

علاج ورعاية الأسنان
COVERKIDSSM



كُتِبَ أعضاء خطة علاج ورعاية الأسنان
سارٍ اعتبارًا من 11 يناير 2025



Renaissance®

PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505

®Renaissance
2526-864-866
www.renmemberportal.com/mp/rengp

جدول المحتويات

1	مرحبًا بك في Renaissance!
1	كيفية استخدام هذا الكتيب
2	أرقام الهواتف المهمة ومعلومات الاتصال
6	موقع بوابة الأعضاء الإلكترونية الخاصة بطفلك
6	مزايا العضوية الخاصة بالطفل
6	كيف يمكنني العثور على طبيب أسنان لطفلي؟
7	ملخص مزايا علاج ورعاية الأسنان الخاصة بطفلك
8	كيفية الحصول على الرعاية الطارئة
8	كيفية الحصول على الخدمات المغطاة
9	الذهاب إلى طبيب الأسنان
9	ما الذي يجب إحضاره معك إلى موعد طفلك
10	كيفية طلب مترجم فوري
10	كيفية الحصول على المساعدة عندما تكون العيادة مغلقة
10	صحة الفم والأسنان لدى الأطفال
11	حقوق ومسؤوليات الأعضاء
11	حقوق الأعضاء
11	مسؤوليات الأعضاء
12	مناقشة احتياجاتك ورغباتك في الرعاية الصحية
12	الوصية العلاجية أو خطط الرعاية المسبقة
12	توكيل دائم للرعاية الصحية في ولاية Tennessee أو تعيين وكيل للرعاية الصحية
12	طلبات إعادة النظر في CoverKids
13	طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان
15	طلبات إعادة النظر في الأهلية-الحصول على CoverKids أو الاستمرار فيها ومشكلات أخرى تتعلق بـ CoverKids
16	تقديم طلبات تظلم (شكاوى) حول خدمة العملاء أو جودة الرعاية في Renaissance
17	عملية تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية أو التمييز
18	الإبلاغ عن حالات الاحتيال والإهدار وسوء الاستخدام في CoverKids
19	إشعار عدم التمييز

مرحباً بك في Renaissance!

بموجب عقد رسمي مع TennCare، تقدم Renaissance خدمات علاج الأسنان للأطفال ضمن خطة التأمين الصحي للأطفال في Tennessee (CHIP)، المعروفة باسم CoverKids.

هذا الكتيب هو دليلك للخدمات التي نقدمها لطفلك. كذلك يحتوي على نصائح مفيدة حول المزايا التي يستطيع طفلك الحصول عليها وكيفية مساعدته على البقاء بصحة جيدة. للحصول على نسخة من عقدنا الكامل مع TennCare أو للحصول على نسخة مجانية أخرى من هذا الكتيب، اتصل بنا على الرقم 866-864-2526 (الهاتف النصي 711 TTY/TDD). يمكنك أيضاً الاطلاع على الكتيب ومعرفة المزيد من المعلومات عن خطة علاج ورعاية الأسنان الخاصة بك من خلال بوابة الأعضاء الإلكترونية عبر www.renmemberportal.com/mp/rengp.

كيفية استخدام هذا الكتيب

سيساعدك هذا الكتيب على فهم آلية عمل البرنامج. يُرجى قراءته قبل أن تتصل بطبيب أسنانك أو بأي طبيب أسنان آخر مدرج على موقع Renaissance الإلكتروني.

يستخدم هذا الكتيب بعض المصطلحات التي يجب عليك فهمها:

- **”طفلك“** و **”الطفل“** و **”العضو“** - تشير إلى الطفل المسجل في برنامج خطة علاج ورعاية الأسنان CoverKids.
- **”أنت“** و **”الخاص بك“** - تشير إلى الوصي القانوني أو ولي الأمر.
- **”نحن“** و **”نا“** و **”الخاصة بنا“** - تشير إلى Renaissance.
- **”طبيب أسنانك“** و **”طبيب الأسنان المشارك“** و **”طبيب الأسنان المتعاقد“** - تشير إلى الطبيب الذي تختاره لتقديم خدمات رعاية الأسنان لطفلك بموجب عقد مع Renaissance.
- **”عيادة الأسنان الأساسية“** - تشير إلى عيادة طبيب الأسنان التي يزورها طفلك بانتظام لتلقي خدمات رعاية الأسنان، وسيتم تعيينها له عند دخوله إلى البرنامج.
- **”خطة علاج ورعاية الأسنان“** و **”TennCare“** و **”Medicaid“** و **”CoverKids“** و **”TennCare“** - تشير إلى إدارة TennCareSM أو خطة علاج ورعاية الأسنان TennCare وخطة علاج ورعاية الأسنان CoverKids أو كليهما.
- **”بطاقة تعريف CoverKids“** و **”بطاقة التعريف“** و **”بطاقة تعريف خطة الرعاية الصحية“** - تشير إلى بطاقة التعريف التي تحصل عليها من خطة الرعاية الصحية الخاصة بالطفل.
- **”المساعدات الإضافية“** و **”المساعدات أو الخدمات الإضافية“** - تشير إلى أنواع من المساعدات مثل الترجمة الفورية إلى لغة الإشارة المعتمدة أو المعلومات المكتوبة بخط كبير أو بصيغ صوتية أو بصيغ إلكترونية يمكن الوصول إليها، أو قراءة الرسائل، أو بطريقة برايل، أو غيرها من الصيغ (المختلفة) البديلة. يمكن لأعضاء CoverKids طلب هذه المساعدات والخدمات الإضافية مجاناً.
- **”خدمات الأعضاء“** و **”مركز اتصال الأعضاء“** و **”خدمة العملاء“** - تشير إلى خط هاتف مجاني يمكنك الاتصال به للحصول على المساعدة بخصوص خطة علاج ورعاية الأسنان الخاصة بالطفل من Renaissance.
- **”الطوارئ“** و **”حالات الطوارئ“** و **”حالة طارئة“** و **”خدمات الطوارئ“** - تشير إلى حالات الطوارئ التي قد تشكل خطراً كبيراً أو تسبب ضرراً لصحة طفلك إذا لم يتلق الرعاية فوراً.
- **”الحالات العاجلة“** و **”الخدمات العاجلة“** - تشير إلى خدمات عاجلة ليست خطيرة مثل الطوارئ، لكنها لا تحتل التأجيل حتى الموعد التالي المحدد.
- **”الشكاوى“** و **”طلبات التظلم“** - تشير إلى أي شكوى تُبلّغنا بها. يمكنك تقديم طلب التظلم إذا واجهت مشكلة في الاتصال بنا أو إذا لم تكن راضياً عن طريقة تعامل أحد الموظفين أو مقدمي الخدمة مع طفلك. هذا النوع من الشكاوى لا يشمل الخلافات حول قرارات العلاج أو الخدمات غير المغطاة أو المرفوضة (راجع بند الطعن).
- **”طلبات إعادة النظر“** - تشير إلى الإجراء الذي يمكنك اتخاذه إذا لم توافق على قرار يخص التغطية أو الدفع تم اتخاذه من قبلنا. يمكنك تقديم طلب إعادة النظر إذا رفضنا طلبك، أو خفضنا، أو قيدنا، أو أوقفنا تغطية أو دفع تكاليف أي خدمة أو جهاز أو أداة ضمن خدمات طب أسنان، سواء كلياً أو جزئياً. يمكنك أيضاً تقديم طلب إعادة النظر إذا لم نقدم لك خدمات علاج الأسنان في الوقت المناسب.

أرقام الهواتف المهمة ومعلومات الاتصال

يستطيع ممثلو قسم خدمة العملاء لدينا الإجابة عن أسئلتك. يمكنك الاتصال بنا في أي وقت. نحن نساعدك في:

- اختيار طبيب الأسنان الخاص بطفلك أو تغييره
- معرفة ما إذا كانت الخدمة مغطاة
- معرفة كيفية تقديم طلب إعادة النظر إذا تم رفض طلبك
- معرفة كيفية تقديم طلب تظلم إذا لم تكن راضياً عن الرعاية التي يتلقاها
- مساعدتك في فهم المواد المكتوبة، وأكثر من ذلك

يمكننا توفير مترجم فوري لمساعدتك في التحدث معنا أو مع طبيب أسنانك بأي لغة. وكذلك نوفر موادنا بلغات أخرى. يحصل أعضاؤنا على خدمات الترجمة الفورية والمواد المترجمة مجاناً.

نقدم أيضاً مساعدات وخدمات إضافية مجانية لذوي الإعاقات للتواصل معنا. خدمات مثل: مترجمي لغة الإشارة المؤهلين، وخدمات النسخ، وخدمات الهاتف النصي (TTY). يمكنك أيضاً طلب الحصول على كتيب الأعضاء هذا ومواد أخرى على طريقة برايل أو مطبوعة بخط كبير مجاناً.

866-864-2526	خدمة عملاء Renaissance المجانية
الهاتف النصي TTY/TDD 711	خدمة عملاء ذوي الإعاقة السمعية المجانية
من الإثنين إلى الجمعة (باستثناء العطل الرسمية المعتمدة من الدولة) من الساعة 7 صباحاً حتى 5 مساءً بتوقيت وسط أمريكا النظام الآلي متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع	ساعات عمل خدمة عملاء Renaissance
www.renmemberportal.com/mp/rengp	موقع بوابة أعضاء Renaissance الإلكترونية
855-259-0701	TennCare Connect
اتصل بـ OptumRx على الرقم 888-816-1680	برنامج صيدليات TennCare
اتصل بقسم طلبات إعادة النظر الطبية لأعضاء TennCare على الرقم 800-878-3192 اتصل بـ TennCare Connect على الرقم 855-259-0701	تقديم طلب إعادة النظر بشأن خدمة علاج الأسنان ضمن CoverKids تقديم طلب إعادة النظر بشأن الأهلية في CoverKids
اتصل بمكتب الامتثال للحقوق المدنية ("OCRC") التابع لـ TennCare على الرقم 615-507-6474 (الهاتف النصي TTY 711)	تقديم طلب تظلم (شكوى) بشأن التمييز أو الحقوق المدنية
اتصل بـ Renaissance على الرقم 866-864-2526	تقديم طلب تظلم (شكوى) حول خدمة العملاء أو جودة الرعاية في Renaissance

. في حالة الاشتباه بوجود احتيال من قبل أحد الأعضاء، اتصل بالخط الساخن لمكتب المفتش العام (OIG) في Tennessee على الرقم 800-433-3982 . في حالة الاشتباه بوجود احتيال من قبل أحد مقدمي الخدمة، اتصل بالخط الساخن للإبلاغ عن عملية احتيال في TennCare على الرقم 888-687-9611 أو تفضّل زيارة الموقع التالي https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html ثم اضغط على How to Report TennCare Provider Fraud (كيفية الإبلاغ عن عملية احتيال من قبل أحد مقدمي الخدمة). . في حالة الاشتباه بوجود احتيال من قبل أحد الأعضاء أو مقدمي الخدمة، يمكنك أيضاً الاتصال بالخط الساخن لمكافحة عمليات الاحتيال التابع لـ Renaissance على الرقم 800-971-4139 أو إرسال خطاب إلى العنوان التالي: Renaissance Inquiries PO Box 1505 Farmington Hills, MI 48333-1505	الإبلاغ عن حالات الاحتيال أو سوء الاستخدام أو كليهما في Medicaid
▪ https://www.tn.gov/tenncare/legal/tenncare-notice-of-privacy-practices.html ▪ https://renaissancebenefits.com/online-privacy-policy/	إشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بـ TennCare إشعار ممارسات الخصوصية الخاصة بـ Renaissance

هل ترغب في الحصول على ترجمة أو مساعدات أو خدمات إضافية مجاناً؟ إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، يمكنك الحصول على المساعدة بلغتك مجاناً. لدينا خدمات ترجمة شفوية وخطية مجانية لمساعدتك. وكذلك نوفر مساعدات وخدمات إضافية مجاناً، مثل الطباعة بخط كبير، لتمكينك من التواصل معنا بشكل فعال. اتصل بنا على الرقم 1-866-864-2526 (الهاتف النصي 711 TRS/TTY)	
Spanish: Español	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-864-2526 (TRS/TTY: 711).
Arabic: ربيّة عطا	وظة حلم: اذا ملكتة غللا ربيّة عطا ات مدخدة عاسملا وية غللا رة فوتة لك انجام. اتصل مقبر: 1-866-864-2526
Chinese: 繁體中文	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-864-2526
Vietnamese: Tiếng Việt	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-864-2526
Korean: 한국어	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-864-2526 번으로 전화해 주십시오.
French: Français	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-864-2526.
Amharic: አማርኛ	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፡ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-866-864-2526.
Gujarati: ગુજરાતી	ગુજરાતી: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો િન:ગુજરાતી ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-864-2526.
Laotian: ພາສາລາວ	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-864-2526.
German: Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-864-2526.
Tagalog: Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-864-2526.
Hindi: हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-864-2526 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-866-864-2526.

