

# دليل الأعضاء 2018



[BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com)

BHP-MM-070618

المنطقة الغربية/الشمالية الشرقية



## جدول المحتويات

3	ملاحظة!
4	أرقام هواتف هامة
5	معاني الكلمات التي ستجدها في هذا الدليل
6	مرحبا بك مع برنامج BUCKEYE HEALTH PLAN
7	معلومات العضو الجديد
7	بطاقات التعريف (العضوية) (ID)
8	الخدمات والاستحقاقات
8	الخدمات التي تغطيها Buckeye
13	التقنيات الجديدة
13	خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات
14	الخدمات والاستحقاقات الإضافية من BUCKEYE المتاحة لكل الأعضاء
14	برنامج Start Smart For Your Baby®
16	CentAccount™ - برنامج المكافآت
16	النقل
17	خدمات النظر
17	استحقاقات رعاية الأسنان
18	خدمات الراحة
18	خط استشارة الممرضة على مدى 24 ساعة
18	برنامج الربو
19	برنامج MemberConnections
19	TEXT4BABY
20	تذكيرات الرعاية الصحية
20	النشرات الإخبارية للأعضاء
20	إدارة الرعاية
21	الصحة العقلية والسلوكية
22	الخدمات التي لا تغطيها BUCKEYE أو برنامج MEDICAID في أوهايو
22	خدمات مقدم الخدمات الرئيسي
22	اختيار مقدم الخدمات الرئيسي (PCP):
23	تغيير مقدم خدماتك الرئيسي (PCP)
23	رعاية الطوارئ
23	الرعاية أثناء التواجد بعيداً عن المنزل وبعد انتهاء ساعات الدوام وفي حالات الطوارئ
24	خدمات الطوارئ
24	الأدوية الموصوفة

25	التظلمات
25	التظلمات (الشكاوى)
26	التظلمات:
27	جلسات الاستماع
29	نموذج التظلمات/ الاستئناف
30	انتهاء العضوية
30	انتهاء العضوية
30	فقدان أهلية الحصول على استحقاقات Medicaid
30	إشعار فقدان التأمين (شهادة التغطية المعتمدة)
30	التجديد التلقائي لعضوية برنامج الرعاية المُدار (MCP)
30	انتهاء عضويتك في برنامج الرعاية المُدار (MCP)
31	إنهاء العضوية لسبب وجيه
31	أمور يجب وضعها في الاعتبار إذا أنهيت عضويتك
32	العضوية الاختيارية
32	الأشخاص المستثنون من الانضمام إلى برنامج رعاية مُدار (MCP)
32	هل تستطيع Buckeye إنهاء عضويتي؟
32	حقوق العضوية
32	حقوقك بموجب العضوية
34	مسؤوليات العضوية
34	مسؤولياتك كعضو
35	معلومات أخرى
36	الإصابة العرضية أو المرض (الطول)
36	برامج التأمين الصحي الأخرى (تنسيق الاستحقاقات – COB)
37	إشعار الخصوصية
37	واجبات الكيانات التي تشملها التغطية:
38	استخدامات معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وعمليات الكشف عنها:
40	الاتفاق الشفهي على استخدام والكشف عن معلوماتك الصحية المحمية
41	استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وحالات الكشف عنها التي تتطلب الحصول على تصريح خطي منك
41	حقوقك
42	بيانات الاتصال
43	التوجيهات المسبقة
43	بإمكانك الاختيار
44	وصية الحياة
45	الأمر بعدم الإنعاش
45	التوكيل العام الدائم
45	توجيهات معالجة الصحة العقلية
46	توجيهات مسبقة
46	أمور أخرى يجب التفكير بشأنها

47	التبرع بالأعضاء والأنسجة.....
48	المساعدة اللغوية.....
49	بيان عدم التمييز.....

## ملاحظة!

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 مجانًا. يمكننا المساعدة في شرح هذه المعلومات أو تقديم المعلومات شفهيًا أو باللغة الانجليزية أو بلغتك الرئيسية. كما يمكن أن نوفر هذه المعلومات في صيغة مطبوعة بالنسبة للغات معينة أو بوسائل أخرى. إذا كنت تعاني من إعاقة بصرية أو سمعية، يمكننا تقديم المساعدة الخاصة.

يمكنك أيضًا الحصول على المعلومات عن Buckeye على موقعنا الإلكتروني [www.buckeyehealthplan.com](http://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
- حث مزود الخدمة عن الأطباء والأخصائيين والمرافق
- معلومات البرنامج

دليل الأعضاء هذا يُعمل به بدايةً من 1 يناير 2018

## أرقام هواتف هامة:

الطوارئ: 911 أو رقم الطوارئ المحلي

خدمات أعضاء Buckeye: خط استشارة جهاز التمريض على مدى 24 ساعة 1-866-246-4358 خدمات  
النقلات Ohio Relay Service 1-866-246-4358: 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 مارتين لوثر جونيور
- عيد رأس السنة
- عيد الشكر
- عيد الميلاد
- يوم الشهيد
- عيد الاستقلال

تغلق Buckeye أيضًا يومين إضافيين على مدار السنة. سنقوم بإبلاغ الأعضاء عن فترات إغلاق المكتب قبل 30 يومًا على الأقل من ميعاد عدم الدوام.

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

TTY: 1-800-292-3572

اسم مقدم الخدمات الرئيسي (PCP): \_\_\_\_\_

رقم هاتف مقدم 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 الخاص بمقدم الخدمات الرئيسي (PCP) لطفلك: \_\_\_\_\_

الصيدلية التي تتعامل معها: \_\_\_\_\_

رقم هاتف الصيدلية: \_\_\_\_\_

طبيب أسنانك: \_\_\_\_\_

رقم هاتف طبيب الأسنان: \_\_\_\_\_

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

## معاني الكلمات التي ستجدها في هذا الدليل

**الاستحقاقات:** خدمات الرعاية الصحية التي يغطيها برنامج التأمين الصحي Buckeye Health Plan.

**الطوارئ:** خدمات الطوارئ هي خدمات تتناول المشاكل الصحية التي تعتقد أنها خطيرة لدرجة تتطلب المعالجة الفورية من قبل 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 وقّع 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 مسبقاً 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 لدى 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 الخدمة التي تمت إحالتك إليها؛ أو يخبرك فقط بما عليك فعله. وفي بعض الحالات قد تصرح Buckeye لأحد الأخصائيين بإحالتك إلى أخصائي آخر.

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

## مرحباً بك مع برنامج BUCKEYE HEALTH PLAN

مرحباً بك 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 بما فيهم الأفراد ذوي الدخل المحدود والحوامل والمواليد الجدد والأطفال وكبار السن والمعاقين.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

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 تتذكر أنه من الواجب عليك تلقي الخدمات التي تغطيها Buckeye من المنشآت و/ أو مقدمي الخدمات المدرجين على شبكتها. راجع الصفحات 8-19 للحصول على معلومات عن الخدمات التي تغطيها Buckeye. الحالة الوحيدة التي يُسمح فيها باستخدام خدمات مقدمي خدمة غير مدرجين على شبكة 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
- إدارة الصحة النفسية والإدمان المعتمدة في أوهايو (NHAS)
- مراكز الصحة النفسية المجتمعية والمراكز العلاجية أو
- المراكز العلاجية المعتمدة من إدارة خدمات إدمان الكحول والعقاقير في أوهايو
- مقدم خدمة من غير مدرج في الشبكة صرحت لك Buckeye بالتعامل معه

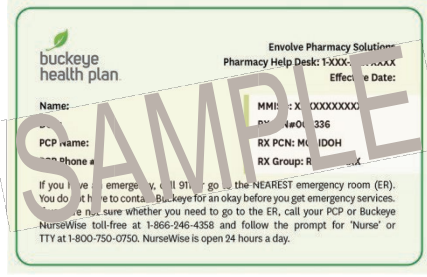
يمكنك طلب دليل مطبوع عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو عن طريق إعادة البطاقة البريدية التي استلمتها مع رسالة عضويتك الجديدة وبطاقة تعريف العضو (ID). . يحتوي دليل مقدمي الخدمة على كل أسماء مقدمي الخدمة المدرجين على لائحتنا وكذلك مقدمي الخدمة غير المدرجين على لائحتنا الذين يمكنك الاستعانة بهم للحصول على الخدمات. يمكنك أيضاً زيارة موقعنا على الإنترنت في [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com) لعرض معلومات لوحة مزود الخدمة الحديثة أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-866-246-4358 ، 711 TTY: من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 7:00 صباحاً حتى 7:00 مساءً للحصول على المساعدة.

## بطاقات التعريف (العضوية) (ID)

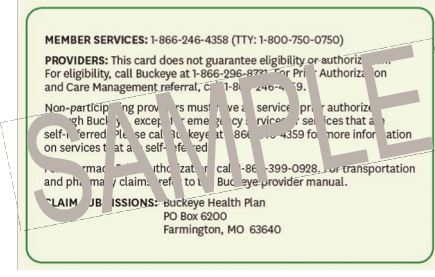
ينبغي أن تكون قد حصلت على بطاقة عضوية من Buckeye. كل فرد من أفراد عائلتك انضم إلى Buckeye سيحصل على البطاقة الخاصة به. هذه البطاقة تحل محل بطاقة Medicaid الشهرية الخاصة بك. كل بطاقة تعتبر صالحة طالما كان الشخص عضواً في Buckeye. لن تحصل على بطاقة جديدة كل شهر كما كان الحال مع بطاقة Medicaid.

