الكتيِّب

دليل أعضاء CoverKids | 2026

CoverKids | BlueCare Tennessee

أرقام هواتف مجانية يمكنك الاتصال بها لطلب المساعدة

أرقام هواتف CoverKids المهمة

خدمات أعضاء برنامج CoverKids اتصل بخصوص رعايتك الصحية	**888-325-8386** خط TTY/TDD: **711** واطلب **888-418-0008**
خط مساعدة التمريض	**800-262-2873**
Renaissance (برنامج رعاية الأسنان العامل مع برنامج CoverKids) اتصل للحصول على خدمات رعاية الأسنان للأطفال دون سن 19 عامًا	**866-864-2526**
خدمات صيدلانية OptumRx (برنامج الصيدلية العامل مع برنامج CoverKids) اتصل بقسم خدمات الصيدلية في برنامج CoverKids	**844-568-2179**
مكتب المفتش العام (OIG) اتصل للإبلاغ عن الاحتيال أو إساءة الاستخدام من جانب عضو CoverKids	**800-433-3982**
مكتب النزاهة التابع لبرنامج TennCare اتصل للإبلاغ عن الاحتيال من جانب مقدم الخدمات العامل مع برنامج CoverKids	**833-687-9611**
صحة السكان	**888-325-8386**
TennCare Connect اتصل فيما يخص: • تغيير العنوان أو حجم الأسرة أو الوظيفة أو الدخل • عندما تكونين حاملاً، وعندما يُولد طفلكِ • إكمال تجديدك • الاستثنافات المقدَّمة للاشتراك في برنامج CoverKids أو الاستمرار في الاشتراك فيه • مساهمات المنتفع من برنامج CoverKids • التقدم بطلب للحصول على مزايا برنامج CoverKids • برامج مثل Food Stamps أو Family First	**855-259-0701**
الموارد المجتمعية اتصل للحصول على مساعدة بشأن إيصالك ببنوك الطعام، وخدمات الإسكان، والاحتياجات الحياتية الأخرى.	**888-325-8386** **communitycompass.tn.gov/**

أسماء الأطباء	أرقام الهواتف

برنامج CoverKids وخطتك الصحية، BlueCare Tennessee

كتيب الأعضاء

2026

¿Necesita un manual de CoverKids en español? Para conseguir un manual en español, llame a BlueCare Tennessee al **888-325-8386.**

حقُك في الخصوصية

هناك قوانين سارية لحماية خصوصيتك. وإنها تنص على أنّه لا يجوز لنا الكشف للآخرين عن بعض الحقائق المتعلقة بك. اقرأ المزيد حول حقوق الخصوصية الخاصة بك في الجزء 6 من هذا الكتيب.

مهم:

حتى إذا لم تستخدم مزايا برنامج CoverKids الخاصة بك، ما زالت الولاية تدفع لك للحصول عليها. إذا لم تعد بحاجة إلى الحصول على مزايا برنامج CoverKids، فيُرجى الاتصال ببوابة TennCare Connect مجانًا على الرقم **855-259-0701.**

هل تحتاج إلى المساعدة؟

نحن نوفر أدوات مُساعِدة وخدمات مجانية، مثل الطباعة بحروف كبيرة، حتى نتمكن من التواصل معك بفعالية. اتصل بنا على الرقم 888-325-8386 (TRS: 711) إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية، فسنوفر لك المساعدة بلغتك مجانًا. نقدم خدمات الترجمة الفورية والترجمة التحريرية مجانًا لمساعدتك.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-325-8386 (TRS/TTY:866-503-0264).

Arabic: العربية

ملحوظة: اذا تتكلم اللغة العربية خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانا. اتصل برقم 1-888-325-8386.

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 1-888-325-8386

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 1-888-325-8386

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-325-8386 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-325-8386.

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-325-8386.

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-325-8386.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັງ ຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ຣ 1-888-325-8386.

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-325-8386.

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-325-8386.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।1-888-325-8386 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-888-325-8386.

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」

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-325-8386 تماس بگیرید.

يساعد نظام دعم المستفيدين (BSS) الأشخاص المُسجّلين في برامج CHOICES، وEmployment and Community First CHOICES (ECF)، وKatie Beckett. ويوفر النظام المساعدة كذلك للأشخاص الذين يرغبون في التسجيل بهذه البرامج. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 888-723-8193.

لا يمارس برنامج TennCare التمييز ضد الأشخاص بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، بما في ذلك الإجادة المحدودة للغة الإنجليزية واللغة الرئيسية، أو العمر، أو الإعاقة، أو الديانة، أو نوع الجنس. إذا كنت بحاجة إلى تعديلات معقولة أو تعتقد أنه تمت معاملتك بشكلٍ مختلف، أو تم التمييز ضدك، فيمكنك تقديم تظلّم (شكوى) إلى مكتب الامتثال للحقوق المدنية في TennCare من خلال المراسلة على العناوين HCFA.fairtreatment@tn.gov، https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html، 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243، أو بالاتصال على 615-507-6474 (TRS 711). هل تحتاج إلى مساعدة في تقديم تظلم؟ اتصل ببرنامج TennCare Connect على الرقم 855-259-0701.

إخطار عدم التمييز

وسائل الحماية

التمييز مخالف للقانون. يمتثل برنامج TennCare لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والخاصة بالولايات. نحن لا نمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي بما في ذلك الإجادة المحدودة للغة الإنجليزية واللغة الرئيسية أو العمر أو الإعاقة أو نوع الجنس. ولا يتعمد برنامج TennCare إقصاء الأشخاص أو تعاملهم معاملة أقل من غيرهم (مختلفة) بسبب العِرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو نوع الجنس.

المساعدة التي يمكنك الحصول عليها

المساعدة المتعلقة بالإعاقة

يقدم برنامج TennCare للأشخاص ذوي الإعاقة تعديلات معقولة. التعديلات المعقولة هي طلبات معقولة لإجراء تغييرات على قاعدة أو سياسة أو ممارسة أو خدمة لمساعدة شخص لديه أحد الاحتياجات ذات الصلة بالإعاقة. يقدم برنامج TennCare أدوات مُساعِدة وخدمات مجانية للتواصل معك بفعالية. الأدوات المُساعِدة والخدمات هي أنواع من المساعدة تشمل:

- المترجمين الفوريين المؤهلين إلى لغة الإشارة، و
- المعلومات المكتوبة بأحرف كبيرة أو المقدمة في تنسيق صوتي أو إلكتروني يسهل الوصول إليه، أو من خلال قراءة الحروف أو طريقة برايل أو أي تنسيقات مُساعِدة أخرى.

المساعدة اللغوية

يقدم برنامج TennCare مساعدة لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الرئيسية ليست الإنجليزية مثل:

- المترجمين الفوريين المؤهلين و
- الترجمة التحريرية - المعلومات المكتوبة بلغات أخرى.

بمن تتصل

TennCare Connect

هل تحتاج إلى مساعدة مثل تقديم طلب إلى برنامج TennCare أو تجديد عضويتك في البرنامج، أو تحتاج إلى أدوات مُساعِدة وخدمات، أو مساعدة لغوية للتحدث مع TennCare؟ اتصل ببرنامج TennCare Connect على الرقم المجاني 855-259-0701.

مكتب الامتثال للحقوق المدنية في TennCare

- التعديلات المعقولة
  إذا كنت بحاجة إلى تعديلات معقولة، فاتصل بمكتب الامتثال للحقوق المدنية ("OCRC") في TennCare.
- التظلم/الشكوى
  إذا كنت تعتقد أن برنامج TennCare لم يقدم هذه الخدمات أو مارس التمييز على نحو آخر على أساس العِرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو نوع الجنس، فيمكنك تقديم تظلم/شكوى إلى مكتب الامتثال للحقوق المدنية في TennCare عن طريق:
  - البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov
  - البريد:
    310 Great Circle Road Floor 3W
    Nashville, TN 37243
  - عبر الإنترنت: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
  - الهاتف: 615-507-6474 (TRS 711).

إذا كنتَ بحاجةٍ إلى المساعدة في تقديم تظلم، فاتصل على TennCare Connect مجانًا من خلال الرقم 855-259-0701.

معلومات إضافية

يمكنك العثور على النماذج والسياسات ومعلومات إضافية عن الحقوق المدنية والمساعدة في الغذاء أو أشياء أخرى على الموقع الإلكتروني لمكتب الامتثال للحقوق المدنية في Tenncare:
https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html.

بإمكانك تقديم شكوى خاصة بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية:

عبر الإنترنت: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
البريد:
U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
الهاتف: 1-800-368-1019، (TDD) 800-537-7697

نماذج الشكاوى متاحة على http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

المحتويات

خطتك الصحية في برنامج CoverKids 3
خطة مزايا الصيدلية الخاصة بك 3
خطة الرعاية الصحية بأسنان الأطفال 3
الجزء 1: استخدام خطتك الصحية في برنامج CoverKids 4
بطاقة تعريف العضو الخاصة بك 5
شبكة مقدمي خدمات برنامج CoverKids 6
كيفية الحصول على مساعدة لغوية مجانية في زيارات الرعاية الصحية الخاصة بك 7
زيارات الأطباء 7
تغيير مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك 8
رعاية الصحة السلوكية (خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات) 9
مقدمو الخدمات الاختصاصيون 10
الحصول على الرعاية بالمستشفى 10
الجزء 2: الخدمات التي يتكفل بتكاليفها برنامج CoverKids 15
حزم المزايا 16
الرعاية بحدود 17
بدائل الخدمات 19
خدمات برنامج CoverKids الأخرى 19
الرعاية الوقائية - الرعاية التي تحافظ على صحتك 21
الحمل 21
الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحة لطفلك وابنك المراهق (ابنتك المراهقة) 23
قد تشمل الفحوص الدورية: 24
رعاية أسنان الأطفال 25
رعاية الإبصار للأطفال (للعيون) 25
الخدمات غير المشمولة بالتغطية 26
الجزء 3: كيف يعمل برنامج CoverKids لصالحك 28
ما تدفعه من أجل تلقي رعايتك الصحية - مساهمات المنتفع 29
الجزء 4: المساعدة في حال وجود مشاكل مع خطة CoverKids الخاصة بك 35
أنواع المشاكل وما يمكنك القيام به 36
الجزء 5: استئنافات CoverKids 43
استئنافات CoverKids 44
استئنافات الخدمات الطبية 44

الاستثنافات بشأن الأهلية 49
الجزء 6: حقوقك ومسؤولياتك كعضو في برنامج CoverKids 53
لديك الحق في: 54
يقع على عاتقك مسؤولية: 56
إشعار ممارسات الخصوصية 57
مسؤوليتك في الإبلاغ عن ممارسات الاحتيال وإساءة الاستخدام 64
الجزء 7: وثائق الرعاية الصحية التي قد تحتاجها 66
الجزء 8: معلومات إضافية 69
الجدول الزمني للتطعيم وفق برنامج CoverKids 70
تعريفات قانونية 87
مسرد المصطلحات 87

مرحبًا بك في برنامج CoverKids وخطتك الصحية، BlueCare Tennessee

هذا هو كتيب أعضاء برنامج CoverKids الخاص بك. يقدم هذا الكتيب إرشادات حول كيفية استخدام برنامج CoverKids للحصول على الرعاية الصحية. يوفر برنامج CoverKids تأمينًا صحيًا لبعض الأطفال دون سن 19 عامًا وبعض النساء الحوامل. برنامج CoverKids هو أحد البرامج التابعة لإدارة برنامج TennCare في ولاية تينيسي.

ملحوظة مهمة: لا يُسمح لأي شخص يحصل على مزايا برنامج CoverKids أن يكون لديه تأمينٌ آخر، بما في ذلك، برنامج Medicare.
إذا كان لديك تأمين صحي آخر أو حصلت على تأمين صحي آخر، فيُرجى الاتصال ببوابة TennCare Connect على الرقم: 855-259-0701، وطلب إنهاء برنامج CoverKids الخاص بك.

ما السبب وراء أهمية معرفة معلومات حول برنامج CoverKids الخاص بك؟
لأنها تساعدك في معرفة نوع المزايا الصحية التي يغطيها برنامج CoverKids. كما أنها تساعدك في معرفة ما إذا كنت ملزمًا بدفع مساهمات المنتفع مقابل الحصول على مزايا برنامج CoverKids. سنقدم لك مزيدًا من التفاصيل حول مزايا برنامج CoverKids الخاصة بك ومساهمات المنتفع لاحقًا في هذا الكتيب.

أرسل لك برنامج TennCare/CoverKids رسالة لإعلامك بأنك حصلت على تغطية برنامج CoverKids وما اليوم الذي بدأت فيه. إذا كانت لديك أسئلة أو مشاكل بشأن تواريخ برنامج CoverKids الخاص بك، فيمكنك الاتصال ببوابة TennCare Connect مجانًا على الرقم **855-259-0701.**

مهم: تنص قوانين الولاية على أنه يجب عليك إبلاغ برنامج CoverKids بأي تغييرات قد تؤثر على تغطيتك. **يجب** عليك الإبلاغ عن هذه التغييرات في غضون 10 أيام من تاريخ التغيير، ويجب عليك تزويد برنامج CoverKids بالدليل الذي يحتاجه لإجراء التغيير. عليك الاتصال أو إجراء التغييرات من خلال الإنترنت على بوابة TennCare Connect على الفور إذا:

- انتقلت**
- غيَّرت وظائفك
- تغيَّر عدد الأفراد في أسرتك
- تغيَّر دخلك
- حصلت على تأمين صحي جماعي

** في أي وقت تنتقل فيه إلى محلٍّ آخر، عليك إبلاغ برنامج CoverKids بعنوانك الجديد .
لماذا؟ يرسل لك برنامج TennCare/CoverKids معلومات مهمة حول تغطيتك في برنامج CoverKids

ومزاياه عبر البريد. إذا لم يكن لديهم عنوانك الحالي، **فقد تفقد** تغطية CoverKids الخاصة بك. عليك الاتصال ببوابة TennCare Connect على الرقم: **855-259-0701** لإخبارهم بعنوانك الجديد، أو يمكنك إجراء التغييرات عبر الإنترنت عن طريق إنشاء حساب مجاني على بوابة TennCare Connect على الرابط:
.tenncareconnect.tn.gov

خطتك الصحية في برنامج CoverKids

خطتك الصحية في برنامج CoverKids هي خطة BlueCare Tennessee التي تساعدك في الحصول **على الرعاية الصحية الجسدية أو السلوكية (خدمات علاج الصحة النفسية، وتعاطي الكحول والمواد المخدرة)**. للأسئلة حول الحصول على الرعاية الصحية الجسدية أو السلوكية، اتصل بنا على الرقم:
888-325-8386. المكالمة مجانية.

هل لديك أسئلة حول صحتك؟ هل تحتاج إلى معرفة تخصص الطبيب الذي يجب عليك زيارته؟ اتصل بخط مساعدة التمريض لدينا على الرقم: **800-262-2873.** المكالمة مجانية.

خطة مزايا الصيدلية الخاصة بك

لديك تغطية للوصفات الطبية من خلال برنامج CoverKids. خطة تغطية مزايا الصيدلية التابعة لبرنامج CoverKids تسمى **OptumRx**. ستتلقى بطاقة صيدلية منفصلة. إذا كنتَ بحاجةٍ إلى الحصول على وصفة طبية، فيمكنك الانتقال إلى الصيدلية واستخدام بطاقة تحديد هوية العضو من OptumRx.

قبل أن تذهب، تأكد من أنَّ الصيدلية التي تَصرف منها الدواء تقبل برنامج CoverKids. لمعرفة ذلك، انتقل إلى **أداة البحث عن صيدلية عبر الشبكة (Find a Network Pharmacy Tool)** على الموقع التالي:
welcome.optumrx.com/tenncare. أدخل المعلومات المطلوبة للعثور على صيدليات قريبة منك التي تقبل برنامج CoverKids. أو، يمكنك الاتصال بخدمات صيدلية CoverKids للحصول على المساعدة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع على الرقم: **844-568-2179.**

هل تحتاج إلى مزيد من المساعدة؟ هل لديك أسئلة حول بطاقتك؟ اتصل بقسم خدمات الصيدلية في برنامج CoverKids على الرقم **844-568-2179.**

تعرَّف على المزيد حول تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك في الجزء 1 والجزء 2.

خطة الرعاية الصحية بأسنان الأطفال

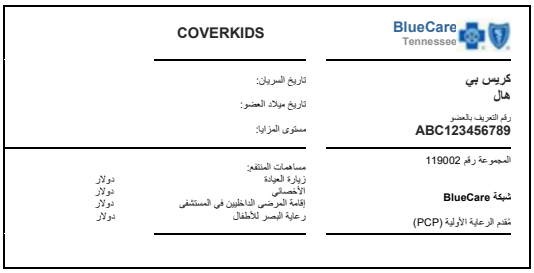
لا يغطي برنامج CoverKids سوى الرعاية الصحية الروتينية بأسنان الأطفال دون سن 19 عامًا. خطة رعاية الأسنان من CoverKids هي **Renaissance**. يمكنهم مساعدتك إذا كانت لديك أسئلة حول الرعاية الصحية بالأسنان. للعثور على طبيب أسنان في Renaissance، انتقل إلى tenncare.renaissancebenefits.com. ثم انقر فوق **البحث عن طبيب أسنان (Find a Dentist)**. أو يمكنك الاتصال بخطة Renaissance على الرقم **866-864-2526.**

ملاحظة: لا يغطي برنامج CoverKids أي رعاية صحية روتينية بالأسنان، بما في ذلك، جراحة الفم، إذا كان عمرك 19 عامًا فما فوق.

الجزء الأول: استخدام خطتك الصحية في برنامج CoverKids

بطاقة تعريف العضو الخاصة بك

كل عضو في برنامج CoverKids يحمل بطاقة عضو. هذا مثال يوضح ما ستبدو عليه بطاقتك:



إليك بعض الأشياء التي ستكون على بطاقتك:

- **اسم العضو** هو اسم الشخص الذي يمكنه استخدام هذه البطاقة.
- **رقم التعريف** هو الرقم الذي يخبرنا من أنت.
- **رقم المجموعة** هو الرقم الذي يُخبرنا أنك عضوٌ في برنامج CoverKids.
- **شبكات مقدمي الخدمات** هي مجموعة مختارة من الأطباء، والمستشفيات، ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يقبلون بطاقة CoverKids الخاصة بك.
- **مساهمات المنتفع** هي المبالغ التي تدفعها أنتَ مقابل كل خدمة رعاية صحية. لا تُطبَّق مساهمات المنتفع على جميع الأفراد.
- **مؤشر المزايا** هو نوع حزمة مزايا برنامج CoverKids التي تستفيد منها. حزمة مزاياك هي نوع الخدمات أو الرعاية المشمولة بتغطية برنامج CoverKids.

احمل بطاقتك معك في جميع الأوقات. ستحتاج إلى إظهارها عندما تذهب لرؤية طبيبك وعندما تذهب إلى المستشفى.

هذه البطاقة مخصصة لك وحدك. لا تسمح لأي شخص آخر باستخدام بطاقتك. في حالة ضياع بطاقتك أو سرقتها أو احتوائها على معلومات خاطئة، اتصل بنا على الرقم **888-325-8386** للحصول على بطاقة جديدة. المكالمة مجانية.

إذا كانت لديك أسئلة حول برنامج CoverKids، فيمكنك:

الإرسال لنا كتابةً:

خدمات أعضاء برنامج CoverKids

1 Cameron Hill Circle, Ste. 73

Chattanooga, TN 37402-0002

الاتصال بنا:

888-325-8386

شبكة مقدمي خدمات برنامج CoverKids

داخل شبكة التأمين

الأطباء والأفراد والأماكن الأخرى التي تعمل مع برنامج CoverKids يُطلَق عليهم اسم **شبكة مقدمي الخدمات**. جميع مقدمي خدمات برنامج CoverKids مدرجون في **دليل مقدمي الخدمات** الخاص بنا. يمكن العثور على دليل مقدمي الخدمات عبر الإنترنت في العنوان bluecare.bcbst.com. أو اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386** للحصول على قائمة. من المحتمل أن يكون بعض مقدمي الخدمة قد سجل اشتراكه أو انسحب بعد طباعة القائمة. ولكن دليل مقدمي الخدمات على الإنترنت يتم تحديثه أسبوعيًا. يمكنك أيضًا الاتصال بنا على الرقم: **888-325-8386** للتحقق مما إذا كان أحد مقدمي الخدمات داخل شبكتنا.

في بعض الأحيان لا يستطيع مقدم الرعاية المتابع لك أن يقدم لك الرعاية أو العلاج الذي تحتاجه بسبب معتقداته الشخصية. اتصل بنا على الرقم **888-325-8386.** يمكننا مساعدتك في العثور على طبيب يمكنه تقديم الرعاية أو العلاج الذي تحتاجه.

للعثور على أطباء يتحدثون لغات أخرى، يمكنك التحقق من دليل مقدمي الخدمات لبرنامج CoverKids على الإنترنت على الرابط التالي: bluecare.bcbst.com.

يجب أن تتوجه إلى الأطباء الذين يقبلون برنامج CoverKids حتى يمكن لبرنامج CoverKids دفع تكاليف رعايتك الصحية.

خارج الشبكة

الطبيب الذي لا ينتمي إلى شبكة مقدمي الخدمات ولا يقبل برنامج CoverKids يُعرف **بمقدم خدمة خارج الشبكة**. في معظم الأحيان، إذا ذهبت إلى طبيب خارج الشبكة، **لن يدفع برنامج CoverKids** مقابل الخدمة التي حصلت عليها.

لكن في بعض الأحيان، مثل الحالات الطارئة أو لرؤية أخصائيين، يدفع برنامج CoverKids مقابل خدمة أحد الأطباء من خارج الشبكة. ما لم تكن حالة طارئة، يجب عليك الحصول على **موافقة** على ذلك أولاً. توضح لك قسما **الاختصاصيون** و**حالات الطوارئ** المزيد من المعلومات عن الحالات التي يمكنك خلالها زيارة طبيب من خارج الشبكة.

ملحوظة مهمة: إذا كنت تتلقى رعايةً أو علاجًا بالفعل عندما بدأت تغطية برنامج CoverKids الخاصة بك، قد تكون قادرًا على الاستمرار في تلقي الرعاية من دون الحاجة إلى موافقة أو إحالة. اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386** لمعرفة الطريقة.

كيفية الحصول على مساعدة لغوية مجانية في زيارات الرعاية الصحية الخاصة بك

إذا لم تكن الإنجليزية لغتك الأولى، فيمكنك طلب مترجم فوري عند ذهابك لتلقي الرعاية. تُقدَّم لك هذه الخدمة مجانًا. **قبل موعدك، اتصل بنا أو بمقدم الخدمة** حتى تتمكن من الحصول على مساعدة فيما يتعلق بخدمات الترجمة.

يمكنك أيضًا التحقق من دليل مقدمي الخدمات لدينا للعثور على أطباء يتحدثون لغات أخرى على الإنترنت على الرابط التالي: **bluecare.bcbst.com**.

يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة مجانية للتواصل مع طبيبك مثل مترجم لغة الإشارة، أو كتابة الملاحظات، أو لوحة عمل. **قبل موعدك، اتصل بنا أو بمقدم الخدمة المتابع لحالتك** للحصول على هذه المساعدة.

زيارات الأطباء

مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك – الشخص الرئيسي الذي تتوجه إليه للحصول على رعايتك

يمكنك اختيار شخص رئيسي واحد لرعايتك الصحية. يمكن أن يكون طبيبًا أو ممارس تمريض أو مساعد طبيب. يُسمى هذا الشخص **مقدم الرعاية الأولية** المتابع لك أو **PCP.**

قد يُذكر في بعض الأحيان اسم مقدم الرعاية الأولية المتابع لك على وجه بطاقتك. ماذا لو لم يُكتَب على بطاقتك اسم مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك؟ اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386** للحصول على اسم مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك أو للتعرف على مقدمي رعاية أولية آخرين داخل شبكتنا. ماذا لو كنت ترغب في تغيير مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك؟

الصفحة التالية توضح لك طريقة القيام بذلك.

يحدد معظم مقدمي الرعاية الأولية ساعات عمل عادية لعياداتهم. لكن يمكن الاتصال بمقدم الرعاية الأولية المتابع لك في أي وقت. إذا اتصلت بعد ساعات العمل العادية، فسيتم إبلاغك بطريقة الوصول إلى الطبيب. إذا لم تتمكن من التحدّث مع شخص بعد ساعات العمل، فاتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.**

إذا كان مقدم الرعاية الأولية جديدًا بالنسبة لك، فيجب عليك التعرف عليه. احرص على إجراء اتصال لتحديد موعد مع مقدم الرعاية الأولية المتابع لك في أقرب وقت ممكن. تزداد أهمية هذا الأمر إذا كنت تحصل بالفعل على رعاية أو علاج من

طبيب آخر. فنحن نريد التأكد من استمرار حصولك على الرعاية التي تحتاجها. لكن حتى إذا شعرت بأن كل شيء يسير على ما يرام، يجب لك الاتصال بمقدم الرعاية الأولية المتابع لك لإجراء فحص طبي عام.

قبل الذهاب إلى موعدك الأول مع مقدم الرعاية الأولية المتابع لك:

1. اطلب من طبيبك السابق إرسال سجلاتك الطبية إلى مقدم الرعاية الأولية الذي سيتابع حالتك. لن تُحمَّل بأي تكلفة نظير ذلك؛ فهذه السجلات تعود إليك. تساعد هذه السجلات مقدم الرعاية الأولية المتابع لك في التعرف على حالتك الصحية.
2. اتصل بمقدم الرعاية الأولية لتحديد موعدك معه.
3. اجعل بطاقة CoverKids الخاصة بك جاهزة عند الاتصال.
4. قدم نفسك كعضو في برنامج CoverKids وقدم رقم الهوية الخاص بك في برنامج CoverKids.
5. دوّن تاريخ ووقت موعدك. إذا كنت مريضًا جديدًا، فقد يطلب منك مقدم الخدمة القدوم مبكرًا. سجّل الوقت الذي يطلب منك الحضور فيه.
6. اكتب قائمة بالأسئلة التي تريد طرحها على مقدم الرعاية الأولية المتابع لك. واذكر له أي مشاكل صحية لديك.

في يوم موعدك:

1. أَحضِر معك جميع أدويتك وقائمة الأسئلة التي جهزتها حتى يعرف مقدم الرعاية الأولية كيف يمكنه مساعدتك.
2. احرص على الحضور في الوقت المحدد لموعد لزيارتك. إذا لم تتمكن من الحضور إلى موعدك، فعليك الاتصال بمقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك لتحديد موعد جديد.
3. خذ بطاقة هوية CoverKids معك. سوف يأخذ مقدم الرعاية الأولية نسخة منها. إذا كان لديك أي تأمين آخر، فعليك أخذ بطاقة الهوية الخاصة بذلك التأمين معك أيضًا.
4. ادفع مساهمات المنتفع إذا كانت تنطبق عليك. يمكنك معرفة المزيد حول مساهمات المنتفع في الجزء 3 من هذا الكتيب.

سوف يقدم مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك **معظم** خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، يستطيع مقدم الرعاية الأولية المتابع لك اكتشاف المشكلات الصحية وعلاجها مبكرًا. سيكون لديه سجلاتك الطبية. ويمكنه أن يرى الصورة الكاملة لرعايتك الصحية؛ إذ إنه يتتبع جميع أشكال الرعاية التي تتلقاها.

تغيير مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك

هناك العديد من الأسباب التي قد تجعلك تحتاج إلى تغيير مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك. قد ترغب في رؤية مقدم رعاية أولية تكون عيادته أقرب إليك، أو قد يتوقف مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك عن العمل معنا. إذا لم تجد مقدم رعاية أولية جديد، سنساعدك في العثور على أحدهم، حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي رعايتك.

كيفية تغيير مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك:

1. ابحث عن مقدم رعاية أولية جديد في شبكة برنامج CoverKids. للعثور على مقدم رعاية أولية جديد، اطلع على دليل مقدمي الخدمات لدينا. أو يمكنك الاتصال بالإنترنت على bluecare.bcbst.com، أو الاتصال على الرقم: **888-325-8386.**
2. ثم اتصل بمقدم الرعاية الأولية الجديد للتأكد من أنه أو هي داخل شبكة مقدمي الخدمات لبرنامج CoverKids.

تأكد من طرح سؤال حول ما إذا كان يقبل مرضى جدد.

هل تحتاج إلى مساعدة في العثور على مقدم رعاية أولية جديد؟ اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.** سنعمل معك للعثور على مقدم رعاية أولية جديد يستقبل مرضى جدد.

هل طفلك المراهق جاهز للتحول إلى مقدم رعاية صحية للبالغين؟
يمكننا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية جديد وتخفيف بعض القلق حيال هذا التغيير.
يمكنك الاتصال بقسم الصحة السكانية على الرقم: **888-325-8386** للحصول على المساعدة.

رعاية الصحة السلوكية (خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات)

لا **يلزم** أن تراجع مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك قبل الحصول على خدمات الرعاية الصحية السلوكية. لكن ستحتاج إلى الحصول على الرعاية الصحية من شخص داخل شبكتنا. إذا كنت تتلقى الرعاية الآن، اسأل مقدم الخدمة إذا كان يقبل مرضى من برنامج CoverKids.

وكالة الصحة النفسية المجتمعية (CMHA) هي مكان يمكنك الذهاب إليه للحصول على خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات. معظم وكالات الصحة النفسية المجتمعية تقبل مرضى من برنامج CoverKids.

قبل زيارتك الأولى:

1. **اطلب** من طبيبك السابق إرسال سجلاتك إلى مقدم الرعاية الجديد الذي سيتابع حالتك. لن تُحمَّل بأي تكلفة نظير ذلك؛ وستساعد هذه السجلات مقدم الرعاية الجديد في فهم احتياجاتك.
2. **اجعل بطاقة CoverKids الخاصة بك جاهزة معك** عندما تتصل لتحديد موعد مع مقدم الخدمة الجديد.
3. قل إنك عضو في برنامج CoverKids وقدم **رقم الهوية الخاص بك في** برنامج CoverKids.
4. **دوِّن** تاريخ ووقت موعدك. إذا كنت مريضًا جديدًا، فقد يطلب منك مقدم الخدمة القدوم مبكرًا. سجِّل الوقت الذي يطلب منك الحضور فيه.
5. **أعد قائمة** بالأسئلة التي ترغب في طرحها على مقدم الخدمة الصحية. سجل أي مشاكل تواجهك.

في يوم موعدك:

1. **أَحضِر** معك جميع أدويتك وقائمة الأسئلة التي جهزتها حتى يعرف مقدم الخدمة **كيف يمكنه مساعدتك.**
2. **احرص على الحضور في الوقت المُحدّد** لموعد لزيارتك. إذا لم تستطع الحضور إلى موعدك، اتصل بمقدم الخدمة الصحية لتحديد موعد جديد.
3. **أحضر بطاقة تعريفك** في برنامج CoverKids معك. قد يأخذ مقدم الخدمة نسخة منها.
4. **ادفع** مساهمات المنتفع إذا كانت تنطبق عليك. يمكنك معرفة المزيد حول مساهمات المنتفع في الجزء 3 من هذا الكتيب.

إذا كنتَ بحاجةٍ إلى مساعدة في العثور على خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات، فاتصل بنا على الرقم **888-325-8386.** أو إذا كان لديك أسئلة حول خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات، فاتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.** المكالمة مجانية.

مقدمو الخدمات الاختصاصيون

الأخصائي هو طبيب يقدم الرعاية لمرض معين أو جزء من الجسم. من بين الأطباء المتخصصين اختصاصي القلب، وهو طبيب القلب. ومن الأطباء المتخصصين أيضًا اختصاصي الأورام، الذي يعالج السرطان. كما أن هناك أنواع كثيرة من الأطباء المتخصصين.

قد يُحيلك مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك إلى أخصائي لتلقي الرعاية. إذا لم يكن الأخصائي ضمن شبكة مقدمي الخدمة لدينا، فيجب على مقدم الخدمة المتابع لحالتك الحصول على موافقة منا أولاً. إذا كنت تدفع مساهمات المنتفع، ستظل قيمتها كما هي حتى لو كان الأخصائي من خارج الشبكة.

ليس عليكِ زيارة مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك أولاً للذهاب إلى طبيب مختص بصحة المرأة. يُطلق على الطبيب المختص بصحة المرأة اسم طبيب النساء والتوليد.
يجب أن يكون اختصاصي صحة المرأة ما يزال ضمن شبكتنا. يمكن العثور على مزيد من المعلومات حول رعاية صحة المرأة في الجزء 2 من هذا الكتيب.

وتذكر، **ليس عليك** رؤية مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك أولاً لرؤية أي أخصائي أو مقدم رعاية الصحة السلوكية لتلقي خدمات علاج اضطراب الصحة النفسية، أو تعاطي الكحول والمخدرات.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أخصائي، اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.**

الحصول على الرعاية بالمستشفى

إذا كنت بحاجة إلى رعاية في المستشفى، سيُرتِّب مقدم الخدمة أو مقدم الرعاية الصحية السلوكية المتابع لك من داخل شبكة مقدمي الخدمات تلك الرعاية من أجلك.

يجب أن تحصل على موافقة مقدم الخدمة المتابع لحالتك من داخل الشبكة للحصول على رعاية في المستشفى.
ما لم تكن الحالة طارئة، فإننا لن ندفع سوى تكاليف الرعاية في المستشفى إذا كان مَنْ أرسلك إلى المستشفى هو مقدم الخدمة المتابع لحالتك من داخل الشبكة.

حالات الطوارئ المرتبطة بالصحة الجسدية
احمل بطاقة برنامج CoverKids الخاصة بك دائمًا معك. في حالة الطوارئ، سيكون الأطباء على علم بأن لديك تأمين CoverKids. يمكنك الحصول على الرعاية الصحية الطارئة في أي وقت تحتاج إليها.

الحالات الطارئة هي الأوقات التي قد يكون فيها هناك خطر أو ضرر جسيم يهدِّد صحتك إذا لم تحصل على الرعاية الطبية فورًا. راجع الجزء 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل لحالة الطوارئ.

قد تكون الحالات الطارئة أمورًا مثل:

- ضيق التنفس، أو عدم القدرة على التحدث
- جرح كبير، أو كسر بالعظام أو حرق
- نزف لا يمكن إيقافه
- ألم شديد ومستمر بالصدر
- ألم شديد بالمعدة لا يتوقف
- نوبات تتسبّب في فقدان الوعي
- عدم إمكانية تحريك الساقين أو الذراعين
- عدم إمكانية إيقاظ الشخص
- جرعة زائدة من الدواء

هذه الحالات لا تندرج عادة تحت بند الطوارئ:

- التهاب الحلق
- نزلة برد أو إنفلونزا
- ألم في أسفل الظهر
- ألم في الأذن
- ألم في المعدة
- جروح صغيرة غير عميقة
- الإصابة بكدمة
- التهاب المفاصل
- صداع، ما لم يكن شديدًا وغير مألوف كأي صداع سبق وتعرضت له

إذا كنت تعتقد أن لديك حالة طارئة، اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ في المستشفى (ER). في حالات الطوارئ، يمكنك التوجه إلى مستشفى غير تابعة لشبكة مقدمي الخدمة لدينا. إذا لم يكن بإمكانك التوجه إلى غرفة الطوارئ (ER)، فاتصل بالرقم 911 أو خدمة الإسعاف المحلية.

إذا لم تكن متأكدًا أن الحالة التي تعاني منها هي حالة طوارئ، فاتصل بمقدم الرعاية الأولية المتابع لك. يمكن الاتصال بمقدم الرعاية الأولية المتابع لك في أي وقت. يستطيع مقدم الرعاية الأولية المتابع لك مساعدتك في الحصول على رعاية الطوارئ إذا احتجت إلى ذلك.

إذا كنت تحتاج إلى رعاية الطوارئ، فليس عليك الحصول على موافقة من أي أحد قبل الحصول على رعاية طوارئ.

بعد تلقي العلاج اللازم لحالة الطوارئ في غرفة الطوارئ (ER)، ستحصل أيضًا على الرعاية التي يقرر الطبيب أنها لازمة من أجل استقرار حالتك. وهذا ما يُسمّى برعاية ما بعد استقرار الحالة.

بعد الحصول على الرعاية الطارئة، عليك بإبلاغ مقدم الرعاية الأولية أو الأخصائي المتابع لحالتك. يحتاج مقدم الرعاية الأولية أو الأخصائي المتابع لحالتك إلى معرفة التفاصيل حول الحالة الطارئة لمساعدتك في رعاية المتابعة لاحقًا. حاول الاتصال بمقدم الرعاية الأولية أو الأخصائي المتابع لحالتك في غضون 24 ساعة من تلقي الرعاية الطارئة.

