

METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



كٲب أعضاء برنامآ
**METROPLUSHEALTH
CHILD HEALTH PLUS**

تمت المراجعة في إبريل 2023

MetroPlus Health Plan

دليل مرجعي سريع

1-800-303-9626

2560-442-800-1

2812-881-800-1

www.metroplus.org

خدمات أعضاء MetroPlusHealth
خط MetroPlusHealth الساخن على مدار الساعة
أجهزة الاتصال للصم (TDD) للتواصل مع
MetroPlusHealth
موقع MetroPlusHealth الإلكتروني

ما حالة الطوارئ؟

تشتمل الأمثلة على:

كسور في العظام، صعوبة في التنفس، نوبات (تشنجات)، نزيف حاد، جرعات دواء زائدة، فقدان الوعي، شلل، ألم حاد في الصدر، نوبة قلبية، جلطة دماغية.
إذا كنتِ حاملاً: نزيف في المهبل، ألم حاد أو تشنجات في البطن، خروج أو تسرب الماء.

ما الذي يتعين فعله: الاتصال على رقم 911 أو الذهاب على الفور إلى أقرب غرفة طوارئ.

ما مشكلة الرعاية الصحية العاجلة؟

تشتمل الأمثلة على:

مشكلات خطيرة في الصحة لا تتطلب غرفة طوارئ: نزلات البرد، ألم في الأذن، التهاب الحلق.

ما الذي يتعين فعله؟ الاتصال على مكتب طبيب الرعاية الأولية من يوم الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحاً إلى 5:30 مساءً. في جميع الأوقات الأخرى اتصل على الخط الساخن للرعاية الصحية على مدار الساعة المذكور أعلاه.

(يتم تشغيل خطة MetroPlus Health Plan من مؤسسة صحة ومستشفيات مدينة نيويورك)



نموذج تقييم الصحة السنوي لأعضاء | METROPLUSHEALTH أخبرنا عن حالتك الصحية

يُرجى تعبئة النموذج بالكامل وإرساله بالبريد مرة أخرى إلى العنوان التالي:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

الاسم الأول، والاسم الأخير: _____ رقم مُعرّف العضو: _____

العنوان البريدي: _____

الهاتف: _____ تاريخ الميلاد: _____ الطول: _____ قدم _____ بوصة الوزن: _____ رطل

اللغة المُفضّلة: الإنجليزية الإسبانية الصينية الكريولية الأردية البنغالية غير ذلك: _____

العرق: أبيض سكان أمريكا الأصليين سكان ألاسكا الأصليين آسيوي أسود/أمريكي من أصل أفريقي

سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ عرقان أو أكثر غير ذلك: _____ أرفض الإجابة

السلالة: من أصل إسباني أو لاتيني لا إسباني ولا لاتيني أرفض الإجابة

بشكلٍ عام، ستقول إن صحتك: ممتازة جيدة مقبولة سيئة

هل تود أن نتصل بك لمساعدتك بشأن أي مشكلة صحية طارئة؟ نعم لا

هل لديك طبيب تزوره بانتظام؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل نصحك الطبيب بالبدء في أداء بعض النشاط الرياضي أو الجسدي، أو زيادته، أو الاستمرار

عليه؟ (على سبيل المثال، البدء في استخدام الدرج، أو زيادة مدة المشي من 10 إلى 20 دقيقة يوميًا، أو الاستمرار على

برنامج التدريب الرياضي الخالي الخاص بك؟) نعم لا

هل تعاني من أي من الأمراض التالية؟ السكري مشاكل في القلب ضغط الدم المرتفع السرطان

مشكلات في التنفس (الربو أو مرض الانسداد الرئوي المزمن) مشاكل في الذاكرة مشاكل في السمع مشاكل في الإبصار

مشاكل نفسية/عاطفية سلس البول فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مشاكل تناول المخدرات أو الكحول

مشاكل طبية أخرى: _____

كم عدد الأدوية المختلفة التي تتناولها في اليوم؟ لا شيء 1-3 4-7 8 أو أكثر

هل تحتاج إلى المساعدة في أداء أنشطتك الأساسية (مثل ارتداء الملابس أو دخول الحمام أو الأكل أو الجلوس على

كرسي/القيام منه)؟ يمكنني القيام بهذا دون مساعدة أحتاج إلى مساعدة، وأحصل على المساعدة التي أحتاجها

أحتاج إلى مساعدة، ولا أحصل على المساعدة التي أحتاجها

هل تحتاج إلى المساعدة في التنظيف المنزلي، أو تناول الدواء، أو التسوق، أو إدارة الأموال، أو إعداد الوجبات،

هل تحتاج إلى المساعدة في التنظيف المنزلي، أو تناول الدواء، أو التسوق، أو إدارة الأموال، أو إعداد الوجبات، أو التنقل؟ يمكنني القيام بهذا دون مساعدة أحتاج إلى مساعدة، وأحصل على المساعدة التي أحتاجها أحتاج إلى مساعدة، ولا أحصل على المساعدة التي أحتاجها

خلال الأشهر الستة الماضية، هل سبق أن اضطررت إلى عدم الحصول على الرعاية الصحية لأنه لا تتوفر لديك طريقة للوصول إليها؟ نعم لا

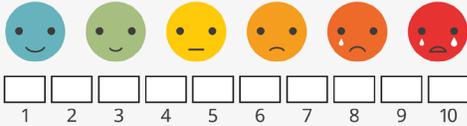
هل سقطت خلال الأشهر الستة الماضية؟ نعم لا

هل يؤذيك أي شخص في حياتك أو يهددك، أو يُخيفك، أو يجعلك تشعر بعدم الأمان؟ نعم لا أفضل عدم الإجابة

هل تستخدم أيًا مما يلي:

عكاز مشاية كرسي متحرك سرير مستشفى أكسجين ملابس داخلية واقية/فوط صحية (حفاضات البالغين) غير ذلك:

إذا كانت الإجابة "نعم"، فبيّن مستوى الألم هنا:



هل تعاني من ألم متكرر أو مستمر؟

نعم لا إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر

تاريخ بداية الألم: _____

إذا كانت الإجابة "نعم"، فما موقع الألم _____

ما وضعك المعيشي؟

لديّ مكان ثابت أعيش فيه لديّ مكان أعيش فيه اليوم، ولكنني قلق بشأن فقدانه في المستقبل ليس لديّ مكان ثابت للعيش فيه (أقيم مؤقتًا مع آخرين، أو في فندق، أو مأوى، أو أعيش في الشارع، أو على شاطئ، أو في سيارة، أو في مبنى رعاية مهجور، أو في محطة حافلات، أو في محطة قطارات، أو في حديقة، أو غير ذلك) هل أنت قلق من أن يجعلك المكان الذي تعيش فيه الآن مريضًا؟ (أي: فيه عفن، حشرات/قوارض، تسربات مياه، تدفئة غير كافية، غير ذلك) نعم لا غير ذلك:

هل تتلقّى حاليًا مساعدة عامة (قسائم الغذاء، أو توصيل الوجبات، أو برامج المساعدة في دفع فواتير الطاقة المنزلية (HEAP)، أو تغطية التأمين الدوائي لكبار السن (EPIC)، أو المساعدات الحكومية أو النقدية، ... إلخ)؟ نعم لا لا أعرف خلال العام الماضي، هل قلقك من نفاذ طعامك قبل حصولك على أموال لشراء المزيد؟ نعم لا أفضل عدم الإجابة

خلال العام الماضي، هل هددتك شركة الكهرباء، أو الغاز، أو الزيت، أو المياه بقطع الخدمة عن منزلك؟ نعم لا لا أعرف

هل تدخن السجائر، أو السجائر الإلكترونية، أو تستخدم التبغ؟ في الوقت الحالي في السابق لم أدخن مطلقًا

هل تناولت مصل الأنفلونزا الموسمية (حقن الأنفلونزا) هذا العام؟ نعم لا لا أعرف

يُرجى إدراج الأدوية التي تتناولها (أدرج الأدوية الإضافية في الصفحة الإضافية، إن وجدت):

اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:

قائمة الأدوية (متابعة - أدرج الأدوية الإضافية في الصفحة الإضافية، إن وجدت):

اسم الدواء:	الجرعة:	التكرار:

خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة كنت مهتمًا قليلاً أو سعيدًا بفعل الأشياء؟

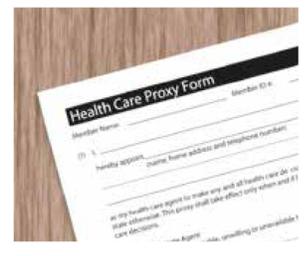
- لا على الإطلاق عدة أيام
 أكثر من نصف هذه الأيام كل يوم تقريباً
- خلال الأسبوعين الماضيين، كم مرة انهزت، أو اكتأبت، أو يئست؟
- لا على الإطلاق عدة أيام
 أكثر من نصف هذه الأيام كل يوم تقريباً



- للسيدات بعمر 50 عامًا وأصغر فقط: هل أنتِ حامل؟ نعم لا لا أعرف
- للنساء اللواتي يتراوح عمرهن بين 50 و74 عامًا فقط: هل أجريت أشعة صورة الثدي (لفحص سرطان الثدي) هذا العام أو في الماضي؟ نعم لا لا أعرف
- للأشخاص الذين يتراوح عمرهم بين 50 و75 عامًا فقط: هل أجريت الاختبارات التالية لفحص سرطان القولون؟
- تَنْظِيرُ القولون (في العشرة أعوام الماضية) تَنْظِيرُ السَّيْنِي (في الخمسة أعوام الماضية)
- اختبار براز للدم (خلال العام الماضي)

هل لديك أيًا مما يلي؟

- توجيه مُسبق/وصية حياة (مستند يفيد بنوع العلاج الطبي الذي تود الحصول عليه إذا تعذّر عليك التحدث بنفسك)
- توكيل الرعاية الصحية (شخص يمكنه اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لك، إذا ما كنت غير قادر على ذلك)



- لا، ولكن تمت مناقشة خطة الرعاية المُسبقة معي
- لا، ولم تتم مناقشة خطة الرعاية المُسبقة معي
- لا، ولكنني مهتم بمعرفة المزيد: نعم* لا
- * سنرسل إليك نموذج التوجيه المُسبق ونموذج وكيل الرعاية الصحية.

يُرجى تعبئة النموذج بالكامل وإرساله بالبريد مرة أخرى إلى العنوان التالي:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

تاريخ تعبئة النموذج: _____

الصفحة 3 من 3

عزيري عضو خطة (CHPlus Child Health Plus):

يُرجى قراءة المعلومات المهمة أدناه حول تغطيتك الصحية لرعاية الأسنان. هذه المعلومات بديلة عن تلك الموجودة في صفحة 15 من هذا الكتيب.

الخدمات التي تشملها خطة MetroPlus Health Plan

مزايا رعاية الأسنان

تؤمن خطة MetroPlus Health Plan بأن توفير رعاية للأسنان أمر مهم للرعاية الصحية عمومًا. نوفر رعاية الأسنان بموجب تعاقدا مع DentaQuest الرائدة في تقديم خدمات طب الأسنان ذات الجودة العالية. تشمل الخدمات المشمولة بالتغطية خدمات الأسنان الدورية والروتينية، مثل فحوصات الأسنان الوقائية، والتنظيف، والأشعة السينية، والحشو، وغير ذلك من الخدمات لفحص أي تغييرات أو مشكلات قد تتطلب العلاج و/أو المتابعة لك. ولست بحاجة إلى الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأولية لزيارة طبيب الأسنان!

كيفية الحصول على خدمات رعاية الأسنان:

تستعين MetroPlusHealth بشركة DentaQuest لتقديم خدمات الأسنان. يوجد لدى شركة DentaQuest أطباء مشاركون متخصصون في طب الأسنان العام، وطب أسنان الأطفال، وجراحات الفم، وأمراض اللثة، وتقويم الأسنان. اتصل بشركة DentaQuest على الرقم 1-844-284-8819 لاختيار طبيب أسنان للرعاية الأولية. يمكنك الحصول على قائمة بأطباء الأسنان المشاركين في دليل مقدمي الرعاية عبر الإنترنت على metroplus.org، أو الحصول على قائمة بالطلب من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء في MetroPlusHealth على الرقم 303-9626-1-800. يمكنك دائمًا تغيير طبيب أسنان الرعاية الأولية. اتصل بطبيب أسنان الرعاية الأولية الحالي لمعرفة ما إذا كان مشاركًا مع DentaQuest.

- إذا كنت بحاجة إلى العثور على طبيب أسنان أو تغيير طبيب أسنانك للرعاية الأولية، فيرجى الاتصال بـ DentaQuest على الرقم 1-844-284-8819 أو خطة MetroPlus Health على الرقم 303-9626-1-800. يعمل ممثلو خدمة العملاء على تقديم المساعدة إليك. يتحدث الكثير منهم بلغتك.
- أبرز بطاقة هوية العضوية للحصول على مزايا رعاية الأسنان. سوف تحصل على بطاقة هوية منفصلة لرعاية الأسنان. عندما تقوم بزيارة طبيب أسنان الرعاية الأولية، ينبغي لك أن تُظهر بطاقة الهوية الخاصة بالخطة.
- يمكنك أيضًا الذهاب إلى عيادة أسنان يديرها مركز طب أسنان أكاديمي دون إحالة. اتصل بالخط الساخن لولاية نيويورك على الرقم 800-541-2831 وسوف يرسلون إليك قائمة بها "أطباء الأسنان الأقرب إليك".



الخطة الصحية للأطفال بولاية نيويورك

MBR 12.11a

Child Health Plus

عقد المشترك

شكرًا لكم على اختياركم خطة MetroPlus Health Plan. يحتوي هذا الكتيب على عقد Child Health Plus ضمن خطة MetroPlus Health Plan بالإضافة إلى معلومات أخرى عن الخطة ذاتها لتستفيد أيًا استفادة من مزايا Child Health Plus. نرجو منك قضاء ما يكفي من الوقت لقراءة الكتيب بعناية.

عقد مشترك في برنامج CHILD HEALTH PLUS ضمن خطة METROPLUS HEALTH PLAN

الجزء الأول من هذا الكتيب عبارة عن عقد برنامج Child Health Plus ضمن خطة MetroPlus Health Plan. يمنحك العقد حق الاستفادة من المزايا المذكورة في العقد. تبدأ فترة التغطية من تاريخ السريان المذكور ببطاقة التعريف. هذا العقد ساري ما لم يُلغَ لأيٍّ من الأسباب المذكورة في العقد.

إشعار بالحق في تدارس العقد لمدة 10 أيام

لديك الحق في ردّ هذا العقد. يُرجى تدارسه بعناية. يمكنك ردّه وتطلب منا إلغاءه. يجب أن يتم تقديم طلبك كتابيًا في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ استلامك هذا العقد. سنقوم برد أي قسط دفعته. في حال ردّك هذا العقد، فلن نقدم إليك أي مزايا.

إشعار مهم:

يجب توفير جميع الخدمات التي يغطيها هذا العقد أو ترتيبها أو التصريح بها من قبل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. يجب عليك الاتصال بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك مقدمًا من أجل الحصول على المزايا، باستثناء رعاية الطوارئ الموضحة في القسم السابع، وبعض رعاية التوليد وأمراض النساء الموضحة في القسم الرابع، والرعاية البصرية والأسنان الموضحة في القسم السادس من هذا العقد.

نموذج لغة عقد المشترك في Child Health Plus 1 يناير 2023

يُعدّل هذا الملحق عقد المشترك من خلال إضافة المزايا التالية:

خدمات الرعاية المجتمعية الفعّالة. سندفع مقابل خدمات الرعاية المجتمعية الفعّالة (ACT)، وخدمات ACT للشباب البالغين، وخدمات ACT للشباب. يجب أن تتم الإحالة إلى الخدمات من قِبَل أحد الأطباء أو مُقَدِّمَي الخدمات المُرخَّصين الآخرين المختصين بفنون المعالجة، ضمن النطاق الخاص بهم بموجب قانون الولاية، من أجل الحد من الإعاقة الجسدية أو العقلية إلى أقصى حدٍّ وإعادة المستفيد إلى أفضل مستوى وظيفي ممكن له.

المستلزمات الطبية. سندفع مقابل المستلزمات الطبية، التي تم طلبها من قِبَل مُقَدِّم خدمة في علاج حالة طبية مُحدَّدة، والتي تكون عادةً استهلاكية، وغير قابلة لإعادة الاستخدام، وتستخدم مرة واحدة، ولغرض مُحدَّد، وليست لها قيمة قابلة للإنقاذ بشكل عام.

خدمات تقويم الأسنان لعدم تطابق الفكّين بسبب إعاقة جسدية حادة. سندفع مقابل خدمات تقويم الأسنان لعدم تطابق الفكّين بسبب إعاقة جسدية حادة. يجب الحصول على موافقة مسبقة لتغطية تقويم الأسنان. تتضمن الخدمات رعاية تقويم الأسنان لعدم تطابق الفكّين بسبب إعاقة جسدية حادة مميزة مرة واحدة في العمر يتم سدادها لأحد الأعضاء المؤهلين لمدة ثلاثة أعوام بحدٍّ أقصى من رعاية تقويم الأسنان النشطة، بالإضافة إلى عام واحد من استبقاء الرعاية. ولا تُعد إعادة معالجة الحالات المنتكسة من الخدمات المُغطاة. يجب أن تتم الموافقة على العلاج وأن يبدأ العلاج النشط (وضع الأجهزة وتنشيطها) قبل بلوغ العضو 19 عامًا.

خدمات الإسعاف الجوي. سندفع مقابل خدمات الإسعاف الجوي من أجل الأمراض أو الظروف المهددة للحياة أو الكارثية عندما يكون النقل السريع ضروريًا لتقليل خطر الوفاة أو تدهور حالة المريض إلى الحد الأدنى؛ أو يكون النقل البري غير مناسب للمريض؛ أو تكون المعدات الداعمة للحياة والرعاية الطبية المتقدمة أمرًا ضروريًا أثناء النقل.

النقل بين المنشآت. سندفع مقابل النقل الجوي والأرضي بين المنشآت عندما تكون هذه الخدمات عمليات نقل طارئة. وهذا يشمل الانتقال من غرفة الطوارئ إلى مركز الطب النفسي؛ والنقل من غرفة الطوارئ إلى مركز الصدمات/العناية بالقلب/الحروق؛ والنقل من غرفة الطوارئ إلى غرفة طوارئ أخرى؛ والنقل من غرفة الطوارئ إلى منشأة أخرى. ولا يكون التصريح المسبق مطلوبًا.

خدمات علاج الأطفال والأسرة ودعمهم (CFTSS). سندفع مقابل خدمات علاج الأطفال والأسرة ودعمهم (CFTSS). ربما يتم تقديم الخدمات في المجتمع الذي يعيش فيه الطفل/الشاب، و/أو يلتحق فيه بالمدرسة، و/أو يشترك في الخدمات. تشمل الخدمات على ما يلي: الخدمات المُقدّمة من قِبَل المهنيين المُرخَّصين الآخرين (OLP)، وخدمات التدخل في الأزمات، والدعم والعلاج النفسي المجتمعي (CPST)، وخدمات إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي، وخدمات دعم الأقران الأسرية، ودعم الأقران من الشباب.

خدمات أساسية محدودة ذات صلة بالصحة. خدمات أساسية محدودة ذات صلة بالصحة في منشأة صحية تابعة لوكالة كفالة تطوعية (VFCA) بموجب المادة 29-I. يجب أن تفي خدمات الرعاية الصحية والصحة السلوكية بمعايير معقولة ومقبولة للممارسات الصحية كما هي مُحدَّدة من قِبَل الولاية بالتشاور مع المؤسسات الصحية المعترف بها. تشمل الخدمات خمس خدمات أساسية محدودة ذات صلة بالصحة، وهي: تشمل الخدمات خمس خدمات أساسية محدودة ذات صلة بالصحة، وهي.