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





(ظهر بطاقة العضوية)



(وجه بطاقة العضوية)

احرص دائمًا على أن تصطحب معك بطاقة أو بطاقات عضويتك

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.
- وجود خطأ في أي فقدان البطاقة أو البطاقات الخاصة بكمن معلومات البطاقة أو البطاقات
- فقدان البطاقة أو البطاقات الخاصة بك
- ولادة طفل لك

## معلومات العضو الجديد

إذا كنت عضوًا 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 فورًا (اليوم أو بأسرع ما يمكن). قد نسمح لك في مواقف معينة، بعد تسجيلك بفترة وجيزة، بتلقي الرعاية من مقدم خدمة ليس على لائحتنا. بالإضافة إلى ذلك، قد نسمح لك بالاستمرار في تلقي الخدمات المصرح بها بموجب برنامج الدفع مقابل الخدمة لـ Medicaid. ولكن، يجب أن تتصل بـ Buckeye قبل تلقي الرعاية. وإذا لم تتصل بنا، قد لا يمكنك تلقي الرعاية و/ أو لا يتم

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

دفع الفاتورة المطالب بها. على سبيل المثال، يجب أن تتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت الخدمات التالية موافق عليها و/ أو حدد لها موعد سابق:

- زراعة الأعضاء أو النخاع العظمي أو الخلايا الجذعية المكونة للدم
- رعاية الحمل في الفصل الثالث قبل الولادة، بما فيه الولادة
- جراحة المرضى الداخليين/الخارجيين
- حجز موعدًا مع مقدم خدمات رئيسي أو متخصص
- حجز موعدًا مع مقدم خدمات رئيسي أو متخصص
- العلاجات الكيميائية أو الإشعاعية
- العلاج بعد الخروج من المستشفى في آخر 30 يومًا
- خدمات الأسنان أو النظر غير الروتينية (مثل الدعامة أو الجراحة)
- الأجهزة الطبية
- الخدمات التي تحصل عليها 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 جدًا أن تتظر في المعلومات التي يقدمها برنامج الرعاية المدار وتتصل بخدمات أعضاء البرنامج إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكنك أيضًا 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. 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. ولكن، 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

- المعالجة بغرز الأبر لتخفيف الألم أو الصداع أو آلام الظهر
- النقل بسيارة الإسعاف والسيارات المخصصة لنقل ذوي الاحتياجات الخاصة
- خدمات الممرضة القابلة المعتمدة
- خدمات الممرضة الممارسة المعتمدة
- خدمات تقويم العمود الفقري (الظهر)

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- 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 غير المستهلكة
- خدمات الطوارئ
- خدمات ولوازم تنظيم الأسرة
- المراكز الصحية الفيدرالية المؤهلة/العيادات الصحية الريفية
- خدمات مركز صحي مؤهل على المستوى الفيدرالي أو خدمات العيادات الصحية الريفية
- خدمات الصحة المنزلية
- رعاية المحتضرين (رعاية الحالات الميؤوس 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 إدارة أوهايو لخدمات ميديكيد (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 الإراحة (Respite) للأفراد الذين يحصلون على دخل تكميلي من الضمان الاجتماعي (SSI) دون عمر 21 سنة حسب ما يوافق عليه مركز ميديكيد (CMS) بموجب تنازل 1915(b) المطبق كما تم شرحه في حكم القانون الإداري لولاية أوهايو (OAC) رقم 03-26-5160
- التقييم والاستشارة حول السمنة
- خدمات الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (المادة 5)

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- 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 والعدسات اللاصقة (أكثر من المتاح مع برنامج دفع رسم مقابل الخدمة في Medicaid)
- فحوصات صحة الأطفال (Healthchek) للأطفال دون سن 21 سنة
- تحدد المعالجة بغيرز الأبر لتخفيف الألم أو الصداع أو آلام الظهر فقط.

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. يرجى 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 لطرح أي أسئلة أو طلب المساعدة باستخدام خدمات النقل غير الطارئ (NET).

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

- خدمات مقدم الخدمات الرئيسي بإمكان الأعضاء مراجعة أي مقدم خدمات رئيسي (PCP) للحصول على خدمات مشمولة في التغطية، 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. فحص الصحة من خلال برنامج HEALTHCHEK

يوفر برنامج Healthchek خدمات الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري (EPSDT) في أوهايو. يغطي Healthchek الفحوصات الطبية والتطعيم (الحقن) والتعليم الصحي والتحاليل المعملية أو المختبرية لكل شخص مؤهل لبرنامج Medicaid دون سن 21 سنة. تنفذ هذه الفحوصات 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 أو كما هو موضح في أحدث نسخة من "توصيات الرعاية الصحية الوقائية للأطفال"، التي نشرتها برايت فيوتشرز / الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (Bright Futures/American Academy of Pediatrics).

يغطي برنامج 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. يغطي برنامج Healthchek معظم الفحوصات وخدمات المعالجة. في حالة عدم تغطية فحص أو خدمة، سوف تتطلب الموافقة أو التصريح المسبق.\*

## خدمات Healthchek متوافرة بالمجان للأعضاء وتشمل:

- الفحوصات الوقائية لحديثي الولادة والرضع والأطفال والمراهقين والشباب في سن أقل من 21 سنة
  - فحوصات Healthchek:
    - فحوصات طبية كاملة (مع مراجعة نمو الصحة الجسدية والعقلية (النفسية) - فحوصات النظر
    - فحوصات الأسنان
    - فحوصات السمع
    - فحوصات التغذية
    - الفحوصات التنموية
    - تحاليل الرصاص
  - التحاليل المختبرية بالنسبة لفئات عمرية معينة  
التحصينات (التطعيمات)
    - رعاية المتابعة اللازمة طبياً 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 طبياً
    - الاختبارات المختبرية
  - الثقافة الصحية
- من المهم للغاية أن تجري الفحوصات الوقائية حتى يتمكن مزودي الخدمات من الاكتشاف المبكر لأي مشاكل صحية ومعالجتها بشكل مناسب، أو إحالتك إلى أخصائي لتلقي العلاج، قبل أن تفاقم المشكلة. بعض الخدمات قد تتطلب الإحالة من مقدم الخدمات الرئيسي أو تصريح مسبق من Buckeye. وبالنسبة لبعض عناصر أو خدمات EPSDT أيضاً، يمكن أن يطلب مقدم الخدمات الخاص بك تصريحاً مسبقاً 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. يرجى منك مراجعة الصفحة 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 موعداً. احرص على إخبارهم بأنك تتصل بخصوص Healthchek. إذا كنت تريد مزيداً من المعلومات عن برنامج Healthchek، أو إذا كنت تحتاج المساعدة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية بالنسبة للخدمات التي تشملها التغطية أو تحديد موعداً 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).

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

يرجى الاطلاع على النموذج الموجود في حزمة الأعضاء هذه التي ستحتاج إلى تعبئتها وإعادتها إلى برنامج Buckeye الصحي (رسوم البريد مدفوعة). سوف نستخدم المعلومات لتقديم الخدمات لمساعدة عائلتك على البقاء بصحة جيدة.

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 (مسحة عنق الرحم) الوقائية
- المعالج اليدوي
- خدمات 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 والتحليل المخبرية/ العملية بانتظام (قد يرسلك الأخصائيون المشاركون أيضاً لإجراء تحاليل تشخيصية)
- خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين (قد تتطلب بعض العمليات الجراحية الحصول على تصريح مسبق)
- خدمات العيادة
- الثقافة الصحية
- خدمات الأطفال ذوي الإعاقات الطبية (المادة 5)
- الغسيل الكلوي (أمراض الكلى)
- خدمات النقل بسيارة فان مجهزة لنقل المريض على كرسي متحرك في الحالات غير الطارئة

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

- خدمات الطوارئ، بما في ذلك النقل بسيارة الإسعاف (انظر صفحة 21).
- خدمات وحوائج 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:

- التنظير بالرنين المغناطيسي (MRI)
- تنظير الأوعية الدموية بالرنين المغناطيسي (MRA)
- جراحة السمنة

- تخفيف الآلام
- التنظير المقطعي (PET)
- التنظير المحوسب (PET)
- تنظير المسح القلبي
- خدمات منشآت التمريض للإقامة القصيرة بغرض إعادة التأهيل
- 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 غير المستهلكة
- خدمات النطق والسمع، بما في ذلك الأجهزة المساعدة على السمع
- العلاج الطبيعي والمهني واللفظي بعد أول 30 زيارة
- 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
- خدمات العلاج النمائي للأطفال منذ الولادة وحتى سن ست سنوات
- الاختبارات الجينية (الأبوة، فحص السرطان، الاختبارات التي تُجرى على الأطفال ذوي الإعاقات فيما يتعلق بالنمو)

## خدمات من خارج اللائحة (الأطباء والخدمات الموافق عليها)

تتوفر التغطية لخدمات من خارج الشبكة/اللائحة عندما يكون برنامج Buckeye الصحي غير قادراً على توفير الخدمة المشمولة في التغطية واللازمة بطريقة مناسبة وفي الوقت المناسب.

## التقنيات الجديدة

تريد Buckeye التأكد من حصولك على أحدث رعاية طبية. لدينا فريق يراقب التقدم في الطب. قد يشمل هذا دواءً جديداً أو فحوصات أو جراحات أو خيارات علاجية أخرى. يتحقق الفريق من هذه التطورات ليؤكد من أنها سليمة. سنخبرك أنت وطبيبك عن الخدمات الجديدة المشمولة في تغطيتك.