حالات طوارئ تتعلق بالصحة النفسية

يمكنك الحصول على المساعدة في أي حالة طوارئ متعلقة بالصحة النفسية أو تعاطي المخدرات في أي وقت حتى لو كنت بعيدًا عن المنزل. وليس عليك الحصول على موافقة من أي شخص قبل الحصول على رعاية طوارئ.

إذا كنت تعاني من حالة طوارئ متعلقة بالصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات، فاتصل بالرقم: 988 أو أرسل رسالة نصية على الرقم نفسه، أو تحدث مع الاختصاصيين على موقع 988lifeline.org. يمكنك أيضًا الذهاب إلى أقرب مركز للرعاية بدون حجز مسبق لأزمات الصحة النفسية (https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html) أو غرفة الطوارئ مباشرةً. ماذا لو لم تكن تعلم أين يقع أقرب مركز متنقل لعلاج الأزمات النفسية؟ اتصل بقسم **خدمات أزمات الصحة النفسية** على الرقم: **988** على الفور، مع العلم أن هذه المكالمات والرسائل النصية مجانية.

أو يمكنك الاتصال بمقدم الخدمة المتابع لحالتك؛ حيث يمكنه مساعدتك في الحصول على رعاية طارئة إذا كنت في حاجة إليها. يتكفل برنامج CoverKids بدفع تكاليف حالات الطوارئ المتعلقة باضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات حتى إذا كان الطبيب أو المستشفى خارج شبكة مقدمي الخدمة.

الحالات الطارئة هي الأوقات التي قد يكون فيها خطر أو ضرر جسيم يُهدّد صحتك **أو** صحة شخص آخر إذا لم تحصل على المساعدة فورًا. راجع الجزء 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل لحالة الطوارئ.

أمثلة على حالات الطوارئ:

- التخطيط لإيذاء نفسك
- التفكير في إيذاء شخص آخر

هذه الحالات لا تندرج عادة تحت بند الطوارئ:

- الحاجة إلى إعادة صرف وصفة طبية
- طلب المساعدة لتحديد موعد

إذا كنت تعاني من هذا النوع من الطوارئ:

- اتصل برقم 988 أو أرسل رسالة نصية على الرقم ذاته، أو تحدث مع الاختصاصيين عبر موقع 988lifeline.org
- توجّه إلى أقرب مركز متنقل لعلاج أزمات الصحة النفسية أو قسم الطوارئ في المستشفى فورًا.
- اتصل على رقم 911. هذه المكالمات مجانية.

الأطفال الأقل من 18 عامًا

إذا كان عمرك دون 18 عامًا، أو إذا كان طفلك دون عمر 18 عامًا ويواجه حالة طارئة في الصحة السلوكية (اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات):

- اتصل برقم 988 أو أرسل رسالة نصية على الرقم ذاته، أو تحدث مع الاختصاصيين عبر موقع 988lifeline.org
- توجّه إلى أقرب غرفة طوارئ
- أو اتصل على الرقم 911

للوصول إلى الوكالة مباشرةً:

- **منظمة Youth Villages**

(866) 791-9221 (شمال وسط ولاية تينيسي)
(866) 791-9222 (جنوب وسط ولاية تينيسي)
(866) 791-9227 (ريف غرب ولاية تينيسي)
(866) 791-9226 (منطقة ممفيس)

(866) 791-9224 (المنطقة الشرقية)
(866) 791-9225 (المنطقة الجنوبية الشرقية)

- **وكالة Mental Health Cooperative**
(615) 726-0125 (مقاطعة ديفيدسون)

- **منظمة Frontier Health**
(877) 928-9062 (الشرق الأعلى من ولاية تينيسي)

- **مركز McNabb Center**
(865) 539-2409 (شرق تينيسي)

توفر Youth Villages وFrontier Health وHelen Ross McNabb وMental Health Co-Operative خدمات التعامل مع أزمات الصحة النفسية على مستوى الولاية للأطفال الأقل من 18 عامًا. إذا ذهبت إلى غرفة الطوارئ، قد يأتي شخص من إحدى هذه الوكالات في منطقتك للمساعدة في تقييم احتياجات طفلك للرعاية.

إذا كنت تواجه مشكلات في الاتصال بشخص على الرقم المدرج لمنطقتك، فاتصل بالرقم: **888-325-8386.** وسنسعد بمساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 911. وهذه المكالمات مجانية.
احمل بطاقة برنامج CoverKids الخاصة بك دائمًا معك. في حالة الطوارئ، سيكون الأطباء على علم بأن لديك تأمين CoverKids.

بعد أن تتلقى علاجك في غرفة الطوارئ للحالة الطارئة التي أصابتك، ستحصل أيضًا على الرعاية التي يُقرّر الطبيب إنك بحاجة إليها لإبقاء حالتك مستقرة. وهذا ما يُسمى برعاية ما بعد استقرار الحالة.

بعد أن تحصل على الرعاية الطارئة، أبلغ مقدم الخدمة المتابع لحالتك بذلك. يحتاج مقدم الخدمة المتابع لحالتك إلى معرفة تفاصيل حول الحالة الطارئة لمساعدتك في رعاية المتابعة لاحقًا. **حاول الاتصال بمقدم الخدمة الصحية المتابع لحالتك في غضون 24 ساعة من تلقي الرعاية الطارئة.**

رعاية الطوارئ بعيدًا عن منزلك

تتم رعاية الطوارئ بعيدًا عن المنزل تمامًا كما لو كنت في المنزل. **في حالة الطوارئ**، يمكنك الذهاب إلى مستشفى خارج الشبكة. اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو اتصل برقم الطوارئ 911. إذا كنت تعاني من حالة طارئة متعلقة بالصحة النفسية أو تعاطي الكحول أو المخدرات، فيمكنك الاتصال على الرقم 988 أو إرسال رسالة نصية على هذا الرقم، أو التحدث مع أحد الاختصاصيين على الموقع التالي: 988lifeline.org. ما يزال عليك الاتصال بمقدم الخدمة المتابع لحالتك وبرنامج CoverKids في غضون 24 ساعة من تلقي الرعاية الطارئة خارج المنزل.

أظهر بطاقة CoverKids الخاصة بك عند الحصول على الرعاية الطارئة. اطلب من قسم الطوارئ إرسال الفاتورة إلى برنامج CoverKids. وإذا رفض قسم الطوارئ، اسأله ما إذا كان سيُرسل الفاتورة إليك في المنزل. أو إذا كان عليك دفع تكلفة الرعاية، احصل على إيصال.

عندما تعود إلى المنزل، اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386**، وأخبرنا أنك اضطررت لدفع تكلفة الرعاية الصحية أو أن لديك فاتورة بتلك التكلفة. سنتعاون معك ومع مقدم الخدمة لتقديم مطالبة نظير رعايتك.

ملحوظة مهمة: لن يتحمّل برنامج CoverKids إلا تكلفة خدمات الرعاية الطارئة خارج المنزل والتي تقدَّم داخل حدود الولايات المتحدة. لا يمكننا دفع مقابل الرعاية خارج البلد.

الجزء الثاني: الخدمات التي يتكفل بتكاليفها برنامج CoverKids

يمكنك العثور على قائمة بخدمات برنامج CoverKids في الصفحات التالية. بعض الخدمات تخضع لحدود. هذا يعني أن برنامج CoverKids لن يدفع سوى مبلغًا محددًا من تكلفة تلك الرعاية. الخدمات المُدرجة باعتبارها **ضرورية من الناحية الطبية** تعني أنه يمكنك الحصول على تلك الخدمات إذا كان الطبيب الخاص بك، وخطتك الصحية، وبرنامج CoverKids جميعهم متفقين على أنك بحاجة إلى هذه الخدمات.

إذا كانت لديك أسئلة حول ما هي خدمات الصحة الجسدية أو الصحة السلوكية التي ستُقدَّم لك، فاتصل بنا على الرقم: **.888-325-8386**

مزايا برنامج CoverKids

يجب أن تكون جميع الخدمات التي يغطيها برنامج CoverKids ضرورية من الناحية الطبية، كما هو معرَّف في قواعد برنامج CoverKids. تعريف الضرورة الطبية يَرِد في الجزء 8 من هذا الكتيب. للحصول على مزيدٍ من المعلومات حول الخدمات المشمولة بالتغطية بحدود، يُرجى الرجوع إلى "الرعاية بحدود" ابتداءً من الصفحة 20.

مزايا برنامج CoverKids

خدمات برنامج CoverKids	مشمولة بالتغطية/غير مشمولة بالتغطية
خدمات المعالجة اليدوية	مشمولة بالتغطية بحدود غير مشمولة بالتغطية بالنسبة إلى النساء الحوامل في سن 19 عامًا فما فوق
خدمات العيادات وغيرها من خدمات الرعاية الصحية المتنقلة	مشمولة بالتغطية
خدمات رعاية الأسنان	مشمولة بالتغطية بحدود غير مشمولة بالتغطية بالنسبة إلى النساء الحوامل في سن 19 عامًا فما فوق
اللوازم الطبية المتاحة للاستعمال مرة واحدة فقط	مشمولة بالتغطية
الأجهزة الطبية المُعمِّرة (DME)	مشمولة بالتغطية بحدود
خدمات الإسعاف الجوي والبري في حالات الطوارئ	مشمولة بالتغطية
رعاية الحالات الطارئة	مشمولة بالتغطية
خدمات الصحة المنزلية	مشمولة بالتغطية بحدود
رعاية المسنين (يجب أن يتم توفيرها بواسطة دار رعاية مسنين معتمدة من قِبل Medicare)	مشمولة بالتغطية
خدمات المستشفى للمرضى المُقيمين، بما في ذلك خدمات التأهيل في المستشفى	مشمولة بالتغطية
خدمات علاج الصحة النفسية وتعاطي المخدرات للمرضى المقيمين داخل المستشفيات ودور الإيواء	مشمولة بالتغطية
الخدمات المختبرية وخدمات الأشعة السينية	مشمولة بالتغطية

خدمات العلاج المهني	مشمولة بالتغطية بحدود
خدمات علاج الصحة النفسية وتعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين	مشمولة بالتغطية
خدمات المرضى الخارجيين	مشمولة بالتغطية
خدمات العلاج الطبيعي	مشمولة بالتغطية بحدود
خدمات الأطباء	مشمولة بالتغطية
الرعاية قبل الولادة وخدمات الأسرة قبل الحمل والإمدادات الخاصة بذلك	مشمولة بالتغطية
الأدوية المقررة بوصفات طبية	مشمولة بالتغطية
تقييمات الصحة الروتينية والتحصينات	مشمولة بالتغطية
خدمات دار تمريض ماهر	مشمولة بالتغطية بحدود
خدمات معالجة اضطرابات التخاطب	مشمولة بالتغطية بحدود
خدمات الجراحة	مشمولة بالتغطية
خدمات الإبصار	مشمولة بالتغطية بحدود غير مشمولة بالتغطية بالنسبة إلى النساء الحوامل في سن 19 عامًا فما فوق

الرعاية بحدود

المزايا مشمولة بالتغطية حسبما يكون ضروريًا من الناحية الطبية. ولكن بعض مزايا برنامج CoverKids تخضع لحدود. هذه الأنواع من الرعاية لها حدود:

1. **خدمات المعالجة اليدوية**
2. **الأجهزة الطبية المعمرة**
3. **خدمات الصحة المنزلية**
4. **العلاج المهني**
5. **العلاج الطبيعي**
6. **دار التمريض الماهر**
7. **معالجة اضطرابات التخاطب**
8. **خدمات الإبصار**

1. **خدمات المعالجة اليدوية**

الزيارات الروتينية غير مشمولة بالتغطية في حالة عدم حدوث تطور في الحالة، أو كان من المتوقع حدوث تطور.

2. الأجهزة الطبية المعمرة

الأجهزة الطبية المُعمرة (DME) هي أي معدات تقدم فوائد علاجية بسبب حالات طبية أو أمراض معينة. بعض خدمات الأجهزة الطبية المُعمرة تحتاج إلى إذن مسبق (موافقة).

هناك **حد** للمبلغ الذي سيغطيه برنامج CoverKids للأجهزة الطبية المُعمّرة. يُطلق عليه الحد الأقصى المسموح به للرسوم، وهو تكلفة شراء الأجهزة الطبية المُعمّرة. الحد يعتمد على نوع الأجهزة الطبية المُعمّرة التي تحتاجها. ماذا لو أجرَّت نفس نوع المعدات من مقدمي خدمات أجهزة طبية مُعمّرة متعددين، و**كانت تكلفة الإيجار الإجمالية أكبر من** تكلفة شراء المعدات؟ ستكون مسؤولاً عن المبلغ الذي يتجاوز ما سيغطيه برنامج CoverKids (الحد الأقصى المسموح به للرسوم).

تقتصر سماعات الأذن على سماعة واحدة لكل أذن في كل سنة تقويمية حتى سن 5 أعوام، ثم سماعة واحدة لكل أذن كل عامين بعد ذلك.

3. خدمات الصحة المنزلية

هناك نوعان من الرعاية الصحية المنزلية: رعاية التمريض في المنزل ورعاية مساعد المرضى في المنزل. الخدمات يمكن أن تكون بدوامٍ جزئي أو متقطعة خلال فترة زمنية معينة. لا تفرض حدود إلا على خدمات التمريض في المنزل. لا يزيد عدد مرات هذه الخدمات عن 125 زيارة في السنة التقويمية للرعاية التي يقدمها أو يشرف عليها ممرض(ة) مسجل(ة).

4. العلاج المهني

يشتمل العلاج المهني على العلاج المناسب والضروري من الناحية الطبية، والذي يساعد الأشخاص الذين يعانون من مشكلات صحية جسدية أو سلوكية على تعلم كيفية أداء أنشطة الحياة اليومية نتيجة لمرض أو إصابة. لا يزيد عدد مرات هذه الخدمات عن 52 زيارة في السنة التقويمية.

5. العلاج الطبيعي

يشتمل العلاج الطبيعي على العلاج المناسب والضروري من الناحية الطبية لمرض أو إصابة في العضلات أو المفاصل. لا يزيد عدد مرات هذه الخدمات عن 52 زيارة في السنة التقويمية.

6. دار التمريض الماهر

تشتمل دار التمريض الماهر على تقديم رعاية مناسبة وضرورية من الناحية الطبية للمرضى المقيمين وتُقدَّم إلى الأعضاء الذين يحتاجون إلى رعاية طبية، أو تأهيلية، أو رعاية تمريض في مكان يهدف إلى التعافي. لا يزيد معدل الخدمات المقدمة عن 100 يوم في السنة التقويمية بعد قبول الإقامة في المستشفى.

7. معالجة اضطرابات التخاطب

معالجة اضطرابات التخاطب من جانب معالج أمراض تخاطب مرخَّص له مشمولة في التغطية لاستعادة القدرة على الكلام بعد فقدان القدرة على الكلام أو حدوث إعاقة، ولبدء الكلام بسبب التأخير في النمو (طالما كان هناك تقدم مستمر). يجب أن لا يكون فقدان القدرة على الكلام أو حدوث إعاقة في النطق ناتجًا عن اضطراب نفسي، أو اضطراب نفسي عصبي، أو اضطراب في الشخصية. لا يزيد عدد مرات هذه الخدمات عن 52 زيارة في السنة التقويمية.

8. خدمات الإبصار

بالنسبة للأطفال دون سن 19 عامًا، تقتصر خدمات الإبصار على فحص نظر واحد (بما في ذلك فحص الانكسار واختبار الماء الأزرق (الغلوكوما)) في السنة التقويمية، وطقم من العدسات (بما في ذلك العدسات ثنائية البؤرة والعدسات ثلاثية البؤرة، وما إلى ذلك) في السنة التقويمية، وإطار نظارات واحد كل سنتين تقويمَيتين.

بالنسبة للنساء الحوامل في سن 19 عامًا فما فوق، تقتصر خدمات الإبصار على التقييم الطبي وإدارة الحالات غير الطبيعية واضطرابات العين.

هل استخدمت جميع مزاياك؟ يمكننا تقديم اقتراحات وخيارات للاستمرار في الرعاية. يمكنك الاتصال بقسم الصحة السكانية على الرقم: **888-325-8386** للحصول على المساعدة.

بدائل الخدمات

تقدم BlueCare Tennessee خدمات مُعيّنة تُعدّ بدائل مناسبة طبيًا وموفرة للتكلفة للخدمات التي يغطيها برنامج CoverKids. وتُسمّى هذه "بدائل الخدمات". تقدم BlueCare Tennessee بدائل الخدمات التالية:

- أساور ضغط الدم للنساء الحوامل أو بعد الولادة

مثل الخدمات الأخرى، يتم تغطية بدائل الخدمات عندما تكون مناسبة طبيًا لك بناءً على حالتك الصحية. لمزيدٍ من المعلومات حول بدائل الخدمات، يمكنك الاتصال على BlueCare Tennessee.

خدمات برنامج CoverKids الأخرى

لا يغطي برنامج TennCare بعض الخدمات **إلا في حالات خاصة**. هذه خدمات مثل:

1. **صحة السكان**
2. **العناية في مأوى رعاية المحتضَرين**
3. **التعقيم**
4. **الإجهاض**
5. **استئصال الرحم**

المزيد حول هذه الخدمات موضح أدناه.

1. صحة السكان

تزودك خدمات صحة السكان بمعلومات عن كيفية التمتع بصحة جيدة. إذا كنت تعاني من مرض مزمن أو احتياجات صحية غير ملباة، فإن خدمات إدارة صحة السكان يمكن أن تساعدك في أمور مثل:

- فهم مرضك وطريقة التحسن
- مساعدتك أنت أو طفلك في العثور على طبيب رعاية أولية والوصول إلى مواعيدك

- إعداد خطة للرعاية بناءً على المشورة المقدمة من طبيبك أو طبيب طفلك بخصوص الاحتياجات الصحية الطبية والسلوكية
- مشاركتك أنت وطفلك لتنسيق الرعاية مع جميع مقدمي الرعاية الصحية المتابعين لك
- التمتع بحمل صحي وولادة صحية.
- المساعدة في الحصول على الأدوية المقررة في الوصفات الطبية
- المساعدة في إبعادك أنت أو طفلك عن المستشفى من خلال الحصول على الرعاية في المجتمع
- تحديد المنظمات المجتمعية التي يمكنها تقديم الدعم غير الطبي والموارد غير الطبية لتحسين صحتكِ ورفاهيتكِ أو صحة ورفاهية طفلكِ
- مساعدتك في تغيير نمط حياتك مثل الإقلاع عن التدخين أو التحكم في وزنك
- المساعدة في شرح المعلومات الصحية المهمة لك أو لأطبائك

تُقدَّم خدمات صحة السكان سواءً كنت في حالة صحية جيدة أو تعاني من مشكلة صحية مستمرة أو نوبة صحية حادة. تُقدَّم خدمات صحة السكان إليك بحسب المخاطر الصحية والحاجة إلى الخدمة.

يمكن أن توفر صحة السكان لك مدير رعاية. مدير الرعاية يستطيع المساعدة في الحصول على كل أنواع الرعاية التي تحتاج إليها. يمكنك الحصول على مدير رعاية إذا كنت:

- تذهب إلى غرفة الطوارئ كثيرًا، أو إذا كان يجب الذهاب إلى المستشفى كثيرًا، أو
- تحتاج إلى رعاية صحية قبل عملية زرع أعضاء أو بعدها، أو
- تزور أطباء كُثر مختلفين لمشكلات صحية مختلفة، أو
- تعاني من مرض مستمر لا تعلم طريقة التعامل معه.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على موارد ووضع خطة رعاية لمساعدة طفلك الذي من ذوي الإعاقات أو الذي لديه احتياجات صحية سلوكية، بما في ذلك، المرض النفسي الشديد والمستمر (SPMI)
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على موارد لتحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية.

للتحقق من إمكانية الحصول على مدير رعاية، أو إذا كنت ترغب في المشاركة في خدمات صحة السكان، يمكنك (أو يمكن لشخص بالنيابة عنك) الاتصال على الرقم **888-325-8386.**

2. العناية في مأوى رعاية المحتضَرين

رعاية المسنين هي نوع من الرعاية الطبية للأفراد المرضى المحتضرين. يجب عليك الاستعانة بأحد مقدمي خدمات مأوى رعاية المحتضرين في شبكتنا. للحصول على مساعدة بشأن العناية في مأوى رعاية المحتضرين، اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.**

3. التعقيم

التعقيم هو العلاج الطبي أو الجراحة التي تجعلك غير قادر على إنجاب أطفال. وللحصول على هذا العلاج، يجب أن تكون:

- شخصًا بالغًا بعمر 21 عامًا أو أكبر.
- مستقرًا نفسيًا وقادرًا على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتك.
- غير مقيم في مؤسسة نفسية أو في سجن.

املأ المستندات لتمنح الموافقة على العلاج. وتُسمى هذه الورقة استمارة موافقة على التعقيم. يمكنك الاتصال بنا على الرقم: **888-325-8386** للحصول على هذه الورقة.
يجب عليك ملء الورقة قبل إجراء العلاج بمدة 30 يومًا على الأقل. ولكن في حالة الطوارئ مثل الولادة المبكرة أو الجراحة في البطن، يمكنك ملء الورقة قبل إجراء العلاج بمدة 72 ساعة على الأقل.

4. الإجهاض

قد لا تتم تغطية تكلفة الإجهاض إلا في حالات محدودة، مثل إذا كنتِ تعانين من مرض جسدي قد يُسبِّب لك الوفاة إذا لم تخضعي لعملية إجهاض.
يجب أن يملأ طبيبك نموذج يُسمى شهادة الضرورة الطبية للإجهاض.

5. استئصال الرحم

استئصال الرحم هي جراحة طبية تزيل الأعضاء التناسلية. يمكن التغطية التأمينية لعملية استئصال الرحم عند وجوب إجرائها لعلاج مشكلات صحية أخرى. بعد عملية استئصال الرحم، لن تُصبحي قادرة على إنجاب أطفال. ولكن، لن يدفع برنامج CoverKids مقابل هذا العلاج إذا كان السبب وراء خضوعك له هو مجرد رغبتك في عدم إنجاب الأطفال. لن يدفع برنامج CoverKids مقابل هذا العلاج إلا إذا كان لسبب مشمول بالتغطية وضروري من الناحية الطبية.

يجب أن يتم إخبارك كتابةً وشفهيًّا بأن إجراء عملية استئصال الرحم يعني أنك لن تُصبحي قادرة على إنجاب الأطفال. يتعين عليكِ التوقيع على ورقة تُسمى نموذج "الإقرار بإجراء عملية استئصال الرحم".

الرعاية الوقائية - الرعاية التي تحافظ على صحتك

برنامج CoverKids يغطي الرعاية الوقائية للأطفال والنساء اللاتي ينتظرن طفلاً. **الرعاية الوقائية** تساعد في الحفاظ على صحتك وتكتشف المشكلات الصحية في وقت مبكر بحيث يمكن علاجها.

ملاحظة: لن تتحمل مساهمات المنتفع مقابل حصولك على الرعاية الوقائية.

بعض خدمات الرعاية الوقائية تشمل:

- الفحوص الدورية للأطفال
- الرعاية للنساء اللواتي ينتظرن مولودًا
- رعاية صحة الأطفال
- التطعيمات والاختبارات
- معلومات عن تحديد النسل

الحمل

إذا كنتِ حاملاً، فإن المتابعة مع الطبيب يمكن أن تساعدك في إنجاب طفل يتمتع بصحة أفضل. الرعاية قبل ولادة الطفل تُعرف **برعاية ما قبل الولادة**. لن تتحملي **مساهمات المنتفع** عندما تكونين حاملاً.

يمكنك الحصول على هذا النوع من الرعاية من مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك، أو من أخصائي. ويُطلق على هذا الأخصائي اسم **طبيب أمراض النساء والتوليد.**

ليس عليكِ زيارة مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك أولاً للذهاب إلى طبيب أمراض النساء والتوليد. ولكن يجب أن يكون طبيب أمراض النساء والتوليد ضمن دليل مقدمي الخدمات الخاص بنا حتى يغطي برنامج CoverKids تكاليف الخدمات.

إذا كنت حاملاً لفترة تزيد **عن ثلاثة أشهر** وكنت قد راجعت بالفعل طبيب أمراض النساء والتوليد عندما حصلت على تغطيتك التأمينية في برنامج CoverKids، فما يزال بإمكانك المتابعة مع ذلك الطبيب لتلقي رعايتك. ومع ذلك، يجب أن يوافق الطبيب على المبلغ الذي يدفعه برنامج CoverKids. اتصلي بنا على الرقم **888-325-8386** لمعرفة ما إذا كان لا يزال بإمكانكِ زيارة هذا الطبيب. قد نطلب منكِ التغيير إلى طبيب نساء وولادة آخر موجود في دليل مقدمي الخدمات إذا كان التغيير لا يؤثر على سلامتكِ.

عليكِ الذهاب إلى **جميع** زيارات طبيب أمراض النساء والتوليد حتى لو كنتِ تشعرين بأنك بحالة جيدة. سيبلغك طبيبكِ بمواعيد الفحوص الطبية الشاملة وعددها طوال مدة الحمل. بعد زيارتك الأولى، قد تذهبي إلى طبيبك **كل 4 أسابيع**. ثم بعد 7 أشهر، قد تذهبي إلى طبيبك كل **أسبوعين أو 3 أسابيع.** عندما يقترب وقت ولادة طفلك، قد تذهبي إلى طبيبك كل أسبوع.

إذا كنتِ تخططين للإرضاع الطبيعي أو ضخ الحليب لطفلكِ، فيمكنكِ زيارة استشاري رضاعة للحصول على المساعدة في أثناء فترة الحمل وبعدها.

اتّبعي التعليمات التي يقدمها لك الطبيب للعناية بك وبطفلك. تذكري تناول الفيتامينات التي ينصحك بها الطبيب. **لا تدخني ولا تشربي الكحول في أثناء فترة الحمل.**

إذا وصف الطبيب لكِ دواءً خلال فترة حملكِ، **فليس** عليكِ دفع تكلفة مساهمات المنتفع للمشاركة في تكلفة شرائه من الصيدلية. ولكن، يجب أن تخبري الصيدلي بأنك حامل حتى لا يحصّل منك مبلغ مساهمة منتفع.

بعد ولادة طفلك

تحتاجين أنتِ وطفلكِ إلى رعاية متابعة! تُسمّى رعاية الأم بعد الولادة "رعاية ما بعد الولادة". تأكدي من تحديد مواعيد متابعة مع طبيبك حتى يتمكن من التحقق من أن حالتك جيدة بعد الولادة. يجب أن تزوري طبيبك مرتين في الأشهر الثلاثة الأولى بعد ولادة طفلك. إذا كانت هناك مضاعفات أو مشاكل، قد يرغب الطبيب في فحص حالتك بشكل أكثر تكرارًا. إن صحتكِ الجسدية والنفسية مهمة. تحدثي إلى طبيبكِ إذا كنتِ تشعرين بالحزن وتبكين كثيرًا ولا تعرفي سبب ذلك، أو إذا شعرتِ بأن كل الأمور بائسة ويائسة.

قد تحتاج بعض النساء إلى زيارة طبيبهن الاعتيادي (PCP)، أو اختصاصي في الأسابيع والأشهر التي تلي الولادة للعناية بأشياء مثل ارتفاع نسبة السكر في الدم أو ارتفاع ضغط الدم.

قد تكون الرضاعة الطبيعية صعبة. ويمكنكِ أنتِ وطفلكِ زيارة أخصائي رضاعة للحصول على المساعدة. اتصلي بالمسؤولين عن خطة **BlueCare Tennessee** إذا كنتِ بحاجةٍ إلى مساعدة في العثور على اختصاصي رضاعة بالقرب منكِ.

يحتاج طفلك إلى فحص دوري مع طبيب (طبيب رعاية أولية) بعد بضعة أسابيع من الولادة. سيغطي برنامج TennCare طفلكِ عند ولادته. لا تنسي إخبارنا بولادة طفلكِ. تُسمّى الرعاية بعد ولادة طفلكِ **الرعاية التالية للولادة.** تشمل الرعاية بعد الولادة عمليات الختان التي يجريها أطباء وفحوص الأشعة للمواليد.

يجب عليكِ العثور على مقدم رعاية أولية لطفلكِ، ومن الأفضل اختيار مقدم رعاية أولية لطفلكِ **قبل** ولادته. يجب أن يكون طبيب الطفل ضمن دليل مقدمي الخدمات من أجل دفع برنامج TennCare مقابل خدمات الرعاية الصحية له.
اتصلي بالطبيب في وقت مبكر لتحديد موعد الفحص الدوري لطفلكِ.

يمكن للأطفال دون سن الثانية الحصول على ما يصل إلى 100 حفاضة شهريًا من صيدليات معينة. توجد قائمة بالصيدليات المشاركة على الموقع الإلكتروني لبرنامج TennCare.

إليك كيفية التأكد من تسجيل طفلك في برنامج CoverKids أو TennCare

- بعد ولادة طفلك، سيقدم لك المستشفى ورقًا للحصول على رقم ضمان اجتماعي لطفلك. **املئي هذه الأوراق وأرسليها بالبريد إلى مكتب الضمان الاجتماعي.**

أخبري CoverKids عن طفلك في أقرب وقت ممكن. اتصلي ببرنامج TennCare Connect على الرقم **855-259-0701.** أخبريهم أنك قد قمت بملء الأوراق للحصول على رقم الضمان الاجتماعي للطفل.

- عندما تحصلين على بطاقة الضمان الاجتماعي لطفلك في البريد، تأكدي من إبلاغنا. إذا كان طفلك يتلقى تغطية برنامج TennCare أو CoverKids، اتصلي بالرقم **855-259-0701.** قدمي لهم رقم الضمان الاجتماعي لطفلك.

من المهم القيام بهذه الأمور في أقرب وقت ممكن بعد ولادة طفلك.

الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحة لطفلك وابنك المراهق (ابنتك المراهقة)

تسجيل الحضور، فحص الصحة، والعودة للفحص!
يسعى برنامج CoverKids جاهدًا للحفاظ على صحة الأطفال. **يحتاج** طفلك وابنك المراهق إلى فحوصاتٍ صحيةٍ دورية معتادة، حتى لو **بدا** أنهم بصحة جيدة. تساعد هذه الزيارات الطبيب **في اكتشاف المشكلات وعلاجها في وقتٍ مبكر.**

في برنامج CoverKids، تكون الفحوص الدورية للأطفال مجانية.

يغطي برنامج CoverKids أيضًا تكاليف الرعاية الضرورية من الناحية الطبية والأدوية اللازمة لعلاج المشكلات المكتشفة خلال الفحص الدوري. يشمل ذلك الرعاية الطبية، والرعاية بالأسنان، والتخاطب، والسمع، والإبصار، والمشكلات السلوكية (مشكلات اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات).

إذا لم يخضع طفلك لفحص دوري مؤخرًا، اتصلي اليوم بمقدم الرعاية الأولية المتابع لحالة طفلك لتحديد موعد. اطلبي إجراء فحص صحي دوري معتاد. يمكنك الذهاب إلى مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالة طفلك أو إلى دائرة الصحة للحصول على الفحوص الدورية.

وإذا كان شخص آخر، مثل معلم طفلك، قلقًا بشأن صحة طفلك، يمكنك الحصول على فحص دوري لطفلك.

قد تشمل الفحوص الدورية:

- التاريخ الصحي
- فحص بدني كامل
- الاختبارات المعملية (المطلوبة)
- التحصينات (التطعيمات)
- فحوص النظر/السمع
- فحوص النمو والفحوص السلوكية (المطلوبة)
- تقديم نصائح حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك

إذا وجد مقدم الرعاية الأولية لطفلك (طبيب الأطفال) أي شيء خاطئ، يوفر برنامج CoverKids أيضًا لطفلك العلاج الطبي، وعلاج الأسنان، واضطرابات التخاطب، والسمع، والإبصار، والمشكلات السلوكية (اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات) الذي يحتاجه.

يجب على الأطفال أن يذهبوا إلى الطبيب لإجراء فحوص دورية حتى لو لم يكونوا مرضى. يتعين عليهم إجراء فحوصات دورية في هذه الأعمار:

- عند الولادة
- العمر 3-5 أيام
- شهر واحد
- شهران
- 4 أشهر
- 6 أشهر
- 9 أشهر
- 12 شهرًا
- 15 شهرًا
- 18 شهرًا
- 24 شهرًا
- 30 شهرًا
- ثم كل سنة حتى عمر 21 عامًا

حُقن التطعيم التي يحتاج إليها الأطفال للتعافي من المرض، هي لأمراض:

- الدفتريا
- التيتانوس
- السعال الديكي
- شلل الأطفال
- الحصبة
- التهاب الغدة النكافية
- الحصبة (التطعيم الثلاثي)
- المستدمية النزلية من النوع ب
- الأنفلونزا
- التهاب الكبد أ وب
- الجدري
- المكورات الرئوية
- فيروس روتا
- فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)
- التهاب السحايا

انظر إلى جدول اللقاحات المدرج في الجزء 8 من هذا الكتيب. يُسمى جدول التطعيمات للأطفال والمراهقين. سيساعدك في معرفة المواعيد التي يجب أن يتلقى فيها طفلك لقاحاته.

أو يمكنك أن تسأل مقدم الرعاية الأولية لطفلك متى يجب أن يحصل طفلك على لقاحاته.

رعاية أسنان الأطفال

إذا كنتَ طفلاً تحت سن 19، فإن لديك أيضاً خطة لرعاية أسنانك تُسمّى **Renaissance**. يمكنهم مساعدتك إذا كانت لديك أسئلة حول الرعاية الصحية بالأسنان. للعثور على طبيب أسنان في خطة Renaissance، انتقل إلى www.tenncare.renaissancebenefits.com. ثم انقر فوق **البحث عن طبيب أسنان (Find a Dentist)**. أو يمكنك الاتصال بخطة Renaissance على الرقم **866-864-2526.**

أسنان الأطفال تحتاج إلى رعاية خاصة. يجب على الأطفال إجراء فحص دوري وتنظيف للأسنان كل ستة أشهر. يجب على الأطفال أن يبدأوا بزيارة طبيب الأسنان عندما تظهر أول سن في الفم، أو على الأكثر في أول عيد ميلاد لهم.

سيدفع برنامج CoverKids تكاليف الرعاية الأخرى بالأسنان إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. لا يغطي البرنامج تقويم الأسنان **إلا** إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية.

ليس عليك زيارة مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك قبل أن تذهب إلى طبيب الأسنان. لكن ستحتاج إلى الذهاب إلى طبيب أسنان يتعامل مع خطة Renaissance.

لا تُقدَّم هذه الرعاية الطبية للأسنان إلا للأطفال دون سن 19 عامًا. لا يدفع برنامج CoverKids تكاليف أي رعاية طبية روتينية بالأسنان للنساء الحوامل في عمر 19 عامًا وأكبر.

رعاية الإبصار للأطفال (للعيون)

تحتاج عيون الأطفال أيضًا إلى رعاية خاصة. يمكن للأطفال دون سن 19 عامًا إجراء فحوصات لعيونهم والحصول على عدسات وإطارات نظارات طبية عندما تكون ضرورية من الناحية الطبية. سيُريك طبيب العيون المتابع لحالتك والتابع لبرنامج CoverKids أيّ إطارات يمكنك الاختيار من بينها.

سيدفع برنامج CoverKids مقابل تكاليف رعاية الإبصار الأخرى إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. العدسات اللاصقة مشمولة بالتغطية بدلاً من عدسات النظارات الطبية.

ليس على الأطفال زيارة مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتهم قبل زيارة طبيب العيون في برنامج CoverKids. لكن يجب أن يكون طبيب العيون في دليل مقدمي الخدمات الخاص بنا.

هذه الرعاية بالإبصار مخصصة للأطفال دون سن 19 عامًا. لا يدفع برنامج CoverKids تكاليف أي رعاية إبصار روتينية للنساء الحوامل في عمر 19 عامًا وأكبر.

الخدمات غير المشمولة بالتغطية

إليك قائمة ببعض الخدمات التي **لا** يقدم برنامج CoverKids تغطية لها لأي شخص. أو يمكنك الاتصال بنا على الرقم: **888-325-8386** للحصول على قائمة كاملة.

