**[لغة دليل العضو القياسي لـBADGERCARE PLUS و MEDICAID SSI]**

[STANDARD MEMBER HANDBOOK LANGUAGE FOR BADGERCARE PLUS AND MEDICAID SSI]

**خدمات الترجمة الفورية**

[Note to HMO: The Member Handbook must contain taglines of prevalent non-English languages spoken by members as well as large print, explaining that written translation or oral interpretation of the document is available to the member free of charge. Sample taglines are provided at:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx>]

*[Insert applicable non-English taglines here.]*

[Note to HMO: The Member Handbook must also include a large print tagline with information on how to request auxiliary aids and services, including the provision of the materials in alternative formats.]

*[Name of HMO program]*:

* توفر الخدمات والمساعدات المجانية للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل:
	+ تسجيل مترجمي اللغة
	+ توفير المعلومات المكتوبة في صيغة مطبوعة كبيرة أو مسموعة أو صيغ يمكن الوصول إليها إلكترونيًا
* توفير خدمات الترجمة المجانية للأشخاص الذين لغتهم الرئيسية ليست الإنجليزية، مثل:
	+ المترجمون الفوريون
	+ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة لهذه الخدمات، اتصل بـ *[Name of entity or of contact at HMO]* على رقم *[800-xxx-xxxx]*.

**جدول المحتويات**

[أرقام هاتف مهمة لـ *[HMO PROGRAM NAME]* 4](#_Toc146950156)

[أرقام هاتف مهمة أخرى 5](#_Toc146950157)

[مرحبًا بك في برنامج *[HMO]* 6](#_Toc146950158)

[**استخدام بطاقة عضوية *[HMO]* الخاصة بك** **6**](#_Toc146950159)

[**استخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك** **6**](#_Toc146950160)

[**استخدام دليل مقدمي الخدمة** **7**](#_Toc146950161)

[**اختيار مقدم الرعاية الأولية** **7**](#_Toc146950162)

[**مناقشات الأعضاء الجدد فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية** **8**](#_Toc146950163)

[الحصول على الرعاية التي تحتاجها 8](#_Toc146950164)

[**الرعاية في حالات الطوارئ** **8**](#_Toc146950165)

[**الرعاية العاجلة** **9**](#_Toc146950166)

[**الرعاية المتخصصة** **9**](#_Toc146950167)

[**الرعاية أثناء الحمل والولادة** 9](#_Toc146950168)

[**خدمات الصحة عن بعد** **10**](#_Toc146950169)

[**اهتم عندما تكون بعيدًا عن المنزل** **10**](#_Toc146950170)

[متى قد يتم إصدار فاتورة لك مقابل الخدمات 10](#_Toc146950171)

[**الخدمات المغطاة وغير المغطاة** **10**](#_Toc146950172)

[**السداد المشترك** **11**](#_Toc146950173)

[الخدمات التي يغطيها *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 11](#_Toc146950174)

[الخدمات التي يغطيها *[HMO]* 13](#_Toc146950175)

[**خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات** **13**](#_Toc146950176)

[**خدمات تنظيم الأسرة** **14**](#_Toc146950177)

[**خدمات HealthCheck** **14**](#_Toc146950178)

[**خدمات طب الأسنان** **15**](#_Toc146950179)

[الخدمات المغطاة بواسطة برنامج FORWARDHEALTH. 16](#_Toc146950180)

[**خدمات العلاج السلوكي (التوحد).** **16**](#_Toc146950181)

[**خدمات تقويم العمود الفقري** **17**](#_Toc146950182)

[**خدمات النقل** **17**](#_Toc146950183)

[**مزايا صرف الأدوية** **17**](#_Toc146950184)

[الخدمات غير المغطاة *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]* 18](#_Toc146950185)

[الخدمات أو الإعدادات البديلة 18](#_Toc146950186)

[الحصول على مشورة طبية ثانية 18](#_Toc146950187)

[إدارة الرعاية (التنسيق) 18](#_Toc146950188)

[استكمال التوجيه المسبق، أو وصية المآل، أو توكيل للرعاية الصحية (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) 19](#_Toc146950189)

[العلاجات والخدمات الجديدة 19](#_Toc146950190)

[التأمينات الأخرى 19](#_Toc146950191)

[في حالة الانتقال 20](#_Toc146950192)

[التغييرات في تغطية MEDICAID الخاصة بك 20](#_Toc146950193)

[إعفاءات HMO 20](#_Toc146950194)

[تقديم تظلم أو استئناف 20](#_Toc146950195)

[**التظلمات** **20**](#_Toc146950196)

[**الاستئنافات** **21**](#_Toc146950197)

[**جلسات الاستماع العادلة** **23**](#_Toc146950198)

[حقوقك 24](#_Toc146950199)

[مسؤولياتك 26](#_Toc146950200)

[إنهاء عضويتك في *[HMO]* 26](#_Toc146950201)

[الاحتيال وإساءة المعاملة 27](#_Toc146950202)

# أرقام هاتف مهمة لـ *[HMO PROGRAM NAME]*

1. **كيفية التواصل مع خدمة عملاء *[HMO]***

 رقم الهاتف: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

800-xxx-xxxx :TDD/TTY

**اتصل بخدمة العملاء في حال:**

* كان لديك أي استفسارات حول عضوية *[HMO]* الخاصة بك
* كان لديك أي استفسارات حول الحصول على الرعاية
* تحتاج للمساعدة في اختيار طبيب الرعاية الأولية أو مقدم خدمة آخر
* تحتاج للمساعدة في الحصول على بطاقة عضوية *[HMO]* جديدة
* المساعدة في الحصول على نسخة ورقية من دليل مقدموا خدمات *[HMO]*
* إذا تمت إضافة فاتورة على حسابك بخدمة لم توافق عليها

جميع الاتصالات لهذا الرقم مجانية. تتوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للمتحدثين الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية.

1. **محامي أعضاء *[HMO]***

 رقم الهاتف: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

800-xxx-xxxx :TDD/TTY

**يمكنك الاتصال بمحام الأعضاء في حالة:**

* احتجت للمساعدة في حل المشكلات المتعلقة بالحصول على الرعاية
* احتجت للمساعدة في تقديم شكوى أو تظلم
* احتجت للمساعدة في طلب استئناف أو مراجعة قرار صدر عن *[HMO]*

جميع الاتصالات لهذا الرقم مجانية. تتوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للمتحدثين الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية.

1. **رقم الطوارئ الخاصة بـ *[HMO]***

 رقم الهاتف: 800-xxx-xxxx يمكنك الاتصال على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع

800-xxx-xxxx :TDD/TTY

**اتصل بهذا الرقم إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بعد انتهاء ساعات العمل أو إذا كنت تشك في أنك تعاني من عرض طبي طارئ.**

جميع الاتصالات لهذا الرقم مجانية. تتوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للمتحدثين الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية.

**إذا كانت لديك حالة طارئة، فاتصل برقم 911**

# أرقام هاتف مهمة أخرى

1. **خدمات عضو ForwardHealth**

رقم الهاتف: 800-362-3002 ساعات العمل: من 8:00 ص حتى 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة

:TDD/TTY

البريد الإلكتروني: memberservices@wisconsin.gov

 **اتصل بخدمة عملاء ForwardHealth في حال:**

* كان لديك استفسارات حول استخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك
* كان لديك استفسارات حول خدمات ForwardHealth أو مقدموا الخدمة
* كنت تحتاج إلى الحصول على بطاقة ForwardHealth جديدة
1. **مسؤول تسجيل HMO**

رقم الهاتف: 800-291-2002 ساعات العمل: من 7:00 ص حتى 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة

:TDD/TTY

**اتصل بمسؤول تسجيل HMO في حال:**

* كنت بحاجة لمعلومات عامة حول مؤسسات الحفاظ على الصحة (HMOs) والرعاية المُدارة
* كنت بحاجة للمساعدة في إلغاء الاشتراك أو انهاء خدمات *[HMO]* أو الرعاية المُدارة
* إذا انتقلت خارج نطاق تغطية خدمات *[HMO]*
1. **برنامج أمين المظالم (Ombuds) بولاية** **Wisconsin HMO**

أمين المظالم (Ombuds) هو شخص يقدم المساعدة بشكل محايد وخاص وغير رسمي فيما يتعلق بأي استفسارات أو مشكلات تواجهك كعضو *[HMO]*.

رقم الهاتف: 800-760-0001 ساعات العمل: من 8:00 ص - إلى 4:30 م، من الاثنين إلى الجمعة

:TDD/TTY

**اتصل ببرنامج أمين المظالم (Ombuds) في حال:**

* كنت تحتاج إلى حل المشكلات المرتبطة بالرعاية أو الخدمات التي تحصل عليه من برنامج *[HMO]*
* كنت بحاجة للمساعدة في فهم حقوق العضو الخاصة بك ومسؤولياتك
* كنت بحاجة للمساعدة في تقديم تظلم، أو شكوى أو استئناف بخصوص قرار تم تخاذه من قبل *[HMO]*
1. **المحامي الخارجي (برنامج Medicaid SSI فقط)**

رقم الهاتف: 800-708-3034 ساعات العمل من 8:30 ص حتى 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة

:TDD/TTY

**اتصل بمحام Medicaid SSI الخارجي في حال:**

* كنت تحتاج إلى حل المشكلات المرتبطة بالرعاية أو الخدمات التي تحصل عليه من برنامج *[HMO]*
* بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى أو تظلم
* بحاجة للمساعدة في طلب استئناف أو مراجعة لقرار تم اتخاذه من قبل *[HMO]*

# مرحبًا بك في برنامج *[HMO]*

مرحبًا بك في *[HMO Program Name]. [HMO]* هي خطة صحة تتبع برنامج
*[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* BadgerCare Plus هو برنامج رعاية صحية. يساعد البرنامج الأطفال، الحوامل والبالغين من منخفضي الدخل في ولاية Wisconsin. Medicaid SSI هو برنامج يساعد الأشخاص ممن لديهم دخل تأميني تكميلي (Supplemental Security Income)(SSI) في الحصول على الرعاية الصحية. [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

يمكن أن يساعدك هذا الدليل في:

* معرفة أساسيات برنامج *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI].*
* التعرف على الخدمات المُغطاة بواسطة برنامج *[HMO]* و ForwardHealth.
* معرفة حقوقك والمسؤوليات الواجبة عليك.
* تقديم تظلم أو استئناف إذا كانت لديك مشكلة أو تخوف.