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 1-866-864-2526

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با
1-866-864-2526 تماس بگیرید.

- العثور على أحد أطباء الأسنان المتعاقدين معنا من خلال أداة البحث Find a Dentist (البحث عن طبيب أسنان)
- الاطلاع على جميع مزايا علاج ورعاية الأسنان الخاصة بطفلك لدى Renaissance
- عرض كتيب الأعضاء الخاص به
- التواصل معنا
- الاطلاع على النشرات الإخبارية وغيرها من المعلومات المتعلقة بصحة فم وأسنان الطفل

إذا طُلب منك ذلك عند استخدام أداة البحث عن مقدمي الخدمات، فاحرص على اختيار خطة طفلك: CoverKids.

تقديم أفضل رعاية وخدمة لطفلك

تم إنشاء برنامج تحسين الجودة في Renaissance بهدف تقديم أفضل مستوى من الخدمات للطفل. يعمل برنامج تحسين الجودة على قياس مدى جودة أدائنا. نستخدم هذا البرنامج لمراجعة أداء جميع أطباء الأسنان المشاركين في البرنامج عن كثب لضمان أنهم يقدمون أفضل خدمات رعاية الأسنان التي تتناسب مع احتياجات طفلك. نستخدم برنامج تحسين الجودة لإجراء التغييرات اللازمة في طريقة تقديم خدماتنا بهدف تحسينها باستمرار. للحصول على نسخة من التقرير السنوي لبرنامج تحسين الجودة، اتصل بخدمة عملاء Renaissance على الرقم 866-864-2526. من وقت لآخر، قد تصلك استبيانات من أجل قياس مدى رضاك عن الرعاية التي يتلقاها الطفل.

مزايا العضوية الخاصة بالطفل

كيف يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات حول مزايا علاج ورعاية الأسنان الخاصة بالطفل؟
لمعرفة المزيد عن مزايا علاج ورعاية الأسنان الخاصة بالطفل، يُرجى زيارة بوابة الأعضاء الإلكترونية على www.renmemberportal.com/mp/rengp أو الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

متى تبدأ تغطية مزايا CoverKids؟

ستتلقى خطابًا من TennCare يُخبرك بموعد الموافقة على CoverKids وتاريخ بدء تغطية المزايا. الخدمات التي تتلقاها قبل هذا التاريخ لن تتم تغطيتها ضمن CoverKids. ستتلقى أيضًا خطابًا ترحيبيًا منا. سوف نرسله عندما نتلقى معلومات التغطية الخاصة بطفلك من TennCare.

هل سيتم إخطاري إذا انتهت تغطية مزايا CoverKids الخاصة بالطفل؟

عندما تنتهي تغطية الطفل في CoverKids، سيتم إرسال خطاب من TennCare يفيد بأنه لم يعد ضمن تغطية CoverKids. وهذا يعني انتهاء تغطية الطفل معنا فيما يخص خدمات رعاية الأسنان. سيكون التاريخ المذكور في الخطاب آخر يوم ستتم تغطية الطفل فيه ضمن CoverKids. أي خدمات يتلقاها الطفل بعد هذا التاريخ لن تُغطى من قبل TennCare. سيتعين عليك دفع تكاليف أي خدمات يحصل عليها الطفل بعد التاريخ المذكور في الخطاب.

ما هي خدمات الرعاية الروتينية للأسنان؟

تشمل خدمات الرعاية الروتينية للأسنان الزيارات التشخيصية والوقائية والخدمات العلاجية مثل: الحشوات، أو تركيب التيجان، أو علاج العصب (الجزور)، أو خلع الأسنان أو جميع ما سبق.

متى يستطيع الطفل الحصول على موعد؟

يجب تحديد موعد الطفل في غضون 3 أسابيع للخدمات الروتينية وفي غضون 48 ساعة للخدمات العاجلة.

كيف يمكنني العثور على طبيب أسنان لطفلي؟

سيتم تعيين عيادة أسنان أساسية للطفل إذا لم يكن لديه طبيب أسنان متعاقد بالفعل. يمكنك أيضًا استخدام أداة البحث Find a Dentist (البحث عن طبيب أسنان) عبر www.renmemberportal.com/mp/rengp. إذا كنت بحاجة للمساعدة في العثور على طبيب متعاقد أو ترغب في تغيير طبيب أسنان الطفل، فاتصل بنا على الرقم 866-864-2526.

هل يجب أن يكون طبيب أسنان طفلي جزءًا من شبكة Renaissance؟

نعم. ومع ذلك، يمكنك اختيار أي طبيب أسنان متعاقد معنا لتلقي خدمات الرعاية الأولية لأسنان طفلك. إذا ذهب طفلك إلى طبيب غير متعاقد، فسيتم عليك دفع تكاليف العلاج ما لم يكن علاجًا طارئًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان، فاستخدم أداة البحث Find a Dentist (البحث عن طبيب أسنان) على الموقع www.renmemberportal.com/mp/rengp أو اتصل بنا على الرقم 866-864-2526.

هل يمكن أن تكون أي عيادة هي عيادة الأسنان الأساسية لطفلي (عيادة صحية ريفية أو مركز صحي معتمد اتحاديًا أو عيادة أسنان تابعة لإدارة الصحة بالمقاطعة)؟

نعم، يمكن أن تكون مراكز الصحة الريفية أو العيادات الصحية الريفية أو عيادات الأسنان التابعة لإدارة الصحة بالمقاطعة عيادة الأسنان الأساسية للطفل إذا اخترت ذلك وكانت متعاقدة مع Renaissance.

كم مرة يمكنني تغيير عيادة الأسنان الأساسية لطفلي؟

يمكنك تغيير عيادة الأسنان الأساسية للطفل عندما تحتاج إلى العثور على العيادة المناسبة لك.

إذا غيرت عيادة الأسنان الأساسية لطفلي، فمتى يمكنني البدء في الحصول على الخدمات من الطبيب الجديد؟

يستطيع الطفل رؤية الطبيب الجديد ابتداءً من الشهر التالي الذي يلي طلب التغيير. وفي بعض الحالات، قد تتمكن من تغيير طبيب أسنان طفلك فوراً حسب السبب.

هل هناك أي سبب قد يؤدي إلى رفض طلبي إذا طلبت تغيير عيادة الأسنان الأساسية لطفلي؟

قد نرفض طلبك لأحد الأسباب المذكورة أدناه:

- عيادة الأسنان الأساسية التي ترغب في الانتقال إليها لا تقبل مرضى جدد
- عيادة الأسنان الأساسية التي ترغب في الانتقال إليها لا تقدم أنواع الخدمات الطبية التي يحتاج إليها الطفل

هل يمكن أن تطلب عيادة أسنان أساسية نقل الطفل إلى عيادة أسنان أساسية أخرى؟

يمكن نقل الطفل من عيادة أسنان أساسية إلى أخرى لأحد الأسباب المذكورة أدناه:

- إذا لم تلتزم أنت أو طفلك بتعليمات طبيب الأسنان
- إذا كنت أنت أو طفلك تحدثان ضجيجاً يسبب إزعاجاً خلال وجودكما في غرفة انتظار طبيب الأسنان أو خلال تلقي العلاج
- إذا كانت العلاقة بين طفلك وطبيب الأسنان الأساسي لا تسير بشكل جيد

ماذا لو كان الطفل خارج المدينة وحان موعد فحص الأسنان ضمن فحص أسنان CoverKids؟

ستتم تغطية تكاليف زيارات العيادة للحصول على خدمات CoverKids عندما يكون الطفل خارج المدينة ولكن داخل ولاية Tennessee، ما دامت الخدمات يتم الحصول عليها من مقدم خدمات Renaissance.

ماذا لو كان الطفل خارج المدينة أو خارج ولاية Tennessee واحتاج إلى خدمات رعاية روتينية للأسنان أو خدمات علاج أسنان طارئة؟

إذا كان الطفل بحاجة إلى خدمات رعاية روتينية للأسنان خلال السفر، يمكنك استخدام أداة Find a Dentist (البحث عن طبيب أسنان) في بوابة الأعضاء عبر www.renmemberportal.com/mp/rengp. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان، فاتصل بنا على الرقم 866-864-2526.

إذا كان الطفل بحاجة إلى خدمات علاج الأسنان الطارئة خلال السفر، فابحث عن الرعاية في أقرب عيادة أسنان أو قسم الطوارئ في المستشفى، ثم اتصل بنا أو بخطة الرعاية الصحية الطبية الخاصة بطفلك.

ماذا لو احتاج الطفل إلى خدمات علاج الأسنان وكان هو أو هي خارج البلاد؟

لا تغطي CoverKids خدمات علاج الأسنان التي يتم تقديمها خارج البلاد.

ملخص مزايا علاج ورعاية الأسنان الخاصة بطفلك

يحصل أعضاء CoverKids على مزايا علاج ورعاية الأسنان الضرورية طبيًا حتى سن 18 عامًا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى زيارة بوابة الأعضاء على الموقع www.renmemberportal.com/mp/rengp أو الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

قد تشمل بعض هذه المزايا ما يلي:

- تقييم صحة الفم—سيسأل طبيب الأسنان عن عاداتك في تنظيف الأسنان بالفرشاة والخيط، وكذلك عن عاداتك الغذائية
- فحص الأسنان وتجويف الفم—سيفحص طبيب الأسنان الفم بالكامل للتأكد من صحة الأسنان واللثة
- الفلورايد الموضعي—سيضع طبيب الأسنان مادة الفلورايد (وهي معدن) على الأسنان للمساعدة في منع تسوسها
- وضع حشوات الأسنان الوقائية (المانعات)—سيضع طبيب الأسنان طبقة رقيقة على شقوق الأسنان الخلفية لحمايتها من التسوس
- خدمات الوقاية من أمراض الأسنان—سيتولى طبيب الأسنان عملية تنظيف الأسنان جيدًا
- الخدمات التشخيصية—سيستخدم طبيب الأسنان الأشعة السينية مع الفحص لتحديد نوع العلاج اللازم للأسنان
- الخدمات الترميمية—قد يحتاج طبيب الأسنان إلى عمل حشوة أو تركيب تاج لإصلاح السن أو استعادة وظيفته
- خدمات تقويم الأسنان—قد يحيل طبيب الأسنان المريض إلى أخصائي تقويم الأسنان لترتيب التقويم إذا استوفى شروط التأهيل

ضمن CoverKids

- خدمات علاج جذور الأسنان—قد يعالج طبيب الأسنان الجزء الداخلي من السن، مثل علاج العصب (الجذور)
- جراحة الفم—قد يحتاج طبيب الأسنان إلى إجراء جراحة في فم الطفل أو فكه، مثل خلع ضروس العقل
- خدمات أمراض اللثة—قد يحتاج طبيب الأسنان إلى علاج أمراض اللثة، مثل إجراء تنظيف عميق
- خدمات أمراض الفم—قد يزيل طبيب الأسنان الأنسجة ويرسلها إلى المختبر لمعرفة ما إذا كان هناك التهاب أو حتى سرطان
- خدمات التخدير—قد يعطي طبيب الأسنان لطفلك دواءً حتى لا يشعر بالألم خلال الجراحة أو أي علاج آخر

خدمات تقويم الأسنان

تتم تغطية تقويم الأسنان إذا تم تحديد أنه ضروري من الناحية الطبية قبل تركيبه. ويشمل ذلك الحالات التي يعاني فيها الطفل سوء إطباق الأسنان. هذا يعني أن أسنان طفلك تسبب نقصاً في التغذية، أو اضطرابات في النطق، أو إصابة في الأنسجة الرخوة داخل الفم بسبب بروز الأسنان العلوية. يجب توثيق أي من هذه الحالات ومعالجتها من قبل طبيب الطفل و/أو أخصائي النطق و/أو طبيب تقويم الأسنان قبل التقدّم بطلب الموافقة على خدمات تقويم الأسنان مثل مقوم أسنان. إذا كانت لديك أي أسئلة عن مزايا تقويم الأسنان، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

ما هي الخدمات غير المغطاة؟

- الخدمات غير الضرورية طبياً لصحة أسنان طفلك
- الخدمات التجميلية مثل تبييض الأسنان أو أي رعاية تجميلية أخرى للأسنان
- الإجراءات التجريبية أو البحثية
- الخدمات التي يمكن استرداد تكاليفها من خلال تأمين آخر أو مغطاة ضمن أي خطة تأمين صحي أخرى
- الخدمات المقيدة حسب عدد المرات أو شروط واستثناءات أخرى على المزاي. إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الانتقال إلى بوابة الأعضاء على الموقع www.renmemberportal.com/mp/rengp أو الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

كيفية الحصول على الرعاية الطارئة

هل تغطي CoverKids خدمات علاج الأسنان الطارئة؟

تغطي CoverKids خدمات علاج الأسنان الطارئة.