## خدمات الصحة النفسية وتعاطي المخدرات

تشمل تغطية البرنامج خدمات الصحة النفسية واساءة تعاطي المخدرات. تشمل هذه الخدمات:

- الخدمات الطبية

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- معالجة الإدمان بمساعدة الأدوية
- إعطاء الأدوية في العيادة
- الفحوص النفسية
- المعالجة النهارية للصحة النفسية
- خدمات علاج اضطرابات استخدام المواد التي تشمل دعم الزملاء، الاستشفاء الجزئي في المستشفى والعلاج في مكان الإقامة
- خدمات العلاج السلوكي
- التأهيل النفسي الاجتماعي
- خدمات الدعم النفسي المجتمعية

بالإضافة إلى هذه الخدمات، تتوفر خدمتين جديدتين: خدمات العلاج المجتمعي الحازم والعلاج المنزلي المركز

إذا احتجت لخدمات الصحة النفسية و/أو إساءة تعاطي المخدرات ستجد أسماء مقدمي خدمات الصحة النفسية في لائحة الجهات المتعاقد معها التي يمكنك أن تجدها في موقعنا الإلكتروني [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com). كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة في منطقتك على الرقم 1-866-246-4358.

تسمح ولاية أوهايو لـ MCPS بوضع وتنفيذ برامج لمساعدة بعض الأعضاء الذين يتلقون أدوية غير ضرورية طبياً لإقامة علاقة مع مزودهم و / أو صيدليتهم لمواصلة العلاج. سيتم تزويد الأعضاء الذين يتم اختيارهم لبرنامج Buckeye بمعلومات إضافية وإبلاغهم عن حقوق الاستماع للشكاوي في الولاية، حسب الاقتضاء.

سيكون للأعضاء المسجلين في برنامج الخدمات المنسقة (CSP) قيود على الأطباء والصيديات التي قد يستخدمونها بالنسبة للمواد الخاضعة للرقابة، باستثناء الحالات الطارئة. سيكون لدى الأعضاء أيضاً القدرة على تغيير مقدمي الخدمة المعيّنين وفقاً لبوليصة التأمين.

## 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) للحصول على اللائحة أدناه. واعد تقديم خدمات الأعضاء في الأيام من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 7 صباحاً إلى 7 مساءً، باستثناء الإجازات المحددة في صفحة 2. يمكنك أيضاً 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 بالبلغة، 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 Buckeyes الخدمات والاستحقاقات الإضافية التالية لأعضائها.

### برنامج Start Smart For Your Baby®

برنامج Start Smart for Your Baby هو البرنامج الخاص الذي نقدمه للعوامل أو اللواتي أنجبين من فترة قريبة. نحن هنا لمساعدتك أثناء وبعد حملك. نحن نقدم الدعم بطرق متنوعة لجعل الأمور أقل إرهاقاً لك خلال هذا الوقت المهم. هدفنا هو أن يكون حملك صحياً وأن توفر لطفلك أفضل بداية ممكنة للحياة.

هذا البرنامج مجاني ويمكنك حتى الحصول على مكافآت للذهاب إلى زيارات الطبيب. يجب عليك أن تراجع طبيبك حالما تعتقد أنك حامل. الزيارات الطبية المبكرة والمنتظمة مهمة لصحة طفلك.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750



## هذا البرنامج هو لك إذا:

- أنت حامل أو تفكرين في الحمل.
- تواجهين خطراً أعلى للولادة قبل الأوان بسبب التدخين أو تعاطي الكحول أو تعاطي المخدرات أو الاكتئاب أو الولادة المبكرة.
- لا تريدين أن تصبحي حاملاً ولكنك نشطة جنسياً.
- لديك أسئلة أو تحتاجين للمساعدة في أمور لها علاقة بصحة النساء.

## يوفر هذا البرنامج:

- زيارات الطبيب بدون تكلفة. مراجعة طبيبك حالما تعتقدين أنك حامل. الزيارات الطبية المبكرة والمنتظمة مهمة لصحة العضوة وطفلها.
- المساعدة في البحث عن طبيب أو مستشفى وحجز مواعيد.
- دعم وخدمات الصحة النفسية.
- ممرضة لديها التدريب اللازم لتلبية احتياجاتك.
- دعم الرضاعة الطبيعية والموارد.
- المساعدة في التوقف عن التدخين وتعاطي المشروبات الكحولية والمخدرات.
- المساعدة في البحث عن المصادر المجتمعية.

## الخطوات الأولى التي عليك أخذها:

إذا كنت حاملاً ، فالرجاء إخبارنا بذلك من خلال إكمال إخطار الحمل (NOP).

## فيما يلي الإجراءات:

1. ادخلي الانترنت وسجلي دخولك إلى حسابك كعضوة.
2. املئي ورقة إخطار الحمل (NOP) التي سلمناها أو أرسلناها لك.
3. أو اتصلي بنا على الرقم 1-866-246-4358.

إذا لم تكوني حاملاً، اتصلي بإحدى الممرضات لدينا على الرقم 1-866-246-4358 واطلبي التحدث إلى "ممرضة البداية الذكية" (Start Smart nurse). هل تريدين معرفة المزيد؟ اتصلي بنا على الرقم 1-866-246-4358.

- الحمل – 50 دولار (بالنسبة لزيارات ما قبل الولادة في الشهر الثالث والسادس والتاسع – الإخطار بالحمل مطلوب)
- بعد الولادة – 75 دولار (يجب أن تكون الزيارة بعد 21-56 يوماً من الولادة)
- زيارة الاطمئنان على صحة الرضيع – 100 دولار (يجب استكمال 6 زيارات في أول 15 شهراً من عمر الطفل)

هناك وسائل عديدة نستخدمها للمساعدة في أن يكون حملك صحيحاً. لكن قيل أن يمكننا المساعدة، سنحتاج إلى معرفة أنك حامل. يرجى الاتصال بنا على رقم 1-866-246-4359 (خط TTY رقم 1-800-750-0750) بمجرد اكتشافك للحمل، سنقوم بإعداد الرعاية الخاصة اللازمة لك ولطفلك.

## CentAccount™ - برنامج المكافآت

كسب المكافآت أمراً سهلاً! عند قيامك باختيارات صحية معينة، سيتم إضافة مكافأة بالدولارات على بطاقة مكافآت CentAccount الخاصة بك. تتم إضافة المكافآت بعد أسبوعين تقريباً من استلام المطالبة بشأن السلوك الصحي. إذا كانت مكافأتك الأولى، فسيتم إرسال البطاقة إليك بالبريد. احتفظي بالبطاقة بعد استخدامها، وعندما تكسبي المزيد من المكافآت، سيتم إضافتها إلى هذه البطاقة.

### اكسبي مكافآت بتكملتك لنشاطات الصحة التالية:

**50 دولار-** زيارة الرعاية السنوية إلى مقدم الرعاية الرئيسي المعين (PCP) الخاص بك، واحدة في كل سنة تقويمية؛ (لكل طفل يتراوح عمره بين 12 و 21 سنة والبالغين من 21 عاماً فما فوق)

**100 دولار-** الرعاية السنوية الشاملة لمرضى السكري - يجب إكمال جميع ما يلي في السنة التقويمية: اختبار HbA1c ، فحص الكلى ، فحص الشبكية (فحص العين المتوسعة)

**25 دولار-** لقاح الأنفلونزا (خلال موسم الأنفلونزا، سبتمبر - أبريل للأعمار من 6 أشهر - 5 سنوات و 50 سنة وما فوق)

• الفحص السنوي لسرطان الثدي (الإناث من 40 إلى 69 عاماً) - 25 دولاراً أمريكياً، اخطار

NOP مطلوب

• الحمل ورعاية صحة الرضيع

- كل ثالث زيارة للطبيب قبل الولادة - 25 دولار (150 دولار كحد أقصى، مطلوب اخطار NOP)

- زيارة الطبيب بعد الولادة بين 21-56 أيام بعد الولادة - 50 دولاراً

- إكمال ستة زيارات لرعاية الرضع (بما أن هناك 8 زيارات WCV محددة) حتى بلوغ 15 شهراً - 100 دولار.

(يُنصح بهذه الزيارات في فترة تتراوح من 3 إلى 5 أيام ، قبل بلوغ 30 يوماً ، وفي عمر 2 و 4 و 6 و 9 و 12 و 15 شهراً.)

سجّلي الدخول إلى حساب عضويتك عبر الإنترنت للحصول على معلومات إضافية حول مكان إنفاق دولارات مكافآتك والعناصر التي يمكن شراؤها باستخدام بطاقتك.

## النقل

تقدم Buckeye تغطية ذهاب وعودة بالنسبة للخدمات التي تشملها التغطية لمسافة 30 ميلاً أو أكثر. بالإضافة إلى ذلك، تقدم Buckeye حتى 15 زيارة ذهاب وعودة (30 رحلة في كل اتجاه) لكل عضو على كل فترة 12 شهراً لحضور مواعيد الرعاية الصحية/ رعاية الأسنان ومواعيد النساء والرضع والأطفال (WIC) ومواعيد إعادة الفحص مع الأخصائي الاجتماعي التابع لإدارة خدمات العمل والأسرة في مقاطعتك (CDJFS) التي تشملها التغطية. يمكن للأعضاء الاتصال برقم 1-866-246-4358 مباشرة قبل 48 ساعة (بومين عمل) لتخطيط عملية النقل. وإذا كانت هناك حاجة إلى خدمة النقل لحضور موعداً طبياً عاجلاً، سنرتب للاصطحاب المباشر دون الحاجة إلى الانتظار 48 ساعة (بعد التحقق من ذلك مع طبيبك).

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

- زيارات رعاية الأسنان
- مواعيد الرعاية لما قبل الولادة
- زيارات إعادة طبيب الرعاية الرئيسي

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- 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. 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 1-866-246-4358، 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 (ODJFS) لطلب المساعدة.