سيغطي برنامج *[HMO]* معظم احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. سيغطي برنامج Wisconsin Medicaid بعض الاحتياجات الأخرى من خلال ForwardHealth. راجع قسم *الخدمات المغطاة من قبل برنامج [HMO]* و*الخدمات المُغطاة من قبل ForwardHealth* في هذا الدليل للتعرف على المزيد من المعلومات.

**استخدام بطاقة عضوية *[HMO]* الخاصة بك** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

ستستخدم بطاقة عضوية *[HMO]* الخاصة بك للحصول على الرعاية من الأطباء والعيادات والمستشفيات في نطاق شبكة مقدمي خدمات *[HMO]*. هذه قائمة بمقدمي الخدمات المتعاقدين مع برنامج *[HMO]* لتوفير خدمات الرعاية الصحية لك.

**احمل بطاقة *[HMO]* الخاصة بك معك دائمًا. اظهر البطاقة في كل مرة تحصل فيها على الخدمة.** قد تواجه مشكلة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية إذا لم تكن تحمل بطاقتك. إذا فقدت بطاقة *[HMO]* أو تلفت أو تعرضت للسرقة، فيرجى *[insert instructions here]*.

## **استخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك**

ستحصل على أغلب خدمات الرعاية الصحية من خلال مقدمي الرعاية التابعين لبرنامج *[HMO]*. لكن، من الممكن أن تحتاج إلى الحصول على بعض الخدمات باستخدام بطاقة ForwardHealth.

استخدم بطاقة ForwardHealth الخاصة بك للحصول على خدمات الرعاية الصحية المدونة أدناه:

* خدمات العلاج السلوكية (التوحد)
* خدمات تقويم العمود الفقري
* خدمات التدخل في الأزمات
* خدمات تعافي المجتمع
* خدمات مجتمعية شاملة
* خدمات طب الأسنان *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Hub and spoke خدمات منزلية متكاملة لدعم التعافي
* إدارة عملية العلاج
* الخدمات الدوائية والصيدلانية
* خدمة النقل الطبي في الحالات غير الطارئة
* تنسيق الرعاية قبل الولادة
* العلاج المنزلي لاضطرابات تعاطي المخدرات
* الخدمات المقدمة في المدرسة
* إدارة الحالات المستهدفة
* الخدمات المتعلقة بمرض الدرن (السل)

تختلف بطاقة ForwardHealth card الخاصة بك عن بطاقة *[HMO]*. فهي بطاقة بلاستيكية مدون عليها اسمك. كما أن لكل بطاقة 10 أرقام مميزين وشريط مغناطيسي. احمل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك طوال الوقت. اظهر البطاقة في كل مرة تذهب إلى الطبيب أو المستشفى وفي كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية. قد تواجه مشكلة في الحصول على الرعاية الصحية أو صرف الأدوية إذا لم تكن البطاقة معك. كما يُفضل إحضار أي بطاقات تأمين صحي أخرى معك. يمكن أن يتضمن ذلك أي بطاقات تعريف من برنامج *[HMO Program]* أو أي مقدموا خدمة آخرون.

إذا كان لديك استفسارات حول كيفية استخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك أو إذا فقدت بطاقتك أو تعرضت للتلف أو السرقة فاتصل بفريق خدمات عضو ForwardHealth على الرقم 800-362-3002. للبحث عن مقدم خدمة يقبل بطاقة ForwardHealth:

1. تفضل بزيارة الموقع [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. انقر فوق رابط الأعضاء (Members) أو الرمز الموجود في القسم الأوسط من الصفحة.
3. مرر للأسفل وانقر فوق تبويب الموارد (Resources).
4. انقر فوق رابط البحث عن مقدم خدمة (Find a Provider).
5. تحت تبويب البرنامج (Program)، حدد BadgerCare/Medicaid.

أو اتصل بفريق خدمات عضو ForwardHealth على800-362-3002 .

## **استخدام دليل مقدمي الخدمة**

بصفتك عضو في برنامج *[HMO]،* يجب أن تحصل على خدمات الرعاية الصحية من الأطباء والمستشفيات ضمن شبكة مقدموا الرعاية ببرنامج *[HMO]*. راجع دليل مقدموا الرعاية لدينا للتعرف عليهم. تم تمييز مقدموا الرعاية الذين يقبلون مرضى جدد في دليل مقدموا الرعاية.

دليل مقدموا الرعاية هو قائمة بالأطباء والعيادات والمستشفيات التي يمكنك الحصول على خدمات الرعاية الصحية لديهم بصفتك عضو في برنامج *[HMO].* يتوفر دليل مقدموا الرعاية ببرنامج *[HMO]* بلغات وتنسيقات مختلفة. يمكنك العثور على دليل مقدموا الرعاية على الموقع الإلكتروني الخاصة بنا عبر *[insert URL]*. للحصول على نسخة ورقية من دليل مقدموا الرعاية، اتصل بقسم خدمة العملاء لدينا على *[800-xxx-xxxx]*.

يلبي مقدموا خدمات *[HMO]* احتياجات الأعضاء من عدة ثقافات. راجع دليل مقدموا الرعاية ببرنامج *[HMO]* للتعرف على قائمة مقدموا الرعاية الذي لديهم فريق عمل يتحدث لغة معينة أو يفهم ثقافات عرقية أو معتقدات دينية محددة. كما يمكن أن يفيدك دليل مقدموا الرعاية فيما يتعلق بخيارات الإقامة التي يوفرها مقدموا الخدمة.

## **اختيار مقدم الرعاية الأولية**

عندما تحتاج الرعاية، اتصل بمقدم الرعاية الأولية (primary care provider) (PCP) الخاص بك أولاً. يمكن أن يكون مقدم الرعاية الأولية طبيبًا أو ممرضًا ممارسًا، أو مساعد طبيب أو أي مقدم رعاية آخر يقدم لك أو يوجهك أو يساعدك في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. يمكنك اختيار مقدم الرعاية الأولية من دليل مقدموا الرعاية ببرنامج *[HMO]*. استخدم قائمة مقدموا الرعاية الذين يقبلون مرضى جدد. إذا كنت مواطنًا هنديًا أمريكيًا أو أحد سكان ألاسكا الأصليين، فيمكنك اختيار رؤية مقدم رعاية صحية هنديًا (Indian Health Care Provider) خارج شبكتنا.

**اتصل بقسم خدمة العملاء لدينا على الرقم *[800-xxx-xxxx]* لاختيار مقدم الرعاية الأولية أو تغييره.** يمكنك الإبقاء على مقدم الرعاية الأولية الحالي دون تغييره إذا كان ضمن شبكة مقدمي الرعاية لدينا. سيساعدك مقدم الرعاية الأولية في تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى رؤية طبيب أو أخصائي آخر أم لا. كما يمكنه إحالتك إذا تطلب الأمر. إذا كنت ترغب في الاستعانة بأخصائي أو مستشفى معين، فستحتاج إلى إحالة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. ستحتاج إلى الحصول على موافقة من مقدم الرعاية الأولية قبل زيارة الطبيب الآخر.

من الممكن أن تقومي بمراجعة أخصائي صحة المرأة بدون إحالة بالإضافة إلى اختيار مقدم الرعاية الأولية. يمكن أن يكون هذا طبيب توليد وأمراض النساء (OB/GYN) (obstetrician and gynecologist)، أو ممرضة مُولدة، أو مُولدة مرخصة.

## **مناقشات الأعضاء الجدد فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية**

سيتصل بك ممثل *[HMO]* عبر *[insert contact method]* للتحدث إليك حول احتياجاتك وظروفك الصحية الشخصية. يمكنك السؤال عن الموارد الموجودة في مجتمعك أو التي تشكل جزءًا من خطتك الصحية الجديدة التي قد تكون متاحة لك. يمكنهم معرفة المزيد عنك ومساعدتك في تحقيق أهدافك الصحية. اتصل برقم *[800-xxx-xxxx]* للبدء.

# الحصول على الرعاية التي تحتاجها

## **الرعاية في حالات الطوارئ**

الرعاية في حالات الطوارئ هي الرعاية اللازمة على الفور بسبب مرض أو إصابة أو أعراض أو حالة خطيرة للغاية. بعض الأمثلة هي:

* الاختناق

**إذا كانت لديك حالة طارئة، فاتصل برقم 911**

* التشنجات
* نوبات الصرع لفترات طويلة أو متكررة
* كسور العظام الخطيرة
* الحروق الشديدة
* الألم الحاد
* النزيف الحاد أو غير المعتاد
* الأشتباه بأزمة قلبية
* الاشتباه بحالة تسمم
* الاشتباه بالاختناق
* صعوبة التنفس
* فقدان الوعي

**إذا كنت بحاجة إلى رعاية في حالة طارئة، فطلب المساعدة في أسرع وقت ممكن**. حاول الذهاب إلى مستشفى أو غرفة طوارئ تابعة لـ *[HMO Program Name]* للحصول على المساعدة إذا كان بإمكانك ذلك. إذا كانت حالتك لا تستطيع الانتظار، فانتقل إلى أقرب مقدم رعاية (مستشفى، طبيب، أو عيادة). **اتصل برقم 911 أو خدمات الطوارئ بالشرطة المحلية أو قسم الإطفاء إذا كانت حالة الطوارئ شديدة للغاية ولم تتمكن من الوصول إلى أقرب مقدم رعاية.**

إذا اضطررت إلى الذهاب إلى مستشفى أو غرفة طوارئ غير مشتركة في شبكة *[HMO]* فيجب أن تتصل أنت أو أي شخص معك ببرنامج *[HMO]* على الرقم ***[800-xxx-xxxx]*** في أقرب وقت لتخبرنا بما حدث.

لا تحتاج إلى موافقة برنامج *[HMO]* أو من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل الحصول على الرعاية في حالات الطوارئ.