1 أبريل 2023

يُعدّل هذا الملحق عقد المشترك من خلال إضافة الميزة التالية:

خدمات إعادة التأهيل الداخلية للشباب (RRSY). سندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل الداخلية للشباب (RRSY) المُقدّمة من قِبَل أحد البرامج المُرخَّصة، أو المعتمّدة، أو المُصرَّح بها بخلاف ذلك من قِبَل مكتب خدمات ووسائل دعم مكافحة الإدمان. يجب أن تتم الإشارة إلى الخدمات وتحديدتها من الناحية الطبية في العلاج الفردي، و/أو خطة التعافي، و/أو ملاحظات التقدّم.

تحديد لمزايا عقد مشترك CHPlus

خدمات الحالات المتأخرة:

توفر خدمات الحالات المتأخرة الرعاية الملطفة والداعمة التي تركز على إدارة الألم والأعراض المتعلقة بالمرض العضال والحالات ذات الصلة. سوف ندفع مقابل الخدمات العلاجية والداعمة اللازمة طبياً والتي يتم تضمينها في حزمة المزايا للأطفال حتى سن 21 عامًا والذين يتلقون خدمات رعاية الحالات المتأخرة والذين تم اعتمادهم من قبل طبيب ليكونوا مرضى حالات متأخرة مع متوسط العمر المتوقع ستة أشهر أو أقل؛ بغض النظر عن المكان الذي يتم تقديم هذه الخدمات فيه.

سوف تغطي MetroPlusHealth الرعاية الملطفة والداعمة المقدمة إلى الطفل الذي يلبي الاحتياجات الخاصة الناشئة عن الإجهاد البدني والنفسي والروحي والضغوطات الاجتماعية والاقتصادية، وهي الاحتياجات التي تحدث خلال المراحل الأخيرة من المرض وأثناء الوفاة ومرحلة المواساة. بالإضافة إلى ذلك، يحق لأفراد الأسرة الحصول على ما يصل إلى خمس زيارات لجلسات المواساة.

القسم 2302 من قانون الرعاية الميسرة بعنوان "الرعاية المتزامنة للأطفال" يعدل المادتين 1905 (0) (1) و 2110 (أ) (23) من قانون الضمان الاجتماعي من خلال إزالة الحظر الذي يفرض على الأطفال المؤهلين لبرنامج Children's Health Insurance Program (CHIP) التخلي عن تلقي العلاج الشفائي لمرض عضال عند اختيار ميزة رعاية الحالات المتأخرة. يتطلب الحكم الجديد أن تجعل الولايات خدمات رعاية الحالات المتأخرة متاحة للأطفال دون التخلي عن أي خدمة أخرى يحق للطفل الحصول عليها بموجب CHIP لعلاج المرض العضال.

يجب أن تكون برامج رعاية الحالات المتأخرة معتمدة بموجب المادة 40 من قانون الصحة العامة لولاية نيويورك. يجب تقديم جميع الخدمات من قبل موظفين مؤهلين ومتطوعين في برنامج رعاية الحالات المتأخرة أو بواسطة موظفين مؤهلين من خلال الترتيبات التعاقدية إلى الحد الذي تسمح به المتطلبات الفيدرالية والمتطلبات الخاصة بالولاية.

اضطراب طيف التوحد. سنوفر تغطية للخدمات التالية عندما يتم وصف هذه الخدمات أو طلبها من قبل طبيب مشارك مرخص من الشبكة أو طبيب نفساني مرخص ونقرر من قبلنا أنها ضرورية من الناحية الطبية لفحص اضطراب طيف التوحد وتشخيصه وعلاجه. لأغراض هذا [القسم]، يُقصد بمصطلح "اضطراب طيف التوحد" أي اضطراب تطوري واسع الانتشار تم تحديده في أحدث إصدار من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في وقت تقديم الخدمات، بما في ذلك اضطراب ذاتوي، واضطراب أسبرجر، واضطراب ريت، واضطراب الطفولة التحلي، واضطراب نمائي شامل غير محدد خلاف ذلك (PDD-NOS).

1. الفحص والتشخيص. سنوفر تغطية للتقييمات والاختبارات لتحديد ما إذا كان شخص ما يعاني من اضطراب طيف التوحد.

2. أجهزة الاتصال المساعدة. سنوفر تغطية لتقييم رسمي من أخصائي علم أمراض النطق - لتحديد الحاجة إلى جهاز اتصال مساعد. استنادًا إلى التقييم الرسمي، سنوفر تغطية لاستئجار أو شراء أجهزة اتصال مساعدة عند طلبها أو وصفها من قبل طبيب مرخص أو طبيب نفساني مرخص للأعضاء غير القادرين على التواصل من خلال الوسائل العادية (أي التحدث أو الكتابة) عندما يشير التقييم إلى أن جهاز الاتصال المساعد من المرجح أن يوفر تواصلًا محسنًا للعضو. تتضمن أمثلة أجهزة الاتصال المساعدة لوحات الاتصال وأجهزة توليد الكلام. تغطيتنا مقصورة على الأجهزة المخصصة، حيث سنغطي فقط الأجهزة التي تكون مفيدة بشكل عام لأي شخص لديه ضعف في التواصل. سنحدد ما إذا كان ينبغي شراء الجهاز أو استئجاره. لن نغطي عناصر، على سبيل المثال لا الحصر، أجهزة الكمبيوتر المحمولة أو أجهزة الكمبيوتر المكتبية أو أجهزة الكمبيوتر اللوحية. ومع ذلك، سنغطي البرامج و/أو التطبيقات التي تمكن أجهزة الكمبيوتر المحمولة أو أجهزة الكمبيوتر المكتبية أو أجهزة الكمبيوتر اللوحية من العمل كجهاز لتوليد الكلام. لا يتم سداد تكاليف تثبيت البرنامج و/أو الدعم الفني بشكل منفصل. تتم تغطية إصلاح هذه الأجهزة واستبدالها عند الضرورة بسبب الاستعمال العادي. لا تتم تغطية عمليات الإصلاح والاستبدال التي تكون ضرورية بسبب التلف أو الضرر الناجم عن سوء الاستخدام أو سوء المعاملة أو السرقة، ومع ذلك، سنغطي عملية استبدال أو إصلاح واحدة لكل نوع جهاز يكون ضروريًا بسبب مشكلات سلوكية. سيتم توفير التغطية للجهاز الأنسب للمستوى الوظيفي الحالي للعضو. لا توجد تغطية للتكلفة الإضافية للمعدات أو الملحقات غير الضرورية طيبًا. لن نوفر تغطية لرسوم التوصيل أو الخدمة أو الصيانة الروتينية. يجب الحصول على موافقة مسبقة لأجهزة الاتصال المساعدة. راجع إجراءات الموافقة المسبقة في العقد الخاص بك.

3. المعالجة الصحية السلوكية. سنوفر تغطية لبرامج الاستشارة والعلاج الضرورية لتطوير أداء الفرد أو الحفاظ عليه أو استعادته، إلى أقصى حد ممكن عمليًا. سوف نقدم هذه التغطية عندما يتم توفيرها من قبل مقدم رعاية مرخص. سنوفر تغطية لتحليل السلوك التطبيقي عندما يقدمه محلل سلوك معتمد وفقًا لمجلس اعتماد محلل السلوك أو فرد يشرف عليه محلل سلوك معتمد ويخضع لمعايير في اللوائح الصادرة عن إدارة خدمات الشؤون المالية في نيويورك بالتشاور مع إدارتي الصحة والتعليم في نيويورك. يُقصد بمصطلح "تحليل السلوك التطبيقي" تصميم وتنفيذ وتقييم التعديلات البيئية، باستخدام المحفزات والعواقب السلوكية لإنتاج تحسن مهم اجتماعيًا في السلوك البشري، بما في ذلك استخدام الملاحظة المباشرة والقياس والتحليل الوظيفي للعلاقة بين البيئة والسلوك. يجب أن يصف برنامج العلاج أهدافًا قابلة للقياس تعالج الحالة والاعتلال الوظيفي الذي سيتم تطبيق التدخل من أجله ويشمل أهدافًا من التقييم الأولي والتقييمات المؤقتة اللاحقة على مدى مدة التدخل بشروط موضوعية وقابلة للقياس. تقتصر تغطيتنا لخدمات تحليل السلوك التطبيقي على 680 ساعة لكل عضو في كل سنة ميلادية.

4. الرعاية النفسية والعقلية سنوفر تغطية للخدمات المباشرة أو الاستشارية التي يقدمها طبيب نفسي أو أخصائي نفسي أو عامل اجتماعي سريري مرخص في الولاية التي يعمل بها.

5. الرعاية العلاجية. سنوفر تغطية للخدمات العلاجية اللازمة لتطوير أو الحفاظ على أو استعادة، إلى أقصى حد ممكن عمليًا، أداء الفرد عندما يتم تقديم هذه الخدمات من قبل معالجين متخصصين أو مرخصين في النطق ومعالجين مهنيين واختصاصيين علاج طبيعى وأخصائيين اجتماعيين لعلاج اضطراب طيف التوحد وعندما تكون الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات هؤلاء مشمولة بخلاف ذلك بموجب هذا العقد. باستثناء ما يحظره القانون بخلاف ذلك، يجب تضمين الخدمات المقدمة بموجب هذه الفقرة في أي حد أقصى للزيارة الإجمالية ينطبق على خدمات هؤلاء المعالجين أو

الأخصائيين الاجتماعيين بموجب هذا العقد.

6. الرعاية الصيدلانية. سنوفر تغطية للأدوية التي تستلزم وصفة طبية لعلاج اضطراب طيف التوحد التي يصفها مقدم رعاية مرخص له قانونًا وصفها بموجب المادة الثامنة من قانون التعليم. تخضع تغطيتنا لهذه الأدوية الموصوفة لجميع الشروط والأحكام والقيود التي تنطبق على مزايا الأدوية التي تستلزم وصفة طبية بموجب عقدك. لن نقدم تغطية لأي خدمات أو علاج مذكور أعلاه عندما يتم تقديم هذه الخدمات أو العلاج وفقًا لخطة تعليمية فردية بموجب قانون التعليم.

ملحق أجهزة وأدوات الفغر لخطة CHPlus

تاريخ السريان: 1 مايو 2015

سوف ندفع مقابل أجهزة وأدوات الفغر الموصوفة من مقدم رعاية صحية مرخص له قانونًا وصفها بموجب المادة الثامنة من قانون التعليم.

جدول المحتويات

عقد المشترك

الجزء الأول	
القسم 1	مقدمة.....
القسم 2	من تشملهم التغطية.....
القسم 3	مزايا المستشفى.....
القسم 4	الخدمات الطبية.....
القسم 5	رعاية الطوارئ.....
القسم 6	خدمات الصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات.....
القسم 7	خدمات أخرى مشمولة بالتغطية.....
القسم 8	معلومات إضافية حول طريقة عمل الخطة.....
القسم 9	القيود والاستثناءات.....
القسم 10	أقسام هذا العقد.....
القسم 11	إنهاء التغطية.....
القسم 12	الإجراءات والشكاوى.....
القسم 13	أحكام عامة.....

معلومات عن METROPLUSHEALTH والخدمات الخاصة

الجزء الثاني

A	حول خطة MetroPlus الصحية.....
B	بدء التعامل مع MetroPlusHealth.....
C	مسؤوليات الأعضاء.....
D	الطوارئ والرعاية العاجلة.....
E	الحصول على الرعاية في المواقع الخاصة.....
F	مراجعة الانتفاع.....
G	الحصول على المساعدة من خدمات الأعضاء.....
H	مساعدة الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية والذين يعانون من ضعف في السمع أو الرؤية.....
I	منع الاحتيال.....
J	مكتب السلوك الطبي المهني.....
K	مساهمات الأعضاء في سياسات وإجراءات الخطة.....
L	طرق الدفع لمقدم الخدمة.....
M	معلومات أخرى متاحة لك عند الطلب.....
N	ميثاق حقوق أعضاء MetroPlusHealth الخاص بك.....
O	أرقام الهواتف المهمة.....

الجزء الأول

عقد المشترك

القسم الأول - مقدمة

1. **Child Health Plus Program**. يتم إصدار هذا العقد وفقاً لبرنامج خاص لوزارة الصحة بولاية نيويورك (DOH) مصمم لتوفير تغطية تأمين صحي مدعومة للأطفال غير المؤمن عليهم في ولاية نيويورك. سوف تقوم خطة MetroPlus Health Plan بتسجيلك في برنامج Child Health Plus إذا كنت تقي بمتطلبات الأهلية التي وضعتها ولاية نيويورك، ويحق لك الحصول على خدمات الرعاية الصحية الموضحة في هذا العقد. يجب عليك أنت و/أو الشخص البالغ المسؤول عنك، كما هو مدرج في الطلب، إبلاغنا بأي تغيير في الحالة، مثل الإقامة أو الدخل أو أي تأمين صحي آخر، قد يجعلك غير مؤهل للمشاركة في Child Health Plus في غضون 60 يوماً من ذلك التغيير.

2. **الرعاية الصحية التي توفرها منظمة للمحافظة على الصحة**. يوفر هذا العقد تغطية من خلال MetroPlus Health Plan، وهي منظمة للمحافظة على الصحة (HMO). في HMO، يجب أن تكون جميع أنواع الرعاية ضرورية من الناحية الطبية وأن يتم توفيرها أو ترتيبها أو ترخيصها مسبقاً من قبل مقدم الرعاية الأولية (PCP). باستثناء خدمات الطوارئ، وبعض خدمات التوليد وأمراض النساء، والرعاية البصرية، والعناية بالأسنان، لا توجد تغطية للرعاية التي تتلقاها دون موافقة مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. بالإضافة إلى ذلك، يتم توفير التغطية فقط للرعاية التي يقدمها مقدم رعاية مشارك، باستثناء حالات الطوارئ أو عندما يحيلك مقدم الرعاية الأولية الخاص بك إلى مقدم رعاية غير مشارك بموافقة MetroPlusHealth.

اختيار مقدم الرعاية الأولية. أنت مسؤول عن اختيار مقدم رعاية أولية من قائمة خطة MetroPlus Health Plan الخاصة بمقدمي الرعاية الأولية عند التسجيل في هذه التغطية. تتضمن القائمة رقم هاتف للاتصال به لمعرفة ما إذا كان مقدم الرعاية يقبل مرضى جددًا. يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك عن طريق الاتصال بخدمات أعضاء MetroPlusHealth على الرقم المجاني 1-800-303-9626. يشار إلى مقدم الرعاية الأولية الذي اخترته باسم "مقدم الرعاية الأولية الخاص بك" خلال هذا العقد.

3. **مصطلحات خاصة بنا**. يُشار إلى MetroPlus Health Plan في كل أجزاء هذا العقد باسم "نحن" أو "إيانا" أو "نا". تشير الكلمات "أنت" أو "لك" إليك، أي الطفل الذي صدر له هذا العقد والمحدد اسمه في بطاقة التعريف.

4. **التعريفات**. تنطبق التعريفات التالية على هذا العقد:

A. **العقد** يعني هذا المستند. هو بمنزلة الاتفاقية القانونية بينك وبيننا. احتفظ بهذا العقد مع أوراقك المهمة حتى يكون متاحاً للرجوع إليه.

B. **حالة الطوارئ** تعني حالة طبية أو سلوكية، تكون بدايتها مفاجئة، والتي تظهر على هيئة أعراض شديدة كفاية، بما في ذلك الألم الشديد، من شخص عادي حكيم، يمتلك معرفة متوسطة بالطب والصحة، يمكن أن يتوقع بشكل معقول أن يؤدي عدم وجود عناية طبية فورية إلى (أ) تعريض صحة الشخص المصاب بهذه الحالة لخطر جسيم، أو في حال وجود حالة سلوكية تعرض صحة ذلك الشخص أو غيره لخطر جسيم، أو (ب) إعاقة خطيرة لوظائفه الجسدية، أو (ج) خلل وظيفي خطير في أي عضو أو جزء من هذا الشخص، أو (د) تشوهات خطيرة لمثل هذا الشخص.

C. **خدمات الطوارئ** تعني خدمات الأطباء وخدمات الرعاية الخارجية في المستشفى اللازمتين لعلاج حالة الطوارئ.

D. **المستشفى** يعني مستشفى لرعاية قصيرة الأجل ومخصص للحالات الخطيرة والذي:

- يضطلع في المقام الأول بتوفير خدمات للمرضى الداخليين تتعلق بالتشخيص والخدمات العلاجية ورعاية الأشخاص المصابين أو المرضى من خلال أو تحت الإشراف المستمر للأطباء،
- وينظم أقسام الطب والجراحة الكبرى،
- ويشترط أن يكون كل مريض تحت رعاية طبيب أو مقدم رعاية أسنان،
- يقدم خدمة تريض على مدار 24 ساعة من قبل أو تحت إشراف ممرضة مهنية مسجلة (R.N.)،
- وإذا كان المستشفى يقع في ولاية نيويورك، فليده بالفعل خطة مراجعة الاستشفاء تنطبق على جميع المرضى والتي تفي على الأقل بالمعايير المنصوص عليها في القسم 1861 (k) من القانون العام للولايات المتحدة 97-89 [USCA 1395x [k 42)]،
- ومرخصة حسب الأصول من قبل الوكالة المسؤولة عن ترخيص هذه المستشفيات،
- ولا يعد المستشفى، باستثناء الحالات العرضية، مكاناً للراحة، أو لعلاج السل، أو مخصصاً للمسنين، أو مكاناً لمدمني المخدرات، أو مدمني الكحول، أو مكاناً للنقاهاة، أو الاحتجاز، أو التعليم، أو الرعاية التأهيلية.

E. **اللازمة طبيًا تعني الخدمات والتجهيزات اللازمة لمنع الأمراض أو تشخيصها أو تقديم العلاج لها أو علاجها لدى الأشخاص الذين تسبب لهم معاناة حادة أو تهدد حياتهم أو تؤدي إلى المرض والعجز أو تتداخل مع قدرة الشخص على نشاطه المعتاد أو تشكل إعاقة كبيرة له. يجب أن تكون هذه الخدمات: (1) تتفق مع أعراض أو تشخيص وعلاج حالة العضو أو مرضه أو علته أو إصابته و(2) مناسبة فيما يتعلق بمعايير الممارسة الطبية الجيدة على النحو المعترف به والمقبول من قبل المجتمع الطبي و(3) ليست فقط من أجل راحة الأعضاء أو مقدم الرعاية إليه أو المتعاقد أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية و(4) في حالة خدمات المستشفى الداخلية، تعني "اللازمة طبيًا" أيضًا أنه لم يتم تقديم الرعاية الآمنة والكافية بشكل مناسب في العيادة الخارجية أو في حالة العلاج الأقل كثافة.**

F. **المستشفى المشارك يعني المستشفى المرخص له بموجب اتفاقية معنا لتقديم الخدمات المغطاة إلى أعضائنا.**

G. **الصيدلية المشاركة تعني الصيدلية المرخص لها بموجب اتفاقية معنا لتقديم الخدمات المغطاة إلى أعضائنا.**

H. **الطبيب المشارك يعني الطبيب المرخص له بموجب اتفاقية معنا لتقديم الخدمات المغطاة إلى أعضائنا.**

I. **مقدم الرعاية المشارك يعني أي طبيب مشارك، أو مقدم رعاية أسنان، أو ممارس رعاية صحية مرخص آخر، أو مستشفى، أو وكالة رعاية صحية منزلية، أو مختبر، أو صيدلية، أو أي كيان آخر مرخص له بموجب اتفاقية معنا لتقديم خدمات مغطاة إلى أعضائنا.**

J. **مقدم الرعاية غير المشارك يعني مقدم الرعاية غير المرخص له بموجب اتفاقية معنا لتقديم الخدمات المغطاة إلى أعضائنا. لن ندفع مقابل الخدمات الصحية من مقدم رعاية غير مشارك إلا في حالات الطوارئ أو عندما يحولك مقدم الرعاية الأولية الخاص بك إلى مقدم الرعاية غير المشارك هذا بعد موافقتنا.**

K. **قسط يعني الأموال المدفوعة لتغطية التأمين الصحي. ستدفع ولاية نيويورك كامل قسطك أو**

جزءاً منه. وقد تضطر أنت إلى المساهمة بجزء من الدفعة، حسب دخلك. (راجع القسم 9 للمزيد من المعلومات).

