة خاصة بك، حينئذٍ تسمح قوانين أوهايو لأقرب قريب لك بإيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية.
- إذا كنت في غيبوبة لا يتوقع أن تنتهي، وكانت وصية الحياة الخاصة بك تنص على أنك لا تريد تزويد جسمك بالطعام والماء بطريقة اصطناعية، حينئذٍ يمكن إيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية.
- إذا كنت في غيبوبة لا يتوقع أن تنتهي، ولم تكن هناك وصية حياة خاصة بك، حينئذٍ تسمح قوانين أوهايو لأقرب قريب لك بإيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية. ومع ذلك، يجب عليه الانتظار 12 شهرًا والحصول على موافقة محكمة الإرث والوصايا.

التوجيهات الطبية المسبقة

عند ملء التوجيه الطبي المسبق، هي يعني ذلك أنني أشارك في القتل الرحيم أو مساعدة الغير على الانتحار؟

كلا، لا يسمح قانون أوهايو بالقتل الرحيم أو مساعدة الغير على الانتحار.

من أين أحصل على نماذج التوجيه الطبي المسبق؟

تتوافر نماذج التوجيه الطبي المسبق لدى الكثير من الجهات والأماكن التي تقدم الرعاية الطبية. اسأل الشخص الذي أعطاك هذا الدليل عن نموذج التوجيه الطبي المسبق – إما وصية حياة أو توكيل عام دائم للرعاية الطبية أو أمر بعدم الإنعاش (DNR) أو إعلان علاج الأمراض النفسية. وقد يساعدك أيضًا محام في ذلك.

ماذا أفعل بالنماذج بعد ملء بياناتها؟

يجب إعطاء نسخًا منها إلى طبيبك ومنشأة الرعاية الصحية التي تتبعها لإرفاقها بسجلك الطبي. وقم بإعطاء نسخة إلى أحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء الذين تثق بهم. وإذا كنت قد قمت بعمل توكيل عام دائم للرعاية الطبية لأي شخص، قم بإعطاء نسخة إلى هذا الشخص أيضًا.

احتفظ بنسخة مع أوراقك الشخصية. وقد ترغب في إعطاء نسخة إلى محاميك أو أحد رجال الدين.

تأكد من إخبار عائلتك أو أصدقائك بما تفعله. ولا تكتفي فقط بطرح هذه النماذج جانبًا والنسيان بشأنها.

التبرع بالأعضاء والأنسجة

يمكن لمواطني أوهايو تحديد ما إذا كانوا يرغبون في التبرع بأعضائهم وأنسجتهم للآخرين بعد وفاتهم. وعن طريق الإفصاح عن تفضيلاتهم فهم يضمنون تنفيذ رغباتهم فورًا وعدم تحميل عائلاتهم وأحبائهم عبء اتخاذ هذا القرار في الأوقات العصيبة. من أمثلة الأعضاء التي يمكن التبرع بها القلب والرئتين والكبد والكليتين والبنكرياس. ومن أمثلة الأنسجة التي يمكن التبرع بها الجلد والعظام والأربطة والأوردة والعينين.

هناك طريقتان للتسجيل من أجل التبرع بالأعضاء والأنسجة:

- يمكنك الإفصاح عن رغباتك بالتبرع بالأعضاء و/ أو الأنسجة عند استخراج أو تجديد رخصة قيادة أوهايو أو بطاقة هوية الولاية، أو
- يمكنك استكمال نموذج التسجيل في سجل المتبرعين المرفق بنموذج وصية الحياة في أوهايو، وإعادته إلى مكتب السيارات في أوهايو.