تذكر أن المستشفيات وغرف الطوارئ تكون لحالات الطوارئ الحقيقية فقط. فما لم تكن حالتك خطيرة جدا، اتصل بطبيبك أو رقم الطوارئ الخاص بنا المتاح على مدار الساعة على الرقم *[800-xxx-xxxx]* قبل الذهاب لغرفة الطوارئ. إذا كنت لا تعرف ما إذا كان مرضك أو إصابتك حالة طارئة، فاتصل بالرقم [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.]. سنخبرك أين يمكنك الحصول على الرعاية. **قد يتعين عليك دفع مبلغ مشترك إذا ذهبت إلى غرفة الطوارئ للحصول على رعاية ليست حالة طارئة**

## **الرعاية العاجلة**

الرعاية العاجلة هي رعاية مرض أو إصابة أو حالة تحتاج إلى مساعدة طبية على الفور، ولكنها لا تتطلب رعاية في غرفة الطوارئ بعض الأمثلة هي:

* كدمات
* حروق طفيفة
* جروح بسيطة
* معظم العظام المكسورة
* معظم التفاعلات الدوائية
* نزيف غير حاد
* الالتواء

يجب أن تحصل على رعاية عاجلة من مقدمي خدمات *[HMO]* ما لم تحصل على موافقتنا لرؤية مقدم خدمة غير *تابع* لـ *[HMO]*. لا تذهب إلى غرفة الطوارئ في المستشفى للحصول على رعاية عاجلة إلا إذا حصلت على موافقة من *[HMO]* أولاً.

## **الرعاية المتخصصة**

الأخصائي هو طبيب خبير في مجال الطب. هناك أنواع كثيرة من المتخصصين. وفيما يلي بعض الأمثلة على ذلك:

* أطباء الأورام، الذين يعتنون بالمصابين بالسرطان.
* أطباء القلب، الذين يهتمون بالأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب.
* جراحو العظام، الذين يهتمون بالأشخاص الذين يعانون من حالات معينة في العظام أو المفاصل أو العضلات.

اتصل بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك إذا كنت بحاجة إلى رعاية من أخصائي. في معظم الأحيان، تحتاج إلى الحصول على موافقة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك و*[HMO]* قبل رؤية أخصائي.

## **الرعاية أثناء الحمل والولادة**

أخبري *[HMO]* ومقاطعتك أو وكالتك القبلية على الفور إذا أصبحتِ حاملاً، حتى تتمكني من الحصول على الرعاية الإضافية التي تحتاجينها. ليس لديك مدفوعات مشتركة عندما تكونين حاملاً.

يجب عليك الذهاب إلى مستشفى *[HMO]* لإنجاب طفلك. تحدثي إلى مقدم الخدمة الخاص بك للتأكد من أنك تعرفين المستشفى الذي يجب أن تذهبي إليه عندما يحين وقت ولادة طفلك. لا تخرجي من المنطقة لتلدي طفلك إلا إذا حصلت على موافقة *[HMO]*. يعرف مقدم رعاية *[HMO]* الخاص بك تاريخك وهو أفضل مقدم رعاية لمساعدتك.

تحدثي أيضًا مع طبيبك إذا كنت تخططين للسفر في الشهر الأخير من الحمل. يزيد السفر خلال الشهر الأخير من الحمل من فرصة ولادة طفلك أثناء غيابك عن المنزل. يتمتع العديد من الأشخاص بتجربة ولادة أفضل عندما يستعينون بالأطباء والمستشفيات التي تهتم بهم طوال فترة الحمل.

## **خدمات الصحة عن بعد**

الرعاية الصحية عن بعد هي اتصال صوتي ومرئي مع طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية باستخدام الهاتف أو الكمبيوتر أو الجهاز اللوحي. يغطي *[HMO]* خدمات الرعاية الصحية عن بعد التي يمكن لمقدم الرعاية الخاص بك تقديمها بنفس جودة الخدمات الشخصية. يمكن أن يكون ذلك زيارات لعيادة الطبيب، أو خدمات الصحة العقلية أو تعاطي المخدرات، أو استشارات طب الأسنان، والمزيد. هناك بعض الخدمات التي لا يمكنك الحصول عليها باستخدام الخدمات الصحية عن بعد. يتضمن ذلك الخدمات التي يحتاج فيها مقدم الخدمة إلى لمسك أو فحصك.

يجب أن توافق أنت ومزود الخدمة الخاص بك على زيارة الخدمات الصحية عن بعد. لديك دائمًا الحق في رفض زيارة الرعاية الصحية عن بعد والقيام بزيارة شخصية بدلاً من ذلك. لن تتأثر مزايا وخدمات الرعاية الخاصة بـ
*[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* إذا رفضت خدمات الرعاية الصحية عن بعد. إذا كان مقدم الخدمة الخاص بك يقدم فقط زيارات الرعاية الصحية عن بعد وتريد القيام بها شخصيًا، فيمكنه إحالتك إلى مقدم خدمة مختلف.

يجب على مقدمي خدمات *[HMO]* و Wisconsin Medicaid اتباع قوانين الخصوصية والأمان عند تقديم الخدمات عبر الخدمات الصحية عن بعد.

## **اهتم عندما تكون بعيدًا عن المنزل**

اتبع هذه القواعد إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية ولكنك بعيد جدًا عن المنزل بحيث لا يمكنك الذهاب إلى طبيب الرعاية الأولية أو العيادة المعتادة:

* **في حالات الطوارئ الحقيقية، اذهب إلى أقرب مستشفى أو عيادة أو طبيب.** اتصل بـ *[HMO]* على الرقم
*[800-xxx-xxxx]* بأسرع ما يمكن لتخبرنا بما حدث. إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة خارج ولاية Wisconsin، فيمكن لمقدمي الرعاية الصحية في المنطقة التي تتواجد فيها علاجك وإرسال الفاتورة إلى *[HMO].* قد تحتاج إلى دفع مبلغ مشترك إذا حصلت على رعاية طارئة خارج ولاية Wisconsin. إذا حصلت على فاتورة للخدمات التي حصلت عليها خارج ولاية Wisconsin، اتصل بخدمة العملاء *[800-xxx-xxxx]*على .
* **للحصول على رعاية عاجلة أو روتينية بعيدًا عن المنزل، يجب عليك الحصول على موافقة من *[HMO]*** **قبل الذهاب إلى طبيب أو عيادة أو مستشفى مختلف.** وهذا يشمل الأطفال الذين يقضون وقتًا بعيدًا عن المنزل مع أحد الوالدين أو أحد الأقارب. اتصل بنا على ***[800-xxx-xxxx]*** للحصول على الموافقة للذهاب إلى طبيب أو عيادة أو مستشفى مختلف.
* **للحصول على رعاية عاجلة أو روتينية خارج الولايات المتحدة، اتصل بـ *[HMO****]***أولاً.** *[HMO]* لا يغطي أي خدمات مقدمة خارج الولايات المتحدة وكندا والمكسيك. وهذا يشمل خدمات الطوارئ. إذا كنت بحاجة إلى خدمات الطوارئ أثناء وجودك في كندا أو المكسيك، *فسوف يقوم [HMO]* بتغطية هذه الخدمات فقط إذا كان بنك الطبيب أو المستشفى موجودًا في الولايات المتحدة. قد تتم تغطية الخدمات *الأخرى بموافقة [HMO]* إذا كان لدى مقدم الخدمة بنك في الولايات المتحدة. قد تتم *تغطية الخدمات الأخرى بموافقة [HMO]* إذا كان لدى مقدم الخدمة بنك في الولايات المتحدة.

# متى قد يتم إصدار فاتورة لك مقابل الخدمات

## **الخدمات المغطاة وغير المغطاة**

مع *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]،* لا يتعين عليك الدفع مقابل الخدمات المغطاة بخلاف عمليات الدفع المشتركة المطلوبة.

قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات إذا:

* لا يتم تغطية الخدمة تحت *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI].*
* كنت بحاجة إلى موافقة للحصول على خدمة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو *[HMO]،* لكنك لم تحصل على موافقة قبل الحصول على الخدمة.
* يقرر *[HMO]* أن الخدمة ليست ضرورية طبيًا بالنسبة لك. الخدمات الضرورية طبيًا هي خدمات أو مستلزمات معتمدة مطلوبة لتشخيص أو علاج حالة أو مرض أو إصابة أو عرض.
* لقد تلقيت خدمة غير طارئة من مزود غير موجود في شبكة *[HMO]*. أو أنك تلقيت خدمة غير طارئة من مقدم خدمة لا يقبل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك.

يمكنك طلب الخدمات غير المغطاة إذا كنت على استعداد لدفع ثمنها. سيتعين عليك وضع خطة دفع مكتوبة مع مزود الخدمة الخاص بك. قد يقوم مقدموا الخدمة بإصدار فاتورة لك بالرسوم المعتادة والمعتادة مقابل الخدمات غير المغطاة.

**إذا حصلت على فاتورة لخدمة لم توافق عليها، يرجى الاتصال على *[800-xxx-xxxx]*.**

## **السداد المشترك**

بموجب BadgerCare Plus وMedicaid SSI، قد يقوم *[HMO]* ومقدموه بإصدار فاتورة لك بالدفعات المشتركة. الدفع المشترك هو مبلغ ثابت من المال تدفعه مقابل خدمة رعاية صحية مغطاة. عادةً ما تبلغ قيمة الدفعات المشتركة لأعضاء *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* 3 دولارات أو أقل. لا **يتعين** على الأعضاء التاليين دفع مدفوعات مشتركة:

* سكان دار التمريض
* أعضاء مصابون بمرض عضال يتلقون رعاية المسنين
* النساء الحوامل
* الأعضاء أصغر من 19 سنة
* الأطفال في الحضانة أو مساعدة التبني
* الشباب الذين كانوا في الحضانة في عيد ميلادهم الثامن عشر. لا يتعين عليهم دفع أي مدفوعات حتى سن 26 عامًا.
* الأعضاء الذين ينضمون عن طريق التسجيل السريع
* الهنود الأمريكيون أو أعضاء قبائل ألاسكا الأصلية، أو أبناء أو أحفاد أحد أفراد القبيلة، أو أي شخص يمكنه الحصول على الخدمات الصحية الهندية (Indian Health Services). العمر والدخل لا يهم. ينطبق هذا عند الحصول على العناصر والخدمات من مقدم خدمات صحية هندي (Indian Health Services) أو من برنامج الشراء والرعاية المُحالة (Purchase and Referred Care).

# الخدمات التي يغطيها *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]*

[Note to HMO: Information you provide for these sections must be approved by the Department of Health Services. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

يوفر *[HMO]* الخدمات المغطاة الضرورية طبيًا بموجب *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. راجع *الخدمات التي يغطيها* *[HMO]* في الصفحة *[xx]* لمزيد من المعلومات حول الخدمات التي يغطيها *[HMO]*.

