Minnesota Department of **Human Services**

ملخص التغطية، وتقاسم التكاليف، والحدود

(ساري المفعول 1 يناير 2016)

اتصل بالخطة الصحية الخاصة بك للحصول على تفاصيل حول فائدة معينة

إذا كانت لديك أسئلة حول برنامجك للرعاية الصحية، أوالخدمات المغطاة، أو رسوم الدفع المشترك (copays)، فإنه يمكنك:

- أن تستدعي العامل الخاص بك
- أن تتصل بخطة صحتك
- أن تسأل مقدّمك.

إنّ مقدّمك يجب أن يحظى بالموافقة على بعض خدمات الرعاية الصحية قبل حصولك عليها. وهذه الخدمات يجب أن تكون ضرورية من الناحية الطبية.

MinnesotaCare (الطفل)

الأطفال تحت سن 21 سنة

لا توجد رسوم دفع مشترك (copays)، أوخصومات، أو حدود للمرضى الداخليين.

- العلاج من الكحول وتعاطي المخدرات
- الرعاية بتقويم العمود الفقري
- العناية بالأسنان
- زيارات الطبيب/العيادات
- رعاية غرفة الطوارئ (ER)
- النظارات
- خدمات تنظيم الأسرة
- مساعدات للاستماع
- الرعاية المنزلية
- رعاية المسنين
- خدمات المستشفيات (المرضى الداخليين والخارجيين)
- التحصين واللقاحات
- خدمات الترجمة
- المختبر وأشعة إكس (X-ray)
- خدمات مركز الولادة المرخص
- المعدات واللوازم الطبية
- النقل الطبي (الوصول، سيارة الإسعاف، والخاص)
- الرعاية الصحية النفسية
- دور التمريض ومرافق ICF/DD
- جراحة المرضى الخارجيين
- خدمات المساعدة للعناية الشخصية (PCA - Personal Care Assistance)
- إدارة الوصفات والعلاج بالأدوية
- العلاج التأهيلي
- الرعاية العاجلة

MinnesotaCare

الآباء والأمهات، ومقدّمي الرعاية، والكبار بدون الأطفال

التغطية هي نفس رMinnesotaCare (الطفل) باستثناء هذه الخدمات المحدودة:

- العناية بالأسنان (محدودة للبالغين غير الحوامل)
- النقل الطبي (الطوارئ فقط)

الخدمات غير المشمولة

- مرافق الرعاية المتوسطة
- دور التمريض
- خدمات تقويم الأسنان
- المساعدة للعناية الشخصية (PCA)
- التمريض كوظيفة خاصة

تقاسم التكاليف والحدود

تقاسم التكاليف يعني المبالغ التي تدفعها نحو التكاليف الطبية الخاصة بك. كميات تقاسم التكلفة تخضع للتعديل من قبل تشريعات الدولة.

- $2.85 الخصم الشهري
- $3 رسوم الدفع المشترك كوبي للزيارات غير الوقائية؛ وليس هناك كوبي لزيارات الصحة النفسية
- $3.50 كوبي للزيارات غير الطارئة ER
- $25 كوبي للنظارات الطبية
- $3 كوبي للأدوية الوصفية

إذا لم تكن قادرا على دفع كوبي أو خصم، فإن مقدّمك للخدمة ما زال يجب عليه أن يخدمك. المقدّمون يجب أن يأخذوا كلامك بأنك لاتقدر أن تدفع. المقدّمون لا يمكنهم أن يطلبوا منك دليلا لإثبات أنك لا تقدر على الدفع. ومع ذلك، فقد لا يلزم ذلك المقدّم أن يخدمك مرة أخرى إذا كان تقاسم تكاليفك ما زال لم يُدفع بعد.

التسجيل في خطة صحية لا يضمن لك أن ترى مقدّما لخطة صحية معينة. إذا كنت ترغب في التأكد من ذلك، يجب عليك الاتصال بذلك المقدّم للسؤال عما إذا كان هو أو هي لا يزال جزءا من الخطة الصحية. ويجب عليك أن تسأل أيضا إذا كانوا يقبلون المرضى الجدد.