## خدمات النظر

لمساعدتك في الحفاظ على صحة عينيك، تقدم Buckeye فحوصات العين السنوية للأطفال والبالغين.

- تقدم Buckeye فحوصات العين السنوية للأطفال والبالغين.
- النظارات سنويًا للأطفال تحت سن 21 سنة والكبار من سن 60 سنة فأكثر. النظارات كل سنتين للأعضاء البالغين من سن 21 إلى 59 سنة.
- سوف تدفع Buckeye مبلغ 50 دولار نظير شراء العدسات اللاصقة كل سنة للأطفال حتى عمر 21 سنة والبالغين من عمر 59 سنة فأكثر). 50 دولار كل سنتين للأعضاء من سن 21 إلى 59 سنة.
- تدفع Buckeye مبلغ 50 دولار نظير رسوم تثبيت العدسات اللاصقة للأطفال حتى عمر 21 سنة والبالغين في عمر 60 سنة فأكثر. يتوفر هذا المبلغ كل سنتين للأفراد البالغين الذين تتراوح أعمارهم من 21 إلى 59 سنة.
- لا يُغطي برنامج Medicaid العدسات اللاصقة. لا يمكن الحصول على العدسات اللاصقة والنظارات في نفس السنة (أو كل سنتين للأفراد البالغين الذين تتراوح أعمارهم من 21 إلى 59 سنة).

## استحقاقات رعاية الأسنان

تقدم Buckeye هذه المنافع لصحة الأسنان:

- فحصين دوريين للفم والتنظيف كل سنة.
- خلع الأسنان والحشوات.
- أقواس الأسنان مغطاة تحت عمر 21 سنة.
- جسور جزئية، أطقم الأسنان، والتيجان (تتطلب إذن مسبق).
- لا توجد دفعات مشاركة (copayment) لخدمات الأسنان.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

## خدمات 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 (SSI) لدعم والحفاظ على العلاقة مع مقدم خدمات الرعاية الرئيسي. يجب على مقدم خدمات الرعاية أن يتصل بمدير الرعاية لدى Buckeye لاتخاذ التدابير اللازمة للحصول على هذا الاستحقاق.

## خط استشارة الممرضة على مدى 24 ساعة

يتوافر خط استشارة الممرضة للإجابة على أسئلتك المتعلقة بالصحة على مدار 24 ساعة في اليوم وكل يوم خلال السنة وهو مصدرك للحصول على معلومات الصحة. هؤلاء الممرضات قدوا الكثير من الوقت في رعاية الناس. والأُن هم مستعدون لمساعدتك ومتحمسين على ذلك.

الخدمات المحددة أدناه، متاحة عن طريق الاتصال بخط استشارة الممرضات على الرقم  
1-866-246-4358 (TTY 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. اتصل بخط استشارة الممرضة. بإمكان الممرضة مساعدتك في تحديد ما إذا كانت الحالة تتطلب المعالجة الطارئة أو يمكن أن تنتظر. خدمات الطوارئ هي خدمات تتداول المشاكل الصحية التي تعتقد أنها خطيرة لدرجة تتطلب المعالجة الفورية من قبل 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. الأشخاص المصابين بالربو يعانون من:

- ضيق التنفس في أغلب الأحيان
- ضيق في الصدر
- يصدر عنهم صوت صفير عند التنفس
- يسعلون كثيرًا، وخاصة أثناء الليل

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 الخطرة
- 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/تأكدي 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 اسم MemberConnections. سيتحدث معك ممثلو التوعية ببرنامج MemberConnections عبر الهاتف عندما تتصل برقم 1-866-246-4358 (خط TTY رقم 1-800-750-0750) ويرسلوا إليك المعلومات بالبريد ويقومون بزيارة منزلك إذا كنت ترغب في ذلك.

سوف يسرهم التحدث معك حول:

- كيف تختار طبيب
- كيفية تغيير الأطباء
- خدمات الرعاية الصحية التي تشملها التغطية
- طريقة استخدام أداة التدريب المريحة
- 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 التحصينات (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).

## TEXT4BABY

إذا كنت حاملاً أو لديك طفل يقل عمره عن سنة واحدة، تشجعك Buckeye على المشاركة في برنامج TEXT4BABY وهي خدمة مجانية تساعدك في الاستعداد للأمومة.

سيرسل لك برنامج TEXT4BABY رسائل تذكير بالموعد، ومعلومات شخصية عن الرعاية السابقة للولادة، وتطور الطفل وعلامات العمل، والرعاية الطبيعية، والتغذية، والمزيد من الحق إلى هاتفك الخليوي. من السهل التسجيل والرسائل مجانية.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

للتسجيل، يرجى زيارة: [BuckeyeHealthPlan.com/text-4-baby](http://BuckeyeHealthPlan.com/text-4-baby). يمكنك إيقاف الخدمة من خلال إرسال رسالة نصية إلى STOP (ALTO للإسبانية) إلى 511411. لمعرفة المزيد رجاءً ادخل الموقع الإلكتروني [text4baby.org](http://text4baby.org).

قد يتم تطبيق رسوم على البيانات العادية إذا قمت بالوصول إلى أي روابط مضمنة في رسائل مجانية. قد لا يكون المحتوى متاحًا على جميع شركات الاتصالات. للحصول على نص المساعدة، أرسل كلمة HELP إلى الرقم 511411 أو أرسل رسالة إلكترونية إلى [info@text4babyorg](mailto:info@text4babyorg).

## تذكيرات الرعاية الصحية

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

## النشرات الإخبارية للأعضاء

ترسل Buckeye إلى إعضائها نشرة إخبارية ربع سنوية يُطلق عليها Healthy Moves وتنتشر كافة الإصدارات الأربعة على موقع Buckeye الإلكتروني على الإنترنت. هذه النشرات الإخبارية تحتوي على معلومات عن استحقاقات البرنامج، وكذا مقالات عن الموضوعات المتعلقة بالصحة والسلامة.

## إدارة الرعاية

تقدم Buckeye خدمات إدارة الرعاية 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
- القصور الشديد في الإدراك و/أو النمو
- مرض السكري
- زرع الأعضاء
- فشل القلب الاحتقاني (CHF)
- خطر تعاطي المخدرات وتكلفتها العالية
- إعتلال الشريان التاجي (CAD)
- دخول المستشفى المتكرر أو زيارات قسم الطوارئ
- ارتفاع ضغط الدم غير المعتدل (ارتفاع ضغط الدم)
- حالات الحمل العالية الخطورة
- مرض الإنسداد الرئوي المزمن (COPD)
- الولادة المبكرة
- فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز
- الأطفال من ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة
- الأمراض العقلية/النفسية الشديدة

## الصحة العقلية والسلوكية

- جلسات المشورة الفردية والجماعية والعائلية المتعلقة بالصحة السلوكية وتعاطي المخدرات.
- الاختبارات النفسية والتنمية.
- إدارة الأدوية.
- العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT).

صمم البرنامج 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.

على الرغم من أن Buckeye تقدم خدمات إدارة الرعاية لأعضائنا، لكن ندرك أن بعض الأعضاء سيفضلون عدم المشاركة. بالنسبة لأعضاء محددين على وجه الخصوص، توفر Buckeye إجراءات "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 برنامجنا لإدارة الرعاية. سيتحقق موظفونا دائمًا من موظفي المستشفى أولاً قبل دخول غرفتك للتأكد من أن التوقيت مناسب لنا لزيارتك.

### بالإضافة إلى ذلك:

- يمكن أن يقوم موظفو 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 رأيت Buckeye أن خدمات إدارة الرعاية ستعود بالنفع على العضو.
- يمكن أن يطرح موظفو Buckeye بعض الأسئلة على العضو للحصول على مزيد من المعلومات عن حالته أو حالاته.
- سيقدم موظفو Buckeye المعلومات لمساعدة العضو في فهم كيفية الاعتناء بنفسه وكيفية الحصول على الخدمات (بما في ذلك الموارد المحلية).
- سيقوم موظفو 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.

## 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 الارتجاع البيولوجي
- كل الخدمات أو اللوازم 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 شخص
- وسائل الراحة والترفيه في المستشفى (مثل التلفزيون أو الهاتف)
- الخدمات والإجراءات التجريبية، بما في ذلك العقاقير والأجهزة، التي لا يُغطيها برنامج Medicaid والتي لا تتوافق مع المعايير المعتادة للممارسة الطبية
- خدمات العقم للذكور أو الإناث، بما في ذلك إبطال التعقيم الطوعي
- 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 السمّنة، ما لم يتم تحديدها على أنها ضرورية طبيًا
- خدمات تحديد أسباب الوفاة (التشريح)
- المشورة الجنسية أو الزواج
- 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.

## خدمات مقدم الخدمات الرئيسي

### اختيار مقدم الخدمات الرئيسي (PCP):

يجب على كل عضو في Buckeye أن يختار مقدم خدمات رئيسي من دليل مقدمي خدمات Buckeye. سيكون مقدم خدماتك الرئيسي (PCP) 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.



سيعمل مقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك بالتعاون معك لتوجيه رعايتك الصحية. سيقوم مقدم خدماتك الرئيسي بإجراء الفحوصات وإعطاءك جرعات الحقن وتلبية معظم احتياجات رعايتك الصحية الروتينية. إذا لزم الأمر، سيُرسلك مقدم خدماتك الرئيسي إلى الأطباء (الأخصائيين) الآخرين أو يقوم بإدخالك المستشفى.

يمكنك الوصول إلى مقدم خدماتك الرئيسي عن طريق الاتصال بمكتبه. اسم مقدم الخدمات الرئيسي ورقم هاتفه مطبوع على بطاقة عضوية Buckeye.

