

مرحبًا بك في برنامج

Michigan Dental Program

للعاية بالأسنان

دليل العنائة بالأسنان



جدول المحتويات

الصفحة

2	مرحبًا بك
3	1 التعريفات
3	2 كيفية استخدام برنامج Michigan Dental Program
4	3 الإجراءات التي يُعطيها برنامج Michigan Dental Program
5	4 تنسيق الاستحقاقات
5	5 أسئلة وأجوبة
6	6 الشكاوى والطعون
6	7 شروط عامة
6	8 إنهاء التغطية

الأسئلة/المساعدة

إذا كانت لديك أسئلة حول برنامجك، فاتصل بخط هاتفنا المجاني على الرقم 1-800-524-0149 وجّه ببطاقتك Delta Dental لإخبارنا باسمك ورقم هويتك، وكذلك رقم هاتفك المتاح خلال اليوم. والرجاء أيضًا إخبارنا بأن استفسارك حول برنامج Michigan Dental Program. يمكنك أيضًا إرسال إلينا عبر البريد إلى العنوان التالي: Delta Dental's Customer Service department, P.O. Box 9089, Farmington Hills, Michigan 48333-9089. يُرجى تضمين نفس هذه المعلومات بالإضافة إلى استفسارك في رسالتك.

إذا احتجت إلى إعلامنا بتغيير عنوانك أو الاستفسار عن التسجيل، فاتصل بمكتب برنامج Michigan Dental Program على الرقم 1-844-648-3384.

مرحبًا بك . . .

في برنامج **Michigan Dental Program** للعناية بالأسنان!

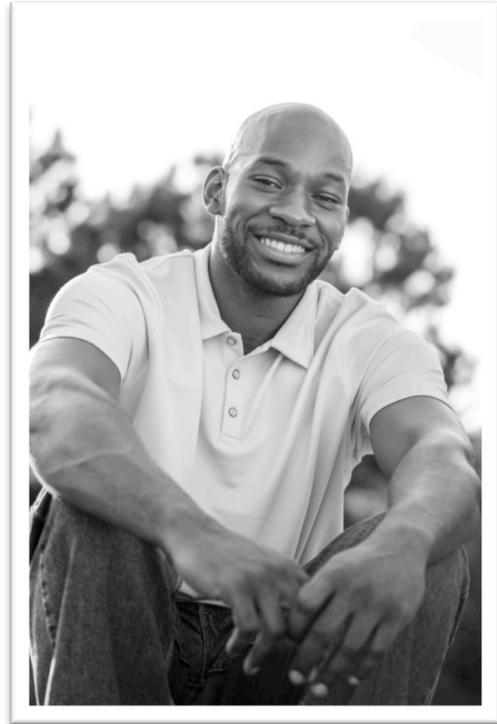
يبين لك هذا الدليل خدمات العناية بالأسنان التي يُغطيها برنامجك للعناية بالأسنان وكيفية الحصول عليها.

إن برنامج **Michigan Dental Program** هو برنامج ممول فيدراليًا تديره إدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية **Michigan (MDHHS)**. وإذا طرأت أي تغييرات من شأنها التأثير على تغطية الخدمات المقدمة لك، فسوف نبلغك بها.

تؤدي صحة الأسنان الجيدة دورًا مهمًا جدًا في الحفاظ على صحة جسمك بأكمله! وبسبب ذلك، يتمثل الغرض من برنامج **Michigan Dental Program** في مساعدة الأفراد على الحصول على العناية بالأسنان التي يستحقونها. ونحن سعداء أن تكون جزءًا من هذا البرنامج، ونحثك على زيارة طبيب أسنان في أقرب وقت ممكن!

يجب أن تزور طبيب أسنان مشاركًا في شبكة أطباء **Delta Dental PPO**. واحرص على سؤال طبيبك ما إذا كان مشاركًا في شبكة أطباء **Delta Dental PPO** أم لا.

لا تُغطي هذه الخطة العلاج إذا كان طبيب الأسنان ليس مشاركًا في خطة **Delta Dental PPO**، باستثناء حالات علاج الأسنان الطارئة عندما تكون خارج ولاية **Michigan**. الرجاء الاطلاع على "ماذا عليّ أن أفعل في الحالات الطارئة؟" في الصفحة 5 بهذا الدليل.