الخطة الصحية قد لا تغطي كافة تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. اقرأ بعناية دليل التغطية الخاص بك لمعرفة ما هو مغطى. يمكنك أيضا استدعاء خدمات الأعضاء للخطة الصحية.

الرعاية المدارة للهنود الأميركيين

هل الخدمات الصحية الهندية أو العيادات القبائلية تشكل جزءا من شبكة الخطة الصحية؟

- في بعض الحالات، نعم. إذا كانت الخدمة الصحية الهندية (Indian Health Service - IHS) أو العيادة القبلية هي في شبكة الخطة الصحية، فيمكنك أن تستلمها كمقدّم الرعاية الأولية الخاصة بك. أمّا إذا كانت IHS أو العيادة القبلية الخاصة بك ليست جزءا من الخطة الصحية التي تختارها، فإنك سوف تحتاج إلى اختيار طبيب الرعاية الأولية أو العيادة التي هي جزء من خطة صحتك.
- **يمكنك الاستمرار أو البدء في استخدام العيادات القبلية وIHS في أي وقت.** الخطة الصحية لا تتطلب الموافقة المسبقة أو فرض أي شروط عليك للحصول على الخدمات في هذه العيادات. إذا كان الطبيب أو أي مقدّم آخر في العيادة القبلية أو IHS يشير لك إلى مقدّم خطة صحية، فإنه لا يلزمك أن ترى مقدّمك للرعاية الصحية الأولية للحصول على الإحالة.

IHS والعيادات القبلية

إذا كنت أحد الهنود الأميركيين ولديك أي أسئلة أو بحاجة إلى مساعدة، فإنه يمكنك الاتصال بالخدمة الصحة الهندية المحلية الخاصة بك أو العيادة القبلية.

ملخص 2014 دراسة تقييم المستهلك للخطط الصحية (CAHPS - Consumer Assessment of Health Plans Study)

نتائج المسح الاقتناعي

	تقييم الخطة الصحية	خدمة الزبائن % المجيبين "ليس هناك أى مشكلة"	الحصول على الرعاية المطلوبة % المجيبين "ليس هناك أى مشكلة"	مدى نجاح الأطباء في التواصل % المجيبين "دائما"	الحصول على الرعاية بسرعة % المجيبين "دائما"
Medical Assistance – الردود من الذين تتراوح أعمارهم من 18 إلى 64 عاما					
Blue Plus	57%	66%	65%	84%	68%
HealthPartners	54%	65%	55%	77%	53%
Medica	56%	72%	59%	79%	67%
PrimeWest Health (PWH)	50%	74%	49%	77%	50%
Itasca Medical Care/ South Country Health Alliance (SCHA)	57%	71%	63%	84%	63%
UCare	52%	68%	58%	75%	58%
متوسط جميع الخطط الصحية	54%	69%	59%	80%	63%

ملاحظات حول حقوقك

بالنسبة للأشخاص المسجلين في خطة صحية Medical Assistance أو فوائد MinnesotaCare

لديك الحق في تغيير خطة صحتك في أوقات معينة،
إذا كان هناك أكثر من خطة صحية متاحة في مقاطعتك.