تتم تغطية بعض الخدمات بواسطة ForwardHealth. لمعرفة المزيد حول هذه الخدمات، راجع الصفحة *[xx]*، *الخدمات التي تغطيها* *ForwardHealth*.

تتطلب بعض الخدمات الحصول على **إذن مسبق**. التفويض المسبق هو موافقة كتابية على خدمة أو وصفة طبية. قد تحتاج إلى تصريح مسبق من *[HMO]* أو ForwardHealth قبل أن تحصل على خدمة أو تملأ وصفة طبية.

|  |  |
| --- | --- |
| خدمة  | التغطية تحت *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* |
| رعاية المركز الجراحي المتنقل  | *[Add coverage policy]* |
| خدمات العلاج السلوكية (التوحد) | تغطية كاملة (بإذن مسبق). لا يوجد دفع مشترك\***يغطيها ForwardHealth. استخدم بطاقة ForwardHealth الخاصة بك للحصول على هذه الخدمة** |
| خدمات تقويم العمود الفقري | تغطية كاملة.المشاركة في الدفع: من 0.50 دولارًا إلى 3 دولارات لكل خدمة\***يغطيها ForwardHealth. استخدم بطاقة ForwardHealth الخاصة بك للحصول على هذه الخدمة.**  |
| خدمات طب الأسنان | *[If covered by HMO insert applicable information]**[If not covered by HMO insert the following:]*تغطية كاملة.سداد تشاركي: 0.50 دولار إلى 3 دولارات لكل خدمة**يغطيها ForwardHealth. استخدم بطاقة ForwardHealth الخاصة بك للحصول على هذه الخدمة**\*انظر معلومات إضافية في ص. *[xx]* |
| الإمدادات الطبية القابل للتصرف | *[Add coverage policy]* |
| الأدوية (الوصفة الطبية وبدون وصفة طبية) | تغطية الأدوية العامة والأدوية ذات العلامات التجارية، وبعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية.سداد تشاركي:1 دولار للأدوية العامة3 دولارات للعلامة التجاريةتقتصر عمليات السداد التشاركي على 12 دولارًا لكل عضو، لكل مزود، شهريًا. لا يتم احتساب الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية ضمن الحد الأقصى البالغ 12 دولارًا.الحد الأقصى لإعادة تعبئة الأدوية أفيونية المفعول هو خمس عبوات شهريًا.\***يغطيها ForwardHealth. استخدم بطاقة ForwardHealth الخاصة بك للحصول على الأدوية** |
| المعدات الطبية المعمرة | *[Add coverage policy]* |
| فحوصات HealthCheck للأطفال | *[Add coverage policy]*\*انظر معلومات إضافية في ص. *[xx]* |
| خدمات السمع | *[Add coverage policy]* |
| خدمات الرعاية المنزلية | *[Add coverage policy]* |
| رعاية المسنين | *[Add coverage policy]* |
| خدمات المستشفى: المرضى الداخليين | *[Add coverage policy]* |
| خدمات المستشفى: العيادات الخارجية | *[Add coverage policy]* |
| خدمات المستشفى: غرفة الطوارئ | *[Add coverage policy]* |
| الصحة النفسية وعلاج تعاطي المخدرات | *[Add coverage policy]*\*انظر معلومات إضافية في ص. *[xx]* |
| خدمات التمريض المنزلي | *[Add coverage policy]* |
| خدمات الطبيب | *[Add coverage policy]* |
| خدمات علاج الأرجل | *[Add coverage policy]* |
| رعاية ما قبل الولادة/الأمومة | *[Add coverage policy]* |
| خدمات الإنجاب وتنظيم الأسرة | *[Add coverage policy]*\*انظر معلومات إضافية في ص. *[xx]* |
| الرؤية الروتينية | *[Add coverage policy]*.\*تنطبق بعض القيود. اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات |
| طرق العلاجالعلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي،علاج النطق واللغة | *[Add coverage policy]* |
| وسائل النقل: سيارة إسعاف، سيارة متخصصة، ناقلة مشتركة | تغطية كاملة للنقل في حالات الطوارئ وغير الطوارئ من وإلى مقدم الخدمة المغطاة.سداد تشاركي:2 دولار أمريكي كدفعة مشتركة لرحلات الإسعاف غير الطارئة1 دولار أمريكي لكل رحلة للنقل بواسطة سيارة متخصصةلا يوجد دفع مشترك من قبل الناقل العام أو سيارة إسعاف الطوارئ\*انظر معلومات إضافية في ص. *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# الخدمات التي يغطيها *[HMO]*

## **خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

يوفر *[HMO]* خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات (المخدرات والكحول) لجميع الأعضاء. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، اتصل بـ *[Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate]*.إذا كنت بحاجة إلى مساعدة فورية، يمكنك الاتصال بالخط الساخن للأزمات على *[800-xxx-xxxx]* أو خط التمريض لدينا على مدار 24 ساعة على *[800-xxx-xxxx]*، وهو مفتوح طوال أيام الأسبوع.

جميع الخدمات التي تقدمها *[HMO]* خاصة.

## **خدمات تنظيم الأسرة**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5D).]

يوفر *[HMO]* خدمات تنظيم الأسرة الخاصة لجميع الأعضاء، بما في ذلك الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا. إذا كنت لا ترغب في التحدث مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بشأن تنظيم الأسرة، فاتصل بقسم خدمة العملاء لدينا على الرقم *[800-xxx-xxxx]*. سنساعدك في اختيار مقدم خدمة تنظيم الأسرة تابع لبرنامج *[HMO]* وهو يختلف عن مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.

نشجعك على الحصول على خدمات تنظيم الأسرة من مقدم الخدمة التابع لبرنامج *[HMO]*. وهذا يسمح لنا بتنسيق جميع رعايتك الصحية بشكل أفضل. ومع ذلك، يمكنك أيضًا الذهاب إلى أي عيادة لتنظيم الأسرة تقبل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك، حتى لو لم تكن العيادة جزءًا من شبكة مقدمي خدمات *[HMO]*.

## **خدمات HealthCheck**

تغطي خدمات HealthCheck الفحوصات الصحية للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا. فحوصات HealthCheck، والمعروفة أيضًا باسم "فحوصات صحة الطفل"، هي زيارات يقوم بها الطبيب لطفلك أو الشاب عندما يكون بصحة جيدة. يطرح الطبيب الأسئلة ويفحص طفلك. وذلك للتأكد من صحة طفلك واتخاذ الخطوات الصحيحة للبقاء بصحة جيدة. إنه الوقت المناسب لطرح الأسئلة المتعلقة بالصحة التي قد تكون لديك أو لدى طفلك. حيث تغطي خدمات HealthCheck أيضًا علاج أي مشاكل يتم اكتشافها أثناء فحص HealthCheck الخاص بطفلك.

هناك 3 أغراض لفحوصات HealthCheck:

1. تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها للأعضاء الأصغر من 21 عامًا.
2. لمشاركة المعلومات حول الخدمات الصحية الخاصة للأعضاء الأصغر من 21 عامًا.
3. لتأهيل الأعضاء الأصغر من 21 عامًا لبعض جوانب الرعاية الصحية غير المغطاة بطريقة أخرى.

يتضمن فحص HealthCheck ما يلي:

* التحصينات المناسبة للعمر (حقن)
* اختبارات معملية للدم والبول
* فحوصات الأسنان والإحالة إلى طبيب أسنان بدء من سن عام واحد.
* تسجيل تاريخ صحي ومراحل النمو
* فحوصات السمع
* فحص بدني لكامل الجسم
* اختبار الرصاص للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 1 و 2 عام والأطفال دون سن 6 أعوام الذين لم يسبق لهم إجراء اختبار الرصاص
* فحوصات النظر

لترتيب موعد لفحص HealthCheck أو للحصول على المزيد من المعلومات اتصل بقسم خدمة العملاء لدينا على الرقم *[800-xxx-xxxx]*.

إذا كنت بحاجة إلى وسيلة نقل من وإلى مكان فحص **k**HealthChec الخاص بك، فيرجى الاتصال بمدير خدمات النقل الطبي للحالات غير الطارئة (non-emergency medical transportation) (NEMT) بولاية Wisconsin على الرقم 866-907-1493 **(أو TTY 800-855-2880)** لترتيب موعد تجهيز وسيلة النقل.

## **خدمات طب الأسنان**

[Note to HMO: Use the first statement below if you provide dental services. Use the second statement if you do not provide dental services. If you provide dental services in only part of your service area, use both statements and list the appropriate counties with each statement.]

[Statement 1- if HMO covers dental in Milwaukee, Kenosha, Ozaukee, Racine, Washington, or Waukesha counties]

*يوفر برنامج [HMO]*جميع خدمات علاج الأسنان المغطاة عبر *[Dental Benefit Manager]*. يجب أن تذهب لطبيب أسنان تابع لبرنامج *[HMO or Dental Benefit Manager]*. انظر دليل مقدمي الرعاية أو اتصل بقسم خدمة العملاء الخاص بنا على الرقم *[800-xxx-xxxx]* للتعرف على أسماء أطباء الأسنان التابعين لبرنامج *[HMO or Dental Benefit Manager]* الذين يمكنك زيارتهم.

**لديك الحق في الحصول على موعد روتيني لطبيب الأسنان خلال 90 يومًا من تاريخ طلبك للحصول على موعد**. اتصل بممثل *[HMO]* على الرقم *[800-xxx-xxxx]* إذا لم تتمكن من الحصول على موعد لزيارة طبيب الأسنان خلال 90 يومًا.

اتصل بمدير خدمات النقل الطبي في الحالات غير الطارئة (NEMT) (non-emergency medical transportation) بولاية Wisconsin على الرقم 866-907-1493 (أو TTY 711) اذا كنت تحتاج للمساعدة في ترتيب وسيلة نقل إلى أو من عيادة طبيب الأسنان. يمكنهم المساعدة في الحصول على توصيلة.