L. مقدم الرعاية الأولية ("PCP") يعني مقدم الرعاية المشارك (الطبيب أو الممرض الممارس) الذي تختاره عند التسجيل، أو تم تحويلك إليه بعد ذلك وفقاً لقواعدنا، والذي يوفر أو يرتب لجميع خدمات رعايتك الصحية المغطاة.

M. منطقة الخدمة تعني المقاطعات التالية: مانهاتن وبرونكس وكوينز وبروكلين. يجب أن تكون مقيماً في منطقة الخدمة لتتم تغطية رعايتك بموجب هذا العقد.

القسم الثاني - من تشملهم التغطية

1. من تشملهم التغطية بموجب هذا العقد. أنت مشمول بموجب هذا العقد إذا استوفيت جميع المتطلبات التالية:

- كان عمرك أقل من 19 عاماً.
- ليست لديك تغطية رعاية صحية أخرى.
- أنت غير مؤهل للحصول على برنامج Medicaid.
- أنت مقيم دائم في ولاية نيويورك ومقيم في منطقة خدمتنا.

2. إعادة التصديق. سنراجع طلبك للحصول على التغطية لتحديد ما إذا كنت تفي بمتطلبات الأهلية الخاصة بخطة Child Health Plus. تجب عليك إعادة تقديم طلب إلينا بشكل دوري حتى تتمكن من تحديد ما إذا كنت لا تزال تفي بمتطلبات الأهلية. وتسمى هذه العملية "إعادة التصديق". إذا كنا نغطي حالياً أكثر من طفل في أسرتك، فإن تاريخ إعادة التصديق لجميع الأطفال في عائلتك الذين نغطيهم هو الشهر المخصص للطفل الذي حصل على أقرب تاريخ لإعادة التصديق في أو بعد **1 أكتوبر 2000**. تجب عليك إعادة التصديق مرة واحدة كل عام ما لم يتقدم طفل آخر في أسرتك للحصول على التغطية معنا، فحينها عليك إعادة تصديق جميع الأطفال عندما يتقدم هذا الطفل للحصول على التغطية. بعد ذلك، ستم إعادة تصديق جميع أطفال عائلتك الذين نغطيهم كل عام في نفس التاريخ.

3. تغيير الظروف. يجب عليك إخطارنا بأي تغييرات تطرأ على دخلك أو إقامتك أو تغطية الرعاية الصحية التي قد تجعلك غير مؤهل لهذا العقد. يجب أن ترسل إلينا هذا الإشعار في غضون ستين (60) يوماً من التغيير. إذا تعذر عليك إخطارنا بتغيير الظروف، فقد يُطلب منك ردّ أي قسط تم دفعه إليك.

القسم الثالث - مزايا المستشفى

1. الرعاية داخل مستشفى. أنت مشمول بالرعاية "اللازمة طبيًا" بصفتك مريضًا داخليًا في المستشفى إذا تم استيفاء جميع الشروط التالية:

- A. يجب أن يكون المستشفى مقدمًا للرعاية مشاركًا إلا إذا تم إدخالك إلى مستشفى غير مشارك لخدمات الطوارئ أو قام مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بترتيب الدخول إلى مستشفى غير مشارك بتفويض مسبق من MetroPlusHealth.
- B. يجب أن يتم السماح بدخولك المستشفى مسبقًا من قبل MetroPlusHealth، باستثناء خدمات الطوارئ.
- C. لا بد من تسجيلك كمريض داخلي بالمستشفى من أجل العلاج المناسب لمرض أو إصابة أو حالة لا يمكن علاجها في العيادة الخارجية.

2. الخدمات الداخلية المشمولة. تشمل خدمات المرضى الداخليين المغطاة بموجب هذا العقد ما يلي:

- A. السرير والطعام يوميًا، بما في ذلك النظام الغذائي الخاص والعلاج الغذائي،
- B. وخدمة تمريض الرعاية العامة والمتخصصة والدرجة، ولكن ليس خدمة التمريض الخاصة،
- C. والمرافق والخدمات واللوازم والمعدات المتعلقة بالعمليات الجراحية ومرافق التعافي والتخدير ومرافق العناية المركزة أو المتخصصة،
- D. والأكسجين وغيره من الخدمات واللوازم العلاجية للاستنشاق،
- E. والأدوية والعقاقير غير التجريبية،
- F. والأمصال والمستحضرات البيولوجية واللقاحات والمستحضرات الوريدية والضمادات والجبانر ومواد الدراسات التشخيصية،
- G. ومشتقات الدم، إلا في حالة توفر المشاركة في برنامج تطوعي لإعاضة الدم،
- H. والمرافق والخدمات واللوازم والمعدات المتعلقة بالدراسات التشخيصية ومراقبة الوظائف الفسيولوجية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الدراسات والفحوصات المختبرية، وعلم الأمراض، وتخطيط القلب، والتنظير الداخلي، والأشعة، والتخطيط الكهربائي للدماغ،
- I. والمرافق والخدمات واللوازم المتعلقة بطب العلاج الطبيعي والعلاج المهني وإعادة التأهيل المهني،
- J. والمرافق والخدمات واللوازم والمعدات المتعلقة بالمعالجة الإشعاعية والنووية،
- K. والمرافق والخدمات واللوازم والمعدات المتعلقة بالرعاية الطبية الطارئة،
- L. والعلاج الكيميائي،
- M. والعلاج الإشعاعي،
- N. أي خدمات ولوازم ومعدات طبية أو جراحية أو ذات صلة إضافية يتم توفيرها عادةً من قبل المستشفى، باستثناء الحد الذي يتم استثنائه بموجب هذا العقد.

3. رعاية الأمومة. بخلاف مضاعفات الفترة المحيطة بالولادة، سندفع تكاليف رعاية المرضى الداخليين في المستشفى لمدة 48 ساعة على الأقل بعد الولادة لأي نوع ولادة غير العملية القيصرية. سندفع تكاليف رعاية المرضى الداخليين في المستشفى لمدة 96 ساعة على الأقل بعد العملية القيصرية. تشمل تغطية رعاية الأمومة تنقيف الوالدين ومساعدتهم وتدريبهم على الرضاعة الطبيعية أو الصناعية وإجراء التقييمات السريرية اللازمة للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

لديك خيار الخروج من المستشفى قبل 48 ساعة (96 ساعة للعملية القيصرية). في حال اختيار الخروج المبكر، سوف ندفع مقابل زيارة رعاية منزلية واحدة إذا طلبت منا ذلك في غضون 48 ساعة من الولادة (96 ساعة للولادة القيصرية). سيتم إجراء زيارة الرعاية المنزلية في غضون 24 ساعة بعد خروجك من المستشفى أو طلبك الرعاية المنزلية. ستكون زيارة الرعاية المنزلية بالإضافة إلى زيارات الرعاية المنزلية مشمولة في القسم السادس من هذا العقد.

4. خدمات الصحة النفسية ومعالجة إدمان الكحول والمواد المخدرة للمرضى الداخليين. خدمات الصحة النفسية ومعالجة إدمان الكحول والمواد المخدرة، سندفع مقابل خدمات المرضى الداخليين المغطاة المقدمة في: والمستشفيات، والمرافق التي يديرها مكتب الصحة النفسية بموجب القسم 7.17 من قانون الصحة النفسية، والمرافق التي أصدرت لها شهادة تشغيل طبقاً للمادة 23 أو المادة 31 من قانون الصحة النفسية. باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن يكون مقدم الرعاية مشاركاً ما لم يسمح بالدخول إلى مقدم رعاية غير مشارك.

5. القيود والاستثناءات

A. لن نقدم أي مزايا لأي يوم تكون فيه خارج المستشفى، حتى لجزء من اليوم. لن نقدم مزايا لأي يوم لم تكن فيه رعاية المرضى الداخليين "لازمة طبيياً".

B. تُدفع المزايا بالكامل للغرفة شبه الخاصة. إذا كنت في غرفة خاصة، يجب أن تدفع الفرق بين تكلفة الغرفة الخاصة والغرفة شبه الخاصة ما لم تكن الغرفة الخاصة ضرورية من الناحية الطبية ويطلبها طبيبك.

C. لن ندفع مقابل العناصر غير الطبية مثل تأجير التلفزيون أو رسوم الهاتف.

القسم الرابع - الخدمات الطبية

1. مقدم الرعاية الأولية الخاص بك هو المنوط بتوفير جميع الخدمات الطبية وترتيبها والتصريح بها. باستثناء خدمات الطوارئ أو بعض خدمات التوليد وأمراض النساء، أنت مشمول بالخدمات الطبية المدرجة أدناه فقط إذا كان مقدم الرعاية الأولية الخاص بك يوفر الخدمات أو يرتبها أو يصرح بها. يحق لك الحصول على الخدمات الطبية المقدمة في أحد المواقع التالية:

- عيادة مقدم الرعاية الأولية.
- عيادة مقدم رعاية آخر أو مرفق آخر إذا قرر مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أن الرعاية من مقدم الرعاية هذا أو المرفق مناسبة لعلاج حالتك.
- قسم العيادات الخارجية بالمستشفى.
- بصفتك مريضاً في المستشفى، يحق لك الحصول على الخدمات الطبية والجراحية والتخدير. يجب أن تسمح MetroPlusHealth مسبقاً بجميع حالات دخول المستشفى غير الطارئة.

2. الخدمات الطبية المغطاة. سوف ندفع مقابل الخدمات الطبية التالية:

A. الرعاية الطبية العامة والمتخصصة، بما في ذلك الاستشارات.

B. خدمات الصحة الوقائية والفحوصات البدنية. سندفع مقابل خدمات الصحة الوقائية بما في ذلك:

- زيارات تفقد صحة الأطفال وفقاً لجدول الزيارات الذي وضعته الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال،
- والتثقيف والاستشارات التغذوية،
- واختبار السمع،
- والخدمات الاجتماعية الطبية،
- وفحص العين،
- والتطعيمات الروتينية وفقاً لتلك التي أوصت بها اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين،
- واختبار التوبركولين،
- وفحص الأسنان والنمو،
- والمختبرات السريرية والفحوصات الإشعاعية،
- وفحص الرصاص في الدم،

.C **تشخيص وعلاج المرض أو الإصابة أو حالات أخرى.** سندفع مقابل تشخيص وعلاج المرض أو الإصابة بما في ذلك:

- جراحة العيادات الخارجية التي يتم إجراؤها في عيادة مقدم الرعاية أو في مركز الجراحة المتنقلة، بما في ذلك خدمات التخدير،
- والعناية بالأسنان فيما يتعلق بالإصابة العرضية حتى تبدو الأسنان طبيعية خلال اثني عشر شهراً من وقوع الحادث،
- والفحوصات المخبرية والأشعة السينية وإجراءات التشخيص الأخرى،
- وغسيل الكلى،
- والعلاج الإشعاعي،
- والعلاج الكيميائي،
- والحقن والأدوية التي يتم إعطاؤها في عيادة الطبيب،
- والآراء الجراحية الثانية من أخصائي معتمد من مجلس الأطباء الأمريكي،
- واختبار قياس السمع "اللازمة طبيًا".

.D **العلاج الطبيعي والعلاج المهني.** سندفع مقابل خدمات العلاج الطبيعي والعلاج المهني قصيرة الأجل. يجب أن تكون المُعالجة احترافية. قصيرة الأجل تعني عدم تجاوز أربعين (40) زيارة خلال سنة تقويمية واحدة.

.E **العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي والغسيل الكلوي.** سندفع مقابل العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي، بما في ذلك الحقن والأدوية المقدمة في وقت العلاج. سندفع مقابل خدمات غسيل الكلى في منزلك أو في مرفق صحي، أيهما نراه مناسباً.

F. زيارات العيادات الخارجية لعلاج حالات الصحة النفسية وعلاج إدمان الكحول وإدمان المخدرات.

سوف ندفع تكاليف زيارات العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج حالات الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات. تتم تغطية الخدمات اللازمة طبياً، دون قيود على عدد الزيارات. تشمل الزيارات العلاج الأسري من إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات أو الصحة النفسية أو كل ما سبق طالما أن هذا العلاج يرتبط ارتباطاً مباشراً بعلاج إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات أو الصحة النفسية أو كل ما سبق للطفل المسجل.

G. خدمات التوليد وأمراض النساء بما في ذلك الرعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة وما بعد الولادة مشمولة في

ما يتعلق بالحمل. لا تحتاجين إلى تصريح مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للرعاية المتعلقة بالحمل إذا طلبت الرعاية من مقدم رعاية مشارك مؤهل لخدمات التوليد وأمراض النساء. قد تتلقين أيضاً الخدمات التالية من مقدم رعاية مشارك مؤهل لخدمات التوليد وأمراض النساء دون إذن من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك:

- ما يصل إلى فحصين سنويين للرعاية الأولية والوقائية في اختصاص التوليد وأمراض النساء،
- الرعاية المطلوبة نتيجة الفحوصات السنوية أو نتيجة لحالة أمراض النساء الحادة.

H. فحص سرطان عنق الرحم. إذا كنتِ أنثى تبلغ من العمر ثمانية عشر عاماً أو أصغر وتمارسين الجنس، فسوف

ندفع مقابل الفحص السنوي لسرطان عنق الرحم، وفحص الحوض السنوي، ومسحة عنق الرحم، وتقييم مسحة عنق الرحم. سندفع أيضاً مقابل فحص الأمراض المنقولة جنسياً.

I. علاج النطق. سندفع مقابل خدمات علاج النطق المطلوبة لحالة قابلة للتحسين السريري الكبير في غضون

شهرين، بدءاً من اليوم الأول من العلاج، عندما يقوم بها اختصاصي السمع أو اختصاصي أمراض اللغة أو معالج النطق أو أخصائي أنف وأذن وحنجرة أو كل ما سبق معاً.

القسم الخامس - رعاية الطوارئ

1. **زيارات غرفة الطوارئ بالمستشفى.** سندفع مقابل خدمات الطوارئ المقدمة في غرفة الطوارئ بالمستشفى. يمكنك الذهاب مباشرة إلى أي غرفة طوارئ لطلب الرعاية. ليس عليك الاتصال بمقدم الرعاية الأولية أولاً. لا تستلزم رعاية الطوارئ موافقتنا المسبقة.
 2. **توصي MetroPlusHealth أنه في حال ذهابك إلى غرفة الطوارئ،** تقوم أنت أو أي شخص ينوب عنك بإخطار قسم إدارة الانتفاع لدى MetroPlusHealth بحلول يوم العمل التالي أو في أقرب وقت ممكن بشكل معقول. اتصل برقم الهاتف المجاني لإدارة الانتفاع لإخطارنا بالأمر على الرقم: **1-800-303-9629**.
 3. **إذ لم تكن خدمات غرفة الطوارئ المقدمة،** حسب تقديرنا نحن فقط، في علاج حالة طوارئ على النحو المحدد في القسم الأول، الصفحة 4، فلن تتم تغطية زيارة غرفة الطوارئ.
 2. **دخول المستشفى للطوارئ.** إذا دخلت المستشفى أنت أو أي شخص ينوب عنك فلا بد من إخطار قسم إدارة الانتفاع لدى MetroPlusHealth بحلول يوم العمل التالي أو في أقرب وقت ممكن بشكل معقول. إذا تم إدخالك إلى مستشفى غير مشارك، فقد نطلب نقلك إلى مستشفى مشارك بمجرد أن تسمح حالتك بذلك.
 3. **خدمات الإسعاف.** سندفع مقابل الخدمات الطبية الطارئة قبل دخول المستشفى، بما في ذلك التقييم الفوري أو العلاج لحالة الطوارئ أو النقل غير الجوي إلى المستشفى أو كل ما سبق معاً، والتي تقدمها خدمة الإسعاف الحاصلة على اعتماد للعمل وفقاً للقسم 3005 من قانون الصحة العامة.
- لا تحتاج إلى موافقتنا المسبقة للحصول على خدمات الإسعاف لحالة الطوارئ على النحو المحدد بموجب معيار الشخص العادي الحكيم المنصوص عليه في القسم الأول، الصفحة 2. إذا كانت الخدمات الطبية الطارئة قبل دخول المستشفى، بما في ذلك التقييم أو العلاج أو النقل غير الجوي إلى المستشفى أو كل ما سبق معاً، ضرورية بموجب معيار الشخص العادي الحكيم، فستتم تغطيتها. لن تتم تغطية خدمات الإسعاف المقدمة في حال عدم وجود حالة طارئة.

القسم السادس - خدمات الصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات

1. خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين واضطراب تعاطي المخدرات لا توجد قيود على خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين، وإزالة السموم وإعادة تأهيل المرضى الداخليين طالما أن مرفق العلاج يعمل بموجب لوائح الولاية.

سندفع مقابل خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين وخدمات اضطرابات تعاطي المخدرات عند تقديم هذه الخدمات في منشأة ينطبق عليها التالي:

- تتم إدارتها من مكتب الصحة النفسية بموجب القسم 7.17 من قانون الصحة النفسية،
- أو المرافق التي أصدرت لها شهادة تشغيل طبقاً للمادة 23 أو المادة 31 من قانون الصحة النفسية.
- أو مستشفى عام على النحو المحدد في المادة 28 من قانون الصحة العامة.

زيارات العيادات الخارجية لعلاج حالات الصحة النفسية وعلاج اضطراب تعاطي المخدرات سوف ندفع تكاليف زيارات العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج حالات الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات. سوف ندفع أيضاً تكاليف زيارات العيادات الخارجية لأفراد أسرتك إذا كانت هذه الزيارات مرتبطة بصحتك النفسية أو علاج اضطراب تعاطي المخدرات.

القسم الثامن - خدمات أخرى مشمولة بالتغطية

1. أجهزة مرضى السكري ومستلزماتهم. سوف ندفع مقابل المعدات واللوازم التالية لعلاج مرض السكري والتي تكون "لازمة طبيياً" والتي تم وصفها أو التوصية بها من قبل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو أي مقدم مشارك آخر مرخص له قانوناً وصفها بموجب المادة 8 من قانون التعليم لولاية نيويورك:

- أجهزة قياس نسبة السكر في الدم،
- وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم للمكفوفين رسمياً،
- وأنظمة إدارة البيانات،
- وشرائط اختبار لأجهزة القياس والقراءة المرئية،
- وشرائط اختبار البول،
- وأجهزة الحقن،
- وخرطيش للمكفوفين رسمياً،
- وأنسولين،
- ومحاقن،
- ومضخات الأنسولين وملحقاتها،
- وأجهزة ضخ الأنسولين،
- وأدوية عن طريق الفم،
- ومعدات ولوازم إضافية يحددها مفوض الصحة حسب الاقتضاء لعلاج مرض السكري.

2. **التثقيف بشأن الإدارة الذاتية لمرض السكري.** سندفع مقابل التثقيف بشأن الإدارة الذاتية لمرض السكري الذي يقدمه مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو مقدم مشارك آخر. سيتم توفير عملية التثقيف عند تشخيص مرض السكري، أو حدوث تغيير كبير في حالتك، أو ظهور حالة تجعل التغييرات في الإدارة الذاتية ضرورية أو عندما تكون إعادة التثقيف "لازمة طبيًا" على النحو الذي نحدده. سندفع أيضًا مقابل الزيارات المنزلية إذا كانت "لازمة طبيًا".