- يمكنك تغيير خطة صحتك مرة واحدة خلال السنة الأولى التي تسجّل فيها في الرعاية المدارة.
- هناك وقت مفتوح للتسجيل في كل عام. وخلال هذا الوقت فإن الدولة سوف تشرح لك حقك في تغيير خطة صحتك.
- يمكنك تغيير الخطة الصحية الخاصة بك في غضون 90 يوما من التاريخ الذي تسجّل فيه لأول مرة في الخطة الصحية.
- يمكنك أن تطلب تغيير الخطة الصحية الخاصة بك **لسبب** (بما في ذلك، ولكن ليس على سبيل الحصر: عدم الوصول إلى للخدمات أو مقدمي الخدمات، وسوء نوعية الرعاية أو استمرارية الرعاية).
- إذا كنت ترغب في تغيير خطة صحتك في وقت آخر، فقد تحتاج إلى طلب عقد جلسة استماع عادلة لمستوى الولاية.
- المسجلون في مينيسوتا الخيارات الصحية الأقدمية (Minnesota Senior Health Options - MSHO) يمكنهم إلغاء تسجيلهم في أي وقت. إذا كان لديك تأمين صحي وتريد إلغاء تسجيلك من MSHO، فسيكون بإمكانك اختيار خطة Medicare جزء D. وMedical Assistance لا تدفع لمعظم الأدوية الوصفية إذا كان لديك تأمين صحي.
- يمكنك تغيير عيادة الرعاية الأولية الخاصة بك كل 30 يوما عن طريق الاتصال بالخطة الصحية الخاصة بك.

لديك الحق في الرعاية الطبية اللازمة.

- يمكنك أن تطلب من الخطة الصحية الخاصة بك رأيا ثانيا. والخطة الصحية تعطيك اسم طبيب تزوره.
- برنامجك الصحي يجب أن يُخبرك بشكل كتابي إذا كان ينكر، أويقلل، أو يوقف الخدمات التي طلبتها أنت أو الخدمات التي أمر بها طبيبك للخطة الصحة.
- إذا كانت الخطة الصحية تُوقف أو تقلّص خدمة **مستمرة** وأنت تريد طلب الاستئناف في القرار، فقد تكون قادرا على الاستمرار في الحصول على الخدمة خلال الاستئناف. يجب عليك التقدم للاستئناف في الخطة الصحية أو طلب عقد جلسة استماع عادلة لمستوى الولاية **في غضون 10 أيام** من تاريخ الإخطار من قبل الخطة الصحية الخاصة بك، أو قبل أن يتم إيقاف الخدمة أو تخفيضها، أيهما أبعد. يجب عليك أن تطالب الخدمة بالاستمرار. يجب على مقدّمك المعالج أن يوافق على أن الخدمة ينبغي أن تستمر. واذا خسرت الاستئناف، فقد تتم محاسبتك للخدمات.

إذا كانت لديك مشكلة مع الخطة الصحية الخاصة بك، فإنه يمكنك القيام بأي من هذه الأمور:

- تقدّم للاستئناف إلى الخطة الصحية. يجب أن تناشد الخطة الصحية **في غضون 90 يوما** من تاريخ الإشعار بأن الخطة الصحية تقلل أو تنكر الخدمات أو الدفع.
  - اتصل بالخطة الصحية الخاصة بك. ورقم الهاتف يوجد على بطاقة هويتك (ID) للخطة الصحية. يجب على الخطة الصحية أن تردّ عليك في غضون 10 أيام.
  - اكتب إلى الخطة الصحية الخاصة بك رسالة تتضمن: اسمك وعنوانك ورقم هاتفك. ويجب على الخطة الصحية أن تردّ على رسالتك في غضون 30 يوما.
- اتصل بوحدة الرعاية الصحية المدارة من قِبل مقاطعتك، أوعامل MinnesotaCare، أو منسق الرعاية الخاصة بك، واطلب المساعدة.
- اتصل بمكتب أمين المظالم (Ombudsman Office) للرعاية الصحية المدارة من قبل الدولة على رقم: 651-431-2660 أو على الرقم المجاني: 1-800-657-3729. فإنهم يمكنهم أن يساعدوك على طلب استئناف الخطة الصحية أو طلب عقد جلسة استماع عادلة لمستوى الولاية. وإذا كان لديك شكوى تحتاج الى اتخاذ القرار بسرعة، فأخبر أمين المظالم بذلك.
- اطلب جلسة استماع عادلة لمستوى الولاية.

كيفية تقديم الطلب للمحاكمة العادلة لمستوى الولاية:

يجب عليك تقديم طلب خطي لعقد جلسة استماع عادلة لمستوى الولاية **خلال 30 يوما** من تاريخ الإشعار بأن الخطة الصحية تقلل أو تنكر الخدمات أو الدفع. ولديك ما يصل إلى 90 يوما إذا كان لديك سبب وجيه لتقديم الطلب متأخرا.