إذا كانت لديك أي أسئلة حول برنامج **Michigan Dental Program** أو إذا كنت بحاجة إلى اسم طبيب أسنان مشارك يوجد في منطقتك، فاتصل على قسم خدمة العملاء على الرقم 1-800-524-0149. هذه المكالمات مجانية.

إننا في **Delta Dental** نتطلع إلى تزويدك بمزايا برنامج **Michigan Dental Program**.



طبيب أسنان مشارك

طبيب أسنان بولاية Michigan أبرم اتفاق مع خطة Delta Dental للمشاركة في برنامج العناية بالأسنان Delta Dental PPO. يمكنك الذهاب إلى أي طبيب أسنان في ولاية Michigan مشاركًا في شبكة أطباء Delta Dental PPO. لن تسدد خطة Delta Dental مقابل أي خدمات يقدمها طبيب في ولاية Michigan غير مشارك في شبكة أطباء الخطة.

2 كيفية استخدام برنامج

Michigan Dental Program

للاستفادة من استحقاقات العناية بالأسنان المقدمة من برنامج Michigan Dental Program، اتبع الخطوات التالية:

- 1 اقرأ الدليل بعناية لتتعرف على كيفية عمل برنامج Michigan Dental Program وما الخدمات التي يُغطيها.
- 2 ابحث عن طبيب أسنان تابع لشبكة خطة Delta Dental PPO عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-800-524-0149 أو يمكنك استخدام دليلنا الإلكتروني على شبكة الإنترنت من خلال www.DeltaDentalMI.com. كما يمكنك أيضًا تنزيل تطبيق Delta Dental للهاتف الذكي للعثور على طبيب أسنان شبكة Delta Dental PPO قريب منك.
- 3 حدد موعدًا مع طبيب أسنان شبكة Delta Dental PPO. أخبر طبيب الأسنان أنك تتمتع بالتغطية من برنامج Michigan Dental Program واستفسر منه ما إذا كان طبيب مشارك أم لا (لهذا التحقق أهمية قصوى إذ إن الخدمات التي يقدمها طبيب أسنان غير مشارك لن تتم تغطيتها).
- 4 احضر في الموعد حسبما هو مجدول، أو اتصل بعيادة الطبيب لإلغاء الموعد مسبقًا. إذ إن خطة Delta Dental لن تسدد نظير المواعيد الفائتة أو المخالفة للجدولة.
- 5 أبرز بطاقة خطة Delta Dental في كل موعد لك لدى الطبيب.

1 التعريفات

الطعن

طلب مكتوب تقدمه إلى Delta Dental أو إلى إدارة MDHHS لمراجعة مطالبة. الرجاء الاطلاع على القسم 5، الشكاوى والطعون.

المستفيد

شخص مسجل في برنامج Michigan Dental Program.

المطالبة

قائمة تفصيلية بخدمات العناية بالأسنان التي قدمتها لك عيادة أسنان وتُقدّم إلى خطة Delta Dental لسداد تكلفتها.

خطة Delta Dental

تشير إلى شركة Delta Dental Plan of Michigan, Inc، مُقدّم الخدمة مقابل مزايا العناية بالأسنان تحت مظلة برنامج Michigan Dental Program للعناية بالأسنان.

بطاقة هوية خطة Delta Dental

بطاقة دائمة (ليست بطاقة شهرية). سوف نرسل لكل مستفيد بطاقة خاصة به، ويتعين عليه استخدامها عندما يزور طبيب الأسنان. إذا فقدت بطاقتك، اتصل بخطة Delta Dental على الرقم 1-800-524-0149.

طبيب الأسنان

شخص مرخص لممارسة طب الأسنان.

طبيب أسنان مشارك في شبكة Delta Dental PPO

(“طبيب أسنان شبكة PPO”)

طبيب أسنان أبرم اتفاق مع خطة Delta Dental للمشاركة في شبكة أطباء Delta Dental PPO.

MDHHS

إدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية Michigan.

الدليل

دليل العناية بالأسنان. يبين لك هذا الدليل مزايا العناية بالأسنان التي يقدمها برنامج Michigan Dental Program.