**إذا كانت لديك حالة طارئة تتعلق بالأسنان، فمن حقك الحصول على العلاج خلال 24 ساعة من طلب الموعد**. حالة طوارئ الأسنان هي ألم شديد في الأسنان، أو تورم، أو حمى، أو عدوى، أو إصابة في الأسنان. إذا كانت لديك حالة طوارئ الأسنان:

* إذا كنت تتابع مع طبيب أسنان مشترك في برنامج *[HMO/DBM]*:
* اتصل بعيادة طبيب الأسنان.
* أخبر عيادة طبيب الأسنان أنك أو طفلك تعاني من حالة طوارئ الأسنان.
* أخبر عيادة طبيب الأسنان عن مشكلة الأسنان بالضبط. قد يكون هذا بمثابة ألم شديد في الأسنان أو تورم في الوجه.
* اتصل بنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على توصيلة من أو إلى موعد طبيب الأسنان الخاص بك.
* إذا لم تكن تتابع مع طبيب أسنان تابع لبرنامج *[HMO/DBM]*:
* فاتصل بـ [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]. أخبرنا أنك أو طفلك تعاني من حالة طوارئ الأسنان. يمكننا مساعدتك في الحصول على خدمات طبيب الأسنان.
* أخبرنا إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على توصيلة من أو إلى عيادة طبيب الأسنان.

[Statement 2- for all other counties]

خدمات طبيب الأسنان مغطاة من أجلك. قد تحصل على خدمات طبيب الأسنان المغطاة من مقدم خدمة مشترك في برنامج Medicaid والذي سيقبل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك. للعثور على مقدم رعاية مشترك في Medicaid:

1. تفضل بزيارة الموقع [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. انقر فوق رابط الأعضاء (Members) أو الرمز الموجود في القسم الأوسط من الصفحة.
3. مرر للأسفل وانقر فوق تبويب الموارد (Resources).
4. انقر فوق رابط البحث عن مقدم خدمة (Find a Provider).
5. تحت تبويب البرنامج (Program)، حدد BadgerCare/Medicaid.

أو، يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء ForwardHealth على الرقم 800-362-3002.

**لديك الحق في الحصول على موعد روتيني لطبيب الأسنان خلال 90 يومًا من تاريخ طلبك للحصول على موعد**. اتصل بخدمات أعضاء ForwardHealth على الرقم 800-362-3002 إذا لم تتمكن من الحصول على موعد لدى طبيب أسنان في غضون 90 يومًا.

اتصل بمدير خدمات النقل الطبي في الحالات غير الطارئة NEMT (non-emergency medical transportation) بولاية Wisconsin على الرقم 866-907-1493 (أو TTY 711) اذا كنت تحتاج للمساعدة في ترتيب وسيلة نقل إلى أو من عيادة طبيب الأسنان. يمكنهم المساعدة في الحصول على توصيلة.

**إذا كانت لديك حالة طارئة تتعلق بالأسنان، فمن حقك الحصول على العلاج خلال 24 ساعة من طلب الموعد**. حالة طوارئ الأسنان هي ألم شديد في الأسنان، أو تورم، أو حمى، أو عدوى، أو إصابة في الأسنان. إذا كانت لديك حالة طوارئ الأسنان:

* إذا كنت تتابع مع طبيب أسنان مشترك في برنامج ForwardHealth:
* اتصل بعيادة طبيب الأسنان.
* أخبر عيادة طبيب الأسنان أنك أو طفلك تعاني من حالة طوارئ الأسنان.
* أخبر عيادة طبيب الأسنان عن مشكلة الأسنان بالضبط. قد يكون هذا بمثابة ألم شديد في الأسنان أو تورم في الوجه.
* اتصل بمدير NEMT على الرقم 866-907-1493 أو خدمات أعضاء ForwardHealth على الرقم 800-362-3002 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على توصيلة من وإلى موعد طبيب الأسنان الخاص بك.
* إذا لم يكن لديك حاليًا طبيب أسنان يعمل مع ForwardHealth:
* اتصل بخدمة أعضاء برنامج ForwardHealth على الرقم 800-362-3002. أخبرهم أنك أو طفلك تعاني من حالة طوارئ الأسنان. يمكنهم مساعدتك في الحصول على خدمات طبيب الأسنان.
* أخبرهم إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على توصيلة من أو إلى عيادة طبيب الأسنان.

# الخدمات المغطاة بواسطة برنامج FORWARDHEALTH.

[Note to HMO: Insert Dental services in this section if not covered by HMO]

## **خدمات العلاج السلوكي (التوحد)**

تتم تغطية خدمات العلاج السلوكي ضمن *[BadgerCare Plus]*. تُستخدم خدمات العلاج السلوكي لعلاج مرض التوحد. يمكنك الحصول على خدمات علاج التوحد من مقدم خدمة مسجل في برنامج Medicaid والذي سيقبل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك. للعثور على مقدم رعاية مشترك في Medicaid:

1. تفضل بزيارة الموقع [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. انقر فوق رابط الأعضاء (Members) أو الرمز الموجود في القسم الأوسط من الصفحة.
3. مرر للأسفل وانقر فوق تبويب الموارد (Resources).
4. انقر فوق رابط البحث عن مقدم خدمة (Find a Provider).
5. تحت تبويب البرنامج (Program)، حدد BadgerCare/Medicaid.

أو، يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء برنامج ForwardHealth على الرقم 800-362-3002

## **خدمات تقويم العمود الفقري**

خدمات تقويم العمود الفقري مغطاة ضمن *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* يمكنك الحصول على خدمات تقويم العمود الفقري من مقدم خدمة مسجل في برنامج Medicaid والذي سيقبل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك. للعثور على مقدم رعاية مشترك في Medicaid:

1. تفضل بزيارة الموقع [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. انقر فوق رابط الأعضاء (Members) أو الرمز الموجود في القسم الأوسط من الصفحة.
3. مرر للأسفل وانقر فوق تبويب الموارد (Resources).
4. انقر فوق رابط البحث عن مقدم خدمة (Find a Provider).
5. تحت تبويب البرنامج (Program)، حدد BadgerCare/Medicaid.

أو، يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء برنامج ForwardHealth على الرقم 800-362-3002.

## **خدمات النقل**

يمكنك الحصول على خدمات النقل الطبي في الحالات غير الطارئة (non-emergency medical transportation) (NEMT) من خلال مدير NEMT بولاية Wisconsin. يقوم مدير NEMT بترتيب ودفع تكاليف التوثيل إلى الخدمات المغطاة للأعضاء الذين ليس لديهم طريقة أخرى للوصول إلى هناك. يمكن أن يوفر مدير NEMT خدمات التوصيل باستخدام:

* وسائل المواصلات العامة، مثل الحافلات العامة
* سيارات الإسعاف للحالات غير الطارئة
* المركبات الطبية غير المتخصصة
* أنواع أخرى من المركبات، اعتمادًا على الاحتياجات الطبية للعضو واحتياجات النقل

إذا كانت لديك سيارة وقادرة على القيادة بنفسك إلى موعدك ولكنك لا تستطيع دفع ثمن الوقود، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض المسافة المقطوعة (المال مقابل الوقود).

يجب عليك جدولة التوصيلات الروتينية قبل يومي عمل على الأقل من موعدك. اتصل بمدير NEMT على الرقم
866-907-1493 (أو TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 7:00 ص حتى 6:00 م. كما يمكنك جدولة التوصيلات للمواعيد العاجلة. سيتم توفير رحلة إلى موعد عاجل خلال ثلاث ساعات أو أقل.

## **مزايا صرف الأدوية**

قد تحصل على وصفة طبية من مقدم الرعاية أو الأخصائي أو طبيب الأسنان التابع لبرنامج *[HMO Name]*. يمكنك الحصول على الوصفات الطبية المغطاة وبعض العناصر المتاحة دون وصفة طبية من أي صيدلية تقبل بطاقة ForwardHealth الخاصة بك.

قد تضطر لدفع دفعات تشاركية أو تكون هناك بعض الحدود على الأدوية المغطاة. إذا لم تكن قادرًا على تحمل تكاليف الدفعة التشاركية، فلا يزال بإمكانك الحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة حول الأدوية المغطاة بموجب *[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* أو الدفعات التشاركية للأدوية، فاتصل بخدمات أعضاء ForwardHealth على الرقم 800-362-3002.

# الخدمات غير المغطاة *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]*

الخدمات أدناه غير مغطاة ضمن *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*:

* الخدمات غير الضرورية طبيًا
* الخدمات التي لم تتم الموافقة عليها من قبل *[HMO]* أو مقدم الرعاية الأولية الخاص بك عندما تكون الموافقة مطلوبة
* نفقات المعيشة العادية مثل دفعات الإيجار أو الرهن العقاري، والطعام، والمرافق، والترفيه، والملابس، والأثاث، واللوازم المنزلية، والتأمين
* الخدمات أو الإجراءات التجريبية أو التجميلية
* علاجات أو خدمات العقم
* عكس التعقيم الطوعي
* تبقى الصحة العقلية للمرضى الداخليين في المؤسسات للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 22 و64 عامًا، ما لم يتم توفيرها لمدة تقل عن 15 يومًا بدلاً من العلاج التقليدي
* الإقامة والمعيشة

# الخدمات أو الإعدادات البديلة

ربما يقوم برنامج *[HMO]* بتغطية بعض الخدمات أو إعدادات الرعاية غير المشمولة عادة بتغطية Wisconsin Medicaid. تسمى هذه الخدمات بالخدمات أو الإعدادات "البديلة".

الخدمات أو الإعدادات البديلة التالية مغطاة ضمن برنامج BadgerCare Plus أوMedicaid SSI:

* خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين في معهد الأمراض العقلية (institute of mental disease) (IMD) لشخص يتراوح عمره بين 22 و 64 عامًا لمدة لا تزيد عن 15 يومًا خلال الشهر.
* العلاج السريري المجتمعي للحالات دون الحادة (خدمات الصحة العقلية المنزلية قصيرة المدى).

إن تحديد ما إذا كانت الخدمة أو الإعداد "البديل" مناسبًا لك هو قرار جماعي. سيعمل برنامج *[HMO]* على مساعدتك ومساعدة مقدم الرعاية الخاص بك على تحديد الاختيار الأمثل. **يحق لك اختيار عدم المشاركة في أي من تلك الإعدادات أو العلاجات.**

# الحصول على مشورة طبية ثانية

في حال عدم موافقتك على التوصيات العلاجية التي طرحها طبيبك، ربما يكون بمقدورك الحصول على مشورة طبية ثانية. يرجى الاتصال بمقدم الرعاية الخاص بك أو قسم خدمة العملاء التابع لنا على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]* للحصول على المعلومات.