3. **المعدات الطبية المُعمّرة.**

A. **نطاق التغطية.** سندفع مقابل الأجهزة واللوازم التي طلبها مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو مقدم مشارك آخر لعلاج حالة طبية معينة والتي:

- يمكن أن تتحمل الاستخدام المتكرر لفترة طويلة من الزمن،
- وتستخدم في المقام الأول وفي الغالب للأغراض الطبية،
- ولا تكون مفيدة بشكل عام في حال عدم وجود مرض أو إصابة،
- وعادة لا يتم تركيبها أو تصميمها أو صنعها لاستخدام شخص معين، على الرغم من أن المعدات المخصصة للاستخدام من قبل شخص واحد قد تكون مصنوعة خصيصًا له.

تشمل المعدات الطبية المُعمّرة: الأجهزة السمعية، والأجهزة التعويضية (الأجهزة التي تحل محل أو تؤدي وظيفة أي جزء مفقود من الجسم)، وأجهزة تقويم العظام (الأجهزة المستخدمة لدعم عضو ضعيف أو مشوه أو لتقييد أو إلغاء الحركة في جزء مريض أو مصاب من الجسم)، وأسيرة المستشفيات وملحقاتها، والأكسجين ولوازمه، ووسادات الضغط، وأجهزة التنفس الصناعي، وأجهزة التنفس العلاجية، وأجهزة الاستنشاق وغيرها من معدات الرعاية التنفسية، وأجهزة التقويم، والمشابيات، والعكاز، والسنادات، والكراسي المتحركة وملحقاتها، وكراسي المرحاض، وسنادات المرحاض، وأجهزة مراقبة انقطاع النفس، ومساعد المرضى، ومضخات التغذية، والمضخات المتحركة. سندفع أيضًا مقابل صيانة المعدات (العمالة وقطع الغيار).

B. **صيدلية مشاركة أو مقدم رعاية مشارك آخر للمعدات الطبية المُعمّرة.** باستثناء حالات الطوارئ، يجب ملء وصفة المعدات الطبية المُعمّرة من قبل الصيدلية المشاركة أو أي مقدم رعاية مشارك آخر.

C. **الاستثناءات والقيود.** بموجب هذا القسم، لن ندفع مقابل ما يلي:

- الأدوات والأجهزة التجريبية،
- وأجهزة تقويم العظام الموصوفة فقط للاستخدام أثناء الرياضة،
- والبذلات الاصطناعية للرأس (الشعر المستعار)،
- وبدلات الأسنان، باستثناء تلك التي تكون ضرورية بسبب إصابة عرضية للأسنان السليمة والطبيعية ويتم توفيرها في غضون 12 شهرًا من وقوع الحادث، باستثناء بدلات الأسنان اللازمة لعلاج تشوه وراثي أو كجزء من الجراحة الترميمية.

4. **أدوية بوصفة طبية ودون وصفة طبية.**

A. **نطاق التغطية.** سوف ندفع ثمن الأدوية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية و"اللازمة طبيًا" والتي تتطلب أدوية بوصفة طبية وأخرى دون وصفة طبية على النحو المبين في كتيب وصفات MetroPlusHealth Child Health Plus. تشمل التغطية التركيبات المعوية "اللازمة طبيًا" (المكملات الغذائية) للاستخدام المنزلي (بما في ذلك التركيبات الخاصة بمعالجة بيلة الفينيل كيتون، وبيلة كيتونية متفرعة السلسلة، وجالاكتورز الدم، وبيلة

هوموسيتينية) ومنتجات غذائية صلبة معدلة منخفضة البروتين أو تحتوي على بروتين معدل لعلاج بعض الأمراض الموروثة من الأحماض الأمينية واستقلاب الأحماض العضوية. سندفع أيضاً مقابل وسائل وعقاقير منع الحمل.

B. مقدم رعاية مشارك وصيدلية مشاركة. سوف ندفع فقط مقابل الأدوية الموصوفة للاستخدام خارج المستشفى. باستثناء حالات الطوارئ، يجب إصدار الوصفة الطبية من قبل مقدم رعاية مشارك أو مقدم رعاية غير مشارك تمت إحالتك إليه من قبل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بعد موافقتنا. باستثناء حالات الطوارئ، يجب ملء الوصفات الطبية في الصيدلية المشاركة.

C. الاستثناءات والقيود. بموجب هذا القسم، لن ندفع مقابل ما يلي:

- تناول أو حقن أي أدوية،
 - واستبدال الوصفات الطبية المفقودة أو المسروقة،
 - والأدوية الموصوفة والمستخدمة لأغراض تجميلية فقط،
 - والأدوية التجريبية أو الاستقصائية ما لم يوافق عليها المدير الطبي للخطة أو وكيل احتكام خارجي،
 - والعقاقير غير المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية باستثناء أننا سوف ندفع ثمن الدواء الموصوف من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج السرطان عندما يتم وصف الدواء لنوع مختلف من السرطان عن النوع الذي تم الحصول على موافقة إدارة الغذاء والدواء بشأنه. ومع ذلك، يجب أن يكون الدواء معروفاً بعلاج نوع السرطان الذي تم وصفه له من خلال إحدى هذه المنشورات:
- (a) تقييمات الأدوية من الجمعية الطبية الأمريكية،
- (b) أو خدمة الوصفات الطبية للمستشفيات الأمريكية،
- (c) أو معلومات دستور الأدوية الأمريكية،
- (d) أو مقال مراجعة أو تعليق تحريري في مجلة مهنية كبرى تخضع لاستعراض النظراء.
- الأجهزة واللوازم من أي نوع، باستثناء وسائل تنظيم الأسرة أو وسائل منع الحمل، ومقاييس الحرارة القاعدية، والواقيات الذكورية والأنثوية، واللولب.
 - الفيتامينات والمكملات الغذائية الأخرى، إلا عند الضرورة لعلاج مرض أو حالة تم تشخيصها.
 - لا تتم تغطية الأدوية الموصوفة المستخدمة لأغراض علاج ضعف الانتصاب.

5. الرعاية الصحية المنزلية. سوف ندفع مقابل ما يصل إلى أربعين (40) زيارة في السنة التقويمية للرعاية الصحية المنزلية التي تقدمها وكالة صحة منزلية معتمدة والتي تُعدُّ مقدم رعاية مشاركاً. سوف ندفع مقابل الرعاية الصحية المنزلية فقط إذا كان عليك أن تدخل المستشفى إذا لم يتم توفير الرعاية المنزلية.

تشمل الرعاية المنزلية واحدة أو أكثر من الخدمات التالية:

- رعاية تمريضية منزلية بدوام جزئي أو بالتناوب من قبل أو تحت إشراف ممرضة مهنية مسجلة،
- وخدمات المساعدة الصحية المنزلية بدوام جزئي أو بالتناوب والتي تتكون أساساً من رعاية المريض،
- العلاج الطبيعي أو المهني أو علاج النطق إذا تم توفيره من قبل وكالة الصحة المنزلية،
- واللوازم الطبية والأدوية والعقاقير الموصوفة من قبل الطبيب والخدمات المختبرية من قبل أو نيابة عن وكالة صحة منزلية معتمدة إلى الحد الذي كان من الممكن أن تتم فيه تغطية هذه العناصر إذا كان الشخص الذي يتمتع بالتغطية في المستشفى.

6. فحوصات ما قبل الدخول. سندفع مقابل فحوصات ما قبل الدخول عند إجرائها في المستشفى حيث من المقرر إجراء الجراحة، وذلك في الحالات التالية:

- تم إجراء الحجوزات لسرير المستشفى وغرفة العمليات في ذلك المستشفى قبل إجراء الفحوصات،
 - وأمر طبيبك بإجراء الفحوصات،
 - تُجرى الجراحة في الواقع في غضون سبعة أيام من اختبارات ما قبل دخول المستشفى.
- في حال إلغاء الجراحة بسبب نتائج فحوصات ما قبل دخول المستشفى، سنستمر في تغطية تكلفة هذه الفحوصات.

7. رعاية الأسنان.

A. نطاق التغطية. سندفع مقابل خدمات رعاية الأسنان الطارئة والوقائية والروتينية التي يقدمها مقدم الرعاية المشارك. لا تحتاجين إلى تصريح مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للحصول على رعاية أسنان مشمولة إذا طلبت الرعاية من مقدم رعاية مشارك مؤهل. تشمل خدمات رعاية الأسنان المغطاة ما يلي:

- العلاج في حالات الطوارئ اللازمة لتخفيف الآلام والمعاناة الناجمة عن أمراض الأسنان أو الإصابات،
- الإجراءات التي تساعد على منع حدوث أمراض الفم، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الوقاية (تقليل الأسنان وتلميعها) كل 6 أشهر، وإضافة محلول الفلورايد الموضعي كل 6 أشهر في حال عدم معالجة إمدادات المياه المحلية بالفلورايد، والمواد اللاصقة على الأضراس الخلفية الدائمة (الطواجن) غير المستعادة.
- بعد ظهور الأسنان اللبنية، يتم إجراء فحوصات روتينية للأسنان مرة واحدة خلال فترة 6 أشهر متتالية.
- الأشعة السينية، بما في ذلك الأشعة السينية للفم الكامل كل 36 شهرًا، وإذا لزم الأمر، تصوير الأشعة السينية كل 6 إلى 12 شهرًا، أو الأشعة السينية البانورامية كل 36 شهرًا إذا لزم الأمر، وغيرها من الأشعة السينية كما هو مطلوب بمجرد ظهور الأسنان اللبنية.
- جميع الإجراءات الضرورية لعمليات قلع الأسنان البسيطة وجراحة الأسنان الروتينية الأخرى التي لا تتطلب دخول المستشفى، بما في ذلك الرعاية قبل الجراحة والرعاية بعد الجراحة.
- التخدير الواعي داخل العيادة.
- مُلغَم وحشوات مركبة وتيجان من الفولاذ المقاوم للصدأ.
- مواد حشو أخرى مناسبة للأطفال.
- الرعاية اللبية، بما في ذلك جميع إجراءات علاج الجوف التاجي المعتل وقنوات اللب، حيث لا يلزم دخول المستشفى.
- خدمات علاج اللثة، باستثناء تلك الخدمات التي تتوقع إجراء تقويم الأسنان أو تؤدي إليه.
- التركيبات السنية، بما في ذلك أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية القابلة للإزالة مع متابعة لمدة ستة أشهر، والجسور الثابتة في حالة استيفاء واحد أو أكثر من الشروط التالية:
- مطلوبة لاستبدال سن أمامية علوية واحدة (قاطع أو ناب مركزي/جانبي) في مريض بمجموعة كاملة من الأسنان الطبيعية و/أو الوظيفية و/أو المستعادة،
- أو مطلوبة لتثبيت الحنك المشقوق،
- أو مطلوبة، كما يتضح من المستندات الطبية، بسبب وجود أي حالة عصبية أو فسيولوجية من شأنها أن تحول دون وضع طقم أسنان قابل للإزالة.
- إدخال قسائم التعريف والإصلاحات وإعادة التنظين وإعادة تأسيس في التركيبات السنية.
- أدوات الحفاظ على الفراغ، أحادية أو ثنائية، لوضعها في أسنان مُستعادة لبنية و/أو مختلطة للحفاظ على مساحة لنمو الأسنان الدائمة بشكل طبيعي.

B. الاستثناءات والقيود. لن ندفع مقابل خدمات تقويم الأسنان.

A. نطاق التغطية. سندفع مقابل خدمات الرعاية البصرية الطارئة والوقائية والروتينية. لا تحتاجين إلى تصريح مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للحصول على رعاية بصرية مشمولة إذا طلبت الرعاية من مقدم رعاية خدمات بصرية مشارك مؤهل. تشمل خدمات الرعاية البصرية المغطاة ما يلي:

- **الفحوصات البصرية.** سندفع مقابل الفحوصات البصرية لغرض تحديد الحاجة إلى العدسات التصحيحية، وإذا لزم الأمر، لتقديم وصفة طبية للعدسات التصحيحية. سوف ندفع مقابل فحص بصري واحد في أي فترة مدتها اثنا عشر (12) شهرًا، ما لم يُطلب ذلك بشكل متكرر مع المستندات المناسبة. قد يشمل الفحص البصري، على سبيل المثال لا الحصر: تاريخ الحالة، والفحص الخارجي للعين أو الفحص الداخلي للعين، وفحص تنظير قاع العين، وتحديد حالة الانكسار، ومقاييس المسافة المقربة، واختبارات قياس التوتر للجلوكوما، واختبارات إجمالي مساحة الرؤية وفحوصات عمى الألوان، والنتائج الموجزة والتوصية للعدسات التصحيحية.
- **العدسات الموصوفة.** سوف ندفع مقابل عدسات طبية عالية الجودة مرة واحدة في أي فترة مدتها اثنا عشر (12) شهرًا، ما لم يُطلب ذلك بشكل متكرر مع المستندات المناسبة. يمكن تصنيع العدسات الطبية من الزجاج أو البلاستيك.
- **إطار النظارة.** سوف ندفع مقابل إطار نظارة قياسي مناسب لحمل العدسات في أي فترة مدتها اثنا عشر (12) شهرًا، ما لم يُطلب ذلك بشكل متكرر مع المستندات المناسبة.
- **عدسات لاصقة.** سوف ندفع مقابل العدسات اللاصقة فقط عندما تعد "لازمة طبيًا".

B. الاستثناءات والقيود. لن ندفع مقابل العدسات اللاصقة غير "اللازمة طبيًا".

9. خدمات الحالات المتأخرة. سندفع مقابل برنامج خدمات الحالات المتأخرة المنسق لتقديم خدمات طبية وخدمات دعم غير علاجية (سواء في المنزل أو في المستشفى الداخلي) للأطفال (حتى سن 19) الذين تم اعتمادهم من قبل طبيب ليكونوا مرضى حالاتهم متأخرة بمتوسط عمر متوقع ستة أشهر أو أقل.

سوف تغطي خدمات الحالات المتأخرة الرعاية الملطفة والداعمة المقدمة إلى الطفل الذي يلي الاحتياجات الخاصة الناشئة عن الإجهاد البدني والنفسي والروحي والضغوطات الاجتماعية والاقتصادية، وهي الاحتياجات التي تحدث خلال المراحل الأخيرة من المرض وأثناء الوفاة ومرحلة المواساة. بالإضافة إلى ذلك، يحق لأفراد الأسرة الحصول على ما يصل إلى خمس زيارات لجلسات المواساة.

يجب أن تكون برامج رعاية الحالات المتأخرة معتمدة بموجب المادة 40 من قانون الصحة العامة لولاية نيويورك. يجب تقديم جميع الخدمات من قبل موظفين مؤهلين ومتطوعين في برنامج رعاية الحالات المتأخرة أو بواسطة موظفين مؤهلين من خلال الترتيبات التعاقدية إلى الحد الذي تسمح به المتطلبات الفيدرالية والمتطلبات الخاصة بالولاية.

10. يجب تقديم جميع الخدمات من قبل موظفين مؤهلين ومتطوعين في برنامج رعاية الحالات المتأخرة أو بواسطة موظفين مؤهلين من خلال الترتيبات التعاقدية إلى الحد الذي تسمح به المتطلبات الفيدرالية والمتطلبات الخاصة بالولاية. سندفع مقابل خدمات النطق والسمع، بما في ذلك الأجهزة السمعية وبطاريات الأجهزة السمعية والإصلاحات. تشمل هذه الخدمات فحص السمع سنويًا لتحديد الحاجة إلى إجراء تصحيحي. ستتم تغطية علاج النطق المطلوب لحالة قابلة للتحسين السريري الكبير خلال فترة شهرين، بدءًا من العلاج في اليوم الأول، عند إجرائه بواسطة أخصائي السمع و/أو أخصائي علم الأمراض اللغوي و/أو أخصائي علاج النطق و/أو أخصائي الأنف والأذن والحنجرة.

القسم الثامن - معلومات إضافية حول طريقة عمل الخطة

1. متى يمكن أن يكون الأخصائي هو مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. إذا كنت تعاني من حالة أو مرض تهدد حياتك أو حالة أو مرض تنكسي ومسبب للإعاقة، فيمكنك أن تطلب من الاختصاصي الذي يعد مقدم رعاية مشاركاً أن يكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. سوف نتشاور مع الاختصاصي ومقدم الرعاية الأولية الخاص بك ونقرر ما إذا كان من المناسب أن يعمل الاختصاصي بهذه الصفة.
2. **الإحالة الدائمة إلى اختصاصي الشبكة.** إذا كنت بحاجة إلى رعاية تخصصية مستمرة، فقد نتلقى "إحالة دائمة" إلى اختصاصي يحمل صفة المقدم المشارك. هذا يعني أنك لن تحتاج إلى الحصول على إحالة جديدة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك في كل مرة تحتاج فيها إلى رؤية هذا الاختصاصي. سوف نتشاور مع الاختصاصي ومقدم الرعاية الأولية الخاص بك ونقرر ما إذا كانت "الإحالة الدائمة" مناسبة لحالتك.
3. **الإحالة الدائمة إلى مركز الرعاية المتخصصة.** إذا كنت تعاني من حالة أو مرض تهدد حياتك أو حالة أو مرض تنكسي ومسبب للإعاقة، فيمكنك طلب إحالة دائمة إلى مركز رعاية متخصصة يحمل صفة مقدم مشارك. سوف نتشاور مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك والاختصاصي ومركز الرعاية المتخصصة لتحديد ما إذا كانت هذه الإحالة مناسبة أم لا. **عندما يغادر مقدم الرعاية الخاص بك الشبكة.** إذا كنت تخضع لدورة علاجية عندما يغادر مقدم الرعاية شبكتنا، فقد تتمكن من الاستمرار في تلقي الرعاية من مقدم الرعاية المشارك السابق، في حالات معينة، لمدة تصل إلى 90 يوماً بعد إخطارك من جانبنا بمغادرة مقدم الرعاية هذا الشبكة. في حالة الحمل وخلال الثلث الثاني من الحمل، فقد تتمكنين من مواصلة الرعاية مع مقدم الرعاية المشارك السابق بفترة الولادة ورعاية ما بعد الولادة المرتبطة مباشرة بالولادة. ومع ذلك، لكي تستمر في الرعاية مدةً تصل إلى 90 يوماً أو خلال فترة الحمل مع مقدم رعاية مشارك سابق، يجب أن يوافق مقدم الرعاية على قبول مدفوعاتنا والالتزام بإجراءاتنا وسياساتنا، بما في ذلك تلك الخاصة بضمان جودة الرعاية.
4. **عندما يخضع الأعضاء الجدد لمسار علاجي.** في حال الالتزام بمسار علاجي مع مقدم رعاية غير مشارك عند التسجيل معنا، قد تتمكن من تلقي الرعاية من مقدم الرعاية غير المشارك لمدة تصل إلى 60 يوماً من تاريخ حصولك على التغطية بموجب هذا العقد. يجب أن يكون مسار العلاج لمرض أو حالة تهدد الحياة أو حالة أو مرض تنكسي ومسبب للإعاقة. يمكنك أيضاً مواصلة الرعاية مع مقدم رعاية غير مشارك إذا كنت في الثلث الثاني من الحمل عندما تصبحين مشمولة بموجب هذا العقد. يمكنك الاستمرار في الرعاية خلال فترة الولادة وأي خدمات ما بعد الولادة مرتبطة مباشرة بالولادة. ومع ذلك، لكي تستمر في الرعاية مدةً تصل إلى 60 يوماً أو خلال فترة الحمل، يجب أن يوافق مقدم الرعاية غير المشارك على قبول مدفوعاتنا والالتزام بسياساتنا وإجراءاتنا بما في ذلك تلك الخاصة بضمان جودة الرعاية.