### تغيير مقدم خدماتك الرئيسي (PCP)

إذا كنت تريد لأي سبب من الأسباب أن تغير مقدم خدماتك الرئيسي، يجب أن تتصل أولاً بإدارة خدمات الأعضاء لطلب التغيير. يمكنك أيضاً أن تغير مقدم خدماتك الرئيسي (PCP) عن طريق الإنترنت عبر موقع أمن للأعضاء. يستطيع العضو تغيير مقدم خدماته الرئيسي (PCP) كل شهر. يرجى ملاحظة أن أي تغييرات في مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) المحدد خلال أول شهر من العضوية سيبدأ سريانه في تاريخ طلب تغيير مقدم الخدمات الرئيسي (PCP). وإذا طلبت تغيير مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) بعد أول شهر من عضويتك، سيبدأ سريان التغيير في اليوم الأول من الشهر التالي. سترسل إليك Buckeye خطاباً وبطاقة عضوية جديدة لإخطارك بتغيير مقدم خدماتك الرئيسي (PCP) وبالتاريخ الذي يمكنك أن تبدأ منه زيارة مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) الجديد.

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

## رعاية الطوارئ

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

#### خارج منطقة الخدمة وبعد ساعات الدوام

إذا كان مكتب مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) 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 (PCP) في Buckeye على رقم الهاتف المبين في بطاقة عضويتك. كما يمكنك الاتصال بخط استشارة الممرضات المتاح على مدار 24 ساعة وسبعة أيام في الأسبوع مجاناً على رقم 1-866-246-4358، (خط TTY رقم 1-800-750-0750). سترد عليك ممرضة لمساعدتك في معرفة ما الذي يجب فعله.

تتوفر الرعاية الطبية من خلال شبكة Buckeye على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. وفي حالة الاتصال في غير مواعيد العمل الرسمية، سيتم الرد على اتصالاتك من قبل خدمة للرد على الاتصالات أو الرد الآلي وإعطاءك تعليمات محددة. تأكد من اتباع تعليمات خدمة الرد الآلي. ستمكن خدمة الرد على الاتصالات مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) أو الطبيب الخاص بك الذي يتولى التغطية لصالح مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) 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.buckeyehealth.com](http://www.buckeyehealth.com)، أو يمكنك الاتصال بخط استشارة الممرضة مجاناً على رقم 1-866-246-4358، (خط TTY رقم 1-800-750-0750).

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

## خدمات الطوارئ

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
  - الإجهاد التلقائي/ النزيف المهلي 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. وفي حالة عدم التأكد مما إذا كنت تحتاج للذهاب إلى غرفة الطوارئ، اتصل بمقدم خدماتك الرئيسي (PCP) أو بخط استشارة الممرضة على رقم 1-866-246-4358، (خط TTY على رقم 1-800-750-0750). يمكن أن يتحدث إليك مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) أو ممرضة خط الاستشارة التابع لـ Buckeye حول مشكلتك الطبية لنصحك حول ما يجب عليك القيام به.

يرجى الملاحظة أنه يمكنك أن تقوم باحالة نفسك إلى أحد مراكز الرعاية العاجلة التابعة لـ Buckeye بعد انتهاء ساعات العمل الرسمية إذا كانت هذه المنشأة تعمل في هذا الوقت.

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

- توجه إلى غرفة الطوارئ في أقرب مستشفى أو إلى أي مكان آخر مناسب. تأكد من إخبارهم أنك عضوًا 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 (PCP) التابع لـ Buckeye (أو اطلب من المستشفى الاتصال بمقدم الخدمات الرئيسي (PCP)) في أسرع وقت ممكن. يتيح ذلك لمقدم الخدمات الرئيسي الخاص معرفة الرعاية التي تلقيتها. بعدئذ يمكن أن يتولى مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) تنسيق الرعاية الخاصة بك. يجب أن تتصل بمقدم الخدمات الرئيسي (PCP) 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.

## الأدوية الموصوفة

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

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

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

بعض العقاقير أيضاً قد تكون مقيدة بكميات أو مقادير محددة، وبعضها الآخر لا تشملته التغطية على الإطلاق مثل عقاقير أو أدوية خسارة الوزن.

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

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المعلومات عن قائمة الأدوية المفضلة (PDL) لنا والأدوية التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق. يمكنك أيضاً الحصول على المعلومات عن Buckeye على موقعنا الإلكتروني [www.buckeyehealthplan.com](http://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 تجديد أو إعادة تجديد أحد الأدوية.

إذا لم تتمكن من العثور على صيدلية مؤهلة لـ Buckeye بالقرب من منزلك، فهناك خيارات أخرى للحصول على أدويةك. تعمل Buckeye مع شبكة من الصيدليات التي تتوفر لديها أيضاً خدمة توصيل الأدوية عن طريق البريد. نحن نقدم مؤونة أدوية تكفي لثلاثة أشهر (أدوية مستخدمة لعلاج الأمراض على المدى الطويل) عن طريق البريد. للحصول على قائمة كاملة من الأدوية المغطاة لهذه الخدمة ولمعرفة المزيد عن الأدوية المغطاة وتلك التي تحتاج إلى إذن مسبق، يرجى زيارة الموقع [BuckeyeHealthPlan.com](http://BuckeyeHealthPlan.com).

تسمح ولاية أوهايو لـ MCPs بوضع وتنفيذ برامج لمساعدة بعض الأعضاء الذين يتلقون أدوية غير ضرورية طبياً لإقامة علاقة مع مزودهم و / أو صيدليتهم لمواصلة العلاج. سيتم تزويد الأعضاء الذين يتم اختيارهم لبرنامج Buckeye بمعلومات إضافية وإبلاغهم عن حقوق الاستماع للشكاوي في الولاية، حسب الاقتضاء.

سيكون للأعضاء المسجلين في برنامج الخدمات المنسقة (CSP) قيود على الأطباء والصيدليات التي قد يستخدمونها بالنسبة للمواد الخاضعة للرقابة، باستثناء الحالات الطارئة. سيكون لدى الأعضاء أيضاً القدرة على تغيير مقدمي الخدمة المعيّنين وفقاً لبوليصة التأمين.

## التظلمات

### التظلمات (الشكاوى)

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

ذا 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

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- ملء النموذج المرفق في دليل الأعضاء الخاص بك، أو
- الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء لتطلب منهم أن يرسلوا إليك النموذج بالبريد، أو
- زيارة موقعنا الإلكتروني [www.buckeyehealth.com](http://www.buckeyehealth.com)، أو
- اكتب إلينا لإخبارنا عن الأشياء التي تجعلك تشعر بعدم الرضاء. تأكد من كتابة اسمك الأول واسمك الأخير، وإدخال الرقم المبين في وجه بطاقة عضويتك في Buckeye وعنوانك ورقم هاتفك في الخطاب حتى يمكننا الاتصال بك إذا لزم الأمر.

يجب أن ترسل إلينا أيضاً أي معلومات تساعد في شرح مشكلتك مثل تاريخ حدوث المشكلة.

**Buckeye Health Plan**  
 Appeals/Grievance Coordinator  
 4349 Easton Way, Suite 300  
 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 أيضاً ردًا خطيًا، في الوقت المناسب، في الحالات التالية: ومثال على ذلك...**

- اتخاذ 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 نبلغك بتاريخ مختلف، سنقدم لك ردًا خطيًا على استئنافك في غضون 15 يومًا تقويمياً من تاريخ اتصالك بنا. إذا لم نقم بتغيير قرارنا أو اتخاذ إجراء كنتيجة لاستئنافك، فسوف نخطرك بحقك في طلب جلسة استماع حكومية. يحق لك طلب جلسة سماع حكومية مرة واحدة فقط بعد أن تكون قد استأنفت شكاوك لدى Buckeye.

إذا اتخذنا قرارًا بتقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل أن تتلقى كل الخدمات الموافق عليها، سيتم إبلاغك في الخطاب بكيف 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 الفترات 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 لكل التظلمات المتعلقة بالحصول على فاتورة بتكلفة الرعاية التي حصلت عليها

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

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

### 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  
TTY: 1-800-292-3572

### Ohio Department of Insurance

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

### جلسات الاستماع

جلسة استماع الولاية هي اجتماع معك أو مع ممثلك المعتمد، من ولايتك. إدارة الخدمات الوظيفية والعائلية، وشخص من برنامج Buckeye الصحي، ومسؤول استماع من مكتب جلسات الاستماع في مكتب دائرة العمل والخدمة الأسرية بولاية أوهايو (ODJFS). في هذا الاجتماع، سوف تشرح لماذا تعتقد أن برنامج Buckeye الصحي لم يتخذ القرار الصحيح وسيشرح برنامج Buckeye الصحي أسباب اتخاذ القرار. سيستمع مسؤول جلسة الاستماع ثم يقرر من يعتمد على القواعد والمعلومات المقدمة.

### ستخطر Buckeye عن حقاك 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
- لإدارة المواد الخاضعة للرقابة والأعضاء (CSMM).
- اتخاذ القرار برفض طلبك المتعلق بتغيير مقدم خدماتك لإدارة المواد الخاضعة للرقابة والأعضاء (CSMM) من Buckeye

إذا كنت أردت عقد جلسة استماع حكومية، يجب عليك أنت أو ممثلك المفوض طلب عقد جلسة استماع في غضون 120 يوماً تقويمياً. تبدأ فترة الـ 90 يوماً من اليوم التالي للتاريخ البريدي المكتوب على خطاب جلسة السماع. إذا اتخذنا قراراً بتقليل أو تعليق أو إيقاف الخدمات قبل أن تتلقى كل الخدمات الموافق عليها، سيتم إبلاغك في الخطاب بكيفية الاستمرار في تلقي الخدمات إذا اخترت ذلك ومتى يتعين عليك الدفع نظير هذه الخدمات. إذا اقترحنا تسجيلك في برنامج الخدمات المنسقة وطلبت عقد جلسة استماع الولاية في غضون 15 يوماً تقويمياً من تاريخ الإرسال في النموذج، فلن نقوم بتسجيلك في البرنامج حتى قرار الجلسة.