برنامج Michigan Dental Program

برنامج شامل للعناية بالأسنان ممول فيدراليًا متاح للأشخاص الذين يستوفون شروط التأهيل للحصول على مزايا البرنامج.

6 بعد الانتهاء من العلاج، سيرسل طبيبك نموذج المطالبة إلى خطة Delta Dental. لمساعدة الطبيب في تقديم المطالبة، زود موظفي عيادته بما يلي:

• الاسم الكامل للمستفيد وعنوانه.

• رقم الضمان الاجتماعي للمستفيد أو رقم هويته بخطة Delta Dental.

• تاريخ ميلاد المستفيد.

• اسم المجموعة (برنامج Michigan Dental Program) ورقم المجموعة (5000).

7 إذا كان لدى طبيبك أي أسئلة بخصوص برنامج Michigan Dental Program، فاطلب منه الاتصال بخطة Delta Dental على الرقم 1-800-524-0149.

8 سترسل إليك خطة Delta Dental تفسير الاستحقاقات (EOB) إذ يبين لك المقدار الذي تتحمله خطة Delta Dental نظير الخدمات المقدمة. وتذكر أنه يتعين عليك الذهاب إلى طبيب أسنان خطة Delta Dental PPO. وإذا لم تذهب إلى طبيب أسنان خطة Delta Dental PPO، فيتعين عليك سداد تكلفة خدمات العناية بالأسنان التي تحصل عليها.

3 الإجراءات التي يُغطيها برنامج Michigan Dental Program للعناية بالأسنان

✓ فحوص الفم (مرتان في السنة التقويمية)

✓ فحوص تركيز على مشكلة معينة

✓ الأشعة السينية

• الأشعة السينية للعضة المجنحة (مرة واحدة في السنة التقويمية)

• الأشعة السينية الكاملة أو البانورامية (مرة واحدة كل 5 سنوات)

• الأشعة السينية الأخرى حسب الضرورة

✓ تنظيف الأسنان (3 مرات في السنة التقويمية)

✓ إنضار الفم بالكامل (مرة واحدة في السنة التقويمية)

✓ علاج دواعم الأسنان، مع تاريخ لعلاج الدواعم (3 مرات في السنة تقويمية)

✓ العلاج بالفلورايد (3 مرات في السنة التقويمية)

✓ الختامات السينية مُغطاة للضروس الدائمة الأول والثاني

✓ خزعة الفرشاة

✓ حشو تجويف الأسنان

✓ التيجان والبنى التحتية لجميع الأسنان ما عدا الضرس الثاني والثالث، ويقتصر على مرة واحدة لاثنين في السنة التقويمية في فترة خمس سنوات.

✓ التقطيع وتسوية الجذور (مرة واحدة في فترة 24 شهراً)

✓ جراحة استئصال اللثة وسدلية اللثة مرة واحدة في فترة 36 شهراً.

✓ حماء الإطباق (مرة واحدة في العمر)

✓ علاج القنوات الجذرية لجميع الأسنان باستثناء الضرس الثاني والثالث، يقتصر على اثنين في السنة التقويمية.

✓ خلع الأسنان، البسيط والجراحي

✓ جراحات الفم الأخرى المحدودة

✓ التخدير/التهدئة عن طريق الوريد (عندما تكون ضرورية طبياً)

✓ طقم أسنان كامل (مرة واحدة كل 5 سنوات)

✓ طقم أسنان جزئي (مرة واحدة كل 5 سنوات)

✓ إحكام طقم الأسنان وإصلاحه

✓ إعادة قاعدة طقم الأسنان وإعادة تبطينه (مرة واحدة كل 3 سنوات)

✓ تكيف الأنسجة (مرتان كل 3 سنوات)

✓ إعادة تثبيت التيجان والجسور

✓ الجسور للقوس السني العلوي، جسر ثابت مكون من 3 وحدات، لاستعاضة بين مفقود (مرة واحدة كل 5 سنوات)

✓ معجون الأسنان بناءً على وصفة طبية (3 مرات كل سنة تقويمية بالإضافة إلى التنظيف)

✓ العلاج الطارئ

أي خدمات أخرى غير مذكورة أعلاه تعتبر مزايا غير مُغطاة.

