



Blue Cross Community  
Health Plans<sup>SM</sup>



HealthChoice  
Illinois  
Illinois Department of  
Healthcare and Family Services



## مزايا صحية للمهاجرين الراشدين والمسنين

<sup>SM</sup> Blue Kit

كتيب الأعضاء الخاص بك ووثيقة التغطية في مكان واحد.

خدمات الأعضاء: 1-877-860-2837 (TTY 711)  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

بدءاً من كانون الثاني (يناير) 2024

تُقدّم Blue Cross Community Health Plans من قبل Blue Cross and Blue Shield of Illinois، وهي إحدى أقسام Health Care Service Corporation، ذات ترخيص مستقل من Blue Cross and Blue Shield Association (Corporation, a Mutual Legal Reserve Company) (HCSC).

Arabic 250726.0224

IL\_BCCHP\_WlcmKit24

# أهلاً بك في عائلة Blue Cross Community Health !Plans<sup>SM</sup> (BCCHP)

يُسعدنا أنك اخترت BCCHP لخطتك الصحية في Medicaid. تقدّم خطة Medicaid مزايًا لخدمات طبية والخدمات ذات الصلة بالوصفات الطبية والنظر والأسنان. يشرح كتيب الأعضاء كيفية استخدام مزايًا الرعاية الصحية الجديدة.

## استخدم اللائحة للبدء باستخدام خطتك الصحية:

□ اعرف ما هو مشمول بالتغطية. يمكن لهذه الحزمة المساعدة. أبقها في متناول يدك. كما يمكنك زيارة [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) لتعلم المزيد عن المزايا الخاصة بك.

□ أكمل تقييم مخاطر الصحة (HRS) السنوي. سيتصل بك شخص من الخطة الصحية أو سيرسل لك رسالة نصية قريباً لإكمال HRS الخاص بك. سيساعدنا HRS على مراجعة عاداتك الصحية وأي مخاطر صحية وما إذا كنت بحاجة إلى منسّق رعاية. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837** لإتمام HRS الخاص بك.

□ إنَّ (BAM) **Blue Access for Members<sup>SM</sup>** هو بوابة الأعضاء الآمنة من Blue Cross Community Health Plans، حيث يمكنك مراجعة المعلومات المتعلقة بخطتك الصحية أنياً. يمكنك الدخول إلى حسابك عبر [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) أو باستخدام تطبيق **BCBSIL الجوال**.

□ احتفظ دائماً ببطاقة تعريفك (ID) معك وأظهرها في كل مرة تحتاج فيها إلى الخدمات. تتضمن بطاقة ID الخاصة بك معلومات طبيب الرعاية الأولية (PCP). إذا احتجت إلى تبديل PCP الخاص بك، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** أو استخدم حساب BAM الخاص بك.

□ اتصل لتحديد موعد لإجراء الفحص الصحي الأولي مع PCP الخاص بك في غضون 30 يوماً من الانضمام إلى الخطة. خلال الفحص الأول، سيتعلم PCP عن حاجات الرعاية الصحية الخاصة بك. للعثور على مقدّم خدمة بالقرب منك، استخدم **Provider Finder**® (باحث عن مقدّم خدمة) على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) أو على تطبيق **BCBSIL الجوال**.

نحن هنا للمساعدة!

### خط تمريض 24/7 Nurseline

1-888-343-2697

يمكنك التحدّث إلى ممرضة خاصة عن صحتك على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع



### خدمات الأعضاء

1-877-860-2837

اتصل بنا للسؤال عن خطتك الصحية لدى BCCHP



إذا كان لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء BCCHP على الرقم المجاني **1-877-860-2837** (TTY: 711) أو خط تمريض 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697**.

## الأسئلة المتكررة (FAQs)

استخدم جدول المحتويات لمزيد من المعلومات.

### هل لدي تسديد تشاركي؟

نعم. تتضمن خططك تسديدات تشاركية للإقامة في المستشفى للحالات غير الطارئة تصل إلى \$250؛ وخدمات المستشفى غير الطارئة أو خدمات مركز العلاج الجراحي السامح بالتجول للمرضى الخارجيين حيث تصل إلى 10% من دفعة Medicaid. سيخبرك مزود الخدمة عن المبلغ الذي عليك دفعه في وقت الرعاية.

### هل لدي خدمات تتعلق بطب الأسنان و/أو النظر؟

نعم. مع BCCHP، تحصل على تغطية لطب الأسنان والنظر. راجع Dental Services وأقسام Vision Services لتعلم المزيد.

### أين يمكنني العثور على قائمة بمقدمي الخدمات في شبكة BCCHP؟

يمكنك العثور على مقدمي خدمات ومستشفيات قريبة منك باستخدام Provider Finder®. يُرجى زيارة [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) أو قم بتنزيل تطبيق BCBSIL الجوال. إذا احتجت إلى مساعدة في العثور على طبيب، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**. كما يمكنك الولوج إلى قائمة كاملة من مقدمي الخدمات باستخدام دليل مقدمي الخدمات (Provider Directory). يمكنك إيجاد دليل مقدمي الخدمات على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). زر Resources (الموارد) واختر 'Forms and Documents' (النماذج والوثائق).

يمكنك تغيير PCP في أي وقت عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** أو باستخدام حساب BAM الخاص بك. يمكنك تسجيل الدخول إلى BAM عبر [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). من الأفضل الإبقاء على PCP نفسه، وذلك كي يتمكن من معرفة حاجاتك الصحية.

### كيف أعرف أي من الأدوية مشمولة بالتغطية بموجب الخطة؟

لمعرفة ما إذا كان دواء مشمولاً بالتغطية، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على <https://www.bcbsil.com/bcchp/benefits-and-coverage/drug-coverage> أو اتصل بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837**. تستخدم BCCHP قائمة الأدوية المفضلة (PDL). وهذا لمساعدتك أنت وطبيبك في اختيار الأدوية التي ستوصف لك. يمكنك طلب الحصول على نسخة مطبوعة من القائمة لإرسالها إليك بالبريد مجاناً عبر الاتصال بخدمات الأعضاء.

### كيف أحصل على الرعاية الطارئة؟

توجه إلى أقرب غرفة طوارئ أو اتصل بـ **911**. اتصل بالإسعاف إذا لم تتوفر خدمة **911** في منطقتك. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة للخدمات الطارئة. مشاركة الكلفة غير ضرورية بالنسبة للخدمات الطارئة. تدفع BCCHP لقاء الخدمات الطارئة في U.S.

### بمن أتصل عندما أحتاج إلى الرعاية؟

ابدأ بالاتصال بمكتب طبيب الرعاية الأولية (PCP). كما يمكنك الاتصال بخط التمريض 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697**.



## كيف يمكنني معرفة المزيد عن تغطيتي؟

يُرجى زيارة [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

سجل دخولك إلى Blue Access for Members (BAM) على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) أو بواسطة تطبيق BCBSIL الجوال. يمكنك تنزيله عبر إرسال رسالة نصية BCBSILAPP إلى 33633.

اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

يمكن الوصول إلى عاملة حية من الساعة 8 صباحاً إلى 5 بعد الظهر بالتوقيت القياسي المركزي (CST)، من الإثنين إلى الجمعة. يمكن استخدام الخدمة الذاتية أو البريد الصوتي على مدار 24/7، بما في ذلك عطل نهاية الأسبوع والأعياد.

## كيف يمكنني الوصول إلى بطاقة تعريف (ID) العضو؟

سجل دخولك إلى حساب BAM الخاص بك على حاسوبك أو استخدم تطبيق BCBSIL الجوال. ومن هناك يمكنك الوصول إلى بطاقة تعريف (ID) مؤقتة أو طلب بطاقة جديدة. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لإرسال بطاقة ID جديدة. تأكد من حيازة BCCHP على عنوانك الحالي.

## هل يمكنني الحصول على مواعلات ذهاباً وإياباً لمواعيدي؟

تستخدم BCCHP شركة ModivCare لتوفير النقلات إلى زيارات الرعاية الصحية والرحلات الطبية. لتحديد موعد، اتصل بـ ModivCare قبل ثلاثة أيام على الأقل من موعدك. كما يمكنك جدول مواعلاتك باستخدام تطبيق ModivCare الجديد على هاتفك الذكي.

## هل تشملني تغطية BCCHP خارج ولاية Illinois؟

تغطي BCCHP الأعضاء الذين يقيمون في ولاية Illinois. لا تغطي BCCHP أي خدمات خارج United States. يستدعي الأمر الحصول على موافقة مسبقة للخدمات خارج Illinois. إذا لم تُعطى موافقة مسبقة، فقد تُضطر للدفع لقاء الخدمات. إذا كنت بحاجة إلى رعاية بينما تكون مسافراً خارج ولاية Illinois، اتصل بخدمات الأعضاء. إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة، اذهب إلى أقرب مستشفى. إن الرعاية الطارئة مشمولة بالتغطية في United States. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة للخدمات الطارئة في داخل U.S.

## هل يمكنني الحصول على مساعدة من منسق الرعاية؟

نعم. إن منسق الرعاية هو مدرب في الرعاية الصحية. يمكنه مساعدتك على الوصول إلى أهدافك الصحية. يساعدنا إتمام تقييم مخاطر الصحة (HRS) على تقرير ما إذا كنت تحتاج إلى منسق رعاية. يمكنك طلب منسق رعاية في أي وقت عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

## كيف يمكنني الحصول على خدمات ومواد بتنسيقات ولغات أخرى؟

يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837 كي يتم توصيلك بخدمات المساعدة اللغوية.

## جدول المحتويات

### كتيب الأعضاء

11	الموافقة المسبقة	2	أرقام هاتف مهمة
12	الخدمات المشمولة بالتغطية	3	خدمات الأعضاء
13	الخدمات الطبية	3	Blue Access for Members <sup>SM</sup> (BAM)
13	الخدمات المحدودة المشمولة بالتغطية	4	بطاقة تعريف (ID) العضو
14	الخدمات غير المشمولة بالتغطية	4	الأهلية
14	خدمات الأسنان	5	تجديد مزايا Medicaid (إعادة النظر)
15	خدمات النظر	6	التسجيل المفتوح
15	خدمات الصيدلية	6	شبكة مقدّمي الخدمات
16	خدمات النقل الطبي غير الطارئ	7	طبيب الرعاية الأولية (PCP)
17	مزايا ذات قيمة مضافة	7	كيفية تغيير PCP
18	خدمات الصحة السلوكية (BH)	8	مقدم الرعاية الصحية للنساء (WHCP)
19	تنسيق الرعاية	8	التخطيط الأسري
21	برامج التثقيف الصحي	8	الرعاية التخصصية
23	برنامج القيود على المتلقي	8	جدولة المواعيد
23	التوجيهات المسبقة	9	مشاركة الكلفة
24	التظلمات والشكاوى	9	الرعاية غير الطارئة
31	الحقوق والمسؤوليات	9	الرعاية العاجلة
32	الاحتيال والإساءة والإهمال	10	الرعاية الطارئة
34	التعريفات	10	الرعاية بعد استقرار الحالة
35	سياسة الخصوصية	10	العلاجات الطبية الجديدة

## جدول المحتويات

### شهادة التغطية

متابعة العلاج	43	شهادة التغطية	37
الرعاية العاجلة	43	ورقة عمل وصف التغطية	38
الرعاية الطارئة	43	الخدمات المشمولة بالتغطية	38
اختيار طبيب الرعاية الأولية (PCP)	43	الخدمات المحدودة المشمولة بالتغطية	42
الوصول إلى الرعاية التخصصية	44	الخدمات غير المشمولة بالتغطية	42
موارد أخرى	44	الموافقة المسبقة	42

## إخلاء المسؤولية

DentaQuest هي شركة مستقلة تقدّم مزايا تتعلق بطب الأسنان لـ Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Heritage Vision Plans Inc، بدعم من VSP، هي شركة مستقلة تقدّم مزايا رعاية النظر لـ Blue Cross Community Health Plans. ModivCare هي متعاقد مستقل يرتّب ويدير مزايا النقل غير الطارئ لخطط معينة لدى Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Prime Therapeutics هي شركة منفصلة تقدّم خدمات إدارة مزايا الصيدلية لـ Blue Cross and Blue Shield of Illinois. Learn to Live, Inc هي شركة مستقلة تقدم أدوات وبرامج عبر الإنترنت لدعم الصحة السلوكية. Learn to Live عبارة عن برنامج تثقيفي ولا يجب أن يُعتبر علاجاً طبياً. © Learn to Live, Inc 2023.





## أرقام هاتف مهمة

1-888-343-2697، TTY/TDD: 711

24/7 Nurseline وهو خط مساعدة على مدار 24 ساعة في اليوم

911

الرعاية الطارئة

1-877-860-2837، TTY/TDD: 711

خدمات الأعضاء

نحن متوفرون على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. يمكن الوصول إلى عاملة حية من الساعة 8 صباحاً إلى 5 بعد الظهر بالتوقيت المركزي، من الإثنين إلى الجمعة. يمكن استخدام الخدمة الذاتية أو البريد الصوتي على مدار 24/7، بما في ذلك عطل نهاية الأسبوع والأعياد.

[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

الموقع الإلكتروني

1-877-831-3148، TTY/TDD: 1-866-288-3133

خدمات النقل الطبي غير الطارئ

1-877-860-2837، TTY/TDD: 711

خدمات الصحة السلوكية

1-800-345-9049، TTY/TDD: 711

خط أزمات الصحة السلوكية

1-877-860-2837، TTY/TDD: 711

التظلمات والشكاوى

1-800-543-0867، TTY/TDD: 711

الاحتيايل والإساءة

1-855-334-4780، TTY/TDD: 711

تنسيق الرعاية

1-866-800-1409 TTY: 1-888-206-1327

خدمات الحماية للبالغين

TTY/TDD: 711 ، 1-877-860-2837

DentaQuest

TTY/TDD: 711 ، 1-877-860-2837

Heritage Vision Plans

1-217-782-4977

دائرة Illinois للصحة العامة

## خدمات الأعضاء

إن دائرة خدمات الأعضاء لدينا جاهزة لمساعدتك للاستفادة بصورة قصوى من خطتك الصحية. اتصل بنا على **1-877-860-2837** (TTY/TDD: 711). نحن متوفرون على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. يمكن الوصول إلى عاملة حية من الساعة 8 صباحاً إلى 5 بعد الظهر بالتوقيت المركزي، من الإثنين إلى الجمعة. يمكن استخدام الخدمة الذاتية أو البريد الصوتي على مدار 24/7، بما في ذلك عطل نهاية الأسبوع والأعياد. موظفونا مدربون على مساعدتك فهم كل شيء يتعلق بخطتك الصحية. يمكننا تزويدك بتفاصيل حول مزاياك الطبية وتلك التي تتعلق بطب الأسنان والنظر.

### كما يمكننا الإجابة على أسئلة تتعلق بـ:

- الحصول على أدويةك/وصفاتك الطبية
- الخدمات المشمولة وغير المشمولة بالتغطية
- اختيار/تغيير طبيب الرعاية الأولية (PCP)
- الحاجة إلى المساعدة بلغات أخرى
- الحاجة إلى موصلات للذهاب إلى موعد مع الطبيب أو الصيدلية
- تجديد مزاياك مع Medicaid
- تقديم تظلم أو استئناف
- حقوقك ومسؤولياتك

### الوصول إلى الرعاية عبر الهاتف

يمكنك الوصول إلى PCP الخاص بك على مدار 24 ساعة في اليوم باستخدام رقم هاتف PCP الموجود على بطاقة تعريف (ID) العضو الخاصة بك. بعد ساعات العمل العادية، سيخبرك جهاز الرد التلقائي بكيفية الحصول على الرعاية خارج ساعات العمل. كما يمكنك الاتصال بـ 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697**. إذا كان لديك حالة طارئة، فاتصل بـ 911 أو توجه إلى أقرب غرفة طوارئ (ER).

## Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM)

إن Blue Access for Members هو بوابة الأعضاء الآمنة حيث يمكن لأعضاء BCCHP:

- طباعة بطاقة تعريف (ID) مؤقتة أو طلب بطاقة جديدة.
- العثور على أطباء ومستشفيات تحت علامة 'Doctors and Hospitals' (الأطباء والمستشفيات)
- عرض مزاياك المشمولة بالتغطية
- مراجعة لائحة الأدوية الموصوفة الخاصة بك.
- عرض ملف رعايتك الشخصي
- إعداد تنبيهات الرسائل النصية
- الحصول على معلومات حول الصحة والرعاية

إذا لم تسجل لـ BAM بعد، فزر:

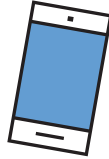
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

سجل دخولك على الحاسوب أو الجهاز اللوحي من خلال موقعنا الإلكتروني. المتواجد في الزاوية اليمنى العليا.