تشمل بعض الخدمات غير المشمولة بالتغطية ما يلي:

1. الخدمات غير الضرورية من الناحية الطبية. لكن الرعاية الوقائية (الرعاية التي تحتاجها للبقاء بصحة جيدة) مشمولة بالتغطية.
2. الخدمات التجريبية أو الاستقصائية.
3. الجراحة لتحسين المظهر.
4. أي علاج طبي أو سلوكي (اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات) إذا كنت في سجن أو حجز محلي أو فيدرالي أو في ولاية.
5. الخدمات التي حصلت عليها قبل أن تحصل على تغطية برنامج CoverKids أو بعد انتهاء تغطية برنامج CoverKids الخاصة بك.
6. مستلزمات النظافة الشخصية، أو الأشياء الفاخرة، أو وسائل الراحة.
7. الرعاية الوصائية وخدمات جليسة الأطفال.
8. الخدمات التي تستخدم بشكل رئيسي للعناية بالمرضى في فترة النقاهة أو لعلاج الراحة.
9. رعاية القدمين للراحة أو المظهر، مثل الأقدام المسطحة ومسمار القدم والجسأة وأظافر أصابع الأقدام.
10. جراحة تغيير الجنس وأي علاج مرتبط بها.
11. جراحة شق القرنية الشعاعي أو أي جراحة أخرى لتصحيح خطأ انكسار العين.
12. الخدمات التي تقدم لك من جانب شخص في أسرتك أو أي شخص يعيش في منزلك.
13. خدمات القابلة خارج منشأة رعاية صحية مرخصة.
14. الرسوم التي تتجاوز الحد الأقصى المسموح به.
15. الخدمات أو اللوازم المتعلقة بجراحة تقويم الفكين.
16. المداواة والعلاجات لأغراض حفظ الصحة.
17. العلاج الذاتي أو التدريب.
18. الاستشارات عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الرسوم المتعلقة بملء استمارة مطالبة أو تقديم السجلات الطبية. ينبغي على مقدمي الخدمات من داخل الشبكة ألّا يُصدروا فواتير عن مواعيد الفحص التي لم تحضرها، ولا تتم تغطية تكاليف مواعيد الفحص التي لم تحضرها.
19. أي نفقات تتعلق برسوم المناولة.
20. الأدوية واللوازم المتاحة للبيع مباشرةً والتي لا تتطلب وصفة طبية وفقًا للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

21. الأدوية المتعلقة بـ:

- نمو الشعر
- علاج العقم
- الأغراض التجميلية
- علاج ضعف الخصوبة

22. التحكم بالشهية

23. الأدوية التي تقرّر إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) إنها:

- تخضع لتنفيذ دراسة فعالية الدواء (DESI)، وهو ما يعني أن الأبحاث تشير إلى أنها غير فعّالة.
- ذات تأثير أقل من فعَّال (LTE)، وهو ما يعني أن الأبحاث تشير إلى أنها تأثيرها يقل عن التأثير الفعّال، أي أن الأدوية مطابقة للعقاقير ذات التأثير الأقل من فعّال، أو ذات صلة بها، أو مشابهة لها (IRS).

بعض الخدمات مشمولة بالتغطية للأطفال دون سن 19 عامًا ولكن ليس للنساء الحوامل اللواتي تتجاوز أعمارهن 19 عامًا.

الخدمات **غير المشمولة بالتغطية** للنساء الحوامل اللواتي تتجاوز أعمارهن 19 عامًا تتضمن:

1. الخدمات الروتينية للعناية بالأسنان

2. خدمات المعالجة اليدوية

3. النظارات الطبية، أو العدسات اللاصقة، أو فحوصات العيون.

الجزء 3: كيف يعمل برنامج CoverKids لصالحك

الدفعات المشتركة

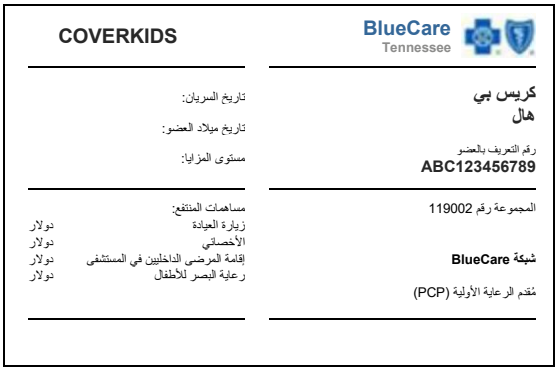
الرعاية الوقائية هي الرعاية التي تساعدك في البقاء بصحة جيدة، مثل الفحوص الدورية، واللقاحات، ورعاية الحمل، والولادة. هذا النوع من الرعاية يُقدَّم مجانًا دائمًا. ليس عليك دفع مساهمات المنتفع للحصول على الرعاية الوقائية. المزيد من المعلومات حول الرعاية الوقائية يمكن العثور عليها في الجزء 2.

بالنسبة للرعاية الأخرى مثل الإقامة في المستشفى أو زيارات الطفل المريض، **قد تكون** مطالبًا بدفع جزء من التكلفة. مساهمات المنتفع هي المبالغ التي تدفعها مقابل كل خدمة رعاية صحية تحصل عليها.

لا يُفرَض على الجميع في برنامج CoverKids مساهمات المنتفع. ستخبرك بطاقة CoverKids الخاصة بك إذا كنت تتحمل مبالغ مساهمات المنتفع وما قيمتها. تعتمد مساهمات المنتفع على:

- نوع برنامج CoverKids الذي تحصل عليه،
- ودخل أسرتك الشهري قبل الضرائب،
- وعدد الأشخاص الذين يعيشون معك في أسرتك.

لا يجب عليك سوى دفع مبلغ مساهمات المنتفع الذي تتحمله لتلقي رعايتك الصحية. ينبغي عدم تحميلك بفواتير عن بقية تكلفة رعايتك. إذا تم تحميلك بمبلغ فاتورة عن الجزء المتبقي من التكلفة، فيُمكنك الاستئناف. انظر الجزء 4 من هذا الكتيب لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة عن رعايتك.


BlueCare Tennessee

COVERKIDS

كريس بي هال

رقم التعريف بالعضو
ABC123456789

تاريخ السريان:

تاريخ ميلاد العضو:

مستوى المزايا:

المجموعة رقم 119002

شبكة BlueCare

مُقدم الرعاية الأولية (PCP)

مساهمات المنتفع:

زيارة العيادة الأخصائي	دولار
إقامة المرضى الداخليين في المستشفى	دولار
رعاية البصر للأطفال	دولار

تخبرك بطاقة CoverKids الخاصة بك ما إذا كنت تتحمل مساهمات المنتفع نظير خدمات الأطباء، والاختصاصيين، والمستشفيات، وزيارات غرفة الطوارئ.

توجد ثلاثة مستويات من المزايا بالنسبة إلى مبالغ مساهمات المنتفع في برنامج CoverKids وهي: المستوى 1 أو 2 أو 3. ستخبرك بطاقتك بالمستوى الذي تنتمي إليه.

الصفحات التالية توضح المزيد حول مساهمات المنتفع في برنامج CoverKids وما الجهة التي يمكنك الاتصال بها إذا كانت لديك أسئلة.

مساهمات المنتفع في برنامج CoverKids

هل تدفع مساهمات المنتفع نظير الحصول على خدمات مقدم الرعاية الأولية، والأخصائيين، وزيارة غرفة الطوارئ، والإقامة في المستشفى؟ هل لست متأكدًا؟ تحقق من بطاقة CoverKids الخاصة بك، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء في برنامج CoverKids على الرقم: **888-325-8386.**

مخطط مساهمات المنتفع لخدمات العيادة والعيادات الخارجية

الخدمات	مستوى المزايا - 1	مستوى المزايا - 2	مستوى المزايا - 3
زيارة الرعاية الأولية • زيارات عيادات أطباء الأسرة، وأطباء الممارسة العامة، وأطباء الباطنية، وأطباء النساء والتوليد، وأطباء الأطفال، والعيادات التي لا تحتاج إلى حجز موعد مسبق. • تشمل الممرضين الممارسين، ومساعدي الأطباء، وقابلات التوليد (الذين لا يعملون إلا في منشأة رعاية صحية تحمل ترخيصًا) العاملين تحت إشراف مقدم الرعاية الأولية.	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع
زيارة الأخصائيين والجراحة في العيادات الخارجية • زيارة العيادة إلى أي مقدم خدمة متخصص • الجراحة في العيادة الخارجية تشمل الخدمات التشخيصية الباضعة (مثل منظار القولون) — **مبلغ مساهمات المنتفع لكل مرة في كل تاريخ خدمة**	20 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع
خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية، وتعاطي الكحول والمخدرات) • زيارات العيادة • علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات في العيادات الخارجية — **مبلغ مساهمات المنتفع في المرة الواحدة لكل تاريخ خدمة**	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع

الخدمات	مستوى المزايا - 1	مستوى المزايا - 2	مستوى المزايا - 3
المعالج اليدوي • الخدمات غير مشمولة إلا للأطفال دون سن 19 عامًا	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع
خدمات التأهيل والعلاج • تشمل خدمات معالجة اضطرابات التخاطب، والعلاج الطبيعي، والعلاج المهني • تقتصر على عدد 52 زيارة لكل نوع من أنواع العلاج في السنة التقويمية.	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع

مساهمات المنتفع لمزايا الصيدلية - التي تُديرها OptumRx

مزايا الصيدلية	مستوى المزايا - 1	مستوى المزايا - 2	مستوى المزايا - 3
اللوازم/أدوية الصيدلية المتخصصة التي تكفي استهلاك مدته 30 يومًا و90 يومًا	5 دولارات للأدوية البديلة 20 دولارًا للأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة 40 دولارًا للأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة	1 دولار للأدوية البديلة 3 دولارات للأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة 5 دولارات للأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع

مساهمات المنتفع للرعاية غير الطارئة

خدمات الرعاية غير الطارئة	مستوى المزايا - 1	مستوى المزايا - 2	مستوى المزايا - 3
زيارة غرفة الطوارئ التي لا تعد حالة طبية طارئة حقيقية • المنشأة المتخصصة في علاج الحالات الصحية الطبية والسلوكية (اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات) • يجب أن يكون مقدم الخدمة مدرجًا في شبكة مقدمي الخدمة لدينا. إذا كان مقدم الخدمة من خارج الشبكة، فلن يدفع برنامج CoverKids تكلفة الخدمة.	50 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع	10 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع

مساهمات المنتفع لإقامة المرضى الداخليين

الخدمات	مستوى المزايا - 1	مستوى المزايا - 2	مستوى المزايا - 3
مرفق توفير خدمات للمرضى الداخليين (الخدمات الطبية والصحة السلوكية [صحة نفسية، وتعاطي الكحول والمخدرات]) • يتم الإعفاء من رسوم مساهمات المنتفع في حال إعادة الدخول في غضون 48 ساعة من الزيارة الأولية لنفس حادثة المرض أو الإصابة • خدمات إعادة التأهيل • علاج اضطراب الصحة النفسية وتعاطي المخدرات	100 دولار مبلغ مساهمات المنتفع لكل عملية إدخال إلى المستشفى	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع لكل عملية إدخال إلى المستشفى	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع

خدمات الإبصار - لا تُستحَق هذه الخدمات إلا للأطفال دون سن 19 عامًا. عند طلب الإطارات والعدسات في الوقت ذاته، يتم فرض تكلفة واحدة لمساهمات المنتفع لكليهما

خدمات الإبصار	مستوى المزايا - 1	مستوى المزايا - 2	مستوى المزايا - 3
عدسات نظارات طبية وصفها الطبيب • تشمل العدسات الطبية الثنائية أو الثلاثية البؤر • تقتصر على زوج واحد من العدسات اللاصقة في كل عام مشمول في الخطة	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع 85 دولارًا قيمة الحد الأقصى للميزة	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع 85 دولارًا قيمة الحد الأقصى للميزة	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع
عدسات لاصقة وصفها الطبيب بدلاً من عدسات النظارات الطبية • تقتصر على زوج واحد من العدسات اللاصقة في كل عام مشمول في الخطة	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع 150 دولارًا قيمة الحد الأقصى للميزة	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع 150 دولارًا قيمة الحد الأقصى للميزة	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع
الإطارات • تقتصر على إطار واحد كل عامين مشمولين في الخطة	15 دولارًا مبلغ مساهمات المنتفع 100 دولار قيمة الحد الأقصى للميزة	5 دولارات مبلغ مساهمات المنتفع 100 دولار قيمة الحد الأقصى للميزة	لا يدفع أي مبلغ كمساهمات منتفع

الخدمات التالية لا تتطلب دفع مساهمات المنتفع:

- **الرعاية الوقائية**
  - تقييمات الصحة الروتينية
  - التحصينات
  - فحص السمع والإبصار السنوي
- **الخدمات المختبرية وخدمات الأشعة السينية**
- **الرعاية في الطوارئ** - زيارة قسم الطوارئ التي تُعتبر إحدى الحالات الطارئة
- **الخدمات المقدَّمة إلى النساء الحوامل**
- **الإسعاف البري والجوي**
- **الرعاية الصحية المنزلية** - رعاية التمريض المنزلي مقتصرة على عدد 125 زيارة في السنة التقويمية
- **الرعاية في مرحلة الاحتضار** - يُعفَى العضو من دفع مساهمات المنتفع مقابل جميع الخدمات إذا كان يخضع للرعاية في مرحلة الاحتضار
- **خدمات رعاية البصر** - لا تُستحَق هذه الخدمات إلا للأطفال دون سن 19 عامًا.
- **فحص الإبصار السنوي** - يشمل فحص الانكسار والفحص السنوي للماء الأزرق (الغلوكوما). ولكن يجب التوجه إلى مقدم خدمات داخل الشبكة.

يُطبّق برنامج CoverKids حدًّا على إجمالي مبلغ مساهمات المنتفع الذي ستدفعه في كل سنة تقويمية. ويُطلَق عليه اسم **حد المصروفات من الجيب.** ومساهمات المنتفع التي ستدفعها سوف تساعدك في الوصول إلى حد الدفع من جيبك الخاص المنطبق عليك في كل سنة تقويمية.

يستند حد الدفع من الجيب الخاص المنطبق على أسرتك لكل سنة تقويمية إلى الدخل الذي تُبلغ برنامج CoverKids بأنك تتقاضاه. هذا الحد **هو أقصى** مبلغ ستدفعه في مساهمات المنتفع كل سنة تقويمية. أقصى ما ستدفعه من مساهمات المنتفع كل عام هو نسبة 5% من دخل أسرتك. هل تحتاج إلى معرفة حد المصروفات النثرية السنوية المنطبق عليك؟ اتصل بقسم خدمات أعضاء برنامج CoverKids على الرقم: **888-325-8386.**

إذا تغير دخلك أو تغير حجم أسرتك، فقد تتغير مساهمات المنتفع التي تتحملها أيضًا. يجب عليك إبلاغ بوابة TennCare Connect بأي تغييرات تطرأ على حجم الأسرة أو الدخل عن طريق الاتصال بالرقم: **855-259-0701** في غضون 10 أيام من التغيير.

هل لديك أسئلة حول مساهمات المنتفع؟ يمكننا الإجابة عن تلك الأسئلة أيضًا. يُرجى الاتصال بخدمات أعضاء برنامج CoverKids مجانًا على الرقم: **888-325-8386.**

الجزء 4: المساعدة في حال وجود مشاكل مع خطة CoverKids الخاصة بك

أنواع المشاكل وما يمكنك القيام به

قد تواجه أنواعًا مختلفة من المشكلات بخصوص خدمات رعايتك الصحية.

يمكنك حل بعض المشاكل بمجرد إجراء مكالمة هاتفية. إذا كانت لديك شكاوى أو مشاكل حول رعايتك الصحية، فيُرجى الاتصال بنا على الرقم: **888-325-8386** للحصول على المساعدة.

قد تتطلب بعض المشاكل مزيدًا من الجهد لإصلاحها. إليك بعض الأمثلة على أنواع مختلفة من المشاكل وطرق يمكنك من خلالها حلها.

هل تحتاج إلى بطاقة CoverKids جديدة؟

إذا كانت بطاقتك مفقودة أو تمت سرقتها، أو إذا كانت المعلومات على بطاقتك غير صحيحة، فيمكنك الحصول على بطاقة جديدة. للحصول على بطاقة CoverKids جديدة، اتصل بالرقم: **888-325-8386.**

لا يجب أن تنتظر حتى تحصل على بطاقتك الجديدة لتحصل على رعاية أو دواء. أخبر طبيبك أو صيدليتك أنك مشترك في برنامج CoverKids.

هل تحتاج إلى العثور على طبيب أو تغيير طبيبك؟

يمكنك معرفة كيفية إيجاد طبيب جديد في الجزء الأول من هذا الكُتيب.

هل تبحث عن طبيب جديد بسبب عدم رضائك عن طبيبك الحالي؟ من فضلك، أخبرنا. اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.**

هل تحتاج إلى تقديم شكوى بشأن رعايتك؟

إذا كنت غير راضٍ عن الرعاية التي تتلقاها، فاتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.** أخبرنا أنك تحتاج إلى تقديم شكوى.

لن يتعرض لك أي شخص بالإساءة أو الضرر إذا قمت بتقديم شكوى. نود مساعدتك للحصول على رعاية جيدة.

هل تحتاج إلى تغيير خطتك الصحية؟

إذا كنت ترغب في تغيير الخطط الصحية بسبب مشاكل في الحصول على الرعاية الصحية، فأخبرنا بذلك. اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.** سنساعدك في إصلاح المشكلة. **لا** يتعين عليك تغيير الخطط الصحية من أجل الحصول على خدمات الرعاية التي تحتاجها.

- هل ترغب في تغيير الخطط الصحية لكي تتمكن من المتابعة مع طبيب يقبل تلك الخطة؟
- **تذكر!** يجب عليك التأكد من أن جميع أطبائك يقبلون خطتك الصحة الجديدة. لن تتمكن من إجراء الزيارة إلا للأطباء الذين يقبلون خطتك الجديدة.
- **ماذا إذا حصلت على موافقة من خطتك الصحية على خدمات رعاية من دون الحصول عليها؟** إذا غيّرت الخطط، وكنت لا تزال بحاجة إلى الحصول على خدمات الرعاية، فسيكون عليك الحصول على موافقة جديدة من خطتك الجديدة.

تأكد من الأمور التالية قبل اتخاذ قرار بتغيير الخطط الصحية:

- هل يقبل الطبيب الخطة الصحية التي ترغب في التحول إليها؟
- هل تقبل الخطة الصحية التي ترغب في التحول إليها أعضاء جدد من برنامج CoverKids؟

هناك وقتين يكون فيهما من السهل تغيير خطتك الصحية.

1. عندما تحصل لأول مرة على برنامج CoverKids، ستُمنح مدة 90 يومًا يُسمَح لك خلالها بتغيير خطتك الصحية. عندما تحصل على برنامج CoverKids، سيُرسل TennCare رسالة إليك. سيُذكَر في تلك الرسالة كيفية تغيير خطتك الصحية في غضون أول 90 يومًا بعد الحصول على تغطية البرنامج.
2. مرة واحدة كل عام خلال "شهر التسجيل المفتوح". يعتمد الوقت الذي يمكنك فيه تغيير خطتك على مكان إقامتك.

ابحث أدناه عن المقاطعة التي تقيم فيها:

- **هل تقيم في إحدى مقاطعات غرب تينيسي التالية؟** بنتون، أو كارول، أو تشيستر، أو كروكيت، أو ديكاتور، أو داير، أو فايت، أو جيبسون، أو هاردمان، أو هاردين، أو هايوود، أو هندرسون، أو هنري، أو ليك، أو لودرديل، أو ماديسون، أو ماكنيري، أو أوبيون، أو شيلبي، أو تيبتون، أو ويكلي

في هذه الحالة، لا يمكنك تغيير خطتك الصحية **إلا** في شهر **مارس**. يبدأ سريان خطتك الصحية الجديدة في الأول من مايو. حتى حلول هذا التاريخ، سوف نواصل تقديم خدمات الرعاية لك.

- **هل تعيش في إحدى مقاطعات وسط ولاية تينيسي؟** بيدفورد، أو كانون، أو تشيذام، أو كلاي، أو كوفي، أو كمبرلاند، أو ديفيدسون، أو ديكالب، أو ديكسون، أو فنتريس، أو غيلز، أو هيكمان، أو هيوستن، أو همفريز، أو جاكسون، أو لورنس، أو لويس، أو لينكولن، أو ماكون، أو مارشال، أو موري، أو مونتغومري، أو مور، أو أوفرتون، أو بيري، أو بيكيت، أو بوتنام، أو روبرتسون، أو روثرفورد، أو سميث، أو ستيوارت، أو سومنر، أو تروسديل، أو فان بورين، أو وارن، أو واين، أو وايت، أو ويليامسون، أو ويلسون.

في هذه الحالة، لا يمكنك تغيير خطتك الصحية **إلا** في شهر **مايو.** يبدأ سريان خطتك الصحية الجديدة في الأول من يوليو. حتى حلول هذا التاريخ، سوف نواصل تقديم خدمات الرعاية لك.

- **هل تقيم في إحدى مقاطعات شرق تينيسي التالية؟** أندرسون أو بليدسو أو بلونت أو برادلي أو كامبل أو كارتر أو كلايبورن أو كوك أو فرانكلين أو جرينجر أو غرين أو غراندي أو هامبلن أو هاميلتون أو هانكوك أو هوكينز أو جيفرسون أو جونسون أو نوكس أو لودون أو ماريون أو ماك مين أو ميغز أو مونرو أو مورغان أو بولك أو ريا أو روين أو سكوت أو سيكواتشي أو سيفير أو سوليفان أو يونيكوي أو يونيون، أو واشنطن

في هذه الحالة، لا يمكنك تغيير خطتك الصحية **إلا** في شهر **يوليو.** يبدأ سريان خطتك الصحية الجديدة في الأول من سبتمبر. حتى حلول هذا التاريخ، سوف نواصل تقديم خدمات الرعاية لك.

مهم: سيكون لديك فترة سماح حتى **اليوم الأخير** من شهر التسجيل المفتوح لطلب تغيير خطتك الصحية.

في ما يلي الأسباب الأخرى التي يمكنك في حالة وجودها طلب تغيير خطتك الصحية:

- إذا كنت ستدرج أفراد أسرتك في الخطة الصحية التي ترغب في التحول إليها،
- **أو** إذا ارتكب برنامج CoverKids خطأ بتزويدك بخطة صحية لا تعمل في المنطقة التي تعيش فيها،
- **أو** إذا انتقلت وخطتك الصحية لا تعمل في المنطقة التي تعيش فيها الآن.

قد تكون قادرًا على تغيير خطتك الصحية إذا كنت تواجه مشقة تبرر التغيير. ولكن لاستيفاء المتطلبات الخاصة بهذه الصعوبات، يجب أن تنطبق عليك جميع الشروط التالية:

1. لديك حالة مرضية تتطلب خدمات رعاية دقيقة ومكثفة ومستمرة.
2. الاختصاصي المسؤول عن علاج حالتك** لم يعد يتعامل مع خطتك الصحية.
3. خطتك الصحية لا تضم طبيبًا متخصصًا يمكنه تقديم خدمات الرعاية التي تحتاجها.
4. خطتك الصحية لا تستطيع التعامل مع الطبيب المتخصص المسؤول عن علاجك لتقديم خدمات الرعاية التي تحتاجها.

****الاختصاصي** هو طبيب يقدم الرعاية الخاصة بمرض أو جزء مُعيّن من الجسم. من أنواع الأطباء المتخصصين اختصاصي القلب، وهو الطبيب المختص بعلاج أمراض القلب.

وهناك نوع آخر من الأطباء المتخصصين، هو اختصاصي الأورام، والذي يعالج مرض السرطان. كما أن هناك أنواعًا كثيرة ومختلفة من الأطباء الاختصاصيين.

5. الطبيب المتخصص المسؤول عن علاجك يتعامل مع الخطة الصحية التي ترغب في التغيير إليها.
6. وخطتك الصحية التي ترغب في التحول إليها تقبل أعضاء برنامج CoverKids الجدد.

وهناك نوع آخر من الأطباء المتخصصين، هو اختصاصي الأورام، والذي يعالج مرض السرطان. كما أن هناك أنواعًا كثيرة ومختلفة من الأطباء الاختصاصيين.

لطلب تغيير خطتك الصحية، يجب أن تخبر برنامج CoverKids بالآتي:

- **رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك.** إذا لم يكن لديك هذا الرقم، فيرجى إبلاغنا بتاريخ ميلادك. متضمنًا اليوم والشهر والعام.
- اسم **الخطة الصحية التي تريدها.**
- و**السبب الذي يجعلك ترغب في تغيير خططك الصحية.**

اتصل بقسم الاستئنافات الطبية لأعضاء برنامج CoverKids على الرقم: **800-878-3192.** أخبرهم أنك تريد تغيير خطتك الصحية.

أو يمكنك كتابة رسالة لهم على ورق عادي. إذا كنتَ تكتب إلى قسم الاستئنافات الطبية لأعضاء برنامج CoverKids، فتأكد من أنك تخبرهم بما يلي:

- اسمك (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، واسم العائلة).
- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك
- اسم الخطة الصحية المذكورة أعلاه التي تريد التغيير إليها
- الاسم ورقم الضمان الاجتماعي لأي فرد آخر من أفراد أسرتك يرغب كذلك في التغيير إلى الخطة الصحية هذه
- رقم هاتفك المُخصّص للاتصال نهارًا وأفضل وقت للاتصال

أين تُرسل استئنافًا طبيًا

أرسله بالبريد إلى العنوان التالي:

CoverKids Member
Medical Appeals
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-00593

الإرسال بالفاكس إلى:

888-345-5575

هل تحتاج مساعدة في الحصول على أدويتك التي تُصرَف بوصفة طبية؟

إذا كنتَ بحاجةٍ إلى مساعدة في الحصول على أدويتك التي تُصرَف بوصفة طبية، فيرجى الاتصال بالقائمين على خطة OptumRx على الرقم **844-568-2179.**

هل تحتاج إلى طبيب لوصف الدواء لك؟

ماذا لو كنت بحاجة إلى البحث عن طبيب أو إذا لم يصف طبيبك الدواء الذي تحتاجه؟ اتصل بنا على الرقم: **888-325-8386.**

هل تحتاج إلى موافقة من برنامج CoverKids للحصول على دوائك؟ يُطلق عليها "إذن مسبق" أو PA.

إذا كان دواؤك بحاجة إلى موافقة، فاتصل بطبيبك. اسأل الطبيب الخاص بك أن:

- يتصل بالقائمين على خطة OptumRx للحصول على موافقتهم على هذا الدواء.
- أو أن يغيّر الوصفة الطبية المكتوبة لك إلى واحدة لا تحتاج إلى موافقة.

ماذا لو طلب طبيبك الموافقة ورفض القائمون على خطة OptumRx منحها؟

يمكنك أن تطلب من طبيبك وصف دواء مختلف لا يحتاج إلى موافقة. أو إذا كنت تعتقد أن خطة OptumRx ارتكبت خطأ، فيمكنك الاستئناف. لديك 60 يومًا بعد الرفض من جانب خطة OptumRx للاستئناف. لمزيدٍ من المعلومات حول كيفية الاستئناف، انظر الجزء 5 من هذا الكتيب.

هل قالت الصيدلية إنها لا تستطيع صرف وصفاتك لأنك لا تمتلك خطة CoverKids/OptumRx؟

قبل انتهاء تأمين برنامج CoverKids الخاص بك، ستتلقى رسالة عبر البريد. ستتضمن الرسالة سبب انتهاء تغطيتك في برنامج CoverKids. ستشير أيضًا إلى كيفية تقديم الاستئناف. لكن إذا انتقلت ولم تخبر CoverKids، فقد لا تصلك الرسالة. قد لا تكتشف أن تغطيتك في برنامج CoverKids انتهت حتى تذهب إلى الصيدلية.

هل تعتقد أن برنامج CoverKids ارتكب خطأ؟ اتصل ببرنامج **TennCare Connect** على الرقم **855-259-0701.** يمكنهم إخبارك ما إذا كنت ما تزال مشتركًا في برنامج CoverKids أم أن اشتراكك انتهى. إذا كنت تعتقد أن برنامج CoverKids ارتكب خطأ، فيمكنهم إخبارك ما إذا كان لديك الوقت لتقديم الاستئناف.

هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك؟

الجزء 2 من هذا الكتيب يخبرك عن خدمات الرعاية الصحية التي يدفع برنامج CoverKids مقابلها.

بالنسبة للمشاكل المتعلقة بالصحة الجسدية أو السلوكية (اضطراب الصحة النفسية، أو تعاطي الكحول أو المخدرات)، أو كليهما، اتصل دائمًا بنا أولاً على الرقم: **888-325-8386**.

إذا كنت ما تزال غير قادر على الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها، فيمكنك الاتصال **بقسم الاستئنافات الطبية لأعضاء برنامج CoverKids** على الرقم: **800-878-3192**. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا وحتى 4:30 مساءً بالتوقيت المركزي.

هل تحتاج إلى موافقة قبل أن يدفع برنامج CoverKids تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك؟

يُطلق على هذه الموافقة اسم "إذن مُسبق" أو PA. إذا كانت خدمات الرعاية الصحية التي تحصل عليها تستلزم موافقة، فاتصل بطبيبك. يجب على طبيبك طلب الموافقة منا.

هل رفضنا منح الموافقة التي طلبها طبيبك على خدمات رعايتك؟

اتصل بطبيبك أو مقدم الرعاية الصحية السلوكية (الصحة النفسية أو تعاطي الكحول أو المخدرات) وأخبره أو أخبرها بأننا رفضنا منح الموافقة.

إذا كنتَ تعتقد أنت أو طبيبك أن هناك خطأً من طرفنا، يمكنك تقديم استئناف. لديك 60 يومًا يمكنك الاستئناف خلالها بعدما **يرفض** القائمون على خطتك الصحية منح الموافقة على تقديم الرعاية. للحصول على معلومات حول الاستئنافات بشأن الخدمات الطبية، انتقل إلى الجزء 5 من هذا الكتيب.

هل تتلقى فواتير؟ هل كنت مضطرًا للدفع؟

في بعض الأحيان قد تتلقى فاتورة إذا لم يكن الطبيب يعلم أن لديك تغطية برنامج CoverKids. في كل مرة تحصل فيها على الرعاية، **يجب** عليك:

- إخبار الطبيب أو المكان الآخر الذي تحصل فيه على الرعاية بأنك مسجل في برنامج CoverKids.
- وإظهار لهم بطاقة CoverKids الخاصة بك.

إذا كنت قد حصلت على رعاية صحية تعتقد أن برنامج CoverKids يجب أن يدفع مقابلها، فاتصل بنا على الرقم: **888-325-8386**. إذا كنت تتلقى فواتير عن الرعاية، يمكننا مساعدتك في معرفة السبب. إذا كنت قد دفعت مقابل الرعاية، فسنرى ما إذا كان يمكننا إعادة ما دفعته.

أو يمكنك تقديم استئناف. الاستئنافات بشأن الخدمات الطبية مخصصة للأشخاص الذين يمتلكون تغطية برنامج CoverKids.

لديك 60 يومًا بعد اكتشاف وجود مشكلة لتقديم استئناف. إذا كنتَ تتلقى فواتير، لديك 60 يومًا من تاريخ استلامك لأول فاتورة لتقديم استئناف. إذا دفعت مقابل الرعاية، لديك 60 يومًا بعد الدفع لتقديم استئناف.

للحصول على معلومات حول الاستئنافات بشأن الخدمات الطبية، انتقل إلى الجزء 5 من هذا الكتيب.

طرق إنهاء التغطية التأمينية المكفولة لك بموجب برنامج TennCare

هناك طريقتان لطلب إنهاء تأمين CoverKids الخاص بك.

1. يمكنك طلب إنهاء تغطية برنامج CoverKids الخاصة بك. يمكنك الاتصال أو إرسال خطاب.

- **يمكنك الاتصال** ببوابة TennCare Connect مجانًا على الرقم: **855-259-0701** وإبلاغهم برغبتك في إنهاء اشتراكك في برنامج CoverKids.

- **إرسال رسالة** إلى بوابة TennCare Connect تعلمهم برغبتك في إنهاء تأمين CoverKids الخاص بك. عليك تضمين اسمك ورقم الضمان الاجتماعي، وتأكد من **توقيع** الرسالة.

ملحوظة مهمة: إذا لم **توقع على خطابك**، فسيؤدي ذلك إلى تأخير طلبك. قد تحتاج إلى إرسال طلب آخر يحمل توقيعك.

هل تريد إنهاء التغطية التأمينية المكفولة بموجب برنامج CoverKids لأفراد آخرين من أسرتك؟ أدرج أسماءهم وأرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم في الرسالة أيضًا.

الإرسال عبر البريد إلى:
TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

الإرسال بالفاكس إلى:
855-315-0669

2. طرق أخرى يمكن أن تنتهي بها تغطيتك التأمينية لبرنامج CoverKids:

- إذا طرأت تغييرات على حالتك ولم تعد مستوفيًا القواعد الخاصة ببرنامج CoverKids.
- إذا **انتقلت** خارج حدود منطقة تغطية CoverKids.
- إذا بلغت سن 19 عامًا.
- إذا حصلت على تأمين صحي آخر.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة CoverKids الخاصة بك.
- إذا لم تتبع قواعد برنامج CoverKids.
- إذا لم تقم بملء أوراق التجديد لبرنامج CoverKids الخاص بك عندما يُطلب منك ذلك. يجب على أعضاء برنامج CoverKids تجديد تأمينهم سنويًا. عندما يحين الوقت للتحقق مما إذا كنت ما تزال مستوفيًا لقواعد برنامج CoverKids، سيُرسل برنامج CoverKids رسالة وحزمة تجديد إليك عبر البريد.

قبل انتهاء تأمين برنامج CoverKids الخاص بك، ستتلقى رسالة عبر البريد. ستخبرك الرسالة بسبب انتهاء تأمين CoverKids الخاص بك. توفر أيضًا معلومات حول كيفية تقديم استئناف إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ قد وقع.

الجزء 5: استئنافات CoverKids

استئنافات CoverKids

الاستئناف هو إحدى الطرق للتأكد من اتخاذ برنامج CoverKids للقرارات بناءً على المعلومات الصحيحة. عندما تتقدم باستئناف، فإنك تطلب من القاضي أن يسمح لك بشرح الخطأ الذي تعتقد أن برنامج CoverKids قد ارتكبه. يُطلق عليه اسم **جلسة عادلة**.

حقك في التقدم باستئناف وحقك في الحصول على جلسة عادلة يتم شرحهما بشكلٍ أكبر في الجزء 6 من هذا الكتيب.

يمكنك تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على قرار تغطية طبية من جانب برنامج CoverKids أو BlueCare Tennessee. وهذا ما يُسمّى استئناف الخدمة الطبية (Medical Service Appeal).

يمكنك أيضًا تقديم استئناف إذا لم تتمكن من الحصول على تغطية برنامج CoverKids أو الاحتفاظ بها. وهذا ما يُسمّى استئناف الأهلية (Eligibility Appeal).

استئنافات الخدمات الطبية

الاستئنافات بشأن الخدمات الطبية مخصصة للأشخاص الذين يمتلكون تغطية برنامج CoverKids. وتتعلق بمشاكل مثل إقناع القائمين على خطتك الصحية بالموافقة على خدمة قال طبيبك إنك بحاجة إليها.

لا يجب عليك سوى دفع مبلغ مساهمات المنتفع الذي تتحمله لتلقي رعايتك الصحية. ينبغي عدم تحميلك بفواتير عن بقية تكلفة رعايتك. إذا تم تحميلك بمبلغ فاتورة عن الجزء المتبقي من التكلفة، فيُمكنك الاستئناف. انظر الجزء 4 من هذا الكتيب لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة عن رعايتك.

سترسل إليك خطة BlueCare Tennessee خطابًا إذا تم رفض طلب طبيبك المتعلق بحصولك على دواء أو خدمة طبية. سترسل إليك خطة BlueCare Tennessee أيضًا خطابًا إذا حاولنا إيقاف الرعاية التي تتلقاها أو تقليلها. سنعلمك في الخطاب بكيفية تقديم استئناف.

عندما تحتاج إلى خدمة تم رفضها من جانب خطة BlueCare Tennessee، لديك الحق في أن تطلب من برنامج CoverKids التقدُّم باستئناف. فيما يتعلق بمشاكل الحصول على الرعاية الصحية، اتصل بنا دومًا على الرقم: **888-325-8386** أولاً.

إذا كنتَ ما **تزال** غير قادر على الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها، فيمكنك تقديم استئناف بشأن خدمة طبية من خلال الاتصال **بقسم الاستئنافات الطبية لأعضاء برنامج CoverKids** على الرقم: **800-878-3192**.