ما هي حالة الطوارئ التي تتعلق بالأسنان؟

حالة طوارئ الأسنان هي خدمة ضرورية للسيطرة على النزيف، وتخفيف الألم، والتخلص من الالتهابات الحادة، ومنع فقدان الأسنان، وعلاج الإصابات. إذا واجه طفلك حالة طارئة تتعلق بالأسنان، فاتصل بعيادة الأسنان الأساسية للطفل واسأل عما يجب عليك فعله. قد يكون لدى طبيب أسنان الطفل رقم هاتف مختلف بعد ساعات العمل.

لديك الحق أنت وطفلك في الذهاب إلى أي مقدم خدمات أو مستشفى أو أي مكان آخر للحصول على خدمات علاج الأسنان الطارئة. تغطي CoverKids أيضاً خدمات علاج الأسنان التي يتم تقديمها في المستشفى. ويشمل ذلك الخدمات التي يقدمها الطبيب وأي خدمات أخرى قد يحتاج إليها الطفل، مثل التخدير. يحصل الطفل على نفس المزايا والتغطية لخدمات الطوارئ كما هي في الخدمات الروتينية. إذا كان الطفل مشتركاً في خطة صحية طبية، فقد تتحمل الخطة الصحية تكاليف هذه الخدمات.

أمثلة على الحالات الطارئة التي قد تكون مغطاة:

- الفك المخلوع
- إصابة بالغة في الأسنان أو الأنسجة المحيطة بها
- إزالة التكيّسات
- علاج خراج الفم الناجم عن الأسنان أو اللثة
- نزيف غير طبيعى بعد خلع الأسنان أو إجراء جراحي آخر في الفم
- علاج وتشخيص التشوهات في الوجه والفك
- الأدوية اللازمة لعلاج أي من الحالات المذكورة أعلاه

كيفية الحصول على الخدمات المغطاة

ما هي الخدمات التي لا تتطلب إحالة؟

لا يحتاج الطفل إلى إحالة للحصول على الخدمات التي يقدمها أطباء الأسنان المتعاقدون مع Renaissance. لكن قد تحتاج بعض خدمات علاج الأسنان التي يقدمها أخصائي الأسنان إلى إحالة، مثل: تقويم الأسنان، وجراحة الفم، وغيرها من الخدمات المتخصصة.

ماذا لو احتاج الطفل إلى زيارة أخصائي أسنان؟

سيخبرك طبيب أسنان الطفل إذا كان بحاجة إلى زيارة أخصائي أسنان.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في البحث عن أخصائي أسنان متعاقد معنا، يمكنك استخدام بوابة الأعضاء على الموقع www.renmemberportal.com/mp/rengp أو الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

لا يحتاج الطفل إلى إحالة أخرى لتلقي العلاج المستمر من قبل أخصائي أسنان لنفس المشكلة. يمكنك أيضاً طلب رأي طبي ثانٍ من طبيب أسنان آخر متعاقد معنا. اتصل بنا إذا كنت بحاجة إلى رأي طبي ثانٍ.

إذا لم يكن هناك أطباء أسنان أو أخصائيون ضمن شبكة مقدمي الخدمات لدينا قادرون على تقديم الرعاية التي يحتاج إليها الطفل أو إعطائه رأياً طبياً ثانياً، فسوف نوفر له الرعاية التي يحتاج إليها من طبيب أسنان أو أخصائي خارج خطتنا. وهذا ما يسمى بالإحالة خارج الشبكة. يجب الحصول على موافقتنا المسبقة قبل أن يتم علاج الطفل لدى مقدم خدمة خارج الشبكة. لن نغطي تكاليف الخدمات التي يقدمها مقدم خدمات علاج

الأسنان خارج الشبكة ما لم يحصل طفلك على الموافقة المسبقة قبل الموعد. وقد تضطر إلى دفع تكاليف أي خدمات خارج الشبكة إذا لم تتم الموافقة عليها مسبقاً.

ما هي الموافقة المسبقة (PA)؟

قد تتطلب بعض خدمات علاج الأسنان موافقة مسبقة (تصريح مسبق) قبل أن يتمكن الطفل من الذهاب إلى طبيب الأسنان لتلقيها. يتعين على طبيب أسنان الطفل ملء نموذج طلب موافقة مسبقة وإرساله إلينا إذا كان الطفل بحاجة إلى رعاية تتطلب موافقة مسبقة. يجب أن نعتد طلب الموافقة المسبقة قبل أن يتمكن الطفل من الحصول على الخدمة. إذا لم نوافق على الخدمة، فسوف نخطر طبيب الأسنان ونرسل إليك إشعاراً خطياً بالقرار. الموافقة المسبقة غير مطلوبة في حالات الطوارئ الخاصة بخدمات علاج الأسنان.

تقتصر تغطية CoverKids على الخدمات الضرورية طبياً. إذا لم يعودوا مؤهلين للحصول على مزايا CoverKids لطب الأسنان، سيطلب منك مقدم الرعاية الصحية الخاص بهم التوقيع على تنازل. هذا التنازل يعني أنك ستتحمل مسؤولية دفع تكاليف الخدمات التي يتلقاها طفلك إلى مقدم الخدمة.

إذا لم يعد طفلك ضمن تغطية مزايا CoverKids، فإن جميع الموافقات المسبقة السابقة تصبح لاغية (غير صالحة). وستتحمل مسؤولية دفع تكاليف جميع الخدمات المقدمة إذا انتهت تغطية طفلك في CoverKids أو انتهت صلاحيتها.

ماذا تعني عبارة "ضروري طبياً"؟

لمزيد من المعلومات، يُرجى قراءة قاعدة الضرورة الطبية الخاصة بـ TennCare. يمكن العثور عليها على موقع TennCare الإلكتروني: <https://publications.tnsosfiles.com/rules/1200/1200-13/1200-13-16.20111128.pdf>

كيف أحصل على الأدوية التي وصفها طبيب الأسنان (الوصفات الطبية) لطفلي؟

خذ الوصفة الطبية التي أعطاك إياها طبيب الأسنان، مع بطاقة تعريف خطة الرعاية الصحية الخاصة بالطفل، إلى أقرب صيدلية لديك.

من يجب أن أتصل به إذا واجهت مشكلة في الحصول على الأدوية التي وصفها طبيب الأسنان (الوصفات الطبية)؟
اتصل بخطة الرعاية الصحية الخاصة بالطفل أو برنامج صيدليات TennCare على الرقم 888-816-1680.

ماذا أفعل إذا استلمت فاتورة من طبيب أسنان طفلي؟ من يجب أن أتصل به؟

اتصل بنا على الرقم 866-864-2526 إذا استلمت فاتورة من طبيب أسنان الطفل. احرص على أن تكون بطاقة تعريف خطة الرعاية الصحية الخاصة بالطفل وفاتورة طبيب أسنان الطفل في متناول يدك عند الاتصال.

ما هي المدفوعات المشتركة الخاصة بطفلي؟

المدفوعات المشتركة هي جزء من الفاتورة تدفعه في كل مرة يحصل فيها طفلك على خدمات علاج الأسنان. وهذا المبلغ ثابت. لمعرفة المدفوعات المشتركة الخاصة بطفلك، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

لا توجد مدفوعات مشتركة للخدمات الوقائية. إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كانت الخدمة التي حصل عليها طفلك تُعتبر وقائية، يُرجى الاتصال بنا أو زيارة بوابة الموقع الإلكتروني عبر www.renmemberportal.com/mp/rengp.

بالنسبة للخدمات التي تتطلب تسديد المدفوعات المشتركة، إذا كان لدى طفلك أكثر من موعد، فستدفع المدفوعات المشتركة في كل موعد. على سبيل المثال، إذا تم إجراء حشو يوم الإثنين وحشو آخر يوم الثلاثاء، فستدفع المدفوعات المشتركة في كل من الموعدين.

ما هي أقصى حد للنفقات الذاتية؟

لا يُطلب من الأسر دفع أكثر من (5%) من دخل الأسرة السنوي كنفقات ذاتية. إذا كنت قد دفعت ما يكفي من المدفوعات المشتركة بحيث وصلت إلى الحد الأقصى، فلن تضطر إلى دفع أي مدفوعات مشتركة أخرى حتى بداية السنة التقويمية التالية. سترسل لك Renaissance خطاباً تحت عنوان "أقصى حد للنفقات الذاتية" عندما تصل إلى نسبة (5%) من المشاركة السنوية في التكاليف. لمعرفة ما إذا كنت قد وصلت إلى أقصى حد للنفقات الذاتية، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526.

الذهاب إلى طبيب الأسنان

ما الذي يجب إحضاره معك إلى موعد طفلك؟

ما الذي يجب إحضاره معي إلى موعد طبيب أسنان الطفل؟

أحضر بطاقة تعريف خطة الرعاية الصحية الخاصة بطفلك. نحن لا نرسل بطاقات تعريف منفصلة لخدمات رعاية أسنان الطفل. إذا كان لدى طفلك أي تغطية تأمينية أخرى للأسنان، فأحضر تلك المعلومات ليطلع عليها طبيب الأسنان.

ماذا لو احتجت إلى إلغاء موعد الطفل لدى طبيب الأسنان؟

إذا لم تتمكن من الحضور في الموعد، يُرجى الاتصال بعيادة طبيب الأسنان قبل الموعد بـ 24 ساعة على الأقل لإلغاء الحجز.

كيفية طلب مترجم فوري

هل يمكن لشخص ما أن يترجم لي عندما أتحدث مع طبيب أسنان طفلي؟

يمكنك البحث عن طبيب أسنان يتحدث لغتك باستخدام أداة Find a Dentist (البحث عن طبيب أسنان) عبر www.renmemberportal.com/mp/rengp. يمكن لفريق مركز اتصال الأعضاء مساعدتك أيضًا في العثور على طبيب أسنان يتحدث لغتك. لست مضطرًا إلى الاستعانة بأفراد عائلتك أو أصدقائك كمترجمين فوريين. يمكنك أيضًا الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526 للحصول على مساعدة في الترجمة الفورية إلى لغتك.

من الذي يجب أن أتصل به لطلب مترجم فوري؟

اتصل بنا إذا لم تتمكن من العثور على طبيب أسنان يتحدث لغتك، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تحديد موعد، أو إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري لحضور موعد الطفل لدى طبيب الأسنان. يمكنك أيضًا طلب مترجم فوري للتحدث معك حول معلومات خاصة بصحة الفم والأسنان. لا توجد أي رسوم على هذه الخدمات.

هل يجب علي الاتصال مسبقًا؟

نعم. في أغلب الحالات، نحتاج إلى إشعار مسبق لا يقل عن 48 ساعة. يُرجى الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526 بمجرد تحديد موعد الطفل لدى طبيب الأسنان.

اتصل بنا على الرقم 866-864-2526 إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري خلال موعد الطفل. سنقوم بما يلي:

- نسألك عن اللغة التي تتحدث بها
- نطلب منك معلومات عن طبيب الأسنان
- نحدد موعدًا مع مترجم فوري افتراضي، الذي سينضم إليك عبر محادثة فيديو
- نتصل بك مرة أخرى لتأكيد موعد المترجم الفوري

كيفية الحصول على المساعدة عندما تكون العيادة مغلقة

كيف يحصل طفلي على خدمات رعاية أسنان بعد إغلاق عيادة طبيب الأسنان؟

إذا كان الطفل بحاجة إلى خدمات رعاية أسنان بعد ساعات العمل الرسمية ولم تكن حالة طارئة، يمكنك الاتصال بطبيب أسنان الطفل وترك رسالة على خدمة الرد الآلي أو البريد الصوتي. سيتواصل معك أحد موظفي طبيب الأسنان عند إعادة فتح العيادة.

صحة الفم والأسنان لدى الأطفال

كيف يحصل طفلي على أقصى استفادة من زيارته؟

- يستطيع الطفل تحقيق أقصى استفادة من تغطية التأمين على الأسنان من خلال القيام بما يلي:
- زيارة أطباء الأسنان المتعاقد معهم فقط المدرجون في أداة Find a Dentist (البحث عن طبيب أسنان)
- زيارة طبيب الأسنان بانتظام لإجراء الفحوصات
- اتباع نصائح طبيب الأسنان فيما يخص تفريش الأسنان والتنظيف بالخيط
- الحصول على العلاج قبل أن يشعر الطفل بالألم في الأسنان أو ظهور أي مشكلة أخرى
- الالتزام بمواعيد الطفل لدى طبيب الأسنان

مساعدة الطفل في الحفاظ على أسنان صحية تبدأ منذ الولادة. يجب تنظيف لثة الطفل مرتين يوميًا. استخدم قطعة شاش مبللة أو قطعة قماش نظيفة ورطبة. امسح جميع أجزاء لثة الطفل بلطف. ينبغي أن تتم الزيارة الأولى لطبيب الأسنان خلال ستة أشهر من بروز أول سن للطفل، ولكن ليس بعد اكتمال أول سنة من عمره.