### تطبيق BCBSIL الجوال

نزل التطبيق الجوال. استخدم متجر التطبيقات على هاتفك بالبحث عن BCBSIL أو أرسل رسالة نصية\* BCBSILAPP إلى **33633**.




\*قد تنطبق رسوم الرسائل والبيانات.

## بطاقة تعريف (ID) العضو

أرسلنا لك بطاقة تعريف (ID) العضو الخاصة بـ Blue Cross Community Health Plans عند تسجيلك. عليك أن تحمل بطاقتك معك دائماً. تتضمن أرقام هواتف مهمة عليك إظهارها عند حصولك على خدمات. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** إذا لم تستلم بطاقة تعريف (ID) العضو أو إذا أضعتها. سنرسل لك بطاقة جديدة تلقائياً في حال تغيير PCP الخاص بك.

### معلومات حول بطاقة تعريف (ID) العضو الخاصة بك

 <b>Blue Cross Community Health Plans™</b> Regulatory Agency – HealthCare and Family Services	
<b>MEMBER INFORMATION</b>	<b>PROVIDER INFORMATION</b>
MEMBER NAME: <Cardholder Name>	PCP NAME: <PCP Name>
MEDICAID ID: <Medicaid Recipient ID#>	PCP PHONE: <PCP Phone>
MEMBER ID: XOG<Cardholder ID#>	RxBIN: <RxBIN #>
GROUP NUMBER: <Group #>	RxPCN: <RxPCN #>
EFFECTIVE DATE: <01/01/2024>	RxGRP: <RxGRP #>
<b>NON - EMERGENCY CO-PAYS</b>	<b>HBIA/S</b>
Inpatient Hospitalization: \$250 Ambulatory Surgical Centers and Outpatient Hospital Services: 10% of the Medicaid Rate	
MEMBER SERVICES: 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711) WEBSITE: www.bcchpil.com	
DENTAL: 1-888-291-3763 BEHAVIORAL HEALTH CRISIS LINE: 1-800-345-9049 24/7 NURSELINE: 1-888-343-2697	
Blue Cross Community Health Plans P.O. Box 3418 Scranton, PA 18505 PHARMACY CLAIMS: 1-855-457-0173	
Blue Cross Community Health Plans is provided by Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.	

- الاسم
- اسم الخطة
- رقم تعريف Medicaid في الولاية
- رقم تعريف (ID) العضو
- رقم المجموعة
- تاريخ سريان التسجيل
- منظم الولاية
- رقم خدمات الأعضاء
- طبيب الرعاية الأولية (PCP) (الاسم, رقم الهاتف)
- خط تمريض 24/7 Nurseline
- رقم خط أزمات الصحة السلوكية
- الرقم الخاص بطب الأسنان
- رقم النقل
- RxBIN، وRxPCN، وRxGRP (معلومات لمقدمي الخدمات عند الفوترة)
- اسم خطة BCCHP وعنوانها
- التسديدات التشاركية والتأمين المشترك

## الأهلية

### الأهلية لـ Medicaid

بدءاً من 1/1/24، انتقل الأعضاء في برنامج المزايا الصحية للمهاجرين البالغين (HBIA) والمزايا الصحية للمهاجرين المسنين (HBIS) من الخدمة-مقابل-رسم إلى رعاية Medicaid المُدارة. يمكنك الانضمام إلى Illinois Medicaid إذا كنت تستوفي شروط الأهلية لبرنامج المزايا الصحية للمهاجرين البالغين والمسنين. ومن ثم تتأهل للتغطية الطبية من Blue Cross Community Health Plans. التسجيل في برنامج تغطية صحية مع منظمة الرعاية المدارة، مثل برنامج المزايا الصحية للمهاجرين المسنين (HBIS) والمزايا الصحية للمهاجرين البالغين (HBIA)، لا يتم احتسابه في اختبار العبء العام. لا يؤثر التسجيل في هذه البرامج على حالة الهجرة الخاصة بك ولا على طلبك للهجرة. للمزيد من المعلومات حول العبء العام، يُرجى زيارة قسم About Us - PIF-IL في موقع [protectingimmigrantfamiliesillinois.org](https://protectingimmigrantfamiliesillinois.org) الإلكتروني أو موقع <https://keepyourbenefits.org/en/il> الإلكتروني. كما يمكنك الاتصال بالخط الساخن الخاص بالدعم الأسري التابع لـ ICIRR باللغة الإنجليزية والإسبانية والكورية والبولندية: **(1-855-HELP-MY-FAMILY) (1-855-435-7693)**.

## المزايا الصحية للمهاجرين البالغين

قد تكون مؤهلاً لهذا البرنامج إذا كنت تستوفي الشروط الأربعة جميعها:

1. إذا كنت تبلغ 42 سنة على الأقل ولا يتعدى عمرك 64 سنة.
2. إذا كنت واحداً مما يلي:

- a. مقيماً شرعياً دائماً (LPR) لأقل من خمس سنين (ما يُعرف كذلك بحصولك على البطاقة الخضراء)، أو
- b. مهاجراً غير موثق (بما في ذلك الأفراد في حالة محمية مؤقتة)

3. مقيماً في ولاية Illinois

4. بلغ دخل الأسرة السنوي للعام 2022 \$18,754 أو أقل للشخص الواحد، أو \$25,268 أو أقل كدخل مجمّع لأسرة من شخصين. يختلف حدّ الدخل بحسب عدد أفراد الأسرة.

## المزايا الصحية للمهاجرين المسنين

قد تكون مؤهلاً لهذا البرنامج إذا كنت تستوفي الشروط الأربعة جميعها:

1. إذا كنت في عمر 65 سنة وما فوق
2. إذا كنت مقيماً في ولاية Illinois
3. إذا كنت واحداً مما يلي:

- a. مقيماً شرعياً دائماً (LPR) لأقل من خمس سنين (ما يُعرف كذلك بحصولك على البطاقة الخضراء)، أو
- b. مهاجراً غير موثق (بما في ذلك الأفراد في حالة محمية مؤقتة)

4. بلغ دخلك السنوي للعام 2022 \$13,590 أو أقل أو إذا كنت مع شريك بدخل سنوي يبلغ \$18,310 أو أقل\*
5. لديك أصول تبلغ قيمتها أقل من \$17,500.

## تجديد مزايـا Medicaid (إعادة النظر)

### لا تخاطر في خسارة مزايـا Medicaid الخاصة بك - أكمل طلب إعادة النظر في الوقت المناسب!

في كل سنة، عليك إكمال عملية تجديد للحفاظ على مزاياك. تُعرف هذه العملية بإعادة النظر. إن عملية إعادة التحديد عبارة عن مراجعة لأهليتك لـ Medicaid و SNAP أو المساعدة النقدية. على الولاية أن تحدّد ما إذا كنت لا تزال تستوفي الشروط للحفاظ على مزاياك. عليك تجديد تغطية Medicaid الخاصة بك على الأقل مرة كل سنة. إذا كنت تتلقّى مزايا SNAP، ستفعل ذلك مرتين في السنة.

### كيفية تجديد تغطية Medicaid الخاصة بك:

1. اضغط على 'Manage My Case' (إدارة حالتي) على [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov)

- أنشئ حساباً أو سجّل دخولك إليه على [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov) لإدارة مزاياك. الإنترنت هو الطريقة الفضلى للاتصال.

2. تحقق من عنوانك

- إذا كنت تستخدم Medicaid، فعليك أن تبقى عنوانك محدثاً. اضغط على 'Manage My Case' وتحقق من عنوانك تحت 'Contact Us' (اتصل بنا) أو اتصل على الرقم 1-877-912-8880.



### 3. ابحث عن تاريخ الاستحقاق (ويُسمى أيضاً تاريخ إعادة النظر)

- لإيجاد تاريخ الاستحقاق (تاريخ إعادة النظر)، راجع علامة تبويب Benefit Details (تفاصيل المزاييا) على [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov)
- هل ترغب في تلقي مذكّرات عند حلول وقت التجديد؟ اختر تنبيهات الرسائل النصية والرسائل الإلكترونية في علامة تبويب 'Account Management' (إدارة الحساب) تحت Manage *your communications preferences* (إدارة تفضيلاتك في التواصل).

### 4. راقب بريدك

- سترسل لك إدارة الرعاية الصحية والخدمات الأسرية (HFS) إشعاراً قبل شهر من تاريخ الاستحقاق. سيخبرك إذا كنت تحتاج إلى إكمال نموذج تجديد. يعطيك الإشعار خطوات حول كيفية إكمال طلب إعادة النظر.

### 5. أكمل طلب إعادة النظر

- لا تخاطر في خسارة Medicaid. ثمة أساليب متعددة يمكنك فيها تقديم طلب التجديد.

#### قدّم طلب إعادة النظر في Medicaid عبر:

- التقديم عبر الإنترنت. اضغط على 'Manage My Case' (إدارة حالتي) على [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov)
- أرسل النموذج المكتمل وأي تحقّقات مطلوبة عبر البريد أو الفاكس
- عبر رقم الهاتف من خلال الاتصال على الرقم **1-800-843-6154**
- شخصياً. لإيجاد موقع، استخدم محدّد موقع مكتب دائرة Illinois للخدمات الإنسانية (IDHS) على [www.dhs.state.il.us](http://www.dhs.state.il.us).

**احذر الغش والخداع.** لن تطلب Illinois منك أبداً المال لتجديد Medicaid أو لتقديم طلب عليها. بلّغ عن الغش والخداع إلى خط Medicaid الساخن الخاص بالاحتيال على الرقم **1-844-453-7283 (1-844-ILFRAUD)**.

## التسجيل المفتوح

لمرة واحدة سنوياً، يمكنك تغيير الخطط الصحية خلال وقت محدّد وتسمى هذه الفترة بالتسجيل المفتوح. سترسل لك خدمات تسجيل العميل (CES) رسالة بخصوص التسجيل المفتوح قبل حوالي 60 يوماً من تاريخ الذكرى السنوية. يأتي تاريخ الذكرى السنوية بعد مرور عام من تاريخ بداية خطتك الصحية. لديك 60 يوماً خلال التسجيل المفتوح لتغيير الخطة عبر الاتصال بـ CES على الرقم **1-877-912-8880**. بعد انتهاء فترة الـ 60 يوماً، سواء حصل تبديل الخطة أم لا، سيتم تثبيتك لـ 12 شهراً. إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص التسجيل أو إلغاء التسجيل مع BCCHP، فيرجى الاتصال بـ CES على الرقم **1-877-912-8880**.

## شبكة مقدّمي الخدمات

تدخل Blue Cross Community Health Plans في شراكة مع أطباء، وأخصائيين، ومستشفيات لتقديم خدمات طبية. عليك استخدام مقدّمي خدمات من داخل الشبكة. إذا اخترت زيارة طبيب من خارج الشبكة، فعليك الدفع لقاء الخدمات. ما عدا في الحالات الطارئة، لا تغطي الخطة الخدمات من خارج الشبكة. اسأل مقدّم الخدمة إذا كان في شبكة BCCHP قبل حصولك على الرعاية.

قد تحتاج إلى الحصول على موافقة لبعض الخدمات قبل معالجتك. ويُسمى ذلك بالموافقة المسبقة. قد لا تغطي BCCHP خدمة إذا لم تحصل على موافقة. قد تُضطر إلى الدفع إذا حصلت على رعاية خارج منطقة خدماتك، إلا إذا كانت حالة طارئة، أو إذا كان لديك موافقة مسبقة.

كيفية العثور على مقدم خدمات، بما في ذلك طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك:

خدمات الأعضاء  
1-877-860-2837  
المكالمة مجانية.



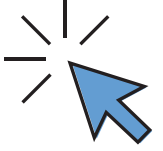
دليل مقدمي الخدمات  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

يمكنك عرض ملف  
PDF من مقدمي  
الخدمات أو تنزيله.



"Provider Finder"  
[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

ابحث على مدار 24/7  
على الإنترنت أو استخدم  
تطبيق BCBSIL.



نتشارك مع شركات أخرى لتزويدك بخدمات:

- تتوفر تغطية خدمات الأسنان من خلال DentaQuest®
- تتوفر تغطية خدمات النظر من خلال Heritage Vision Plans Inc، التي تدعمها VSP
- تتوفر تغطية خدمات الصيدلانية من خلال Therapeutics®

## طبيب الرعاية الأولية (PCP)

مقدم الرعاية الأولية هو طبيبك الشخصي الذي سيقدم لك معظم خدمات الرعاية. كما يمكنه أن يحوّلك إلى مقدمي رعاية آخرين إذا احتجت إلى رعاية خاصة. مع BCCHP، يمكنك اختيار PCP الخاص بك.

يمكنك دائماً اختيار ما يلي من أنواع مقدمي الخدمات ليكون PCP بك:

- طبيب عائلي أو طبيب عام
- طبيب توليد/أمراض نسائية (OB/GYN)
- طبيب باطني (طب داخلي)
- ممارسة ممرضة (NP) أو مساعد طبيب (PA)
- أو ممرضة ممارسة متقدمة (APN)
- يمكن للعيادات كمراكز صحية مؤهلة فيدرالياً
- (FQHC) أو عيادات صحة ريفية (RHC) أن تكون بمثابة مقدم رعاية أولية (PCP)

إذا كنت عضواً من الشعوب الأميركية الهندية / السكان الأصليين في ألاسكا، فلديك الحق في الحصول على الخدمات من مقدمي خدمات القبائل الهندية، والمنظمات القبلية، أو منظمات الهنود الحضريين داخل Illinois وخارجها.

إذا احتجت إلى مساعدة في العثور على PCP أو تغييره، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837. نحن متوفرون على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. كما يمكنك استخدام Provider Finder (الباحث عن مقدم الخدمة) على [bcchpil.com](http://bcchpil.com).

## كيفية تغيير PCP

يمكنك تغيير PCP في أي وقت. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837. المكالمة مجانية. كما يمكنك استخدام حساب Blue Access for Members (BAM) الخاص بك. لتسجيل دخولك إلى حساب BAM الخاص بك، يُرجى زيارة [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). إلا إذا كان التغيير ضرورياً حقاً، من الأفضل الإبقاء على PCP نفسه، وذلك كي يتمكن مقدم خدماتك من معرفة حاجاتك الصحية وتاريخها. إذا قمت بتغيير PCP الخاص بك، فأرسل سجلاتك الطبية إلى مقدم الخدمة الجديد.

## مقدم الرعاية الصحية للنساء (WHCP)

كامرأة تتمتع بتغطية مع BCCHP، لديك الحق في اختيار مقدم الرعاية الصحية للنساء (WHCP). إن WHCP هو طبيب مرخص لمزاولة الطب المتخصص في التوليد والأمراض النسائية أو الطب العائلي.

### التخطيط الأسري

لدى BCCHP شبكة من مقدمي الخدمات حيث يمكنك الحصول على خدمات التخطيط الأسري، ولكن قد تختار الحصول على خدمات التخطيط الأسري وموارده من مقدم خدمات من خارج الشبكة من دون إحالة، وستحصل على التغطية.

#### تتضمن خدمات التخطيط الأسري المشمولة بالتغطية:

- زيارات طبية لمنع الحمل
- زواج/تخطيط أسري، تثقيف ومشورة
- اختبارات حمل
- فحوصات مخبرية
- فحوصات لالتهابات منقولة جنسياً
- العقم

#### بعض الخدمات غير مشمولة بالتغطية:

- الجراحة لعكس التعقيم
- علاجات الخصوبة بما في ذلك التلقيح الاصطناعي أو التلقيح في المختبر.

### الرعاية التخصصية

الأخصائي هو طبيب يعتني بحالة صحية معينة. تتضمن الأمثلة عن الأخصائي طب القلب (صحة القلب) وطب العظام (العظام والمفاصل). إذا اعتقد PCP الخاص بك أنك بحاجة إلى أخصائي، فسيعمل/ستعمل معك لاختيار أخصائي. سيرتب PCP رعايتك التخصصية. يمكنك زيارة أخصائي في الشبكة من دون إحالة.

### جدولة المواعيد

من المهم جداً المحافظة على مواعيدك لزيارة الطبيب والفحوصات المخبرية أو لإجراء صور أشعة. اتصل بـ PCP الخاص بك قبل يوم على الأقل إذا لم تتمكن من المحافظة على موعدك. إذا احتجت إلى مساعدة في تحديد موعد، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

عند الذهاب إلى مواعيد الطبيب:

- اصطحب بطاقة تعريف (ID) العضو الخاصة بك
- كن على الوقت
- اتصل بعيادة الطبيب فوراً إذا كنت ستتأخر أو إذا احتجت إلى إلغاء الموعد.
- إذا تأخرت، فقد لا يتمكن PCP من رؤيتك.