هل يمكنني أن أطلب من طبيبي تقديم استئناف نيابةً عني؟ نعم. ولكن القانون يشترط أن يحصل طبيبك على تصريح كتابي (موافقة) من جانبك، وهذا يُعرف بإذنك الخطي. اكتب **اسمك، وتاريخ ميلادك، واسم طبيبك، وإذنك له على تقديم استئناف نيابةً عنك** على قطعة ورق. ثم أرسل الورقة بالفاكس أو البريد إلى قسم الاستئنافات الطبية لأعضاء TennCare (راجع **أدناه**).

ماذا لو لم تقدم إلى CoverKids موافقتك، وطلب طبيبك استئنافًا سريعًا؟ سيرسل برنامج CoverKids صفحة لك لتعبئتها وتوقيعها، ثم إرجاعها إلينا.

لديك 60 يومًا بعد اكتشاف وجود مشكلة لتقديم استئناف. إذا تلقيت رسالة رفض من BlueCare Tennessee، فلديك مدة 60 يومًا من تاريخ رسالة الرفض لتقديم استئناف.

- بالنسبة للرعاية أو الدواء الذي ما زلت بحاجة إليه، لديك **60 يومًا** بعد أن يقول برنامج CoverKids أو BlueCare Tennessee إننا لن ندفع للرعاية لتقديم استئناف.
- فيما يتعلق بفواتير الرعاية الصحية التي تعتقد أن على برنامج CoverKids دفع تكلفتها، فلديك مهلة **60 يومًا** بعد استلام الفاتورة الأولى.
- بالنسبة إلى الرعاية التي دفعتَ ثمنها، لديك مهلة **60 يومًا** بعد دفع تكلفة الرعاية.

هل تعتقد أن لديك حالة طارئة؟

عادةً، يُبت في الاستئناف خلال **90 يومًا** من تقديمه. ولكن، إذا كانت لديك حالة طارئة، وأقرت خطتك الصحية بذلك، فسوف تحصل على طلب استئناف **عاجل**. سيتم البت في أمر الاستئناف العاجل في غضون أسبوع واحد تقريبًا. قد يستغرق الأمر وقتًا أطول إذا احتاجت BlueCare Tennessee إلى مزيدٍ من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية.

الطوارئ تعني أن الانتظار لمدة 90 يومًا لاتخاذ قرار "نعم" أو "لا" **قد يعرض حياتك أو صحتك الجسدية أو النفسية لخطر حقيقي**.

إذا كانت إحدى هذه الأمور صحيحة بالنسبة لك، يمكنك طلب استئناف عاجل من برنامج CoverKids. تذكر، يمكن أيضًا **لطبيبك** طلب هذا النوع من الاستئناف نيابةً عنك. ولكن القانون يشترط أن يكون لدي طبيبك **تصريح كتابي (موافقة كتابية) من جانبك.**

بعد أن تقدم موافقتك كتابيًا، يمكن لطبيبك مساعدتك عن طريق استكمال شهادة الاستئناف العاجل لمقدم الخدمة، مثل تلك الموجودة في الجزء 8 من هذا الكتيب. إذا كان استئنافك طارئًا، يُمكنك أن تطلب من طبيبك التوقيع على شهادة الاستئناف العاجل من طرف مقدّم الخدمة. يجب أن يرسل طبيبك الشهادة بالفاكس إلى الرقم **888-345-5575.**

سينظر برنامج CoverKids والقائمون على خطتك الصحية BlueCare Tennessee بعد ذلك في استئنافك ويقرران ما إذا كان ينبغي تعجيله. **إذا كان يجب تسريعه،** ستحصل على قرار بشأن استئنافك في غضون حوالي أسبوع واحد. تذكر، قد يستغرق الأمر بضعة أيام أخرى إذا كانت خطتك الصحية تتطلب وقتًا أطول من أجل الحصول على سجلاتك الطبية. ومع ذلك، إذا قرر القائمون على خطتك الصحية أنه لا يجب تسريع استئنافك، فستحصل على جلسة استماع في غضون 90 يومًا من تاريخ تقديم استئنافك.

الاتصال: يمكنك الاتصال بقسم الاستئنافات الطبية لأعضاء برنامج CoverKids مجانًا على الرقم: 800-878-3192. نحن متواجدون لمساعدتك من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 4:30 مساءً بالتوقيت المركزي.

البريد: يمكنك إرسال صفحة استئناف **أو** رسالة تتعلق بمشكلتك بالبريد إلى:

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

لطباعة صفحة الاستئناف من الإنترنت، انتقل إلى:
https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medapp.eal.pdf

إذا كنتَ بحاجةٍ إلى صفحة استئناف طبي أخرى أو ترغب في أن يرسل لك برنامج CoverKids صفحة استئناف طبي، فاتصل **بقسم الاستئنافات الطبية لأعضاء CoverKids** على الرقم: **800-878-3192.** أو يمكنك كتابة استئنافك على ورق عادي.

يمكن لشخص آخر مثل صديق أو طبيبك ملء الصفحة، ولكن يجب أن تمنح موافقتك.

احتفظ بنسخة من استئنافك. دوّن تاريخ إرسالك للاستئناف بالبريد إلى برنامج CoverKids.

الفاكس: بإمكانك إرسال صفحة أو خطاب الاستئناف عبر الفاكس مجانًا إلى **888-345-5575.**

احتفظ بالورقة التي تظهر أن رسالتك بالفاكس قد أُرسلت بنجاح.

بالنسبة لجميع الاستئنافات الطبية، يحتاج برنامج CoverKids إلى:

1. **اسمك** (اسم الشخص الذي يرغب في الاستئناف بشأن رعايته أو دوائه).
2. **رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك (SSN)**.إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فقدم تاريخ ميلادك. اكتب الشهر، واليوم، والسنة.
3. **العنوان** الذي تستلم عليه رسائل البريد.
4. **اسم** الشخص الذي يمكن الاتصال به في حال كان لدى برنامج CoverKids سؤال حول الاستئناف الذي تقدمتَ به (يمكن أن يكون هذا الشخص أنتَ، أو شخصًا آخر).
5. **رقم هاتف الاتصال في النهار** لذلك الشخص (يمكن أن يكون هذا رقم هاتفك، أو رقم هاتف شخص آخر).

ماذا يحتاج برنامج CoverKids من معلومات إضافية لمعالجة استئنافك؟

للحصول على جلسة استماع عادلة بشأن مشاكل الرعاية الصحية، **يجب أن تفعل كلا من هذه الأمور**:

- يجب أن تقدم إلى برنامج CoverKids **الحقائق** التي يحتاج إليها للعمل بشأن الاستئناف الذي تقدمتَ به.
- ويجب أن تخبر برنامج CoverKids **بالخطأ** الذي تعتقد أننا ارتكبناه. يجب أن يكون شيئًا - في حالة كونك على حق- يعني أن برنامج CoverKids سيدفع مقابل هذه الرعاية.

بناءً على السبب الذي يدفعك إلى تقديم استئناف طبي، فيما يلي بعض أنواع المعلومات الأخرى التي يجب أن تخبر برنامج CoverKids بها:

هل تُقدم الاستئناف بخصوص خدمات رعاية أو أدوية لا تزال بحاجة إليها؟ أخبر برنامج CoverKids بما يلي:

- نوع الرعاية الصحية أو الدواء الذي تقدم استئنافًا بشأنه،
- والسبب الذي ترغب في تقديم الاستئناف من أجله. أخبر برنامج CoverKids بأكبر قدر ممكن من المعلومات بشأن المشكلة. تأكد من أنك تقول ما هو الخطأ الذي تعتقد أن برنامج CoverKids ارتكبه. أرسل نسخًا من أي وثائق تعتقد أنها قد تساعد برنامج CoverKids في فهم مشكلتك.

هل تقدم استئنافًا لأنك ترغب في **تغيير خطط الرعاية الصحية؟** أخبر برنامج CoverKids بما يلي:

- **اسم الخطة الصحية التي ترغب في الاشتراك فيها.**
- والسبب الذي يجعلك ترغب في تغيير الخطط الصحية

هل تقدم استئنافًا بشأن الرعاية **التي حصلت عليها بالفعل** وتعتقد أن برنامج CoverKids يجب أن يدفع مقابلها؟ أخبر برنامج CoverKids بما يلي:

- **تاريخ** حصولك على الرعاية أو الدواء الذي ترغب في أن يدفع برنامج CoverKids تكلفته.
- اسم **الطبيب** أو **المكان الآخر** الذي قدم لك خدمات الرعاية أو الأدوية.
- (إذا كان لديك ذلك، فأدرج **عنوان ورقم هاتف الطبيب** أو **المكان الآخر** الذي قدم لك الرعاية).

- **إذا دفعت ثمن الرعاية أو الدواء،** قدم لبرنامج CoverKids **نسخة من إيصال** يثبت أنك دفعت. يجب أن يظهر إيصالك:
  - **نوع الرعاية** التي حصلت عليها وترغب في أن يدفع برنامج CoverKids ثمنها،
  - واسم **الشخص** الذي حصل على الرعاية،
  - واسم **الطبيب أو المكان الآخر** الذي قدم لك خدمات الرعاية
  - و**تاريخ** حصولك على خدمات الرعاية
  - و**المبلغ** الذي دفعته مقابل الحصول على الرعاية.
- إذا كنت تتلقى فاتورة للرعاية أو الدواء، قدم لبرنامج CoverKids نسخة من الفاتورة. يجب أن تظهر الفاتورة:
  - **نوع خدمات الرعاية** التي تتم محاسبتك نظيرها
  - واسم **الشخص** الذي حصل على خدمات الرعاية
  - واسم **الطبيب أو المكان الآخر** الذي قدم لك خدمات الرعاية
  - و**تاريخ** حصولك على خدمات الرعاية
  - و**المبلغ** الذي يضاف إلى فاتورتك

ما الذي يفعله برنامج CoverKids عندما تقدم استئنافًا بشأن مشكلة في الرعاية الصحية لديك؟

1. **عندما يتلقى برنامج CoverKids استئنافك، سيُرسل رسالة إليك تؤكد استلامهم للاستئناف المقدم منك.** إذا طلبت تقديم استئناف عاجل، فسيسأل الخطاب عما إذا كان يمكنك تقديم استئناف عاجل.
2. **إذا كان برنامج CoverKids بحاجةٍ إلى مزيدٍ من الحقائق لمعالجة استئنافك، ستتلقى رسالة توضح الحقائق التي يحتاجها لاستكمال العمل على استئنافك.** يجب عليك تقديم جميع الحقائق التي يطلبها برنامج CoverKids في أسرع وقت ممكن. إذا لم تقدمها، قد ينتهي الاستئناف الخاص بك.
3. **يجب أن يقرّر برنامج CoverKids في أي استئناف عادي خلال 90 يومًا.** إذا كان لديك استئناف طارئ، سيحاول برنامج CoverKids اتخاذ قرار بشأن استئنافك في أسبوع واحد تقريبًا (ما لم يكن بحاجة إلى وقت إضافي للحصول على سجلاتك الطبية).
4. **لاتخاذ قرار بشأن استئنافك، قد تحتاج إلى جلسة استماع عادلة.** للحصول على جلسة استماع عادلة، يجب عليك القول بأن برنامج CoverKids ارتكب خطأ يعني - إذا كنت على حق - أنك ستحصل على الرعاية الصحية أو الخدمة التي تطلبها. قد **لا** تحصل على جلسة استماع عادلة إذا كنت تطلب رعاية أو خدمات لا يغطيها برنامج CoverKids. جلسة الاستماع العادلة تتيح لك أن تخبر القاضي بالخطأ الذي تعتقد أن برنامج CoverKids ارتكبه.

   إذا قال برنامج CoverKids إنه يمكنك الحصول على جلسة استماع عادلة، ستتلقى رسالة توضح متى ستكون جلسة الاستماع الخاصة بك.

ما الذي يحدث في جلسة استماع عادلة بشأن مشاكل الرعاية الصحية؟

1. يمكن أن تكون **جلسة استماعك** عن طريق الهاتف أو بالتواجد شخصيًا. الأشخاص المختلفون الذين قد يحضرون

جلسة الاستماع الخاصة بك يشملون:

- قاضٍ إداري،
- ومحامي من برنامج CoverKids،
- وشاهد من الدولة (شخص مثل طبيب أو ممرض من برنامج CoverKids)، و
- يمكنك التحدث بنفسك، أو يمكنك إحضار شخص آخر، مثل صديق أو محام، للتحدث بالنيابة عنك.

2. **خلال جلسة الاستماع،** يُتاح لك أن تخبر القاضي بالخطأ الذي تعتقد أن برنامج CoverKids ارتكبه. يمكنك تقديم الحقائق والأدلة للقاضي بخصوص صحتك والرعاية الطبية التي تتلقاها. سيستمع القاضي إلى الجميع.
3. **بعد جلسة الاستماع،** ستستلم خطابًا يخبرك بإجابة القاضي. ماذا لو قال القاضي أنك ربحت الاستئناف؟ في هذه الحالة يجب على برنامج CoverKids الموافقة على أن هذا هو القرار الصحيح استنادًا إلى حقائق قضيتك. ينص القانون الفيدرالي على أن **قرار القاضي ليس نهائيًا إلى أن يوافق برنامج CoverKids عليه.** إذا ألغى برنامج CoverKids قرار قاضي، يجب علينا أن نخبرك بالسبب وراء ذلك كتابيًا. سوف يخبرك الخطاب بما يجب عليك فعله إذا كنت لا توافق على قرار برنامج CoverKids.

تذكر، يمكنك معرفة المزيد حول حقوقك في الحصول على جلسة استماع عادلة في الجزء 6 من هذا الكتيب.

الاستئنافات بشأن الأهلية — الاشتراك في برنامج CoverKids أو الاحتفاظ به والمشكلات الأخرى ذات الصلة ببرنامج CoverKids

تتعلق الاستئنافات بشأن الأهلية بمشكلات مثل الاشتراك في برنامج CoverKids أو استمرار الاشتراك فيه، أو إذا كنت تعتقد أنَّ دخلك أو مبالغ مساهمات المنتفع غير صحيحة. يتم تقديم الاستئناف بشأن الأهلية إلى بوابة TennCare Connect، ثم يتم إرساله إلى وحدة الاستئنافات بشأن الأهلية لدى برنامج TennCare.

يتم استخدام الاستئناف بشأن الأهلية لحل مشاكل برنامج CoverKids مثل:

- تلقيك رسالة تفيد بأن برنامج CoverKids الخاص بك سينتهي،
- **أو** أن برنامج CoverKids الخاص بك قد انتهى ولكنك لم تتلقَ رسالة بسبب انتقالك،
- **أو** أنك تعتقد أن مساهمات المنتفع في برنامج CoverKids التي تتحملها غير صحيحة.

إذا كانت لديك مشكلة مماثلة لإحدى المشكلات المذكورة أعلاه، فاتصل ببرنامج TennCare Connect على **855-259-0701.** فهم سيحققون لمعرفة ما إذا كان قد تم ارتكاب خطأ أم لا. وإذا ما قرروا أنك على حق، فإنهم سيقومون بحل المشكلة. ولكن إذا رفضوا الإقرار بوجود خطأ، وكنت لا تزال تعتقد أن هناك خطأ ما في قضيتك، **فإنه يمكنك الاستئناف.**

	عبر الإنترنت: يمكنك تقديم استئناف من خلال حسابك على بوابة TennCare Connect. انتقل إلى: **tenncareconnect.tn.gov**
	الاتصال: يمكنك الاتصال ببرامج TennCare Connect مجانًا على الرقم: **855-259-0701.** نحن متواجدون لمساعدتك من الاثنين إلى الجمعة.
	البريد: يمكنك كتابة استئنافك على ورق عادي وإرساله بالبريد إلى العنوان التالي: **Eligibility Appeals** **P.O. Box 23650** **Nashville, TN 37202-3650** لطباعة نموذج الاستئناف من الإنترنت، انتقل إلى: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html وانقر على رابط الاستئناف بشأن الأهلية. احتفظ بنسخة من استئنافك. اكتب تاريخ إرساله بالبريد إلى بوابة TennCare.
	الفاكس: بإمكانك إرسال صفحة أو خطاب الاستئناف عبر الفاكس مجانًا إلى **844-563-1728.** احتفظ بالورقة التي تظهر أن رسالتك بالفاكس قد أُرسلت بنجاح.

بالنسبة لجميع الاستئنافات بشأن الأهلية، تحتاج وحدة الاستئنافات بشأن الأهلية إلى:

- **اسمك بالكامل** (الاسم الأول، والحرف الأول من الاسم الأوسط، واسم العائلة)
- **رقم الضمان الاجتماعي الخاص** بك إذا كان لديك رقم
- **أسماء الأشخاص الآخرين الذين يعيشون معك** ويواجهون المشكلة ذاتها
- **رقم هاتفك المُخصّص للاتصال نهارًا** وأفضل وقت للاتصال
- **الخطأ المحدد** الذي حدث في اعتقادك. وضّح أكبر قدر ممكن من التفاصيل عن المشكلة.
- أرسل **نسخًا** من أي وثائق تظهر سبب اعتقادك بأن الخطأ قد حدث.

ما هي المعلومات الأخرى التي تحتاجها وحدة الاستئنافات بشأن للأهلية للبدء بمعالجة استئنافك؟

للحصول على جلسة استماع عادلة، **يجب عليك أداء كلا الأمرين التاليين**:

1. يجب عليك تزويد قسم الاستئنافات بشأن الأهلية **بالحقائق** التي تحتاجها للعمل على استئنافك.
2. ويجب عليك أن تخبر وحدة الاستئنافات بشأن الأهلية **بالخطأ** الذي تعتقد أننا ارتكبناه. يجب أن يكون شيئًا - إذا كنتَ على حق - يعني أنه يمكنك الاحتفاظ بتغطية CoverKids الخاصة بك أو استعادتها؛ أو أن مبالغ مساهمات المنتفع في برنامج CoverKids ستتغير.

الجزء السادس: حقوقك ومسؤولياتك كعضو في برنامج CoverKids

لديك الحق في:

- المعاملة باحترام وبطريقة تصون الكرامة. الخصوصية وفي معاملة معلوماتك الطبية والمالية بسرية.
- طلب معلومات حول برنامج CoverKids، وسياساته، وخدماته، ومقدمي الرعاية لديه، وحقوق وواجبات الأعضاء، والحصول عليها.
- طلب معلومات حول الآلية التي يتبعها برنامج CoverKids في دفع تكاليف مقدمي الخدمات، بما في ذلك أي نوع من المكافآت مقابل تقديم الرعاية استنادًا إلى التكلفة أو الجودة، والحصول عليها.
- طلب معلومات حول السجلات الطبية وسجلات التأمين الخاصة بك وفقًا للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية، والحصول عليها. يمكنك رؤية السجلات الطبية وسجلات التأمين الخاصة بك، والحصول على نسخ منها، وطلب تصحيحها في حال كانت غير صحيحة.
- **الحصول على الخدمات من دون التعرض لمعاملة مختلفة بناءً** على العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو اللغة، أو الجنس، أو العمر، أو الدين، أو الإعاقة، أو أي مجموعات أخرى محمية بموجب قوانين الحقوق المدنية. يحق لك الإبلاغ أو تقديم شكوى كتابية إذا كنت تعتقد أنك عُوملت بشكل مختلف. أن يتم التعامل معك بشكل مختلف يعني أنه قد تم التمييز ضدك. إذا قدمت شكوى، فيحق لك مواصلة الحصول على الرعاية من دون الخوف من سوء المعاملة من BlueCare Tennessee أو من مقدمي الخدمات أو من برنامج CoverKids. لتقديم شكوى أو لمعرفة المزيد من المعلومات عن حقوقك، تفضل بزيارة: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
- يمكنك الحصول على الرعاية من دون خوفٍ من ممارسات القيود الجسدية أو العزل المستخدمة من أجل التنمر، أو فرض الانضباط، أو لتمتع الطرف الآخر بالراحة، أو من أجل الانتقام.
- تقديم الاستئنافات أو الشكاوى بشأن برنامج CoverKids أو الرعاية التي تتلقاها. الجزء 5 من هذا الكتيب يشرح لك كيفية القيام بذلك.
- تقديم اقتراحات حول حقوقك ومسؤولياتك أو كيفية عمل برنامج CoverKids.
- اختيار مُقَدِّم رعاية أولية في شبكة BlueCare Tennessee. يمكنك رفض الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات محددين.
- احصل على الرعاية الطبية الضرورية المناسبة لك، عندما تحتاجها. يشمل هذا الحصول على **خدمات الطوارئ، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.**
- احصل على معلومات بطريقة يسهل فهمها حول رعايتك وحول كل أنواع العلاج المختلفة التي يمكن أن تكون ملائمة لك، بغض النظر عن تكلفتها أو حتى عدم خضوعها للتغطية.
- ساعد في اتخاذ قراراتك بشأن رعايتك الصحية.
- ضع وصية حياة أو خطة الرعاية المسبقة، واحصل على تعليمات حول التوجيهات الطبية المقدمة.
- تغيير الخطط الصحية. إذا كنت جديدًا في برنامج CoverKids، يمكنك تغيير الخطط الصحية مرة واحدة خلال 90 يومًا بعد الحصول على تغطية برنامج CoverKids. بعد ذلك، يمكنك طلب تغيير الخطط الصحية من خلال عملية الاستئناف. هناك أسباب معينة تبرر تغيير الخطط الصحية. الجزء 4 من هذا الكتيب يوضح لك المزيد حول تغيير الخطط الصحية.
- الطلب من برنامج CoverKids إعادة النظر في أي خطأ تعتقد أنه قد حدث بخصوص الاشتراك في برنامج CoverKids أو استمرار مشاركتك فيه أو بخصوص الحصول على الرعاية الصحية.

- إنهاء مشاركتك في برنامج CoverKids في أي وقت.
- ممارسة أيٍّ من هذه الحقوق من دون تغيير الطريقة التي يعاملك بها برنامج CoverKids أو مقدمي الخدمات التابعين له.
- يجب على CoverKids التأكد من أن موظفيها ومقدمي الخدمات المتعاقدين معها يحترمون حقوق الأعضاء ويحمونها.

حقوقك في البقاء مع BlueCare Tennessee

بصفتك عضوًا في BlueCare Tennessee، **لا يمكن** نقلك منه لمجرد:

- أن صحتك تزداد سوءًا.
- أن لديك مشكلة طبية بالفعل. يُسمّى هذا بحالة موجودة مسبقًا.
- أن علاجك الطبي مُكلّف.
- طريقة استخدامك لخدماتك.
- أنك تعاني من حالة صحية سلوكية (الصحة النفسية أو اضطراب تعاطي المخدرات).
- أن احتياجاتك الخاصة تجعلك تتصرف بطريقة غير تعاونية أو مخلة بالنظام.

الأسباب الوحيدة التي يمكن بموجبها أن يتم نقلك من برنامج CoverKids هي:

- إذا بلغت سن 19 عامًا
- إذا حصلت على تأمين صحي آخر
- إذا **انتقلت** خارج حدود منطقة تغطية CoverKids
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقات هويتك، أو إذا استخدمتَ برنامج CoverKids للحصول على أدوية بغرض بيعها
- إذا أنهيت اشتراكك في برنامج CoverKids أو انتهى اشتراكك فيه لأسباب أخرى
- إذا لم **تجدّد** تغطية CoverKids الخاصة بك في الوقت المناسب، أو إذا لم تقدم لبرنامج CoverKids المعلومات التي يطلبها عند تجديد التغطية
- إذا لم تخبر برنامج CoverKids بأنك انتقلت، وتعذر عليه العثور عليك
- إذا كنت تكذب للاشتراك في برنامج CoverKids أو استمرار المشاركة فيه
- عند وفاتك

حقك في الاستئناف

في برنامج CoverKids، تحصل على الرعاية الصحية من خلال خطتك الصحية فيه، وهي BlueCare Tennessee. لديك حقوق عندما يتم اتخاذ إجراء يمنعك من الحصول على الرعاية الطبية أو رعاية الأسنان أو الرعاية الصيدلانية عندما تحتاج إليها.

لديك الحق في الحصول على إجابة من القائمين على خطتك الصحية عندما تطلب أنتَ أو طبيبك الرعاية.

بالنسبة لبعض أنواع الرعاية، يجب على طبيبك الحصول على الموافقة من القائمين على خطتك الصحية قبل أن يدفع برنامج CoverKids مقابلها. يُطلق عليها "التفويض المسبق" أو "PA اختصارًا". ماذا لو طلب طبيبك من القائمين على خطتك الصحية الموافقة على تقديم الرعاية الصحية لك؟ يجب على خطتك الصحية تقرير ذلك خلال 7 أيام. إذا لم تتمكن من الانتظار 7 أيام للحصول على الرعاية التي تحتاجها، فيمكنك أن تطلب منهم اتخاذ القرار في وقت أقرب. يُسمّى ذلك التصريح

المسبق العاجل. يجب البت في التصريح المسبق العاجل في غضون 72 ساعة.

لديك الحق في الحصول على رسالة من برنامج CoverKids الخاص بك إذا:

- رفض خطتك الصحية في برنامج CoverKids طلبك أو طلب طبيبك الحصول على الرعاية الصحية
- **أو** تعين عليك الانتظار وقتًا طويلاً للحصول على الرعاية الصحية
- **أو** إذا أوقفت خطتك الصحية في برنامج CoverKids رعايتك الصحية أو أدخلت تغييرًا عليها

يجب أن يَرِد في الخطاب **السبب** الذي يمنعك من الحصول على الرعاية **وما الذي يمكنك القيام به** حيال هذا الأمر.

إذا قررت **خطتك الصحية** تغيير الرعاية التي تتلقاها، فينبغي أن تتلقى خطابًا قبل تطبيق التغيير بمدة لا تقل عن **10 أيام قبل** حدوث التغيير. ماذا إذا قرر **طبيبك** تغيير الرعاية التي تحصل عليها؟ بالنسبة لأنواع الرعاية المدرجة أدناه، يجب أن يحصل **الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا** على خطاب **قبل يومي عمل** من حدوث التغيير ويجب أن يحصل **البالغون الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا فأكثر** على خطاب **في يوم خروجهم من المستشفى**:

- علاج مشكلات الصحة السلوكية (اضطراب الصحة النفسية أو تعاطي المخدرات) في مستشفى أو مكانٍ آخر يجب أن تقيم فيه للحصول على الرعاية (خدمات الطب النفسي للمرضى الداخليين أو خدمات دور الإيواء)
- رعاية مشكلة صحية طويلة الأجل عندما لا تستطيع خطتك الصحية إعطائك النوع التالي من الرعاية التي تحتاج إليها لهذه المشكلة
- خدمات الصحة المنزلية
- إذا لم يرسل القائمون على خطتك الصحية أو طبيبك الخطاب في الوقت المُحدّد، فهذا يعني **عدم** استطاعتهما تغيير الرعاية التي تحصل عليها

يحقُ لك تقديم استئناف:

- إذا رفض برنامج CoverKids طلبك أو طلب طبيبك للحصول على الرعاية الصحية
- **أو** إذا أوقف برنامج CoverKids رعايتك الصحية أو أدخل تغييرًا عليها
- **أو** إذا تعين عليك الانتظار وقتًا طويلاً للحصول على الرعاية الصحية
- **أو** إذا كانت لديك فواتير رعاية صحية تعتقد أن برنامج CoverKids كان يجب أن يدفع ثمنها ولكنه لم يفعل

يمكنك تقديم استئناف في **غضون 60 يومًا فقط** من اكتشاف وجود مشكلة.

يمكن لشخص لديه الحق القانوني في التصرف نيابةً عنك أن يقدم استئنافًا نيابة عنك أيضًا. يمكنك أيضًا تسمية قريب، أو صديق، أو محامٍ، أو وكيل، أو طبيب، أو أي شخص آخر للتصرف نيابةً عنك.

للمزيد من المعلومات حول تقديم استئناف، راجع الجزء 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

يقع على عاتقك مسؤولية:

- فهم المعلومات الموجودة في كتيب الأعضاء والوثائق الأخرى التي نرسلها إليك.

- إظهار بطاقة هوية برنامج CoverKids عند حصولك على الرعاية الصحية.
- الذهاب إلى مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الطبية لديك إلا إذا:
  - أحالك مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك إلى أخصائي لتلقي الرعاية اللازمة.
  - كنت سيدة حامل أو كنت تتلقين الفحوصات الدورية للنساء السليمات.
  - كانت حالتك طارئة.
- الاستعانة بمقدمي خدمات الرعاية الصحية من داخل شبكة مقدمي الخدمة في البرنامج. لكن يمكنك رؤية أي مقدم خدمة إذا كانت الحالة طارئة. ويمكنك رؤية أي شخص قد تمت الموافقة عليه.
- أخبر مقدم الرعاية الأولية المتابع لك بالوقت الذي تعيّن عليك فيه الانتقال إلى غرفة الطوارئ. أخبر مقدم الرعاية الأولية المتابع لك قبل حصولك على الرعاية في غرفة الطوارئ في غضون 24 ساعة.
- تقديم المعلومات إلى برنامج CoverKids ومقدمي خدمات الرعاية الصحية المتابعين لحالتك حتى يتمكنوا من العناية بك.
- اتّباع التعليمات والقواعد الموجودة في الكتيب حول تغطيتك ومزاياك. يجب عليك أيضًا اتباع التعليمات والقواعد من الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية الصحية.
- ساعد في اتخاذ القرارات الخاصة برعايتك الصحية.
- اعمل مع مقدم الرعاية الأولية المتابع لك لكي تفهم مشاكلك الصحية. يجب عليك أيضًا العمل مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للتوصل إلى خطة علاجية تتفقان على أنها ستساعدك.
- تعامل مع مقدم الرعاية الصحية المتابع لك باحترام.
- الالتزام بمواعيد الرعاية الصحية والاتصال بالعيادة لإلغاء الموعد إذا تعذَّر عليك الحضور في الموعد.
- عدم السماح لأي شخص آخر باستخدام بطاقة هوية برنامج CoverKids وإبلاغنا إذا فقدتها أو سُرِقَت منك.
- إخبار برنامج CoverKids بأي تغييرات مثل:
  - إذا قمتَ أنت أو أحد أفراد أسرتك بتغيير اسمك، أو عنوانك، أو رقم هاتفك.
  - إذا حدث تغيير في حجم أسرتك.
  - إذا حصلت أنتَ أو أحد أفراد أسرتك على وظيفة، أو فقدت وظيفتك، أو غيَّرت الوظيفة.
  - إذا حصلت أنتَ أو أحد أفراد أسرتك على تأمين صحي آخر أو أصبح بإمكانك الحصول على تأمين صحي آخر.
- دفع أي مبالغ مساهمات المنتفع يتعين عليك دفعها.
- إخبارنا إذا كان لديك شركة تأمين أخرى يجب أن تدفع تكاليف رعايتك الطبية. قد تكون شركة التأمين الأخرى شركة التأمين على السيارة، أو المنزل، أو أجور العمال.

إشعار ممارسات الخصوصية

تُطالِب الحكومة الفيدرالية برنامج TennCare بتزويدك بإشعار الخصوصية هذا. يوضح هذا الإشعار الطرق التي قد يتم من خلالها استخدام معلوماتك الشخصية ومشاركتها. كما يخبرك بكيفية الوصول إلى هذه المعلومات وتصحيحها. تُرجى مراجعة هذا الإشعار بعناية.

برنامج CoverKids الخاص بك **لا** يتغير. لا يجب عليكِ القيام بأي شيء.

سيخبرك هذا الإشعار بما يلي:

- أنواع المعلومات الشخصية التي نحتفظ بها،
- السبب وراء تجميعها،
- كيفية تجميعها،
- كيفية مشاركتها،
- مع مَنْ نشاركها،
- مدة الاحتفاظ بها،
- ماذا تفعل إذا كنت لا ترغب في مشاركة معلوماتك مع أشخاص معينين؟،
- حقوقك المتعلقة بمعلوماتك.

أنواع المعلومات الشخصية التي نحتفظ بها:

عندما تقدمت بطلب للحصول على مزايا برنامج Coverkids، أخبرتنا باسمك، وعن الأشخاص في أسرتك، ومكان إقامتك. كما أخبرتنا بدخلك ومواردك.

نحصل على معلومات من مقدمي الرعاية الصحية والوكالات الفيدرالية أو الوكالات الأخرى في الولاية للمساعدة في طلبك. قد نحتفظ أيضًا بحقائق صحية أخرى مثل:

- قائمة الخدمات الصحية والعلاجات التي تحصل عليها.
- ملاحظات أو سجلات من طبيبك، أو صيدليتك، أو مستشفاك، أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
- قائمة الأدوية التي تتلقاها حاليًا أو التي تلقيتها من قبل.
- نتائج الأشعة السينية والاختبارات المعملية.
- المعلومات الجينية ("الجينات" هي سمات عائلية مثل لون الشعر أو لون العين. ويمكن أن تكون أيضًا حالات صحية مشتركة مع أقاربك بالدم).

السبب وراء تجميعنا معلوماتك الشخصية:

تسمح لنا القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بجمع هذه المعلومات والاحتفاظ بها واستخدامها لتقديم الخدمات لك. وتُستخدم هذه المعلومات من أجل:

- البت في أمر أهليتك للحصول على برامجنا،
- والعمل مع شركائنا لتزويدك بالخدمات،
- والعمل على تحسين الخدمات التي نقدمها لك.

تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية على وجوب التزامنا بقواعد الخصوصية التي تقضي بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الشخصية. يجب على كل شخص يعمل معنا أيضًا اتّباع قواعد الخصوصية تلك.

الكيفية التي نجمع بها معلوماتك الشخصية، أو نستخدمها، أو نُشاركها:

من أجل سريان برنامج Medicaid، قد نجمع معلومات عنك وعن أفراد أسرتك من طلبات التقديم للحصول على الخدمات أو من شركائنا. وقد يتضمن شركاؤنا:

- الوكالات الفيدرالية مثل إدارة الضمان الاجتماعي أو دائرة الإيرادات الداخلية.
- الإدارات الحكومية مثل إدارة الخدمات الإنسانية في ولاية تينيسي، أو إدارة العمل في ولاية تينيسي، أو إدارة الصحة في ولاية تينيسي
- شركاء TennCare مثل منظمات الرعاية المُدارة ومقدمي الخدمات.

قد تستخدم مواقعنا الإلكترونية ملفات تعريف الارتباط. هذه أجزاء صغيرة من البيانات توضع على محرك الأقراص الثابت في جهازك لجمع المعلومات التي أدخلتها. نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تسهيل استخدامك لموقعنا الإلكتروني وتحسين الكيفية التي يعمل بها. ليس عليك قبول ملفات تعريف الارتباط منا، ولكن إذا اخترت عدم قبولها، فقد لا تكون بعض الوظائف على موقعنا متاحة لك.

لا يجوز لنا استخدام معلوماتك الشخصية أو مشاركتها إلا على النحو الذي يجيزه القانون لنا.

متى نحتاج إلى إذنك لمشاركة معلوماتك الشخصية:

في بعض الأحيان، سنحتاج إلى إذن كتابي منك قبل أن يكون بإمكاننا مشاركة معلوماتك الشخصية. سنطلب منك توقيع وثيقة تمنحنا بموجبها إذنًا منك يسمح لنا إذا كنا بحاجة إلى استخدام أو مشاركة أي من المعلومات التالية:

- الملاحظات التي يُدوّنها المعالج أثناء جلسات العلاج (تُسمى ملاحظات العلاج النفسي)؛
- المعلومات الشخصية المتاحة لدى الشركات التي تستخدم المعلومات لمحاولة الحصول على بيانات أعمال أشخاص آخرين (لأغراض متعلقة بالتسويق)؛ و
- المعلومات الشخصية المتاحة لدى شخص آخر نظير أموال.

هل يمكنك إلغاء إذنك؟ نعم، يمكنك التراجع عن إذنك، ولكن يجب أن تخبرنا بذلك كتابيًا. لا يمكننا استرداد المعلومات الشخصية التي شاركناها بالفعل.

متى لا نحتاج إلى إذنك لمشاركة معلوماتك الشخصية:

تتيح لنا قواعد الخصوصية مشاركة معلوماتك الشخصية *من دون طلب إذن منك* للوفاء للأشخاص التالي ذكرهم، أو للوفاء بالأغراض التالية، بما في ذلك:

- أنت. أن يكون بإمكاننا مساعدتك في التوصل إلى الرعاية المناسبة لك وتحديد موعد لها، وإرسال أخبار لك عن الخدمات الصحية.
- مع أشخاص آخرين معنيين برعايتك، مثل أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية. يمكنك أن تطلب منا أيضًا عدم مشاركة معلوماتك الشخصية مع أشخاص معينين.
- أن نوضح لك أنك أصبحت تتمتع بتغطية برنامج CoverKids ولمساعدتك في الحصول على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها.
- أن ندفع مقابل خطتك الصحية وأجر مقدمي الرعاية الصحية
- أن نُحسِّن البرنامج والخدمات التي نقدمها لك

يجوز لنا مشاركة معلوماتك الشخصية مع الأشخاص أو المنظمات العاملة مع برنامج CoverKids مثل:

- مقدمو الرعاية الصحية مثل الأطباء والممرضات والمستشفيات والعيادات
- خطتك الصحية أو الشركات الأخرى التي لديها عقود مع برنامج CoverKids
- الأشخاص الذين يساعدون في الاستئنافات إذا قدمت استئنافًا لبرنامج CoverKids. يمكنك تقديم استئنافك بنفسك، أو

إرساله كتابيًا، أو عبر الهاتف. قد يكون معك أشخاص آخرون أحيانًا في جلسة الاستماع الخاصة باستئنافك.
- الوكالات الحكومية الفيدرالية أو المحلية أو التابعة للولاية التي تقدِّم الرعاية الصحية أو تتحقق منها.