عندما تبدأ أسنان الطفل في الظهور، استخدم فرشاة أسنان ناعمة خاصة للأطفال الرضع وكمية صغيرة من معجون الأسنان المحتوي على الفلورايد (بحجم حبة الأرز تقريبًا). لا تقلق إذا لم يستطع طفلك بصق المعجون. كمية معجون الأسنان التي تبقى في الفم تساعد في حماية أسنانه.

يمكن أن تساعد زيارة طبيب الأسنان في وقاية أسنان الطفل من التسوس، وأمراض اللثة، ومشكلات أخرى. بعد الموعد الأول، يجب أن يرى الطفل طبيب الأسنان كل 6 أشهر، أو في وقت أقرب إذا ظهرت عليه أي مشكلات في الأسنان. الزيارات المنتظمة لطبيب الأسنان يمكن أن تمنع مشكلات كبيرة قد تؤدي إلى غياب الطفل عن المدرسة، أو غيابك عن العمل. تأكد من تحديد موعد الزيارة القادمة قبل مغادرة عيادة طبيب الأسنان.

حافظ على صحة أسنان طفلك باتباع هذه النصائح:

- تفريش أسنان الطفل مرتين يوميًا
- استخدام الخيط الطبي يوميًا
- عدم مشاركة فرشاة الأسنان مع أي شخص
- تغيير فرشاة الأسنان كل 3 إلى 4 أشهر
- وضع فرشاة الأسنان بحيث تكون الشعيرات للأعلى
- عدم تغطية فرشاة الأسنان. فهي بحاجة لأن تجف.

- يجب ألا تضع الطفل في السرير معه عصير أو حليب. فقد يؤدي ذلك إلى تسوّس الأسنان.
- بعد تنظيف الأسنان قبل النوم، لا يُعطى الطفل أي شيء سوى الماء
- تنظيف زجاجات الرضاعة، والأكواب المخصصة للأطفال، واللهايات، وألعاب التسنين باستخدام الماء والصابون
- التحدث مع طبيب الأسنان إذا كان طفلك يستخدم اللهاية أو يمصّ إصبعه أو إبهامه
- يجب أن يشرب الطفل ماء يحتوي على الفلورايد، ويستخدم معجون أسنان يحتوي على الفلورايد
- تناول طعام متوازن، وتجنّب الأطعمة والمشروبات التي تحتوي على السكر

حقوق ومسؤوليات الأعضاء

حقوق الأعضاء

- لدى طفلك حقوق والتزامات بصفته عضوًا. سيحترم موظفونا حقوق طفلك. ولن نميز ضده بسبب ممارسته لهذه الحقوق.
1. أن يُعامل الطفل بكل احترام وتقدير. لديه الحق في الخصوصية، وأن تتم حماية معلوماته الطبية والمالية في سرية تامة.
2. طلب والحصول على معلومات عن Renaissance، وسياساتها، وخدماتها، ومقدمي الرعاية لديها، وحقوق وواجبات الأعضاء.
3. طلب والحصول على معلومات عن آلية دفع Renaissance لمقدمي خدماتها، بما في ذلك أي مكافآت أو حوافز تعتمد على التكلفة أو جودة الرعاية.
4. طلب والحصول على معلومات عن سجلات الطفل التي تخص علاج الأسنان والرعاية الطبية والتأمين وفقًا للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. يمكنك الاطلاع على سجلات الطفل، والحصول على نسخ منها، وطلب تصحيحها إذا كانت تحتوي على أخطاء.
5. الحصول على الخدمات دون تمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو اللغة، أو الجنس، أو العمر، أو الدين، أو الإعاقة، أو أي فئة أخرى تحميها قوانين الحقوق المدنية. يحق لك تقديم شكوى خطية إذا كنت تعتقد أنه تم التمييز ضد طفلك. وإذا قدمت شكوى، يحق لطفلك مواصلة تلقي الرعاية دون الخوف من أي معاملة سيئة من Renaissance أو مقدمي الخدمات أو TennCare. يمكنك تقديم شكوى نيابة عن طفلك ومعرفة المزيد عن حقوقه من خلال موقع الامتثال لحقوق الإنسان المدنية التابع لـ TennCare عبر <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.
6. تلقي الرعاية دون الخوف من التعرض للتقييد الجسدي أو العزل لأغراض التتّم، أو التأديب، أو تسهيل الفحص، أو الانتقام.
7. تقديم طلبات إعادة النظر أو شكوى ضد Renaissance أو بشأن الرعاية التي يتلقاها طفلك.
8. تقديم اقتراحات بشأن حقوق طفلك ومسؤولياته أو طريقة عمل Renaissance.
9. اختيار مقدم رعاية من شبكة Renaissance. يمكنك رفض أن يتلقى طفلك الرعاية من بعض مقدمي الخدمات.
10. حصول الطفل على خدمات الطوارئ على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع.
11. تلقي الطفل شرحًا من طبيب الأسنان يعكس الرعاية التي يحتاج إليها وجميع أنواع العلاج المختلفة التي قد تناسبه بطريقة سهلة الفهم، بغض النظر عن تكلفتها أو ما إذا كانت مشمولة في التغطية التأمينية.
12. المشاركة في اتخاذ قرارات تتعلق بخدمات رعاية الأسنان التي يحصل عليها طفلك.
13. طلب مراجعة أي خطأ تعتقد أنه حدث بسبب Renaissance أو TennCare.
14. الاستفسار عن كيفية ضم الطفل إلى CoverKids، أو الاستمرار فيها، أو الحصول على الرعاية الصحية من خلالها.
15. إنهاء تغطية TennCare الخاصة بالطفل في أي وقت.
16. ممارسة أي من هذه الحقوق دون أن يؤثر ذلك في كيفية معاملة الطفل من قبل Renaissance أو مقدمي الخدمات التابعين لها.

مسؤوليات الأعضاء

يحرص كل من طفلك و Renaissance على تحسين صحة أسنان طفلك. ويمكنك أنت وطفلك المساعدة في ذلك من خلال الالتزام بهذه المسؤوليات:

1. يجب عليك إخطار TennCare إذا تم تغيير عنوان الطفل أو رقم هاتفه. قد يؤدي عدم إخطار TennCare بتغيير العنوان أو رقم الهاتف إلى عدم تلقي معلومات مهمة عن أهلية طفلك أو مزاياه أو كليهما.
2. يجب على طفلك محاولة اتباع عادات صحية، مثل ممارسة الرياضة، وتجنّب التدخين، وتناول طعام صحي.
3. يجب عليك وعلى طفلك المشاركة في قرارات طبيب الأسنان بشأن العلاجات التي يتلقاها.
4. يجب أن تتعاون أنت وطفلك مع أطباء الأسنان وغيرهم من مقدمي الخدمات في Renaissance لاختيار العلاجات التي اتفقت عليها جميعًا.
5. إذا كان لديك خلاف مع Renaissance، يجب عليك وعلى طفلك محاولة حله أولاً باستخدام إجراءات الشكاوى الخاصة بالشركة.
6. يجب أن تعرف أنت وطفلك ما تغطيه Renaissance وما لا تغطيه. يجب عليك قراءة كتيب العضو الخاص بالطفل لتفهم القواعد بشكل جيد.
7. إذا حددت موعدًا لطفلك لدى طبيب الأسنان، يجب أن تحاول الوصول إلى العيادة في الوقت المحدد. وإذا لم تستطع الحضور، فاحرص على الاتصال وإلغاء الموعد.
8. يجب عليك وعلى طفلك الإبلاغ عن أي إساءة استخدام من قبل مقدمي خدمات رعاية الأسنان أو الرعاية الصحية، أو أعضاء آخرين، أو Renaissance، أو خطط علاج ورعاية الأسنان أو الطبية الأخرى.

مناقشة احتياجاتك ورغباتك في الرعاية الصحية

الوصية العلاجية أو خطط الرعاية المسبقة

عندما يكون الشخص مريضاً جداً، قد لا يظل على قيد الحياة دون أجهزة وأدوية تساعد على البقاء.

بموجب قانون ولاية Tennessee "الحق في الموت الطبيعى"، لديك الحق في أن تقرر ما إذا كنت تريد أن تبقى على قيد الحياة باستخدام هذه الأجهزة والأدوية، ومدة ذلك. يمكنك القيام بذلك من خلال "الوصية العلاجية".

يجب ملء الوصية العلاجية وأنت في كامل قواك العقلية. وكذلك يجب توقيع الوصية العلاجية أمام شاهدين.

لا يجوز أن يكون هؤلاء الشهود:

1. ممن تربطهم بك صلة قرابة سواء النسب أو الزواج
2. ممن لهم حق في وراثة أي من ممتلكاتك بعد وفاتك
3. طبيبك المعالج أو أي من موظفي العيادة التي تتلقى فيها العلاج

يجب عليك عمل ثلاث نسخ من الوصية العلاجية. ويتم الاحتفاظ بها:

1. مع طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك
2. مع شخص تثق به لاتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك
3. مع أوراقك المهمة الأخرى

بمجرد توقيعك على الوصية العلاجية، تصبح هذه القواعد سارية حتى لو لم تستطع التحدث. وإذا كنت ترغب في تغيير الوصية العلاجية، يمكنك فعل ذلك في أي وقت ما دمت قادراً على التعبير عن نفسك. يمكنك العثور على معلومات عن الوصية العلاجية في كتيب أعضاء خطة الرعاية الصحية الخاص بك.

مهم: لست مضطراً لملء هذه الأوراق. فالأمر متروك لك. قد ترغب في التحدث مع محامٍ أو صديق قبل ملء هذه الأوراق.

توكيل دائم للرعاية الصحية في ولاية Tennessee أو تعيين وكيل للرعاية الصحية

تسمح لك وثيقة "التوكيل الدائم للرعاية الصحية" بتعيين شخص آخر لاتخاذ قرارات طبية نيابةً عنك. في عام 2004، نص قانون ولاية Tennessee على تغيير اسم "التوكيل الدائم للرعاية الصحية" إلى "تعيين وكيل للرعاية الصحية"؛ وكلا المصطلحين مقبول استخدامهما.

لا يمكن لهذا الشخص اتخاذ القرارات إلا إذا كنت مريضاً جداً وغير قادر على اتخاذ القرار بنفسك. ويمكنه التحدث بالنيابة عنك إذا لم تكن قادراً على الكلام. ربما تمر بوعكة صحية قصيرة المدى. يجب توقيع هذه الأوراق، وأن تكون موثقة بشهادة شاهدين أو مصدقة من كاتب عدل. بمجرد توقيع الأوراق من قبل جميع الأطراف، تصبح سارية المفعول. وتظل كذلك ما لم تغير رأيك.

لا تُستخدم هذه الأوراق إلا إذا أصبحت مريضاً جداً لدرجة أنك لم تعد قادراً على التعبير عن رغباتك. ما دمت في كامل قواك العقلية، يمكنك اتخاذ القرار بشأن رعايتك الصحية بنفسك.

إذا قمت بملء هذه الأوراق، يجب عمل ثلاث نسخ:

- أعط نسخة واحدة لطبيب الرعاية الأولية (PCP) ليضعها في ملفك الطبي.
- أعط نسخة للشخص الذي سيتخذ القرارات الطبية/قرارات علاج ورعاية الأسنان نيابةً عنك.
- احتفظ بنسخة مع أوراقك المهمة.

مهم: لست مضطراً لملء هذه الأوراق. فالأمر متروك لك. قد ترغب في التحدث مع محامٍ أو صديق قبل ملء هذه الأوراق.

طلبات إعادة النظر في CoverKids

طلب إعادة النظر هو وسيلة لضمان أن تكون قرارات CoverKids مبنية على معلومات دقيقة. عندما تقدم طلب إعادة النظر، فأنت تطلب فرصة لإخبار قاضٍ بالأخطاء التي تعتقد أنه يتم ارتكابها في CoverKids. وهذا ما يطلق عليه اسم **جلسة استماع منصفة**.

ستجد حقوقك في تقديم طلب إعادة النظر وحقوقك في الحصول على جلسة استماع منصفة موضحة بشكل أكبر في الجزء "ما الذي تحتاج إليه CoverKids لمعالجة طلب إعادة النظر الخاص بك؟" في الصفحة 14 من هذا الكتيب.