### الصحة عن بعد

سهلت BCCHP عليك رؤية مقدم الخدمة الخاص بك من خلال توفير خيارات الصحة عن بعد. يمكنك الحصول على الرعاية التي تحتاجها، حتى ولو افتراضياً. لتعلم المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837** أو اسأل طبيبك ما إذا كان يقدم خدمات الصحة عن بعد. لكل طبيب، إذا كان يقدم خدمات صحية عن بعد، أساليب مختلفة في تقديمها. إذا احتجت إلى مساعدة في تحديد موعد، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

## مشاركة الكلفة

تتضمن خطتك المحددة تسديدات تشاركية. التسديد التشاركي عبارة عن مبلغ محدد تدفعه لقاء خدمة رعاية صحية مشمولة بالتغطية عند تلقيك للخدمة عادة. يختلف المبلغ الذي قد يُفرض عليك بحسب الخدمة ومقدم الخدمة. لا يمكن فرض تسديد تشاركي أو مشاركة في التكاليف عن خدمة الطوارئ الضرورية لتقييم حالة طبية طارئة أو تثبيتها. أما التأمين المشترك، فهو الجزء من النفقات الطبية المؤهلة التي عليك دفعها. على سبيل المثال، إذا كانت نسبة المشاركة الخاصة بك هي 10%، فأنت مسؤول عن دفع 10% من نفقات الرعاية الطبية المؤهلة، وسوف تقوم الخطة بدفع النسبة المتبقية والبالغة 90%. قد يختلف المبلغ بحسب نوع خدمة الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية.

## التسديدات التشاركية

الميزة	مشاركة الكلفة	ملاحظة
الاستشفاء غير الطارئ لمريض مقيم	\$250 تسديد تشاركي لكل إقامة	الاستشفاء لمريض مقيم هو المبيت في المستشفى
المراكز الجراحية السامحة بالتجول وخدمات المرضى الخارجيين	10% من المبلغ المسموح به	إن المراكز الجراحية السامحة بالتجول هي منشآت حيث تجري الجراحات التي لا تتطلب إقامة في المستشفى

## الرعاية غير الطارئة

إذا كنت تعاني من حالة طبية غير طارئة، كالصداع أو ألم في المعدة، فاتصل بـ **24/7 Nurseline** على الرقم **1-888-343-2697**. يمكن للممرضة مساعدتك في تحديد ما إذا كان عليك الاتصال بطبيبك أم علاج المشكلة في المنزل. الحالة الطارئة هي مشكلة صحية تهدد حياة الفرد أو مشكلة قد تؤثر بشكل خطير على صحتك إذا لم تُعالج فوراً. اذهب إلى غرفة الطوارئ (ER) فقط للمشاكل الصحية الخطيرة. قد يؤدي الذهاب إلى ER عندما لا يكون الأمر حالة طارئة إلى أوقات انتظار طويلة وإلى تكاليف أعلى.

## الرعاية العاجلة

الرعاية العاجلة هي مشكلة بحاجة إلى رعاية على الفور ولكنها غير مهددة للحياة.

تتضمن بعض أمثلة الرعاية العاجلة:

- الجروح والخدوش الصغرى
- نزلات البرد
- الحمى
- ألم في الأذن

اتصل بـ PCP الخاص بك للرعاية العاجلة أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**. كما يمكنك دوماً الاتصال بخط التمريض 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697**.



## الرعاية الطارئة

إن الحالة الطبية الطارئة خطيرة جداً. قد تكون مهددة للحياة. قد يكون لديك ألم حاد أو إصابة أو مرض خطير. في الحالة الطارئة، اتصل بـ **911** أو توجه إلى أقرب قسم طوارئ. إن الرعاية الطارئة مشمولة بالتغطية في **United States**. ليس عليك الحصول على موافقة مسبقة ولكن اتصل بـ **PCP** وخدمات الأعضاء في غضون **24 ساعة**. يمكنهم أن يتأكدوا من أن تحصل على رعاية المتابعة التي تحتاج إليها.

### تتضمن بعض الأمثلة عن الرعاية الطارئة:

- نوبة قلبية
- نزيف حاد
- تسمم
- صعوبة في التنفس
- كسور في العظام

### ماذا تفعل في حالة الطوارئ:

- اذهب إلى أقرب قسم طوارئ. يمكنك استخدام أي مستشفى
- أو أي مكان آخر للحصول على خدمات الطوارئ
- اتصل بـ **911**. اتصل بالإسعاف إذا لم تتوفر خدمة **911** في منطقتك
- ليس هناك حاجة للإحالة
- ليس عليك الحصول على موافقة مسبقة ولكن عليك الاتصال بنا في غضون **24 ساعة** من حصولك على الرعاية الطارئة.

## الرعاية بعد استقرار الحالة

خدمات ما بعد استقرار الحالة هي الخدمات اللازمة التي يتم تقديمها إلى المشترك بمجرد استقرار حالته الطبية بعد حدوث حالة طبية طارئة، وذلك بهدف تحسين حالة المشترك. بعض خدمات ما بعد استقرار الحالة بعد حالة طارئة مشمولة بتغطية **BCCHP**. تقتصر خدمات إعادة التأهيل الضرورية طبياً في مرفق الرعاية الطويلة الأجل على مدة لا تتجاوز **90 يوماً** لكل حدث. من الأمثلة على الخدمة المشمولة بالتغطية هي زيارة متابعة إلى العيادة من أجل المشورة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** لمعرفة إذا كنت مؤهلاً أو لمعرفة ما إذا كانت الموافقة المسبقة ضرورية للرعاية.

## العلاجات الطبية الجديدة

تراجع **BCCHP** العلاجات الطبية الجديدة. تقرر مجموعة من الأطباء والأخصائيين والمدراء الطبيين إذا العلاج:

- حصل على موافقة الحكومة
  - أظهر أنه يؤثراً على المرضى في دراسة موثوقة
  - سيساعد المرضى ويحسن صحتهم بقدر علاجاتهم الحالية أو أكثر
- تراجع المجموعة هذه الأمور ومن ثم تقرر إذا العلاج ضروري طبياً. إذا سألنا طبيبك عن علاج جديد لم يخضع للمراجعة بعد، فسيراجع فريقنا الطبي تفاصيل العلاج واتخاذ قرار. سيعلمون طبيبك ما إذا كان ضرورياً طبياً وموافق عليه.

## الموافقة المسبقة

تتطلب بعض الخدمات موافقة مسبقة أو موافقة BCCHP. ليس عليك الاتصال بنا للحصول على موافقة مسبقة. يمكنك أن تعمل مع طبيبك لتقديم طلب للموافقة المسبقة.

ستتفق BCCHP مع PCP الخاص بك (أو الأخصائي) على ماهية الخدمات الضرورية طبياً. يشير مصطلح "ضروري طبياً" إلى خدمات:

- تحمي الحياة
- تحميك من الإصابة بمرض خطير أو إعاقة خطيرة
- تكشف ما الخطب وذلك لمعالجة المرض أو الإصابة
- تساعدك على القيام بأمر كتناول الطعام وارتداء الملابس والاستحمام

لن ندفع لقاء الخدمات من مقدمي خدمات من خارج الشبكة إذا لم تتوفر موافقة مسبقة. يمكنك العمل مع مقدم من خارج الشبكة للحصول على موافقة مسبقة قبل الحصول على الخدمات.

تتضمن بعض الخدمات التي لا تحتاج إلى موافقة مسبقة:

- الرعاية الأولية
- أخصائي من داخل الشبكة
- التخطيط الأسري
- خدمات WHCP (عليك اختيار أطباء من الشبكة)
- الرعاية الطارئة

## قرارات التغطية

لدى BCCHP قواعد صارمة حول كيفية اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك. يتخذ أطباؤنا وموظفون قراراتهم المتعلقة برعايتك بناء على الحاجة والمنافع فقط. ما من مكافآت لرفض الرعاية أو تعزيزها. لا تشجع BCCHP الأطباء على منح رعاية أقل مما تحتاج. لا يقبض الأطباء إزاء رفضهم تقديم الرعاية.

يمكنك التحدث إلى موظف لدى BCCHP حول عملية إدارة الاستخدام (UM). ما نعنيه بإدارة الاستخدام (UM) هو مراجعة السجلات الطبية والمطالبات وطلبات الموافقة المسبقة. وذلك للتأكد من أن الخدمات ضرورية طبياً. كذلك نتحقق من تقديم الخدمات في الوضعية الصحيحة وأن الخدمات متسقة مع الحالة التي قُدم تقرير بشأنها. لمعرفة المزيد عن كيفية اتخاذ القرارات بشأن رعايتك، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

## الحصول على رأي طبي ثانٍ

قد تراودك بعض الأسئلة بخصوص الرعاية التي يقول PCP أو طبيبك أنك بحاجة إليها.

قد ترغب في الحصول على رأي ثانٍ كي:

- تشخص مرضاً
- تتأكد من أن خطة العلاج مناسبة لك

عليك التحدث إلى PCP الخاص بك إذا أردت رأياً آخرًا.

سيحيلك إلى طبيب:

- يعمل كذلك مع BCCHP
- يكون في الاختصاص نفسه كالطبيب الذي زرته للرأي الأول

ستحتاج إلى موافقة مسبقة من BCCHP لزيارة طبيب ليس في شبكتنا. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** للمساعدة في الحصول على رأي ثانٍ. كما يمكنك الاتصال بخط التمريض 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697** لمعرفة المزيد.

## الخدمات المشمولة بالتغطية

ستدفع BCCHP لقاء الخدمات الضرورية طبيًا كافة استناداً إلى قسم الخدمات الطبية المشمولة بالتغطية. قد تُضطر للدفع لقاء الرعاية أو الخدمات غير المذكورة أو غير الضرورية طبيًا. إذا كانت مذكورة وتقرر BCCHP أنها ضرورية طبيًا، فستدفع BCCHP الكلفة الكاملة للخدمات.

قد يحيلك PCP إلى أخصائي أو مقدّم خدمات آخر لإجراء فحوصات طبية. قد يحددون لك موعداً. ليس من حاجة إلى إحالة. أحياناً، قد يتعين عليك تحديد الموعد بنفسك. ويُسمى ذلك بالإحالة الذاتية. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837** للمساعدة بالمواعيد.

تغطي BCCHP الأعضاء الذين يقيمون في ولاية Illinois. لا تغطي BCCHP أي خدمات خارج United States. إذا كنت بحاجة إلى رعاية بينما تكون مسافراً خارج ولاية Illinois، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837**. يستدعي الأمر الحصول على موافقة مسبقة للخدمات خارج Illinois. إذا لم نلتق الموافقة المسبقة، فقد تُضطر للدفع لقاء الخدمات. إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة، فإذهب إلى أقرب مستشفى. إن الرعاية الطارئة مشمولة بالتغطية في United States. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة للخدمات الطارئة في داخل U.S.

## الخدمات الطبية

تريد Blue Cross Community Health Plans أن تتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها. تغطي BCCHP الخدمات المشمولة بتغطية Medicaid الضرورية طبياً كافة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** إذا كان لديك أسئلة بخصوص المزايا. إذا كان لديك أسئلة تتعلق بالصحة، فيمكنك الاتصال بـ 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697**. تتطلب بعض الخدمات موافقة مسبقة أو حدوداً للخدمات. سيساعدك طبيبك في تقديم أي موافقات مسبقة ضرورية. لمزيد من التفاصيل حول التغطية، يُرجى مراجعة شهادة BCCHP للتغطية.

إليك لائحة ببعض الخدمات الطبية والمزايا التي تغطيها Blue Cross Community Health Plans:

- تُغطي خدمات الإجهاض من قبل Medicaid (وليس منظمة الرعاية المدارة) وذلك باستخدام بطاقة HFS الطبية.
- تُغطي خدمات الوخز بالأبر من قبل Medicaid (وليس منظمة الرعاية المدارة) وذلك باستخدام بطاقة HFS الطبية.
- خدمات الممرضة الممارسة المتقدمة
- خدمات مركز العلاج الجراحي السامح بالتجول
- أجهزة الاتصال المساعدة/التكاملية
- خدمات السمع
- الدم ومكونات الدم وإدارتها
- خدمات تقويم العامود الفقري
- خدمات الأسنان، بما في ذلك جراحو الفم
- خدمات التخطيط الأسري ولوازمها
- زيارات إلى مراكز صحية مؤهلة فيدرالياً (FQHC) أو عيادات صحة ريفية (RHC)، بالإضافة إلى زيارات إلى عيادات تفرض رسوماً بناءً على معدل اللقاءات
- زيارات إلى قسم الطوارئ في المستشفى
- خدمات المريض المقيم في المستشفى
- خدمات المستشفى السامحة بالتجول
- خدمات المختبر والأشعة
- اللوازم والمعدات الطبية، والأطراف الصناعية، والتقويمات العظمية
- خدمات الصحة العقلية
- الخدمات واللوازم البصرية
- خدمات قياس البصر
- خدمات الصيدلانية
- خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج النطق
- خدمات الطبيب
- خدمات طب الأقدام
- خدمات ما بعد استقرار الحالة لفترة 90 يوماً
- خدمات غسيل الكلى
- المعدات واللوازم التنفسية
- خدمات لمنع الأمراض وتعزيز الصحة
- خدمات الإدمان ما دون الحاد وخدمات إساءة استخدام المواد
- النقل إلى خدمات آمنة مشمولة بالتغطية

## الخدمات المحدودة المشمولة بالتغطية

- قد توفر BCCHP خدمات التعقيم فقط كما يسمح به قانون الولاية أو القانون الفيدرالي
- إذا وقّرت BCCHP خدمة استئصال الرحم، فعلى BCCHP إكمال نموذج HFS Form 1977 وضم النموذج المكتمل إلى سجل العضو الطبي
- تقتصر خدمات الزرع على زرع الكلى وزرع الخلايا الجذعية للمرضى المقيمين



## الخدمات غير المشمولة بالتغطية

إليك لائحة ببعض الخدمات الطبية والمزايا التي لا تغطيها Blue Cross Community Health Plans:

- الخدمات التي بطبيعتها هي تجريبية أو جديدة خاضعة للفحص
- الخدمات التي يقدمها مزود خدمات من خارج الشبكة ولم توافق BCCHP عليها
- الخدمات المقدمة من دون إحالة مطلوبة أو موافقة مسبقة
- الجراحة التجميلية الاختيارية
- رعاية العقم، مثل عكس عمليات التعقيم وعلاجات الخصوبة، مثل التلقيح الاصطناعي أو التلقيح في المختبر
- أي خدمة غير ضرورية طبياً
- الخدمات المقدمة من خلال وكالات تثقيف محلية
- أدوية خسارة الوزن أو مساعدات الحمية
- طب الأسنان التجميلي
- تبييض الأسنان وتنظيفها
- زراعة الأسنان
- التأمين على العدسات اللاصقة
- المساعدات على النظر الضعيف
- تصحيح البصر بالليزر
- إن خدمات المنازل المنزلية والمجتمعية غير مشمولة بالتغطية
- إن خدمات منشآت الرعاية طويلة الأمد غير مشمولة بالتغطية

ليست هذه بقائمة كاملة بالخدمات غير المشمولة بالتغطية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

## خدمات الأسنان

تعمل BCCHP مع DentaQuest لتقديم خدمات طب الأسنان. يهتم مقدّمي خدمات الأسنان بأسنانك. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة من PCP الخاص بك لرعاية الأسنان. زر 'Find a Provider' (اعثر على مقدّم خدمة) على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) كي تبحث عن مقدم خدمات أسنان في الشبكة. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

### تغطي BCCHP خدمات الأسنان التالية\*:

- يحصل أعضاء BCCHP على تنظيف إضافي سنوياً كجزء من مزايا العضو ذات القيمة الإضافية، بإجمالي تنظيف لمرتين كل 12 شهراً.
- فحصين فمويين كل 12 شهراً.
- أشعة سينية
- حشوات
- تيجان
- قلع الأسنان
- خدمات الأسنان الطارئة
- قنوات الجذور المحدودة
- أطقم أسنان محدودة

\*قد تنطبق بعد الحدود على هذه الخدمات. قد يستدعي الأمر الحصول على موافقات مسبقة لبعض الخدمات.