إذا كنت بحاجة إلى خدمة ليست مُغطاة، فيجب أن تسدد تكلفتها.
في ما يلي بعض الخدمات غير المُغطاة:

- ☒ الحشوات المصبوبة، والراصعات
- ☒ تركيب التيجان للضرس الثاني أو الثالث
- ☒ علاج القنوات الجذرية للضرس الثاني أو الثالث
- ☒ الجسور للقوس السني السفلي
- ☒ الجسور التي تتكون من 4 وحدات ثابتة أو أكثر
- ☒ جراحة دواعم الأسنان، غير جراحة استئصال اللثة وسديلة اللثة
- ☒ أسلاك التقويم
- ☒ الغرسات، وزراعة الاستعاضات السنية
- ☒ تجميل الأسنان بما في ذلك تبييض الأسنان
- ☒ الخدمات المُغطاة بموجب برنامج علاجي بالمستشفى أو جراحي/طبي أو وصفة طبية
- ☒ علاج اضطراب المفاصل الصُدغِيَّة الفَكِّيَّة (TMJ)

4 تنسيق الاستحقاقات

ينطبق تنسيق الاستحقاقات ("COB") على هذه الخطة عندما تكون تتمتع باستحقاقات العناية بالأسنان في إطار أكثر من خطة واحدة. ويكون برنامج Michigan Dental Program للعناية بالأسنان هو الدافع الأخير للخدمات التي تتلقاها.

5 أسئلة وأجوبة

هل يمكنني اختيار أي طبيب أسنان؟

يمكنك اختيار أي طبيب أسنان مشارك في شبكة أطباء Delta Dental PPO. ومع ذلك نحدّث دليل أطباء الأسنان يومياً، لذا استفسر من طبيب الأسنان أو موظفي عيادة الأسنان إذا كانوا يشاركون في شبكة Delta Dental PPO عند تحديد موعد.

يمكنك العثور على طبيب أسنان في شبكة Delta Dental PPO عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-800-524-0149 أو عن طريق زيارة موقعنا الإلكتروني www.DeltaDentalMI.com. يمكنك أيضاً استخدام تطبيقنا للهاتف الذكي للعثور على طبيب أسنان بالقرب منك.

متى تبدأ تغطية العناية بالأسنان؟

تبدأ التغطية عندما يبلغ برنامج Michigan Dental Program خطة Delta Dental أنك مؤهل للانضمام. وسوف ترسل خطة Delta Dental لك بطاقة الخطة.

متى يجب أن أَدفع تكاليف خدمات العناية بالأسنان؟

لا يتعين عليك دفع تكاليف الخدمات التي يغطيها برنامج Michigan Dental Program. أما إذا كان البرنامج لا يغطي خدمة ترغب في أن يقدمها لك طبيبك، فعليك دفع تكلفة تلك الخدمة. ويجب عليك مناقشة الرسوم وعملية الدفع مع طبيب الأسنان قبل تقديم الخدمة فيما يخص الخدمات غير المُغطاة.

هل يغطي برنامج

Michigan Dental Program

جميع خدمات العناية بالأسنان؟

لا. يرد وصف خدمات العناية بالأسنان المُغطاة في القسم 3 بهذا الدليل.

ماذا عليّ أن أفعل في الحالات الطارئة؟

علاج الأسنان الطارئ هو الخدمة اللازمة للسيطرة على نزيف، أو تخفيف ألم، أو التخلص من عدوى مفاجئة. وهناك حاجة إلى الخدمات الطارئة لمنع موت لبّ السنّ، وفقدان وشيك للأسنان، وعلاج الإصابات.

إذا كانت هناك حالة طارئة، فاتصل بعيادة طبيبك واستفسر منهم ما الإجراء الذي يتعين عليك القيام به. وإذا كانت الحالة الطارئة تهدد الحياة، فاتصل على الرقم 911 أو رقم هاتف الخدمات الطبية الطارئة في منطقتك.

إذا كنت غير متواجد في ولاية Michigan عند حدوث الحالة الطارئة، فيمكنك الاتصال بالرقم المجاني لخدمة العملاء على 1-800-524-0149، أو مطالعة موقعنا الإلكتروني www.DeltaDentalMI.com للعثور على طبيب أسنان يشارك في شبكة أطباء Delta Dental PPO. ومع ذلك، أنت لست ملزماً بالذهاب إلى طبيب أسنان خطة Delta Dental.