لا تصدر قرارات جلسات الاستماع عادة قبل 70 يوماً من تاريخ تلقي الطلب. ولكن، إذا قرر برنامج الرعاية المدار أو مكتب جلسات استماع الولاية 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 القسوى.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

لطلب عقد جلسة استماع، يمكنك توقيع نموذج جلسة الاستماع وإرجاعه إلى العنوان أو رقم الفاكس المدرج في النموذج، اتصل بمكتب جلسات الاستماع الولاية على رقم 1-866-635-3748، أو ارسل طلبك عبر البريد الإلكتروني إلى [bsh@jfs.ohio.gov](mailto:bsh@jfs.ohio.gov). جلسة استماع الولاية 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. سيستمع مسؤول جلسة الاستماع ثم يقرر من هو أحق استناداً على المعلومات التي قدمت وفيما إذا اتبعت القواعد. إذا كنت تريد معلومات حول الخدمات القانونية المجانية لكنك لا تعرف رقم هاتف مكتب المساعدة القانونية المحلي، يمكنك الاتصال بجمعية الخدمات القانونية بولاية أوهايو على رقم 1-800-589-5888 لمعرفة الرقم المحلي.

## نموذج التظلمات/ الاستئناف

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 300  
Columbus, OH 43219

أو بواسطة 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 نظام معلومات إدارة ميديكيد (MMIS) للعضو: \_\_\_\_\_

الوصي القانوني/ الوالد الوصي: \_\_\_\_\_

هل تم إعلام أحد موظفي *Buckeye* بهذه المشكلة من قبل؟ \_\_\_\_\_

في حالة الإجابة بـ "نعم"، متى تم ذلك؟ \_\_\_\_\_ إلى من؟ \_\_\_\_\_

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

القسم التالي سيستكمل بواسطة قرار *Buckeye*: \_\_\_\_\_

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

## انتهاء العضوية

### انتهاء العضوية

#### فقدان أهلية الحصول على استحقاقات Medicaid

من المهم أن تحافظ على مواعيدك مع إدارة خدمات العمل والأسرة في الكاونتي. وإذا فاتتك إحدى الزيارات أو لم تقدم المعلومات التي يطلبونها منك، يمكن أن تفقد أهليتك للحصول على استحقاقات Medicaid. وفي حال حدوث ذلك، سيطلب 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.

#### انتهاء 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.

إذا كنت تفكر في التغيير إلى خطة صحية أخرى، فيجب أن تتعرف على اختياراتك، خاصة إذا كنت تريد الاحتفاظ بطبيبك أو أطباءك الحاليين. تذكر أن كل برنامج صحي لديه قائمة خاصة به من الأطباء والمستشفيات التي تسمح لك باستخدامها. كما يحتوي كل برنامج صحي على معلومات مكتوبة توضح الفوائد التي يقدمها والقواعد التي يعمل بموجبها. إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات خطية حول برنامج صحي تفكر في الانضمام إليه أو إذا كنت ترغب ببساطة في طرح أسئلة حول البرنامج الصحي، يمكنك إما الاتصال بالبرنامج أو الاتصال بالخط الساخن للبرنامج الطبي على الرقم 1-800-324-8680؛ TTY 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](http://www.ohiomh.com).

إذا كنت ترغب في تغيير خطة رعايتك المدارة، يمكنك الاتصال بالخط الساخن للمساعدة الطبية على الرقم 1-800-324-8680؛ TTY 1-800-292-3572. يمكنك أيضًا إرسال طلب عبر الإنترنت إلى موقع "الخط الساخن للمساعدة الطبية" على [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com). في معظم الأحيان، إذا طلبت تغيير برنامجك قبل الأيام العشرة الأخيرة من الشهر، فستنتهي عضويتك في برنامجك الحالي في اليوم الأخير من الشهر. إذا طلبت التغيير بعد هذا الوقت، فستنتهي عضويتك في الخطة الحالية في اليوم الأخير من الشهر التالي. سترسل لك خطتك الجديدة معلومات في البريد قبل تاريخ بدء عضويتك،



## 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 رعايتك المُدار 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. برنامج ميديكال (MCP) لا يغطي خدمة طبية تحتاجها لأسباب أخلاقية أو دينية.
2. إذا قال الطبيب أن بعض الخدمات الطبية التي تحتاجها يجب تلقيها في نفس الوقت وكانت كل الخدمات غير متاحة على لائحة برنامج الرعاية المُدار (MCP).
3. لديك شكوك من عدم تلقي رعاية عالية الجودة وعدم توافر الخدمات التي تحتاجها لدى مقدم خدمات آخر مُدرج على لائحة برنامج الرعاية المُدار (MCP).
4. 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.
5. إذا كان مقدم الخدمات الرئيسي الذي اخترته لم يعد متاحًا 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 مدرج على لائحتك مقدم خدمات رئيسي يتحدث نفس لغتك ويقع على بعد مسافة مناسبة من مسكنك وسيقبلك كمريض لديه. وإذا كان هناك برنامج صحي آخر مدرج على لائحتك مقدم خدمات رئيسي يتحدث نفس لغتك ويقع على بعد مسافة مناسبة من مسكنك وسيقبلك كمريض لديه.
6. أسباب أخرى - إذا كنت تعتقد أن بقاءك كعضو في البرنامج الصحي الحالي الخاص بك يضرك 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. 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. سنتلقى خطابًا بالبريد يخبرك بما إذا كانت إدارة Medicaid في أوهايو ستقوم بإنهاء عضويتك وتاريخ إنائها وتاريخ بدء تاريخ عضويتك في البرنامج الجديد. 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.

## أمر 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.
- إذا اخترت برنامج صحي جديد ولم تتلقى بطاقة عضوية قبل اليوم الأول من شهر بدء عضويتك، 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 لديك أي زيارات طبية مجدولة، يرجى الاتصال ببرنامجك الجديد للتأكد من أن هؤلاء المزودين مدرجون في قائمة مقدمي البرنامج الجديدة وأي أعمال مكتبية مطلوبة قد تمت. تتضمن بعض الأمثلة على متى عليك الاتصال ببرنامجك الجديد ما يلي: عندما يكون لديك موعد لمراجعة طبيب جديد، أو إجراء جراحة، أو فحص الدم، أو فحص أشعة إكس، وخاصة إذا كنت حاملاً.

## العضوية الاختيارية

الأطفال دون سن التاسعة عشر (19) سنة يُتاح لهم خيار عدم الاشتراك في برنامج رعاية مُدار إذا كان:

- أي شخص عضو في قبيلة هندية معترف بها اتحاديًا، بغض النظر عن العمر.
- الأفراد الذين يحصلون على خدمات الإعفاء فس المنزل والمجتمع المحلي من خلال قسم الإعاقة التنموية بولاية أوهايو.

## الأشخاص المستثنون من الانضمام إلى برنامج رعاية مُدار (MCP)

لا يسمح للأفراد التاليين بالانضمام إلى برنامج الرعاية مدار.

- الأشخاص المؤهلين بشكل مزدوج للحصول على استحقاقات برنامجي Medicare و Medicaid
- الأشخاص الموضوعين في مؤسسات رعاية (في دار رعاية مسنين وغير مؤهلين بموجب تصنيف Adult Extension أو منشأة رعاية طويلة المدى أو ICF-MR أو أي أنواع مؤسسات أخرى).
- يحصلون على خدمات إعفاء Medicaid وغير مؤهلين بموجب تصنيف Adult Extension .

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

## هل تستطيع Buckeye إنهاء 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 بناءً 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 أو للأعضاء الآخرين.

## حقوق العضوية

### حقوقك بموجب العضوية

ستتمتع بالحقوق التالية كعضو في Buckeye:

- للحصول على 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 إيها فيما يتعلق بصحتك.
- أن يمكنك المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك، ما لم يكن ذلك في مصلحتك.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- 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 متحرراً من كل أنواع الإجبار أو العزلة المستخدمة كوسيلة للإكراه أو العقاب أو التسهيل أو الانتقام كما هو منصوصاً 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. راجع صفحات 23-26 من هذا الدليل للحصول على المعلومات.
- أن يكون بمقدورك الحصول على كل معلومات Buckeye الخطية من Buckeye:
  - بدون أي تكاليف عليك
  - باللغة الشائعة، غير اللغة الإنجليزية، في منطقة تقديم خدمات Buckeye إلى العضو
  - 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 طالباً وأن يكون بمقدورك رفض رعايته.
- 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 أيضاً 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 بآخر 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 مدرجاً 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) 866-2359; (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

كعضو في Buckeye، عليك أيضاً أن تتحمل عدة مسؤوليات. تتضمن هذه المسؤوليات معرفة وفهم كل حق من حقوقك بموجب برنامج Medicaid. وتشمل هذه المسؤوليات ما يلي:

- طرح الأسئلة إذا كنت لا تفهم حقوقك.
- عمل أي تغييرات في برنامجك الصحي ومقدم الخدمات الرئيسي الخاص بك بالأساليب المحددة من قبل برنامج Medicaid و Buckeye.
- الالتزام بمواعيدك المحددة مسبقاً.
- اصطحاب بطاقة العضوية معك.
- إبلاغ مقدم الخدمات الرئيسي بأي معالجة تتلقاها في غرفة الطوارئ.
- إلغاء المواعيد مسبقاً إذا لا تستطيع الالتزام بها.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- إذا كانت Buckeye توفر لك خدمة نقل لحضور المواعيد الطبية، يجب أن توفر مقعداً في السيارة لأي طفل تأخذه معك إذا كان سنه 4 سنوات فأقل، أو إذا كان وزن هذا الطفل أقل من 40 رطل.
- احرص دائماً على الاتصال أولاً بمقدم الخدمات الرئيسي (PCP) أو خط استشارة الممرضات في Buckeye فيما يتعلق باحتياجاتك الطبية غير الطارئة.
- التوجه إلى غرفة الطوارئ فقط عندما تعتقد أن حالتك طارئة بالفعل.
- مشاركة المعلومات المتعلقة بحالتك الصحية مع مقدم خدماتك الرئيسي (PCP) والاطلاع التام على خيارات الخدمة والمعالجة. يشمل ذلك المسؤولية عن: وتشمل هذه المسؤوليات ما يلي:
  - إبلاغ مقدم الخدمات الرئيسي (PCP) عن حالتك الصحية.
  - التحدث مع مقدمي الخدمات حول احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك والسؤال عن الطرق المختلفة للتعامل مع مشاكلك فيما يتعلق بالرعاية الصحية.
  - مساعدة مقدمي الخدمات التابعين لك في الحصول على سجلاتك الطبية.
  - المشاركة الفعالة في اتخاذ القرارات المتعلقة بخيارات الخدمة والمعالجة الآمنة واتخاذ الخيارات الشخصية واتخاذ إجراءات الحفاظ على صحتك. يشمل ذلك المسؤولية عن:

#### وتشمل هذه المسؤوليات ما يلي:

- التعاون كفريق مع مقدم خدماتك فيما يتعلق بتحديد الرعاية الصحية الأفضل بالنسبة لك.
- بذل أقصى ما في وسعك للحفاظ على صحتك.
- معاملة مقدمي الخدمات والموظفين باحترام.

## معلومات أخرى

- تقدم Buckeye الخدمات لأعضائنا بموجب عقد ميرم 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

1-800-605-3040 أو 1-800-324-8680

TTY: 1-800-292-3572

أو يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة Medicaid في أوهايو على:

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

- 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 TTY 1-800-750-0750).
- يحق لك تقديم التوصيات حول السياسات المتعلقة بحقوق ومسؤوليات أعضاء Buckeye.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

- 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. 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.

### 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 معينين 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 تتصل 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 الضروري أيضاً أن تتصل بخدمات الأعضاء والأخصائي الاجتماعي في المقاطعة الذي تتبعه في حال فقدان التأمين الصحي الخاص بك الذي أبلغت عنه من قبل. الامتناع عن تقديم هذه المعلومات إلينا يمكن أن يسبب مشكلات فيما يتعلق بالحصول على الرعاية وسداد الفواتير.

## إشعار الخصوصية

إشعار ممارسات الخصوصية لبرنامج Buckeye الصحي

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

تاريخ النفاذ 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 تشملها 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 نخطرك بأي 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 (PHI) 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. ستقوم Buckeye Health Plan 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.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

37

## 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. نقوم 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. يخضع ذلك لقواعد الخصوصية الفيدرالية. ويمكن أن تشمل أنشطة الدفع ما يلي: تشمل نشاطات الدفع ما يلي:
  - اجراءات تسديد المطالبات
  - تحديد أهلية مطالبات الخدمات المشمولة في التغطية
  - اصدار فواتير الأقساط
  - مراجعة خدمات الضرورة الطبية
  - أداء مراجعة استخدام المطالبات
- عمليات الرعاية الصحية قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية ونقوم بالكشف عنها بغرض إجراء عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا.

### قد تشمل نشاطات الدفع ما يلي:

- تقديم خدمات العملاء
- الرد على الشكاوى وعمليات الاستئناف
- توفير تدابير إدارة الحالة وتنسيق الرعاية
- إجراء المراجعات الطبية للمطالبات وتقييمات الجودة الأخرى\_ نشاطات 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. يجب أن يرتبط هذا الكيان أيضًا بعلاقة معك فيما يتعلق بعمليات الرعاية الصحية التي يقوم بها. يشمل ذلك ما يلي:

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

- **تذكيرات المواعيد/ البدائل العلاجية.** يمكن أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نقوم بالكشف عنها لتذكيرك بميعاد المعالجة والرعاية الطبية التي نقدمها. كما يمكن أن نستخدم أو نكشف عنها لتزويدك بمعلومات حول طرق



المعالجة البديلة. ويمكن أن نستخدمها أو نقوم بالكشف عنها أيضًا فيما يتعلق بالاستحقاقات والخدمات الصحية الأخرى؛ مثل المعلومات المتعلقة بكيفية الإقلاع عن التدخين أو خسارة الوزن.

- **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. نقوم بهذا عندما يكون الاستخدام أو الكشف متوافقاً مع القانون. 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.
- **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 (FDA).
- **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:

– أمر من المحكمة

– المحكمة الإدارية

– مذكرة إحضار من المحكمة

– استدعاءات المثل أمام المحكمة

– أمر تفتيش

– طلب اكتشاف

– طلبات قانونية مشابهة

- إنفاذ القانون. يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية ذات الصلة للمساعدة في إنفاذ القانون إذا لزم الأمر.

**على سبيل المثال، استجابةً لما يلي:**

– أمر من المحكمة

– أمر تفتيش صادر من المحكمة

– مذكرة احضار من المحكمة

– استدعاءات المثل الصادرة من مسؤول قضائي

– استدعاء 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.

- خبراء الطب الشرعي وأطباء التحقيق ومتعهدي الدفن. يمكن أن نقوم بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الطبيب الشرعي أو الطبيب المحقق. 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:

– أعضاء الجثة

– العيون

– 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 الوشيكّة. تشمل ذلك التهديدات على صحة وسلامة الشخص أو الجمهور.

- 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:

– مسؤولي الأمن الوطني الفيدراليين المخولين

– الأنشطة الاستخباراتية

– وزارة الخارجية، لتحديد مدى الملاءمة الطبية

– 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 عنه. وسنعمد على حكمنا وخبرتنا المهنية في تقرير ما إذا كان الكشف سيصيب 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. يجب 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. يمكنك أن تمنحنا موافقتك أو رفضك الشفهي مقدماً. ويمكنك أيضاً أن تمنحنا إياها في وقت الاستخدام أو الكشف. في هذه الحالات سنقيد استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها. سنقيد 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. وسنقيد ذلك بإخطار أحد أفراد العائلة أو الممثل الشخصي أو أي شخص آخر مسؤول عن رعايتك وموقعك وحالتك العامة. يمكنك أن تمنحنا موافقتك أو رفضك الشفهي مقدماً. ويمكنك أيضاً 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 بيعاً 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 تجري 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 ملفك مع استثناءات محدودة. على سبيل المثال، بالنسبة لوظائف تشغيلية معينة للمعالجة أو الدفع أو الرعاية الصحية.

كل الاستخدامات وعمليات الكشف الأخرى عن معلوماتك الصحية المحمية غير الموضحة في هذا الإشعار لن تتم إلا بعد الحصول على موافقة خطية منك. يمكنك سحب موافقتك في أي وقت. يجب أن يكون طلب سحب الموافقة في صيغة خطية. 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 طلبك القيود التي تطلب فرضها. كما يجب أن يحدد من الذي تنطبق عليه القيود. ونحن لسنا ملزمين بالموافقة على هذا الطلب. وفي حالة موافقتنا، سنلتزم بطلب فرض قيودك. لكننا لن نلتزم به إذا كانت المعلومات مطلوبة لمعالجتك في حالات الطوارئ. ولكن، 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. لن تحتاج إلى شرح السبب وراء طلبك. لكن، يجب عليك إيضاح أن هذه المعلومات يمكن أن تعرضك للخطر في حال عدم إجراء التغيير. يجب 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 تنظر في أو تحصل على نسخ من معلوماتك الصحية المحمية المدرجة في مجموعة السجل المعينة. ويمكنك أن تطلب منا منحك نسخاً بصيغة أخرى غير النسخ المصورة ضوئياً. سنستخدم الصيغة التي تطلبها ما لم يكن هناك ما يعيق القيام بذلك بشكل عملي. يجب 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؛ على سبيل المثال، 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 شرحاً خطياً 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 قسارى جهدا لإدراج التغييرات في أي عمليات كشف عن هذه المعلومات في المستقبل.

• **الحق في استلام بياناً 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 شهراً، يمكن أن نرفض عليك رسوماً معقولة حسب التكلفة نظير الاستجابة لهذه الطلبات الإضافية. كما سنقدم إليك المزيد من المعلومات عن الرسوم التي نفرضاها في وقت طلبك.

• **الحق في رفع شكوى.** إذا شعرت بأنه تم انتهاك حقوقك في الخصوصية أو أننا انتهكنا ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، يمكنك أن ترفع شكوى ضدنا. يمكنك القيام بذلك أيضاً عبر الهاتف. استخدم بيانات الاتصال الموضحة في نهاية هذا الإشعار. يمكنك أيضاً أن ترفع شكوى خطية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS). انظر بيانات الاتصال المنشورة على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) على [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr). إذا طلبت ذلك سنقدم لك أيضاً عنواناً لرفع شكوى خطية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS). 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. إذا استلمت هذا الإشعار من موقعنا الإلكتروني أو عبر البريد الإلكتروني، يمكنك أن تطلب أيضاً 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 خطياً. كما يمكنك الاتصال بنا عبر الهاتف. استخدم بيانات الاتصال الموضحة أدناه.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

**Buckeye Health Plan**  
Attn: Privacy Official  
4349 Easton Way, Suite 400  
Columbus, OH 43219  
**866-246-4358 (800-750-0750)**

## التوجيهات المسبقة

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

العديد من الأشخاص في يومنا هذا ينجذبون للقلق 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 العيش بمساعدة أجهزة دعم الحياة. وقد يرغب آخرون في اتخاذ كل كافة التدابير الممكنة للحفاظ على حياتهم.