# إدارة الرعاية (التنسيق)

بصفتك عضواً في برنامج *[HMO]*، يحق لك التواصل مع فريق إدارة الرعاية. إدارة الرعاية عبارة عن خدمة مجانية لأعضاء برنامج *[HMO]*. وسوف تساعدك تلك الخدمة على تحديد وتحقيق أهدفك المتعلقة بالصحة والرفاه. كما سيعمل فريق إدارة الرعاية على تزويدك بقناة اتصال مع مقدمي الرعاية، والخدمات المجتمعية، وأشكال الدعم المجتمعي.

عند قيامك بالتسجيل في خطتنا، ستتلقى خطابًا تفصيليًا أو اتصال للتحدث حول احتياجاتك الصحية الدقيقة. من الأهمية بمكان الرد علينا حتى تتسنى لنا معرفة أفضل السبل لتلبية احتياجاتك. كما يمكنك الاتصال مباشرة بفريق إدارة الرعاية على هاتف رقم*[800-xxx-xxxx].*

كما يمكن لمدير الرعاية الخاص بك مساعدتك على الانتقال من المستشفى أو غيرها من أماكن تقديم الرعاية إلى المنزل. يرجى الاتصال بمدير الرعاية الخاص بك على هاتف رقم *[insert phone number or other instructions]* للحصول على المساعدة إذا كنت نزيلاً بإحدى المستشفيات.

# استكمال التوجيه المسبق، أو وصية المآل، أو توكيل للرعاية الصحية (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

يحق لك إعطاء التعليمات المتعلقة بما تريد تقديمه لك في حال عدم قدرتك على اتخاذ القرارات بنفسك. في بعض الأحيان يكون الأفراد غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم نظرًا لتعرضهم لحوادث أو إصابتهم بأمراض خطيرة. في تلك الحالات يحق لك المطالبة بما تريد تقديمه لك. يعني ذلك إمكانية قيامك بإعداد "توجيه مسبق".

هناك أنواع مختلفة للتوجيهات المسبقة كما أن هناك أسماء مختلفة لها. مستندات تسمى "وصية المآل" و"توكيل للرعاية الصحية (power of attorney for health care)" هي أمثلة للتوجيه المسبق.

يمكنك تحديد ما إذا كنت ترغب في إعداد توجيه مسبق أم لا. يمكن لمقدمي الرعاية توضيح كيفية إعداد واستخدام التوجيه المسبق. ولكن لا يمكنهم إجبارك على إعداد إحداها أو تقديم العلاج لك على نحو مختلف في حالة عدم قيامك بإعداد إحداها.

يرجى الاتصال بمقدم الرعاية الخاص بك إذا كنت ترغب في معرفة المزيد عن التوجيهات المسبقة. كما يمكنك الحصول
على نماذج التوجيهات المسبقة من الموقع الإلكتروني الخاص بـإدارة الخدمات الصحية بولاية Wisconsin
(Department of Health Service) (DHS) من خلال [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm).

لديك الحق في تقديم تظلم إلى قسم ضمان الجودة (Division of Quality Assurance) في DHS إذا لم يتم اتباع توجيهاتك المسبقة أو وصيتك أو رغباتك القانونية. يمكنك الحصول على المساعدة في تقديم التظلم من خلال التواصل مع
قسم ضمان الجودة (Division of Quality Assurance) بإدارة DHS على هاتف رقم 800-642-6552.

# العلاجات والخدمات الجديدة

يتضمن برنامج *[HMO]* إجراء لاستعراض الأنواع الجديدة للخدمات والعلاجات. كجزء من إجراء الاستعراض، يقوم برنامج *[HMO]*:

* باستعراض الدراسات العلمية ومعايير الرعاية للتأكد من مدى أمان وجدوى العلاجات والخدمات الجديدة.
* التحقق مما إذا كانت الحكومة قد وافقت على العلاج أو الخدمة أم لا.

[Note to HMO: Include additional language in this section for any plan specific policies and procedures related to review of new technologies or treatments.]

# التأمينات الأخرى

يرجى إبلاغ مقدمي الرعاية في حالة وجود تأمين آخر لديك *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*. يجب على مقدمي الرعاية حساب جهات التأمين الأخرى الخاصة بك قبل إصدار فاتورة *[HMO]*. في حالة عدم موافقة مقدم خدمة برنامج *[HMO]* الخاص بك على التأمين الآخر الخاص بك، يرجى الاتصال بمسؤول تسجيل HMO على هاتف رقم
800-291-2002. حتى يتسنى إبلاغك بكيفية استخدام خطتي التأمين معًا.

# في حالة الانتقال

إذا كنت تخطط للانتقال، يرجى الاتصال بالمقاطعة أو الوكالة القبلية التي تتبعها. في حالة انتقالك إلى مقاطعة أخرى، يتوجب عليك كذلك الاتصال بالمقاطعة أو الوكالة القبلية في المقاطعة الجديدة التي قمت بالانتقال إليها لاستيفاء أهليتك للحصول على خدمات BadgerCare Plus أو Medicaid SSI.

في حالة انتقالك خارج نطاق تغطية خدمة برنامج *[HMO]*، يرجى الاتصال بمسؤول تسجيل HMO على هاتف رقم
800-291-2002. سيساعدك هذا الإجراء على اختيار برنامج HMO جديد يغطي المنطقة الجديدة التي قمت بالانتقال إليها.

# التغييرات في تغطية MEDICAID الخاصة بك

إذا انتقلت من خطة ForwardHealth أو *[BadgerCare Plus أو Medicaid SSI]* HMO إلى خطة *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO جديدة، فيكون لديك الحق في:

* يرجى المتابعة للتعرف على مقدمي الرعاية الحاليين والحصول على الخدمات الجديدة الخاصة بك لمدة تصل إلى 90 يومًا. يرجى الاتصال بمسؤولي برنامج HMO الجدد عند قيامك بالتسجيل حتى تتسنى لهم معرفة مقدم الرعاية الخاص بك. في حالة عدم إدراج مقدم الرعاية المذكور في شبكة برنامج HMO بعد مرور 90 يومًا، سيتعين عليك اختيار مقدم رعاية جديد من المدرجين في شبكة HMO.
* يرجى الحصول على الخدمات التي تحتاج إليها لتجنب المخاطر الصحية البالغة.

يرجى الاتصال بخدمة عملاء برنامج *[HMO]* على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]* للحصول على المزيد من المعلومات المتعلقة بالتغيير في نطاق التغطية الخاص بك.

# إعفاءات HMO

*[HMO]* عبارة عن مؤسسة رعاية صحية (health maintenance organization)، أو HMO. HMOs عبارة عن شركات تأمين تقوم بتقديم الخدمات من خلال مجموعة مختارة من مقدمي الرعاية.

بوجه عام، يتوجب عليك التسجيل في HMO للحصول على مزايا الرعاية الصحية من خلال BadgerCare Plus و Medicaid SSI. إعفاء HMO يعني عدم إضطرارك للانضمام إلى HMO للحصول على مزايا BadgerCare Plus أو Medicaid SSI التي يحق لك الحصول عليها. يتم منح معظم الإعفاءات لمدة زمنية قصيرة فقط. عادة ما يسمح لك هذا الأمر باستكمال إحدى الدورات العلاجية قبل قيامك بالتسجيل في HMO. إذا كنت تعتقد بأنك بحاجة إلى إعفاء من التسجيل في HMO ، يرجى الاتصال بمسؤول تسجيل HMO على هاتف رقم 800-291-2002 للحصول على المزيد من المعلومات.

# تقديم تظلم أو استئناف

## **التظلمات**

**ما هو التظلم؟**

يحق لك تقديم تظلم في حالة عدم رضاك عن خطتنا أو مقدمي الرعاية التابعين لنا. التظلم عبارة عن شكوى بخصوص *[HMO]* أو أحد مقدمي الرعاية المدرجين بالشبكة ولكنها لا تتعلق بأحد قرارات *[HMO]* المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. يمكنك تقديم تظلم بشأن أمور مثل مدى جودة الخدمات أو الرعاية، وإساءة المعاملة من قبل أحد مقدمي الرعاية أو أحد الموظفين، وعدم احترام حقوقك كعضو.

**من الذي يمكنه تقديم التظلم؟**

يمكنك أنت تقديم تظلم. كما يمكن لأحد الممثلين المعتمدين، أو أحد صناع القرارات القانونية، أو أحد مقدمي الرعاية تقديم تظلم بالنيابة عنك. سنقوم بالاتصال بك للحصول على إذنك في حالية قيام أحد الممثلين المعتمدين أو أحد مقدمي الرعاية بتقديم تظلم نيابة عنك.

**متى يمكنني تقديم تظلم؟**

يمكنك (أو يمكن لممثلك) تقديم تظلم في أي وقت.

**كيف يمكنني تقديم تظلم لدى *[HMO]*؟**

يرجى الاتصال بمحامي أعضاء *[HMO]* على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]*، أو مراسلتنا كتابة على العنوان التالي في حالة رغبتك في تقديم تظلم:

*[HMO Name and Mailing Address]*

في حالة قيامك بتقديم تظلم لدى *[HMO]*، ستتسنى لك فرصة الحضور شخصيًا أمام لجنة التظلمات والاستئنافات (Grievance and Appeal Committee) التي تتبع *[HMO]*. سيقوم *[HMO]* باتخاذ قرار للبت في التظلم خلال 30 يومًا من تاريخ استلام التظلم.

**من الذي يمكنه مساعدتي في تقديم تظلم؟**

يمكن لمحامي أعضاء *[HMO]* التعاون معك لحل المشكلة أو مساعدتك لتقديم تظلم.

إذا ما كنت ترغب في التحدث مع شخص ما خارج *[HMO]* حول المشكلة، يمكنك الاتصال ببرنامج Wisconsin HMO أمين المظالم (Ombuds) على هاتف رقم 800-760-0001. ربما يتسنى لبرنامج أمين المظالم (Ombuds) مساعدتك على حل المشكلة أو كتابة تظلم رسمي إلى *[HMO]*. إذا كنت مسجلاً في برنامج Medicaid SSI، يمكنك كذلك الاتصال بمحامي SSI الخارجي على هاتف رقم 800-928-8778 لمساعدتك في تقديم تظلم.

**ما هو الحل في حالة عدم رضائي عن رد *[HMO]*؟**

في حالة عدم رضاك عن رد *[HMO]* على التظلم الذي قمت بتقديمه، يمكنك تقديم طلب لمراجعة التظلم إلى إدارة الخدمات الصحية بولاية Wisconsin Department of Health Services (DHS).