في بعض الحالات، يسمح لنا القانون أيضًا بمشاركة معلوماتك الشخصية مع:
- قضاة التحقيق في أسباب الوفاة، أو مراكز تجهيز الجنائز، أو مقدمي الخدمات الذين يقدمون خدمات مثل زراعة الأعضاء.
- الباحثون في المجال الطبي. ويتعين عليهم الحفاظ على خصوصية معلوماتك الشخصية.
- وكالات الصحة العامة لتحديث سجلاتها الخاصة بالمواليد والوفيات، أو لتعقب الأمراض.
- المحكمة عندما ينص القانون على ضرورة قيامنا بذلك أو عندما يصدر لنا أمر بذلك.
- الشرطة أو للوفاء بأسباب أخرى متعلقة بالقانون أو التحقيقات. يمكننا الإبلاغ عن الاحتيال، أو إساءة الاستخدام، أو الإهمال.
- وكالات أخرى - مثل استخدامها من أجل الأنشطة العسكرية أو أنشطة قدامى المحاربين، والأمن القومي، والسجون.

يمكننا أيضًا مشاركة معلوماتك الشخصية، إذا حذفنا منها المعلومات التي تدل على هويتك. ولا يمكننا مشاركة معلوماتك الشخصية مع أي شخص فحسب. وحتى في حالة مشاركة هذه المعلومات، لا يمكننا إلا مشاركة المعلومات التي يحتاج إليها الشخص من أجل تأدية مهام عمله بالفعل. ولا يمكننا مشاركة معلوماتك الوراثية لاتّخاذ قرارات حول أهليتك للحصول على برنامج CoverKids.

ما المدة التي نحتفظ فيها بمعلوماتك الشخصية؟

سيحتفظ برنامج CoverKids بمعلوماتك الشخصية طالما كانت هناك حاجة إليها للسماح لنا بتقديم الخدمات لك وإدارة برنامج CoverKids. نتخلص من المعلومات وفقًا لما تقتضيه القوانين واللوائح على مستوى الولاية وعلى المستوى الفيدرالي.

ماذا إذا كنت لا تريد مشاركة جميع معلوماتك الشخصية؟

يجب أن تقدم لنا طلبًا مكتوبًا إذا كنت لا ترغب في قيامنا بمشاركة معلوماتك الشخصية. يجب أن تخبرنا بالمعلومات الشخصية التي لا تريد مشاركتها والأشخاص أو الجهات التي لا ترغب في أن نشارك معلوماتك الشخصية معها. على سبيل المثال، يُمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة معلوماتك الشخصية إذا:
- دفعت تكاليف الرعاية التي حصلت عليها من جيبك الخاص، و
- طلبت من طبيبك عدم مشاركة معلوماتك الشخصية بخصوص هذه الرعاية.

هناك حالات أخرى لن نُشارك فيها معلوماتك الشخصية إذا طلبت منّا ذلك. سنوافق على طلبك إذا كان بوسعنا ذلك، ولكننا قد لا نوافق إذا كنت طفلاً قاصرًا أو إذا كان القانون يجيز لنا مشاركة المعلومات الشخصية. إذا كنّا لا نستطيع الموافقة، فسنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب ذلك. ماذا إذا لم تطلب منا عدم مشاركة معلوماتك الشخصية؟ لن يجوز لنا استخدام هذه المعلومات ومشاركتها سوى على النحو الموضح في هذا الإشعار.

الحقوق المكفولة لك فيما يتعلق بمعلوماتك الشخصية:

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، فإنك تتمتع بحقوق معينة. يوضح لك هذا القسم حقوقك وبعض الطرق التي يمكننا من خلالها مساعدتك.

الحصول على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك

- يمكنك أن تطلب الاطلاع على سجلك والمعلومات الصحية الأخرى التي لدينا عنك أو الحصول على نسخة منها. ويجب أن تطلب ذلك كتابيًا.
- يمكننا تقديم نسخة أو ملخص لمعلوماتك، عادةً في غضون 30 يومًا من طلبك.
- إذا تم رفض طلبك، فسنخبرك بالسبب، وسنخبرك بحقوقك.
- قد يتعين عليك دفع تكلفة نسخ النُسخ الخاصة بك وإرسالها بالبريد.

الاتصالات

- يُمكنك أن تطلب منا كتابةً التواصل معك بطريقة مختلفة أو في مكان مختلف. إذا كانت الكتابة أو التحدث إليك يعرضك للخطر، فأخبرنا من خلال برنامج TN Safe at Home باستخدام المعلومات أدناه.

  رقم الهاتف : 1-615-253-3043

  الموقع الإلكتروني: https://sos.tn.gov/SafeAtHome

  عنوان البريد الإلكتروني: TNSOS.SAFE@TN.Gov
- يمكنك أن تطلب منا عدم إرسال خطابات إليك بخصوص جمع التبرعات.

مطالبتنا بالحد مما نستخدمه أو نشاركه

- يجب أن تقدم لنا طلبًا مكتوبًا إذا كنت لا ترغب في قيامنا بمشاركة معلوماتك الشخصية.
- يجب أن تخبرنا بالمعلومات الشخصية التي لا تريد مشاركتها والأشخاص أو الجهات التي لا ترغب في أن نشارك معلوماتك الشخصية معها. على سبيل المثال:
  - دفعت تكاليف الرعاية التي حصلت عليها من جيبك الخاص،
  - طلبت من طبيبك عدم مشاركة معلوماتك الشخصية بخصوص هذه الرعاية.

الحصول على قائمة بمن شاركنا معهم المعلومات (خارج برنامج TennCare)

يمكنك أن تطلب كتابيًا قائمة بالأشخاص أو الجهات التي شاركنا معها معلوماتك الشخصية في السنوات الست السابقة لتاريخ طلبك. ولكن لن تتضمن هذه القائمة الحالات التي شاركنا فيها هذه المعلومات بعد الحصول على إذن منك بذلك أو حالات المشاركة الأخرى التي ينص فيها القانون على عدم حاجتنا للحصول على إذن منك. على سبيل المثال، عندما نستخدم المعلومات الشخصية

- لمساعدتك في الحصول على الرعاية الصحية أو دفع تكاليفها
- لإدارة برنامجنا
- لتقديمها إلى جهات إنفاذ القانون إذا كنا ملزمين بفعل ذلك.

الحصول على نسخة من هذا الإشعار

يمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى إذا كنت قد وافقت على استلام الإشعار إلكترونيًا. سنقدم لك نسخة ورقية في أقرب وقت ممكن.

مطالبتنا بتصحيح سجلك

يمكنك أن تطلب منا تغيير المعلومات الشخصية الخاطئة. يجب أن تطلب ذلك كتابةً وتخبرنا لماذا يتعين علينا تغييرها. إذا كنّا لا نستطيع إجراء التغيير، فسنرسل لك خطابًا يخبرك بالسبب.

مسؤولية برنامج TennCare تجاهك:

يُحافظ برنامج TennCare على أمان معلوماتك الشخصية. نحرص على حماية خصوصية معلوماتك الشخصية وأمنها، وسريتها. في حالة إفشاء معلوماتك الشخصية، قد يتعين علينا إبلاغك وإبلاغ السلطات الفيدرالية. يجب أن نخبرك في الحالات التالية:

- إذا كانت نوعية المعلومات التي تم تسريبها يمكن أن تُحدِّد هويتك (مثل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، أو تاريخ ميلادك) أو سجلات علاجك، و
- إذا استخدم أي شخص آخر معلوماتك الشخصية أو اطلع عليها فعليًا، و
- الإجراءات التي اتّخذناها في سبيل الحد من مخاطر إساءة استخدام معلوماتك الشخصية.

التواصل معك:

وفقًا للقانون الفيدرالي لحماية المستهلك من الاتصالات الهاتفية، يجوز لنا ولشركائنا مثل الخطط الصحية أو مقدمي الخدمات الاتصال بك أو إرسال رسالة نصية إليك باستخدام نظام اتصال هاتفي تلقائي لإخبارك بخيارات العلاج أو المزايا والخدمات الأخرى المتعلقة بالصحة. أخبرنا إذا كنت لا ترغب في أن يتم الاتصال بك عبر الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم: 1-888-382-1222. أو اتصل بخطتك الصحية لإضافة رقم هاتفك إلى قائمة "عدم الاتصال".

الطلبات - أرسل إلينا الطلبات كتابة:

يجب أن تكون طلباتك كتابة. نقترح إرسال خطاب بالبريد. تأكد من إخبارنا بما تطلبه منا. اكتب اسمك، وتاريخ ميلادك، ورقم تعريف TennCare *أو* الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم ضمانك الاجتماعي في خطابك. أرسل الخطاب إلى:

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

يمكنك أيضًا اختيار التواصل معنا باستخدام البريد الإلكتروني. إذا كنت ترغب في استخدام البريد الإلكتروني، فيُرجى الاتصال بمكتب الخصوصية التابع لبرنامج TennCare أولاً دون تضمين أي معلومات حساسة (مثل تاريخ الميلاد أو رقم تعريف TennCare) حتى نتمكن من الرد باستخدام بوابة بريد إلكتروني آمنة. إذا أرسلت بريدًا إلكترونيًا يحتوي على معلومات حساسة دون استخدام بوابة بريد إلكتروني آمنة، فإنك تصبح عرضة لمخاطر احتمالية قراءة المعلومات الشخصية أو الوصول إليها من جانب جهة خارجية في أثناء إرساله.

احتفظ بنسخة من الخطاب في سجلاتك. هل لديك أسئلة؟ هل تحتاج إلى مساعدة في تقديم طلبك؟ اتصل ببوابة TennCare Connect على الرقم **855-259-0701** مجانًا.

التغييرات الخاصة بهذا الإشعار:

قد تتغير سياسات وإجراءات TennCare من دون إرسال إشعار مسبق. سنستخدم السياسات والإجراءات التي لدينا عند تقديمك لطلبك.

قد تتغير أيضًا قواعد الخصوصية الفيدرالية وممارسات الخصوصية الخاصة ببرنامج TennCare. إذا أُدخِلت تغييرات مهمة، فقد نرسل إليك نحن أو المسؤولون عن خطتك الصحية هذه التغييرات كتابيًا. يحق لنا إجراء تغييرات على جميع الحقائق الصحية الموجودة لدينا أو على الحقائق الصحية الجديدة التي نتلقاها.

تم تحديث هذا الإشعار في أكتوبر 2023، وينطبق على جميع الحقائق الصحية الموجودة لدينا. إذا كنت بحاجة إلى نسخة جديدة أو إذا كنت تريد التحقق من وجود تغييرات، فانتقل إلى: http://www.tn.gov/tenncare/. يتوفر أحدث إصدار من هذا الإشعار باسم "إشعار حول ممارسات الخصوصية".

الأسئلة أو الشكاوى المتعلقة بالخصوصية

تمتثل TennCare لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والخاصة بالولايات. نحن لا نميّز بين الأشخاص أو نعاملهم بشكل غير عادل بسبب عرقهم أو لونهم أو أصلهم القومي أو لغتهم أو جنسهم أو عمرهم أو إعاقتهم أو أي فئات أخرى محمية. لن تتم معاقبتك إذا تقدمت بشكوى أو طلبت المساعدة.

هل لديك أسئلة؟ هل تعتقد أن حقوق خصوصيتك قد تم انتهاكها؟ هل تعتقد أنك تعرضت للتمييز؟ يمكنك الاتصال ببرنامج TennCare Connect مجانًا على الرقم 1-855-259-0701. أو يمكنك الكتابة إلى أو الاتصال بـ:

جهة الاتصال المعنية بالأسئلة والمخاوف المتعلقة بالخصوصية

Division of TennCare Attention: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 الهاتف: 866-797-9469 البريد الإلكتروني: Privacy.TennCare@tn.gov	U.S. Department 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 30303-8931 الهاتف: 866-627-7748 الموقع الإلكتروني: www.hhs.gov/ocr/complaints

مسؤوليتك في الإبلاغ عن ممارسات الاحتيال وإساءة الاستخدام

يتمتع معظم أعضاء برنامج CoverKids ومقدمي الخدمات التابعين له بالنزاهة. ولكن حتى عدد قليل من الأشخاص غير النزيهين يمكن أن يضر برنامج CoverKids. الأشخاص الذين يكذبون عمدًا من أجل الحصول على تغطية برنامج CoverKids قد تُفرَض عليهم غرامة أو يتم إرسالهم إلى السجن.

إذا اكتشفت حالة احتيال أو سوء استخدام في برنامج CoverKids، فيجب عليك إخبارنا بها. ولكن ليس عليك أن تخبرنا باسمك.

يمكن أن تشمل حالات الاحتيال وسوء الاستخدام بالنسبة لأعضاء CoverKids أمور مثل:

- الكذب بشأن الحقائق من أجل الحصول على تغطية برنامج CoverKids أو الإبقاء عليها
- إخفاء أي حقائق حتى يمكنك الحصول على تغطية برنامج CoverKids أو الإبقاء عليها
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة هوية CoverKids الخاصة بك
- بيع أدويتك التي تُصرَف بوصفة طبية لأي شخص آخر أو إعطاؤها له

قد تشمل حالات الاحتيال وسوء الاستخدام بالنسبة لمقدمي الخدمات التابعين لبرنامج CoverKids أمورًا مثل:

- تحميل برنامج CoverKids بفواتير عن خدمات لم يتم تقديمها أبدًا
- تحميل برنامج CoverKids بفواتير مرتين عن الخدمة نفسها

لإخبارنا عن الاحتيال وإساءة الاستخدام، تواصل مع القائمين على خطة BlueCare Tennessee **على الخط الساخن مجانًا على الرقم: 888-325-8386.**
وفي ما يلي بعض الأماكن الأخرى التي يمكنك الاتصال بها أو الكتابة إليها لإبلاغنا عن الاحتيال أو إساءة الاستخدام:

احتيال الأعضاء:
مكتب المفتش العام (OIG)
P.O. Box 282368
Nashville, TN 37228
800-433-3982
https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html

احتيال مقدمي الخدمات:

مكتب النزاهة التابع لبرنامج TennCare

Division of TennCare
Attn: Program Integrity Tip Department
310 Great Circle Road
Nashville, TN 37243
https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html

Tennessee Bureau of Investigation (TBI)
Medicaid Fraud Control
901 R.S. Glass Blvd
Nashville, TN 37216
800-433-5454
https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html

الجزء 7: وثائق الرعاية الصحية التي قد تحتاجها

طلب تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)

لتغيير مقدم الرعاية الأولية المتابع لك عبر الإنترنت، سجّل دخولك إلى حساب BlueCare Tennessee الخاص بك. يمكنك أيضًا طلب نموذج ورقي عن طريق الاتصال بالرقم: 888-325-8386.

نموذج شكوى من التمييز لدى برنامج TennCare

لا يمارس برنامج TennCare التمييز ضد الأشخاص بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، بما في ذلك الإجادة المحدودة للغة الإنجليزية واللغة الرئيسية، أو العمر، أو الإعاقة، أو الديانة، أو نوع الجنس. إذا كنتَ بحاجةٍ إلى تعديلات معقولة أو تعتقد أنه تمت معاملتك بشكل مختلف أو ممارسة أي تمييز ضدك، فيمكنك تقديم تظلم (شكوى) إلى مكتب الامتثال للحقوق المدنية التابع لبرنامج TennCare على:
البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov
عبر الإنترنت: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
البريد: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243
الهاتف: 615-507-6474 (TRS 711)

هل تحتاج إلى مساعدة في تقديم تظلم؟ اتصل ببرنامج TennCare Connect على الرقم 855-259-0701. للإبلاغ عن أي شكوى إلى برنامج TennCare، انتقل إلى:

نموذج التمييز في TennCare باللغة الإنجليزية

نموذج التمييز في TennCare باللغة الإسبانية

نموذج التمييز في TennCare باللغة العربية

لطلب نسخة ورقية، اتصل على الرقم 615-507-6474 أو مجانًا على الرقم 855-857-1673 (رقم ترحيل الاتصالات: 711).

نموذج الاستئناف الطبي

وتتعلق بمشاكل مثل إقناع القائمين على خطتك الصحية بالموافقة على خدمة قال طبيبك إنك بحاجة إليها.

لتقديم استئناف طبي، أكمل نموذج الاستئناف الطبي للعضو:

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

لطلب نسخة ورقية من النموذج، اتصل بالرقم 1-800-878-3192.

شهادة مقدم خدمة العلاج: استئناف *عاجل* بخصوص برنامج TennCare

يتم الفصل في الاستئناف العادي الخاص بالخدمات الطبية في غضون تسعين (90) يومًا بحد أقصى. ولكن، يجب الفصل في الاستئناف العاجل، بسبب الحالة الصحية للمريض، في غضون أسبوع (أو ثلاثة أسابيع بحد أقصى إذا تم منح الخطة الصحية وقتًا إضافيًا من أجل الحصول على السجلات الطبية للمريض ومراجعتها). لن يتم تعجيل الاستئناف إلا إذا كان الانتظار لمدة تصل إلى تسعين (90) يومًا حتى الفصل فيه "يشكل خطرًا داهمًا مما يهدد حياة المشترك، أو صحته البدنية أو النفسية، أو قدرته على التمتع بكامل وظائف جسمه، أو استعادتها، أو الحفاظ عليها".

لطلب استئناف عاجل لمريضك، أكمل شهادة مقدمي الاستئنافات العاجلة:

ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf (tn.gov)

لطلب نسخة ورقية من النموذج، اتصل بقسم الاستئنافات الطبية لأعضاء TennCare مجانًا على الرقم **1-800-878-3192**.

التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية

وضعت إدارة الصحة في ولاية تينيسي نموذجًا واحدًا يسمح لك بإخبار عائلتك وأطبائك بما تريد أن يحدث بشأن رعايتك الصحية ومن الشخص الذي تريده أن يتخذ قرارات بشأن رعايتك الصحية، إذا أصبحت غير قادر على اتّخاذ قرار بنفسك. إذا ذكرت اسم شخص ليصبح وكيلك في استخدام هذا النموذج، فقد يُسمح له باتّخاذ قرارات أخرى لا تتعلق بالرعاية الطبية، ما لم تكتب على النموذج بأنّه لا يمكنه القيام بذلك. يمكن العثور على نموذج التوجيه المسبق للرعاية الصحية على:

اتخاذ قرارات الرعاية الصحية (tn.gov)

الجزء 8: معلومات إضافية

الجدول الزمني للتطعيم وفق برنامج CoverKids

بمقتضى برنامج CoverKids للأطفال دون سن ال 19 نغطي:

زيارات منتظمة ودورية إلى الطبيب للتحقق مما إذا كان الطفل ينمو بشكلٍ طبيعي، وللتحقق مما إذا كان يعاني من أي مشاكل في الصحة البدنية أو السلوكية (الصحة النفسية، أو إدمان الكحول أو المخدرات)، بالإضافة إلى مشكلات في الأسنان، أو حالات أخرى. تسمى هذه الزيارات "الفحوص" (أو "الفحوصات") ويجب أن تحدث وفقًا للجدول الزمني للفحوص الدورية الذي وضعته الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP).

على سبيل المثال:

- الأطفال من الولادة حتى سن 30 شهرًا لديهم الحق في الحصول على 12 فحصًا
- الأطفال من سن 3 أعوام إلى سن 11 عامًا لديهم الحق في الحصول على 9 فحوصات
- الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و18 عامًا لديهم الحق في الحصول على 7 فحوصات

بالإضافة إلى ذلك، للطفل الحق في الحصول على "فحص" كلما تمت إحالته إلى الطبيب من جانب أحد الأشخاص مثل معلم يلاحظ تغيرًا في صحة الطفل أو سلوكه.

تشمل الفحوصات (الفحوص) ما يلي:

- تاريخ شامل للصحة والنمو
- فحص جسدي شامل دون ارتداء الملابس
- تطعيمات مناسبة (اللقاحات)
- اختبارات الإبصار والسمع المناسبة
- الفحوصات المختبرية المناسبة
- فحص النمو/السلوكيات (حسب الحاجة)
- التوعية الصحية (نصائح حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك)

ستحصل كذلك على خدمات أخرى بالإضافة إلى خدمات الفحص:

- العلاج، بما في ذلك إعادة التأهيل، لأي مشكلات صحية (بدنية، أو نفسية، أو متعلقة بالنمو) أو للحالات الأخرى التي يتم اكتشافها أثناء "الفحص". يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة في ترتيب المواعيد للخدمات.
- زيارات منتظمة إلى طبيب الأسنان لإجراء الفحوصات الدورية والعلاج من خلال خطة Renaissance؛
- اختبارات دورية ومنتظمة لسمع الطفل وبصره، وتشمل علاج أي مشاكل في السمع والبصر.
- التطعيمات (اللقاحات) للخناق (الديفتيريا)، والكزاز (التيتانوس)، والسعال الديكي، وشلل الأطفال، والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)، والمستدمية النزلية من النوع ب (HIB)، والإنفلونزا، ولقاحات فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي أ وب، وجدري الماء (الحماق)، وفيروس روتا، وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، والتهاب السحايا، والمكورات الرئوية؛

- اختبارات مختبرية روتينية. (ملاحظة يتم إجراء اختبار الرصاص في الدم وفقر الدم المنجلي إذا كان الطفل في وضع قد يعرضه لخطر أي من هذين الأمرين أو كليهما).
- إذا كان طفلك لديه مستوى عالٍ من الرصاص في دمه، فسيتم إجراء فحوص خاصة بالرصاص. إذا كنت تعتقد أن طفلك كان محاطًا بأشياء بها محتوى عالي من الرصاص، مثل الطلاء القديم، فأخبر طبيبك؛ و
- التثقيف الصحي؛ و
- الرعاية الصحية الأخرى الضرورية، والخدمات التشخيصية، والعلاج وغيرها من التدابير اللازمة لتصحيح العيوب أو تحسينها أو منعها من التفاقم؛ وإذا كشف الفحص أن طفلك مصاب بأمراض وحالات بدنية ونفسية، فسيتم علاجها.
- التثقيف الصحي الأساسي للأطفال والوالدين هو جزءٌ من الخدمات الوقائية التي يقدمها برنامج CoverKids لك.

ملحوظة مهمة: لا يُطلَب دفع مساهمات المنتفع مقابل خدمات الوقاية.

الولايات المتحدة

2025

الجدول الزمني الموصى به لتطعيم الأطفال والمراهقين في أعمار 18 عامًا أو أقل

اللقاحات وعوامل التحصين الأخرى الواردة في الجدول الزمني لتطعيم الأطفال والمراهقين*

الجسم المضاد وحيد النسيلة	الاختصار (الاختصارات)	الاسم التجاري (الأسماء التجارية)
الجسم المضاد أحادي النسيلة للفيروس المخلوي التنفسي (Nirsevimab)	RSV-mAb	Beyfortus
اللقاح	**الاختصار (الاختصارات)**	**الاسم التجاري (الأسماء التجارية)**
لقاح كوفيد-19	1 vCOV-mRNA	Comirnaty, mNexspike, Spikevax
	1 vCOV-aPS	Nuvaxovid
لقاح حمى الضنك	DEN4CYD	Dengvaxia
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي اللاخلوي	DTaP	Daptacel Infanrix
لقاح المستدمية النزلية من النوع ب	Hib (PRP-T)	ActHIB Hiberix
	Hib (PRP-OMP)	PedvaxHIB
لقاح التهاب الكبد الوبائي "أ"	HepA	Havrix Vaqta
لقاح التهاب الكبد الوبائي "ب"	HepB	Engerix-B Recombivax HB
لقاح فيروس الورم الحليمي البشري	HPV	Gardasil 9
لقاح الإنفلونزا (غير نشط: يتم إنتاجه بواسطة البيض)	IIV3	متعدد
لقاح الإنفلونزا (غير نشط: يتم إنتاجه بواسطة خلايا حيوانية)	ccIIV3	Flucelvax
لقاح الإنفلونزا (حي، موهَن)	LAIV3	FluMist
لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية	التطعيم الثلاثي	M-M-R II Priorix
لقاح الزمرات المصلية (A، C، W، وY) من المكورات السحائية	MenACWY-CRM	Menveo
	MenACWY-TT	MenQuadfi
لقاح الزمرة المصلية (B) من المكورات السحائية	MenB-4C	Bexsero
	MenB-FHbp	Trumenba
لقاح الزمرات المصلية (A، B، C، W، وY) من المكورات السحائية	MenACWY-TT/ MenB-FHbp	Penbraya
لقاح جدري القرود	Mpox	Jynneos
لقاح المكورات الرئوية المقترن	PCV15 PCV20	Vaxneuvance Prevnar 20
لقاح المكورات الرئوية عديد السكاريد	PPSV23	Pneumovax 23
لقاح فيروس شلل الأطفال (غير النشط)	IPV	Ipol
لقاح الفيروس المخلوي التنفسي	الفيروس المخلوي التنفسي	Abrysvo
لقاح فيروس روتا	RV1	Rotarix
	RV5	RotaTeq
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي اللاخلوي	Tdap	Adacel Boostrix
لقاح الكزاز (التيتانوس) والخناق (الدفتيريا)	Td	Tenivac Tdvax
لقاح الحُماق (جدري الماء)	الحُماق (جدري الماء)	Varivax
اللقاحات المختلطة *(استخدم اللقاحات المختلطة بدلاً من الحقن المنفصلة عند الاقتضاء)*		
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي (DTaP)، والتهاب الكبد الوبائي ب، وفيروس شلل الأطفال غير النشط	DTaP-HepB-IPV	Pediarix
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي (DTaP)، وفيروس شلل الأطفال غير النشط، والمستدمية النزلية من النوع (ب)	DTaP-IPV/Hib	Pentacel
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي (DTaP)، وفيروس شلل الأطفال غير النشط	DTaP-IPV	Kinrix Quadracel
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي (DTaP)، وفيروس شلل الأطفال غير النشط، *والمستدمية* النزلية من النوع (ب)، والتهاب الكبد الوبائي ب	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis
لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والحُماق (جدري الماء)	MMRV	ProQuad

*عليك إعطاء اللقاحات الموصى بها إذا كان تاريخ التطعيمات غير مكتمل أو غير معروف. تجنَّب إعادة بدء أخذ الجرعات أو إضافة جرعات إلى سلسلة اللقاحات على مدار فواصل زمنية ممتدة بين الجرعات. وفي حال عدم إعطاء اللقاح في العمر الموصى به، يجب إعطاؤه في زيارة لاحقة.
الأسماء التجارية لا تُستخدَم إلا لأغراض التعريف بها، ولا تعني ضمنًا حصولها على مصادقة اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) أو مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC).

تمت المراجعة في 07 أكتوبر 2025

كيفية استخدام الجدول الزمني لتطعيم الأطفال والمراهقين

1 تحديد اللقاح الموصَى به حسب العمر **(الجدول 1)**

2 تحديد الفاصل الزمني الموصَى به للتطعيم التداركي **(الجدول 2)**

3 تقييم مدى الحاجة إلى الحصول على لقاحات إضافية موصَى بها حسب الحالة الطبية أو أي دواعي استعمال أخرى **(الجدول 3)**

4 مراجعة أنواع اللقاحات، ومعدل تكرارها، والفواصل الزمنية بين الجرعات، والاعتبارات المرتبطة بالحالات الخاصة **(الملاحظات)**

5 مراجعة موانع الاستعمال والاحتياطات المتعلقة بأنواع اللقاحات **(الملحق)**

6 مراجعة إرشادات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) الجديدة أو المحدَّثة **(الملحق)**

الإبلاغ

- عن الحالات المشتبه فيها من الإصابة بأمراض أو حالات تفشي يمكن الوقاية منها باللقاحات لإدارة الصحة المحلية لديك أو في ولايتك
- عن الآثار السلبية ذات الأهمية السريرية الكبيرة لنظام الإبلاغ عن الآثار السلبية الناتجة عن اللقاحات (VAERS) على الموقع الإلكتروني: www.vaers.hhs.gov أو بالاتصال على رقم: 800-822-7967

الأسئلة أو التعليقات

تواصل على الموقع الإلكتروني: www.cdc.gov/cdc-info أو 800-CDC-INFO (800-232-4636)، باللغة الإنجليزية أو الإسبانية، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت الشرقي من الاثنين إلى الجمعة باستثناء أيام العطلات

قم بتنزيل تطبيق CDC Vaccine Schedules لمقدمي الخدمات على www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/app.html

- توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) المكتملة: www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html
- توصيات اتخاذ القرارات السريرية المشتركة المقدَّمة من اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين: www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html
- المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التحصين (بما في ذلك موانع الاستعمال والاحتياطات): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- بيانات معلومات اللقاحات: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- دليل مراقبة الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (بما في ذلك تحديد الحالات والاستجابة للتفشي): www.cdc.gov/surv-manual/php/

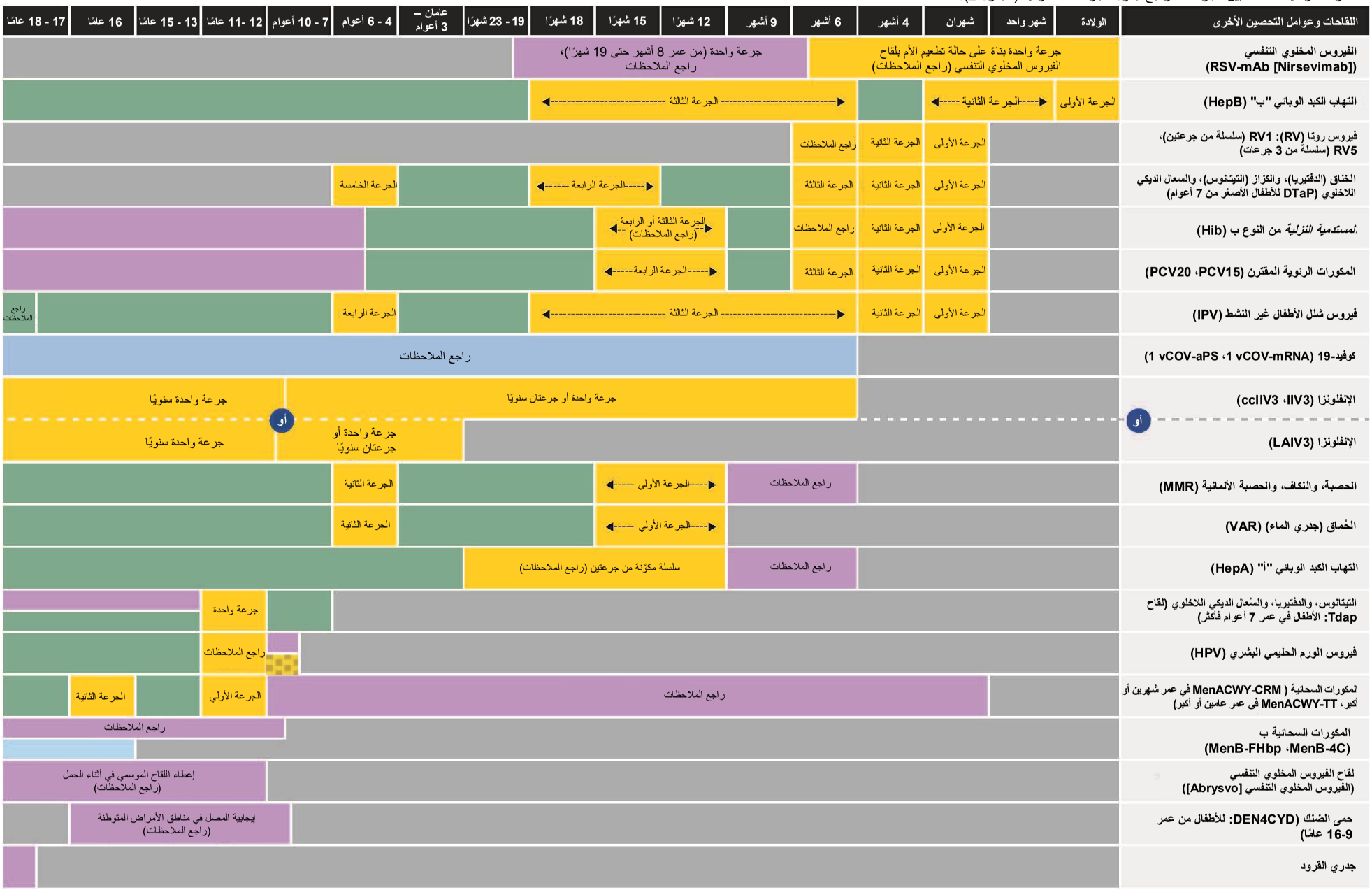
امسح رمز الاستجابة السريعة ضوئيًا للوصول إلى الجدول عبر الإنترنت

مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية

CS310020-E

الجدول 1 جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

يجب قراءة هذه التوصيات مع الملاحظات التالية لها. بالنسبة إلى الأطفال المتخلفين عن التطعيمات أو الذين يبدأون الحصول عليها في سن متأخرة، يجب الحصول على جرعة تطعيم تداركية في أقرب فرصة على النحو المحدد بواسطة الأشرطة الخضراء. لتحديد الحد الأدنى للفترات الزمنية الفاصلة بين الجرعات، راجع جدول الجرعات التداركية (الجدول 2).