هناك نوعان مختلفان من طلبات إعادة النظر: طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان وطلبات إعادة النظر في الأهلية. طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان هي الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا اختلفت مع قرار CoverKids أو Renaissance بشأن تغطية خدمات علاج ورعاية الأسنان. طلبات إعادة النظر في الأهلية هي الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا لم تتمكن من الحصول على CoverKids لطفلك أو الاستمرار في الاستفادة منه.

طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان

تقتصر طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان على الأشخاص الذين لديهم CoverKids. تُستخدم طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان عندما يواجه طفلك مشكلات مثل الحصول على موافقة خطة علاج ورعاية الأسنان على خدمة يقول طبيب أسنانك إن طفلك يحتاج إليها. تُرفع طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان إلى قسم طلبات إعادة النظر الطبية للأعضاء. تحتوي الصفحة 13 على المزيد من المعلومات عن كيفية تقديم طلب إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان.

سترسل لك Renaissance رسالة إذا تم رفض طلب طبيب أسنان طفلك للحصول على خدمة علاج الأسنان. وكذلك سترسل رسالة إذا حاولنا إيقاف أو تقليل الرعاية التي كان يتلقاها الطفل. ستوضح لك الرسالة كيفية تقديم طلب إعادة النظر.

كلما احتاج الطفل إلى خدمة رفضتها Renaissance، لديك الحق في تقديم طلب إعادة النظر لدى CoverKids. فيما يتعلق بمشكلات الحصول على خدمات رعاية الأسنان، اتصل بنا أولاً على الرقم 866-864-2526.

إذا لم تتمكن بعد من الحصول على خدمات رعاية الأسنان التي يحتاج إليها الطفل، يمكنك تقديم طلب إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان من خلال التواصل مع قسم طلبات إعادة النظر الطبية للأعضاء على الرقم 800-878-3192.

لديك 60 يومًا بعد أن تكتشف وجود مشكلة لتقديم طلب إعادة النظر. لذا، إذا تلقيت رسالة رفض من Renaissance، فلديك 60 يومًا من تاريخ الرسالة لتقديم طلب إعادة النظر.

- بالنسبة لخدمات رعاية الأسنان التي ما زلت تحتاج إليها، لديك 60 يومًا بعد أن تقرر CoverKids أو Renaissance عدم دفع تكاليف رعاية الأسنان.
- بالنسبة لفواتير خدمات رعاية الأسنان التي تعتقد أن CoverKids يجب عليها تحمل تكلفتها، لديك 60 يومًا بعد استلامك أول فاتورة.
- بالنسبة للرعاية التي تحملت تكاليفها، لديك 60 يومًا بعد الدفع لتقديم طلب إعادة النظر.

هل تعتقد أن طفلك يواجه حالة طارئة؟

عادةً ما يتم اتخاذ قرار بشأن طلب إعادة النظر في غضون 90 يومًا من تاريخ تقديمه. ومع ذلك، إذا كان الطفل يواجه حالة طارئة ووافقت خطة علاج ورعاية الأسنان الخاصة بك على ذلك، فستحصل على طلب إعادة نظر عاجل. يتم اتخاذ قرار بشأن طلب إعادة النظر العاجل خلال أسبوع واحد تقريبًا. وقد يستغرق الأمر وقتًا أطول إذا احتاجت خطة علاج ورعاية الأسنان إلى المزيد من الوقت للحصول على سجلات طفلك الطبية الخاصة بعلاج الأسنان.

الحالة الطارئة تعني أن الانتظار لمدة 90 يومًا للحصول على قرار "نعم" أو "لا" قد يُعرض حياة طفلك أو صحته الجسدية أو النفسية للخطر الحقيقي.

إذا كان أحد هذه الأمور ينطبق على طفلك، يمكنك تقديم طلب إعادة نظر عاجل إلى CoverKids. يستطيع طبيب أسنان الطفل أيضًا تقديم هذا الطلب نيابةً عنك. ولكن ينص القانون على أن طبيب الأسنان يجب أن يحصل على إذن خطي (الموافقة) منك. اكتب اسم طفلك، وتاريخ ميلاده، واسم طبيب الأسنان، وإذئك له بتقديم طلب إعادة النظر نيابةً عنك على ورقة. أضف توقيعك أو توقيع الممثل المفوض عنك خطيًا. بعد ذلك، أرسلها عن طريق الفاكس أو البريد إلى قسم طلبات إعادة النظر الطبية للأعضاء (انظر أدناه).

ماذا يحدث إذا لم ترسل موافقتك إلى CoverKids وقدم طبيب الأسنان طلب إعادة النظر العاجل نيابةً عنك؟ سترسل لك CoverKids نموذجًا لتملأه وتوقعه وترسله إلينا.

إذا كان أحد هذه الأمور ينطبق على طفلك، يمكنك تقديم طلب إعادة نظر عاجل إلى CoverKids. يستطيع طبيب أسنان الطفل أيضًا تقديم هذا الطلب نيابةً عنك. ولكن ينص القانون على أن طبيب الأسنان يجب أن يحصل على إذن خطي (الموافقة) منك. اكتب اسم طفلك، وتاريخ ميلاده، واسم طبيب الأسنان، وإذئك له بتقديم طلب إعادة النظر نيابةً عنك على ورقة. أضف توقيعك أو توقيع الممثل المفوض عنك خطيًا. بعد ذلك، أرسلها عن طريق الفاكس أو البريد إلى قسم طلبات إعادة النظر الطبية للأعضاء (انظر أدناه).

بعد ذلك، ستتولى CoverKids وخطة علاج ورعاية الأسنان الخاصة بالطفل مراجعة طلب إعادة النظر الذي قدمته وتحديد ما إذا كان يجب التعامل معه كطلب عاجل. إذا تم قبوله كطلب إعادة نظر عاجل، فستحصل على قرار في غضون أسبوع واحد تقريبًا. تذكر، قد يستغرق الأمر بضعة أيام إضافية إذا احتاجت خطة علاج ورعاية الأسنان الخاصة بالطفل لمزيد من الوقت للحصول على سجلات طفلك الطبية الخاصة بعلاج الأسنان. أما إذا قررت خطة علاج ورعاية الأسنان الخاصة بالطفل أن طلب إعادة النظر الذي قدمته لا يستوفي شروط المعالجة العاجلة، فستحصل على قرار في جلسة الاستماع خلال 90 يومًا من تاريخ تقديم الطلب.

كيفية تقديم طلب إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان

عن طريق الهاتف: اتصل بقسم طلبات إعادة النظر الطبية للأعضاء على الرقم 800-878-3192. نحن هنا لمساعدتك من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً بتوقيت وسط أمريكا.

عن طريق البريد: يمكنك إرسال نموذج طلب إعادة النظر أو خطاب تصف فيه مشكلتك إلى العنوان التالي:

Medical Member Appeals P.O. Box
000593
Nashville, TN 37202-0593

لطباعة نموذج طلب إعادة النظر من الإنترنت، انتقل إلى:

<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf>

إذا وافقت على ذلك، يمكن لشخص آخر مثل صديقك أو طبيب الأسنان أن يملأ النموذج نيابة عنك.

إذا كنت بحاجة إلى نسخة أخرى من نموذج طلب إعادة النظر أو ترغب بأن ترسل لك CoverKids واحدة، فاتصل بقسم طلبات إعادة النظر الطبية للأعضاء على الرقم 800-878-3192. أو يمكنك أيضًا كتابة طلبك على ورقة عادية. احتفظ بنسخة من طلب إعادة النظر الذي قدمته. وسجل تاريخ إرسالك له إلى CoverKids.

عن طريق الفاكس: يمكنك إرسال نموذج طلب إعادة النظر أو الخطاب مجانيًا عن طريق الفاكس إلى الرقم 888-345-5575. احتفظ بورقة التأكيد التي تثبت أن الفاكس تم إرساله بنجاح.

لجميع طلبات إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان، تحتاج CoverKids إلى المعلومات التالية:

1. اسم طفلك الكامل (اسم الشخص الذي يريد تقديم طلب إعادة النظر بشأن خدمات رعاية الأسنان التي يتلقاها).
2. رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بطفلك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي (SSN)، فاكثب تاريخ ميلاده. مع ذكر الشهر، واليوم، والسنة.
3. العنوان البريدي الذي تستقبل عليه مراسلات طفلك.
4. اسم الشخص الذي يمكن لـ CoverKids التواصل معه في حالة وجود أي استفسار عن طلب إعادة النظر الذي قدمته (يمكن أن تكون أنت أو شخصًا آخر).
5. رقم هاتف خلال النهار لذلك الشخص (يمكن أن يكون رقمك أو رقم شخص آخر).
6. الخدمات التي تقدم طلب إعادة النظر بشأنها.

ما الذي تحتاج إليه CoverKids لمعالجة طلب إعادة النظر الخاص بك؟

للحصول على جلسة استماع منصفة حول مشكلات خدمات رعاية الأسنان، يجب عليك القيام بالأمرين التاليين:

- تقديم الحقائق التي تحتاج إليها CoverKids لمعالجة طلب إعادة النظر.
- إخبار CoverKids بالخطأ الذي تعتقد أننا ارتكبناه. ويجب أن يكون هذا الخطأ من النوع الذي، إذا كنت محققًا بشأنه، يعني أن CoverKids ستدفع تكاليف رعاية الأسنان هذه.

اعتمادًا على سبب تقديمك طلب إعادة النظر في خدمات علاج الأسنان، هناك معلومات إضافية يجب أن تقدمها إلى CoverKids. هل تقدم طلب إعادة نظر بخصوص رعاية أسنان ما زال طفلك يحتاج إليها؟ أخبر CoverKids بما يلي:

- نوع رعاية الأسنان التي تطلب إعادة النظر بشأنها؛
- والسبب الذي يجعلك تقدم هذا الطلب. اشرح لـ CoverKids المشكلة بأكبر قدر ممكن من التفاصيل. تأكد من ذكر الخطأ الذي تعتقد أنه تم ارتكابه في CoverKids. وأرفق نسًا من أي أوراق تعتقد أنها قد تساعد CoverKids على فهم المشكلة بشكل أفضل.

هل تقدم طلب إعادة نظر في خدمات رعاية الأسنان التي حصل عليها الطفل بالفعل وتعتقد أن CoverKids يجب أن تدفع

تكاليفها؟ أخبر CoverKids بما يلي:

- تاريخ حصول الطفل على خدمات رعاية الأسنان التي تطلب من CoverKids تغطيتها.
- اسم طبيب الأسنان أو المنشأة التي قدمت للطفل خدمات رعاية الأسنان. (وإذا كان متوفراً، فأرفق أيضًا عنوان ورقم هاتف طبيب الأسنان أو المنشأة التي قدمت له خدمات رعاية الأسنان).
- إذا تحملت تكاليف خدمات رعاية الأسنان، فقدم أيضًا إلى CoverKids نسخة من الإيصال الذي يُثبت أنك دفعته.
- ويجب أن يتضمن الإيصال ما يلي:
- نوع خدمات رعاية الأسنان التي تلقاها الطفل وتطلب من CoverKids دفع تكلفتها
- اسم الشخص الذي تلقى خدمات رعاية الأسنان
- اسم طبيب الأسنان أو المنشأة التي قدمت للطفل خدمات الرعاية
- التاريخ الذي تلقى فيه الطفل الرعاية
- المبلغ الذي دفعته مقابل تلقي الرعاية
- إذا كنت قد استلمت فاتورة خدمات رعاية الأسنان، فقدم نسخة منها إلى CoverKids. ويجب أن تتضمن الفاتورة ما يلي:
- نوع خدمات رعاية الأسنان التي يتم إرسال الفاتورة بشأنها
- اسم الشخص الذي تلقى الرعاية

- اسم طبيب الأسنان أو المنشأة التي قدمت للطفل خدمات رعاية الأسنان
- التاريخ الذي تلقى فيه الطفل رعاية الأسنان
- المبلغ المطلوب دفعه

ما الذي تفعله CoverKids عندما تقدم طلب إعادة نظر بخصوص مشكلة في خدمات رعاية الأسنان؟

- عندما تستلم CoverKids طلب إعادة النظر الذي قدمته، سترسل لك خطابًا يؤكد استلام الطلب. إذا كنت قد أشرت إلى أن حالتك طارئة وطلبت تقديم طلب إعادة نظر عاجل، فسيوضح الخطاب ما إذا كان بإمكانك الحصول على إعادة نظر عاجلة.
- إذا كانت CoverKids بحاجة إلى المزيد من المعلومات لمعالجة طلبك، فستتلقى خطابًا يوضح المعلومات التي لا تزال مطلوبة. يجب أن تُرسل كل المعلومات المطلوبة إلى CoverKids في أسرع وقت ممكن. وإذا لم تُرسلها، فقد يتم إغلاق طلب إعادة النظر الخاص بك.
- CoverKids ملزمة باتخاذ قرار بشأن طلب إعادة النظر العادي خلال 90 يومًا. أما إذا كان طلب إعادة النظر الذي قدمته عاجل، فستحاول اتخاذ القرار في غضون أسبوع تقريبًا (ما لم تكن بحاجة إلى المزيد من الوقت للحصول على سجلات طفلك الطبية الخاصة برعاية الأسنان).
- قد تحتاج إلى جلسة استماع منصفة لاتخاذ القرار في طلب إعادة النظر الخاص بك. ولكي تحصل على جلسة استماع منصفة، يجب أن تثبت الخطأ الذي تم ارتكابه في CoverKids، وإذا كنت محقًا، فسيحصل طفلك على خدمات رعاية الأسنان أو الخدمة التي تطلبها. لن تحصل على جلسة استماع منصفة إذا كنت تطلب رعاية أو خدمات لا تغطيها CoverKids. تتيج لك جلسة الاستماع المنصفة أن تشرح للقاضي الخطأ الذي تعتقد أنه تم ارتكابه في CoverKids. إذا وافقت CoverKids على منحك جلسة استماع منصفة، فستتلقى خطابًا يخبرك بتاريخ ووقت الجلسة.