**يرجى الكتابة إلى:** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**أو الاتصال بـ:**  0001-760-800

**هل ستتم معاملتي على نحو مختلف في حالة قيامي بتقديم تظلم؟**

لن تتم معاملتك على نحو مختلف عن الأعضاء الآخرين عند قيامك بتقديم شكوى أو تظلم. لن تتأثر خدمات ومزايا الرعاية الصحية التي يتم تقديمها لك.

## **الاستئنافات**

**ما هو الاستئناف؟**

يحق لك طلب الاستئناف في حالة عدم رضاك عن القرار المتخذ من قبل *[HMO]*. الاستئناف عبارة عن طلب يتم تقديمه إلى *[HMO]* لمراجعة القرار الذي يؤثر على الخدمات المقدمة لك. يطلق على تلك القرارات اسم **عمليات تحديد المساعدات السلبية**.

يتضمن **تحديد المساعدات السلبية** أي أمر من الأمور التالية:

* *[HMO]* التخطيط لإيقاف، أو تعليق، أو تضييق نطاق إحدى الخدمات التي تحصل عليها في الوقت الحالي.
* *[HMO]* اتخاذ قرار برفض إحدى الخدمات التي طالبت بالحصول عليها.
* *[HMO]* اتخاذ قرار بعدم سداد مقابل إحدى الخدمات.
* *[HMO]* مطالبتك بسداد مبلغ تعتقد بأنه لا يتوجب عليك سداده.
* *[HMO]* اتخاذ قرار برفض طلبك للحصول على إحدى الخدمات من مقدم رعاية غير مدرج بالشبكة أثناء إقامتك بإحدى المناطق الريفية التي يتواجد بها فرع واحد فقط من فروع HMO.
* *[HMO]* عدم ترتيب أو تقديم الخدمات في الوقت المناسب.
* *[HMO]* عدم الوفاء بالأُطر الزمنية المطلوبة للبت في التظلم أو الاستئناف الذي قمت بتقديمه.

سوف يرسل لك *[HMO]* خطابًا إذا تلقيت قرارًا سلبيًا بشأن الميزة التي تحصل عليها.

**من الذي يمكنه تقديم استئناف؟**

يمكنك المطالبة بتقديم استئناف. كما يمكن لأحد الممثلين المعتمدين، أو أحد صناع القرارات القانونية، أو أحد مقدمي الرعاية تقديم استئناف بالنيابة عنك. سنقوم بالاتصال بك للحصول على إذنك في حالة قيام أحد الممثلين المعتمدين أو أحد مقدمي الرعاية بتقديم استئناف نيابة عنك.

**متى يمكنني تقديم استئناف؟**

يتوجب عليك (أو على ممثلك) المطالبة بالاستئناف في غضون 60 يومًا من التاريخ الظاهر على الخطاب الذي تلقيته والذي يوضح تحديد المساعدات السلبية.

**كيف يمكنني تقديم استئناف لدى [HMO]؟**

إذا ما كنت ترغب في الاستئناف بشأن تحديد المساعدات السلبية، يمكنك الاتصال بمحامي أعضاء *[HMO]* على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]* أو مراسلتنا كتابة على العنوان التالي:

*[HMO Name and Mailing Address]*

في حالة قيامك بتقديم استئناف لدى *[HMO]*، ستتسنى لك فرصة تقديم الاستئناف بصورة شخصية إلى لجنة التظلمات والاستئنافات (Grievance and Appeal Committee) التي تتبع *[HMO]*. بمجرد قيامك بتقديم الاستئناف، ستقوم *[HMO]* باتخاذ قرار خلال 30 يومًا تقويميًا.

**ما هو الحل في حالة عدم تمكني من الانتظار لمدة 30 يومًا للحصول على قرار؟**

في حالة اعتقادك أو اعتقاد الطبيب الخاص بك بأن الانتظار لمدة 30 يومًا قد يؤدي إلى الإضرار بصحتك أو قدرتك على أداء أنشطتك اليومية بصورة بالغة، يمكنك المطالبة باستئناف سريع. في حالة اقتناع *[HMO]* بحاجتك إلى استئناف سريع، ستحصل على قرار في غضون 72 ساعة.

**من الذي يمكنه مساعدتي في تقديم استئناف؟**

في حالة حاجتك إلى المساعدة في كتابة طلب استئناف، يرجى الاتصال بمحامي أعضاء *[HMO]* الخاص بك على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]*.

إذا ما كنت ترغب في التحدث مع شخص ما خارج *[HMO]*، يمكنك التواصل مع BadgerCare Plus و Medicaid SSI أمين المظالم (Ombuds) على هاتف رقم 800-760-0001. إذا ما كنت مسجلا في برنامج Medicaid SSI، يمكنك كذلك الاتصال بمحامي SSI الخارجي على هاتف رقم 800-708-3034 لمساعدتك في تقديم الاستئناف.

**هل يمكنني الاستمرار في الحصول على الخدمة خلال مدة النظر في الاستئناف؟**

في حالة اتخاذ قرار من جانب *[HMO]* بإيقاف، أو تعليق، أو تضييق نطاق إحدى الخدمات التي تحصل عليها في الوقت الحالي، يحق لك المطالبة باستمرار حصولك على الخدمة خلال مدة النظر في الاستئناف. سيتعين عليك إرسال طلبك بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني خلال إطار زمني معين، أيهما يأتي لاحقًا:

* في الوقت الذي يخطط برنامج *[HMO]* فيه إيقاف أو تخفيض خدماتك أو قبله
* في غضون 10 أيام من الحصول على أشعار بشأن تخفيض خدماتك

إذا لم يكن قرار *[HMO]* المتعلق بالاستئناف الذي قمت بتقديمه في صالحك، ربما يتعين عليك سداد مقابل الخدمة التي تم تقديمها إليك خلال مدة النظر في الاستئناف إلى *[HMO]*.

**هل ستتم معاملتي على نحو مختلف في حالة قيامي بتقديم استئناف؟**

لن تتم معاملتك على نحو مختلف عن الأعضاء الآخرين عند قيامك بتقديم استئناف. لن تتأثر جودة رعايتك الصحية والمزايا الأخرى.

**ما هو الحل في حالة عدم رضائي عن قرار *[HMO]* بشأن الاستئناف الذي قمت بتقديمه؟**

يمكنك تقديم طلب لعقد جلسة استماع عادلة إلى Wisconsin قسم جلسات الاستماع والاستئنافات (Division of Hearing and Appeals) في حالة عدم رضاك عن قرار *[HMO]* بشأن الاستئناف الذي قمت بتقديمه. تعرف على المزيد حول جلسات الاستماع العادلة أدناه.

## **جلسات الاستماع العادلة**

**ما هي جلسة الاستماع العادلة؟**

جلسة الاستماع العادلة عبارة عن عملية مراجعة لقرار *[HMO]*بشأن الاستئناف الذي قمت بتقديمه من قبل قاضي القانون الإداري (Administrative Law Judge) في المقاطعة التي تقيم بها. **يتوجب عليك تقديم طلب الاستئناف إلى *[HMO]* أولاً قبل المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة.**

**متي يمكنني المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة؟**

يتوجب عليك المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة في غضون 90 يومًا من تاريخ حصولك على تقرير كتابي من *[HMO]* بشأن الاستئناف الذي قمت بتقديمه.

**كيف يمكنني المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة؟**

في حالة رغبتك في عقد جلسة استماع عادلة، يرجى إرسال طلب كتابي إلى:

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

يحق لك المطالبة بحضور من ينوب عنك في جلسة الاستماع، كما يمكنك إحضار أحد أصدقائك للحصول على الدعم. في حالة احتياجك إلى ترتيب خاص نظرًا لوجود إعاقة ما أو حاجتك إلى خدمة الترجمة، يرجى الاتصال بهاتف رقم 608-266-7709.

**من الذي يمكنه مساعدتي في المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة؟**

إذا ما كنت ترغب في الحصول على مساعدة لكتابة طلب عقد جلسة استماع عادلة، يرجى التواصل مع BadgerCare Plus و Medicaid SSI أمين المظالم (Ombuds) على هاتف رقم 800-760-0001. إذا كنت مسجلاً في أحد برامج Medicaid SSI، يمكنك كذلك الاتصال بمحامي SSI الخارجي على هاتف رقم 800-708-3034 لطلب المساعدة.

**هل يمكنني الاستمرار في الحصول على الخدمة خلال مدة الانتظار لعقد جلسة الاستماع العادلة؟**

في حالة اتخاذ قرار من جانب *[HMO]* بإيقاف، أو تعليق، أو تضييق نطاق إحدى الخدمات التي تحصل عليها في الوقت الحالي، يحق لك المطالبة باستمرار حصولك على الخدمة خلال مدة النظر في الاستئناف الذي قمت بتقديمه إلى *[HMO]* وكذلك خلال مدة الانتظار لعقد جلسة الاستماع العادلة. سيتعين عليك المطالبة باستمرار الخدمة خلال مدة الانتظار لعقد جلسة الاستماع العادلة، حتى لو كنت قد طالبت بالفعل باستمرار الحصول على الخدمة خلال مدة النظر في الاستئناف الذي قمت بتقديمه إلى *[HMO]*. سيتعين عليك إرسال طلبك بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني خلال إطار زمني معين، أيهما يأتي لاحقًا:

* في الوقت الذي يخطط برنامج *[HMO]* فيه إيقاف أو تخفيض خدماتك أو قبله
* في غضون 10 أيام من الحصول على أشعار بشأن تخفيض خدماتك

إذا لم يكن قرار قاضي القانون الإداري في صالحك، ربما يتعين عليك سداد مقابل الخدمة التي تم تقديمها إليك خلال مدة النظر في الاستئناف إلى *[HMO]*.

**هل ستتم معاملتي على نحو مختلف في حالة مطالبتي بعقد جلسة استماع عادلة؟**

لن تتم معاملتك على نحو مختلف عن الأعضاء الآخرين عند قيامك بالمطالبة بعقد جلسة استماع عادلة. لن تتأثر جودة رعايتك الصحية والمزايا الأخرى.