هذا أمر شديد الأهمية:

قبل أن تتلقى العلاج، أخبر طبيب الأسنان أنك مسجل في برنامج Michigan Dental Program ويمكنه عندئذٍ الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-800-524-0149 لطلب معلومات إضافية والمساعدة في إعداد الفواتير اللازمة.

ماذا إذا كنت بحاجة إلى رعاية أسنان متخصصة؟

إذا كنت تحتاج إلى زيارة اختصاصي، فتحدث إلى طبيبك الاعتيادي. إذ يمكنه أن يرشدك إلى كيفية الحصول على الرعاية المتخصصة. وقبل زيارة الاختصاصي، تأكد من أنه مشارك في شبكة أطباء Delta Dental PPO وإلا فإن الخدمات لن تكون مُغطاة من قِبل خطة Delta Dental PPO. كما يمكنك أيضاً، التحقق من أن الخدمات المطلوبة مُغطاة في برنامج Michigan Dental Program. إذا لم يكن الاختصاصي مشارك في شبكة أطباء Delta Dental PPO، فإن الخدمات غير مُغطاة، فستكون مسؤولاً عن دفع تكاليف تلك الخدمات.

6 الشكاوى والطعون

إذا كانت لديك أي أسئلة حول مطالبة، أو تعتقد أن مطالبتك رُفضت بشكل غير صحيح، فاتصل بقسم خدمة العملاء على الرقم 1-800-524-0149 وتحدث إلى أحد المستشارين. كما يمكنك أيضًا طلب إجراء مراجعة رسمية لمطالبتك.

1 يجب عليك أولاً الاتصال بخدمة العملاء واطلب منهم التحقق من المطالبة.

1 إذا قررت أن تطلب إجراء مراجعة رسمية، فأرسل طلبك بأسرع وقت ممكن. إذ إنه يجب طلب المراجعات في غضون 180 يومًا من تلقي الإشعار برفض المطالبة.

3 أرسل اسمك، وعنوانك، ورقم بطاقة هوية Delta Dental، وسبب اعتقادك بأن مطالبتك قد رُفضت بشكل خاطئ، وأي معلومات تدعم حالتك على العنوان التالي:

**Dental Director
Delta Dental
P.O. Box 30416
Lansing, Michigan 48909-7916**

4 سوف يُراجع طلبك اختصاصي في طب الأسنان وسيُخذ القرار بناءً على جميع المعلومات المتاحة المقدمة، بما في ذلك أي معلومات جديدة لم تكن متاحة عندما تم البت في المطالبة أول مرة.

5 قد تستغرق المراجعة ما يصل إلى 60 يومًا بعد تلقي Delta Dental طلبك. إذا تم رفض ذلك، فسوف تتلقى إشعارًا مكتوبًا يتضمن سبب الرفض.

إذا كانت لديك شكاوى أو مخاوف بشأن طبيبك أو عيادة العناية بالأسنان، فهناك أمور يمكنك القيام بها:

1 يجب عليك أولاً التحدث إلى طبيب الأسنان الذي قدم لك الخدمة.

2 إذا كنت غير راضٍ، فيمكنك طلب إجراء مراجعة رسمية من خلال إجراء شكاوى جودة الرعاية. وللقيام بذلك، أرسل شكاوى كتابية إلى العنوان التالي:

**Customer Service Department
Delta Dental of Michigan
P.O. Box 9089
Farmington Hills, MI 48333-9089**

أرسل نسخة من خطاب تفسير الاستحقاقات في خطاب تبين فيه مشكلاتك وأي وقائع أخرى قد تساعدنا في ذلك. واحرص على تضمين اسمك، وعنوانك، ورقم هاتفك، والتاريخ، واسم المستفيد، ورقم الضمان الاجتماعي أو رقم بطاقة هوية Delta Dental، والعنوان.

سوف تحقق Delta Dental في شكاوىك وتبلغك بالقرار في غضون 30 يومًا من استلام خطابك. وقد نحيل المشكلة إلى رابطة Michigan Dental Association. وعند انتهاء المراجعة، سوف نبليغك كتابيًا خلال 15 يومًا.