القسم التاسع - القيود والاستثناءات

بالإضافة إلى القيود والاستثناءات الموضحة بالفعل، لن ندفع مقابل ما يلي:

1. الرعاية غير "اللازمة طبيًا". بشكل عام، لن تغطي الخطة أي خدمة رعاية صحية تحددها الخطة، في تقديرها وحدها، أنها ليست لازمة طبيًا. إذا ألغى وكيل الاحتكام الخارجي المعتمد من الولاية رفض الخطة، فيجب أن تغطي الخطة الإجراء أو العلاج أو الخدمة أو المنتج الصيدلاني أو المعدات الطبية المعمرة التي تم رفض تغطيتها، إلى الحد أن مثل هذا الإجراء أو العلاج أو الخدمة أو المنتج الصيدلاني أو المعدات الطبية المعمرة مشمولة بخلاف ذلك بموجب شروط عقد المشترك هذا. (لمزيد من المعلومات حول الاحتكام الخارجي، راجع القسم 11 من عقد المشترك هذا).
2. الممارسة الطبية المقبولة. لا يحق لك الحصول على خدمات لا تتوافق مع الممارسات والمعايير الطبية أو النفسية السارية وقت العلاج.
3. الرعاية التي لم يتم توفيرها أو ترخيصها أو ترتيبها بواسطة مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. باستثناء ما هو منصوص عليه بخلاف ذلك في هذا العقد، يحق لك الحصول على مزايا الخدمات فقط عندما يتم توفيرها أو ترخيصها أو ترتيبها من قبل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. إذا اخترت الحصول على رعاية لم يتم توفيرها أو ترخيصها أو ترتيبها من قبل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، فلن نكون مسؤولين عن أي تكلفة تتكبدها.
4. خدمات المرضى الداخليين في دار ترميز أو مرفق إعادة تأهيل أو أي مرفق آخر غير مشمول صراحة بهذا العقد.
5. خدمات الأطباء عندما يكون مريض داخلي في دار ترميز أو مرفق إعادة تأهيل أو أي مرفق آخر غير مشمول صراحة بهذا العقد.
6. خدمات تجريبية أو استقصائية. بشكل عام، لا تغطي الخطة العلاجات التجريبية أو الاستقصائية. ومع ذلك، يجب أن تغطي الخطة العلاجات التجريبية أو الاستقصائية المعتمدة من وكيل احتكام خارجي معتمد من الدولة. إذا وافق وكيل الاحتكام الخارجي على تغطية علاج تجريبي أو استقصائي يمثل جزءًا من تجربة سريرية، فإن الخطة ستغطي فقط تكاليف الخدمات المطلوبة لتقديم العلاج إليك وفقًا لتصميم التجربة السريرية. لن تكون الخطة مسؤولة عن تكاليف الأدوية أو الأجهزة التجريبية، أو تكاليف خدمات الرعاية غير الصحية، أو تكاليف إدارة الأبحاث، أو التكاليف التي لن تتم تغطيتها بموجب عقد المشترك هذا للعلاجات غير التجريبية أو غير الاستقصائية. (لمزيد من المعلومات حول الاحتكام الخارجي، راجع القسم 11 من عقد المشترك هذا).
7. جراحة التجميل. لن ندفع تكاليف الجراحة التجميلية، ما لم يكن ذلك لازمًا طبيًا، باستثناء أننا سندفع مقابل الجراحة الاستثنائية:
 - عند إجراء عملية جراحية ناتجة عن إصابة أو عدوى أو أمراض أخرى في الجزء المصاب من الجسم،
 - أو عند الضرورة لتصحيح عيب وظيفي ناتج عن مرض وراثي أو شذوذ.
8. لإخصاب في المختبر أو التلقيح الاصطناعي أو وسائل الحمل الأخرى المساعدة.
9. التمريض الخاص.
10. التبرع الذاتي بالدم.
11. خدمات العلاج الطبيعي. لن ندفع مقابل أي خدمات تتعلق بالكشف عن الخلل الهيكلي وتصحيحه (بالوسائل اليدوية أو الميكانيكية)، أو تشويه أو خلع جزئي في جسم الإنسان بغرض إزالة التداخل

العصبي وآثاره. ينطبق هذا الاستثناء عندما يكون تداخل الأعصاب ناتجًا عن أو متعلقًا بتشويه أو اختلال في المحاذاة أو خلع جزئي في العمود الفقري أو داخله.

12. العناية الروتينية بالقدم.

13. **التأمين الصحي والمزايا الصحية والبرامج الحكومية الأخرى.** سنخفض مدفوعاتنا بموجب هذا العقد بالمبلغ الذي يحق لك الحصول عليه مقابل نفس الخدمة بموجب التأمين الصحي أو خطط المزايا الصحية أو البرامج الحكومية الأخرى. يشمل التأمين الصحي الآخر التغطية من قبل شركات التأمين وخطط Blue Cross و Blue Shield أو منظمات HMO أو برامج مماثلة. تتضمن خطط المزايا الصحية أي خطة مؤمنة ذاتيًا أو غير مؤمنة مثل تلك التي يقدمها أو يتم ترتيبها من خلال أصحاب العمل أو الأمان أو الاتحادات أو منظمات أصحاب العمل أو منظمات مزايا الموظفين. تشمل البرامج الحكومية برنامج Medicare أو أي برامج فيدرالية أو تابعة للولاية أو محلية أخرى، باستثناء برنامج الأطفال المعوقين جسديًا وبرنامج التدخل المبكر.

14. **التأمين على أضرار السيارات التي لا يتحدد الطرف المسؤول عنها.** لن ندفع مقابل أي خدمة مغطاة بمزايا التأمين الإجباري على أضرار السيارات التي لا يتحدد الطرف المسؤول عنها. لن نقوم بدفع أي مدفوعات حتى لو لم تطالب بالمزايا التي يحق لك الحصول عليها بموجب التأمين على أضرار السيارات التي لا يتحدد الطرف المسؤول عنها.

15. **استثناءات أخرى.** لن ندفع مقابل التالي:

a. عمليات التحول الجنسي،

b. أو الرعاية الوصائية.

16. **تعويض العمال.** لن نقدم تغطية لأي خدمة أو رعاية لإصابة أو حالة أو مرض إذا تم تقديم مطالبة وتم تلقي المزايا بموجب قانون تعويض العمال أو تشريع مماثل.

القسم العاشر - أقساط هذا العقد

1. مبلغ الأقساط. يتم تحديد مبلغ قسط هذا العقد من قبلنا والموافقة عليه من قبل المشرف على التأمين في ولاية نيويورك.
2. مساهمتك في قسط. بموجب قانون ولاية نيويورك، قد تُطلب منك المساهمة في تكلفة قسطك. سنخبرك بالمساهمة المطلوبة، إن وجدت.
3. فترة السماح. جميع أقساط هذا العقد واجبة السداد قبل شهر واحد. ومع ذلك، سنوفر فترة سماح مدتها 30 يومًا لسداد جميع الأقساط، باستثناء الشهر الأول. هذا يعني أنه، باستثناء قسط الشهر الأول لكل طفل، إذا تلقينا الدفع في غضون 30 يومًا من تاريخ استحقاق الدفع، فسنبقى التغطية بموجب هذا العقد طوال الفترة التي يغطيها الدفع. إذا لم نتلق الدفع خلال فترة السماح البالغة 30 يومًا، فسوف تنتهي التغطية بموجب هذا العقد بدءًا من اليوم الأخير من الشهر الذي يحين فيه موعد السداد.
4. الموافقة على الدفع مقابل الخدمات إذا لم يتم دفع قسط التأمين. لا يحق لك الحصول على أي خدمات لفرات لم يتم دفع قسط التأمين عنها. إذا تم تلقي خدمات خلال هذه الفترة، فإنك توافق على دفع مقابل الخدمات هذه.
5. التغيير في الأقساط. في حال فرض زيادة أو نقصان في القسط أو مساهمتك في القسط لهذا العقد، فسندم إليك إشعارًا كتابيًا بذلك قبل ثلاثين يومًا على الأقل من التغيير.
6. التغييرات في دخلك أو حجم الأسرة. يمكنك أن تطلب منا مراجعة مساهمة أقساط الأسرة الخاصة بك كلما تغير دخلك أو حجم أسرتك. يمكنك طلب مراجعة عن طريق الاتصال بنا على **1-800-303-9626** أو عن طريق الاتصال بخط **Child Health Plus الساخن على 1-800-698-4543**. في ذلك الوقت، سنزودك بمتطلبات النموذج والوثائق اللازمة لإجراء المراجعة. سنعيد تقييم مساهمة أقساط العائلة الخاصة بك ونبلغك بالنتائج في غضون 10 أيام عمل من استلام الطلب والوثائق اللازمة لإجراء المراجعة. إذا نتج عن المراجعة تغيير في مساهمة أقساط العائلة الخاصة بك، فسنتطبق هذا التغيير في موعد لا يتجاوز 40 يومًا من استلام طلب المراجعة المكتمل والوثائق الداعمة.

القسم الحادي عشر - إنهاء التغطية

1. **لعدم دفع القسط.** إذا طُلب منك دفع قسط مقابل هذا العقد، فسيتم إنهاء هذا العقد في نهاية فترة السماح البالغة 30 يومًا إذا لم نتسلم دفعتك. على سبيل المثال، إذا كان قسط التأمين الخاص بك مستحقًا في 1 يوليو، ولم يتم دفعه بحلول 31 يوليو، أي نهاية فترة السماح البالغة 30 يومًا، فلن يتم دفع أي دفعة بموجب هذا العقد مقابل أي خدمة مقدمة إليك بعد 31 يوليو.
2. **عندما تنتقل خارج منطقة الخدمة.** ينتهي هذا العقد عندما لم تعد مقيمًا بشكل دائم في منطقة الخدمة.
3. **عندما لم تعد تفي بمتطلبات الأهلية.** ينتهي هذا العقد على النحو التالي:
 - A. في اليوم الأخير من الشهر الذي تبلغ فيه سن التاسعة عشرة،
 - B. أو في تاريخ تسجيلك في برنامج Medicaid،
 - C. أو في التاريخ الذي أصبحت فيه مشمولاً بموجب برنامج مزايا صحية آخر (بما في ذلك برنامج مؤمن عليه أو مؤمن ذاتيًا من خلال مجموعة أصحاب العمل أو الاتحاد أو جمعية أخرى).
4. **إنهاء برنامج Child Health Plus.** ينتهي هذا العقد تلقائيًا في التاريخ الذي يتم فيه إلغاء قانون ولاية نيويورك الذي يحدد برنامج Child Health Plus أو عندما تنتهي الولاية هذا العقد أو عندما لم يعد التمويل المقدم من ولاية نيويورك لبرنامج Child Health Plus هذا متاحًا لنا.
5. **خيارنا لإنهاء هذا العقد.** يجوز لنا إنهاء هذا العقد في أي وقت لسبب أو أكثر من الأسباب التالية:
 - A. الاحتيال في طلب التسجيل بموجب هذا العقد أو في تلقي أي خدمات.
 - B. الأسباب الأخرى التي قد تكون في ملف مع المشرف على التأمين في وقت هذا الإنهاء ويوافق عليها. سيتم إرسال نسخة من هذه الأسباب الأخرى إليك. سنقدم إليك إشعارًا كتابيًا قبل ثلاثين (30) يومًا على الأقل من هذا الإنهاء.
 - C. وقف أنواع العقود التي ينتمي إليها هذا العقد بناءً على إشعار كتابي مسبق لا يقل عن خمسة أشهر بهذا الإنهاء.
 - D. إذا لم تقدم الوثائق التي نطلبها لإعادة التصديق.
6. **خيارك لإنهاء هذا العقد.** يمكنك إنهاء هذا العقد في أي وقت عن طريق إرسال إشعار مسبق قبل شهر واحد على الأقل. سنقوم برد أي جزء من قسط هذا العقد تم دفعه مسبقًا بواسطتك.
7. **في حال وفاتك.** سينتهي هذا العقد تلقائيًا في تاريخ وفاتك.
8. **المزايا بعد الإنهاء.** إذا كنت معاقًا تمامًا في تاريخ إنهاء هذا العقد وتلقيت خدمات طبية للمرض أو الإصابة أو الحالة التي تسببت في العجز الكلي أثناء تغطيتك بموجب هذا العقد، فسوف نستمر في دفع ثمن المرض أو الإصابة أو حالة تتعلق بالعجز الكلي خلال فترة العجز الكلي المستمرة حتى اليوم الأول من التواريخ التالية:
 - التاريخ الذي تكون فيه، حسب تقديرنا فقط، لم تعد عاجزًا كليًا،
 - أو تاريخ اثني عشر (12) شهرًا من تاريخ انتهاء هذا العقد.

لن ندفع مقابل رعاية أكثر مما كنت ستحصل عليها إذا لم يتم إنهاء تغطيتك بموجب هذا العقد.

9. استبدال التغطية المنتهية. خطة MetroPlus Health Plan غير مرخصة لتقديم منتجات تأمين تجارية بخلاف خطة رعاية مدارة جماعياً لموظفي New York City Health and Hospitals Corporation. إذا تم إنهاء هذا العقد لأنك بلغت 19 عامًا أو بسبب انتهاء برنامج Child Health Plus، فسنقدم إليك معلومات حول شركات التأمين الأخرى التي تتبع وثائق التأمين الصحي الفردية.

القسم الثاني عشر - الإجراءات والشكاوى

الالتماسات الإجرائية

توجد بعض العلاجات والخدمات التي تحتاج إلى حصولك على موافقة قبل تلقيها أو حتى تتمكن من مواصلة الحصول عليها. يُطلق على ذلك التصديق المسبق. يُطلق على طلب الحصول على الموافقة على العلاج أو الخدمة طلب التصديق على الخدمة. وردت هذه العملية لاحقاً في هذا الكتيب. يُطلق على أي قرار يرفض طلب التصديق على الخدمة أو يوافق عليها مقابل مبلغ أقل من المطلوب إجراء.

إذا لم تكن راضياً عن قرارنا بشأن رعايتك، فثمة خطوات يمكنك اتخاذها.

يمكن أن يطلب مقدم الرعاية الخاص بك إعادة النظر:

إذا اتخذنا قراراً بشأن طلب ترخيص الخدمة الخاص بك دون التحدث إلى طبيبك، فقد يطلب طبيبك التحدث إلى المدير الطبي للخطة. سيتحدث المدير الطبي إلى طبيبك في غضون يوم عمل واحد.

يمكنك رفع التماس إجرائي:

- إذا لم تكن راضياً عن الإجراء الذي اتخذناه أو ما قررناه بشأن طلب التصديق على الخدمة الخاص بك، فلديك مدة 90 يوماً تقويمياً بعد الاستماع منا لرفع التماس.
- يمكنك تقديمها بنفسك أو طلب ذلك من شخص تثق به لتقديم الطلب نيابة عنك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على: 1-800-303-9626 إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على ملء الالتماس.
- لن نعاملك بطريقة مختلفة أو نتصرف بطريقة سيئة معك لأنك رفعت التماساً.
- يمكن إجراء الالتماس عبر الهاتف أو كتابياً. هذا الالتماس يجب أن يكون مكتوباً

ستجري مراجعة التماسك الإجرائي بموجب المعالجة سريعة المسار إذا:

- طلبت أو طلب طبيبك مراجعة التماسك بموجب العملية سريعة المسار. شرح طبيبك كيف سيتسبب هذا التأخير في إلحاق الضرر بصحتك. في حال رفض الطلب بإجراء المعالجة سريعة المسار، سنخبرك وستجري مراجعة التماسك بموجب عملية المراجعة القياسية؛ أو
- جرى رفض طلبك عند مطالبتك بمتابعة الحصول على الرعاية التي تحصل عليها حالياً أو احتجت إلى مد الخدمة التي يتم توفيرها.
- يمكنك تقديم التماسات سريعة المسار عبر الهاتف ولست مضطراً إلى المتابعة كتابياً.

ما يحدث بعد استلام الالتماس:

- في غضون 15 يومًا، سوف نرسل لك خطابًا لإبلاغك بأننا نعمل على التماسك.
- سيتخذ القرار بشأن الالتماسات الإجرائية الخاصة بالشؤون الطبية أخصائيو رعاية صحية مؤهلون من لم يتخذوا القرار الأول، على الأقل سيكون أحدهم مراجع نظير طبيًا.
- سيُعالج القرارات غير الطبية أشخاص يشغلون مناصب أعلى من الأشخاص الذين عملوا على قرارك الأول.
- قيل الالتماس وخلالها يمكنك أنت أو الشخص المحدد لك الاطلاع على ملف حالتك، بما في ذلك سجلاتك الطبية وأي مستندات وسجلات أخرى مستخدمة لاتخاذ القرار بشأن حالتك،
- يمكنك أيضًا تقديم المعلومات التي سيجري استخدامها في عملية اتخاذ القرار شخصيًا أو كتابيًا.
- يمكنك أيضًا تقديم المعلومات التي سيجري استخدامها في عملية اتخاذ القرار شخصيًا أو كتابيًا. إذا كنت لا تزال غير راضٍ، فسنشرح لك أي حقوق استئناف أخرى لديك، أو يمكنك أنت أو شخصًا ما تثق به أيضًا رفع شكوى لدى الإدارة الصحية لولاية نيويورك من خلال الاتصال على رقم 1-800-206-8125.

الأطر الزمنية للالتماسات الإجرائية:

- الالتماسات القياسية: إذا كانت لدينا كافة المعلومات التي نحتاجها فسوف نخبرك بقرارنا في غضون ثلاثين يوم عمل من تقديم التماسك. سيُرسل إليك إخطار كتابي بقرارنا في غضون يومي عمل منذ اتخاذنا القرار.
- الالتماسات سريعة المسار: إذا كانت لدينا كافة المعلومات التي نحتاجها، فسنُتخذ قرارات الالتماس سريعة المسار في غضون يومي عمل من تقديم التماسك. سنتصل بك إذا احتجنا معلومات أكثر خلال 3 أيام عمل من استلام الطلب. سنخبرك بقرارنا بالهاتف وسنرسل لك إخطارًا مكتوبًا فيما بعد.

إذا احتجنا معلومات أكثر حول اتخاذ قرار عاجل أم عادي حول التماسك الإجرائي، فسوف:

- سنرسل لك ونخبرك بالمعلومات المطلوبة كتابةً. إذا كان الطلب قيد مراجعة عاجلة، فسننتصل بك مباشرة، ثم سنرسل إليك إخطارًا مكتوبًا فيما بعد.
 - سنوضح لك لماذا سيكون التأخير لصالحك؛
 - اتخذ قرارًا قبل مرور 14 يومًا من تاريخ طلب المعلومات.
- يمكنك أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك أو شخصًا ما تثق فيه مطالبتنا باستغراق المزيد من الوقت لاتخاذ قرار. قد يكون ذلك وجود المزيد من المعلومات لديك لتقديمها إلى الخطة للمساعدة على اتخاذ قرار بشأن حالتك. يمكن ذلك عن طريق الاتصال بـ: **1-800-303-9626** أو إرسال رسالة.

يمكنك، أنت أو شخصًا ما تثق به تقديم شكوى مع الخطة في حال عدم موافقتك على قرارنا لاتخاذ المزيد من الوقت لمراجعة طلبك. يمكنك، أنت أو شخصًا ما تثق به، تقديم شكوى حول مدة المراجعة مع إدارة الصحة في ولاية نيويورك عن طريق الاتصال على الرقم **1-800-206-8125**.