الجدول 2 جدول التطعيمات التداركية المُوصى بها للأطفال والمراهقين الذين يبدأون تلقيها متأخرًا أو الذين تأخروا أكثر من شهر واحد في الولايات المتحدة عام 2025

يوفر الجدول أدناه جداول التطعيمات التداركية والحد الأدنى للفواصل الزمنية بين الجرعات بالنسبة إلى الأطفال الذين تأخرت التطعيمات الخاصة بهم. ولا يلزم إعادة بدء سلسلة اللقاح، بغض النظر عن الوقت المنقضي بين الجرعات. يُرجى استخدام القسم المناسب لعمر الطفل. **استخدم هذا الجدول دائمًا مع الجدول 1 والملاحظات التالية له.**

اللقاح	الحد الأدنى للعمر الذي يُسمح له بتلقي الجرعة الأولى	الحد الأدنى للفاصل الزمني بين الجرعات			
		الجرعة الأولى إلى الجرعة الثانية	الجرعة الثانية إلى الجرعة الثالثة	الجرعة الثالثة إلى الجرعة الرابعة	الجرعة الرابعة إلى الجرعة الخامسة
الأطفال من عمر 4 أشهر إلى 6 سنوات					
التهاب الكبد الوبائي "ب"	الولادة	**4 أسابيع**	**8 أسابيع و16 أسبوعًا على الأقل بعد الجرعة الأولى.** الحد الأدنى للعمر الذي يُسمح له بتلقي الجرعة النهائية هو 24 أسبوعًا		
فيروس روتا	6 أسابيع الحدّ الأقصى للعمر عند أول جرعة هو 14 أسبوعًا، 6 أيام.	**4 أسابيع**	**4 أسابيع** الحد الأقصى للعمر الذي يُسمَح له بتلقي الجرعة النهائية هو 8 أشهر و0 يوم		
الدفتيريا، والتيتانوس، والسُعال الديكي اللاخلوي	6 أسابيع	**4 أسابيع**	**4 أسابيع**	**6 أشهر**	**6 أشهر** لا تعتبر الجرعة الخامسة ضرورية إذا تم إعطاء الجرعة الرابعة في عمر 4 أعوام فأكثر وبعد 6 أشهر على الأقل من تلقي الجرعة الثالثة
المستدمية النزلية من النوع ب	6 أسابيع	**لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى في عمر 15 شهرًا فأكثر. **4 أسابيع** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى قبل بلوغ الطفل عام واحد. **8 أسابيع (كجرعة نهائية)** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى في عمر 12 إلى 14 شهرًا.	**لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية** إذا تم إعطاء الجرعة السابقة في عمر 15 شهرًا فأكثر **4 أسابيع** إذا كان العمر الحالي أقل من 12 شهرًا **و**تم إعطاء الجرعة الأولى في عمر أقل من 7 أشهر **و**كانت إحدى الجرعات السابقة على الأقل من PRP-T (ActHib، أو Pentacel، أو Hiberix، أو Vaxelis)، أو علامة تجارية غير معروفة **8 أسابيع ومن عمر 12 إلى 59 شهرًا (كجرعة نهائية)** إذا كان العمر الحالي أقل من 12 شهرًا وتم إعطاء الجرعة الأولى في عمر 7 إلى 11 شهرًا؛ **أو** إذا كان العمر الحالي من 12 إلى 59 شهرًا **وتم** إعطاء الجرعة الأولى قبل بلوغ الطفل عام واحد، **وتم** إعطاء الجرعة الثانية في سن أقل من 15 شهرًا؛ **أو** إذا كانت كلتا الجرعتين من تطعيم PedvaxHIB وتم إعطاؤهما قبل بلوغ الطفل عام واحد	**8 أسابيع (كجرعة نهائية)** هذه الجرعة ليست ضرورية إلا للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و59 شهرًا الذين تلقوا 3 جرعات قبل سن عام واحد.	
المكورات الرئوية المقترنة	6 أسابيع	**ليس هناك حاجة إلى إعطاء جرعات إضافية** للأطفال الأصحاء إذا حصلوا على الجرعة الأولى في عمر 24 شهرًا أو أكبر **4 أسابيع** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى قبل بلوغ الطفل عام واحد. **8 أسابيع (كجرعة نهائية للأطفال الأصحاء)** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى عند بلوغ الطفل عام واحد أو بعد ذلك.	**لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية** للأطفال الأصحاء إذا تم إعطاء الجرعة السابقة في سن 24 شهرًا فأكثر **4 أسابيع** إذا كان العمر الحالي أقل من 12 شهرًا وتم إعطاء الجرعة السابقة في سن أقل من 7 أشهر **8 أسابيع (كجرعة نهائية للأطفال الأصحاء)** إذا تم إعطاء الجرعة السابقة بين 7-11 شهرًا (انتظر حتى يبلغ الطفل عمر 12 شهرًا على الأقل)؛ **أو** إذا كان العمر الحالي 12 شهرًا فأكثر **و**تم إعطاء جرعة واحدة على الأقل قبل بلوغ الطفل سن 12 شهرًا	**8 أسابيع (كجرعة نهائية)** لا تعد هذه الجرعة ضرورية إلا للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و59 شهرًا بغض النظر عن مستوى المخاطر، أو الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و71 شهرًا المعرضين لأي مخاطر، والذين تلقوا 3 جرعات قبل بلوغهم عمر 12 شهرًا.	
فيروس شلل الأطفال غير النشط	6 أسابيع	**4 أسابيع** إذا كان العمر الحالي أقل من 4 أعوام **6 أشهر (كجرعة نهائية)** إذا كان العمر الحالي 4 أعوام فأكثر	**4 أسابيع** إذا كان العمر الحالي أقل من 4 أعوام **6 أشهر (كجرعة نهائية)** إذا كان العمر الحالي 4 أعوام فأكثر	**6 أشهر (الحد الأدنى الذي يُسمَح له بتلقي الجرعة النهائية هو 4 أعوام)**	
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية	12 شهرًا	**4 أسابيع**			
الجدري المائي	12 شهرًا	**3 أشهر**			
التهاب الكبد الوبائي "أ"	12 شهرًا	**6 أشهر**			
المكورات السحائية ACWY	شهران MenACWY-CRM عامان MenACWY-TT	**8 أسابيع**	راجع الملاحظات	راجع الملاحظات	
الأطفال والمراهقون من عمر 7 إلى 18 عامًا					
المكورات السحائية ACWY	لا ينطبق	**8 أسابيع**			
التيتانوس، والدفتيريا؛ التيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي اللاخلوي	7 أعوام	**4 أسابيع** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى من تطعيم DTaP/DT قبل بلوغ الطفل عام واحد **6 أشهر (كجرعة نهائية)** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى من تطعيم DTaP/DT أو Tdap/Td عند بلوغ الطفل عمر عام واحد أو بعده		**6 أشهر** إذا تم إعطاء الجرعة الأولى من تطعيم DTaP/DT قبل بلوغ الطفل عام واحد	
فيروس الورم الحليمي البشري	9 أعوام	**يوصى باتباع الفترات الزمنية الروتينية الفاصلة بين الجرعات.**			
التهاب الكبد الوبائي "أ"	لا ينطبق	**6 أشهر**			
التهاب الكبد الوبائي "ب"	لا ينطبق	**4 أسابيع**	**8 أسابيع و16 أسبوعًا على الأقل بعد الجرعة الأولى.**		
فيروس شلل الأطفال غير النشط	لا ينطبق	**4 أسابيع**	**6 أشهر** لا تُعتبر الجرعة الرابعة ضرورية إذا تم إعطاء الجرعة الثالثة في عمر 4 أعوام فأكثر وبعد 6 أشهر على الأقل من تلقي الجرعة السابقة.	توصَف الجرعة الرابعة من لقاح فيروس شلل الأطفال غير النشط إذا تم إعطاء جميع الجرعات السابقة في عمر أصغر من 4 أعوام **أو** إذا تم إعطاء الجرعة الثالثة في عمر أصغر من 6 أشهر بعد الجرعة الثانية.	
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية	لا ينطبق	**4 أسابيع**			
الجدري المائي	لا ينطبق	**3 أشهر** إذا كان عمر الطفل أقل من 13 عامًا. **4 أسابيع** إذا كان عمر الطفل 13 عامًا فأكثر			
حمى الضنك	9 أعوام	**6 أشهر**	6 أشهر		

الجدول 3 جدول تطعيم الأطفال والمراهقين المُوصى به لدواعي طبية، في الولايات المتحدة عام 2025

استخدم هذا الجدول دائمًا مع الجدول 1 والملاحظات التالية له. لا تتعارض الحالات الطبية مع بعضها البعض في الأغلب. وفي حال وجود حالات متعددة، ارجع إلى الإرشادات الواردة في جميع الأعمدة ذات الصلة. راجع "الملاحظات" للاطلاع على الحالات الطبية غير المدرجة.

اللقاحات وعوامل التحصين الأخرى	الحمل:	نقص المناعة (باستثناء عدوى فيروس نقص المناعة البشرية)	النسبة المئوية وتعداد خلايا CD4 الدالة على الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية[ب]		تسرب السائل الدماغي الشوكي (CSF) أو زرعة القوقعة	انعدام الطحال أو العوز المستمر لمكونات المتممة	أمراض القلب أو أمراض الرئة المزمنة	الفشل الكلوي، أو مرض الكلى في مراحله الأخيرة، أو الغسيل الكلوي	مرض كبدي مزمن	السكري
			<15% أو <200/مم³	≥15% و ≥200/مم³						
RSV-mAb (nirsevimab)		الموسم الثاني للإصابة بالفيروس المخلوي التنفسي			جرعة واحدة بناءً على حالة تطعيم الأم بلقاح الفيروس المخلوي التنفسي (راجع الملاحظات)		الموسم الثاني للإصابة بالفيروس المخلوي التنفسي المسبب لداء الرئة المزمن (راجع الملاحظات)	جرعة واحدة بناءً على حالة تطعيم الأم بلقاح الفيروس المخلوي التنفسي (راجع الملاحظات)		
التهاب الكبد الوبائي "ب"										
فيروس روتا			SCID[ج]							
لقاح الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي (DTaP)، و الكزاز (التيتانوس)، والخناق (الدفتيريا)، والسعال الديكي اللاخلوي (Tdap)	DTaP Tdap: جرعة واحدة لكل حمل									
المستدمية النزلية من النوع ب		زراعة خلية جذعية مكونة للدم: 3 جرعات	راجع الملاحظات			راجع الملاحظات				
المكورات الرئوية										
فيروس شلل الأطفال غير النشط										
كوفيد-19	راجع الملاحظات	قد تكون هناك حاجة إلى جرعات إضافية (راجع الملاحظات)			راجع الملاحظات					
الإنفلونزا غير النشط		زراعة الأعضاء الصلبة: 18 عامًا (راجع الملاحظات)								
LAIV3							الربو، والأزيز عند التنفس: 2-4 أعوام[ج]			
التطعيم الثلاثي	*									
الحُماق (جدري الماء)	*									
التهاب الكبد الوبائي "أ"										
HPV	*	سلسلة مكوّنة من ثلاث جرعات (راجع الملاحظات)								
MenACWY										
MenB										
الفيروس المخلوي التنفسي (Abrysvo)	إعطاء اللقاح الموسمي (راجع الملاحظات)									
حمى الضنك										
جدري القرود	راجع الملاحظات									

مُوصَى به لجميع الأطفال ذوي الأعمار المناسبة الذين ليس لديهم توثيق سلسلة تطعيم كاملة

لا يُوصى به لجميع الأطفال، ولكن يُوصى به لبعض الأطفال بناءً على زيادة احتمالية إصابتهم بالمرض أو حدوث نتائج شديدة للمرض عليهم

التطعيم بناءً على اتخاذ القرار السريري المشترك

قد تكون الجرعات الإضافية ضرورية بناءً على الحالة الطبية أو دواعي الاستعمال الأخرى. يُرجى مراجعة الملاحظات.

الاحتياط: يمكن وصفه إذا كانت منفعة الوقاية تفوق خطر حدوث رد فعل سلبي

*ممنوع استعماله أو لا يوصى به *التطعيم بعد الحمل، إذا أوصي بإعطائه

لا توجد إرشادات/لا ينطبق

أ. للحصول على معلومات إضافية حول المعايير المختبرية لفيروس نقص المناعة البشرية واستخدام اللقاحات الحية، راجع المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التحصين، "الكفاءة المناعية المتغيرة"، على الرابط www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html والجدول 4-1 (التذييل ي) على الرابط www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html

ب. نقص المناعة المشترك الشديد

ج. ممنوع استعمال LAIV3 للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-4 أعوام الذين أصيبوا بالربو أو الأزيز أثناء التنفس خلال الاثني عشر شهرًا السابقة

ملاحظات

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

للاطلاع على توصيات التطعيم للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 19 عامًا أو أكثر، انظر جدول التطعيم المُوصى به للبالغين، 2025.

معلومات إضافية

- لحساب الفترات الزمنية الفاصلة بين الجرعات، 4 أسابيع = 28 يومًا. ويتم تحديد الفواصل الزمنية بواقع 4 أشهر أو أكثر حسب الأشهر التقويمية.
- ضمن نطاق الأرقام (على سبيل المثال، 12–18)، يجب تفسير علامة الشرطة (–) بمعنى "من – إلى".
- تُعتبر جرعات اللقاح التي يتم إعطاؤها خلال 4 أيام أو أقل قبل بلوغ الحد الأدنى للعمر المسموح فيه بالتطعيم أو الفاصل الزمني صالحة. ويجب عدم احتساب جرعات أي لقاح يتم إعطاؤه خلال مدة تبلغ 5 أيام أو أكثر قبل بلوغ الحد الأدنى للعمر المسموح فيه بالتطعيم أو الحد الأدنى للفاصل الزمني على أنها صالحة ويجب تكرارها حسب العمر المناسب. **يجب الفصل بين الجرعة المتكررة بعد الجرعة غير الصالحة بالحد الأدنى الموصى به للفاصل الزمني.** وللحصول على مزيدٍ من التفاصيل، راجع الجدول 3-2، الحد الأدنى للأعمار والفواصل الزمنية الموصى بها بين جرعات اللقاح، في *المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التحصين* على الرابط التالي: www.cdc.gov/vaccines/hcp/ imz-best-practices/timing-spacing-immunobiologics.html.
- تتوفر معلومات حول متطلبات وتوصيات تطعيمات السفر على الموقع الإلكتروني www.cdc.gov/travel/.
- لتطعيم الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة، راجع الجدول 8-1، تطعيم الأشخاص الذين يعانون من حالات نقص المناعة الأولي والثانوي، في *المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التحصين* على الرابط التالي: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/ general-recs/immunocompetence.html، والتحصين في الظروف السريرية الخاصة (في: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases.* 32nd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72-86).
- للحصول على معلومات حول التطعيم في حالة تفشي مرض يمكن الوقاية منه باللقاح، اتصل بإدارة الصحة في ولايتك أو داخل منطقتك.
- يُعد البرنامج الوطني لتعويض إصابات اللقاحات (VICP) مخصصًا للحالات غير الناجمة عن أخطاء كبديل عن النظام القانوني التقليدي لتسوية مطالبات الإصابات الناجمة عن اللقاحات. جميع اللقاحات المدرجة في الجدول الزمني الخاص بلقاحات الأطفال والمراهقين مشمولة بتغطية البرنامج الوطني للتعويض عن إصابات اللقاح باستثناء لقاحات حمى الضنك، وPPSV23، والفيروس المخلوي التنفسي، وجدري القرود، وكوفيد-19؛ إذ يغطي برنامج التعويض عن الإصابات الناتجة عن التدابير المضادة (CICP) لقاحات جدري القرود وكوفيد-19. للحصول على مزيدٍ من المعلومات، راجع: www.hrsa.gov/vaccinecompensation أو www.hrsa.gov/cicp.

لقاح كوفيد-19

(الحد الأدنى للعمر: 6 أشهر [Spikevax]، 5 سنوات [Comirnaty]، 12 عامًا [mNexspike, Novaxovid])

اتخاذ قرار سريري مشترك

التطعيم بناءً على اتخاذ القرار على أساس فردي - مع التأكيد على أن مخاطر اللقاح وفوائده هي الأكثر تفضيلاً للأفراد المعرضين لخطر متزايد للإصابة بمرض كوفيد-19 الشديد والأقل تفضيلًا للأفراد غير المعرضين لخطر متزايد وفقًا لقائمة مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها لعوامل خطر كوفيد-19 (راجع الموقع التالي: cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html).

للحصول على معلومات إضافية حول اتخاذ القرار السريري المشترك، راجع الموقع التالي: www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared- clinical-decision-making.html

يتوفر الجدول الزمني الحالي لتناول جرعات لقاح كوفيد-19 وتركيبة الجرعة على الرابط التالي: www.cdc.gov/covidschedule.

احرص على إعطاء لقاح مضاد لكوفيد-19 مناسب للعمر لكل جرعة. لا توجد توصية بتفضيل استخدام لقاح كوفيد-19 معين على لقاح آخر عند توفر أكثر من لقاح موصى به مناسب للفئة العمرية.

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

تطعيم حمى الضنك

(الحد الأدنى للعمر: 9 أعوام)

التطعيم الروتيني

- للأطفال من عمر 9 إلى 16 عامًا الذين يعيشون في المناطق التي تكون حمى الضنك مرضًا متوطنًا بها **ولديهم** تأكيد مختبري لعدوى سابقة بحمى الضنك
  - تُعطى سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات في 0 و6 و12 شهرًا
- تشمل المناطق المتوطن بها حمى الضنك بورتوريكو، وساموا الأمريكية، وجزر فيرجن الأمريكية، وولايات ميكرونيسيا المتحدة، وجمهورية جزر مارشال، وجمهورية بالاو. للحصول على إرشادات محدّثة حول مناطق توطن حمى الضنك والاختبارات المعملية قبل التطعيم، راجع الموقع التالي: www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7006a1.htm?s_cid=rr7006a1_w و www.cdc.gov/dengue/index.html
- يجب عدم إعطاء لقاح حمى الضنك للأطفال الذين يسافرون إلى مناطق تستوطن فيها حمى الضنك أو يزورونها.

الدفتيريا، والتيتانوس، والسُعال الديكي (DTaP)

التطعيم (الحد الأدنى للعمر: 6 أسابيع [4 أعوام للقاح Kinrix أو Quadracel])

التطعيم الروتيني

- سلسلة مكوَّنة من 5 جرعات (سلسلة أولية مكوَّنة من 3 جرعات تؤخذ في عمر شهرين و4 أشهر و6 أشهر، تليها جرعات معزِّزة تؤخذ في عمر 15-18 شهرًا و4-6 أعوام)
  - **استباقيًا:** يمكن إعطاء الجرعة الرابعة في وقت مبكر بداية من سن 12 شهرًا إذا انقضت 6 أشهر على الأقل منذ الجرعة الثالثة.
  - **بأثر رجعي:** يمكن احتساب الجرعة الرابعة التي تم إعطاؤها عن غير قصد في وقت مبكر بداية من عمر 12 شهرًا إذا انقضت 4 أشهر على الأقل منذ الجرعة الثالثة.

التطعيم التداركي

- لا تُعتبر الجرعة الخامسة ضرورية إذا تم إعطاء الجرعة الرابعة في عمر 4 أعوام فأكثر وبعد 6 أشهر على الأقل من تلقي الجرعة الثالثة.
- للحصول على إرشادات أخرى حول الجرعات التداركية، راجع الجدول 2.

الحالات الخاصة

- **الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 7 سنواتٍ ويُعانون من موانع استعمال مُتعلقة خصيصًا بمكون السعال الديكي في لقاح DTaP (الدفتيريا، التيتانوس، والسعال الديكي اللاخلوي):** قد يُعطَى لقاح Td (التيتانوس والدفتيريا) لجميع الجرعات المتبقية الموصى بها بدلاً من لقاح DTaP. الاعتلال الدماغي في غضون 7 أيام من التطعيم عندما لا يُعزى إلى سبب آخر يمكن تحديده هو مانع الاستعمال الوحيد المتعلق بمكون السعال الديكي في لقاح DTaP. لمزيدٍ من المعلومات، راجع www.cdc.gov/pertussis/hcp/ vaccine-recommendations/td-offlabel.html.
- **معالجة الجروح في حالات الأطفال بعمر أقل من 7 أعوام ممَّن سبق لهم تناوُل 3 جرعات أو أكثر من اللقاح الذي يحتوي على ذوفان التيتانوس (الكزاز):** بالنسبة لجميع الجروح باستثناء الجروح النظيفة والطفيفة، عليك إعطاء لقاح DTaP إذا مر أكثر من 5 أعوام منذ آخر جرعة من لقاح الذوفان المعطل للتيتانوس. للحصول على معلومات مُفصّلة، راجع www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/ rr6702a1.htm.

ملاحظات

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

تطعيم المستدمية النزلية من النوع ب
(الحد الأدنى للعمر: 6 أسابيع)

التطعيم الروتيني

- **ActHIB، أو Hiberix، أو Pentacel، أو Vaxelis:** سلسلة مكونة من 4 جرعات (سلسلة أولية مكونة من 3 جرعات عند عمر شهرين، و4 أشهر، و6 أشهر، تليها جرعة معززة* عند عمر 12-15 شهرًا)
  -*لا يُوصى باستخدام Vaxelis كجرعة معززة. يجب استخدام لقاح مختلف يحتوي على المستدمية النزلية من النوع ب للجرعة المعززة.
- **PedvaxHIB:** سلسلة مكونة من 3 جرعات (سلسلة أولية مكونة من جرعتين عند عمر شهرين و4 أشهر، تليها جرعة معززة عند عمر 12-15 شهرًا)
- **الأطفال من الأمريكيين الهنود وسكان ألاسكا الأصليين:** يفضل استخدام Vaxelis وPedvaxHIB عن لقاحات المستدمية النزلية من النوع ب الأخرى عند استخدام السلسلة الأولية.

التطعيم التداركي

- **الجرعة الأولى في سن 7-11 شهرًا:** عليك إعطاء الجرعة الثانية بعد 4 أسابيع على الأقل والجرعة الثالثة (الجرعة النهائية) في سن 2-15 شهرًا أو بعد 8 أسابيع من الجرعة الثانية (أيهما أبعد).
- **الجرعة الأولى في سن 12-14 شهرًا:** تُعطى الجرعة الثانية (الجرعة النهائية) بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة الأولى.
- **الجرعة الأولى قبل سن 12 شهرًا والجرعة الثانية قبل سن 15 شهرًا:** عليك إعطاء الجرعة الثالثة (الجرعة النهائية) بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة الثانية.
- **جرعتان من PedvaxHIB قبل سن 12 شهرا:** عليك إعطاء الجرعة الثالثة (الجرعة النهائية) في عمر 2-59 شهرًا وبعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة الثانية.
- **جرعة واحدة تُعطى في سن 15 شهرًا فأكثر:** لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية
- **لم يحصل على التطعيم في عمر 15-59 شهرًا:** تُعطى **جرعة** واحدة.
- **الأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق في سن 60 شهرًا فأكثر ولا يُعتبرون أكثر عرضة للخطر:** لا توجد حاجة إلى تطعيم تداركي.

للحصول على إرشادات أخرى حول الجرعات التداركية، راجع الجدول 2. يمكن استخدام لقاح Vaxelis للتطعيم التداركي لدى الأطفال الأقل من 5 أعوام. اتبع جدول الجرعات التداركية حتى إذا تم استخدام لقاح Vaxelis في إعطاء جرعة واحدة أو أكثر. للحصول على معلومات تفصيلية حول استخدام Vaxelis، راجع www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm.

الحالات الخاصة

- **العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي:**

<u>سن 12-59 شهرًا</u>

- للأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق أو تلقوا جرعة واحدة فقط قبل سن 12 شهرًا: جرعتان، تفصل بينهما فترة 8 أسابيع
- جرعتان أو أكثر قبل بلوغ عمر 12 شهرًا: جرعة واحدة بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة السابقة

يجب تكرار الجرعات التي يتم إعطاؤها في غضون 14 يومًا من بدء العلاج أو أثناء العلاج بعد 3 أشهر على الأقل من اكتمال العلاج.

- **زراعة الخلايا الجذعية المكونة للدم (HSCT):**
  - سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات تفصل بينها 4 أسابيع تبدأ بعد 6 إلى 12 شهرًا من نجاح الزرع، بغض النظر عن تاريخ تلقي لقاح المستدمية النزلية من النوع ب
- **فقد الطحال التشريحي أو الوظيفي (بما في ذلك مرض الخلايا المنجلية):**

<u>سن 12-59 شهرًا</u>

- للأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق أو تلقوا جرعة واحدة فقط قبل سن 12 شهرًا: جرعتان، تفصل بينهما فترة 8 أسابيع
- جرعتان أو أكثر قبل بلوغ عمر 12 شهرًا: جرعة واحدة بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة السابقة

<u>للأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق* الذين تبلغ أعمارهم 5 سنوات فأكثر</u>

- جرعة واحدة

- **استئصال الطحال الاختياري:**

<u>للأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق* الذين تبلغ أعمارهم 15 شهرًا فأكثر</u>

- جرعة واحدة (يُفضل قبل الإجراء بمدة 14 يومًا على الأقل)

- **عدوى فيروس نقص المناعة البشرية:**

<u>سن 12-59 شهرًا</u>

- للأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق أو تلقوا جرعة واحدة فقط قبل سن 12 شهرًا: جرعتان، تفصل بينهما فترة 8 أسابيع
- جرعتان أو أكثر قبل بلوغ عمر 12 شهرًا: جرعة واحدة بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة السابقة

<u>للأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق* الذين تتراوح أعمارهم بين 5–18 عامًا</u>

- جرعة واحدة

- **نقص الغلوبولين المناعي، أو نقص المكونات المبكرة لنظام المتمِّم، أو استخدام مثبطات المكونات المبكرة لنظام المتمِّم:**

<u>سن 12-59 شهرًا</u>

- للأطفال الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق أو تلقوا جرعة واحدة فقط قبل سن 12 شهرًا: جرعتان، تفصل بينهما فترة 8 أسابيع
- جرعتان أو أكثر قبل سن 12 شهرًا:
  جرعة واحدة بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة السابقة

*"الأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق" = تلقوا جرعات أقل من السلسلة الروتينية (حتى سن 14 شهرًا) أو لم يتلقوا أي جرعات (سن 15 شهرًا فأكثر)

تطعيم التهاب الكبد الوبائي "أ"
(الحد الأدنى للعمر: 12 شهرًا للتطعيم الروتيني)

التطعيم الروتيني

- **سلسلة مكونة من جرعتين** (الحد الأدنى للفاصل الزمني: 6 أشهر) في سن 12-23 شهرًا

التطعيم التداركي

- **يجب على الأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح حتى سن 18 عامًا إكمال سلسلة مكونة من جرعتين** (الحد الأدنى للفاصل الزمني: 6 أشهر).
- يجب أن يتلقى الأشخاص الذين تلقوا سابقًا جرعة واحدة في سن 12 شهرًا فأكثر الجرعة الثانية بعد 6 أشهر على الأقل من الجرعة الأولى.
- قد يتلقى المراهقون في عمر 18 عامًا أو أكبر لقاحًا التهاب الكبد الوبائي أ والتهاب الكبد الوبائي ب معًا (Twinrix) كسلسلة مكونة من 3 جرعات (بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد شهر، ثم الجرعة الثالثة بعد 6 أشهر) أو سلسلة مكوَّنة من 4 جرعات (3 جرعات؛ بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد 7 أيام، ثم الجرعة الثالثة بعد 21-30 يومًا، تليها جرعة معزِّزة بعد مرور 12 شهرًا).

السفر الدولي

- الأشخاص الذين يسافرون إلى البلدان التي يتوطن بها التهاب الكبد الوبائي "أ" بدرجة مرتفعة أو متوسطة، أو يعملون فيها (www.cdc.gov/travel/):
  - **الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و11 شهرًا:** جرعة واحدة قبل المغادرة؛ وإعادة التطعيم بجرعتين (يفصل بينهما 6 أشهر على الأقل) بين سن 12 و23 شهرًا.
  - **للأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق الذين تبلغ أعمارهم 12 شهرًا فأكثر:** يجب إعطاء الجرعة الأولى بمجرد التفكير في السفر.

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

تطعيم التهاب الكبد الوبائي "ب"
(الحد الأدنى للعمر: عند الولادة)

التطعيم الروتيني

- **عندما تكون نتيجة اختبار الأم سالبة في تحليل المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي ب (HBsAg)**
  - سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات يتم إعطاؤها في عمر 0، و1-2، و6-18 شهرًا **(استخدم لقاح التهاب الكبد الوبائي ب أحادي التكافؤ للجرعات التي تُعطى قبل عمر 6 أسابيع)**
    - وزن الولادة ≥2000 جرام: جرعة واحدة في غضون 24 ساعة من الولادة إذا كانت حالة الطفل الطبية مستقرة
    - وزن الولادة <2000 جرام: جرعة واحدة في عمر زمني شهر واحد أو عند الخروج من المستشفى (أيهما أقرب وحتى إذا كان الوزن ما يزال <2000 جرام)
  - يجب أن يبدأ الأطفال الرضَّع الذين لم يحصلوا على جرعة لقاح عند الولادة السلسلة في أقرب وقت ممكن (انظر الجدول 2 لمعرفة الحد الأدنى من الفواصل الزمنية).
  - يُسمح بإعطاء 4 جرعات عند استخدام لقاح مركب يحتوي على لقاح التهاب الكبد الوبائي "ب" بعد جرعة الولادة.
  - **الحد الأدنى للفواصل الزمنية (انظر الجدول 2):** عند إعطاء 4 جرعات، استبدل "الجرعة الرابعة" "بالجرعة الثالثة" في هذه الحسابات.
  - **الجرعة النهائية (الثالثة أو الرابعة):** عمر 6-18 شهرًا **(الحد الأدنى للعمر: 24 أسبوعًا)**
- **تحليل الأم إيجابي في اختبار المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي ب (HBsAg)**
  - **جرعة الولادة (لقاح التهاب الكبد الوبائي ب أحادي التكافؤ فقط):** يتم إعطاء **لقاح التهاب الكبد الوبائي ب والجلوبين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي ب (HBIG)** (في طرَفين منفصلين) في غضون 12 ساعة من الولادة، بغض النظر عن وزن المولود عند الولادة.
  - **وزن المولود عند الولادة أقل من 2000 جرام:** يتم إعطاء 3 جرعات إضافية من لقاح التهاب الكبد الوبائي ب بدءًا من عمر شهر واحد (إجمالي 4 جرعات).
  - **الجرعة النهائية (الثالثة أو الرابعة):** تُعطى في عمر 6 أشهر **(الحد الأدنى للعمر 24 أسبوعًا)**.
  - أجر اختبار المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي ب (HBsAg)، واختبار ضد المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي ب (anti-HBs) في عمر 9-12 شهرًا. إذا تأخر تلقي سلسلة جرعات لقاح التهاب الكبد الوبائي "ب"، فعليك إجراء الاختبار بعد شهر إلى شهرين من الجرعة النهائية. لا تُجرِ الاختبار قبل عمر 9 أشهر.
- **تحليل الأم غير معلوم في اختبار المستضد السطحي لالتهاب الكبد الوبائي (ب)**

في حال وجود دليل آخر يشير إلى وجود إصابة بعدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي (ب) لدى الأمهات (على سبيل المثال، وجود الحمض النووي لفيروس التهاب الكبد الوبائي ب، أو ظهور نتيجة إيجابية في اختبار HBeAg، أو كان من المعلوم إصابة الأم بعدوى التهاب الكبد الوبائي ب المزمن)، تعامل مع الطفل الرضيع كما لو كانت نتيجة الأم إيجابية في اختبار (HBsAg)

- **جرعة الولادة (لقاح التهاب الكبد الوبائي ب أحادي التكافؤ فقط):**
  - الوزن عند الولادة ≥2000 جرام: يُعطى **لقاح التهاب الكبد الوبائي ب** في غضون 12 ساعة من الولادة. تحديد وضع الأم بالنسبة لنتيجة اختبار HBsAg في أقرب وقت ممكن. إذا تحدَّد أنَّ نتيجة الأم إيجابية في اختبار HBsAg، فعليك إعطاء **الطفل الجلوبين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي ب** في أقرب وقت ممكن (في طرف منفصل)، على أن يكون ذلك في موعدٍ لا يتجاوز 7 أيام من العمر.
  - الوزن عند الولادة أقل من 2,000 جرام: يُعطى **لقاح التهاب الكبد الوبائي ب والجلوبين المناعي لالتهاب الكبد الوبائي ب** (في طرفَين منفصلين) في غضون 12 ساعة من الولادة. يتم إعطاء 3 جرعات إضافية من **لقاح التهاب الكبد الوبائي ب** بدءًا من عمر شهر واحد (إجمالي 4 جرعات).
- **الجرعة النهائية (الثالثة أو الرابعة):** تُعطى في عمر 6 أشهر **(الحد الأدنى للعمر 24 أسبوعًا)**.
- إذا تحدَّد أن نتيجة الأم إيجابية في اختبار HBsAg أو إذا ظلت الحالة غير معروفة، فأجرِ اختباريَ HBsAg وanti-HBs في عمر 9-12 شهرًا. إذا تأخر تلقي سلسلة جرعات لقاح التهاب الكبد الوبائي "ب"، فعليك إجراء الاختبار بعد شهر إلى شهرين من الجرعة النهائية. لا تُجرِ الاختبار قبل عمر 9 أشهر.

التطعيم التداركي

- يجب على الأشخاص الذين لم يتلقوا اللقاح إكمال سلسلة مكونة من 3 جرعات بعد مرور 0، و1-2، و6 أشهر. راجع الجدول 2 لمعرفة الحد الأدنى للفواصل الزمنية.
- قد يستخدم المراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و15 عامًا جدولاً بديلاً مكونًا من جرعتين مع فاصل زمني يبلغ 4 أشهر على الأقل بين الجرعتين (تركيبة البالغين **Recombivax HB** فقط)
- قد يحصل المراهقون الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا على:
  - **لقاح Heplisav-B:** سلسلة مكوَّنة من جرعتين يفصل بينهما 4 أسابيع على الأقل
  - **لقاح PreHevbrio*:** سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات؛ بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد شهر، ثم الجرعة الثالثة بعد 6 أشهر
  - **لقاحَا التهاب الكبد الوبائي أ والتهاب الكبد الوبائي ب معًا (Twinrix):** سلسلة مكونة من 3 جرعات (بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد شهر، ثم الجرعة الثالثة بعد 6 أشهر) أو سلسلة مكوَّنة من 4 جرعات (3 جرعات؛ بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد 7 أيام، ثم الجرعة الثالثة بعد 21-30 يومًا، تليها جرعة معزِّزة بعد مرور 12 شهرًا).

الحالات الخاصة

- لا يوصى عمومًا بإعادة التطعيم للأشخاص الذين يتمتعون بحالة مناعة طبيعية والذين تم تطعيمهم كرضع أو أطفال أو مراهقين أو بالغين.
- **اختبار الأمصال بعد التطعيم وإعادة التطعيم**

(في حالة التوصية بالمستضدات السطحية لالتهاب الكبد الوبائي ب <10 (anti-HBs) ملي وحدة دولية/مل) لبعض الفئات، بما في ذلك:

- الأطفال الرضّع المولودون لأمهات نتيجة تحليلهم إيجابية في اختبار HBsAg
- الأشخاص الذين يخضعون لإجراءات ما قبل غسيل الكلى أو لغسيل الكلى المستند إلى المداومة
- الأشخاص الآخرون الذين يعانون من نقص المناعة
- للحصول على توصيات تفصيلية بشأن إعادة التطعيم، راجع الموقع التالي: www.cdc. gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701 a1.htm.

***ملاحظة:** لا يُوصى باستخدام لقاح PreHevbrio أثناء الحمل بسبب قلة بيانات السلامة المتوفرة في حالة النساء الحوامل.

تطعيم فيروس الورم الحليمي البشري
(الحد الأدنى للعمر: 9 أعوام)

التطعيم الروتيني والتداركي

- يُوصى بتطعيم فيروس الورم الحليمي البشري بشكل روتيني في **سن 11-12 عامًا (يمكن أن يبدأ في عمر 9 أعوام)** ويُوصى بتطعيم فيروس الورم الحليمي البشري التداركي لجميع الأشخاص حتى عمر 18 عامًا إذا لم يتم تطعيمهم بشكل مناسب.
- سلسلة مكونة من جرعتين أو 3 جرعات حسب العمر عند التطعيم الأولي:
  - **الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عمر 9 و14 عامًا عند التطعيم الأولي:** سلسلة مكوَّنة من جرعتين؛ بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد 6-12 شهرًا (الحد الأدنى للفاصل الزمني بين الجرعتين: 5 أشهر؛ تُكرر الجرعة إذا حصل عليها الطفل في وقتٍ مبكر جدًا)
  - **الأشخاص الذين يبلغون من العمر 15 عامًا فأكبر عند التطعيم الأولي:** سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات؛ بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد شهر-شهران، ثم الجرعة الثالثة بعد 6 أشهر (الحد الأدنى للفاصل الزمني بين الجرعات: الجرعة الأولى إلى الجرعة الثانية=4 أسابيع / الجرعة الثانية إلى الجرعة الثالثة=12 أسبوعًا / الجرعة الأولى إلى الجرعة الثالثة=5 أشهر؛ تُكرر الجرعة إذا حصل عليها الشخص في وقتٍ مبكر جدًا)
  - لا يُوصى بجرعة إضافية عند اكتمال أي سلسلة من لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري **بأي تكافؤ** باستخدام الفواصل الزمنية الموصى بها بين الجرعات.

الحالات الخاصة

- **حالات نقص المناعة، بما في ذلك عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV):** سلسلة مكونة من 3 جرعات، حتى لأولئك الذين يبدأون التطعيم في عمر 9 إلى 14 عامًا.
- **تاريخ من الإيذاء أو الاعتداء الجنسي:** تبدأ من عمر 9 سنوات
- **الحمل:** لا يلزم إجراء اختبار أثناء الحمل قبل التطعيم؛ لا يُوصى بتطعيم فيروس الورم الحليمي البشري إلا بعد انتهاء الحمل؛ ولا يلزم التدخل إذا تم التطعيم أثناء الحمل

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

ملاحظات

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

تطعيم الإنفلونزا
(الحد الأدنى للعمر: 6 أشهر [3IIV]، عامان [LAIV3]، 18 عامًا [لقاح الأنفلونزا المؤتلف، RIV3])

التطعيم الروتيني
- استخدام أي لقاح أنفلونزا مناسب للعمر والحالة الصحية سنويًا:
  - **الأطفال الذين يبلغون من العمر 6 أشهر إلى 8 أعوام** ممَّن حصلوا على أقل من جرعتين من لقاح الإنفلونزا قبل 1 يوليو 2024، أو الذين لم يكن تاريخ تلقيهم لقاح الإنفلونزا معلومًا: جرعتان، تفصل بينهما مدة 4 أسابيع على الأقل. تُعطى الجرعة الثانية حتى إذا بلغ الطفل 9 أعوام بين تلقي الجرعة الأولى والجرعة الثانية.
  - **الأطفال الذين يبلغون من العمر 6 أشهر إلى 8 سنواتٍ** ممَّن حصلوا على جرعتين على الأقل من لقاح الإنفلونزا قبل 1 يوليو 2024: جرعة واحدة.
  - **الأشخاص الذين يبلغون من العمر 9 سنوات فأكبر:** جرعة واحدة
  - **متلقو زرع الأعضاء الصلبة الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا الذين يتناولون أدوية مثبطة للمناعة:** لقاحات الإنفلونزا غير النشطة عالية الجرعة (HD-IIV3) ولقاحات الإنفلونزا المساعدة غير النشطة (aIIV3) هي خيارات مقبولة. لا يوجد تفضيل على لقاحات IIV3 أو RIV3 الأخرى المناسبة للعمر.
- بالنسبة إلى موسم 2024-2025، تُرجى زيارة www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7305a1.htm.
- لموسم 2025-2026، راجع توصيات لقاح الإنفلونزا للجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) لعام 2025-2026.