3 يمكنك الاتصال بإدارة MDHHS أو مراسلتها بشأن شكاوىك.

**Department of Health and Human Services
Michigan Dental Program
109 W. Michigan Ave., 8th Floor
Lansing, Michigan 48913
1-844-648-3384**

7 شروط عامة

تتطبق هذه القواعد العامة على برنامج Michigan Dental Program

تسوية تأمين أو دعوى أخرى

إذا سددت خطة Delta Dental مطالبة شخص أو شركة أخرى مسؤولة، فيحق لها استرداد ما دفعته من الشخص أو الشركة الأخرى.

المعلومات وسجلات العناية بالأسنان

بينما تتمتع بالتغطية من قبل خطة Delta Dental، فإنك توافق على تزويدنا بأي معلومات نحتاجها لمعالجة مطالباتك. وهذا يشمل السماح لخطة Delta Dental بالوصول إلى سجلات العناية بالأسنانك.

العلاقة بين طبيب الأسنان والمريض

يمكنك اختيار أي طبيب أسنان مشارك في شبكة أطباء Delta Dental PPO. إذ سيكون هو المسؤول الوحيد عن حصولك على المشورة وعلاج الأسنان وأي مسؤولية ناجمة عن ذلك.

فقدان الأهلية أثناء العلاج

إذا فقدت الأهلية خلال تلقي علاج الأسنان، فلن تسدد خطة Delta Dental إلا تكاليف الخدمات المُغطاة عندما تكون مؤهلاً لذلك. إذا بدأت في تلقي خدمة لا يمكن الانتهاء منها إلا بسلسلة من الزيارات إلى الطبيب وتفقد الأهلية قبل إتمام الخدمة، فسوف نسدّد تكلفتها إذا انتهت في غضون 60 يومًا من تاريخ فقدانك للأهلية.

8 إنهاء التغطية

عندما تفقد أهليتك، تغطي خطة Delta Dental خدمات العناية بالأسنان حتى اليوم الأخير من ذلك الشهر.

قد يتم إنهاء تغطية برنامج Michigan Dental Program تلقائيًا في اليوم الأخير من الشهر الذي تبلغ فيه إدارة MDHHS خطة Delta Dental بانتهاء التغطية التي يقدمها لك برنامج MDP.

إذا كانت لديك حالة طارئة، فاتصل على الرقم 911

تجنب تهديد خطير للصحة أو السلامة. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها لمنع أو الحد من تهديد خطير ووشيك على صحة أو سلامة شخص ما أو العامة.

العسكريون والمحاربون القدامى. إذا كنت أحد أفراد القوات المسلحة، فيجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إذا تطلب الأمر ذلك من قبل سلطات القيادة العسكرية.

تعويض العمال. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية إذا لزم الأمر للائتمثال لبرامج تعويضات العامل أو البرامج المشابهة.

مخاطر الصحة العامة. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية من أجل أنشطة الصحة العامة، مثل مكافحة أو الوقاية من المرض أو الإصابة أو العجز، أو الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال، أو العنف المنزلي، أو التعرض للمرض أو الإصابة.

أنشطة الرقابة الصحية. يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لمساعدة الوكالات الصحية خلال عمليات التدقيق أو التحقيقات أو عمليات التفتيش.

الدعوى القضائية والمنازعات. إذا كنت أحد أطراف دعوى قضائية أو نزاع، فيجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لأمر محكمة أو أمر إداري. كما يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية استجابةً لأمر استدعاء أو طلب اكتشاف أو إجراء قانوني آخر من قبل شخص آخر أحد أطراف النزاع، ولكن فقط إذا بذلت جهود معقولة لإخبارك عن الطلب أو للحصول على أمر بحماية المعلومات المطلوبة.