# حقوقك

1. **يحق لك الحصول على المعلومات بالطريقة التي تناسبك. يتضمن ذلك:**
* يحق لك المطالبة بوجود مترجم يرافقك أثناء حصولك على أي خدمة من خدمات *[,BadgerCare Plus Medicaid SSI]*.
* يحق لك الحصول على دليل العضو الماثل بلغة أو صيغة أخرى.
1. **يحق لك الحصول على معاملة تتسم بالكرامة، والاحترام، والنزاهة ومراعاة الخصوصية. يتضمن ذلك:**
* يحق لك عدم التعرض للتمييز. ينبغي على *[HMO]* الامتثال للقوانين التي تحميك من التمييز والمعاملة غير العادلة*.* تقدم *[HMO]* الخدمات المغطاة لكافة الأعضاء المؤهلين بغض النظر عما يلي:
	+ العمر
	+ اللون
	+ الإعاقة
	+ الأصل القومي
	+ المجموعة العرقية
	+ الجنس
	+ الديانة
	+ التوجه الجنسي
	+ الهوية الجنسية

تتوافر كافة الخدمات المغطاة الضرورية طبيًا وسوف يتم تقديمها بنفس الطريقة لكافة الأعضاء. ينبغي على كافة الأفراد والمنظمات المرتبطة بـ *[HMO]* والتي تقوم بإحالة أو توصية الأعضاء للحصول على الخدمات القيام بهذا الأمر بنفس الطريقة بالنسبة لكافة الأعضاء.

* يحق لك عدم التعرض لأي شكل من أشكال الإجبار أو العزل المستخدمة للإرغام، أو المعاقبة، أو الموائمة، أو الانتقام. يعني ذلك أنه يحق لك عدم التعرض للتقييد أو الإجبار على البقاء بمفردك لجعلك تتصرف بطريقة معينة، أو لمعاقبتك، أو لأن شخصًا ما يجد هذا الأمر مجديًا.
* حقك في التمتع بالخصوصية. يتوجب على *[HMO]* اتباع القوانين التي تحمي خصوصية بياناتك الشخصية والصحية. يرجى مراجعة إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بـ *[HMO]* (Notice of Privacy Practices) للاطلاع على المزيد من المعلومات.
1. **يحق لك الحصول على خدمات الرعاية الصحية على النحو المنصوص عليه في القانون الفيدرالي وقانون الولاية. يتضمن ذلك:**
* يحق لك التمتع بتوافر الخدمات المغطاة وسهولة الحصول عليها عند احتياجك لها. عندما يكون الأمر مناسبًا من الناحية الطبية، ينبغي أن تتوافر الخدمات على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.
1. **يحق لك اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تحصل عليها. يتضمن ذلك:**
* يحق لك الحصول على المعلومات المتعلقة بخيارات العلاج، بغض النظر عن التكلفة أو نطاق تغطية الاستحقاقات.
* يحق لك قبول أو رفض العلاج الطبي أو الجراحي والمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية التي تحصل عليها.
* يحق لك ترتيب وتوجيه أنواع الرعاية الصحية التي يمكنك الحصول عليها في المستقبل إذا ما أصبحت غير قادر على التعبير عن رغباتك. يمكنك اتخاذ هذه القرارات من خلال استكمال **التوجيه المسبق أو وصية** **المآل** **أو التوكيل الرسمي للرعاية** **الصحية (power of attorney for health care)**. راجع المزيد من المعلومات في الصفحة *[xx]*، إكمال التوجيه المسبق، أو وصية المآل، أو التوكيل الرسمي للرعاية الصحية.
* يحق لك الحصول على مشورة ثانية في حالة عدم موافقتك على التوصية العلاجية المقدمة من قبل مقدم الرعاية الخاص بك. يرجى الاتصال بخدمة العملاء للحصول على المزيد من المعلومات المتعلقة بكيفية الحصول على مشورة ثانية.
1. **يحق لك التعرف على خطط تحفيز مقدمي الرعاية والأطباء التابعين لنا والتي تستخدمها *[HMO]*. يتضمن ذلك:**
* يحق لك التساؤل عما إذا كان لدى *[HMO]* ترتيبات مالية خاصة (خطط تحفيز الأطباء) مع الأطباء التابعين لنا والتي قد تؤثر على استخدام الإحالات وغيرها من الخدمات التي ربما تحتاج إليها. للحصول على تلك المعلومات، يرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء التابع لنا على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]* وطلب المعلومات المتعلقة بترتيبات السداد للأطباء التابعين لنا.
* يحق لك طلب المعلومات المتعلقة بمقدمي الرعاية الذين يتبعون *[HMO]*، بما في ذلك مستوى تعليم مقدم الرعاية، وإجازة الزمالة، وإعادة الاعتماد. للحصول على تلك المعلومات، يرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء التابع لنا على *[800-xxx-xxxx]*.
1. **يحق لك المطالبة بالحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من مقدم الرعاية الخاص بك.**
* يمكنك تعديل البيانات غير الدقيقة في سجلاتك الطبية في حالة موافقة طبيبك على التعديل.
* يرجى الاتصال على هاتف رقم *[800-xxx-xxxx]* للحصول على المساعدة المتعلقة بطلب نسخة من سجلاتك الطبية أو تعديلها. يرجى ملاحظة أنه ربما يتعين عليك سداد مقابل الحصول على نسخة من سجلاتك الطبية.
1. **يحق لك التعرف على أية مزايا مغطاة من خلال Medicaid والتي لا تتوافر من خلال [HMO] لاعتبارات أخلاقية أو دينية. يتضمن ذلك:**
* يحق لك التعرف على كيفية الحصول على تلك الخدمات من خلال FowardHealth باستخدام بطاقة ForwardHealth الخاصة بك.
* يحق لك إلغاء الاشتراك في *[HMO]* في حالة وجود خدمة تحتاج إليها ولا تغطيها *[HMO]* لاعتبارات أخلاقية أو دينية.
1. **يحق لك تقديم شكوى، أو تظلم، أو استئناف في حالة عدم رضاك عن الرعاية أو الخدمات المقدمة إليك. يتضمن ذلك:**
* يحق لك المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة في حالة عدم رضاك عن قرار *[HMO]* بشأن الاستئناف الذي قمت بتقديمه أو في حالة عدم تجاوب *[HMO]* مع الاستئناف الذي قمت بتقديمه في الوقت المناسب.
* يحق لك مطالبة إدارة الخدمات الصحية (Department of Health Services) بمراجعة التظلم في حالة عدم رضاك عن قرار *[HMO]* بشأن التظلم الذي قمت بتقديمه أو في حالة عدم تجاوب *[HMO]* مع التظلم الذي قمت بتقديمه في الوقت المناسب.
* للمزيد من المعلومات المتعلقة بكيفية تقديم تظلم، أو استئناف، أو المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة، يرجى الرجوع إلى صفحة *[xx]*، تقديم تظلم أو استئناف.
1. **يحق لك الحصول على معلومات بخصوص [HMO]، والخدمات التي تقدمها، والممارسين، ومقدمي الرعاية التابعين لها، وحقوق ومسؤوليات الأعضاء. يتضمن ذلك:**
* يحق لك التعرف على أية تغيرات هامة تحدث في *[HMO]* قبل تاريخ سريان التغيير بمدة لا تقل عن 30 يومًا.
1. **يحق لك التمتع بالحرية لممارسة حقوقك دون أن يستتبع ذلك معاملتك على نحو سلبي من قبل *[HMO]* ومقدمي الرعاية المدرجين في شبكتها. يتضمن ذلك:**
* يحق لك طرح توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات الأعضاء المتبعة في *[HMO]*.

# مسؤولياتك

* **تقع على عاتقك مسؤولية تقديم المعلومات التي تحتاجها *[HMO]* ومقدمي الرعاية التابعين لها حتى يتسنى لهم تقديم الخدمة.**
* **تقع على عاتقك مسؤولية إبلاغ *[HMO]* بأفضل السبل للتواصل معك والاتصال بك. تقع على عاتقك مسؤولية الرد على الاتصال الذي تتلقاه من *[HMO].***
* **تقع على عاتقك مسؤولية اتباع الخطط والتعليمات المتعلقة بالرعاية التي توافقت عليها مع مقدمي الرعاية الخاصين بك.**
* **تقع على عاتقك مسؤولية إدراك المشكلات الصحية التي تعاني منها والمشاركة في تحديد أهداف العلاج مع مقدمي الرعاية الخاصين بك.**

# إنهاء عضويتك في *[HMO]*

**يمكنك تغيير HMOs لأي سبب خلال أول 90 يومًا من تسجيلك في *[HMO]*.** بعد أول 90 يومًا لك، سيتم "تجميد حسابك" للتسجيل في *[HMO]* للأشهر التسعة القادمة. لن تتمكن من تبديل HMOs إلا بعد انتهاء فترة "التجميد" هذه ما لم يكن سبب إنهاء عضويتك في *[HMO]* أحد الأسباب الموضحة أدناه:

* يحق لك تغيير HMOs، دون الإفصاح عن السبب، في حالة قيام إدارة الخدمات الصحية (Department of Health Services) (DHS) بولاية Wisconsin بفرض عقوبات أو شروط مؤقتة على *[HMO]*.
* يحق لك إنهاء عضويتك في *[HMO]* في أي وقت في حالة:
	+ الانتقال خارج نطاق تغطية خدمة *[HMO]*.
	+ عدم تمكن *[HMO]* من تغطية إحدى الخدمات التي تحتاج إليها لاعتبارات أخلاقية أو دينية.
	+ احتياجك إلى واحدة أو أكثر من الخدمات المقدمة في نفس الوقت وعدم تمكنك من الحصول عليها كلها من خلال شبكة مقدم الرعاية. ينطبق هذا الأمر على رؤية مقدم الرعاية بأن حصولك على تلك الخدمات على نحو منفصل لا يعرضك لمخاطر غير ضرورية.
	+ الأسباب الأخرى، بما في ذلك تدني مستوى الرعاية، أو تعذر الحصول على الخدمات المغطاة، أو تعذر الوصول إلى مقدمي رعاية يتحلون بالخبرة في التعامل مع احتياجات الرعاية الخاصة بك.

في حالة اختيارك لتغيير HMOs أو إلغاء الاشتراك في برامج *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* على نحو كامل، يتوجب عليك الاستمرار في الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال *[HMO]* حتى تنتهي عضويتك.

للمزيد من المعلومات حول كيفية تغيير HMOs أو إلغاء الاشتراك في *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* على نحو كامل، يرجى الاتصال بمسؤول تسجيل HMO على هاتف رقم 800-291-2002.

# الاحتيال وإساءة المعاملة

في حالة الاشتباه في التعرض للاحتيال أو إساءة المعاملة من خلال برنامج **Medicaid** يتعين عليك الإبلاغ عن ذلك. يرجى الانتقال إلى [www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/).