الحالات الخاصة
- **المخالطون عن قُرب (كالمخالطين من أفراد الأسرة) للأشخاص الذين يعانون من تثبيط شديد للمناعة والذين يحتاجون إلى بيئة محمية:** ينبغي ألّا يحصلوا على لقاح LAIV3. إذا حصلوا على لقاح LAIV3، فيجب عليهم تجنب مخالطة أو رعاية هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من تثبيط المناعة لمدة 7 أيام بعد الحصول على اللقاح.

ملاحظة: يمكن للأشخاص الذين يعانون من حساسية البيض الحصول على أي لقاح مضاد للإنفلونزا (معتمد على البيض وغير معتمد على البيض) مناسب للعمر والحالة الصحية.

لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية
(الحد الأدنى للعمر: 12 شهرًا للتطعيم الروتيني)

التطعيم الروتيني
- سلسلة مكونة من جرعتين في عمر 12-15 شهرًا، و4-6 سنوات

التطعيم التداركي
- **الأطفال والمراهقون الذين لم يتلقوا اللقاح في السابق:** سلسلة مكونة من جرعتين بفاصل زمني 4 أسابيع على الأقل بينهما*

الحالات الخاصة
- **السفر الدولي**
  - **الأطفال الرضَّع الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و11 شهرًا:** جرعة واحدة قبل المغادرة؛ ثم يُعاد تطعيمهم بسلسلة مكوَّنة من جرعتين في عمر 12 إلى 15 شهرًا (12 شهرًا للأطفال في المناطق عالية الخطورة) والجرعة الثانية في أسرع وقتٍ بعد 4 أسابيع.*
  - **الأطفال بعمر 12 شهرًا أو أكثر:**
    - لم يحصلوا على التطعيم: سلسلة مكونة من جرعتين (تفصل بينها 4 أسابيع على الأقل*) قبل المغادرة
    - حصل سابقًا على جرعة واحدة: تُعطَى الجرعة الثانية بعد مرور 4 أسابيع على الأقل من الجرعة الأولى*
- في أماكن تفشي مرض النكاف، للحصول على معلومات حول الجرعات الإضافية من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) (بما في ذلك الجرعة الثالثة من MMR)، راجع الرابط التالي: www.cdc. gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

***ملاحظة:** لا يُوصى باستخدام لقاح MMRV للأعمار من 12 إلى 47 شهرًا أو من 13 إلى 18 عامًا. الحد الأدنى للفاصل الزمني بين جرعات لقاح MMRV هو 3 أشهر.

تطعيم المجموعة المصلية للمكورات السحائية A، C، W، Y
(الحد الأدنى للعمر: شهران [MenACWY-CRM، Menveo]، عامان [MenACWY-TT، MenQuadfi])، 10 أعوام [MenACWY-TT/MenB-FHbp، Penbraya])

التطعيم الروتيني
- سلسلة مكونة من جرعتين في عمر 11-12 عامًا؛ و16 عامًا

التطعيم التداركي
- **السن 13-15 عامًا:** جرعة واحدة الآن وجرعة معززة في عمر 16-18 عامًا (الحد الأدنى للفاصل الزمني: 8 أسابيع)
- **السن من 16-18 عامًا:** جرعة واحدة

الحالات الخاصة
فقد الطحال التشريحي أو الوظيفي (بما في ذلك مرض الخلايا المنجلية)، وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والنقص المستمر في المكونات التكميلية، واستخدام مثبط المتممات (مثل ravulizumab، eculizumab) استخدم لقاح:
- **Menveo***
  - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر شهرين: سلسلة مكوَّنة من 4 جرعات (3 جرعات إضافية في عمر 4 و6 و12 شهرًا)
  - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر 3-6 أشهر: سلسلة مكوَّنة من 3 أو 4 جرعات (الجرعة الثانية [والجرعة الثالثة إذا تم إعطاؤها] بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة السابقة حتى يتم الحصول على جرعة في عمر 7 أشهر أو أكبر، تليها جرعة إضافية بعد 12 أسبوعًا على الأقل وبعد عمر 12 شهرًا)
  - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر 7-23 شهرًا: سلسلة مكوَّنة من جرعتين (الجرعة الثانية بعد 12 أسبوعًا على الأقل من الجرعة الأولى وبعد بلوغ الطفل عمر 12 شهرًا)
  - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر 24 شهرًا أو أكبر: سلسلة مكوَّنة من جرعتين تفصل بينهما مدة 8 أسابيع على الأقل
- **MenQuadfi**
  - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر 24 شهرًا أو أكبر: سلسلة مكوَّنة من جرعتين تفصل بينهما مدة 8 أسابيع على الأقل

السفر إلى البلدان التي تعاني من فرط توطن مرض المكورات السحائية أو تفشيه، بما في ذلك، البلدان التي تعاني من التهاب السحايا الإفريقي أو في أثناء الحج (www.cdc.gov/travel/):
- **الأطفال الأقل من 24 شهرًا:**
  - **Menveo* (الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهرين و23 شهرًا)**
    - الجرعة الأولى في عمر شهرين: سلسلة مكونة من 4 جرعات (3 جرعات إضافية في عمر 4 و6 و12 شهرًا)
    - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر 3-6 أشهر: سلسلة مكوَّنة من 3 أو 4 جرعات (الجرعة الثانية [والجرعة الثالثة إذا تم إعطاؤها] بعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة السابقة حتى يتم الحصول على جرعة في عمر 7 أشهر أو أكبر، تليها جرعة إضافية بعد 12 أسبوعًا على الأقل وبعد عمر 12 شهرًا)
    - الجرعة الأولى يتم إعطاؤها في عمر 7-23 شهرًا: سلسلة مكوَّنة من جرعتين (الجرعة الثانية بعد 12 أسبوعًا على الأقل من الجرعة الأولى وبعد بلوغ الطفل عمر 12 شهرًا)

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

ملاحظات

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

تطعيم المجموعة المصلية للمكورات السحائية A، C، W، Y
- تتمة

- **الأطفال بعمر عامين أو أكبر:** جرعة واحدة من Menveo* أو MenQuadfi

طلاب الجامعة في السنة الأولى الذين يعيشون في مباني سكن جامعية (إذا لم يسبق لهم تلقي اللقاح في عمر 16 عامًا فأكثر) أو المجندين العسكريين: جرعة واحدة من Menveo* أو MenQuadfi

تطعيم المراهقين للأطفال الذين تلقوا MenACWY قبل عمر 10 سنوات:

- **الأطفال الذين يُوصى بجرعات معزِّزة لهم بسبب المخاطر المستمرة المتزايدة لديهم للإصابة بمرض المكورات السحائية** (على سبيل المثال، أولئك الذين يعانون من عوز مكونات المتممة، أو فيروس نقص المناعة البشرية، أو انعدام الطحال): اتبع جدول الجرعات المعززة للأشخاص المعرضين لخطر متزايد.

- **الأطفال الذين لا يُوصى بإعطاء جرعات معززة لهم** (على سبيل المثال، طفل سليم صحيًا تلقى جرعة واحدة للسفر إلى بلد يتوطن فيه مرض المكورات السحائية): إعطاء MenACWY وفقًا لجدول المراهقين الموصى به مع الجرعة الأولى في عمر 11-12 عامًا والجرعة الثانية في عمر 16 عامًا.

**يأتي لقاح Menveo بتركيبتين: مجففة بالتجميد ومذيبة. يجب عدم استخدام التركيبة المذيبة قبل سن 10 سنوات. راجع الموقع الإلكتروني التالي:*
www. cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial- presentation.pdf.

ملاحظة: بالنسبة **لتوصيات الجرعة المعززة** من MenB للفئات المدرجة ضمن "الحالات الخاصة" وفي بيئة تفشي للمرض وللمعلومات الإضافية عن لقاح المكورات السحائية، راجع الرابط التالي:
www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

قد يحصل الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 10 أعوام فأكبر على جرعة واحدة من عقار Penbraya كبديل لإعطاء عقارَي MenACWY وMenB بشكلٍ منفصل عندما يكون من المقرر إعطاء كلا اللقاحين في موعد الحضور إلى العيادة نفسه (راجع قسم "الحصول على لقاح الزمرة المصلية (ب) من المكورات السحائية" أدناه لمزيدٍ من المعلومات).

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

الحصول على لقاح الزمرة المصلية (ب) من المكورات السحائية
(الحد الأدنى للعمر: 10 أعوام [Bexsero ،MenB-4C؛ أو MenB-FHbp، Trumenba؛ أو MenACWY-TT/MenB-FHbp، Penbraya])

اتخاذ قرار سريري مشترك

- **المراهقون غير المعرضين لخطر متزايد في عمر 16-23 عامًا (يُفضل في عمر 16-18 عامًا)* بناءً على اتخاذ قرار سريري مشترك.**
  - **Bexsero أو Trumenba (عليك استخدام العلامة التجارية ذاتها عند إعطاء جميع الجرعات):** سلسلة مكوَّنة من جرعتين تفصل بينهما مدة 6 أشهر على الأقل (إذا تم إعطاء الجرعة الثانية قبل 6 أشهر، فعليك إعطاء الجرعة الثالثة بعد 4 أشهر على الأقل من الجرعة الثانية)

*لتحسين الحماية السريعة (على سبيل المثال، للطلاب الذين يبدأون الدراسة في الكلية في أقل من 6 أشهر)، يمكن إعطاء سلسلة مكونة من 3 جرعات (تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد مرور شهر إلى شهرين، والجرعة الثالثة بعد 6 أشهر).

وللحصول على معلومات إضافية حول اتخاذ القرارات السريرية المشتركة بشأن الحصول على لقاح MenB، راجع الرابط التالي:
www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/isd-job-aid-scdm-mening-b-shared-clinical-decision-making.pdf

الحالات الخاصة

فقد الطحال التشريحي أو الوظيفي (بما في ذلك مرض الخلايا المنجلية)، والعوز المستمر لمكونات المتممة، واستخدام مثبِّط متمم (على سبيل المثال، eculizumab، أو ravulizumab).

- **Bexsero أو Trumenba (عليك استخدام العلامة التجارية ذاتها عند إعطاء جميع الجرعات، بما في ذلك الجرعات المعززة)** سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات؛ بحيث تؤخذ الجرعة الأولى، تليها الجرعة الثانية بعد شهر-شهران، ثم الجرعة الثالثة بعد 6 أشهر (إذا تم إعطاء الجرعة الثانية بعد 6 أشهر على الأقل من الجرعة الأولى، فلن يكن هناك داعٍ للجرعة الثالثة؛ أما إذا تم إعطاء الجرعة الثالثة في وقت مبكر عن 4 أشهر من الجرعة الثانية، فيجب إعطاء الجرعة الرابعة بعد 4 أشهر على الأقل من الجرعة الثالثة)

بالنسبة **لتوصيات الجرعة المعززة** من MenB للفئات المدرجة ضمن "الحالات الخاصة" وفي بيئة تفشي للمرض وللمعلومات الإضافية عن لقاح المكورات السحائية، راجع www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

ملاحظة: يمكن إعطاء لقاحات MenB بالتزامن مع لقاحات MenACWY إن أُوصي بذلك، ولكن في موقع تشريحي مختلف، إذا كان ذلك ممكنًا.

قد يحصل الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 10 أعوام فأكبر على جرعة من عقار Penbraya (MenACWY-TT/MenB-FHbp) كبديل لإعطاء عقارَي MenACWY وMenB بشكلٍ منفصل عندما يكون من المقرر إعطاء كلا اللقاحين في نفس موعد الحضور إلى العيادة. بالنسبة إلى الأطفال ذوي الأعمار المناسبة غير المعرضين لخطر متزايد، إذا تم استخدام عقار Penbraya للجرعة الأولى من لقاح MenB، فيجب إعطاء MenB-FHbp (Trumenba) للجرعة الثانية من لقاح MenB. بالنسبة إلى الأطفال ذوي الأعمار المناسبة المعرضين لخطر متزايد للإصابة بمرض المكورات السحائية، يمكن استخدام عقار Penbraya لإعطاء الجرعات الإضافية من MenACWY وMenB (بما في ذلك الجرعات المعزِّزة) إذا كان من المقرر إعطاء كليهما في يوم الحضور إلى العيادة نفسه **وانقضت** مدة 6 أشهر على الأقل منذ آخر جرعة تم الحصول عليها من Penbraya.

لقاح جدري القرود
(الحد الأدنى للعمر: 18 عامًا [Jynneos])

الحالات الخاصة

- **الأشخاص الذين يبلغون من العمر 18 عامًا والمعرضون لخطر الإصابة بعدوى جدري القرود:** سلسلة كاملة مكوَّنة من جرعتين تفصل بينهما مدة تبلغ 28 يومًا.
  تشمل عوامل خطر الإصابة بعدوى جدري القرود ما يلي:
  - مثليّ الجنس، أو ثنائي الجنس، أو غير ذلك من أصحاب العلاقة الجنسية المثلية بين الرجال، أو شخص يمارس الجنس مع مثليّ الجنس، أو ثنائي الجنس، أو غير ذلك من أصحاب العلاقة الجنسية المثلية بين الرجال الذي كان لديه في الأشهر الستة الماضية واحد مما يلي:
    - لديهم تشخيص جديد للإصابة بمرضٍ واحد على الأقل من الأمراض المنقولة جنسيًا
    - لديهم أكثر من شريك جنسي واحد
    - يمارسون الجنس في مكان تجاري مخصَّص لممارسة الجنس
    - يمارسون الجنس في إطار حدث عام كبير في منطقة جغرافية تشهد انتقال مرض جدري القرود
  - الأشخاص الذين يعدون شركاء جنسيون للأشخاص المذكورين أعلاه
  - الأشخاص الذين يتوقعون التعرض لأيٍّ من المواقف المذكورة أعلاه
- **الحمل:** لا توجد حاليًا توصية من جانب اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين لاستخدام لقاح Jynneos أثناء الحمل بسبب قلة بيانات السلامة المتوفرة في حالة النساء الحوامل. قد تحصل النساء الحوامل اللواتي لديهن أيّ عامل خطر مذكور أعلاه على لقاح Jynneos.

للحصول على معلومات مفصلة، انظر: www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-ove rview.html

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

لقاح المكورات الرئوية
(الحد الأدنى للعمر: 6 أسابيع [PCV15]، و[PCV 20]؛ وعامان [PPSV23])

التطعيم الروتيني بلقاح PCV

- سلسلة مكوّنة من 4 جرعات يتم إعطاؤها عند عمر شهرين، و4 أشهر، و6 أشهر، و12-15 شهرًا

التطعيم التداركي بلقاح PCV

- الأطفال الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين عامين و4 أعوام الذين لديهم أي سلسلة غير مكتملة* من لقاح PCV: جرعة واحدة من لقاح PCV
- للحصول على إرشادات أخرى حول الجرعات التداركية، راجع الجدول 2.

ملاحظة: بالنسبة إلى الأطفال الذين **لا** يعانون من حالات خطر، لا يوصف لقاح PCV20 إذا كانوا قد حصلوا على 4 جرعات من لقاح PCV13 أو PCV15 أو سلسلة أخرى كاملة من لقاح PCV مناسبة لعمرهم.

الحالات الخاصة

الأطفال والمراهقون الذين يعانون من تسرب السائل الدماغي الشوكي؛ أو مرض القلب المزمن؛ أو مرض الكلى المزمن (باستثناء غسيل الكلى المستمر والمتلازمة الكلوية)؛ أو مرض الكبد المزمن؛ أو مرض الرئة المزمن (بما في ذلك الربو المستمر من الدرجة المتوسطة أو الشديدة)؛ أو زراعة القوقعة؛ أو داء السكري:

عمر 2 - 5 أعوام

- أي سلسلة غير مكتملة* من لقاح PCV:
  - 3 جرعات من لقاح PCV: جرعة واحدة من لقاح PCV (بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة تم الحصول عليها من لقاح PCV)
  - أقل من 3 جرعات من لقاح PCV: جرعتان من لقاح PCV (بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة على أن تفصل بينهما مدة 8 أسابيع على الأقل)
- أكمل سلسلة لقاح PCV الموصَى بها ولكن لم يحصل على لقاح PPSV23.
  - حصل مسبقًا على جرعة واحدة على الأقل من لقاح PCV20: لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية من لقاح PCV أو PPSV23
  - لم يسبق أن حصل على لقاح PCV20: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة تم الحصول عليها من لقاح PCV.

عمر 6 - 18 عامًا

- لم يسبق أن حصل على أي جرعة من لقاح PCV13، أو PCV15، أو PCV20: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV15 أو PCV20. إذا حصل الشخص على لقاح PCV15 ولم يسبق أن حصل على لقاح PPSV23، فيتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من الحصول على جرعة PCV15.**
- حصل على لقاح PCV قبل سن 6 أعوام ولكن لم يحصل على لقاح PPSV23
  - حصل مسبقًا على جرعة واحدة على الأقل من لقاح PCV20: لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية من لقاح PCV أو PPSV23
  - لم يسبق أن حصل على لقاح PCV20: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة تم الحصول عليها من لقاح PCV.
- حصل على لقاح PCV13 فقط في عمر 6 أعوام أو بعد ذلك: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من الحصول على آخر جرعة من PCV13.
- حصل على جرعة واحدة من لقاح PCV13 وجرعة واحدة من لقاح PPSV23 في عمر 6 أعوام أو بعد ذلك: لا يوجد داع لاستعمال أي جرعات إضافية من أيٍّ من لقاحَي PCV أو PPSV23.

الأطفال والمراهقون الذين يخضعون لغسيل الكلى المستمر، أو الذين يعانون من حالات ضعف المناعة مثل المتلازمة الكلوية؛ أو انعدام الطحال الخلقي أو المكتسب أو الاختلال الوظيفي للطحال؛ أو حالات العوز المناعي الخلقي أو المكتسب؛ أو الأمراض والحالات التي يتم علاجها بالعقاقير أو العلاجات الإشعاعية المثبِّطة للمناعة، بما في ذلك، الأورام الخبيثة، وسرطان الدم، والأورام الليمفاوية، ومرض هودجكن، وزراعة الأعضاء الصلبة؛ أو عدوى فيروس نقص المناعة البشرية؛ أو مرض الخلايا المنجلية أو اعتلالات الهيموجلوبين الأخرى:

عمر 2 - 5 أعوام

- أي سلسلة غير مكتملة* من لقاح PCV:
  - 3 جرعات من لقاح PCV: جرعة واحدة من لقاح PCV (بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة تم الحصول عليها من لقاح PCV)
  - أقل من 3 جرعات من لقاح PCV: جرعتان من لقاح PCV (بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة على أن تفصل بينهما مدة 8 أسابيع على الأقل)
- أكمل سلسلة لقاح PCV الموصَى بها ولكن لم يحصل على لقاح PPSV23
  - حصل مسبقًا على جرعة واحدة على الأقل من لقاح PCV20: لا توجد حاجة إلى جرعات إضافية من لقاح PCV أو PPSV23
  - لم يسبق أن حصل على لقاح PCV20: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة تم الحصول عليها من لقاح PCV. في حال استخدام لقاح PPSV23، يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو الجرعة الثانية من لقاح PPSV23 بعد 5 سنوات على الأقل من الجرعة الأولى من لقاح PPSV23.

عمر 6 - 18 عامًا

- لم يسبق أن حصل على أي جرعة من لقاح PCV13، أو PCV15، أو PCV20: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV15 أو جرعة واحدة من لقاح PCV20. إذا حصل الشخص على لقاح PCV15 ولم يسبق أن حصل على لقاح PPSV23، فيتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من الحصول على جرعة PCV15.**
- حصل على لقاح PCV قبل سن 6 أعوام ولكن لم يحصل على لقاح PPSV23
  - حصل مسبقًا على جرعة واحدة على الأقل من لقاح PCV20: لا تعطى جرعات إضافية من لقاح PCV أو PPSV23
  - لم يسبق أن حصل على لقاح PCV20: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من آخر جرعة تم الحصول عليها من لقاح PCV. في حال استخدام لقاح PPSV23، يتم إعطاء إما لقاح PCV20 أو جرعة ثانية من لقاح PPSV23 بعد 5 سنوات على الأقل من الجرعة الأولى من لقاح PPSV23.
- حصل على لقاح PCV13 فقط في عمر 6 أعوام أو بعد ذلك: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من الحصول على آخر جرعة من PCV13. في حال استخدام لقاح PPSV23، يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو الجرعة الثانية من لقاح PPSV23 بعد 5 سنوات على الأقل من الجرعة الأولى من لقاح PPSV23.
- حصل على جرعة واحدة من لقاح PCV13 وجرعة واحدة من لقاح PPSV23 في عمر 6 أعوام أو بعد ذلك: يتم إعطاء جرعة واحدة من لقاح PCV20 أو جرعة واحدة من لقاح PPSV23 بعد 8 أسابيع على الأقل من الحصول على آخر جرعة من لقاح PCV13 وبعد 5 أعوام على الأقل من الحصول على الجرعة الأولى من لقاح PPSV23.

الحمل: لا توجد توصية بشأن لقاح PCV أو PPSV23 في أثناء الحمل بسبب البيانات المحدودة. يمكن العثور على ملخص البيانات الحالية حول تطعيم المكورات الرئوية أثناء الحمل على www.cdc.gov/ mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm

للحصول على إرشادات حول تحديد لقاحات المكورات الرئوية التي يحتاج إليها المريض ومتى يتعين الحصول عليها، يُرجى الرجوع إلى تطبيق الهاتف المحمول، الذي يمكن تنزيله هنا: wcms-wp.cdc.gov/pneumococcal/ hcp/vaccine-recommendations/app.html

**سلسلة غير مكتملة* = عدم الحصول على جميع الجرعات الواردة إما في السلسلة الموصى بها أو سلسلة التطعيمات التداركية المناسبة للعمر. راجع الجدول 2 الوارد في توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين الخاصة بالمكورات الرئوية على الرابط التالي: stacks.cdc.gov/view/cdc/133252*

***عندما يوصى باستعمال كلا من اللقاحين PCV15 وPPSV23، قم بإعطاء جميع جرعات لقاح PCV15 أولاً. يجب عدم إعطاء لقاحَي PCV15 وPPSV23 خلال الزيارة نفسها.*

تطعيم فيروس شلل الأطفال
(الحد الأدنى للعمر: 6 أسابيع)

التطعيم الروتيني

- سلسلة مكوَّنة من 4 جرعات تؤخذ في عمر شهرين، و4 أشهر، و6-18 شهرًا، و4-6 سنوات؛ ويتم إعطاء الجرعة النهائية في عمر 4 أعوام أو بعد ذلك وبعد 6 أشهر على الأقل من الجرعة السابقة.
- يمكن إعطاء 4 جرعات أو أكثر من تطعيم فيروس شلل الأطفال غير النشط (IPV) قبل سن 4 سنوات عند استخدام لقاح مركب يحتوي على IPV. ومع ذلك، لا يزال يُوصى بالحصول على جرعة عند بلوغ عمر 4 أعوام أو بعد ذلك وبعد 6 أشهر على الأقل من الجرعة السابقة.

التطعيم التداركي

- في أول 6 أشهر من العمر، استخدم الحد الأدنى للأعمار والفواصل الزمنية فقط في حالة السفر إلى منطقة متوطن بها مرض شلل الأطفال أو أثناء تفشي المرض.
- **المراهقون الذين يبلغون من العمر 18 عامًا ممَّن يُعلَم عدم حصولهم على اللقاح أو عدم اكتمال تطعيمهم أو يشتبه في ذلك:** تُعطَى الجرعات المتبقية (جرعة واحدة أو جرعتان أو 3 جرعات من لقاح IPV) لإكمال سلسلة أولية مكوَّنة من 3 جرعات.* يمكن لمعظم الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكبر والذين وُلدوا ونشأوا في الولايات المتحدة افتراض أنهم قد حصلوا على لقاح ضد شلل الأطفال في سن الطفولة، ما لم تكن هناك أسباب محددة للاعتقاد بأنهم لم يحصلوا على اللقاح.

السلسلة التي تحتوي على لقاح فيروس شلل الأطفال الفموي (OPV)، إما سلسلة OPV- IPV المختلطة أو سلسلة OPV فقط:

- إجمالي عدد الجرعات اللازمة لإكمال السلسلة هو نفسه الموصى به لجدول تطعيم IPV في الولايات المتحدة. راجع الرابط التالي: www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6.htm?s_%20cid=mm6601a6_w.
- لا يُعتد إلا بلقاح OPV ثلاثي التكافؤ (tOPV) وفقًا لمتطلبات التطعيم في الولايات المتحدة.
  - يجب احتساب جرعات OPV التي تم إعطاؤها قبل 1 أبريل 2016 (ما لم يُذكر على وجه التحديد أنه تم إعطاؤها أثناء إحدى الحملات).
  - يجب عدم احتساب جرعات OPV التي تم إعطاؤها في 1 أبريل 2016 أو بعده.
  - للحصول على إرشادات لتقييم الجرعات الموثقة على أنها تطعيم "OPV"، راجع www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?s_cid=mm6606a7_w.
- للحصول على إرشادات أخرى حول الجرعات التداركية، راجع الجدول 2.

الحالات الخاصة

- **المراهقون الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا والمعرضون لخطر متزايد للإصابة بفيروس شلل الأطفال وأكملوا السلسلة الأولية *:** قد يتم إعطاؤهم جرعة معزِّزة واحدة من لقاح فيروس شلل الأطفال غير النشط (IPV) مرة واحدة في الحياة

***ملاحظة:** تتكوَّن السلسلة الأولية الكاملة من 3 جرعات على الأقل من لقاح فيروس شلل الأطفال غير النشط أو لقاح فيروس شلل الأطفال الفموي ثلاثي التكافؤ (tOPV) بأي تركيبة.

للحصول على معلومات تفصيلية، راجع: www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html

التطعيم بلقاح الفيروس المخلوي التنفسي
(الحد الأدنى للعمر: عند الولادة [Nirsevimab، RSV-mAb Beyfortus])

التطعيم الروتيني

- **الأطفال الرضَّع المولودون في الفترة من شهر أكتوبر إلى مارس في معظم النطاق القاري في الولايات المتحدة***
  - لم تحصل الأم على لقاح الفيروس المخلوي التنفسي (RSV) أو كانت حالة التطعيم بلقاح الفيروس المخلوي التنفسي لدى الأم غير معروفة أو أن الأم تلقت لقاح الفيروس المخلوي التنفسي في حملٍ سابق: يُعطَى الطفل جرعة واحدة من nirsevimab في غضون أسبوع واحد من الولادة وعلى نحوٍ مثالي خلال الإقامة بالمستشفى بعد الولادة.
  - حصلت الأم على لقاح الفيروس المخلوي التنفسي خلال مدة **تقل عن 14 يومًا** قبل الولادة: يُعطَى الطفل جرعة واحدة من عقار nirsevimab في غضون أسبوع واحد من الولادة وعلى نحوٍ مثالي خلال الإقامة بالمستشفى بعد الولادة.
  - حصلت الأم على لقاح الفيروس المخلوي التنفسي قبل الولادة بمدة **14 يومًا على الأقل**: لا حاجة إلى إعطاء الطفل عقار nirsevimab ولكن يمكن النظر في إعطائه في حالات نادرة وفقًا لتقدير مقدمي الرعاية الصحية (راجع www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)
- **الأطفال الرضَّع المولودون في الفترة من شهر أبريل إلى سبتمبر في معظم النطاق القاري في الولايات المتحدة***
  - لم تحصل الأم على لقاح الفيروس المخلوي التنفسي أو كانت حالة التطعيم بلقاح الفيروس المخلوي التنفسي لدى الأم غير معروفة أو أن الأم تلقت لقاح الفيروس المخلوي التنفسي في حملٍ سابق: يُعطَى الطفل جرعة واحدة من عقار nirsevimab قبل بدء موسم الإصابة به بوقتٍ قصير.*
  - حصلت الأم على لقاح الفيروس المخلوي التنفسي خلال مدة **تقل عن 14 يومًا** قبل الولادة: يُعطَى الطفل جرعة واحدة من عقار nirsevimab قبل بدء موسم الإصابة به بوقتٍ قصير.*
  - حصلت الأم على لقاح الفيروس المخلوي التنفسي قبل الولادة بمدة **14 يومًا على الأقل**: لا حاجة إلى إعطاء الطفل عقار nirsevimab ولكن يمكن النظر في إعطائه في حالات نادرة وفقًا لتقدير مقدمي الرعاية الصحية (راجع www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

يجب تحصين الأطفال الرضَّع الذين مكثوا في المستشفى فترةً طويلة بعد ولادتهم** (على سبيل المثال، نتيجة الولادة المبكِّرة) ثم صُرِّح لهم بالخروج في الفترة من أكتوبر إلى مارس في أقرب وقت قبل خروجهم من المستشفى أو بعده مباشرةً.

الحالات الخاصة

- **الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و19 شهرًا المصابون بمرض رئوي مزمن في مرحلة الابتسار بدرجةٍ تتطلب دعمًا طبيًا (على سبيل المثال، العلاج بالكورتيكوستيرويدات المزمنة، أو العلاج المدرّ للبول، أو الأكسجين التكميلي) في أي وقت خلال فترة الستة أشهر السابقة لبداية موسم الإصابة بالفيروس المخلوي التنفسي الثاني؛ أو ضعف المناعة بدرجة شديدة؛ أو التليف الكيسي بحيث يكون الوزن إلى الطول أقل من الترتيب المئوي العاشر أو ظهور مرض رئوي شديد (على سبيل المثال، دخول المستشفى سابقًا بسبب تفاقم الإصابة بمرض رئوي في العام الأولى من العمر أو وجود تشوهات في تصوير الصدر والتي تستمر في الظهور حتى مع استقرار الحالة)**:**
  - جرعة واحدة من عقار nirsevimab قبل بدء موسم الإصابة بالفيروس المخلوي التنفسي الثاني بوقتٍ قصير*
- **الأعمار من 8 إلى 19 شهرًا من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين:** يُعطَى الطفل جرعة واحدة من nirsevimab قبل بدء موسم الفيروس المخلوي التنفسي الثاني بوقت قصير*
- **عمره مناسب ويخضع لجراحة قلبية تتضمن مجازة قلبية رئوية**:** جرعة إضافية واحدة من عقار nirsevimab بعد الجراحة. راجع الرابط التالي: www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/ label/2023/761328s000lbl.pdf

***ملاحظة:** نظرًا إلى احتمالية اختلاف توقيت بدء موسم الفيروس المخلوي التنفسي ومدته، يُوصَى بإعطاء عقار nirsevimab من أكتوبر حتى مارس في معظم النطاق القاري للولايات المتحدة (على نحوٍ مثالي من أكتوبر حتى نوفمبر أو في غضون أسبوع واحد من الولادة). ويجب على مقدمي الخدمات في الولايات التي تختلف فيها موسمية الفيروس المخلوي التنفسي عن معظم النطاق القاري للولايات المتحدة (على سبيل المثال، ألاسكا، والولاية ذات المناخ الاستوائي) اتباع إرشادات سلطات الصحة العامة (على سبيل المثال، مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها، والإدارات الصحية) أو المراكز الطبية الإقليمية بشأن توقيت إعطاء اللقاح بناءً على موسمية الفيروس المخلوي التنفسي داخل المنطقة.

****ملاحظة:** يمكن إعطاء عقار Nirsevimab للأطفال المؤهلين للحصول على عقار palivizumab. يجب على الأطفال الذين حصلوا على عقار nirsevimab عدم الحصول على عقار palivizumab لموسم الفيروس المخلوي التنفسي نفسه.

للحصول على مزيدٍ من الإرشادات، راجع الرابط التالي: www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ wr/mm7234a4.htm والرابط التالي: www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/ child-faqs.html

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

ملاحظات

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

التطعيم بلقاح الفيروس المخلوي التنفسي
(الفيروس المخلوي التنفسي [Abrysvo])

التطعيم الروتيني
- **النساء الحوامل في 32 أسبوعًا و0 يوم إلى 36 أسبوعًا و6 أيام من سبتمبر إلى يناير في معظم النطاق القاري للولايات المتحدة*:** جرعة واحدة من لقاح Abrysvo. قم بإعطاء لقاح الفيروس المخلوي التنفسي بغض النظر عن العدوى السابقة به.
  - يُوصى بتطعيم الأم ضد الفيروس المخلوي التنفسي باستخدام لقاح Abrysvo أو تحصين الطفل الرضيع بعقار nirsevimab (جسم مضاد أحادي النسيلة للفيروس المخلوي التنفسي) للوقاية من الإصابة الشديدة بالفيروس المخلوي التنفسي في الأطفال الرضع.
- **جميع النساء الحوامل الأخريات:** لا يُوصى بإعطاء لقاح الفيروس المخلوي التنفسي
- **حالات الحمل اللاحقة:** لا يُوصى بإعطاء جرعات إضافية. ولا توجد بيانات متاحة لمعرفة ما إذا كانت هناك حاجة إلى جرعات إضافية في حالات الحمل اللاحقة. يجب أن يتلقى الرضع، الذين وُلدوا لأمهات تلقوا لقاح الفيروس المخلوي التنفسي خلال حملٍ سابق، عقار nirsevimab.

***ملاحظة:** يجب على مقدمي الخدمات في الولايات التي تختلف فيها موسمية الفيروس المخلوي التنفسي عن معظم النطاق القاري للولايات المتحدة (على سبيل المثال، ألاسكا، والولايات ذات المناخ الاستوائي) اتّباع إرشادات سلطات الصحة العامة (على سبيل المثال، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، والإدارات الصحية) أو المراكز الطبية الإقليمية بشأن توقيت إعطاء اللقاح بناءً على موسمية الفيروس المخلوي التنفسي داخل المنطقة.

تطعيم فيروس روتا
(الحد الأدنى للعمر: 6 أسابيع)

التطعيم الروتيني
- **Rotarix:** سلسلة مكوَّنة من جرعتين يتم إعطاؤهما في عمر شهرين و4 أشهر
- **RotaTeq:** سلسلة مكوَّنة من 3 جرعات تُعطى في عمر شهرين، و4 أشهر، و6 أشهر
- إذا كانت أي جرعة في السلسلة عبارة عن لقاح **RotaTeq** أو غير معروفة، فانتقل افتراضيًا إلى السلسلة المكوَّنة من 3 جرعات.

التطعيم التداركي
- لا تبدأ السلسلة في سن 15 أسبوعًا و0 يومًا أو بعده.
- الحد الأقصى للعمر الذي يُسمَح له بتلقي الجرعة النهائية هو 8 أشهر و0 يوم.
- للحصول على إرشادات أخرى حول الجرعات التداركية، راجع الجدول 2.

تطعيم التيتانوس والدفتيريا والسُعال الديكي (Tdap)
(الحد الأدنى للعمر: 11 عامًا للتطعيم الروتيني، 7 أعوام للتطعيم التداركي)

التطعيم الروتيني
- **عمر 11 – 12 عامًا:** جرعة واحدة من لقاح Tdap (جرعة معزِّزة للمراهقين)
- **الحمل:** جرعة واحدة من لقاح Tdap أثناء كل حمل، ويُفضل أن تكون في الجزء المبكر من أسابيع الحمل 27-36

ملاحظة: يمكن إعطاء Tdap بغض النظر عن الفاصل الزمني منذ آخر لقاح يحتوي على ذوفان التيتانوس والدفتيريا.