## بإمكانك الاختيار

هناك عدد متزايد من الناس يتصرفون بما يعبر عن رغباتهم. يمكنك التعبير عن رغباتك فيما يتعلق بالرعاية الطبية خطياً 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 خطياً.

هذه المعلومات تشرح حقوقك بموجب قانون أوهايو فيما يتعلق بقبول أو رفض الرعاية الطبية. ستساعدك في اختيار رعايتك الطبية.

توضح هذه المعلومات أيضاً 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 صباحاً إلى 5 مساءً.

قسم خدمات الأعضاء: 1-866-245-4358

خط TTY لضعيفي السمع: 1-800-750-0750

## ما هي حقوقي؟

يحق لك أن تختار رعايتك الصحية. وإذا لم تكن تريد نوعاً معيناً من الرعاية، يحق لك أن تخبر الطبيب بعدم رغبتك في ذلك.

ماذا لو كنت مريضاً جداً 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 منهم. لكن بعض الناس ربما يمرضون للغاية بحيث لا يمكنهم أن يخبروا الأطباء المعالجين لهم عن نوع الرعاية التي يريدونها.

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

## ما هي 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).

ستقوم بملء نموذج توجيه طبي مسبق عندما تكون قادراً 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. أنت 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. ولكن، يمكنك تحديد ما إذا كنت تحتاج إلى التحدث مع محامي.

## هل يتعين علي مقامي الرعاية الطبية الخاصة بي أن يلتزموا برغباتي؟

نعم، إذا كانت رغباتك تتوافق مع قانون الولاية. ولكن، قانون أوهايو يتضمن فقرة عن الضمير. 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. وفي هذه الحالة، سيساعدك في إيجاد شخص آخر يمكنه الالتزام برغباتك.

## وصية الحياة

يتيح لك هذا النموذج بالتعبير خطياً عن رغباتك حول الرعاية الطبية المقدمة. يمكنك اختيار ما تريده إذا كنت مريضاً جداً 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 نافذة 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.

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

توفر التشريعات الموضوعية من قبل إدارة الصحة في أوهايو الولاية بأمر DNR Comfort Care وبروتوكول Comfort Care Arrest. يقصد بأمر عدم الإنعاش (DNR) توجيه صادر من طبيب أو، في ظروف معينة، ممرضة ممارسة معتمدة أو ممرضة سريرية متخصصة، يحدد الشخص وينص 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 وبروتوكول DNR Comfort Care و Comfort Care Arrest.

## التوكيل العام الدائم

ختلف 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 تحصل عليها. يتصرف هذا الشخص بالنيابة عنك عندما لا يكون بإمكانك التصرف بنفسك. ويمكن أن يكون ذلك لمدة قصيرة أو طويلة.

### من ينبغي أن أختار؟

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. بعدئذ 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.

### متى يصبح التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية ساري المفعول؟

يصبح النموذج ساري المفعول فقط عندما لا تكون قادراً 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.

## توجيهات معالجة الصحة العقلية

يولي توجيه علاج الصحة العقلية المزيد من الاهتمام لرعاية الصحة العقلية. وهو يسمح للشخص، عندما يكون قادراً على ذلك، بتعيين وكيلاً لاتخاذ القرارات بالنيابة عنه عندما يفقد القدرة على القيام بذلك بنفسه. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يحدد

بالتوجيه عض الرغبات بشأن المعالجة. يستطيع الشخص تحديد تفضيله بالنسبة للدواء والمعالجة وكذلك تفضيله بشأن ادخاله إلى منشأة رعاية وابقائه فيها.

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

## توجيهات مسبقة

ما الفرق بين التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية وصية 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 لدي توكيل عام دائم للرعاية الطبية، هل أحتاج أيضًا إلى وصية حياة؟

الأفضل أن يكون لديك كليهما. كل منهما يعالج أجزاءً 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. التوكيل العام الدائم للرعاية الطبية لا يحل محل وصية الحياة.

هل يمكنني تغيير توجيهاتي الطبية المسبقة؟

نعم، يمكنك تغيير توجيهاتك الطبية المسبقة متى أردت. تأكد من أنها تتوافق مع قانون أوهايو (ساري المفعول في 10 أكتوبر 1991). قد تحتاج إلى الاتصال بمحامٍ طلبًا للمساعدة. فكرة جيدة أن تراجع توجيهاتك الطبية المسبقة من وقت لآخر. تأكد من أنها لا تزال تعبر عن رغباتك وتغطي كل الجوانب.

إذا لم يكن لدي توجيه طبي مسبق، من الذي سيتخذ القرارات بشأن الرعاية الطبية التي أتلقاها عندما لا أكون قادرًا على ذلك؟

يسمح قانون أوهايو لأقرب أقرائك باختيار الرعاية الطبية الخاصة بك إذا كان من المتوقع وفاتك وعدم تمكنك من التصرف بنفسك. وإذا دخلت في غيبوبة لا يتوقع انتهاءها، يمكن لأقرب أقرائك أن يقرر إيقاف أو عدم استخدام الأجهزة الطبية للحفاظ على الحياة بعد 12 شهرًا. كما أن أقرب الأقرب إليك 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. فيما إذا توقفت 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 أو هايبو لأقرب قريب لك بإيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية.
  - إذا كنت في غيبوبة لا يتوقع أن تنتهي، وكانت وصية حياتك 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 يكن لديك وصية حياة، حينئذٍ تسمح قوانين أو هايبو لأقرب قريب لك بإيقاف أو عدم استخدام الطعام والماء المزودين بطريقة اصطناعية. لكن، يجب عليه الانتظار 12 شهرًا والحصول على موافقة محكمة الإرث والوصايا.
- عند ملء التوجيه الطبي المسبق، هي يعني ذلك أنني أشرك في القتل الرحيم أو مساعدة الغير على الانتحار؟**
- كلا، لا يسمح قانون أو هايبو 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 العقلية. 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. لا تكتفي فقط بطرح هذه النماذج جانبًا ونسيانها.

## التبرع بالأعضاء والأنسجة

يمكن لمواطني أو هايبو تحديد ما إذا كانوا يرغبون في التبرع بأعضائهم وأنسجتهم للآخرين بعد وفاتهم. عن 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 أو هايبو أو بطاقة هوية الولاية (ID).
- أو يمكنك استكمال نموذج التسجيل في سجل المتبرعين المرفق بنموذج وصية الحياة في أو هايبو، وإعادته إلى مكتب السيارات في أو هايبو.

## المساعدة اللغوية

### :Cushite

,XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni .argama. Bilbilaa 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오 246-4358

### :Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-2464358 (TTY: 711)

### :Japanese

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-246-4358。(TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください

### :Dutch

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1866-246-4358 (TTY: 711)

### :Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-246-4358 (телетайп: 711)

### :Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Somali

LA SOCO: Haddii aad ku hadasho Ingiriisi, adeegyada taageerada luqada, oo bilaash ah, ayaad .heli kartaa, Wac 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Nepali

तपाइल% े नेपाली बो#नहु 'छ भने: यान िदनहोसु!  
तपाइक% ो िनि#त भाषा सहायता सेवाह& िन:श&कु  
् 1-866-246- पमा उपलडध छ । फोन गनइहोसु!  
4358  
(टिटवाइ: 711) ।

### :English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to .you. Call 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Chinese Mandarin

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711). 1-668-642-8534

### :Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzsch, kannsch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-866-246-4358 (TTY: 711)

### :Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-246-4358 1-866-549-8289 (телетайп: 711)

### :French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-246-4358 (ATS: 711)

### :Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866246-4358 (TTY: 711)



## بيان عدم التمييز

يتوافق برنامج Buckeye الصحي مع قوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. لا يستثني برنامج Buckeye الصحي الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

### برنامج Buckeye الصحي

• يقدم مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات للتواصل معنا بشكل فعال، مثل:

- مترجمين لغة إشارة مؤهلين
- معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (نسخ مطبوعة، صوتية، تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها، تنسيقات أخرى)

• يوفر خدمات لغة مجانية للأشخاص الذين ليست لغتهم الأساسية اللغة الإنجليزية، مثل:

- مترجمين مؤهلين
- معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا احتجت لهذه الخدمات، اتصل ببرنامج Buckeye على الرقم 1-866-246-4358 (TTY 1-800-750-0750).

إذا كنت تعتقد أن برنامج Buckeye الصحي فشلت في تقديم هذه الخدمات أو التمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو العجز أو الجنس، يمكنك تقديم شكوى: Buckeye Health Plan at the Appeals

Unit, 4339 Easton Way, Suite 400, Columbus, OH 43219, 1-866-246-4358

(TTY:1-800-750-0750), Fax 1-866-719-5404. يمكنك أيضًا تقديم شكوى شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى، فإن برنامج Buckeye الصحي على استعداد لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونيًا من خلال موقع شكاوى الحقوق الخاصة بمكتب حقوق الإنسان المتاحة على الموقع

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F,  
HHH Building, Washington, DC 20201,  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

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





**4349 Easton Way, Suite 300**

**Columbus, OH 43219**

**Member Services: 1-866-246-4358**

**TTY: 1 -800 -750 -0750**

**BuckeyeHealthPlan.com**