ما الذي يحدث خلال جلسة الاستماع المنصفة حول مشكلات خدمات رعاية الأسنان؟

- يمكن أن تُعقد الجلسة عن طريق الهاتف أو الحضور شخصيًا. الأشخاص المختلفون الذين قد يكونون حاضرين في الجلسة هم:
 - قاضٍ إداري
 - محامٍ من CoverKids
 - شاهد من طرف CoverKids (مثل طبيب أسنان)
- يمكنك التحدث بنفسك خلال الجلسة، أو إحضار شخص آخر يتحدث نيابةً عنك، مثل صديق أو محامٍ. ويمكنك أيضًا أن تطلب من مقدم خدمات رعاية الأسنان (طبيب الأسنان) أن يدلي بشهادته لصالحك.
- خلال الجلسة، يمكنك إخبار القاضي بالخطأ الذي تعتقد أنه تم ارتكابه في CoverKids. يمكنك تقديم معلومات وأدلة تتعلق بصحة طفلك ورعاية أسنانه. سيستمع القاضي إلى جميع الأطراف.
- بعد الجلسة، ستتلقى خطابًا يخبرك بقرار القاضي. ماذا يحدث إذا قال القاضي إنك فزت بطلب إعادة النظر؟ يجب أن توافق CoverKids على أن هذا القرار صحيح بناءً على وقائع قضيتك. ووفقًا للقانون الفيدرالي، لا يُعتبر قرار القاضي نهائيًا حتى توافق CoverKids عليه. إذا قررت CoverKids رفض قرار القاضي، يجب عليها أن توضح لك السبب خطيًا. وسيحتوي الخطاب أيضًا على شرح لما يمكنك فعله إذا لم توافق على قرار CoverKids.

تذكر، يمكنك معرفة المزيد عن حقوقك في الحصول على جلسة استماع منصفة في الجزء "ما الذي تحتاج إليه CoverKids لمعالجة طلب إعادة النظر الخاص بك؟" في الصفحة 14 من هذا الكتيب.

طلبات إعادة النظر في الأهلية-الحصول على CoverKids أو الاستمرار فيها ومشكلات أخرى تتعلق بـ CoverKids

طلب إعادة النظر حول مشكلات CoverKids غير المرتبطة بخدمات رعاية الأسنان يُسمى طلب إعادة النظر في الأهلية. يتم تقديم هذا الطلب عبر TennCare Connect، ثم يتم إرساله إلى وحدة طلبات إعادة النظر حول الأهلية في TennCare.

يُستخدم طلب إعادة النظر في الأهلية حول مشكلات CoverKids في الحالات التالية:

- إذا تلقيت خطابًا يفيد بانتهاء تغطية طفلك من CoverKids،
- أو إذا انتهت تغطيتك من CoverKids دون أن تتلقى خطابًا لأنك غيرت عنوان طفلك،
- أو إذا كنت تعتقد أن المدفوعات المشتركة التي تفرضها CoverKids على طفلك غير صحيحة،
- أو إذا كنت تعتقد أن CoverKids قد منحت طفلك حزمة مزايا غير صحيحة.

إذا واجهت مشكلة مثل تلك المذكورة أعلاه، فاتصل بـ TennCare Connect على الرقم 855-259-0701. ستتم مراجعة حالتك لمعرفة ما إذا كان هناك خطأ. إذا كان هناك خطأ، فسيتم إصلاحه. أما إذا تبين أنه لا يوجد خطأ، وما زلت تعتقد أن هناك مشكلة في حالتك، فيحق لك تقديم طلب إعادة نظر.

كيفية تقديم طلب إعادة النظر في الأهلية

عن طريق الإنترنت: يمكنك تقديم طلب إعادة النظر من خلال حسابك على TennCare Connect. انتقل إلى <https://tenncareconnect.tn.gov>.

عن طريق البريد: يمكنك تقديم طلب إعادة النظر خطيًا. ويمكنك أيضًا كتابة طلبك على ورقة عادية. ثم أرسل خطابك الذي توضح فيه مشكلتك إلى:

Eligibility Appeals

P.O. Box 23650

Nashville, TN 37202-3650

يمكنك أيضًا تحميل نموذج طلب إعادة النظر من الموقع الإلكتروني. انتقل إلى صفحة كيفية تقديم طلب إعادة النظر في الأهلية عبر <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html> واضغط على نموذج الأهلية باللغة الإنجليزية أو الإسبانية. احتفظ بنسخة من طلب إعادة النظر الذي قدمته. سجل التاريخ الذي أرسلت فيه الطلب إلى TennCare Connect.

عن طريق الفاكس: يمكنك إرسال نموذج طلب إعادة النظر أو الخطاب مجانًا عن طريق الفاكس إلى الرقم 1-844-202-5618. احتفظ بورقة التأكيد التي تثبت أن الفاكس تم إرساله بنجاح.

لإرسال طلب إعادة النظر في الأهلية خطيًا، يجب أن يتضمن ما يلي:

- اسم طفلك الكامل (الاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط، واسم العائلة).
- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بطفلك (إن وجد).
- أسماء الأشخاص الآخرين الذين يعيشون معك ويواجهون نفس المشكلة.
- رقم هاتفك خلال النهار مع ذكر أفضل وقت للاتصال بك.
- شرح الخطأ المحدد الذي تعتقد أنه قد حدث. اشرح المشكلة بأكبر قدر ممكن من التفاصيل.
- أرسل نسخًا من أي أوراق توضح سبب اعتقادك بحدوث الخطأ.

احتفظ بنسخة من طلب إعادة النظر الذي قدمته. وسجل تاريخ إرسالك له إلى TennCare.

تقديم طلبات تظلم (شكاوى) حول خدمة العملاء أو جودة الرعاية في Renaissance

نحن نريدك أن تكون راضيًا عن الخدمات التي يحصل عليها طفلك من Renaissance ومن مقدمي الخدمة لدينا. إذا لم تكن راضيًا، يمكنك تقديم تظلم أو شكوى لدينا. اتصل بنا على الرقم 866-864-2526. طلبات التظلم عبارة عن شكاوى يمكنك تقديمها إذا لم تكن راضيًا عن خطة التأمين الخاصة بنا، أو إذا لم تكن راضيًا عن طريقة معاملة أحد الموظفين أو مقدمي الخدمة تجاه طفلك.

كيفية تقديم تظلم إلى Renaissance

نحن نرغب في معرفة ما هو الخطأ حتى نتمكن من تحسين خدماتنا. إذا كان لديك تظلم يتعلق بمقدم الخدمة أو بجودة الرعاية أو الخدمات التي تلقاها طفلك، يُرجى إعلامنا فورًا على الرقم 866-864-2526. إذا لم تكن راضيًا عنا أو عن طبيب أسنانك، يمكنك تقديم تظلم في أي وقت. لدينا في Renaissance إجراءات خاصة لمساعدة الأعضاء الذين يتقدمون بطلبات تظلم. وسنقوم بكل ما في وسعنا للإجابة عن أسئلتك أو المساعدة في حل مشكلتك. لن يؤثر تقديم تظلم في خدمات الرعاية الصحية أو المزايا التي يحصل عليها طفلك. فيما يلي بعض الأمثلة على الحالات التي قد ترغب فيها بتقديم تظلم:

- لم يحترم مقدم الخدمة أو أحد موظفي Renaissance حقوق طفلك
- واجهت صعوبة في الحصول على موعد مع مقدم الخدمة الخاص بطفلك ضمن وقت مناسب
- لم تكن راضيًا عن جودة الرعاية أو العلاج الذي تلقاه طفلك
- كان مقدم الخدمة أو أحد موظفي Renaissance فظًا في التعامل مع الطفل
- لم يكن مقدم الخدمة الخاص بطفلك أو أحد موظفي Renaissance متفهمًا لاحتياجاته الثقافية أو الخاصة

يمكنك تقديم التظلم عبر الهاتف من خلال الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526. يمكنك أيضًا تقديم التظلم خطيًا عبر البريد على العنوان التالي:

Renaissance

PO Box 1505

Farmington Hills, MI

48333-1505

في خطاب التظلم، أرفق أكبر قدر ممكن من المعلومات. على سبيل المثال، تاريخ ومكان وقوع الحادث، وأسماء الأشخاص المعنيين، وتفاصيل ما حدث. وتأكد من ذكر اسمك ورقم عضوية الطفل. يمكنك طلب مساعدتنا في تقديم التظلم عن طريق الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526. سنعمل عندما نتلقى التظلم الخاص بك. وقد نتواصل معك للحصول على المزيد من المعلومات.

يمكنك في أي وقت خلال عملية مراجعة التظلم أن تطلب من شخص تعرفه أن يمثلك أو يتصرف نيابةً عنك. وسيكون هذا الشخص هو ممثلك. إذا قررت أن يكون هناك شخص يمثلك أو يتصرف نيابةً عنك، يجب عليك إخطار Renaissance خطياً على العنوان المذكور أعلاه. واذكر اسم ممثلك ومعلومات الاتصال به. سيتم البت في التظلم الخاص بك في غضون 90 يوماً تقويمياً من تاريخ تقديمه. سنرسل لك خطاباً يتضمن قرارنا المتخذ.

هل يمكن لشخص من Renaissance مساعدتي في تقديم تظلم أو شكوى؟

يُرجى الاتصال بنا على الرقم 866-864-2526 للحصول على المساعدة. أخبرنا بأنك ترغب في تقديم تظلم. وسنجيب عن جميع أسئلتك.

بمجرد أن تحصل على النموذج من مركز اتصال الأعضاء لدينا، قم بملء النموذج وأرسله بالبريد إلى العنوان التالي:

Renaissance
PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505

عملية تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية أو التمييز

ماذا يجب أن أفعل إذا كانت لدي شكوى تتعلق بالتمييز أو الحقوق المدنية؟ من يجب أن أتصل به؟

إذا كنت تعتقد أن Renaissance، أو أحد مقدمي الخدمات، أو TennCare فشلوا في تقديم خدمات CoverKids لطفلك، أو مارسوا تمييزاً ضد طفلك على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى مكتب الامتثال للحقوق المدنية ("OCRC") التابع لـ TennCare عبر البريد الإلكتروني HCFA.fairtreatment@tn.gov، أو عبر البريد إلى 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243، أو عبر موقع مكتب الامتثال للحقوق المدنية (OCRC) الإلكتروني <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>، أو عبر الاتصال على الرقم 615-507-6474 (الهاتف النصي 711 TDD/TTY). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم أو شكوى بشأن التمييز، فاتصل بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم 855-259-0701.

يمكنك العثور على نماذج الشكاوى المتعلقة بالتمييز باللغة الإنجليزية، والإسبانية، والعربية، بالإضافة إلى السياسات والمزيد من المعلومات عن الحقوق المدنية والمساعدات مثل الطعام أو الخدمات الأخرى، وذلك على موقع مكتب الامتثال للحقوق المدنية (OCRC) الإلكتروني.