## خدمات النظر

تعمل BCCHP مع Heritage Vision Plans Inc، التي تدعمها VSP لتقديم خدمات النظر. يهتم مقدّمي خدمات النظر بعينيك. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة من PCP الخاص بك لرعاية النظر. زر Provider Finder® (باحث عن مقدّم خدمة) على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) أو على تطبيق BCBSIL الجوال. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

تتضمن الخدمات:

- فحص العينين مرة كل 12 شهراً.
- نظارات:
- مشمولة بالتغطية كل سنتين
- يمكنك الحصول على \$40 لشراء زوج من الإطارات المطورة للنظارات كل عامين
- إن العدسات اللاصقة مشمولة بالتغطية عندما تكون ضرورية طبياً إذا لا تستطيع النظارات تقديم النتيجة المرجوة. إذا فقدت النظارات أو العدسات اللاصقة أو تعرضت للسرقة، فاتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك دوماً الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** إذا كان لديك أسئلة. سندفع فقط للخدمات التي نسمح بها.

## خدمات الصيدلانية

تستخدم BCCHP قائمة الأدوية المفضلة (PDL). تقدم دائرة Illinois للرعاية الصحية والخدمات الأسرية (HFS) قائمة الأدوية المفضلة (PDL). على BCCHP اتباع PDL التي زوّدتها HFS. وهذا لمساعدة طبيبك في اختيار الأدوية التي يصفها لك. للأدوية المشمولة بالتغطية والمدرجة على PDL تسديد تشاركي بقيمة \$0 إذا صُرفت في صيدليات تابعة للشبكة. تحتاج أدوية معينة على هذه القائمة إلى موافقة أو لديها حدود بناء على الضرورة الطبية. للحصول على مزيد من التفاصيل حول مزايا الصيدلانية، يُرجى تنزيل PDL على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com) في صفحة Drug Coverage (تغطية الأدوية). كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** لمعرفة أي من الأدوية واردة على PDL. يمكنك أن تطلب إرسال PDL إليك عبر البريد.

عليك الحصول على دوائك من صيدلية في الشبكة. ستحصل على إمداد يصل إلى شهر واحد (30 يوماً). ليس لديك تسديدات تشاركية على الأدوية الموصوفة المشمولة بالتغطية التي تُصرف في صيدليات تابعة للشبكة. تأكد من أن يعرف طبيبك ما الأدوية التي تتناولها. يشمل ذلك الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية.

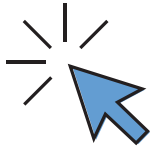
## صيدليات تابعة للشبكة

ثمة العديد من الصيدليات في شبكتنا متوفرة من خلال Prime Therapeutics®. اصطحب بطاقة تعريف (ID) العضو الخاصة بك ووصفة الطبيب عند زيارة الصيدلية. إذا احتجت إلى مساعدة في الوصول إلى صيدليتك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

## العثور على صيدلية في منطقتك

الباحث عن الصيدلية  
[www.myprime.com](http://www.myprime.com)

اضغط على  
'Pharmacies'  
(صيدليات).



خدمات الأعضاء

**1-877-860-2837**

المكالمة مجانية.



دليل الصيدلية

[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)

استعرض أو قم بتنزيل  
صفحة تغطية الأدوية  
(Drug Coverage).



## الأدوية التي ليست مدرجة على PDL

إذا كان هناك دواء تتناوله وهو غير مدرج على PDL، فلديك خياران:

- تحدّث على مقدّم خدماتك لتقرر ما إذا كان بإمكانك تجربة دواء وارد في PDL قبل أن تطلب استثناء.
  - اتصل بخدمات الأعضاء لطلب استثناء لتغطية دوائك. أرسل إفادة من طبيبك تدعم طلبك. على BCCHP أن تقرر في غضون 24 ساعة (يوم واحد) من تلقي طلب طبيبك.
- تحصل الموافقة عادة على طلبات الاستثناء فقط إذا كانت الأدوية الأخرى الواردة في PDL أقل فعالية، أو إذا كانت تؤذي صحتك.

## برنامج الطلب عبر البريد

نوفّر برنامج الطلب عبر البريد لأدوية الأمراض المزمنة. يمكنك الحصول على إمداد لثلاثة أشهر (90 يوماً) يُرسل مباشرة إلى منزلك. ما من تكلفة عليك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** للمساعدة.

## الأدوية التي لا تتطلب وصفة طبية (OTC) واللوازم

تشمل الأدوية والأغراض التي تشتريها في الصيدلية من دون وصفة طبية. كعضو في BCCHP، يمكنك طلب أغراض موافق عليها بقيمة \$25 لمرة واحدة كل ربع. أي مرة كل ثلاثة أشهر من دون تكلفة عليك. لن تنتقل مبالغ هذه الميزة إلى الربع التالي. يمكنك عرض كتيب OTC على موقعنا على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). يمكنك الطلب على [www.mpaotc.com](http://www.mpaotc.com). للمستخدمين للمرة الأولى، عليهم التسجيل. كما يمكنك الطلب عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**. سيُشحن طلبك إلى عنوانك في غضون 7 إلى 10 أيام مجاناً.

## خدمات النقل الطبي غير الطارئ

تعمل BCCHP مع ModivCare لتقديم خدمات النقل. يمكنك الحصول على موصلات إلى موعدك مع مقدّم الخدمة أو الصيدلية (بعد موعدك) أو أي فعالية خاصة بـ BCCHP. كما يمكنك طلب الموصلات إلى مركز Blue Door Neighborhood Center.

## لتحديد موعد للمواصلات

أكد وسيلة المواصلات

**1-877-831-3148**

اتصل أو تفقّد التطبيق على هاتفك الجوال قبل ثلاثة أيام من الموعد.



اتصل بـ ModivCare

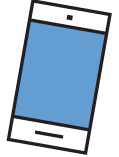
**1-877-831-3148**

الإثنين إلى الجمعة  
من الساعة 8 صباحاً إلى  
6 مساءً، التوقيت القياسي  
المركزي (CST)



تطبيق ModivCare

ابحث عن 'ModivCare'  
في متجر التطبيقات لديك  
واستخدمه لحاجاتك كافة  
في المواصلات.



## يوم موعدك:

- استعدّ لرحلتك قبل ساعة من الموعد.
- حين يصل سائقك، سيزمّر، أو يقرع الجرس، أو يقرع الباب، أو يقرع الجرس، أو سيتصل بك. عليه انتظارك لخمس دقائق. بعد خمس دقائق، يمكنه المغادرة ويبلّغ عن عدم حضور.
- يمكن للسائقين نقل عدة أعضاء في الرحلة نفسها. ولا ينبغي أن يضيف ذلك أكثر من 45 دقيقة على وقت رحلتك.

## رحلة العودة:

- يمكنك أن تحدد مسبقاً رحلة العودة. من المفترض أن يصل السائق في غضون 30 دقيقة.
  - إذا لم تحدد مسبقاً موعداً لاصطحابك من الموعد، فاتصل بـ ModivCare عندما تنتهي من موعدك. من المفترض أن يصل السائق في غضون ساعة من اتصالك.
- أي شخص ليس عضواً يجب أن يكون حاصلاً على الموافقة عند جدولة الرحلة. أنت مسؤول عن أي معدات طبية أو مقعد الأمان. يتضمن ذلك الكراسي المتحركة أو مقاعد السيارة للأطفال. لا تغطي BCCHP الرحلات لأسباب غير طبية، ما عدا الفعاليات التي ترعاها BCCHP. من دون موافقة خاصة، لا تغطي BCCHP الرحلات التي تبعد مسافة 40 ميلاً أو إلى مقدمي خدمات ليسوا في الشبكة. لا تحتاج إلى موافقة للنقل الطارئ.

**إذا تأخر السائق، فاتصل بخط Where's My Ride Line على الرقم 1-877-831-3149. إذا لزم الأمر، فستعمل ModivCare لإجراء ترتيبات أخرى.** يمكن تقديم تظلم ضد ModivCare عبر الاتصال بخدمات الأعضاء أو بـ ModivCare. يمكن للعضو طلب عدم توفير مزود نقل محدد للرحلات المستقبلية.

## تطبيق ModivCare

يمكنك تطبيق ModivCare مرونة في جدولة رحلتك الطبية في أي وقت وأي مكان ترغب فيه. كل ما عليك فعله هو البحث عن 'ModivCare' على Google Play® أو Apple App Store® لتنزيل التطبيق. تأكد من أن يكون لديك عنوان بريد إلكتروني لإنشاء حسابك. ومن ثم يصبح طلب الرحلة على بعد بضعة نقرات!

### عبر تنزيل تطبيق ModivCare، لديك وصول إلى:

- حجز الرحلات، أو تغييرها، أو إلغاؤها
- تعقب مباشر للرحلة
- موقع السائق في الوقت الحقيقي وموعد الوصول المتوقع
- إرسال رسائل نصية إلى السائق أو الاتصال به للتأكد من عدم تفويت الرحلة
- الاتصال بفريق الدعم في التطبيق للتحدث إلى عامل حي

## مواصلات أخرى

إذا كنت تعيش في منطقة تبعد مربعين عن محطة حافلات النقل العام، فيمكنك الحصول على تذاكر حافلات مجانية. يمكن توفير تذاكر الحافلة لنقلك إلى موعد طبيبك ومنه. اتصل بـ ModivCare قبل أسبوعين على الأقل من موعدك لطلب تذاكر للحافلة. سترسل تذاكر الحافلات إلى منزلك بالبريد.

## مزايا ذات قيمة مضافة

توفر Blue Cross Community Health Plans مزايا إضافية. وهي متوفرة فقط لأعضاء خطة Medicaid من BCCHP. تُقدّم هذه المزايا إلى أعضاء BCCHP بالإضافة إلى مزايا Illinois Medicaid. تجد أدناه تفاصيل طل ميزة إضافية وكيفية التسجيل. لمزيد من التفاصيل، أو للتسجيل في هذه البرامج، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

## Blue365®

يحصل الأعضاء على عضوية مجانية في Blue365، وهو برنامج يوفر حسومات حصرية تتعلق بالصحة والعافية. زر موقعنا على [www.blue365deals.com](http://www.blue365deals.com) لمعرفة المزيد.



## الأدوية التي لا تتطلب وصفة طبية (OTC) واللوازم

الأدوية التي لا تتطلب وصفة طبية واللوازم هي الأدوية والأغراض التي تشتريها في الصيدلية من دون وصفة طبية. كعضو في BCCHP، يمكنك طلب أغراض موافق عليها بقيمة \$25 لمرة واحدة كل ربع (كل ثلاثة أشهر) من دون تكلفة عليك. لن تنتقل مبالغ هذه الميزة إلى الربع التالي. يمكنك عرض كتيب OTC على موقعنا على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). يمكنك الطلب عبر [www.mpaotc.com](http://www.mpaotc.com). للمستخدمين للمرة الأولى، عليهم التسجيل. كما يمكنك الطلب عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837. سيُشحن طلبك إلى عنوانك في غضون 7 إلى 10 أيام مجاناً.

## خدمات الأسنان

توفر BCCHP مزايا ذات قيمة مضافة خاصة بالأسنان. سيحصل أعضاء BCCHP المؤهلين على تنظيف للأسنان مرتين في السنة.

## هاتف خلوي

قد تكون مؤهلاً للحصول على هاتف خلوي مجاني للاتصال بطبيبك، أو منسق الرعاية، أو خدمات الطوارئ 911.

## المواصلات

قد تحصل على مواصلات إلى موعدك مع مقدم الخدمة أو الصيدلية (بعد موعدك) أو أي فعالية ترعاها BCCHP. هذا بالإضافة إلى ميزة النقل القياسية. اعرّف المزيد على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

## برنامج الحوافز الصحية

قد تكون مؤهلاً للحصول على بطاقات هدايا بعد إكمال بعض الخدمات الوقائية كجزء من برنامج الحوافز الصحية، ك:

- بطاقة هدية بقيمة 15 دولاراً للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 50 و74 سنة واللواتي يخضعن لفحص سرطان الثدي السنوي

## الإقلاع عن التدخين

يمكن لمنسق الرعاية أن يوصلك بالموارد لمساعدتك على الإقلاع عن التدخين.

## خدمات الصحة السلوكية (BH)

يمكن أن تساعد خدمات الصحة السلوكية الأفراد الذين يواجهون حالات صحية عقلية، أو إساءة استخدام المواد، أو أزمة صحة سلوكية. يعتمد نوع الخدمة التي قد تحتاجها على وضعك الشخصي. قد تتطلب الخدمات موافقة مسبقة، لذا اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837 للتأكد. لا تحتاج إلى إحالة لمقدم خدمة موجود في شبكتنا. تتضمن بعض خدمات الصحة السلوكية التي نغطيها:

- الصحة السلوكية المجتمعية
- العلاج النهاري في المستشفى
- برنامج مكثف لمرضى خارجيين
- خدمات المرضى الخارجيين: إدارة الأدوية، العلاج والمشورة
- علاجات الكحول أو الأدوية

## خط أزمات الصحة السلوكية

إذا كنت تواجه أزمة صحة سلوكية، فيُرجى الاتصال بـ **1-800-345-9049**. هذه خدمة تدخل وتثبيت للأزمات على مدار 24 ساعة. أثناء أزمة الصحة السلوكية، يُرسل أخصائي صحة نفسية مؤهل للقيام بفحص شخصي.

## برنامج Learn to Live (تعلم كيف تعيش): منصة للصحة السلوكية

إنّ Learn to Live هو برنامج صحي مجاني متوفر على الإنترنت. يقدم برنامج Learn to Live حلولاً صحية بوتيرة ذاتية. هذا بالإضافة إلى أعضاء مدربين متوفرين على مدار 24/7. يمكنه أن يساعد في تحديات شائعة كالتوتر، والقلق، والاكتئاب، وتعاطي المواد. للبدء، سجّل على [www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid](http://www.Learntolive.com/Welcome/BCBSILMedicaid) (رمز الدخول: ILMED).

## تنسيق الرعاية

يكمل الأعضاء تقييم مخاطر الصحة (HRS) مرة على الأقل سنوياً. ستتصل بك BCCHP أو سترسل لك رسالة نصية بعد التسجيل في الخطة لإكمال HRS الخاص بك. سيساعدنا هذا التقييم على تحديد عاداتك الصحية وإذا كان لديك أي مخاطر صحية وما إذا كنت بحاجة إلى منسق رعاية. اتصل بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837** إذا فوّتت اتصالنا أو رسالتنا النصية ورغبت في إتمام HRS الخاص بك.

يساعدنا HRS على تقرير ما إذا كنت تحتاج إلى منسق رعاية. إذا تأهلت واخترت استخدام الخدمة، فسُيعين لك منسق للرعاية. سيعمل معك منسق الرعاية لمساعدتك في إدارة رعايتك. سيكون بمثابة مدربك للرعاية الصحية. سيشرف على خطة الرعاية التي تقرر أنت وفريق رعايتك على أنها مناسبة لك. يساعدك منسقو الرعاية على الوصول إلى أهدافك الصحية باستخدام مزاياك.

### إن منسق الرعاية في BCCHP سوف:

- يخطط لزيارات شخصية أو اتصالات هاتفية معك
  - يصغي إل مخاوفك
  - يساعدك في الحصول على خدمات واكتشاف مشاكل صحية قبل أن تزداد سوءاً (رعاية وقائية)
  - يساعدك في إرساء رعاية مع طبيبك ومع أعضاء آخرين في فريق الرعاية الصحية
  - يساعدك أنت وعائلتك والقائم بالرعاية على فهم حالتك/حالاتك الصحية، والأدوية، والعلاجات
- سيساعدك فريق الرعاية في الحصول على المساعدة والرعاية التي تحتاجها كي تتمتع بصحة جيدة. يشمل ذلك:
- نصائح حول كيفية إدارة وزنك والأكل بصورة أفضل والمحافظة على لياقتك مع برنامج رياضي
  - تقديم كتيبات تتضمن نصائح حول كيفية إدارة حالة مزمنة أو حالة مستمرة
  - مساعدتين في دعم التعافي الذين يدعمون رحلة تعافيك من حالة صحية عقلية أو إدمان
  - تقديم نصائح عافية حول سلوكيات صحية والحاجة إلى فحوصات واختبارات روتينية
  - التخطيط الأسري

## خدمات انتقال الرعاية

تتأهل لخدمات انتقال الرعاية عندما تتم جدولتك لإجراء جراحي مخطط لمريض داخلي أو في حال دخول غير مخطط له إلى مستشفى لمريض داخلي في وضع حاد. تساعدك خدماتنا عندما تخرج من المستشفى إلى المنزل أو للحصول على درجة أقل من الرعاية. نلتفت عناية خاصة لمساعدتك على الانتقال من مستوى رعاية إلى مستوى آخر. على سبيل المثال، تخرج من المستشفى لتعود إلى منزلك. من المهم أن تفهم تعليمات الخروج وأن يكون لديك كل شيء لاستعادة عافيتك في المنزل. نعمل معك للتأكد من أنك حددت مواعيد للمتابعة. كما نتأكد من أنك تلقيت الأدوية التي طلبتها والخدمات كافة. يتضمن ذلك خروجاً وتعافياً سهلين.