إنفاذ القانون. يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية إذا طلب منا مسؤول مكلف بإنفاذ القانون فيما يخص:

- الاستجابة لأمر قضائي، أو أمر مؤثر أمام المحكمة، أو أمر تفتيش، أو أمر استدعاء، أو عملية مماثلة.
- تحديد مكان أو هوية مشتبه به، أو هارب، أو شاهد أساسي، أو شخص مفقود.
- ضحية جريمة إذا لم تتمكن، في ظروف معينة، من الحصول على موافقة الشخص.
- الموت الذي نعتقد أنه قد يكون نتيجة لسوء سلوك إجرامي.
- في حالات الطوارئ للإبلاغ عن جريمة، أو موقع الجريمة أو الضحايا؛ أو هوية الشخص الذي ارتكب الجريمة أو وصفه أو موقعه.

المحققون، والأطباء الشرعيون، ومتعهدو دفن الموتى. يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لمحقق قانوني أو طبيب شرعي. وقد يكون ذلك ضروريًا، على سبيل المثال، لتحديد الشخص المتوفى أو تحديد سبب الوفاة.

الأمن القوي وأنشطة الاستخبارات. يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية للمسؤولين الفيدراليين المُعتمدين المكلفين بمهام الاستخبارات، ومكافحة التجسس، وأنشطة الأمن القومي الأخرى التي يسمح بها القانون.

راعي الخطة. يجوز لنا الكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لبعض موظفي راعي الخطة (أي الشركة) لغرض إدارة الخطة. ولن يستخدم هؤلاء الموظفون معلوماتك الصحية المحمية أو يكشفونها إلا إذا لزم الأمر لأداء المهام الإدارية المتعلقة بالخطة أو على النحو الذي يقتضيه قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته (HIPAA).

الإفصاح عن المعلومات للآخرين. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها لأفراد أهلك وأصدقائك المشاركين في رعايتك أو سداد تكاليف رعايتك. قد نكشف أيضًا عن المعلومات الصحية المحمية للفرد الذي لديه سلطة قانونية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك.

عمليات الإفصاح المطلوبة

في ما يلي وصف لعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية المطلوب من الخطة القيام بها:

حسبما يقتضيه القانون. سوف نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية عند الحاجة للقيام بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو الولاية أو القانون المحلي. فعلى سبيل المثال، يجوز لنا الكشف عن المعلومات الصحية المحمية بموجب أمر محكمة في دعوى التقاضي، مثل إجراء إساءة التصرف.

عمليات التدقيق الحكومية. الخطة ملزمة بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة عندما يحق للوزير أو يحدد مدى امتثال الخطة لقانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته.

الإفصاح لك. بناءً على طلبك، يجب على الخطة أن تكشف لك جزءًا من معلوماتك الصحية المحمية التي تحتوي على السجلات الطبية وسجلات الفوترة وأي سجلات أخرى تستخدم لاتخاذ القرارات المتعلقة باستحقاقات رعايتك الصحية.

التصريح الخطي

لن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها إلا كما هو مبين في هذا الإشعار. وليس من الضروري أن تفعل أي شيء للسماح لنا بالكشف عن معلوماتك الصحية المحمية كما هو مبين في هذا الدليل. إذا أردت أن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية لغرض آخر، فينبغي عليك تفويضنا كتابيًا للقيام بذلك. فعلى سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية لأغراض بحثية إذا زدتنا بتصريح خطي للقيام بذلك. ويمكنك إلغاء هذا التصريح في أي وقت. عندما نستلم إلغاء تصريحك، فإن يكون ساريًا إلا للاستخدامات وعمليات الإفصاح المستقبلية. ولن يكون ساريًا على أي معلومات صحية محمية التي قد تكون استخدمناها أو كشفنا عنها بناءً على تصريحك الخطي. لن نبيع أبدًا معلوماتك الصحية المحمية أو نستخدمها لأغراض تسويقية دون تصريح كتابي منك. لا يمكننا تكيف العلاج، أو السداد، أو التسجيل في خطة صحية، أو الأهلية لاستحقاقات للحصول على موافقتك على التوقيع على التصريح.

يوضح هذا الإشعار طريقة استخدام المعلومات الطبية التي يتم جمعها عنك والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. الرجاء الاطلاع على هذا الإشعار بعناية.