إذا لم نتخذ قرارًا بشأن الالتماس الذي قدمته، فسيتم تلقائيًا إلغاء القرار الأصلي ضدك، ما يعني الموافقة على طلب تفويض الخدمة الخاص بك.

استمرار المساعدة خلال تقديم التماس على قرار يخص رعايتك:

- في بعض الحالات يمكن أن تستمر في تلقي الخدمة أثناء انتظارك الرد على التماسك. يمكنك الاستمرار في تلقي الخدمات التي سيتم إنهاؤها أو تقليلها في حال تقديم التماس:
- خلال 10 أيام من إخبارك برفض طلبك أو لتغيير الخدمة الطبية التي تخضع لها؛ أو
 - عند تاريخ تغيير الخدمة المحدد مسبقًا.

إذا رُفض الالتماس الذي قدمته، فقد يتعين عليك دفع تكلفة أي مزايا مستمرة تلقيتها.

الالتماسات الخارجية

إذا كانت الخطة ترفض تغطية تكاليف خدمات طبية طلبها طبيبك بسبب أنها غير لازمة طبيًا أو لأنها تجريبية أو استقصائية، يمكنك أن

تطلب من ولاية نيويورك طلب التماس خارجي مستقل. يسمى طلبًا خارجيًا لأنه يتم الفصل فيه من قبل مراجعين لا يعملون لصالح خطة التأمين أو في الولاية. ويكون هؤلاء المراجعون مؤهلين ومعتمدين من ولاية نيويورك. يجب أن تكون الخدمة ضمن حزمة مزاي الخطة أو أن تكون علاجًا تجريبيًا. يمكن تقديم الطلب الخارجي دون دفع مقابل.

قبل أن تتقدم بالتماس إلى الولاية:

1. عليك تقديم طلب التماس إجرائي مع الخطة والحصول على القرار المضاد النهائي، أو
2. إذا كان لديك التماس إجرائي سريع المسار ولم تكن راضيًا عن قرار الخطة، يمكنك اختيار تقديم التماس إجرائي قياسي مع الخطة أو الانتقال مباشرة إلى التماس خارجي، أو
3. اتفقت مع شركة التأمين على تخطي عملية طلب الالتماس لدى الخطة والبدء مباشرة في طلب التماس خارجي

أمامك 45 يومًا بعد تلقيك القرار السلبي النهائي للخطة لطلب التماس خارجي. إذا وافقت أنت والخطة على تخطي عملية الالتماس الخاصة بالخطة، فيجب عليك طلب التماس خارجي في غضون 45 يومًا من تاريخ إبرام هذه الاتفاقية.

ستتوفر طلبات أخرى تخص وثيقتك ستكون متاحة إذا قررت استخدامها. ومع ذلك، إذا كنت تريد التماسًا خارجيًا، فلا يزال يتعين عليك تقديم الطلب إلى دائرة التأمينات بالولاية في غضون 45 يومًا من الوقت الذي تمنحك فيه الخطة إشعارًا بالقرار السلبي النهائي أو عندما وافقت أنت والخطة على التنازل عن عملية الالتماس الخاصة بالخطة.

سيضيع حَقك في طلب الالتماس الخارجي إذا لم تقدم استمارة طلب الالتماس الخارجي في الفترة المسموح بها.

لطلب التماس خارجي، أكمل الاستمارة وأرسلها إلى قسم دائرة التأمينات بالولاية. يمكنك الاتصال على خدمات الأعضاء على 1-800-303-9626 إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على ملء الالتماس. يتعين عليك كما يتعين على أطباءك توفير المعلومات اللازمة حول مشكلتك الطبية.

إليك بعض طرق الحصول على الاستمارة:

- اتصل بدائرة التأمينات بالولاية على الرقم: 1-800-400-8882
- زُر موقع دائرة التأمينات بالولاية الإلكتروني www.ins.state.ny.us
- اتصل بالخطة الصحية على الرقم 1-800-303-9626

سيتم البت في التماسك الخارجي خلال 30 يوم عمل. قد يحتاج الأمر المزيد من الوقت (قد يصل إلى 5 أيام عمل) إذا قام المراجعون الخارجيون بطلب المزيد من المعلومات. سيتم إخبارك وإخبار شركة التأمين بالقرار النهائي خلال يومين من اتخاذ القرار.

قد يحتاج الأمر إلى التعجيل بالحصول على قرار إذا كان طبيبك يشعر بأن التأخير سيسبب ضررًا خطيرًا لصحتك. ويطلق على ذلك التماس خارجي عاجل. سببت مراجع الالتماس الخارجي العاجل في الأمر خلال ثلاثة أيام أو أقل. سيتم إخبارك وإخبار شركة التأمين بالقرار النهائي خلال يومين من اتخاذ القرار. سيخبرك المراجع والخطة بالقرار مباشرة بالتليفون والفاكس.

إجراءات الشكوى

الشكاوى:

نتمنى أن نتال تغطية خطة التأمين الصحي لدينا رضاك. في حال وجود مشكلة، تحدث إلى مقدم الرعاية

الأولية الخاص بك، أو اتصل أو راسل خدمات الأعضاء. يمكن حل معظم المشكلات في الحال. إذا كانت لديك مشكلة أو نزاع يخص الخطة أو الخدمة يمكنك إرسال شكوى للخطة. سيتم التعامل مع جميع المشكلات التي لم يتم حلها على الفور عبر الهاتف وأي شكوى تصلنا عبر البريد معها وفقاً للإجراءات المذكورة التالية.

يمكنك سؤال شخص تثق فيه (كممثل قانوني، أو فرد في الأسرة، أو صديق) لتقديم الشكوى نيابة عنك. إذا كنت بحاجة لمساعدة بسبب إعاقة في البصر أو في السمع، أو إذا كنت بحاجة إلى خدمة ترجمة، أو إذا كنت بحاجة لمساعدة على تقديم الاستمارات فيمكننا تقديم يد العون إليك. إذا كنت بحاجة لمساعدة بسبب إعاقة في البصر أو في السمع، أو إذا كنت بحاجة إلى خدمة ترجمة، أو إذا كنت بحاجة لمساعدة على تقديم الاستمارات فيمكننا تقديم يد العون إليك.

من حقك أيضاً الاتصال بإدارة الصحة في ولاية نيويورك بشأن شكاوك على الرقم **1-800-206-8125** أو إرسال الشكوى كتابة على: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Coming Tower ESP, Albany, NY 12237. يمكنك أيضاً التواصل مع إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية بشأن شكاوك في أي وقت. يمكنك الاتصال بدائرة التأمينات في ولاية نيويورك على الرقم **(1-800-342-3736)** إذا كانت شكاوك متعلقة بالفواتير.

كيفية إرسال شكوى مع الخطة:

لتقديم الشكوى عبر الهاتف، اتصل على خدمات الأعضاء على الرقم **1-800-303-9626** ، من الاثنين إلى السبت، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً. إذا اتصلت بنا بعد ساعات العمل، فاترك رسالة. سوف نتصل بك مرة ثانية في يوم العمل التالي. إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية، فسنواصل معك.

يمكنك أيضاً تقديم شكاوك كتابياً. وينبغي إرسالها بالبريد إلى

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

عناية: خدمات الأعضاء

الخطوة التالية:

إذا لم تتمكن من حل المشكلة مباشرةً عبر الهاتف أو بعد استلام الشكوى المكتوبة، فسنقوم بإرسال خطاب لك خلال 15 يوم عمل. سينص الخطاب على:

- اسم الموظف المسؤول عن شكاوك
- كيفية الاتصال بهذا الشخص
- إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية

إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية إذا احتوت شكاوك على أمور طبية، فسيراجعها أخصائي رعاية صحية مؤهل واحد أو أكثر

بعد مراجعة الشكوى:

- سنخبرك بقرارنا خلال 45 يومًا من تاريخ الحصول على كل المعلومات اللازمة للرد على شكواك، ولكن سيصلك ردنا خلال 60 يومًا من وصول شكواك إلينا. سنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأسباب قرارنا.
- إذا كان التأخير سيشكل خطرًا على صحتك، فنسخر بك بقرارنا خلال 48 يومًا من تاريخ الحصول على كل المعلومات اللازمة للرد على شكواك، ولكن سيصلك ردنا خلال 7 أيام من وصول شكواك إلينا. سنتصل بك لنخبرك بقرارنا أو سنحاول الوصول إليك لإعلامك. سيصلك خطاب لاحقًا بعد الاتصال بك خلال 3 أيام عمل.
- سيصلك خطاب لاحقًا بعد الاتصال بك خلال 3 أيام عمل.
- سنخبرك بطرق إعادة الشكوى في حال عدم رضاك عن قرارنا. وسنرفق لك الاستمارات التي قد تحتاج إليها.

الالتماسات على الشكاوى:

في حال رفضك قرارنا، يمكنك أنت أو أي شخص تثق به أن تقدم التماس على الشكوى مع الخطة.

كيفية تقديم التماس على الشكوى:

- في حال عدم رضاك عن قرارنا، أمامك 90 يوم عمل من تاريخ استلام قرارنا لتقديم طلب إعادة شكوى؛
- يمكنك تقديمها بنفسك أو طلب ذلك من شخص تثق به لتقديم الطلب نيابة عنك؛
- هذا الالتماس يجب أن يكون مكتوبًا. هذا الالتماس يجب أن يكون مكتوبًا.

ما يحدث بعد إرسال طلب الالتماس على الشكوى:

بعدها، سنقوم بإرسال خطاب لك خلال 15 يوم عمل. سينص الخطاب على:

- اسم الموظف المسؤول عن التماس شكواك
- كيفية الاتصال بهذا الشخص
- إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية

فسيراجع التماسك على الشكوى شخص واحد مؤهل أو أكثر على مستوى أعلى ممن قاموا بإصدار القرار الأول بشأن شكواك السابقة. إذا تضمن التماسك على الشكوى أمورًا طبية، فسيراجعه أخصائي رعاية صحية مؤهل واحد أو أكثر، ومن ضمنهم على الأقل طبيب واحد مستعرض من النظراء لم يكن مشاركًا في اتخاذ القرار الأول في شكواك السابقة.

إذا كانت لدينا جميع المعلومات التي نحتاج إليها، فنسخر بك بقرارنا خلال 30 يوم عمل. في حالة أن أي تأجيل سيؤثر في حالتك الصحية سيصلك قرارنا خلال 2 يوم عمل من تاريخ استلامنا كل المعلومات اللازمة لإعادة الشكوى. يمكنك أيضًا تقديم المعلومات التي سيجري استخدامها في عملية اتخاذ القرار شخصيًا أو كتابيًا. إذا كان ذلك غير كافٍ بالنسبة لك، فيمكنك، أنت أو أي شخص تثق به، تقديم شكوى لدائرة الصحة في ولاية نيويورك على الرقم 1-800-206-8125.

القسم الثالث عشر - أحكام عامة

1. **دون تكليف.** لا يمكنك تكليف مزاييا هذا العقد. يعد أي تكليف أو محاولة للقيام بذلك باطلاً. التكليف يعني نقل حقك في المزاييا التي يوفرها هذا العقد إلى شخص آخر أو منظمة أخرى.
2. **الإجراء القانوني.** يجب عليك رفع أي إجراء قانوني ضدنا بموجب هذا العقد في غضون اثني عشر (12) شهرًا من تاريخ رفضنا الدفع مقابل خدمة بموجب هذا العقد. إذا كنت ترفع دعوى قضائية ضدنا بتطالب بإصابة شخصية أو القتل الخطأ أو ضرر للممتلكات العقارية أو الشخصية، فيجب عليك تقديم نموذج إشعار المطالبة في غضون تسعين (90) يومًا على النحو المنصوص عليه في القسم I-50 من قانون البلديات العام.
3. **تعديل العقد.** يجوز لنا تغيير هذا العقد إذا تمت الموافقة على التغيير من قبل المشرف على التأمين في ولاية نيويورك. سنقدم إليك إشعارًا كتابيًا مدته 30 يومًا على الأقل بأي تغيير.
4. **السجلات الطبية.** نحن نوافق على الحفاظ على سرية سجلاتك الطبية. من أجل إدارة هذا العقد، قد يكون من الضروري بالنسبة إلينا الحصول على سجلاتك الطبية من المستشفيات أو الأطباء أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين عالجوك. عندما تصبح مشمولاً بموجب هذا العقد، فإنك تمنحنا الإذن بالحصول على هذه السجلات واستخدامها.
5. **من يتلقى الدفع بموجب هذا العقد.** سوف ندفع إلى المقدمين المشاركين مباشرة لتقديم الخدمات إليك. إذا تلقيت خدمات مغطاة من أي مقدم آخر، فإننا نحتفظ بالحق في الدفع إليك أو إلى المقدم.
6. **الإشعار** يجوز إرسال أي إشعار بموجب هذا العقد عن طريق بريد الولايات المتحدة، البريد المدفوع مسبقًا، معنويًا على النحو التالي:

إذا كان إلينا: MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

إلى أحدث عنوان قدمته في نموذج التسجيل أو تغيير العنوان الرسمي.

الجزء الثاني

معلومات عن METROPLUSHEALTH والخدمات الخاصة

أ- حول خطة METROPLUS الصحية

خطة MetroPlus الصحية هي مؤسسة حفاظ على الصحة ("HMO") تقدم مجموعة كاملة من مزايا الرعاية الصحية بما في ذلك تغطية الرعاية الوقائية وكذلك لعلاج الأمراض والإصابات. يتم امتلاك وتشغيل خطة MetroPlus Health Plan من مؤسسة صحة ومستشفيات مدينة نيويورك (HHC). يشمل مقدمو الخدمات المشاركون لدينا العديد من المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لـ HHC بالإضافة إلى العديد من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين في مجتمعك.

يقع مكتب MetroPlus Health Plan على العنوان التالي:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

ب - بدء التعامل مع METROPLUSHEALTH

خطاب الترحيب وبطاقة الهوية وبطاقة الوصفة الطبية: بعد معالجة التسجيل الخاص بك، سوف نرسل إليك خطاب ترحيب يوضح التاريخ الذي ستبدأ فيه تغطيتك. يجب أن تتلقى بطاقة تعريف MetroPlus Child Health Plus (ID) وبطاقة وصفة طبية بعد فترة وجيزة من سريان عضويتك. ستظهر بطاقة هويتك اسمك وعنوانك ورقم هويتك واسم ورقم هاتف مقدم الرعاية الأولية الخاص بك و"التاريخ الفعلي" (تاريخ بدء تغطية التأمين الخاصة بك). إذا كانت أي من هذه المعلومات خاطئة أو لم تستلم بطاقة في البريد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني **1-800-303-9626**. إذا كنت بحاجة إلى خدمات قبل وصول بطاقة الهوية الخاصة بك، فيمكنك إظهار خطاب الترحيب للمقدم الخاص بك. يمكن لمقدمك الاتصال بخدمات الأعضاء لتأكيد تغطيتك.

جلسات توجيه للأعضاء الجدد: عندما تنضم إلى خطة MetroPlus Health Plan، ستتلقى رسالة تدعوك إلى حضور جلسة توجيهية للأعضاء الجدد. ستعقد جلسة التوجيه في موقع رعاية صحية مناسب في مجتمعك. سيخبرك ممثل خدمات أعضاء MetroPlusHealth بالمزيد عن مزايا Child Health Plus الخاصة بك وكيفية استخدام الخطة. نرجو حضورك.

الفحص البدني الأساسي. "الفحص الأساسي" هو فحص شامل. نوصي به وندفع ثمنه. سيقوم مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بجمع معلومات صحية كاملة حتى يتمكن من اقتراح جدول زمني لزيارات المتابعة بالإضافة إلى التطعيمات (الحقن للوقاية من المرض). يعد الفحص الأساسي أيضًا طريقة جيدة للتعرف على مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. **ملحوظة مهمة:** إذا ظهرت مشكلة طبية قبل الفحص الأساسي المجدول، يرجى الاتصال بمقدم الرعاية الأولية وتحديد موعد مبكر.

في الزيارة الأولى إلى مقدم الرعاية الأولية، قد يُطلب منك التوقيع على نموذج موافقة للحصول على السجلات الطبية من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. هذا أمر روتيني. إن الحصول على معلومات كاملة يساعد مقدمي الرعاية على تقديم أفضل رعاية ممكنة.

تحديد المواعيد. لتحديد موعد أو تغييره، اتصل بموقع الرعاية الصحية الخاص بك. إذا كنت بحاجة إلى إلغاءه أو تغييره، فيرجى الاتصال في أقرب وقت ممكن. اتصل قبل 24 ساعة على الأقل من الموعد المحدد إن أمكن. بهذه الطريقة يمكنك توفير الوقت لشخص آخر. عند إجراء المكالمات، كن مستعدًا لإعطاء اسمك ورقم معرف MetroPlusHealth Child Health Plus ورقم السجل الطبي.

ج - مسؤوليات الأعضاء

نحن ملتزمون بتزويدك برعاية صحية سريعة ولطيفة وعالية الجودة. يمكنك مساعدتنا على القيام بذلك عن طريق:

1. حمل دائمًا بطاقة هوية MetroPlusHealth Child Health Plus وبطاقة مزايا الصيدلة.
2. الحفاظ على المواعيد الخاصة بك والوصول إليها في الوقت المحدد. إذا كنت بحاجة إلى إلغاء موعد، فالرجاء القيام بذلك قبل 24 ساعة على الأقل، أو في أقرب وقت ممكن.
3. إخبار مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بأي تغيير في الحالة الطبية، مثل الحمل.
4. الحصول على التراخيص المسبقة والإحالات الكتابية عند الحاجة.
5. تذكر تجديد التصديق كل عام حتى تستمر عضويتك.
6. السماح لخدمات الأعضاء بمعرفة ما إذا كان عنوانك أو رقم هاتفك قد تغير.

د - الطوارئ والرعاية العاجلة

في حالة الطوارئ، اتصل بالرقم 911 واتبع التعليمات أو اذهب فورًا إلى أقرب غرفة طوارئ. فيما يلي بعض الأمثلة على حالات الطوارئ:

- كسر في العظام
 - مشكلات في التنفس
 - نوبات أو تشنجات
 - نزيف حاد
 - خطر فقدان الذراع أو الساق
 - جرعة زائدة من الأدوية
 - فقدان الوعي
 - الشلل
 - فقدان النطق
 - آلام الصدر الحادة
 - نوبة قلبية
 - سكتة دماغية
- إذا كنتِ حاملاً، فقد تشمل علامات حالة الطوارئ نزيحاً مهبلئاً أو ألمًا شديدًا في البطن أو تقلصات أو خروج الماء أو تسريبه.

ملاحظة: إذا ذهبت إلى غرفة الطوارئ (سواء كانت في مستشفى مشارك أم لا)، يجب عليك أنت أو أي شخص آخر الاتصال بقسم خدمات العملاء بحلول يوم العمل التالي على **1-800-303-9626**. سنخبر مقدم الرعاية الأولية الخاص بك عن زيارة غرفة الطوارئ حتى تتمكن من تلقي رعاية المتابعة المناسبة.

ليست حالة طارئة تمامًا - ولكنها عاجلة. المشكلة العاجلة خطيرة، لكن خدمات غرفة الطوارئ غير مطلوبة. بعض الأمثلة على المشكلات التي عادة ما تكون عاجلة وليست طارئة هي:

- إنفلونزا شديدة
- الحمى
- ألم الأذن

إذا كانت هناك مشكلة عاجلة أو لم تكن متأكدًا من خطورة المشكلة، فاتصل بمكتب مقدم الرعاية الأولية الخاص بك خلال ساعات العمل (8:30 صباحًا حتى 5:30 مساءً). سوف تحصل على موعد عاجل مع مقدم الرعاية الأولية أو سيخبرك أخصائي طبي عن الرعاية اللازمة.