### يمكن لمنسقي الرعاية مساعدتك من خلال:

- ترتيب الخدمات التي تحتاج إليها، بما في ذلك تحديد مواعيد مع مقدم الرعاية والمحافظة عليها
- ضمان التنسيق الكامل للخدمات لتوفير رعاية آمنة وأنيبة وعالية الجودة عند خروجك من المستشفى
- فهم حالاتك ودعم قدرتك على العناية بنفسك
- تقديم التوجيه قبل الدخول المخطط إلى المستشفى، مثل الجراحة المجدولة. كذلك، تقديم التوجيه بعد الخروج إثر دخول غير مخطط له إلى المستشفى
- تقديم تثقيف بخصوص دوائك وأوامر الطبيب

## إدارة الحالة المعقدة

نقدم برنامجاً لإدارة الحالة المعقدة للأعضاء الذين يعانون من أمراض معقدة. على سبيل المثال، مرض الكلى أو الأكتئاب أو خلل تعاطي المواد إذا تأهلت، فستحصل على تواصل مستهدف من قبل منسق رعاية لمساعدتك في حالتك. ستعمل مع منسق رعايتك لتطوير أهداف محددة، حيث تهدف إلى تحسين صحتك بصورة إجمالية.

### يدعمك منسق الرعاية من خلال:

- تحديد مواعيد طبية عند الحاجة
- ترتيب نقل إلى المواعيد الطبية وإليها
- الحصول على أدويةك وفهمها
- مساعدتك على فهم مرضك المحدد وكيفية تحسين صحتك وجودة الحياة
- مساعدتك على استخدام مزايك لمنع من ازدياد المشاكل الصحية سوءاً
- تقديم أدوات تعلمية لمساعدتك أنت وعائلتك والقائم بالرعاية على فهم أي حالات صحية، وأدوية موصوفة، وأدوية لا تحتاج إلى وصفة طبية والعلاجات بصورة أفضل

## برنامج إدارة الأمراض

إذا كنت تعاني من ارتفاع في ضغط الدم، أو السكري، أو الربو، فأنت مؤهل لبرنامج إدارة الأمراض الخاص بنا. يحصل الأعضاء المحددون على الدعم بحسب مستوى احتياجاتهم. لدى الأعضاء جميعهم وصول إلى Blue Access for Members للحصول على الأدوات والمساعدة. تقدم البوابة الإلكترونية العديد من الموارد لمساعدتك في البقاء بصحة جيدة. يمكنك الولوج إلى بوابة الأعضاء الإلكترونية على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). سيتصل منسق الرعاية المتخصص بتلك الحالة بالأعضاء ذوي الخطر المعتدل. إذا كنت مسجلاً في البرنامج، فستعمل مع منسق رعايتك لتطوير أهداف محددة لتحسين صحتك بالإجمال.

### يقدم منسق الرعاية:

- التثقيف والمواد المتعلقة بتشخيصك
- المساعدة في فهم الأدوية والحصول عليها
- التثقيف المتعلق بالمزايا المتوفرة التي تحسّن النتائج الصحية الخاصة بك.
- الإحالات إلى البرامج والموارد المجتمعية لمزيد من التعليم والدعم، مثل تحسين الوصول إلى الأطعمة الصحية وبرامج رياضية مجتمعية

### الخدمة التطوعية

يساعدك منسق الرعاية على استخدام مزاياك الصحية والخدمات المجتمعية، وذلك كي تتمكن من الوصول إلى أهدافك الصحية. إن برامج تنسيق الرعاية تطوعية. يمكنك أن تلغي اشتراكك فيها في أي وقت. إذا كنت مؤهلاً، فسنسجلك تلقائياً إذا حدّدنا أنه ثمة فرصة لمساعدتك. للتسجيل في تنسيق الرعاية أو إلغاء التسجيل فيه، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

### برامج التثقيف الصحي

لدى BCCHP برامج لمساعدتك على البقاء بصحة جيدة وإدارة الأمراض في كل مرحلة من حياتك. قد يتحقق الطبيب من حميتك الغذائية ونشاطك البدني، ووزنك وأسنانك ونظرك وصحتك السلوكية. سنُعطي أي لقاحات وفحوصات ضرورية خلال الزيارة. يُرجى مراجعة الجداول أدناه مع PCP الخاص بك.

#### الخدمات الوقائية الموصى بها للبالغين

إذا كنت بين	تحتاج إلى
عمر 35-49	الفحص الجسدي السنوي، ولقاح الإنفلونزا السنوي، والجرعة التعزيزية ضد الكزاز والدفثيريا (كل 10 سنوات)، ومسحة عنق الرحم، واختبار الكوليسترول (فوق 44 سنة)، وفحص الجلوكوما (فوق 39 سنة)، وصورة الثدي القاعدية (مغطى مرة واحدة للأعضاء في سن 35-40)، وصورة الثدي الشعاعية السنوية (فوق 40 سنة)
عمر 50-64	الفحص الجسدي السنوي، ولقاح الإنفلونزا السنوي، واللقاح ضد كوفيد-19، ولقاح الهربس النطاقي، والجرعة التعزيزية ضد الكزاز والدفثيريا (كل 10 سنوات)، ومسحة عنق الرحم، وصورة الثدي الشعاعية، واختبار الكوليسترول، وفحص سرطان القولون، واختبار الجلوكوما
عمر 65 وما فوق	الفحص الجسدي السنوي، ولقاح الإنفلونزا السنوي، والجرعة التعزيزية ضد الكزاز والدفثيريا (كل 10 سنوات)، ولقاح المكورات الرئوية، وصورة الثدي الشعاعية (حتى سن 74)، واختبار الكوليسترول، وفحص سرطان القولون (حتى سن 75)، واختبار الجلوكوما، وفحص السمع

اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** لتعلّم المزيد حول هذه البرامج. كما يمكنك تفقّد موقعنا الإلكتروني. انظر تحت Member Resources (موارد الأعضاء) على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com). هذه البرامج مصممة على مساعدتك لتكون بخير وتبقى بخير.

### ®Blue365

يسمح Blue365 لأعضاء توفير المال على العديد من منتجات العناية التي لا تغطيها BCCHP عادة. لدى الأعضاء والمُعاليين وصول إلى مجموعة من الحسومات. يتضمن ذلك أفضل متاجر التجزئة لمعدات اللياقة البدنية، وتذاكر الصالة الرياضية، وتناول الطعام الصحي، وغيرها. ما من مطالبات لتقديمها ولا إحالات، ولا رسوماً إضافية للمشاركة. للبدء، يُرجى زيارة [www.blue365deals.com](http://www.blue365deals.com).

## مراكز Blue Door Neighborhood Centers® (BDNCs)

إن مراكز Blue Door Neighborhood Centers هي مراكز مجتمعية. تعطي مساحة للتعليم والتواصل والتركيز على صحتك. كما أنها توفر برامج الوقاية والتثقيف، والصحة والعافية، بالإضافة إلى الولوج إلى موارد مجتمعية. تقدم مراكز BDNC خدمات مجانية متوفرة للجميع، وليس فقط للأعضاء.

**الرسالة:** العمل يداً بيد مع المجتمع لتوفير نفاذ إلى موارد صحة الفرد ككل وعافيته.

**الرؤية:** أن تكون شريكاً موثوقاً ومورداً لأعضاء المجتمع في رحلتهم الصحية.

**نهج ثلاثي الأطراف:** يقدم Blue Door Neighborhood Center ما يلي: إدارة الحالة، تثقيف صحة، وبرامج لتعزيز الصحة، بالإضافة إلى برامج المحددات الاجتماعية للصحة (SDOH).

تعلم المزيد حول مراكز BDNC والفعاليات القادمة على [www.bcbsil.com/bdnc](http://www.bcbsil.com/bdnc) زر مركز BDNC في:

مركز South Lawndale Center  
1-872-760-8450  
W. Cermak Road 2551  
Chicago, IL 60608

مركز Pullman Center  
1-773-253-0900  
.E. 111th St 756  
Suites 102 & 103  
Chicago, IL 60628

مركز Morgan Park Center  
1-872-760-8090  
.S. Marshfield Ave 11840  
Chicago, IL 60643

## لراحة بالك

يسمح لك خط 24/7 Nurseline التحدث بشكل خصوصي مع ممرضة حول صحتك. المكالمات مجانية، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع على الرقم **1-888-343-2697**. بإمكان الممرضة تزويدك بالتفاصيل حول المشاكل الصحية والخدمات الصحية المجتمعية.

يمكنك أيضاً الاستماع إلى أشرطة صوتية حول أكثر من 300 موضوع صحي مثل:

- الحساسيات والنظام المناعي
- داء السكري
- ارتفاع ضغط الدم
- الالتهابات المنقولة جنسياً كفيروس نقص المناعية (HIV) / الإيدز

كما توفر BCCHP خدمات انتقال الرعاية وإدارة الحالة المعقدة وخدمات إدارة الأمراض يُرجى مراجعة Care Coordination on page 19 للتفاصيل.

بالإضافة إلى برامج BCCHP، ثمة موارد أخرى من الولاية متوفرة لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** لمعرفة المزيد.



## برنامج القيود على المتلقي

تراقب BCCHP استخدام الأدوية الموصوفة كجزء من برنامج القيود على المتلقي.

### نبحث عن علامات إنذار كـ:

- تكرار العلاج الدوائي
- الاستخدام المفرط للأدوية وعدم استخدامها كفايةً
- التداخل في الصيدليات والواصفين للأدوية
- سوء استخدام الدواء أو إساءة استخدامه

يستخدم فريق الصيدلية الخاص بنا عملية "قفل" محددة. يشمل ذلك تحديد ("قفل") الأعضاء لصيدلية واحدة في خلال علاجهم. يُستخدم هذا الأسلوب لمعالجة سوء استخدام الدواء أو إساءة استخدامه.

## التوجيهات المسبقة

التوجيه المسبق هو قرار مكتوب تتخذه بشأن رعايتك الصحية في المستقبل في حال كنت مريضاً لدرجة أنك لا تستطيع اتخاذ قرار في ذلك الوقت. في Illinois، ثمة أربعة أنواع من التوجيهات المسبقة:

- **وكالة للرعاية الصحية** - تسمح لك هذه الوكالة باختيار شخص ليتخذ قرارات تتعلق بالرعاية الصحية إذا كنت مريضاً للغاية ولا يمكنك اتخاذ بنفسك.
- **الوصية الحية** - تخبر هذه الوثيقة طبيبك ومقدمي الرعاية الآخرين بنوعية الرعاية التي ترغب بها إذا كنت في مرحلة نهائية من المرض، مما يعني أنه لا يمكن أن تتحسن حالتك.
- **تفضيلات الصحة العقلية** - يتيح لك ذلك تحديد ما إذا كنت ترغب في تلقي بعض أنواع علاجات الصحة العقلية التي قد تساعدك.
- **أمر عدم إعادة الإنعاش/ أوامر الطبيب لعلاج إدامة الحياة (DNR/POLST)** - يخبر هذا أسرتك وجميع أطباءك ومقدمي الرعاية الآخرين بما ترغب في فعله في حال توقف قلبك أو توقف تنفسك.

يمكنك الحصول على معلومات حول توجيهات مسبقة من خطتك الصحية أو من طبيبك. إذا دخلت المستشفى، فقد يسألونك إذا كان لديك توجيه مسبق. ليس واجباً أن يكون لديك توجيه مسبق. ليس واجباً أن يكون لديك توجيه مسبق للحصول على رعايتك الطبية، ولكن تشجع معظم المستشفيات على أن يكون لديك واحد. يمكنك أن تختار أن يكون لديك واحد أو أكثر من هذه التوجيهات المسبقة إذا كنت ترغب في ذلك، ويمكنك إلغاؤها أو تغييرها في أي وقت.

## التظلمات والشكاوى

نريدك أن تكون سعيداً بالخدمات التي تحصل عليها من BCCHP ومقدمي خدماتنا. إذا لم تكن سعيداً، فبإمكانك تقديم تظلم أو استئناف.

### التظلمات

التظلم عبارة عن شكوى بخصوص أي مسألة غير الخدمة أو الغرض تعرّض للرفض أو التخفيض أو الإنهاء.

تأخذ BCCHP تظلمات الأعضاء على محمل الجد. نريد أن نعرف ما الخطب كي نتمكن من تحسين خدماتنا. إذا كان لديك تظلم بخصوص مقدم الخدمة أو حول جودة الرعاية أو الخدمات التي تلقيتها، فعليك إخبارنا بها على الفور. لدى BCCHP إجراءات خاصة لمساعدة الأعضاء الذين يقدّمون تظلمات. سنبدّل قصارى جهدنا للإجابة على أسئلتك كافة أو للمساعدة في معالجة مخاوفك. لن يؤثر تقديم تظلم على خدمات رعايتك الصحية أو تغطية مزاياك.

إذا كان الشخص الذي قدم تظلاً هو عميل لبرنامج التأهيل المهني (VR)، فقد يكون للمتظلم الحق في الحصول على مساعدة من برنامج مساعدة العميل من إدارة الخدمات الاجتماعية (DHS-ORS) (CAP) في إعداد القضايا التي ستسمع وتقدّم وستُمتل.

#### هذه بعض الأمثلة عن متى قد ترغب في تقديم تظلم:

- لم يحترم مقدّم خدماتك أو موظف BCCHP حقوقك.
- واجهت مشاكل للحصول على موعد مع مقدم خدماتك في وقت مناسب.
- لم تكن راضياً عن جودة الرعاية أو العلاج الذي تلقيته.
- كان مقدّم خدماتك أو موظف BCCHP فظاً معك.
- كان مقدّم خدماتك أو موظف BCCHP غير حساس تجاه حاجاتك الثقافية أو حاجات خاصة أخرى قد تكون لديك.

يمكنك تقديم تظلمك عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY/TDD: 711) 1-877-860-2837 كما يمكنك تقديم تظلمك خطياً عبر البريد أو الفاكس على:

#### Blue Cross Community Health Plans

.Attn: Grievance and Appeals Dept

P.O. Box 660717

Dallas, TX 75266

فاكس: 1-866-643-7069

في رسالة التظلم، حاول أن تعطينا أكبر قدر ممكن من المعلومات. على سبيل المثال، اذكر تاريخ الحدث ومكانه، وأسماء الأشخاص المتورطين وتفاصيل حول ما حدث. تأكد من أن تذكر اسمك ورقم تعريف (ID) عضويتك. يمكنك أن تطلب منا المساعدة في تقديم تظلمك عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فيمكننا توفير مترجم مجاناً. يُرجى تضمين هذا الطلب عند تقديم تظلمك. إذا كنت تعاني من صعوبة في السمع، فاتصل بخط TTY/TDD الخاص بخدمات الأعضاء على الرقم 711.

في أي وقت أثناء عملية التظلم، يمكن لشخص تعرفه أن يمثلك أو يتصرف بالنيابة عنك. سيكون هذا الشخص ممثلك. إذا قررت أن يكون لديك شخص يمثلك أو يتصرف بالنيابة عنك، فأعلم BCCHP خطياً باسم ممثلك ومعلومات الاتصال به أو بها. سنحاول حلّ مسألة التظلم على الفور. إذا لم نتمكن من ذلك، فسنصل بك للحصول على مزيد من المعلومات.

### الاستئنافات

الاستئناف هو الوسيلة لطلب مراجعة أفعالنا. إذا قررنا أن الخدمة أو الغرض المطلوب لا يمكن الموافقة عليه، أو إذا قمنا بتخفيض خدمة أو إيقافها، فسنلتقى منا رسالة 'قرار برفض المزاياء'.