وكذلك يمكنك تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونياً من خلال بوابة الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية، المتاحة عبر <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو من خلال البريد أو الهاتف على العنوان التالي:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(7697-537-800, 1019-368-800-1) (الهاتف النصي TDD/TTY)

يمكن الحصول على نماذج الشكاوى عبر <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

هل يمكن لشخص من Renaissance مساعدتي في تقديم شكوى بشأن التمييز؟

أولاً، اتصل بـ TennCare Connect للحصول على المساعدة في تقديم شكوى أو تظلم بشأن التمييز على الرقم 855-259-0701. إذا اتصلت بـ TennCare Connect وما زلت بحاجة إلى المساعدة، فاتصل بمكتب الامتثال للحقوق المدنية (OCRC) على الرقم 615-507-6474. إذا لم تتمكن من التواصل مع TennCare Connect أو مكتب الامتثال للحقوق المدنية (OCRC)، يُرجى الاتصال بـ Renaissance على الرقم 866-864-2526 للحصول على المساعدة. أخبرنا بأنك ترغب في تقديم شكوى. وسنجيب عن جميع أسئلتك.

الإبلاغ عن حالات الاحتيال والإهدار وسوء الاستخدام في CoverKids

هل تريد الإبلاغ عن حالات الاحتيال والإهدار وسوء الاستخدام في CoverKids؟

أخبرنا إذا كنت تعتقد أن طبيباً أو طبيب أسنان أو صيدلياً في صيدلية أو مقدم رعاية صحية آخر أو شخصاً يحصل على المزايا يقوم بشيء غير قانوني. القيام بشيء غير قانوني قد يكون حالة احتيال أو إهدار أو سوء استخدام، وهو أمر مخالف للقانون. على سبيل المثال، أخبرنا إذا كنت تعتقد أن شخصاً ما:

- يتلقى مدفوعات مقابل خدمات CoverKids لم يتم تقديمها أو لم تكن ضرورية
- لا يقول الحقيقة بشأن حالة طبية للحصول على علاج طبي
- يسمح لشخص آخر باستخدام بطاقة تعريف CoverKids
- يستخدم بطاقة تعريف CoverKids الخاصة بشخص آخر
- لا يقول الحقيقة بشأن مقدار المال أو الموارد التي يمتلكها من أجل الحصول على مزايا

للإبلاغ عن حالة احتيال أو إهدار أو سوء استخدام، يُرجى اختيار أحد الخيارات التالية:

- في حالة الاشتباه بوجود احتيال من قبل أحد الأعضاء، اتصل بالخط الساخن لمكتب المفتش العام (OIG) في Tennessee على الرقم 800-433-3982
- في حالة الاشتباه بوجود احتيال من قبل أحد مقدمي الخدمة، اتصل بالخط الساخن للإبلاغ عن عملية احتيال في TennCare على الرقم 888-687-9611 أو تفضل بزيارة الموقع التالي <https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html>. ثم اضغط على How to Report TennCare Provider Fraud (كيفية الإبلاغ عن عملية احتيال من قبل أحد مقدمي الخدمة).
- في حالة الاشتباه بوجود احتيال من قبل أحد الأعضاء أو مقدمي الخدمة، يمكنك أيضاً الاتصال بالخط الساخن لمكافحة عمليات الاحتيال التابع لـ Renaissance على الرقم 800-971-4139 أو إرسال رسالة إلى العنوان التالي:

Renaissance Inquiries
PO Box 1505
Farmington Hills, MI
48333-1505

عند الإبلاغ عن حالة احتيال أو إهدار أو سوء استخدام، حاول جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات:

1. عند الإبلاغ عن مقدم خدمة (طبيب، أو طبيب أسنان، أو استشاري، وما إلى ذلك)، يُرجى تضمين ما يلي:
 - اسم مقدم الخدمة، وعنوانه، ورقم هاتفه
 - اسم وعنوان المنشأة (مستشفى، أو دار رعاية، أو وكالة رعاية منزلية، وما إلى ذلك)
 - رقم مقدم الخدمة في Medicaid ورقم المنشأة (إن وجد)
 - نوع مقدم الخدمة (طبيب، أو طبيب أسنان، أو معالج، أو صيدلي، وما إلى ذلك)
 - أسماء وأرقام هواتف شهود آخرين يمكنهم المساعدة في التحقيق
 - تواريخ وقوع الحوادث
 - ملخص لما حدث
 - معلومات عن المريض أو المطالبة أو كليهما، إذا كانت متوفرة وتطبق على الحالة
2. عند الإبلاغ عن شخص يتلقى المزايا، يُرجى تضمين ما يلي:
 - اسم الشخص
 - تاريخ ميلاده، أو رقم الضمان الاجتماعي، أو رقم الحالة (إن وجد)
 - المدينة التي يعيش فيها
 - تفاصيل محددة حول حالة الاحتيال أو الإهدار أو سوء الاستخدام

إشعار عدم التمييز

يُعد التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي (بما في ذلك محدودية إجادة اللغة الإنجليزية أو اللغة الأساسية)، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس مخالفًا للقانون. لا تستبعد TennCare أي شخص أو تعامله بشكل أقل تفضيلاً (مختلفاً) بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس.

كيفية الحصول على المساعدة المتعلقة بالإعاقة

تمنح TennCare الأشخاص ذوي الإعاقة إمكانية إجراء تعديلات معقولة. التعديلات المعقولة هي طلبات معقولة لتغيير قاعدة أو سياسة أو ممارسة أو خدمة لمساعدة شخص لديه احتياجات مرتبطة بإعاقة. وكذلك توفر TennCare مساعدات وخدمات إضافية مجاناً لضمان التواصل الفعال معك. وتشمل هذه المساعدات والخدمات الإضافية ما يلي:

- المترجمون المؤهلون في لغة الإشارة
- معلومات مكتوبة بخط كبير، أو بصيغ صوتية، أو إلكترونية يمكن الوصول إليها، أو قراءة الرسائل، أو بطريقة برايل، أو غيرها من الصيغ

المساعدة اللغوية

تقدم TennCare مساعدة لغوية مجانية للأشخاص غير الناطقين باللغة الإنجليزية، مثل ما يلي:

- المترجمون الفوريون المؤهلون
- الترجمات التحريرية - معلومات مترجمة إلى لغات أخرى

الجهة التي يمكنك التواصل معها

TennCare Connect

هل تحتاج إلى مساعدة في التقديم على TennCare أو تجديده؟ هل تحتاج إلى مساعدات وخدمات إضافية أو دعم لغوي للتواصل مع TennCare؟ اتصل بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم 855-259-0701.

مكتب الامتثال للحقوق المدنية التابع لـ TennCare

التعديلات المعقولة

إذا كان طفلك بحاجة إلى إجراء تعديلات معقولة، فتواصل مع مكتب الامتثال للحقوق المدنية ("OCRC") التابع لـ TennCare.

الشكاوى أو طلبات التظلم

إذا كنت تعتقد أن TennCare فشلت في تقديم هذه الخدمات لك، أو مارست تمييزاً ضدك على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى مكتب الامتثال للحقوق المدنية ("OCRC") التابع لـ TennCare عبر البريد الإلكتروني HCFA.fairtreatment@tn.gov، أو عبر البريد إلى Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243 310، أو عبر موقع مكتب الامتثال للحقوق المدنية (OCRC) الإلكتروني <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>، أو عبر الاتصال على الرقم 615-507-6474 (الهاتف النصي 711 TRS) إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم بشأن التمييز، فاتصل بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم 855-259-0701.

المزيد من المعلومات

يمكنك العثور على النماذج، والسياسات، والمزيد من المعلومات حول الحقوق المدنية، بالإضافة إلى المساعدات الغذائية أو غيرها، من خلال موقع مكتب الامتثال للحقوق المدنية (OCRC) الإلكتروني:

<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

يمكنك تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونياً من خلال بوابة الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية، المتاحة عبر <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو من خلال البريد أو الهاتف على العنوان التالي:

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)

يمكن الحصول على نماذج الشكاوى عبر <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Treating Provider's Certificate: Expedited TennCare Appeal

Treating Provider's Certificate: Expedited TennCare Appeal

A typical appeal for a medical service is decided in up to ninety (90) days. However, an expedited appeal, because of a patient's health, must be decided within one week (or up to three weeks if the health plan is given additional time to obtain and review a patient's medical records). An appeal will only be expedited if waiting up to ninety (90) days for a decision, "could seriously jeopardize the enrollee's life, physical health, or mental health or their ability to attain, regain, or maintain full function."

To request an expedited appeal for your patient:

1. Read the statement below. If you agree, indicate your certification and sign and date in the spaces provided.

☐ I certify that I am the treating clinician of the patient named below, and that ***the acute presentation of this medical condition is of sufficient severity that waiting up to ninety (90) days for a decision on an appeal could seriously jeopardize the enrollee's life, physical health, or mental health or their ability to attain, regain, or maintain full function.***

Provider's

Signature: _____ Date: _____

2. Identify the desired service. _____

3. Identify the patient.

(Name)

(SS#) or (date of birth)

4. At your discretion, please attach a narrative and/or medical records that support this request.
5. **Please attach** a copy of your office's **letterhead** so that TennCare has your contact information.
6. Fax this completed form and any accompanying documentation to the **Division of TennCare** at **888-345-5575**. (NOTICE: If your patient has already requested this expedited appeal from TennCare, please submit this certificate and documentation as soon as possible.)



TennCare Discrimination Complaint Form



TennCare Discrimination Complaint Form

Federal and State laws do not allow the TennCare Program to treat you differently because of your race, color, national origin, disability, age, sex, religion, or any other group protected by law. Do you think you have been treated differently for these reasons? Use these pages to report a complaint to TennCare.

The information marked with a star (*) must be answered. If you need more room to tell us what happened, use other sheets of paper and mail them with your complaint.

1.* Write your name, date of birth, email address, phone number, address, and health plan name.

2.* Are you reporting this complaint for someone else?

If yes, who do you think was treated differently because of their race, color, national origin, disability, age, sex, religion, or any other group protected by law? Tell us their name, date of birth, email address, phone number, address, health plan name, and your relationship to this person (spouse, parent, friend):

3.* Which part of the TennCare Program do you think treated you in a different way?

Was it Medical Services, Dental Services, Pharmacy Services, Behavioral Health, Long-Term Services & Supports, Eligibility Services, Appeals, or another area?

4.* How were you treated in a different way?

Was it your Race, National Origin, Color, Sex, Age, Disability, Religion, or another group?

5. What is the best time to talk to you about this complaint?

6.* When did this happen to you?

Do you know the date? When did it start and when was it the last time that it happened?

7. Complaints must be reported by 6 months from the date you think you were treated in a different way.

You may have more than 6 months to report your complaint if there is a good reason (like a death in your family or an illness) why you waited.

8.* What happened?

How and why do you think it happened? Who did it? Do you think anyone else was treated in a different way? You can write on more paper and send it in with these pages if you need more room.

9. Did anyone see you being treated differently?

If yes, tell us their name, address, and phone number.

10. Do you have more information you want to tell us about?

11.* We cannot take a complaint that is not signed.

Please write your name and the date below. Are you the Authorized Representative of the person who thinks they were treated differently? Please sign your name below. As the Authorized Representative, you must have proof that you can act for this person. If the patient is less than 18 years old, a parent or guardian should sign for the minor. Declaration: I agree that the information in this complaint is true and correct and give my OK for TennCare to investigate my complaint.

Are you reporting this complaint for someone else but you are not the person's Authorized Representative? Please sign your name below. The person you are reporting this complaint for must sign above or must tell his/her health plan or TennCare that it is okay for them to sign for him/her. Declaration: I agree that the information in this complaint is true and correct and give my OK for TennCare to contact me about this complaint.

Are you a helper from TennCare or the MCO/Health Plan assisting the member in good faith with the completion of the complaint? If so, please sign below:

It is okay to report a complaint to your MCO/Health Plan or TennCare. Information in this complaint is treated privately. Names or other information about people used in this complaint are shared only when needed. Please mail a signed Agreement to Release Information page with your complaint. If you are filing this complaint on behalf of someone else, have that person sign the Agreement to Release Information page and mail it with this complaint. Keep a copy of everything you send. Please mail or email the completed, signed Complaint and the signed Agreement to Release Information pages to us at:

TennCare, [Office of Civil Rights Compliance](#)
310 Great Circle Road; Floor 3W • Nashville, TN 37243
615-507-6474 or for free at 855-857-1673 (TRS 711)
HCFA.Fairtreatment@tn.gov

You can also call us if you need help with this information.



Agreement to Release Information

To investigate your complaint, TennCare may need to tell other persons or organizations important to this complaint your name or other information about you.

To speed up the investigation of your complaint, read, sign, and mail one copy of this Agreement to Release Information with your complaint. Please keep one copy for yourself.

- I understand that during the investigation of my complaint TennCare may need to share my name, date of birth, claims information, health information, or other information about me to other persons or organizations. And TennCare may need to gather this information about you from persons or organizations. For example, if I report that my doctor treated me in a different way because of my color, TennCare may need to talk to my doctor and gather my medical records.
- You do not have to agree to release your name or other information. It is not always needed to investigate your complaint. If you do not sign the release, we will still try to investigate your complaint. If you don't agree to let us use your name or other details, it may limit or stop the investigation of your complaint. We may have to close your case. Before we close your case because you did not sign the release, we may contact you to find out if you want to sign a release so the investigation can continue.