ماذا لو كانت عيادة مقدم الرعاية الأولية مغلقة؟ لا داعي للقلق. اتصل بالخط الساخن للرعاية الصحية على مدار 24 ساعة على **1-800-442-2560**. امنح عامل الهاتف اسمك ورقم معرف Child Health Plus واسم مقدم الرعاية الأولية وموقع عيادة مقدم الرعاية الأولية. اشرح المشكلة. سوف نقوم بالتالي:

- نضعك على اتصال مباشر مع مقدم رعاية، أو
- نوجهك إلى أقرب غرفة طوارئ.

هـ - الحصول على الرعاية في المواقف الخاصة

إحالات إلى المتخصصين. لزيارة أخصائي، يجب أن تحصل أولاً على إحالة من مقدم الرعاية الأولية. يقرر مقدم الرعاية الأولية المتخصص الذي تحتاج إلى رؤيته ويملاً نموذج الإحالة. يتم إرسال نموذج الإحالة إلى المتخصص عن طريق الفاكس أو البريد أو يمكنك أخذ نسخة من النموذج إلى المتخصص. قد يساعدك مقدم الرعاية الأولية الخاص بك على تحديد موعد مع الاختصاصي. يقدم القسم 7 من عقد المشترك (الجزء الأول من هذا الكتيب) معلومات حول الوقت الذي يمكن أن يكون فيه أحد المتخصصين هو مقدم الرعاية الأولية الخاص بك وحول الإحالات الدائمة إلى المتخصصين ومراكز الرعاية المتخصصة.

إذا لم يكن لدينا متخصص في شبكة MetroPlusHealth يمكنه أن يقدم إليك الرعاية التي تحتاجها، فسند لك متخصصًا خارج الشبكة. قبل أن تتمكن من رؤية الاختصاصي، يجب أن يطلب طبيبك من

MetroPlusHealth إحتالتك. إذا كنت بحاجة إلى رؤية أخصائي على الفور، لأن لديك حالة طارئة، فلا يتعين على طبيبك الاتصال للحصول على إحالة.

للحصول على إحالة، يجب على طبيبك تقديم بعض المعلومات إلينا. بمجرد حصولنا على جميع المعلومات، سنقرر في غضون ثلاثة أيام عمل ما إذا كان يمكنك زيارة أخصائي خارج نطاق الشبكة. بيد أننا لن نستغرق في اتخاذ هذا القرار مدة تزيد على 14 يومًا من تاريخ حصولنا على طلبك. يمكنك أنت أو طبيبك طلب إجراء مراجعة عاجلة إذا كان طبيبك يشعر بأن التأخير سيسبب ضررًا خطيرًا لصحتك. وفي هذه الحالة، سنقرر ونوافقك بالرد في غضون 3 أيام عمل.

إذا كنت لا توافق على قرار MetroPlusHealth، فيمكنك تقديم التماس (انظر الصفحة 28 من هذا الكتيب لمعرفة كيفية القيام بذلك). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء MetroPlusHealth على **1-800-303-9626**.

في حال قيام مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك أو MetroPlusHealth بإحالتك إلى مقدم خدمات من خارج شبكتنا، فأنت غير مسؤول عن أي تكاليف باستثناء أي تكاليف مشتركة كما هو موضح في هذا الكتيب.

الإحالة الذاتية إلى خدمات النساء والتوليد. لا تحتاج إلى إحالة من مقدم رعاية أولية لتحديد موعد مع مقدم خدمات النساء والتوليد لدى MetroPlusHealth. قد يكون هذا المقدم طبيب توليد أو طبيبًا نسائيًا أو ممرضًا ممارسًا أو قابلة مرخصة.

اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والاستشارة ذات الصلة. جميع الاختبارات والاستشارات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية سرية. إذا كنت تريد أن تخضع للاختبار، فيمكنك زيارة مقدم خدمة لدى MetroPlusHealth. أو يمكنك الذهاب إلى برنامج اختبار مجهول بمدينة نيويورك أو ولاية نيويورك حيث ستعرف أنت فقط نتائج اختبارك. في كلتا الحالتين، لا تحتاجين إلى إحالة.

في حالة الحمل، قد تكونين أنت وطفلك مؤهلين للحصول على برنامج Medicaid. سنخبرك بكيفية معرفة ما إذا كانت هذه هي الحالة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-303-9626**.

الخدمات المتعلقة باستئصال الثدي. إذا أجريت لك عملية استئصال الثدي، فيمكنك تلقي الخدمات المتعلقة باستئصال الثدي بما في ذلك إعادة البناء والجراحة لتحقيق التناسق بين الثديين والأطراف الاصطناعية وعلاج المضاعفات الناتجة عن استئصال الثدي (بما في ذلك الوذمة اللمفية). لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-303-9626**.

و - مراجعة الانتفاع

مراجعة الانتفاع هي عملية تحديد ما إذا كانت الرعاية ضرورية من الناحية الطبية وسيتم التصريح أو الدفع لها من قبل MetroPlusHealth. يتاح فريق مراجعة الانتفاع الخاص بنا من الساعة 8:30 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة.

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-800-303-9626** أو يمكنك إرسال طلبك لمراجعة الانتفاع عن طريق الفاكس إلى **212-908-8521**. سيجيب ممثل خدمات الأعضاء عن أي استفسارات لديك عن العملية

وسيحول اتصالاتك إلى قسم مراجعة الانتفاع (UR)، عند الضرورة.

لدينا رقم خط ساخن للرعاية الصحية على مدى 24 ساعة هو **1-800-442-2560** لاستخدامه إذا احتجت إلى الحصول على مساعدة فورية في حل مشكلة طبية. سيجيب فريق مراجعة الانتفاع على رسالتك في يوم العمل التالي.

التصديق المسبق: تجب الموافقة على الخدمات التالية مسبقًا (مرخصة مسبقًا) من قبل مقدم الرعاية الأولية أو MetroPlusHealth، كما هو موضح.

يمكن لمقدمي الرعاية الأولية تفويض الإحالات إلى:

- الرعاية المتخصصة.
- المعدات الطبية المعيرة.
- الأشعة (بما في ذلك التصوير بالرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي المحوسب، وما إلى ذلك)
- الخدمات المختبرية.
- الرعاية المنزلية.
- فحص السمع.

يجب على مقدمي الرعاية الشخصية الحصول على إذن مسبق من MetroPlusHealth من أجل:

- الحصول على إحالة قائمة إلى أخصائي.
- دخول المستشفى الاختياري.
- إجراء اختياري للمرضى الخارجيين.
- إحالة إلى مقدم ليس في شبكة MetroPlusHealth.

عند طلب إذن مسبق، سيتم اتخاذ قرار مراجعة الانتفاع وإبلاغك (أو ممثل معين) ومقدم الرعاية الصحية الخاص بك في غضون ثلاثة أيام عمل بعد أن تتلقى MetroPlusHealth المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار. **قرار مراجعة الانتفاع الحالي:** عندما يُطلب الإذن لمواصلة أو توسيع العلاج المصرح به الذي تتلقاه حاليًا، سيتم اتخاذ قرار وإبلاغ مقدم الرعاية الصحية الخاص بك عن طريق الهاتف والكتابة في غضون يوم عمل واحد بعد تلقينا المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار.

بعد تقديم الخدمة: عندما تتعلق مراجعة الانتفاع بالدفع مقابل الخدمات المستلمة بالفعل، سيتم اتخاذ القرار وإبلاغ المقدم كتابيًا في غضون ثلاثين يومًا بعد استلام جميع المعلومات الضرورية.

إخفاق MetroPlusHealth في اتخاذ قرار مراجعة الانتفاع الأولي خلال الفترة الزمنية المطلوبة سيعد قرارًا سلبيًا خاضعًا للالتماس.

إشعار بالقرار السلبي: إذا قررت MetroPlusHealth أن الخدمات التي يتم طلب الإذن أو الدفع لها هي أو لم تكن ضرورية من الناحية الطبية، فسنذكر أسباب القرار ونوضح كيف يمكنك أنت أو مقدم الخدمة الالتماس إذا لم تكن راضيًا.

إعادة النظر والالتامسات: إذا قررنا عدم التصريح بالخدمات التي يوصي بها مقدم الرعاية الصحية الخاص بك ولم نتحدث إلى هذا المقدم، فيمكن للمقدم أن يطلب منا إعادة النظر في القرار. سنتم إعادة النظر في غضون يوم عمل واحد من الطلب. يمكن التماس القرارات السلبية. راجع القسم 11 في الجزء الأول من هذا الكتيب (عقد المشترك) للحصول على معلومات حول طعون MetroPlusHealth UR والالتامسات الخارجية لولاية نيويورك.

يجوز لشركة MetroPlusHealth عكس خدمة العلاج المصرح بها مسبقاً، أو الإجراء بأثر رجعي، (1) عندما تكون المعلومات الطبية ذات الصلة المقدمة إلينا مختلفة مادياً عن المعلومات التي تم تقديمها أثناء مراجعة التفويض المسبق؛ و(2) كانت المعلومات الطبية ذات الصلة المقدمة إلينا عند المراجعة بأثر رجعي موجودة في وقت التفويض المسبق ولكن تم حجبها أو عدم إتاحتها لنا؛ و(3) لم نكن على علم بوجود المعلومات في وقت مراجعة التفويض المسبق؛ و(4) إذا كنا على علم بهذه المعلومات، فلن يتم التصريح بالعلاج أو الخدمة أو الإجراء المطلوب. يجب أن يتم التحديد باستخدام نفس المعايير أو المعايير أو الإجراءات المحددة المستخدمة أثناء مراجعة التفويض المسبق.

ز - الحصول على المساعدة من خدمات الأعضاء

يعمل ممثلو خدمات الأعضاء لدى MetroPlusHealth على تقديم المساعدة إليك. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى أو تحتاج فقط إلى معلومات، فاتبع الخطوات التالية:

1. اتصل بخدمات الأعضاء من الاثنين إلى السبت من 8 صباحاً إلى 8 مساءً باستخدام الرقم المجاني **1-800-303-9626**. سيساعدك ممثل خدمات الأعضاء على حل المشكلة أو توفير المعلومات التي تحتاجها.
2. يمكنك أيضاً الاتصال خارج ساعات العمل بخصوص إحدى مشكلات خدمة الأعضاء التي تعتقد أنه لا يمكنها الانتظار. سيرد الجهاز على مكالمتك ويخبرك بالمعلومات التي يجب توفيرها. سيتصل بك أحد ممثلي خدمات الأعضاء شخصياً في يوم العمل التالي.
3. إذا كانت لديك مشكلة لم يتم حلها عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء، فيمكنك تقديم شكوى رسمية إلينا أو تقديم شكوى إلى دائرة الصحة بولاية نيويورك. (راجع القسم 11 للحصول على معلومات حول كيفية القيام بذلك.)

بينما سيحاول ممثلو خدمة الأعضاء دائماً مساعدتك على حل مشكلاتك ومخاوفك، يجب عليك دائماً الاتصال بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك أولاً بشأن أي مشكلات طبية.

د - مساعدة الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية والذين يعانون من ضعف في السمع أو الرؤية

بالإضافة إلى اللغة الإنجليزية، يتوفر هذا الكتيب باللغة الإسبانية. كما أنه متوفر بلغة برايل وشريط صوتي.

يسرد دليل المقدم لدينا اللغات التي يتحدث بها مقدمو الخدمة بالإضافة إلى اللغة الإنجليزية. تتوفر خدمات المترجم الفوري في العديد من مواقع المقدمين لدينا. لدينا ممثلو خدمة الأعضاء الذين يمكنهم مساعدتك باللغات الإسبانية والكريولية الهايتية والروسية والصينية. إذا لزم الأمر، فسنترب خدمات الترجمة من خلال ATT Language Bank.

يمكن للأعضاء ضعاف السمع الذين لديهم إمكانية الوصول إلى جهاز TDD الاتصال بـ **1-800-881-2812** لطرح الأسئلة.

يمكنك المساعدة على منع الاحتيال في مجال الرعاية الصحية. قم بحماية بطاقة تعريف خطة MetroPlus Health Plan الخاصة بك كما تفعل مع بطاقة الائتمان البنكية. كن حذرًا بشأن إعطاء رقم هويتك للغرباء. يمكن لأي شخص استخدام بطاقتك لممارسة الاحتيال. إذا فقدت بطاقة الهوية الخاصة بك أو سُرقت، فاتصل بخدمات أعضاء MetroPlusHealth على الفور. أيضًا، إذا تلقيت فاتورة للخدمات التي يجب أن تدفعها MetroPlusHealth، فاتصل بخدمات الأعضاء.

ي - مكتب السلوك الطبي المهني

يمكنك الاتصال بمكتب ولاية نيويورك للسلوك الطبي المهني إذا كانت لديك أسئلة حول ترخيص مقدم الخدمة الخاص بك. اتصل على الرقم المجاني 1-800-663-6114 من الاثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً.

ك - مساهمات الأعضاء في سياسات وإجراءات الخطة

نرحب بأفكارك حول كيفية تحسين خطة MetroPlus Health Plan. لتقديم اقتراحاتك إلينا، يرجى الاتصال بـ 1-800-303-9626 أو مراسلتنا على:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

عناية: قسم خدمات الأعضاء

ل - طرق الدفع لمقدم الخدمة

تدفع MetroPlusHealth مقابل الخدمات بطريقتين. للرعاية الأولية، ندفع مبلغًا ثابتًا كل شهر لكل عضو في MetroPlusHealth. لا يتأثر المبلغ بعدد المرات التي تزور فيها مقدم الرعاية الأولية أو عدد خدمات الرعاية الأولية التي تتلقاها. بالنسبة إلى جميع الخدمات الأخرى، تتم محاسبتنا من قبل المقدم مقابل الخدمات المقدمة بالفعل وندفع بالأسعار المحددة في عقودنا. نحن لا نستخدم عمليات الاستقطاع أو مشاركة الأرباح أو طرق الدفع الأخرى التي قد تشجع الأطباء على تقديم خدمات أقل.

م - معلومات أخرى متاحة لك عند الطلب

المعلومات التالية متاحة لك. لطلبها، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-303-9626.

- أسماء و عناوين مسؤولي ومديري MetroPlusHealth.
- نسخة من أحدث بيان مالي سنوي لدينا.
- معلومات شكاوى عملاء قسم التأمين.
- إجراءات حماية سرية MetroPlusHealth.
- قائمة الأدوية التي سندفع ثمنها.
- وصف لما نقوم به لضمان جودة الرعاية.
- وصف للطريقة التي نقرر بها الموافقة على أي عقاقير أو أجهزة أو علاجات تجريبية أو استقصائية.

- معلومات عن فروع مستشفى MetroPlusHealth لمقدمي الرعاية الصحية لدينا.
- مدونة MetroPlusHealth معايير طبية مكتوبة للرعاية لمرض معين أو مشكلة طبية (بناءً على طلب كتابي).
- إجراءات التقديم والحد الأدنى من المؤهلات لمقدمي الرعاية الصحية ليصبحوا مقدمي خدمات لدى MetroPlusHealth.
- معلومات إضافية عن التوجيهات المسبقة.

ن - ميثاق حقوق أعضاء METROPLUSHEALTH

يمنح ميثاق حقوق عضو خطة MetroPlus Health Plan للأعضاء الذين يتلقون الرعاية في أي مركز صحي مشارك الحقوق التالية:

1. الحق في المعاملة باحترام وكرامة واحترام، بغض النظر عن حالتك الجسدية والعاطفية.
2. الحق في الحصول على معلومات كاملة فيما يتعلق بالتشخيص والعلاج والنتيجة بلغة يفهمها.
3. الحق في معرفة اسم ولقب ووظيفة أي شخص مشارك في رعايتك، بالإضافة إلى معلومات حول مؤهلاته المهنية.
4. الحق في الحصول على المعلومات الضرورية من أجل إعطاء الموافقة المسبقة قبل بدء أي إجراء أو علاج (باستثناء حالات الطوارئ التي يتعذر فيها الحصول على الموافقة المسبقة).
5. الحق في رفض العلاج إلى الحد الذي يسمح به القانون، وفي أن تكون على علم بأي مشكلات طبية قد تواجهك بسبب نقص العلاج.
6. الحق في تلقي الرعاية الطبية الطارئة اللازمة عند وصولك إلى غرفة الطوارئ.
7. الحق في الحصول على رعاية وعلاج سريين وفي الحفاظ على سرية جميع سجلاتك الطبية باستثناء ما ينص عليه القانون.
8. الحق في أن يخبرك الطبيب، أو من ينوب عنه، بأي احتياجات رعاية صحية خاصة قد تكون لديك بعد خروجك أو نقلك.
9. الحق في رفض المشاركة في البحث و/أو أي علاج تجريبي كجزء من رعايتك أو علاجك ما لم تكن لديك المعرفة الكاملة والموافقة.
10. الحق في تلقي العلاج دون تمييز على أساس السن أو العرق أو اللون أو الدين أو نوع الجنس أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي.
11. الحق في إبداء شكوى كتابية أو رفعها دون خوف من الانتقام.
12. الحق في تنفيذ القرارات حسب طلبك في التوجيه المسبق.

أرقام الهواتف المهمة

للحصول على مساعدة من خدمات أعضاء MetroPlusHealth اتصل بالرقم 1-800-303-9626
(TDD: 1-800- 881-2812)

إذا كان لديك سؤال أو شكوى أو كنت بحاجة إلى مساعدة من أنواع أخرى، فاتصل بخدمات أعضاء MetroPlusHealth (مجاناً) من 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً من الاثنين حتى السبت.

[ب] الرعاية الصحية خلال ساعات العمل (من 8:30 صباحاً إلى 5:30 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة)

لتحديد موعد أو تغييره، أو إذا كانت لديك أسئلة حول صحتك أو علاجك الطبي، فاتصل بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. اكتب أرقام هواتف مقدمي الخدمة هنا:

الاسم	رقم الهاتف
مقدم الرعاية الأولية:	
أمراض النساء والولادة:	
غير ذلك:	
غير ذلك:	

خارج ساعات العمل العادية، اتصل بالخط الساخن للرعاية الصحية على مدار 24 ساعة:
1- 800-442-2560

إذا كنت بحاجة إلى رعاية صحية بعد ساعات العمل أو في عطلات نهاية الأسبوع، فاتصل بالخط الساخن للرعاية الصحية على مدار 24 ساعة (مجاناً). سيقوم موظفو الخط الساخن بتوصيلك بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك، أو إذا تعذر الوصول إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، فسوف يقوم مقدم خدمة MetroPlus Health آخر يعمل مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك ويمكنه مساعدتك.

خدمات الطوارئ

في حالة الطوارئ، اتصل بالرقم 911 واتبع التعليمات أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ. حالة الطوارئ وخدمات الطوارئ معرّفة في الصفحة 2.

مراجعة الانتفاع لدى MetroPlusHealth

لمراجعة قرار بأن العلاج ليس ضروريًا من الناحية الطبية، اتصل بخدمات الأعضاء على
1-800-303-9626. سيجيب ممثل خدمات الأعضاء عن أي استفسارات لديك عن العملية وسيحول
اتصالك إلى قسم مراجعة الانتفاع (UR)، عند الضرورة.

الخط الساخن للشكاوى التابع لدائرة الصحة بولاية نيويورك: 1-800-206-8125



عزيزي عضو خطة MetroPlusHealth،

لعلك تتساءل مثل الكثيرين اليوم حول ما يحدث في المعلومات الشخصية التي تحصل عليها خطتك الصحية. يخبرك إشعار ممارسات الخصوصية التالي بحقوق الخصوصية الخاصة بك والمعلومات الشخصية التي تجمعها خطة MetroPlus Health Plan وما نفعله بهذه المعلومات والخطوات التي نتخذها للحفاظ على سريتها وأمانها.