التطعيم التداركي
- **الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و18 عامًا ولم يتلقوا لقاح Tdap:** جرعة واحدة من لقاح Tdap (جرعة معززة للمراهقين)
- **الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و18 عامًا ممَّن لم يحصلوا على سلسلة التطعيم الكاملة* من لقاح DTaP:** جرعة واحدة من لقاح Tdap كجزء من سلسلة التطعيم التداركي (يُفضل الجرعة الأولى)؛ وإذا كانت هناك حاجة إلى جرعات إضافية، فاستخدم لقاح Td أو لقاح Tdap.
- **إعطاء لقاح Tdap في سن 7-10 سنوات:**
  - **الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و9 أعوام** ممَّن يتلقون لقاح Tdap يجب أن يحصلوا على الجرعة المعززة من لقاح Tdap الخاصة بالمراهقين في عمر 11 إلى 12 عامًا
  - **الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 10 أعوام** ممَّن يتلقون لقاح Tdap لا يحتاجون إلى الحصول على الجرعة المعززة من لقاح Tdap الخاصة بالمراهقين في عمر 11 إلى 12 عامًا
- **إعطاء لقاح DTaP دون قصد في عمر 7 أعوام أو أكبر:**
  - **عمر 7 - 9 أعوام:** قد يتم احتساب لقاح DTaP كجزء من سلسلة التطعيم التداركي. يتم إعطاء جرعة معزِّزة من لقاح Tdap الخاصة بالمراهقين في عمر **11 إلى 12** عامًا.
  - **عمر 10 - 18 عامًا:** يتم احتساب جرعة DTaP كجرعة معزِّزة من لقاح Tdap الخاص بالمراهقين.
- للحصول على إرشادات أخرى حول الجرعات التداركية، راجع الجدول 2.

الحالات الخاصة
- **معالجة الجروح** في حالات الأطفال بعمر 7 أعوام أو أكبر ممَّن سبق لهم تناوُل 3 جرعات أو أكثر من اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس): بالنسبة إلى الجروح النظيفة والطفيفة، قم بإعطاء لقاح Tdap أو Td إذا كان قد مضى أكثر من 10 أعوام منذ الحصول على آخر جرعة من اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس)؛ وبالنسبة إلى جميع الجروح الأخرى، قم بإعطاء لقاح Tdap أو Td إذا كان قد مضى أكثر من 5 أعوام منذ الحصول على آخر جرعة من اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس). يُفضل استخدام لقاح Tdap لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 11 عامًا أو أكثر ممن لم يسبق لهم تلقي لقاح Tdap أو كان تاريخهم المتعلق بتلقي لقاح Tdap غير معروف. إذا تم وصف لقاح ذوفان التيتانوس لمراهقة حامل، فاستخدم لقاح Tdap.
- للحصول على معلومات تفصيلية، راجع www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm.

**حصل على الجرعة الكاملة من اللقاح* = 5 جرعات صالحة من لقاح DTaP أو 4 جرعات صالحة من لقاح DTaP إذا تم إعطاء الجرعة الرابعة في عمر 4 أعوام أو أكبر

تطعيم الحُماق (جدري الماء)
(الحد الأدنى للعمر: 12 شهرًا)

التطعيم الروتيني
- سلسلة مكونة من جرعتين في سن 12-15 شهرًا، و4-6 سنوات
  - يمكن إعطاء الجرعة الثانية في وقت مبكر بعد 3 أشهر من الجرعة الأولى (قد تُحتسب الجرعة التي يتم إعطاؤها دون قصد بعد 4 أسابيع على الأقل على أنها صالحة).

التطعيم التداركي
- تأكد من حصول الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و18 عامًا من دون وجود دليل يثبت أن لديهم مناعة ضد هذه الأمراض (راجع *التقرير الأسبوعي لمعدلات الأمراض والوفيات (MMWR)* على الرابط التالي: www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5604.pdf) على سلسلة مكوَّنة من جرعتين:
  - **عمر 7 - 12 عامًا:** الفاصل الزمني الروتيني: 3 أشهر (قد يتم احتساب الجرعة التي يتم إعطاؤها دون قصد بعد 4 أسابيع على الأقل على أنها صالحة)
  - **عمر 13 عامًا فأكبر:** الفاصل الزمني الروتيني: 4-8 أسابيع (الحد الأدنى للفاصل الزمني: 4 أسابيع)

ملاحظة: لا يُوصى بإعطاء لقاح MMRV للأعمار من 12 إلى 47 شهرًا أو من 13 إلى 18 عامًا (يُعطى لقاحي MMR والحُماق (جدري الماء) بشكل منفصل لهذه الفئات العمرية). الحد الأدنى للفاصل الزمني بين جرعات لقاح MMRV هو 3 أشهر.

مساحة بيضاء
تُركت
فارغة عن عمد

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

دليل موانع الاستعمال والإجراءات الاحتياطية للقاحات شائعة الاستخدام

مقتبس من الجدول 4-1 في المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التحصين التي وضعتها اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP): موانع الاستعمال والاحتياطات والوقاية من الإنفلونزا الموسمية ومكافحتها باستخدام اللقاحات: توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين - الولايات المتحدة، موسم الإنفلونزا 2024-2025 | التقرير الأسبوعي لمعدلات الأمراض والوفيات (MMWR) (cdc.gov)، وموانع الاستعمال والاحتياطات الخاصة باللقاح المضاد لكوفيد-19

اللقاحات وعوامل التحصين الأخرى	ممنوع استعماله أو لا يوصى به[1]	الاحتياطات[2]
لقاحات الحمض النووي الريبوزي المرسال (mRNA) المضاد لكوفيد-19 [Comirnaty، mNexspike، Spikevax]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات لقاح الحمض النووي الريبوزي المرسال (mRNA) المضاد لكوفيد-19[3]	• تشخيص الإصابة بحساسية غير شديدة (على سبيل المثال، الشرى خارج حدود موضع الحقن) تجاه أحد مكونات لقاح mRNA المضاد لكوفيد-19[3]؛ أو رد فعل تحسسي فوري ليس شديدًا (يبدأ ظهوره خلال مدة أقل من 4 ساعات) بعد إعطاء جرعة سابقة من لقاح mRNA المضاد لكوفيد-19 • التهاب عضلة القلب أو التهاب التأمور في غضون 3 أسابيع بعد تلقي أي جرعة من لقاح كوفيد-19 • متلازمة التهاب الأجهزة المتعددة لدى الأطفال (MIS-C) أو متلازمة التهاب الأجهزة المتعددة لدى البالغين (MIS-A) • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح وحدات البروتين الفرعية المضاد لكوفيد-19 [Nuvaxovid]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات لقاح Nuvaxovid[3]	• تشخيص الإصابة بحساسية غير شديدة (على سبيل المثال، الشرى خارج حدود موضع الحقن) تجاه أحد مكونات لقاح Nuvaxovid[3]؛ أو رد فعل تحسسي فوري ليس شديدًا (يبدأ ظهوره خلال مدة أقل من 4 ساعات) بعد إعطاء جرعة سابقة من لقاح Nuvaxovid • التهاب عضلة القلب أو التهاب التأمور في غضون 3 أسابيع بعد تلقي أي جرعة من لقاح كوفيد-19 • متلازمة التهاب الأجهزة المتعددة لدى الأطفال (MIS-C) أو متلازمة التهاب الأجهزة المتعددة لدى البالغين (MIS-A) • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح الإنفلونزا غير النشط والقابل للحقن المعتمد على البيض (IIV3)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة من أي لقاح إنفلونزا (يُقصد به أي لقاح IIV أو ccIIV أو RIV أو LAIV معتمد على البيض بأي تكافؤ) • رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) تجاه أي مكون من مكونات اللقاح[3] (باستثناء البيض)	• متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد الحصول على جرعة سابقة من أي نوع من أنواع لقاحات الإنفلونزا • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح الإنفلونزا غير النشط والقابل للحقن المعتمد على مزرعة الخلايا (ccIIV3) [Flucelvax]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) تجاه أيّ من لقاحات ccIIV بأي تكافؤ، أو تجاه أي مكون[3] من مكونات لقاح ccIIV3	• متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد الحصول على جرعة سابقة من أي نوع من أنواع لقاحات الإنفلونزا • الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الإصابة بردود الفعل التحسسية الشديدة (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة من أيّ من لقاحات IIV، أو RIV، أو LAIV المعتمدة على البيض بأي تكافؤ. في حال استخدام لقاح ccIIV3، يجب إعطاؤه في بيئة طبية تحت إشراف مقدم رعاية صحية يمكنه التعرُّف على ردود الفعل التحسسية الشديدة والتعامل معها. وقد تتم استشارة اختصاصي حساسية. • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح الإنفلونزا المؤتلف القابل للحقن (RIV3) [Flublok]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) تجاه أيّ من لقاحات RIV بأي تكافؤ، أو تجاه أي مكون[3] من مكونات لقاح RIV3	• متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد الحصول على جرعة سابقة من أي نوع من أنواع لقاحات الإنفلونزا • الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الإصابة بردود الفعل التحسسية الشديدة (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة من أيّ من لقاحات IIV، أو ccIIV، أو LAIV المعتمدة على البيض بأي تكافؤ. في حال استخدام لقاح RIV3، يجب إعطاؤه في بيئة طبية تحت إشراف مقدم رعاية صحية يمكنه التعرُّف على ردود الفعل التحسسية الشديدة والتعامل معها. وقد تتم استشارة اختصاصي حساسية. • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح الإنفلونزا الحي الموهَّن (LAIV3) [Flumist]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة من أي لقاح إنفلونزا (يُقصد به أي لقاح IIV أو ccIIV أو RIV أو LAIV معتمد على البيض بأي تكافؤ) • رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) تجاه أي مكون من مكونات اللقاح[3] (باستثناء البيض) • الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-4 أعوام ممن سبقت لهم الإصابة بالربو أو الأزيز • انعدام الطحال التشريحي أو الوظيفي • الإصابة بضعف المناعة لأي سبب بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تناول الأدوية وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) • المخالطون عن قُرب أو مقدمو الرعاية للأشخاص الذين يعانون من تثبيط المناعة بدرجةٍ شديدة والذين يحتاجون إلى بيئة محمية • الحمل • زراعة القوقعة • التلامس النشط بين السائل الدماغي الشوكي (CSF) والبلعوم الفموي، أو البلعوم الأنفي، أو الأنف، أو الأذن، أو أي تسرب آخر للسائل الدماغي النخاعي القحفي • الأطفال والمراهقون الذين يحصلون على أدوية تحتوي على الأسبرين أو الساليسيلات • الحصول على أدوية مضادة لفيروس الإنفلونزا oseltamivir أو zanamivir خلال الـ 48 ساعة الماضية، أو peramivir خلال الـ 5 أيام الماضية، أو baloxavir خلال الـ 17 يومًا الماضية	• متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد الحصول على جرعة سابقة من أي نوع من أنواع لقاحات الإنفلونزا • الربو في حالات الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 5 أعوام أو أكبر • الأشخاص الذين يعانون من حالات طبية كامنة خلاف تلك المدرجة في موانع الاستعمال التي قد تكون عرضة للمضاعفات بعد الإصابة بعدوى فيروس الإنفلونزا البريّ، على سبيل المثال، اضطرابات رئوية مزمنة، أو قلبية وعائية (باستثناء ارتفاع ضغط الدم المنفرد)، أو كلوية، أو كبدية، أو عصبية، أو دموية، أو أيضية (بما في ذلك داء السكري) • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها

1. في حال وجود أحد موانع استعمال، يجب عدم إعطاء اللقاح. مقتبس من المبادئ التوجيهية العامة المتعلقة بأفضل ممارسات التحصين التي وضعتها اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين بقلم Kroger A, Bahta L, Hunter P.
2. في حال وجود أحد الاحتياطات، يجب تأجيل التطعيم عمومًا ولكن قد يوصف إذا كانت منفعة الوقاية التي يوفرها اللقاح تفوق خطر حدوث رد فعل سلبي. مقتبس من المبادئ التوجيهية العامة المتعلقة بأفضل ممارسات التحصين التي وضعتها اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين بقلم Kroger A, Bahta L, Hunter P.
3. يجب على مقدمي اللقاحات التحقق من المعلومات الخاصة بوصف الدواء المعتمَدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للحصول على المعلومات الأكثر اكتمالاً وتحديثًا، بما في ذلك، موانع الاستعمال والتحذيرات، والاحتياطات. راجع النشرات المرفقة بالعبوات لمعرفة اللقاحات المرخَّصة من الولايات المتحدة.

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

اللقاحات وعوامل التحصين الأخرى	ممنوع استعماله أو لا يوصى به[1]	الاحتياطات[2]
حمى الضنك (DEN4CYD)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • نقص المناعة الشديد (مثل الأورام الدموية والصلبة، أو الحصول على العلاج الكيميائي، أو نقص المناعة الخلقي، أو تناول العلاج المثبّط للمناعة طويل المدى، أو المرضى المصابون بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من نقص المناعة بدرجة شديدة) • عدم وجود تأكيد مختبري يثبت وجود إصابة سابقة بعدوى حمى الضنك	• الحمل • الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية دون وجود دليل يثبت الإصابة بتثبيط المناعة بدرجة شديدة • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
الخناق (الدفتيريا) والكزاز (التيتانوس) والسعال الديكي (DTaP)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • اعتلال الدماغ (على سبيل المثال، غيبوبة، أو انخفاض مستوى الوعي، أو نوبات تمتد لفترات طويلة) لا يُعزى إلى سبب آخر يمكن تحديده في غضون 7 أيام من إعطاء الجرعة السابقة من لقاح DTP أو DTaP	• متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد الحصول على الجرعة السابقة من اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس) • عند وجود تاريخ من الإصابة بردود فعل فرط الحساسية من النوع أرثوس بعد الحصول على جرعة سابقة من لقاح يحتوي على ذوفان الخناق (الدفتريا) أو ذوفان الكزاز (التيتانوس)؛ يتم تأجيل التطعيم حتى مرور 10 أعوام على الأقل بعد الحصول على آخر لقاح يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس) • بالنسبة إلى لقاح DTaP فقط: عند الإصابة بالاضطراب العصبي المتفاقم، الذي يشمل التشنجات الطفلية، والصرع غير المتحكم فيه، والاعتلال المتفاقم في الدماغ، يتم تأجيل إعطاء لقاح DTaP لحين وضوح الحالة العصبية واستقرارها • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
المستدمية النزلية من النوع ب (Hib)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • أقل من 6 أسابيع	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
التهاب الكبد الوبائي "أ" (HepA)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] بما في ذلك النيومايسين	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
التهاب الكبد الوبائي "ب" (HepB)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] بما في ذلك الخميرة • الحمل: لا يُوصى باستخدام لقاح PreHevbrio بسبب قلة بيانات السلامة المتوفرة في حالة النساء الحوامل. استخدم لقاحات التهاب الكبد الوبائي (ب) الأخرى إذا كان هناك داعي لاستعمال لقاح التهاب الكبد الوبائي ب[4]	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح التهاب الكبد الوبائي (أ) و(ب) (HepA-HepB) [Twinrix]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] بما في ذلك النيومايسين والخميرة	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • *الحمل: لا يوصى بالتطعيم بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري.*	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR) لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجُماق (جدري الماء) (MMRV)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • نقص المناعة الشديد (مثل الأورام الدموية والصلبة، أو الحصول على العلاج الكيميائي، أو نقص المناعة الخلقي، أو تناول العلاج المثبّط للمناعة طويل المدى، أو المرضى المصابون بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من نقص المناعة بدرجة شديدة) • الحمل • وجود تاريخ عائلي من الإصابة بالكفاءة المناعية المتغيرة، ما لم يتم التحقق من كفاءتها المناعية سريريًا أو من خلال الاختبارات المعملية • بالنسبة إلى لقاح MMRV فقط: عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من أي شدة والأطفال الأصغر من 4 سنوات	• الحصول مؤخرًا (≥11 شهرًا) على منتج دم يحتوي على جسم مضاد (يعتمد الفاصل الزمني المحدد على المنتج) • وجود تاريخ من قلة الصفيحات أو فرفرية قلة الصفيحات • الحاجة إلى إجراء اختبار التوبركولين عبر الجلد أو اختبار مقايسة إطلاق الإنترفيرون-جاما (IGRA) • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها • بالنسبة إلى لقاح MMRV فقط: وجود تاريخ شخصي أو عائلي (أي، أشقاء أو آباء) من الإصابة بالنوبات نتيجة أيّ من المسببات • في حال استخدام لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجُماق (MMRV)، راجع الحماق/الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجُماق للاطلاع على الإجراءات الاحتياطية الإضافية
المكورات السحائية من النوع ACWY (MenACWY) MenACWY-CRM [Menveo] MenACWY-TT [MenQuadfi]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • بالنسبة إلى الرجل الذين يحصلون على لقاح MenACWY-CRM فقط: رد فعل تحسسي شديد تجاه أي لقاح يحتوي على ذوفان الخناق (الدفتريا) أو CRM197 • بالنسبة إلى لقاح MenACWY-TT فقط: رد فعل تحسسي شديد تجاه اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس)	• بالنسبة إلى لقاح MenACWY-CRM فقط: الولادة المبكرة إذا كان عمر الطفل أقل من 9 أشهر • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
المكورات السحائية (ب) (MenB) MenB-4C [Bexsero] MenB-FHbp [Trumenba]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3]	• الحمل • بالنسبة إلى لقاح MenB-4C فقط: حساسية تجاه اللاتكس • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح المكورات السحائية ABCWY (MenACWY-TT/MenB-FHbp) [Penbraya]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • رد فعل تحسسي شديد تجاه اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس)	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح جدري القرود [Jynneos]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3]	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح المكورات الرئوية المقترن (PCV)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) تجاه أي لقاح يحتوي على ذوفان الخناق (الدفتريا) أو أحد مكوناته[3]	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
المكورات الرئوية متعددة السكاريد (PPSV23)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3]	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح فيروس شلل الأطفال غير النشط (IPV)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3]	• الحمل • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
الجسم المضاد أحادي النسيلة للفيروس المخلوي التنفسي (RSV-mAb)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[5]	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح الفيروس المخلوي التنفسي	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3]	• مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
لقاح فيروس روتا (RV) RV1 [Rotarix] RV5 [RotaTeq]	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • العوز المناعي المشترك الشديد (SCID) • تاريخ الانغلاف	• تغيّر الكفاءة المناعية لسبب خلاف العوز المناعي المشترك الشديد • مرض الجهاز الهضمي المزمن • RV1 فقط: انشقاق العمود الفقري الخلقي أو إكشاف مثاني (انقلاب المثانة إلى الخارج) • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
الكزاز (التيتانوس)، والخناق (الدفتيريا)، والسعال الديكي اللاخلوي (Tdap) الكزاز (التيتانوس)/الخناق (الدفتيريا) (Td)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • بالنسبة إلى لقاح Tdap فقط: اعتلال الدماغ (على سبيل المثال، غيبوبة، وانخفاض مستوى الوعي، ونوبات تمتد لفترات طويلة) لا يُعزى إلى سبب آخر يمكن تحديده في غضون 7 أيام من إعطاء الجرعة السابقة من لقاح DTP، أو DTaP، أو Tdap	• متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد الحصول على الجرعة السابقة من اللقاح الذي يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس) • عند وجود تاريخ من الإصابة بردود فعل فرط الحساسية من النوع أرثوس بعد الحصول على جرعة سابقة من لقاح يحتوي على ذوفان الخناق (الدفتريا) أو ذوفان الكزاز (التيتانوس)؛ يتم تأجيل التطعيم حتى مرور 10 أعوام على الأقل بعد الحصول على آخر لقاح يحتوي على ذوفان الكزاز (التيتانوس) • بالنسبة إلى لقاح Tdap فقط: اضطراب عصبي متفاقم أو غير مستقر، أو نوبات لا يتم التحكم فيها، أو اعتلال متفاقم في الدماغ لحين وضع نظام علاجي واستقرار الحالة • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها
الجدري المائي(VAR) لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجُماق (جدري الماء) (MMRV)	• رد فعل تحسسي شديد (على سبيل المثال، التأق) بعد الحصول على جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح[3] • نقص المناعة الشديد (مثل الأورام الدموية والصلبة، أو الحصول على العلاج الكيميائي، أو نقص المناعة الخلقي، أو تناول العلاج المثبّط للمناعة طويل المدى، أو المرضى المصابون بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من نقص المناعة بدرجة شديدة) • الحمل • وجود تاريخ عائلي من الإصابة بالكفاءة المناعية المتغيرة، ما لم يتم التحقق من كفاءتها المناعية سريريًا أو من خلال الاختبارات المعملية • بلنسبة إلى لقاح MMRV فقط: عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من أي شدة والأطفال الأصغر من 4 سنوات	• الحصول مؤخرًا (≥11 شهرًا) على منتج دم يحتوي على جسم مضاد (يعتمد الفاصل الزمني المحدد على المنتج) • الحصول على أدوية معينة مضادة للفيروسات (acyclovir، أو famciclovir، أو valacyclovir) قبل الحصول على اللقاح بمدة 24 ساعة (تجنب استخدام هذه الأدوية المضادة للفيروسات لمدة 14 يومًا بعد الحصول على اللقاح) • استخدام الأسبرين أو المنتجات التي تحتوي عليه • مرض حاد متوسط أو شديد، سواء مصحوب بحمى أو غير مصحوب بها • في حال استخدام لقاح MMRV، راجع MMR/MMRV للاطلاع على الإجراءات الاحتياطية الإضافية

1. في حال وجود أحد موانع استعمال، يجب عدم إعطاء اللقاح. مقتبس من المبادئ التوجيهية العامة المتعلقة بأفضل ممارسات التحصين التي وضعتها اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين بقلم Kroger A, Bahta L, Hunter P. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
2. في حال وجود أحد الاحتياطات، يجب تأجيل التطعيم عمومًا ولكن قد يوصف إذا كانت منفعة الوقاية التي يوفرها اللقاح تفوق خطر حدوث رد فعل سلبي. مقتبس من المبادئ التوجيهية العامة المتعلقة بأفضل ممارسات التحصين التي وضعتها اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين بقلم Kroger A, Bahta L, Hunter P. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
3. يجب على مقدمي اللقاحات التحقق من المعلومات الخاصة بوصف الدواء المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للحصول على المعلومات الأكثر اكتمالاً وتحديثًا، بما في ذلك، موانع الاستعمال والتحذيرات، والاحتياطات. تتوفر النشرات المرفقة بالعبوات للقاحات المرخَّصة من الولايات المتحدة على الموقع الإلكتروني التالي: www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-products/vaccines-licensed-use-united-states.
4. للحصول على معلومات حول سجلات التعرض للمنتجات الطبية التي تم تطعيمهن عن غير قصد بلقاح PreHevbrio أثناء الحمل، تُرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: www.prehevbrio.com/#safety.
5. للحصول على معلومات كاملة خاصة بوصف عقار **BEYFORTUS** (nirsevimab-alip)، تفضل بزيارة الرابط التالي: www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000lbl.pdf.

الملحق

جدول التطعيمات الموصى بها للأطفال والمراهقين في عمر 18 عامًا أو أقل في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2025

بالإضافة إلى التوصيات المقدَّمة في الأقسام السابقة من الجدول الزمني للتطعيم هذا، وافقت اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) على التوصيات التالية بأغلبية الأصوات منذ 24 أكتوبر 2024.

اللقاحات	التوصيات	تاريخ سريان التوصية*
المكورات السحائية (MenACWYCRM/ Penmenvy، MenB-4C)	يمكن استخدام لقاح MenABCWY عندما يُوصف كل من MenAC WY وMenB في نفس الزيارة مع: 1. الأشخاص الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و23 عامًا (الجدول الزمني الروتيني) عندما يفضل اتخاذ القرار السريري المشترك إعطاء لقاح MenB و 2. الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ≥ 10 سنوات والمعرضون لخطر متزايد للإصابة بمرض المكورات السحائية (على سبيل المثال، بسبب العوز المستمر للمكونات المتممة، أو استخدام مثبِّط متممي، أو فقد الطحال الوظيفي أو التشريحي)	25 يونيو 2025
الأنفلونزا	تعيد اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين تأكيدها على التوصيات بأخذ لقاح الإنفلونزا السنوي الروتيني لجميع الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 6 أشهر فما فوق مِمَن ليس لديهم موانع استعمال لموسم 2025-2026.	22 يوليو 2025
الأنفلونزا	توصي اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين بتركيبات أحادية الجرعة فقط من لقاحات الأنفلونزا السنوية الخالية من الثيميروسال كمادة حافظة لثلاث فئات: - الأطفال بعمر 18 عامًا أو أقل - النساء الحوامل - جميع البالغين	22 يوليو 2025
الجسم المضاد أحادي النسيلة للفيروس المخلوي التنفسي (Clesrovimab) RSV	توصي اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين الأطفال الرضع الذين تقل أعمارهم عن 8 أشهر والذين وُلدوا خلال موسم الفيروس المخلوي التنفسي الأول أو دخلوا فيه والذين لا يتمتعون بالحماية من خلال تطعيم الأم بالحصول على جرعة واحدة من عقار clesrovimab.	4 أغسطس 2025
ملاحظة: اعتبارًا من 29 مايو 2025، يتضمن الجدول توجيهات وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بشأن توصيات لقاح كوفيد-19. (تم إجراء تغييرات على الجداول والملاحظات الخاصة بلقاحات كوفيد-19 لدى النساء الحوامل والأطفال/المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و17 عامًا ممن لا يعانون من نقص متوسط أو شديد في المناعة).		

***تاريخ السريان هو التاريخ الذي تم فيه اعتماد التوصية وأصبحت رسمية.**

تعريفات قانونية

الحالة الطبية الطارئة - بداية مفاجئة لحالة طبية تظهر من خلال أعراض حادة ذات خطورة كافية (تشمل الألم الحاد)، بحيث يمكن معها لأي شخص عادي واعٍ يتمتع بدرجة متوسطة من المعرفة الصحية والطبية أن يتوقع بدرجة معقولة أنها ستؤدي، في حالة عدم الحصول على رعاية طبية فورية، إلى:

- إلحاق خطر جسيم بصحة الفرد (أو في حالة المرأة الحامل، بصحة المرأة أو جنينها)؛ أو
- إلحاق ضرر جسيم بوظائف الجسم؛ أو
- إلحاق خلل جسيم بأي عضو أو جزء بالجسم.

ضروري من الناحية الطبية — لكي يكون أحد البنود أو الخدمات الطبية ضروريًا من الناحية الطبية، يجب أن يستوفي كل معيار من المعايير التالية:

- يجب أن يكون موصَى به من جانب طبيب مرخَّص له ويعالج العضو أو موصَى به من جانب مقدم رعاية صحية آخر مرخَّص له يمارس مهنته ضمن نطاق ترخيصه ويعالج العضو.
- ويجب أن يكون مطلوبًا لتشخيص حالة طبية للعضو أو علاجها؛
- يجب أن يكون آمنًا وفعالاً؛ و
- يجب ألا يكون تجريبيًا أو بحثيًا؛ و
- ويجب أن يمثِّل المسار البديل الأقل تكلفة للتشخيص أو العلاج الذي يكون مناسبًا للحالة الطبية للعضو.

عند تطبيقه على رعاية المريض الداخلي، يعني ذلك أيضًا أن حالة العضو الطبية تقتضي تعذُّر توفير الخدمات بشكلٍ آمن للعضو كمريض خارج المستشفى.

مسرد المصطلحات

الأجهزة الطبية المعمرة (DME): الأجهزة الطبية التي يقررها الطبيب للمساعدة في التعامل مع الإعاقة، أو المرض، أو الإصابة. من أمثلة الأجهزة الطبية المعمرة أجهزة الأكسجين، أو الكراسي المتحركة، أو العكازات.

اختصاصي: طبيب يقدم الرعاية الصحية لمرض أو جزء معين من الجسم. يتعين على أعضاء برنامج CoverKids الحصول على خطاب تحويل من مقدم الرعاية الأولية المتابع لهم حتى يكون بإمكانهم زيارة اختصاصي.

أدوية الوصفة الطبية: عقاقير وأدوية الوصفة الطبية بموجب القانون.

استئناف: إذا قررت خطتك الصحية في برنامج CoverKids أنك لست مستحقًا لخدمة معينة، فسيصلك خطابًا يوضح أسباب ذلك. يُسمى الخطاب الذي يصلك "إشعار رفض استحقاق الميزة". إذا كنت تعتقد أن هناك خطأً من جانب خطتك

الصحية في برنامج CoverKids وأنك *مستحق* للخدمة، يمكنك تقديم استئناف إلى برنامج TennCare. سيوضح لك الخطاب كيفية تقديم الاستئناف. "الاستئناف" هو طلب مقدم إلى برنامج TennCare للحصول على جلسة استماع عادلة. في جلسة الاستماع العادلة، سيقرر القاضي ما إذا كان هناك خطأ من جانب خطتك الصحية في برنامج CoverKids.

التأمين الصحي: عقد يُلزم شركة تأمين صحي بتحمل تكاليف بعض أو جميع خدمات الرعاية الصحية المقدمة لك نظير قيامك (أو جهة عملك) بسداد مبلغ متفق عليه شهريًا أو سنويًا. يُطلق على المبلغ الذي تدفعه اسم "القسط التأميني". وتعتبر Medicare، وTennCare، وTRICARE، وCOBRA أيضًا "تأمين صحي".

التظلم: شكوى تقدمها إلى المسؤولين عن خطتك الصحية في برنامج CoverKids تتضمن أي أمور بخلاف القرار برفض إحدى المزايا.

تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا: الخطة الصحية التي تساعد على سداد تكاليف عقاقير وأدوية الوصفة الطبية.

حالة طبية طارئة: مرض، أو إصابة، أو عرض، أو حالة تحدث فجأة بصورة حادة وتستدعي من أي شخص عاقل طلب الرعاية على الفور لتفادي التعرض لأذى بالغ.

خدمات إعادة التأهيل: خدمات الرعاية الصحية التي تساعدك على التعافي من مرض، أو حادث، أو عملية كبيرة. قد تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، وأمراض التخاطب، وخدمات إعادة التأهيل الخاصة بحالات الطب النفسي.

خدمات الرعاية التمريضية المتخصصة: خدمات متخصصة معينة لا يمكن تقديمها سوى بمعرفة ممرضات مرخصات في منزلك أو في دار للتمريض.

خدمات الطبيب المعالج: خدمات الرعاية الصحية التي يقوم طبيب معالج مرخص بتقديمها أو تنسيقها.

خدمات الطوارئ: تقييم حالة طبية طارئة وعلاجها لمنع تدهور الحالة.

الخدمات المستثناة: الخدمات التي لن تتكفل بها خطتك الصحية في برنامج CoverKids أو لن تغطي تكاليفها.

خدمات رعاية المسنين: خدمات لتخفيف الألم وتقديم الدعم للأشخاص في المراحل الأخيرة من الأمراض المستعصية.

خدمات وأجهزة التأهيل: الخدمات أو الأجهزة التي تساعد الشخص على الاحتفاظ بالمهارات ووظائف الحياة اليومية، أو اكتسابها، أو تحسينها. قد تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، وعلاج صعوبات النطق، وخدمات العلاج الأخرى.

الخطة: مدير مزايا الصيدلية، أو مدير مزايا علاج الأسنان في برنامج CoverKids، أو منظمة الرعاية المُدارة.

الدخول إلى المستشفى: خدمات الرعاية في المستشفى التي تتطلب دخول المستشفى كمريض وتستلزم عادةً المبيت بالمستشفى.

دفعات المساهمة أو المساهمة المشتركة: النفقات أو الرسوم المستحقة عند تقديم خدمة مشمولة بالتغطية.

الرعاية الصحية المنزلية: خدمات الرعاية الصحية التي يتلقاها الشخص في المنزل من الممرضات أو مساعدي الرعاية الصحية في المنزل.

الرعاية العاجلة: الرعاية الخاصة بمرض أو إصابة أو حالة ليست حالة طارئة ولكنها تتطلب الرعاية على وجه السرعة.

الرعاية في العيادات الخارجية بالمستشفى: خدمات الرعاية في المستشفى التي لا تستلزم عادةً المبيت بالمستشفى.

الرعاية في غرفة الطوارئ: خدمات الطوارئ المقدمة في غرفة الطوارئ.

الشبكة: المنشآت، ومقدمو الخدمات، وموردو المستلزمات الذين تعاقدت معهم خطتك الصحية في برنامج CoverKids لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

ضروري لدواعي طبية: خدمات الرعاية الصحية اللازمة لمنع مرض أو تشخيصه أو علاجه، أو إصابة، أو حالة مرضية، أو داء، أو أعراض أي مما سبق. يجب أن تستوفي هذه الخدمات الشروط التي يُحدِّدها برنامج CoverKids لكي تكون ضرورية من الناحية الطبية.

طبيب الرعاية الأولية أو مقدم الرعاية الأولية (PCP): مقدم الرعاية الأولية المتابع لك هو الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر الذي تقوم بزيارته أولاً لعلاج معظم المشكلات الصحية. وهو يتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها للحفاظ على صحتك.

قسط التأمين: المبلغ الذي يلزم سداده من أجل التأمين الصحي.

كما يمكنه التحدث مع الأطباء ومقدمي الخدمة الآخرين بخصوص خدمات رعايتك وتحويلك إليهم. يجب في العادة أن تقوم بزيارة مقدم الرعاية الأولية المتابع لك قبل زيارة أي مقدم رعاية صحية آخر.

مقدم الخدمة: أي طبيب، أو مستشفى، أو جهة، أو أي شخص آخر يمتلك ترخيصًا أو معتمد لتقديم خدمات الرعاية الصحية. قد يكون مقدم الخدمة أيضًا عيادة، أو صيدلية، أو مرفق.

مقدم خدمة غير مشترك في الشبكة: مقدم رعاية صحية غير تابع لشبكة خطتك الصحية في برنامج CoverKids. يُطلق عليه أيضًا مقدم خدمة من خارج الشبكة.

مقدم خدمة مشترك في الشبكة: مقدم رعاية صحية تابع لشبكة خطتك الصحية في برنامج CoverKids. يُطلق عليه أيضًا مقدم خدمة من داخل الشبكة.

الموافقة المسبقة: قرار يصدر من المسؤولين عن خطتك الصحية في برنامج CoverKids بضرورة حصولك على خدمة معينة أو دواء معين يُصرَف بوصفة طبية ضروريان لك من الناحية الطبية. تُسمى أحيانًا الموافقة الأولية، أو الاعتماد المسبق، أو التصديق المسبق. قد تشترط خطتك الصحية في برنامج CoverKids الحصول على موافقة مسبقة قبل أن يكون بإمكانك الحصول على خدمات أو مستلزمات أو أدوية معينة، باستثناء حالات الطوارئ.

النقل الطبي في حالات الطوارئ: خدمات الإسعاف لحالة طبية طارئة.

Do you need help? We have free auxiliary aids and services, like large print, to communicate effectively with you. Call us at 1-800-468-9698 (TRS: 711) 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.

Spanish: Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Arabic: العربية

ملاحظة: إذا تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانًا. اتصل برقم: 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711 أو 1-866-503-0264)

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1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264)

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 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Korean: 한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) 번으로 전화해 주십시오.

French: Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-468-9698 (ATS: 711: 1-866-503-0264).

Amharic: አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Gujarati: ગુજરાતી સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Laotian: ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

German: Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Tagalog: Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Hindi: हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) पर कॉल करें।

Russian: Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

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」 電話1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) تماس بگیرید.

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 1-888-723-8193.

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 HCFA.fairtreatment@tn.gov, https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html, 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, or calling (TRS/TTY: 711: (615) 507-6474. Need help filing a grievance? Call TennCare Connect at 1-855-259-0701.

هل تحتاج إلى مساعدة في ما يخص رعايتك الصحية، أو التحدث معنا، أو قراءة ما نرسله إليك؟ إذا كان الأمر كذلك، فاتصل بنا مجانًا على:

BlueCare **1-800-468-9698**

TennCare *Select* **1-800-263-5479**

CoverKids **1-888-325-8386**

(خدمة ترحيل الاتصالات: **711** اطلب **888-418-0008**)

BlueCare℠
TennCare*Select*
CoverKids

BlueCare Tennessee

bluecare.bcbst.com | Chattanooga, TN 37402 | 1 Cameron Hill Circle

BlueCare Tennessee هي شركة مستقلة حاصلة على ترخيص من BlueCross BlueShield Association.

Renaissance هي شركة مستقلة تقدم تغطية خدمات الأسنان في برنامج CoverKids. لا تقدم Renaissance منتجات أو خدمات تحمل العلامة التجارية BlueCare Tennessee. يقدم خط خدمات التمريض Nurseline المتاح على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع المشورة الصحية والدعم الذي توفره Infomedia Group, Inc. التي تزاول أعمالها باسم Carenet Healthcare Services, Inc. وهي شركة مستقلة لا توفر المنتجات والخدمات التي تحمل العلامة التجارية BlueCare Tennessee.

CKIDS-37-AR (03/26)