#### ستخبرك هذه الرسالة ما يلي:

- ما الإجراء الذي أتخذ وسببه
- حقك في تقديم استئناف وكيفية القيام بذلك
- حقك في طلب جلسة استماع عادلة من الولاية وكيفية القيام بذلك
- حقك في بعض الظروف في طلب استئناف معجل وكيفية القيام بذلك
- حقك في طلب استمرار المزاياء خلال الاستئناف، وكيفية القيام بذلك ومتى قد تضطر للدفع لقاء هذه الخدمات

قد لا توافق على قرار أو إجراء اتخذته BCCHP بشأن خدماتك أو غرض طلبته. الاستئناف هو الوسيلة لطلب مراجعة أفعالنا. يمكنك تقديم استئناف في غضون 60 يوماً من تاريخ رسالة القرار برفض المزاياء. إذا كنت ترغب في أن تبقى خدماتك كما هي أثناء الاستئناف، فيجب أن تقول ذلك عند الاستئناف، ويجب أن تقدم استئنافك في موعد أقصاه 10 أيام تقويمية من تاريخ رسالة القرار برفض المزاياء.

#### هذه بعض الأمثلة عن متى قد ترغب في تقديم استئناف:

- عدم الموافقة على خدمة أو غرض طلبه مقدم خدماتك أو عدم دفعه(ها)
- إيقاف خدمة حصلت على الموافقة من قبل
- عدم تقديم الخدمة أو الأغراض لك في الوقت المناسب
- عدم إعلامك بحقك في حرية اختيار مقدمي خدماتك
- عدم الموافقة على خدمة لك لأنها ليست في شبكتنا

## ثمة أسلوبين لتقديم استئناف

1. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711). إذا قدمت استئنافاً عبر الهاتف، فعليك أن تتبعه بطلب استئناف خطي وموقع.
2. أرسل طلب الاستئناف الخطي بالبريد أو الفاكس إلى:

Blue Cross Community Health Plans  
Attn: Grievance and Appeals Dept  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266

فاكس عادي: 1-866-643-7069  
فاكس معجل: 1-800-338-2227

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فيمكننا توفير مترجم مجاناً. يُرجى تضمين هذا الطلب عند تقديم استئنافك. إذا كنت تعاني من صعوبة في السمع، فاتصل بخط TTY/TDD الخاص بخدمات الأعضاء على الرقم 711.

## هل يمكن لأحدم مساعدتك في عملية الاستئناف؟

أمامك خيارات متعددة للمساعدة.

### يمكنك:

- طلب المساعدة من أحدهم لتمثيلك. قد يكون ذلك طبيب الرعاية الأولية أو فرد من الأسرة مثلاً.
- اختيار أخصائي قانوني لتمثيلك.

### لتعيين شخص لتمثيلك، عليك إما:

1. أن ترسل لنا رسالة تُبلغنا فيها أنك ترغب في أن يُمثلك شخص آخر واذكر معلومات الاتصال به أو بها في الرسالة، أو
2. أن تملأ نموذج الممثل المفوض في الاستئنافات. يمكنك أن تجد هذا النموذج على [www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com).

## عملية الاستئناف

سنرسل لك رسالة إقرار في غضون ثلاثة أيام عمل باستلامنا لاستئنافك. سنعلمك إذا كما نريد مزيداً من المعلومات وكيفية تزويدنا بهذه المعلومات شخصياً أو خطياً.

سيقوم مقدم خدمة من الاختصاص نفسه أو اختصاص مشابه لمقدم خدماتك بمراجعة استئنافك. لن يكون مقدم الخدمة عينه الذي اتخذ القرار الأصلي برفض الخدمة الطبية أو تخفيضها أو إيقافها.

سنرسل BCCHP قرارنا خطياً إليك في غضون 15 يوم عمل من تاريخ استلامنا لطلب استئنافك. قد تطلب BCCHP تمديداً يصل إلى 14 يوم عمل تقويمي لاتخاذ قرار بشأن حالتك إذا أردنا الحصول على مزيد من المعلومات قبل أن نصدر قراراً. كما يمكنك أن تطلب منا تمديداً إذا احتجت إلى مزيد من الوقت للحصول على وثائق إضافية لدعم استئنافك.

سننصل بك لإخبارك بقرارنا، وسنرسل لك ولممثلك المفوض إشعاراً بالقرار. سيخبرك الإشعار بالقرار ماذا سننعمل ولماذا.

إذا اتفق قرار BCCHP مع القرار برفض المزايا، فقد تُضطر لدفع تكاليف الخدمات التي حصلت عليها أثناء عملية الاستئناف. إذا لم يتفق قرار BCCHP مع القرار برفض المزايا، فسنوافق على بدء الخدمات على الفور.

### أمور عليك أن تتذكرها أثناء عملية الاستئناف:

- في أي وقت، يمكنك تزويدنا بمزيد من المعلومات حول استئنافك، إن لزم الأمر.
- لديك الخيار في مراجعة ملف استئنافك.
- لديك الخيار في أن تكون موجوداً عند مراجعة BCCHP لاستئنافك.

### كيف يمكنك تعجيل استئنافك؟

إذا كنت أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك تعتقدان أن اطارنا الزمني القياسي البالغ 15 يوم عمل لاتخاذ قرار بشأن استئنافك سيعرض حياتك أو صحتك للخطر بشكل جدي، فيمكنك طلب استئناف معدّل إما خطياً أو عن طريق الاتصال بنا. إذا راسلتنا لنا، فيرجى ذكر اسمك، ورقم تعريف (ID) العضو، وتاريخ رسالة القرار برفض المزايا، ومعلومات حول ملفك وسبب طلبك للاستئناف المعدّل. كما يمكنك طلب الاستئناف المعدّل عبر إرسال فاكس إلى BCCHP. يُرجى إرسال الاستئنافات المعدلة إلى **1-800-338-2227**. سنعلمك في غضون 24 ساعة إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات. ما إن نحصل على المعلومات كافة، سنتصل بك في غضون 24 ساعة لإخبارك بقرارنا، وسنرسل لك ولممثلك المفوض إشعاراً بالقرار.

### كيف يمكنك أن تسحب استئنافك؟

لديك الحق في سحب استئنافك لأي سبب، في أي وقت، خلال عملية الاستئناف. يمكنك القيام بذلك خطياً أو شفهيّاً. يمكنك سحب استئنافك باستخدام العنوان نفسه الذي استخدمته لتقديم استئنافك، أو عبر الاتصال بـ **Blue Cross Community Health Plans** على الرقم **(TTY/TDD: 711) 1-877-860-2837**. سيتهي سحباك للاستئناف عملية الاستئناف، ولن نتخذ قراراً بشأن طلب استئنافك. إذا احتجت إلى مزيد من المعلومات حول سحب استئنافك، فاتصل بـ **Blue Cross Community Health Plans** على الرقم **(TTY/TDD: 711) 1-877-860-2837**.

ستقرر BCCHP بسحب استئنافك عبر إرسال إشعار إليك أو إلى ممثلك المفوض. إذا احتجت إلى مزيد من المعلومات حول سحب استئنافك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **(TTY/TDD: 711) 1-877-860-2837**.

### ماذا يحصل بعد ذلك؟

بعد أن تتلقى إشعاراً بالقرار من BCCHP بخصوص استئنافك خطياً، ليس عليك أن تقوم بأي إجراء، وسيُخلق ملف استئنافك. ولكن إذا لم تتفق مع القرار بشأن استئنافك، فيمكنك طلب استئناف من خلال جلسة استماع عادلة من الولاية و/أو طلب مراجعة خارجية لاستئنافك في غضون 30 يوماً تقويمياً من تاريخ الإشعار بالقرار. يمكنك طلب الاثنين، استئناف من خلال جلسة استماع عادلة من الولاية ومراجعة خارجية، أو يمكنك طلب إحداهما.

### جلسة الاستماع العادلة من الولاية

إذا اخترت ذلك، فيمكنك طلب استئناف من خلال جلسة استماع عادلة من الولاية في غضون 120 يوماً تقويمياً من تاريخ الإشعار بالقرار، ولكن عليك طلب الاستئناف من خلال جلسة استماع عادلة من الولاية في غضون 10 أيام تقويمياً من تاريخ الإشعار بالقرار إذا أردت أن تستمر خدماتك. إذا لم تكسب هذا الاستئناف، فقد تكون مسؤولاً عن الدفع لقاء هذه الخدمات المقدمة إليك خلال عملية الاستئناف.

في جلسة الاستماع العادلة من الولاية، تماماً مثل عملية الاستئناف لدى BCCHP، يمكنك أن تطلب من أحدهم تمثيلك، كمحام أو أن تطلب من صديق أو قريب أن يتحدث بالنيابة عنك. لتعيين شخص لتمثيلك، أرسل لنا رسالة تُبلغنا فيها أنك ترغب في أن يُمثلك شخص آخر واذكر معلومات الاتصال به أو بها في الرسالة.

### يمكنك طلب جلسة استماع عادلة بإحدى هذه الطرق التالية:

- يمكن لمركز الموارد المجتمعية الأسرية المحلي تزويدك بنموذج استئناف لطلب جلسة استماع عادلة من الولاية ومساعدتك في ملء النموذج إذا كنت ترغب بذلك.
- زر [abe.illinois.gov/abe/access/appeals](http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals) لإنشاء حساب استئناف ABE Appeals وقدم طلب جلسة استماع استئناف عادلة على الإنترنت. سيُتيح لك ذلك تتبع استئنافك وإدارته عبر الإنترنت، حيث يمكنك عرض التواريخ والإشعارات الهامة المتعلقة بجلسة الاستئناف العادلة من الولاية وتقديم الوثائق.

إذا أردت تقديم استئناف من خلال جلسة استماع عادلة من الولاية بخصوص خدماتك الطبية، فأرسل الطلب خطياً إلى:

Illinois Department of Health care and Family Services Bureau of Administrative Hearings  
W. Washington Street, 4th Floor Chicago, IL 60602 69  
فاكس: (312) 793-2005

البريد الإلكتروني: [HFS.FairHearings@illinois.gov](mailto:HFS.FairHearings@illinois.gov)  
أو يمكنك الاتصال على الرقم (800) 526-5812، TTY: (855) 418-4421

إذا أردت تقديم استئناف من خلال جلسة استماع عادلة من الولاية بخصوص خدمات الصحة العقلية أو خدمات تعاطي المواد، فأرسل الطلب خطياً إلى:

Illinois Department of Health care and Family Services Bureau of Administrative Hearings  
W. Washington Street, 4th Floor Chicago, IL 60602 69  
فاكس: (312) 793-8573

البريد الإلكتروني: [DHS.HSPApeals@illinois.gov](mailto:DHS.HSPApeals@illinois.gov)  
أو يمكنك الاتصال على الرقم (800) 435-0774، TTY: (877) 734-7429

### جلسة الاستماع العادلة من الولاية

سيدير جلسة الاستماع مسؤول استماع حيادية مخول بإدارة جلسات الاستماع العادلة من الولاية. ستتلقى رسالة من مسؤول جلسة الاستماع المناسب وسيخبرك بتاريخ الجلسة وزمانها ومكانها. كما ستزودك الرسالة بمعلومات حول جلسة الاستماع. من المهم أن تقرأ هذه الرسالة بعناية. إذا أنشأت حساباً على <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>، فيمكنك الوصول إلى الرسائل كافة المتعلقة بجلسة الاستماع العادلة من الولاية من خلال حساب ABE Appeals Account. كما يمكنك تحميل الوثائق وعرض المواعيد.

ستحصل على معلومات من BCCHP قبل ثلاثة أيام عمل على الأقل قبل جلسة الاستماع. وستتضمن الأدلة كافة التي سنقدمها في جلسة الاستماع. كما سنرسلها إلى مسؤول الاستماع الحيادي. عليك تقديم الأدلة كلها التي ستقدمها في جلسة الاستماع إلى BCCHP ومسؤول جلسة الاستماع الحيادي قبل ثلاثة أيام عمل من الجلسة. يتضمن ذلك لائحة من الشهود الذين قد يحضرون باسمك، بالإضافة إلى الوثائق كافة التي ستستخدمها لدعم استئنافك.

عليك إبلاغ مكتب جلسات الاستماع المناسب بأي تكييف قد تحتاجه. يمكن إجراء جلسة الاستماع الخاصة بك عبر الهاتف. يرجى التأكد من تقديم أفضل رقم هاتف للتواصل معك خلال ساعات العمل في طلبك لجلسة استماع عادلة من الولاية. قد تُسجل جلسة الاستماع.



## الإجراء أو التأجيل

يمكنك طلب إجراء خلال جلسة الاستماع أو تأجيل قبل الجلسة، ويمكن منح هذا الطلب إذا كان السبب وجيهاً. إذا وافق مسؤول الاستماع الحيادي، فسيتم إخطارك وأطراف الاستئناف جميعهم خطياً بتاريخ، ووقت، ومكان جديد. ستمدد الفترة الزمنية لاستكمال عملية الاستئناف بمدى تأجيل الجلسة.

## عدم الحضور إلى الجلسة

سيُرفض استئنافك إذا لم تحضر أنت أو ممثلك المفوض إلى جلسة الاستماع في الوقت والتاريخ والمكان المحدد في الإشعار ولم تطلب تأجيلاً بشكل خطي. إذا جرت جلسة الاستماع الخاصة بك عبر الهاتف، فسيُرفض استئنافك إذا لم تجيب على هاتفك في وقت الاستئناف المجدول. سيُرسَل إشعار بالقرار إلى أطراف الاستئناف كافة.

قد تُعاد جدولة جلسة الاستماع الخاصة بك إذا أعلمتنا في غضون 10 أيام من استلامك للإشعار بالقرار، إذا كان سبب تخلفك عن الحضور:

- وفاة في العائلة
- إصابة أو مرض شخصي قد يمنعك بصورة معقولة من الحضور
- حالة طارئة مفاجئة وغير متوقعة

إذا أُعيدت جدولة جلسة الاستئناف، فسيُرسَل مكتب جلسات الاستماع إليك أو إلى ممثلك المفوض رسالة تعيد جدولة الجلسة مع نسخ إلى أطراف الاستئناف كافة.

إذا رفضنا طلبك لإعادة جدولة الجلسة، فستستلم رسالة بالبريد يخبرك فيه عن رفضنا.

## قرار جلسة الاستماع العادلة من الولاية

سيُرسَل مكتب جلسات الاستماع قراراً إدارياً نهائياً إليك وإلى الأطراف المعنية كافة خطياً. كما سيتوفر القرار على الإنترنت من خلال حساب ABE Appeals Account الخاص بك. هذا القرار الإداري النهائي قابل للمراجعة فقط من خلال المحاكم الدائرية في ولاية Illinois. الوقت الذي ستسمح فيه المحكمة الدائرية بتقديم مراجعة قد يكون قصيراً، ويمكن أن يصل إلى 35 يوماً من تاريخ هذه الرسالة. إذا كان لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بمكتب جلسات الاستماع.

## المراجعة الخارجية (للخدمات الطبية فقط)

في غضون **30 يوماً تقويمياً** من تاريخ الإشعار بقرار BCCHP بخصوص الاستئناف، يحق لك اختيار طلب مراجعة من قبل شخص من خارج BCCHP. ويُسمى ذلك بالمراجعة الخارجية.

### على المراجع الخارجي أن يستوفي الشروط التالية:

- أن يكون مقدم خدمة من الاختصاص نفسه أو اختصاص مشابه لمقدم خدماتك العلاجية
- أن يكون مزاولاً حالياً
- ألا تكون له مصلحة مالية في القرار
- ألا يعرفك ولن يعرف هويتك أثناء المراجعة

على رسالتك أن تطلب مراجعة خارجية لذلك الإجراء وينبغي إرسالها إلى:

### Blue Cross Community Health Plans

.Attn: Grievance and Appeals Dept  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266

الفاكس القياسي: **1-866-643-7069**

فاكس معجل: **1-800-338-2227**

### ماذا يحصل بعد ذلك؟

- سنراجع طلبك لنرى إن كان يستوفي شروط المراجعة الخارجية. أمامنا خمسة أيام عمل للقيام بذلك. سنرسل لك رسالة لنعلمك إذا كان طلبك يستوفي هذه الشروط. إذا استوفى طلبك الشروط، فستتضمن الرسالة اسم المراجع الخارجي.
- لديك خمسة أيام عمل من تاريخ الرسالة التي نرسلها لك لإرسال أي معلومات إضافية بخصوص طلبك إلى المراجع الخارجي. سيرسل المراجع الخارجي لك و/أو إلى ممثلك و Blue Cross Community Health Plans رسالة تتضمن قراراً في غضون خمسة أيام تقويمية من استلامهم لجميع المعلومات التي يحتاجونها لاستكمال مراجعتهم.

### مراجعة خارجية معجلة

إذا كان الإطار الزمني العادي للمراجعة الخارجية قد يعرض حياتك أو صحتك للخطر، فيمكنك أنت أو ممثلك طلب مراجعة خارجية معجلة. يمكنك القيام بذلك عبر الهاتف أو خطياً. لطلب مراجعة خارجية معجلة، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**. لتقديم الطلب خطياً، أرسل لنا رسالة على العنوان أدناه. يمكنك طلب مراجعة خارجية مرة واحدة (1) بخصوص إجراء معين. على رسالتك أن تطلب مراجعة خارجية لذلك الإجراء.