أرسل طلبك بالبريد أو الفاكس إلى:
(مينيسوتا قسم الخدمات الإنسانية)
(مكتب الاستئنافات)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941
الفاكس: 651-431-7523

- سوف تتلقى رسالة تبلغك بتاريخ ووقت الجلسة للاستماع.
- يمكنك إحضار وكيل، أو قريب، أو صديق، أو محام إلى جلسة الاستماع.

سوف يتخذ قاضٍ من قضاة الخدمات الإنسانية قرارا بشأن قضيتك. والقاضي ليس جزءا من خطة صحتك.

التمييز ضد القانون.

لديك الحق في تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أنك عوملتَ بطريقة تمييزية من قبل وكالة الخدمات الإنسانية. يمكنك الاتصال بأي من الجهات التالية مباشرة لتقديم شكوى الحقوق المدنية.

قسم مينيسوتا للخدمات الإنسانية وتكافؤ الفرص، شعبة الوصول (Minnesota Department of Human Services, Equal Opportunity and Access Division)، يحظر التمييز في برامجه بسبب العرق، أواللون، أوالأصل القومي، أوالعقيدة، أوالدين، أوالتوجه الجنسي، ووضع المساعدة العامة، أوالسن، أوالإعاقة، أوالجنس (بما في ذلك الصور النمطية للجنس والهوية الجنسية تحت أي برنامج الصحة أو نشاط يتلقى المساعدة المالية الفيدرالية). اتصل بشعبة تكافؤ الفرص والوصول مباشرة:

(قسم مينيسوتا للخدمات الإنسانية)
(شعبة تساوي الفرص والوصول)
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (الصوت) أو استخدام خدمة الترحيل المفضلة لديك

قسم مينيسوتا لحقوق الإنسان (Minnesota Department of Human Rights) يحظر التمييز في برامج الخدمات العامة بسبب العرق، أواللون، أوالعقيدة، أوالدين، أوالأصل القومي، أوالإعاقة، أوالجنس، أوالتوجه الجنسي، أو وضع المساعدة العامة. اتصل بإدارة مينيسوتا لحقوق الإنسان مباشرة:

(إدارة مينيسوتا لحقوق الإنسان)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (الصوت)
1-800-657-3704 (الرقم المجاني)
(TTY) 651-296-1283

إدارة الولايات المتحدة للصحة والخدمات الإنسانية، المكتب للحقوق المدنية (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) تحظر التمييز في برامجها بسبب العرق، أواللون، أوالأصل القومي، أوالسن، أوالإعاقة. في شكاوى منحة الكتلة، يتم تضمين الدين والجنس؛ والجنس في شكاوى البرامج الطبية يشمل الصور النمطية للجنس، والهوية الجنسية تحت أي برنامج الصحة أو نشاط يتلقى المساعدة المالية الفيدرالية، مثل الرعاية الصحية وبرامج CHIP والمستشفيات، والعيادات، وأصحاب العمل، وشركات التأمين، وتبادلات الولاية للتأمين الصحي التي أنشئت بموجب Title I of the Affordable Care Act (الباب الأول من قانون الرعاية بأسعار معقولة). اتصل بالوكالة الفيدرالية مباشرة:

(الإدارة الأمريكية للصحة والخدمات البشرية)
(مكتب الحقوق المدنية، منطقة V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (الصوت)
1-800-368-1019 (الرقم المجاني)
(TTY) 1-800-537-7697

CB3 1-15

ADA1 (12-12)

هذه المعلومات متوفرة بأشكال ميسرة للأفراد ذوي الإعاقة من خلال الاتصال 651-431-2660، الرقم المجاني 1-800-657-3729، أو عن طريق استخدام خدمة الترحيل المفضلة لديك. وللحصول على معلومات أخرى بشأن حقوق وحماية ذوي الإعاقة، اتصل بمنسق ADA للوكالة.