إن التزام شركتنا بخصوصية العملاء ليس أمرًا حديث العهد عليها. فقد وضع أعضاء خطة MetroPlusHealth ثقتهم فينا بتقديمهم إلينا معلوماتهم الشخصية طوال عملنا في المجال. ونحن نقدر هذه الثقة ونضطلع بمسؤوليتنا لحماية خصوصيتك على محمل الجد.

نرجو منك قراءة إشعارات الخصوصية بعناية. ولست مطالب بالرد عليها. ومع ذلك، فإذا كانت لديك أي أسئلة، فسيعدنا الرد عليها. الرجاء الاتصال على قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-303-9626 (الهاتف النصي 1-800-881-2812 TTY).

مع خالص التقدير،

MetroPlus Health Plan

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

الموقع الإلكتروني: www.metroplus.org

هاتف عام: 1-800-303-9626

الهاتف النصي: 711

البريد الإلكتروني: PrivacyOfficer@metroplus.org



معلوماتك.

حقوقك.

مسؤولياتنا.

يوضح هذا الإشعار كيف سيتم استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك والإفصاح عنها وكذلك كيفية الحصول على حق الوصول إلى هذه المعلومات. لذا نرجو منك مراجعته بعناية.

حقوقك

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، تكون لديك حقوق مُحدّدة. يشرح هذا الجزء حقوقك وبعضًا من مسؤولياتنا فيما يتعلق بمساعدتك.

- يمكنك طلب الاطلاع على السجلات الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بك وغيرها من المعلومات الصحية لدينا عنك أو الحصول على نسخة منها. اسألنا كيف تفعل ذلك.
- سنقدم لك نسخة أو ملخصًا للسجلات الصحية والمطالبات الخاصة بك، ويكون ذلك عادةً في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديم الطلب. سنقوم بتحصيل رسوم قدرها 0.75 دولار أمريكي (75 سنتًا) لكل صفحة من النسخ التي تطلبها.

الحصول على نسخة من
السجلات الصحية وسجلات
المطالبات الخاصة بك

- يمكنك أن تطلب منا تصحيح السجلات الصحية وسجلات المطالبات إذا كنت تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة. اسألنا كيف تفعل ذلك.
- يجوز لنا "رفض" طلبك، لكننا سنخبرك بسبب الرفض كتابةً خلال 60 يومًا.

طلب تصحيح السجلات الصحية
وسجلات المطالبات

- يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة مُحدّدة (على سبيل المثال، عن طريق هاتف المنزل أو هاتف العمل) أو إرسال البريد إلى عنوان مختلف.
- سننظر في جميع الطلبات المعقولة، ويجب أن "نوافق" إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إن لم نُقم بذلك.

طلب إجراء الاتصالات بشكل
سري

يستكمل في الصفحة التالية

- طلب تقديم ما نستخدمه أو نشاركه
- يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام معلومات صحية مُحدّده أو مشاركتها لأغراض العلاج، أو السداد، أو العمليات الخاصة بنا.
- إننا لسنا مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد "نرفض" ذلك، إذا كان سيؤثر على رعايتك.

- الحصول على قائمة بالجهات التي شاركنا المعلومات معها
- يمكنك أن تطلب الحصول على قائمة (بيان كيفية التصرف) بالمرات التي شاركنا فيها معلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل التاريخ الذي قدّمت فيه الطلب، ومع من تمت مشاركتها، ولماذا.
- سنقوم بإرفاق جميع حالات الإفصاح باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج، والسداد، وعمليات الرعاية الصحية، وبعض حالات الإفصاح الأخرى (مثل أي حالات إفصاح أخرى طلبت منا تقديمها). سنقدم بياناً واحداً بكيفية التصرف مجاناً كل عام، ولكننا سنفرض رسوماً معقولة على أساس التكلفة إذا طلبت الحصول على بيان آخر خلال 12 شهراً.
- لطلب إجراء الاتصالات بشكلٍ سري، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم: 1-800-303-9626 (الهاتف النصي: 711). يجب أن تكون الطلبات المتعلقة بتغيير هذا النوع من طلبات إجراء الاتصالات بشكلٍ سري أو تعديله مكتوبة ويجب إرسالها إلى العنوان الوارد أدناه.

- الحصول على نسخة من إشعار الخصوصية هذا
- يمكنك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً. سنقدّم لك نسخة ورقية على الفور. يمكنك الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت من خلال الاتصال على قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-303-9626 (الهاتف النصي: 711).

- اختيار شخص يتصرف نيابة عنك
- إذا أعطيت شخصاً ما توكيلاً طبيياً أو إذا كان هناك شخص ما يمثل الوصي القانوني بالنسبة لك، فإنه يمكن لذلك الشخص ممارسة الحقوق واتخاذ القرارات الخاصة بك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية.
- سنتأكد من أن الشخص لديه هذه السلطة ويمكنه التصرف نيابة عنك قبل اتخاذ أي إجراء.

- التقدّم بشكوى إذا شعرت أنه قد تم انتهاك حقوقك
- يمكنك تقديم شكوى إذا شعرت بأننا انتهكنا حقوقك من خلال الاتصال بنا باستخدام المعلومات الواردة في الصفحة 1.
- يمكنك تقديم شكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية من خلال إرسال خطاب إلى العنوان التالي: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال على الرقم: 1-877-696-6775 أو زياره الموقع الإلكتروني: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. لن نقوم بممارسة أي تصرف انتقامي ضدك بسبب تقديمك للشكوى.

يستكمل في الصفحة التالية

حقوقك (تابع)

الأعضاء السابقون

- إذا انتهت عضويتك في خطة MetroPlusHealth، فستظل المعلومات الخاصة بك محمية وفقاً للسياسات والإجراءات التي تسري على الأعضاء الحاليين.

اختيارك

فيما يتعلق بمعلومات صحية معينة، يمكنك إخبارنا باختيارك بشأن ما نقوم بمشاركته. إذا كانت لديك تفضيلات واضحة فيما يتعلق بكيفية مشاركة معلوماتك في المواقف الموضحة أدناه، فتحدث إلينا بشأن ذلك. أخبرنا بما تريد منا أن نقوم به، وسنتبع تعليماتك.

- مشاركة المعلومات مع أسرتك، أو أصدقائك المقربين، أو غيرهم من المشاركين في دفع تكاليف رعايتك.
 - مشاركة المعلومات في حالة الإغاثة في حالات الكوارث.
- إذا لم تكن قادرًا على إخبارنا بما تفضله، على سبيل المثال إذا كنت فاقداً للوعي، فيجوز لنا أن نمضي قدمًا ونشارك معلوماتك إذا كنا نعتقد أن ذلك في مصلحتك. يجوز لنا أيضًا مشاركة معلوماتك عند الحاجة للحد من تأثير تهديد خطير ووشيك للصحة أو السلامة.

- في هذه الحالات، لا نشارك معلوماتك أبدًا ما لم تمنحنا إذنًا مكتوبًا:
- الأغراض التسويقية
- بيع المعلومات الخاصة بك

الاستخدامات وحالات الإفصاح

كيف نقوم عادة باستخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ عادة ما نستخدم معلوماتك الصحية أو نشاركها بالطرق التالية.

- المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تحصل عليه
 - يمكننا استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها مع المتخصصين الذين يعالجونك.
 - المنتجات أو البرامج المتعلقة بالصحة: يجوز لـ MetroPlusHealth تقديم معلوماتك المتعلقة بالعلاجات ومنتجات البرامج والخدمات الطبية.
- مثل: يرسل لنا الطبيب معلومات حول تشخيص حالتك وخطة العلاج الخاصة بك حتى نتمكن من ترتيب خدمات إضافية.

يستكمل في الصفحة التالية

- تخضع المعلومات المُقدَّمة لك لأي قيود مفروضة بموجب القانون.
- تذكيرات: قد تستخدم MetroPlusHealth المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك وتفصح عنها (على سبيل المثال، عن طريق الاتصال بك، أو إرسال رسالة نصية إليك، أو إرسال خطاب لك) لتذكيرك بموعد تلقي العلاج، أو بأنه قد حان الوقت لتحديد موعد للفحص الطبي العام المنتظم، أو لتلقي اللقاحات، أو لتقديم معلومات عن البدائل العلاجية ("الخيارات") أو غير ذلك من الخدمات والمزايا ذات الصلة بالصحة التي قد تكون مهمة بالنسبة لك.

- | | |
|---|---|
| <p>إدارة مؤسستنا</p> <ul style="list-style-type: none">• يمكننا استخدام معلوماتك ومشاركتها لإدارة مؤسستنا والاتصال بك عند الضرورة.• لا يُسمح لنا باستخدام المعلومات الوراثية لتقرير ما إذا من أجلك. يجوز لقسم إدارة الجودة في MetroPlusHealth استخدام معلوماتك الصحية للمساعدة في تحسين جودة البرامج، والبيانات، والعمليات التجارية الخاصة بالخطة. وكمثال على ذلك، يجوز لموظفي قسم إدارة الجودة لدينا أو المراجعين من المرضى المتعاقدين معنا مراجعة سجلك الطبي لتقييم جودة الرعاية المُقدَّمة لك ولجميع أعضاء الخطة. | <p>إدارة مؤسستنا</p> <ul style="list-style-type: none">• يمكننا استخدام معلوماتك ومشاركتها لإدارة مؤسستنا والاتصال بك عند الضرورة.• لا يُسمح لنا باستخدام المعلومات الوراثية لتقرير ما إذا من أجلك. يجوز لقسم إدارة الجودة في MetroPlusHealth استخدام معلوماتك الصحية للمساعدة في تحسين جودة البرامج، والبيانات، والعمليات التجارية الخاصة بالخطة. وكمثال على ذلك، يجوز لموظفي قسم إدارة الجودة لدينا أو المراجعين من المرضى المتعاقدين معنا مراجعة سجلك الطبي لتقييم جودة الرعاية المُقدَّمة لك ولجميع أعضاء الخطة. |
|---|---|

يستكمل في الصفحة التالية

ما الطرق الأخرى التي يمكننا من خلالها استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها؟ يُسمح لنا أو يُطلب منا مشاركة معلوماتك بطرق أخرى - ويكون ذلك عادةً بطرق تساهم في خدمة الصالح العام، مثل الصحة العامة وأنشطة الأبحاث. يجب علينا أن نستوفي العديد من الشروط التي يفرضها القانون حتى نتضمن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

إدارة خطتك	يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية لراعي خطتك الصحية لأغراض إدارة الخطة.	مثال: تتعاقد شركتك معنا لتقديم خطة صحية، ونقوم من جانبنا بتزويد شركتك بإحصائيات معينة لتوضيح ما يتعلق بالأقساط التي نتقاضاها.
الدفع مقابل الخدمات الصحية	يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والإفصاح عنها بينما نقوم مثال: نقوم بمشاركة معلوماتك مع بالدفع مقابل الخدمات الصحية التي تتلقاها.	خطة علاج الأسنان الخاصة بك تنسيق الدفع مقابل خدمات علاج لأسنان التي تحصل عليها.
توفير رعاية عالية الجودة وتقديم الخدمات بكفاءة	تشارك MetroPlusHealth في أنشطة تبادل المعلومات الصحية التي تديرها مؤسسة Healthix. مؤسسة Healthix هي منظمة غير ربحية تشارك المعلومات حول صحة الأشخاص إلكترونياً، وتقي بمعايير الخصوصية والأمان لقانون Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة) وقانون ولاية نيويورك. يهدف هذا الإشعار لإبلاغ مرضانا أنه كجزء من المشاركة في خدمات مؤسسة Healthix، فإن MetroPlusHealth تقوم بإرسال/تحميل المعلومات الصحية المحمية الخاصة بمرضانا إلى Healthix إلكترونياً.	بالإضافة إلى ذلك، يُسمح لبعض الموظفين في MetroPlusHealth بالوصول إلى معلومات المرضى من خلال Healthix وفقاً لقواعد الموافقة المعمول بها. تُمنح الموافقة على الوصول إلى Healthix عادةً على أساس كل مؤسسة على حدة. ورغم ذلك، فإن المرضى لديهم خيار رفض منح الوصول إلى جميع المؤسسات في Healthix. إذا كنت مهتماً برفض الموافقة لجميع مؤسسات Healthix للوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية، فيمكنك القيام بذلك عن طريق زيارة موقع Healthix على الويب www.healthix.org أو الاتصال بـ Healthix على الرقم 877-695-4749. تأتي المعلومات المتوفرة في Healthix عن المرضى من الأماكن التي قَدِّمت الرعاية الطبية أو من خلال معلومات التأمين الصحي (المطالبات). قد تشمل مصادر البيانات هذه المستشفيات، والأطباء، والصيديات، والمختبرات السريرية، وشركات التأمين الصحي، وبرنامج Medicaid، والمؤسسات الأخرى التي تتبادل المعلومات الصحية إلكترونياً. تتوفر قائمة مُحدّثة بمصادر البيانات تلك من خلال Healthix. يمكن للمرضى الحصول على قائمة مُحدّثة في أي وقت من خلال زيارة الموقع الإلكتروني: www.healthix.org أو عن طريق الاتصال بالرقم: 1-877-695-4749.

يستكمل في الصفحة التالية

<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية في مواقف معينة، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ الوقاية من الأمراض. ○ الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية المضادة. ○ الإبلاغ عن الحالات المشتبه بها فيما يتعلق بسوء المعاملة، أو الإهمال، أو العنف المنزلي. ○ الوقاية من أو الحد من تهديد خطير لصحة أو سلامة أي شخص. 	<p>المساعدة في قضايا الصحة والسلامة العامة</p>
<p>يمكننا استخدام المعلومات الخاصة بك أو مشاركتها من أجل إجراء الأبحاث الصحية.</p>	<p>إجراء البحوث</p>
<p>سنشارك معلوماتك إذا كانت قوانين الولاية أو القوانين الفيدرالية تتطلب ذلك، بما في ذلك مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية إذا أرادت التأكد من أننا نلتزم بقانون الخصوصية الفيدرالي.</p>	<p>الالتزام بالقانون</p>
<p>يمكننا استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ من أجل مطالبات تعويض العمال ○ لأغراض إنفاذ القوانين أو مع أحد مسؤولي إنفاذ القوانين ○ مع مؤسسات المراقبة على الصحة المخولة بموجب القانون ○ من أجل المهام الحكومية الخاصة، مثل الخدمات العسكرية، والأمن القومي، وخدمات الحماية الرئاسية 	<p>معالجة الأمور المتعلقة بتعويض العمال، وإنفاذ القوانين، وغيرها من الطلبات الحكومية الأخرى</p>
<p>يمكننا مشاركة معلوماتك الصحية استجابة لأمر محكمة، أو أمر إداري قانوني، أو استجابة لأمر استدعاء</p>	<p>الاستجابة للدعوى القضائية والإجراءات القانونية</p>
<p>يجب أن تمثل MetroPlusHealth لقوانين ولاية نيويورك الإضافية التي تتضمن مستوى أعلى من الحماية للمعلومات الشخصية، خاصة المعلومات المتعلقة بحالات أو علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ والصحة العقلية؛ واضطرابات تعاطي المخدرات؛ وتنظيم الأسرة.</p>	<p>قوانين ولاية نيويورك بشأن حالات الإفصاح عن أنواع معينة من المعلومات</p>

يستكمل في الصفحة التالية

- إننا مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية وأمن معلوماتك الصحية المحمية.
- سنخبرك على الفور إذا حدث خرق قد يعرض خصوصية أو أمن معلوماتك للخطر.
- يجب علينا اتباع الواجبات وممارسات الخصوصية الموضحة في هذا الإشعار وتزويدك بنسخة منها.

لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها بخلاف ما ورد هنا ما لم تخبرنا بذلك كتابةً. إذا أردت إخبارنا بأنه يمكننا القيام بذلك، فيمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أخبرنا بذلك كتابةً إذا غيرت رأيك.

للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

إدخال تغييرات على بنود هذا الإشعار

يمكننا تغيير بنود هذا الإشعار، وستنطبق هذه التغييرات على جميع المعلومات التي بحوزتنا عنك. سيكون الإشعار الجديد متاحاً بناءً على طلبك، وعلى موقعنا الإلكتروني، وسنرسل إليك نسخة عبر البريد.

يسري هذا الإشعار اعتباراً من 19 يوليو 2022.

معلومات اتصال مسؤول الخصوصية

إذا كانت لديك أسئلة حول ممارسات الخصوصية لدينا، أو إذا كنت تود تقديم شكوى، أو ممارسة حقوقك الموضحة أعلاه، فيُرجى التواصل مع:

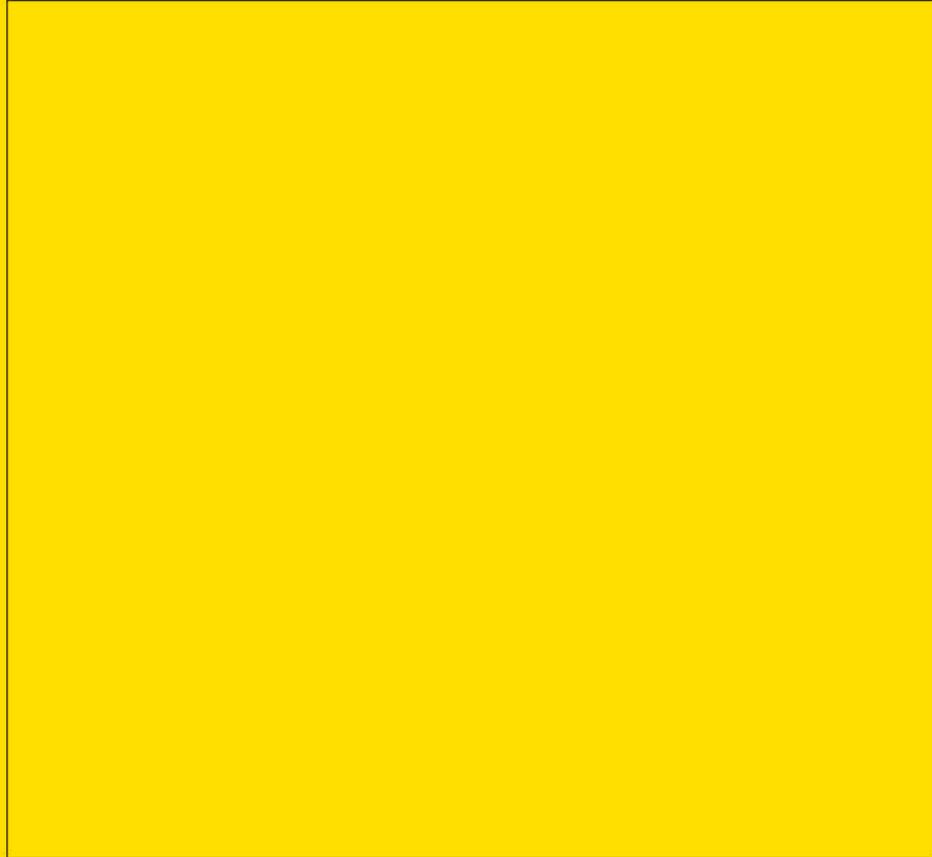
خدمات العملاء – MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- هاتف عام: 1-800-303-9626، 7 أيام في الأسبوع من 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً
- أعضاء Medicare: 1-866-986-0356، 7 أيام في الأسبوع من 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً
- الهاتف النصي: 711
- البريد الإلكتروني: PrivacyOfficer@metroplus.org



50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004



MetroPlusHealth Customer Services:

 **800.303.9626 (TTY: 711)**
After Hours: 800.442.2560

 **metroplus.org**

 **Hours Of Operation:**
Monday to Friday, 8am - 8pm |
Saturday, 9am - 5pm