### Blue Cross Community Health Plans

.Attn: Grievance and Appeals Dept  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266

فاكس معجل: **1-800-338-2227**

## ماذا يحصل بعد ذلك؟

- ما إن نستلم المكالمة الهاتفية أو الرسالة التي تطلب مراجعة خارجية معجلة، سنراجع طلبك فوراً لنرى ما إذا كان يستوفي شرط المراجعة الخارجية المعجلة. إذا استوفى الشرط، فسنصل بك أو بممثلك لإعطائك اسم المراجع.
- كما سنرسل المعلومات الضرورية إلى المراجع الخارجي كي يبدأ بمراجعته.
- سيتخذ المراجع الخارجي قراراً بخصوص طلبك بالسرعة التي تستدعيها صحتك، ولكن ليس أكثر من يومي عمل بعد استلام المعلومات الضرورية كافة. سيعلمك أنت و/أو ممثلك و BCCHP بقراره شفهيّاً. كما سيتبع ذلك برسالة إليك و/أو ممثلك و BCCHP تتضمن قراراً، وذلك في غضون 48 ساعة.

## الحقوق والمسؤوليات

### حقوقك

- الحق في معاملتك باحترام وكرامة مع الاعتراف بكرامتك.
  - الإبقاء على خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية وسجلاتك الطبية، ما عدا في الحالات التي يسمح بها القانون وعند الضرورة لتوفير الرعاية.
  - الحماية من التمييز.
  - الحصول على معلومات من BCCHP بلغات أو تنسيقات أخرى، كمترجم فوري أو برايل.
  - الحصول على معلومات حول خيارات العلاج المتوفرة والبدائل.
  - الحصول على المعلومات الضرورية كي تكون معنياً في صنع القرارات المتعلقة بعلاج رعايتك الصحية وخياراتها.
- الحق في تقديم توصيات تتعلق بحقوق العضو وسياسة المسؤوليات التابعة للمنظمة.
  - رفض العلاج وإخبارك بما قد يحدث لصحتك إذا رفضت.
  - الحصول على نسخة من سجلاتك الطبية وفي بعض الحالات طلب تعديلها أو تصحيحها.
  - اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) من دليل مقدمي خدمات BCCHP. يمكنك تغيير PCP في أي وقت.
  - تقديم شكوى (تسمى أحياناً بالتظلم)، أو استئناف من دون الخوف من سوء المعاملة أو ردة فعل من أي نوع كانت.
  - طلب معلومات تتعلق بخطتك الصحية ومقدمي الخدمات وسياساتها، بما في ذلك حقوق العضو ومسؤولياته، والحصول على تلك المعلومات في وقت معقول.

## مسؤولياتك

- معاملة الطبيب وموظفي عيادته بلباقة واحترام.
- حيازة بطاقة تعريف (BCCHP ID) عند ذهابك إلى مواعيد طبيبك وإلى الصيدلية لاستلام أدويةك الموصوفة.
- المحافظة على مواعيدك والحضور في الوقت المحدد.
- إذا لم تتمكن من المحافظة على مواعيدك، فعليك إلغائها مقدماً.
- اتباع التعليمات وخطة العلاج من طبيبك.
- إعلام خطتك الصحية وعامل الحالة الخاص بك إذا تغير عنوانك أو رقم هاتفك.
- قراءة دليل الأعضاء كي تعرف الخدمات المشمولة بالتغطية وإذا كانت هناك أي قواعد خاصة.

## الاحتياي والإساءة والإهمال

الاحتياي والإساءة والإهمال هي حوادث ينبغي التبليغ عنها.

يحدث الاحتياي عندما يتلقى شخص مزايا أو مدفوعات ليس له الحق في الحصول عليها. أمثلة عن الاحتياي:

- استخدام بطاقة ID أحدهم أو سماحك لأحدهم باستخدام بطاقتك.
- أن يقدم مقدم الخدمة فواتير لخدمات لم تتلقها.

أما الإساءة فتحدث حين يسبب شخص ما أذى أو إصابة جسدية أو عقلية. إليك بعض الأمثلة عن الإساءة:

- الإساءة الجسدية هي عندما تتعرض للإيذاء مثل الصفع، واللكم، والدفع، أو التهديد بسلاح.
- الإساءة العقلية هي عندما يستخدم شخص كلمات تهديدية تجاهك، أو يحاول التحكم في نشاطك الاجتماعي، أو إبقائك منعزلاً.
- الإساءة المالية هي عندما يستخدم شخص أموالك، أو شيكاتك الشخصية، أو بطاقتك الائتمانية بدون إذنك.
- الإساءة الجنسية هي عندما يقوم يلمسك شخص ما بشكل غير لائق وبدون إذنك.

يحدث الإهمال عندما يقرر شخص ما منع توفير الحاجات الأساسية في الحياة مثل الطعام، والملابس، والإقامة، أو الرعاية الطبية.

إذا كنت تعتقد أنك ضحية، فعليك أن التبليغ عن ذلك فوراً. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

## إذا كنت تشك بحدوث إساءة، فبلِّغ عنها

بموجب القانون، إنها مسؤوليتك أن تبليغ عن ادعاءات الإساءة والإهمال. عليك الاتصال بدائرة Illinois للخدمات الإنسانية (DHS) أو دائرة Illinois للشيوخوة (DOA).

- إذا كان شخص مسجلاً في برنامج أو يسكن في مكان تموله DHS أو ترخص له أو تصادق عليه، أو إذا كان يسكن في منزل خاص، فاتصل بالخط الساخن لمكتب المفتش العام: **1-800-368-1463**
  - إذا كانت الإساءة أو الإهمال تمس شخصاً يبلغ 18 سنة وأكثر ولا يسكن في دار ترفيهية، أو في مرفق معيشة مساعدة، فاتصل بالخط الساخن الخاص بـDOA على الرقم **1-866-800-1409. TTY: 1-800-358-5117**
- يمكنك أيضاً الإبلاغ عن أي مناطق مشتبه فيها بالاحتتيال أو الإساءة إلينا. يُرجى الاتصال بخدمات أعضاء BCCHP على الرقم **1-877-860-2837**. كما يمكنك استخدام الخط الساخن بالاحتتيال والإساءة إلينا على **1-800-543-0867**.
- ستبقى المعلومات كافة خاصة. إن إنهاء الإساءة والإهمال والاحتتيال مسؤولية كل فرد.

## التعريفات

**الاستئناف:** الطلب من خطتك الصحية مراجعة قرار.

**التأمين المشترك:** هو الجزء من النفقات المؤهلة التي عليك دفعها. على سبيل المثال، إذا كانت نسبة المشاركة الخاصة بك هي 10%، فأنت مسؤول عن دفع 10% من نفقات الرعاية الطبية المؤهلة، وسوف تقوم الخطة بدفع النسبة المتبقية والبالغة 90%. **التسديد التشاركي:** مبلغ محدد (مثلاً \$15) تدفعه لقاء خدمة رعاية صحية مشمولة بالتغطية عند تلقائك للخدمة عادة. قد يختلف المبلغ بحسب نوع خدمة الرعاية الصحية المشمولة بالتغطية.

**المعدات الطبية المعمرة:** الأدوات واللوازم التي يطلبها مقدم الرعاية الصحية للاستخدام اليومي أو لفترة طويلة.

**الدولا (مدرّبة الولادة):** تدعم الدولا الزبائن الحوامل خلال الحمل والولادة وما بعدها، وذلك بهدف تحسين نتائج النساء المنجبات والرّضّع.

**حالة طبية طارئة:** مرض، أو إصابة، أو أعراض، أو حالة خطيرة بما يكفي ليطلب شخص الرعاية فوراً لتجنب الأذى الشديد.

**الخدمات الطارئة:** تقييم حالة طبية طارئة وعلاجها لمنع الحالة من التدهور.

**الخدمات المستثناة:** خدمات الرعاية الصحية التي لا يدفعها أو يغطيها تأمينك الصحي أو خطتك الصحية.

**التظلم:** شكوى تقدّمها إلى خطتك الصحية.

**خدمات التأهيل وأجهزته:** خدمات تساعد إنسان على المحافظة على المهارات والوظائف أو تعلّمها أو تحسينها للحياة اليومية. تتضمن الأمثلة علاج طفل لا يمشي أو يتكلّم في عمر متوقّع. قد تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلم أمراض النطق واللغة، وخدمات أخرى للأشخاص ذوي الإعاقة في مجموعة من الإعدادات للمرضى الداخليين و/أو الخارجيين. **الرعاية الصحية المنزلية:** خدمات الرعاية المنزلية التي يتلقاها شخص في المنزل.

**الزائرون المنزليون:** الزائرون المنزليون هم محترفون مدربون يركزون في زياراتهم وأنشطتهم على تعزيز الروابط القوية بين الوالدين والأطفال لتعزيز تطور الطفل الصحي.

**خدمات رعاية المحتضرين:** خدمات لتوفير الراحة والدعم للأشخاص في المراحل النهائية من مرض عضال ولأسرهم.

**الاستشفاء:** رعاية في مستشفى تتطلب دخولاً كمقيم داخلي وتتطلب عادة إقامة ليلية. يمكن أن تكون الإقامة الليلية للمراقبة لرعاية المرضى الخارجيين.

**رعاية المريض الخارجي:** رعاية في مستشفى تتطلب دخولاً كمقيم داخلي وتتطلب عادة إقامة ليلية.

**ضروري طبيًا:** خدمات الرعاية الصحية أو الإمدادات الضرورية لمنع مرض، أو إصابة، أو حالة، أو داء، أو أعراضه أو تشخيصه أو علاجه، بحيث تلبى المعايير المقبولة في الطب.

**من خارج الشبكة:** تزويد المستفيد بخيار الوصول إلى خدمات الخطة من خارج شبكة مقدّمي الخدمات المتعاقدة مع الخطة. في بعض الحالات، قد تكون تكاليف المستفيد من جيبه الخاص أعلى من ميزة من خارج الشبكة.



**الموافقة المسبقة:** قرار من قبل تأمينك الصحي أو خطتك الصحية بأن خدمة الرعاية الصحية أو خطة العلاج أو الدواء، أو الأجهزة الطبية المعمّرة ضرورية من الناحية الطبية. تُسمى في بعض الأحيان بالإذن المسبق أو الموافقة السابقة، أو التصديق المسبق. قد يطلب تأمينك الصحي أو خطتك الصحية موافقة مسبقة لبعض الخدمات قبل حصولك عليها، ما عدا في حالات الطوارئ. الموافقة المسبقة لا تعني أن تأمينك الصحي أو أن خطتك الصحية سيغطي/ستغطي التكاليف.

**تغطية الأدوية الموصوفة:** تأمين صحي أو خطة صحية تساعد في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة.

**مقدم الرعاية الأولية:** طبيب (M.D. - طبيب) أو (D.O. - طبيب تقويمي)، ممرضة ممارسة، ممرضة سريرية متخصصة، أو مساعد طبيب، حسبما يسمح به القانون الولائي، الذي يقدم أو ينسق أو يساعد المريض في الوصول إلى مجموعة من خدمات الرعاية الصحية.

**خدمات إعادة التأهيل وأجهزته:** خدمات رعاية صحية تساعد شخص على المحافظة على المهارات والوظائف أو تعلّمها أو تحسينها للحياة اليومية والتي فُقدت أو تعرضت لخلل بسبب مرض شخص أو أذى تعرض له أو إعاقة. قد تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلم أمراض النطق واللغة، وخدمات إعادة التأهيل النفسي في مجموعة من الإعدادات للمرضى الداخليين و/أو الخارجيين.

**أخصائي:** طبيب يركز على مجال معين من الطب أو مجموعة من المرضى لتشخيص أنواع معينة من الأعراض والحالات، وإدارتها، ومنعها، أو معالجتها.

**الرعاية العاجلة:** رعاية لمرض أو إصابة أو حالة خطيرة بما يكفي حتى يبحث الشخص المنطقي عن الرعاية فورا، ولكنها ليست خطيرة لدرجة أن تتطلب الرعاية في غرفة الطوارئ.

## سياسة الخصوصية

لدينا الحق في الحصول على معلومات من القائمين برعايتك. نستخدم هذه المعلومات كي ندفع لقاء رعايتك الصحية ونديرها. نحافظ على خصوصية هذه المعلومات بينك ومقدم الرعاية الصحية وبيننا، ما عدا في الحالات التي يسمح بها القانون. راجع إشعار ممارسات الخصوصية للقراءة حول حقك في الخصوصية. إذا رغبت في الحصول على نسخة من هذا الإشعار، فرجاء أن تتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837**.

تعمل Blue Cross Community Health Plans مع ولاية Illinois لوضع حد لحالات جديدة من فيروس نقص المناعة (HIV). تشارك دائرة الصحة في Illinois بيانات HIV التي بحوزتها مع IL Medicaid ومنظمات IL Medicaid للرعاية المدارة لتوفير رعاية أفضل للأشخاص الذين يعيشون مع HIV. يُشارك اسم أعضاء Medicaid كافة وتاريخ ميلادهم ورقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم ومعلومات أخرى بصورة سليمة وأمنة.



## شهادة التغطية

تُقدّم Blue Cross Community Health Plans من قبل Blue Cross and Blue Shield of Illinois، وهي إحدى أقسام Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC)، ذات ترخيص مستقل من Blue Cross and Blue Shield Association.

تعاقبت Blue Cross Community Health Plans، المعروفة كذلك بـ BCCHP، مع دائرة Illinois لخدمات الرعاية الصحية والأسرية (HFS) لتوفير تغطية الرعاية الصحية.

هذه الشهادة صادرة عن (Blue Cross and Blue Shield of Illinois) BCBSIL، وهي إحدى أقسام Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC)، ذات ترخيص مستقل من Blue Cross and Blue Shield Association، التي تعمل كمنظمة للحفاظ على الصحة. بالنظر إلى تسجيل العضو، سترتّب BCBSIL خدمات الرعاية الصحية المغطاة للعضو وفقاً لأحكام شهادة التغطية هذه.

قد تخضع شهادة التغطية هذه إلى التعديل أو التغيير أو الإنهاء، وذلك بالاتفاق بين Blue Cross Community Health Plans ودائرة Illinois لخدمات الرعاية الصحية والأسرية من دون موافقة أي عضو. يُبلّغ الأعضاء بهذه التغييرات في أسرع وقت ممكن بعد حدوثها.

باختيار تغطية الرعاية الصحية أو قبولها تحت مظلة Blue Cross and Blue Shield of Illinois، يوافق الأعضاء على أحكام شهادة التغطية هذه وشروطها كافة.

يُذكر تاريخ فعالية التغطية بموجب هذه الخطة على بطاقة تعريف (ID) العضو التي أرسلت إليك بالبريد.

## ورقة عمل وصف التغطية

تغطي BCCHP الأعضاء الذين يقيمون في ولاية Illinois. لا تغطي BCCHP أي خدمات خارج United States. إذا كنت بحاجة إلى رعاية بينما تكون مسافراً خارج ولاية Illinois، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837**. ينبغي الحصول على موافقة مسبقة للخدمات خارج Illinois. إذا لم تنلق الموافقة المسبقة، فقد تُضطر للدفع لقاء الخدمات.

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة، فإذهب إلى أقرب مستشفى. إن الرعاية الطارئة مشمولة بالتغطية في United States.

## الخدمات المشمولة بالتغطية

لدى خطتك تسديد تشاركي وتأمين مشترك، ولكن ليس هناك من مبلغ قابل للخصم لخدمات BCCHP المشمولة بالتغطية. قد تتطلب بعض الخدمات موافقة مسبقة من BCCHP كما هو مبين في الجداول أدناه. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-877-860-2837** إذا كان لديك أي أسئلة.