If you are filing this complaint for someone else, we need that person to sign the Agreement to Release Information. Are you signing this as an Authorized Representative? Then you must also give us a copy of the documents appointing you as the Authorized Representative.

By signing this Agreement to Release Information, I agree that I have read and understand my rights written above. I agree to TennCare sharing my name or other information about me to other persons or organizations important to this complaint during the investigation and outcome.

This Agreement to Release Information is in place until the final outcome of your complaint. You may cancel your agreement at any time by calling or writing to TennCare without canceling your complaint. If you cancel your agreement, information already shared cannot be made unknown. **Please write your name and the date and tell us your address and phone number here:**

Do you need help?

If you speak a language other than English, help in your language is available for free. We have free interpretation and translation services to help you. We have free auxiliary aids and services, like large print, to communicate effectively with you. Call us at **855-259-0701 (TTY: 800-848-0298 or TRS: 711)**.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-259-0701

Arabic: العربية

وظ قحلم: اذا ملكتت ةغللا ربيةعلا ا تم دخ دةعاسملا وى ةغللا رفوتم كل انج ام. اتصل مقبر: 855-259- 0701

Chinese: 繁體中文

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 855-259-0701

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 855-259-0701

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 855-259-0701 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 855-259-0701 .

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (መስማት ለተሳናቸው፡ 800-848-0298)፡

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ ໂທ 855-259-0701

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 855-259-0701

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો બિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 855-259-0701

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 855-259-0701

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 855-259-0701 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 855-259-0701

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 855-259-0701

Persian: فارسی

توجہ: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. ب 855-259-0701

The [Beneficiary Support System](#) (BSS) helps people who are enrolled in the CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES, and the Katie Beckett program. They also help people who want to enroll into these programs. For help call 888-723-8193.

The TennCare Program does not discriminate against people because of their race, color, national origin including limited English proficiency and primary language, age, disability, religion, or sex. If you need reasonable modifications or think you were treated differently, or discriminated against you can file a grievance (complaint) with TennCare's Office of Civil Rights Compliance at:

Website: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

Email: HCFA.Fairtreatment@tn.gov

Mail: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243,

Need help filing a grievance? Call TennCare Connect at 855-259-0701

OCRC: 615-507-6474 (TRS 711)

Authorization to Release Member Information Form



Authorization to Release Member Information Form

Legal Basis

Based on the Privacy Rule of the Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA), TennCare must receive authorization and consent to release your information in most cases when the purpose of the disclosure is not directly related to TennCare's Treatment, Payment or Healthcare Operations activities (45 CFR 164.508). TennCare includes programs like TennCare Medicaid, CHOICES, and CoverKids.

Instructions for Submission

You must complete pages 2 and 3 of this form and return it to TennCare. You can return it by mail or email using the information below:

Division of TennCare
Attn: Privacy Office
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243
Privacy.TennCare@tn.gov

Important Information

- Giving your permission is up to you. You don't have to share your health facts.
- You don't have to sign this form if you don't want to, and you don't need to send your information to anyone you don't want to. You will still get benefits and treatment.
- You can take back your permission. You must tell us in writing. Mail it or email it using the contact information above.
- What if you take back your permission? It won't take back the health facts we have already shared. But, we won't share any more of your health facts.
- If we share your health facts with the people or agencies you named, they may share it with others. Not everyone has to follow privacy rules.
- **You have a right to get a copy of the permission you gave us.** If you need another copy, call the TennCare Privacy Office at **1-866-797-9469**. We can charge for copies of records as allowed by law.

Other Important Information

- If you want to send this form by email, contact the Privacy Office. They will help you send it in a safe way since it has your private information.
- If you want to send this form to TennCare in a way that is not listed on the form, or if you need help, call **TennCare Connect** at **855-259-0701** Monday through Friday, or email the **TennCare Privacy Office** at Privacy.TennCare@tn.gov.

You always have the right to file a privacy complaint

Division of TennCare
Attn: Privacy Office
310 Great Circle Road Nashville, TN 37243
Phone: 1-866-797-9469
Email: Privacy.TennCare@tn.gov

U.S. Dept. of Health and Human Services Region IV,
Office of Civil Rights
Medical Privacy, Complaint Division
Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-0064
Customer Response Center: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

You will not be punished if you ask for help or if you make a complaint.

Puede obtener estas hojas en español. Visite nuestro sitio web en tn.gov/tenncare. O bien, llame **TennCare Connect** al **855-259-0701**.

Authorization to Release Member Information Form

1. Who is the Member?

Name of Member (Last, First, Middle Initial):

Phone Number:

ID Number (Member ID or last 4 digits of SSN):

Date of Birth (MM/DD/YYYY):

Address:

City, State and Zip Code:

Email:

Who is completing this form? Check One:

- ☐ I am the Member OR
- ☐ I have the legal right to act for this person. (Check one below; if "other" fill in blank.)
- ☐ Legal Guardian ☐ Authorized Representative ☐ Other (please describe):

2. Who can my health facts be given to?

Name (like family members who live with me, or a place of business):

Organization Name (if you want to send to an organization):

Address:

City, State, and Zip Code:

Phone Number (with area code):

3. What health facts can we share?

We'll only share the health facts and records you allow and we have. Tell us the health facts and records you allow us to share. Give the date or place they come from if you can.

Health Fact(s):

Date(s) I Received Care (if applicable):

Name of the Place(s) I Received Care (if applicable):

If you give us your OK to share these other kinds of health information, tell us by checking the boxes.

- | | |
|--|---|
| ☐ HIV/AIDS | ☐ Sexual/Physical/Mental Abuse Records |
| ☐ Alcohol/Substance Abuse Records | ☐ Mental Health Records |

For any health facts you gave your **OK** share, facts we share may include medicine you take now or have taken. It doesn't include psycho-therapy notes, which you must OK separate from any other facts.

Puede obtener estas hojas en español. Visite nuestro sitio web en www.tennessee.gov/tenncare. O bien, llame **TennCare Connect** al 855-259-0701.

Authorization to Release Member Information Form

4. Why are you giving out this health information?

Is it to get health treatment, for court or work? Or are you asking for these records to be sent directly to you for your own use? Please describe:

5. When does my permission end?

We have your permission for as long as you tell us we do, but this permission can't be for more than 1 year. Tell us when to stop sharing your health facts. **If you don't tell us how long your permission lasts, then we will end your permission one year from when you sign.**

☐ My OK ends on this date: _____ OR

☐ My OK ends when this happens:

(It can be something like "you can share my medical records this one time.")

6. Signature of the Member (if Member is signing)

I give my **OK** to share the information listed in this form. This form can be an original or a copy.

Signature or Mark ("X") of Member:

Date:

If signed "X" please tell us the person's name who helped you:

Helper's Address, City, State, Zip Code:

Helper's phone number:

7. Signature of the Authorized Representative (if somebody else is signing)

Authorized Representative means you have legal proof you can act for this person. You must give us a copy of this proof.

A representative must sign for a member who cannot legally sign on his or her own. If the patient is less than 18 years old, a parent or guardian should sign for the minor.

Signature of Person signing on behalf of patient:

Phone:

Address, City, State, Zip Code:

Date:

Printed Name:

NOTICE TO ANY RECIPIENT OTHER THAN THE MEMBER

This information has been disclosed to you from records the confidentiality of which may be protected by federal and/or state law. If the records are protected under the federal regulations on the confidentiality of alcohol and drug abuse patient records (42 CFR Part 2), you are prohibited from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The federal rules restrict use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Puede obtener estas hojas en español. Visite nuestro sitio web en www.tennessee.gov/tenncare. O bien, llame **TennCare Connect** al 855-259-0701.

Advance Directive For Health Care Form

ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE* (Tennessee)

Instructions: Parts 1 and 2 may be used together or independently. Please mark out/void any unused part(s). Part 5, Block A or Block B must be completed for all uses.

I, _____, hereby give these advance instructions on how I want to be treated by my doctors and other health care providers when I can no longer make those treatment decisions myself.

Part I Agent: I want the following person to make health care decisions for me. This includes any health care decision I could have made for myself if able, except that my agent must follow my instructions below:

Name: _____ Relation: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____
Address: _____ Mobile Phone: _____ Other Phone: _____

Alternate Agent: If the person named above is unable or unwilling to make health care decisions for me, I appoint as alternate the following person to make health care decisions for me. This includes any health care decision I could have made for myself if able, except that my agent must follow my instructions below:

Name: _____ Relation: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____
Address: _____ Mobile Phone: _____ Other Phone: _____

My agent is also my personal representative for purposes of federal and state privacy laws, including HIPAA.

When Effective (mark one): ☐ I give my agent permission to make health care decisions for me at any time, even if I have capacity to make decisions for myself. ☐ I do not give such permission (this form applies only when I no longer have capacity).

Part 2 Indicate Your Wishes for Quality of Life: By marking "yes" below, I have indicated conditions I would be willing to live with if given adequate comfort care and pain management. By marking "no" below, I have indicated conditions I would not be willing to live with (that to me would create an **unacceptable** quality of life).

☐ Yes ☐ No	Permanent Unconscious Condition: I become totally unaware of people or surroundings with little chance of ever waking up from the coma.
☐ Yes ☐ No	Permanent Confusion: I become unable to remember, understand, or make decisions. I do not recognize loved ones or cannot have a clear conversation with them.
☐ Yes ☐ No	Dependent in all Activities of Daily Living: I am no longer able to talk or communicate clearly or move by myself. I depend on others for feeding, bathing, dressing, and walking. Rehabilitation or any other restorative treatment will not help.
☐ Yes ☐ No	End-Stage Illnesses: I have an illness that has reached its final stages in spite of full treatment. Examples: Widespread cancer that no longer responds to treatment; chronic and/or damaged heart and lungs, where oxygen is needed most of the time and activities are limited due to the feeling of suffocation.

Indicate Your Wishes for Treatment: If my quality of life becomes unacceptable to me (as indicated by one or more of the conditions marked "no" above) and my condition is irreversible (that is, it will not improve), I direct that medically appropriate treatment be provided as follows. By marking "yes" below, I have indicated treatment I want. By marking "no" below, I have indicated treatment I **do not want**.

☐ Yes ☐ No	CPR (Cardiopulmonary Resuscitation): To make the heart beat again and restore breathing after it has stopped. Usually this involves electric shock, chest compressions, and breathing assistance.
☐ Yes ☐ No	Life Support / Other Artificial Support: Continuous use of breathing machine, IV fluids, medications, and other equipment that helps the lungs, heart, kidneys, and other organs to continue to work.
☐ Yes ☐ No	Treatment of New Conditions: Use of surgery, blood transfusions, or antibiotics that will deal with a new condition but will not help the main illness.
☐ Yes ☐ No	Tube feeding/IV fluids: Use of tubes to deliver food and water to a patient's stomach or use of IV fluids into a vein, which would include artificially delivered nutrition and hydration.

PLEASE SIGN ON PAGE 2

Page 1 of 2

Part 3 Other instructions, such as hospice care, burial arrangements, etc.: _____

(Attach additional pages if necessary)

Part 4 Organ donation: Upon my death, I wish to make the following anatomical gift for purposes of transplantation, research, and/or education (mark one):

- ☐ Any organ/tissue ☐ My entire body ☐ Only the following organs/tissues: _____
- ☐ No organ/tissue donation

SIGNATURE

Part 5 Your signature must **either** be witnessed by two competent adults ("Block A") **or** by a notary public ("Block B").

Signature: _____ Date: _____
(Patient)

Block A Neither witness may be the person you appointed as your agent or alternate, and at least one of the witnesses must be someone who is not related to you or entitled to any part of your estate.

Witnesses:

1. I am a competent adult who is not named as the agent. I witnessed the patient's signature on this form. _____
Signature of witness number 1
2. I am a competent adult who is not named as the agent. I am not related to the patient by blood, marriage, or adoption and I would not be entitled to any portion of the patient's estate upon his or her death under any existing will or codicil or by operation of law. I witnessed the patient's signature on this form. _____
Signature of witness number 2

Block B You may choose to have your signature witnessed by a notary public instead of the witnesses described in Block A.

STATE OF TENNESSEE

COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person who signed as the "patient." The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires: _____
Signature of Notary Public

WHAT TO DO WITH THIS ADVANCE DIRECTIVE: (1) provide a copy to your physician(s); (2) keep a copy in your personal files where it is accessible to others; (3) tell your closest relatives and friends what is in the document; (4) provide a copy to the person(s) you named as your health care agent.

* This form replaces the old forms for durable power of attorney for health care, living will, appointment of agent, and advance care plan, and eliminates the need for any of those documents.