الخدمات الطبية	حدود مزايا / استثناءات Blue Cross Community Health Plans	على مقدم الخدمة الحصول على الموافقة المسبقة
الإجهاض	تُغطي خدمات الإجهاض من قبل Medicaid (وليس منظمة الرعاية المدارة) وذلك باستخدام بطاقة HFS الطبية.	نعم
الوخز بالأبر	تنحصر خدمات الوخز بالأبر في الإجراءات المتعلقة بالألم أسفل الظهر وعلاج الطفل المقعدي	نعم
خدمات الممرضة الممارسة المتقدمة		كلا
خدمة مركز العلاج الجراحي السامح بالتجول	ينطبق التأمين المشترك	نعم
فحوصات العافية السنوية للبالغين	فحوصات يقوم بها PCP أو WHCP الخاص بك. لا تعبر الفحوصات الجسدية جزءاً من التخطيط الأسري	كلا
أجهزة الاتصال المساعدة/التكميلية		نعم
خدمات السمع	تقتصر المعينات السمعية على واحدة لكل أذن كل ثلاث سنوات. تُغطي فحوصات السمع فقط إذا كان لديك عوارض في الأذن.	نعم، في ظروف معينة.
خدمات الصحة السلوكية	تشمل على سبيل المثال لا الحصر: <ul style="list-style-type: none"> <li>الصحة السلوكية المجتمعية</li> <li>خدمات الأزمات</li> <li>خدمات المرضى الخارجيين، كإدارة الأدوية، العلاج والمشورة</li> <li>العلاج النهاري في المستشفى</li> </ul>	نعم، في ظروف معينة.
الدم ومكونات الدم وإدارتها		كلا
خدمات تقويم العمود الفقري	تقتصر على معالجة العمود الفقري باليد لأي خلع فيه	كلا
فحص سرطان القولون والمستقيم		كلا
الأشعة التشخيصية والعلاجية	<ul style="list-style-type: none"> <li>أشعة سينية غير الغازية التي يطلبها ويقوم بها PCP الخاص بك.</li> <li>تُغطي صور الأشعة للثدي في سن 40 وما فوق. صورة أشعة قاعدية للثدي بعد سن 35.</li> <li>تحتاج الصور المقطعية (CT) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) إلى موافقة مسبقة.</li> </ul>	نعم، في ظروف معينة.



الخدمات الطبية	حدود مزايها / استثناءات Blue Cross Community Health Plans	على مقدم الخدمة الحصول على الموافقة المسبقة
خدمات الأسنان، بما في ذلك جراحو الفم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• قنوات الجذور المحدودة</li> <li>• أطقم أسنان محدودة</li> <li>• جراحة فموية محدودة</li> </ul>	نعم، في ظروف معينة.
الخدمات الطارئة وخدمات الرعاية العاجلة	اتصل بـPCP الخاص بك للحصول على رعاية المتابعة في غضون يومين من حالتك الطارئة، حالما تستطيع القيام بذلك. كما عليك الاتصال بخدمات الأعضاء لإعلام BCCHP بأنك تلقيت الخدمات	كلا
خدمات الأسنان الطارئة	محدودة. تُغطى الفحوص الطارئة فقط عند إجرائها بالتزامن مع العلاج لحالة طارئة تكون ضرورية طبياً لعلاج الألم، أو العدوى، أو الانتفاخ.	كلا
النقل الطارئ/الإسعاف		كلا
خدمات التخطيط الأسري ولوازمها	تشمل على سبيل المثال لا الحصر: <ul style="list-style-type: none"> <li>• زيارات الأطباء</li> <li>• وسائل منع الحمل</li> <li>• التخطيط الأسري والتلقيح</li> <li>• اختبارات حمل</li> <li>• فحوصات لالتهابات منقولة جنسياً</li> </ul> الخدمات غير مشمولة بالتغطية: <ul style="list-style-type: none"> <li>• علاجات الخصوبة</li> <li>• الجراحة لعكس التعقيم</li> </ul>	كلا
زيارات إلى مراكز صحية مؤهلة فيدرالياً (FQHC) أو عيادات صحة ريفية (RHC)، بالإضافة إلى زيارات إلى عيادات تفرض رسوماً بناء على معدل اللقاءات		كلا
جراحة تأكيد الجنس	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ينبغي أن تستوفي شروط HFS الإدارية كافة</li> <li>• تتطلب إكمال نموذج الموافقة المسبقة الخاص بـHFS لخدمات تأكيد الجنس</li> <li>• تتطلب الموافقة رسائل ووثائق طبية من مقدمي رعاية معينين</li> </ul>	نعم
معيونات سمعية وبطاريات	معيونة سمعية واحدة لكل أذن كل ثلاث سنوات. بطاريات محدودة لكل أذن	تتطلب المعينات السمعية موافقة مسبقة، ولكن البطاريات لا تحتاج إلى الموافقة المسبقة
زيارات الوكالة الصحية المنزلية	لخدمات عدم التنازل، لا تقتصر التغطية على الرعاية ما بعد الاستشفاء	نعم
خدمات المستشفى السامحة بالتجول		نعم
زيارات إلى قسم الطوارئ في المستشفى		كلا
خدمات المريض المقيم في المستشفى		نعم
خدمات المريض الخارجي		نعم، في ظروف معينة.

الخدمات الطبية	حدود مزاييا / استثناءات Blue Cross Community Health Plans	على مقدم الخدمة الحصول على الموافقة المسبقة
خدمات المختبر والأشعة	ينبغي على مقدم الخدمة طلب هذه الخدمات. ينبغي إجراؤها من قبل مقدم خدمة مرخص في مكان مناسب	نعم، في ظروف معينة. يتطلب الاختيار الجيني الموافقة المسبقة. تتطلب الأشعة ذات التكنولوجيا العالية (MRI، CT، PET، إلخ) موافقة مسبقة
اللوازم والمعدات الطبية، والأطراف الصناعية، والتقويمات العظمية	ستحتاج معظم المعدات الطبية واللوازم المشمولة بالتغطية موافقة BCCHP	نعم، في ظروف معينة.
الخدمات واللوازم البصرية	زوج من النظارات مشمول بالتغطية كل سنتين. عدسات لاصقة فقط عندما تكون ضرورية طبياً	نعم
خدمات قياس البصر	فحص العينين مرة كل 12 شهراً	كلا
خدمات الصيدلية والأدوية الموصوفة	قد تنطبق بعد الحدود على الأدوية. لمعرفة ما إذا كان دواء مشمولاً بالتغطية أو إذا كانت الموافقة ضرورية، راجع لائحة الأدوية المفضلة (PDL)	نعم، في ظروف معينة.
خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج النطق		التقييم وإعادة التقييم لا يحتاجان إلى الموافقة المسبقة. أما خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج النطق الأخرى، فتتطلب موافقة مسبقة
خدمات الطبيب		كلا
خدمات طب الأقدام	هذه الخدمات مشمولة بالتغطية: <ul style="list-style-type: none"> <li>مشاكل طبية للقدمين</li> <li>العلاج الطبي أو الجراحي لمرض في القدم أو إصابتها أو خلل فيها</li> <li>قص النتوءات أو الثآليل أو الجلد الخشن أو إزالتها</li> <li>رعاية القدم الروتينية</li> </ul> ما يلي غير مشمول بالتغطية: <ul style="list-style-type: none"> <li>الإجراءات التي لا تزال خاضعة للاختبار</li> <li>حشوات الحذاء</li> </ul>	كلا
خدمات ما بعد استقرار الحالة	تقتصر خدمات إعادة التأهيل الضرورية طبياً في مرفق الرعاية الطويلة الأجل على مدة لا تتجاوز 90 يوماً لكل حدث.	كلا
فحوصات البروستات والمستقيم	يُغطى اختبار مستضد البروستات (PSA) والفحص الشمولي الرقمي (DRE) للأعضاء الذين تبلغ أعمارهم 40 عاماً أو أكثر	نعم، في ظروف معينة.
الأطراف الاصطناعية والتجهيزات التقويمية		نعم، في ظروف معينة.
خدمات الأشعة		نعم، في ظروف معينة.
خدمات غسيل الكلى		نعم
المعدات واللوازم التنفسية		نعم، في ظروف معينة.



على مقدم الخدمة الحصول على الموافقة المسبقة	Blue Cross Community / استثناءات Health Plans	الخدمات الطبية
نعم، في ظروف معينة.	تُغطى بعض علاجات تعاطي المواد المشمولة بالتغطية: <ul style="list-style-type: none"> <li>• إزالة السميات</li> <li>• المعالجة السكنية</li> <li>• معالجة المرضى الخارجيين</li> <li>• المعالجة بمساعدة الأدوية</li> </ul> لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.	تعاطي المواد
نعم	تُغطى فقط عمليات زرع الخلايا الجذعية والكلية. تُغطى فقط عملية الزرع الأولى. يُسمح بإعادة زرع واحدة فقط في المستقبل بسبب الرفض.	عمليات الزرع
نعم، في ظروف معينة.	إن النقل لأسباب غير طبية غير مشمول بالتغطية. الموافقة المسبقة ضرورية للرحلات التي تبعد أكثر من 40 ميلاً للزيارات إلى مقدمي خدمات ليسوا في الشبكة.	النقل (غير الطارئ)
نعم، في ظروف معينة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص العينين مغطى مرة كل 12 شهراً.</li> <li>• إن العدسات اللاصقة مشمولة بالتغطية عندما تكون ضرورية طبياً إذا لا تستطيع النظارات تقديم النتيجة المرجوة.</li> </ul>	خدمات النظر

بالإضافة إلى هذه الخدمات المشمولة بالتغطية، توفر BCCHP مزايا ذات قيمة مضافة. يُرجى مراجعة page 17 للتفاصيل.

## الخدمات المحدودة المشمولة بالتغطية

- قد توفّر BCCHP خدمات التعقيم فقط كما يسمح به قانون الولاية أو القانون الفيدرالي.
- إذا وقرت BCCHP خدمة استئصال الرحم، فعلى BCCHP إكمال نموذج HFS Form 1977 وضم النموذج المكتمل إلى سجل العضو الطبي.
- تقتصر خدمات الزرع على زرع الكلى وزرع الخلايا الجذعية للمرضى المقيمين.

## الخدمات غير المشمولة بالتغطية

إليك لائحة ببعض الخدمات الطبية والمزايا التي لا تغطيها Blue Cross Community Health Plans:

- الخدمات التي بطبيعتها هي تجريبية أو جديدة خاضعة للفحص
- الخدمات التي يقدّمها مزود خدمات من خارج الشبكة ولم توافق BCCHP عليها
- الخدمات المقدّمة من دون إحالة مطلوبة أو موافقة مسبقة
- الجراحة التجميلية الاختيارية
- رعاية العقم، مثل عكس عمليات التعقيم وعلاجات الخصوبة، مثل التلقيح الاصطناعي أو التلقيح في المختبر
- أي خدمة غير ضرورية طبياً
- الخدمات المقدّمة من خلال وكالات تثقيف محلية
- أدوية خسارة الوزن أو مساعدات الحمية
- طب الأسنان التجميلي
- تبييض الأسنان وتنظيفها
- زراعة الأسنان
- التأمين على العدسات اللاصقة
- المساعدات على النظر الضعيف
- تصحيح البصر باللايزر
- إن خدمات التنازل المنزلية والمجتمعية غير مشمولة بالتغطية
- تقتصر خدمات الزرع على زرع الكلى وزرع الخلايا الجذعية للمرضى المقيمين
- إن خدمات منشآت الرعاية الطويلة الأمد غير مشمولة بالتغطية

ليست هذه بقائمة كاملة بالخدمات غير المشمولة بالتغطية.

للأسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-877-860-2837.

## الموافقة المسبقة

قد تتطلب بعض الخدمات موافقة مسبقة من BCCHP. وذلك للتأكد من أن الخدمات ضرورية طبياً. يعني هذا أن الخطة وPCP الخاص بك (أو الأخصائي) يوافق على أن الخدمات الضرورية طبياً. يشير مصطلح "ضروري طبياً" إلى خدمات:

- تحمي الحياة
- تحميك من الإصابة بمرض خطير أو إعاقة خطيرة
- معرفة ما الخطب أو معالجة المرض أو الداء أو الإصابة
- مساعدتك على القيام بأمور كتناول الطعام وارتداء الملابس والاستحمام.

ليس عليك الاتصال بنا للحصول على موافقة مسبقة. سيهتم الطبيب بذلك الأمر لأجلك. يستغرق الحصول على موافقة مسبقة بين يومين إلى ثمانية أيام تقويمية. لتفقد حدود الخدمة، راجع القسم بعنوان "الخدمات المشمولة بالتغطية". يمكن لـPCP إخبارك عن ذلك.

لن ندفع للخدمات من مقدم خدمات ليس جزءاً من شبكة BCCHP إذا لم تحصل على موافقة مسبقة منا قبل الحصول على الخدمات.

## متابعة العلاج

تهدف متابعة العلاج إلى التأكد من معالجتك باستمرار بعد التسجيل. لدى الأعضاء الجدد فترة انتقال مدتها 90 يوماً\*. تسمح لك هذه الفترة بالتحويل من أي مقدم خدمات من خارج الشبكة. يعطيك ذلك وقتاً لتحويل أي خدمات. خلال هذه الفترة، على مقدمي الخدمات الذين تزورهم أن يكونوا مسجلين لتقديم خدمات Medicaid. سيعمل منسق الرعاية معك لتحويل رعايتك وخدماتك.

\*يتأهل بعض الأعضاء لفترة انتقال مدتها 180 يوماً.

## الرعاية العاجلة

الرعاية العاجلة هي مشكلة بحاجة إلى رعاية على الفور ولكنها غير مهددة للحياة.

تتضمن بعض أمثلة الرعاية العاجلة:

- الجروح والخدوش الصغرى
- نزلات البرد
- الحمى
- ألم الأذن

اتصل بطبيبك للرعاية العاجلة أو يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء BCCHP على الرقم **1-877-860-2837**. كما يمكنك دوماً الاتصال بخط التمريض 24/7 Nurseline على الرقم **1-888-343-2697**.

## الرعاية الطارئة

إن الحالة الطبية الطارئة خطيرة جداً. قد تكون مهددة للحياة. قد تعاني من ألم أو إصابة أو مرض بالغ. في الحالة الطارئة، اتصل بـ **1-1-9** أو توجه إلى أقرب قسم طوارئ. إن الرعاية الطارئة مشمولة بالتغطية في United States. ليس عليك الحصول على موافقة مسبقة ولكن اتصل بـ PCP وخدمات الأعضاء في غضون 24 ساعة. يمكنهم أن يتأكدوا من أن تحصل على رعاية المتابعة التي تحتاج إليها. ما من إحالة ضرورية.

تتضمن بعض الأمثلة عن الرعاية الطارئة:

- نوبة قلبية
- نزيف حاد
- تسهم
- صعوبة في التنفس
- كسور في العظام

## اختيار طبيب الرعاية الأولية (PCP)

على الأعضاء اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) من دليل مقدمي الخدمات المتوفر في وقت التسجيل. إن PCP الخاص بالعضو مسؤول عن تقديم الرعاية وتنسيقها، والموافقة على إحالات إلى أخصائيين وتقديم خدمات أخرى. يمكنك تغيير PCP في أي وقت. قد يغير الأعضاء PCP الخاص بك من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-877-860-2837**.

## الوصول إلى الرعاية التخصصية

إذا اعتقد PCP الخاص بك أنك بحاجة إلى أخصائي، فسيعمل معك لاختيار أخصائي. سيرتب PCP رعايتك التخصصية. إذا كنت امرأة، فلديك الحق في اختيار مقدم الرعاية الصحية للنساء (WHCP). إن WHCP هو طبيب مرخص لمزاولة الطب المتخصص في التوليد والأمراض النسائية أو الطب العائلي. ما من موافقة مسبقة ضرورية لزيارة WHCP في الشبكة.

## موارد أخرى

للعثور على مزيد من المعلومات حول خطتك، يُرجى مراجعة **Table of Contents**. يمكن العثور على معلومات حول التظلمات والاستثناءات، وكذلك الحقوق والمسؤوليات، والاحتيايل، والإساءة، والإهمال، بالإضافة إلى سياسة الخصوصية في قسم كتيب الأعضاء.

To ask for supportive aids and services, or materials in other formats and languages for free, please call,  
1-877-860-2837 TTY/TDD:711.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Illinois does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Illinois has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960. You can file a grievance by phone, mail, or fax. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

**ENGLISH:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**ESPAÑOL (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**POLSKI (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**。

**한국어(Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**번으로 전화해 주십시오.

**TAGALOG (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**العربية (Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-860-2837 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

**РУССКИЙ (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, то Вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (Телетайп: 711)**.

**ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**اردو (Urdu):**

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**हिन्दी (Hindi):** ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)** पर कॉल करें।

**FRENCH (French):** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (TTY/TDD : 711)**.

**ΕΛΛΗΝΙΚΑ (Greek):** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.





Blue Cross Community  
Health Plans<sup>SM</sup>

# المزايا الصحية للمهاجرين البالغين

خدمات الأعضاء: 1-877-860-2837 (TTY 711)

[www.bcchpil.com](http://www.bcchpil.com)