يوضح هذا الإشعار ممارسات الخصوصية المتبعة لدى Delta Dental Plan of Michigan, Inc. و Delta Dental Plan of Ohio, Inc. و Delta Dental Plan of Indiana, Inc. و Delta Dental of Kentucky, Inc. و Delta Dental Plan of Arkansas, Inc. و Delta Dental of North Carolina و Delta Dental Plan of New Mexico, Inc. و Renaissance Life & Health Insurance و Delta Dental of Tennessee و Renaissance Life & Health Insurance Company of و Company of America و New York و Renaissance Electronic Services, LLC و Tesia Clearinghouse, LLC (يشار إليهم جميعًا بـ "نحن" أو ضمير جماعة المتكلمين "نا"، أو "الخطة"). قد عينت هذه الكيانات نفسها كيان وحيد تابع مغطى لأغراض قواعد الخصوصية بموجب قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته لعام 1996 ("HIPAA")، واتفق كل منهما على الالتزام ببند هذا الإشعار ويمكن أن يتشاركها المعلومات الصحية المحمية مع بعضهم البعض كلما اقتضت الضرورة للعلاج أو الدفع أو لتنفيذ عمليات الرعاية الصحية، أو على النحو الذي يسمح به القانون.

لا تلمي قواعد الخصوصية المنصوص عليها في قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته إلا بعض المعلومات الطبية المعروفة باسم "المعلومات الصحية المحمية" أو ("PHI"). وبوجه عام، فإن المعلومات الصحية المحمية هي معلومات صحية يمكن التعرف عليها بشكل فردي، بما في ذلك المعلومات الديموغرافية التي يتم جمعها منك، أو تلقيها من مقدم الرعاية الصحية أو مركز الرعاية الصحية أو الخطة الصحية أو صاحب العمل نيابة عن خطة صحية جماعية تتعلق بما يلي:

- (1) حالتك أو صحتك البدنية أو العقلية في الماضي أو الحاضر أو المستقبل.
- (2) توفير الرعاية الصحية لك.
- (3) السداد السابق أو الحاضر أو المستقبلي نظير توفير الرعاية الصحية لك.

نحن مطالبون بموجب القانون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية، وأن تزويدك بهذا الإشعار من واجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية لدينا فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية. ونحن ملتزمون أيضًا بحماية معلوماتك الصحية.

نحن نمتثل لأحكام قانون تقنية المعلومات الصحية لأغراض الصحة الاقتصادية والسريرية (HITECH). نحن نلتزم بسياسة الإبلاغ عن الانتهاك، ولدينا الضمانات المناسبة لتتبع حالات الإفصاح المطلوبة والوفاء بالتزامات الإبلاغ المناسبة. سوف نبلغك فورًا في حالة حدوث انتهاك قد يكون مضرًا بأمن وخصوصية معلوماتك الصحية المحمية. وبالإضافة إلى ذلك، نحن نمتثل لمطالبات "الحد الأدنى الضروري" تعديلات قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته وقانون تقنية المعلومات الصحية لأغراض الصحة الاقتصادية والسريرية. كما نمتثل لجميع القوانين السارية المتعلقة بالاحتفاظ بمعلوماتك الصحية المحمية وتدميرها.

لمزيد من المعلومات حول هذا الإشعار، الرجاء الاطلاع على:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها

تصف الفئات التالية الطرق المختلفة التي قد تجيز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها.

العلاج. قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نكشف عنها لتيسير العلاج أو الخدمات الطبية التي يقدمها مقدمو الرعاية. قد نكشف عن معلوماتك الصحية المحمية لمقدمي الرعاية، بما في ذلك أطباء الأسنان، أو الأطباء، أو الممرضات، أو الفنيين، الذين يشاركون في عملية العناية بك. فعلى سبيل المثال، قد نكشف عن معلومات حول الأشعة السينية على أسنانك السابقة لطبيب الأسنان لتحديد ما إذا كانت الأشعة السينية السابقة تؤثر على العلاج الحالي.

السداد. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها للحصول على مدفوعات مقابل علاحك وإجراء أنشطة أخرى متعلقة بالدفع، مثل تحديد أهلية الحصول على استحقاقات الخطة، وحصول العملاء على دفعات نظير الاستحقاقات، ومعالجة مطالباتك، واتخاذ قرارات التغطية، وإدارة استحقاقات الخطة، وتنسيق الاستحقاقات.

عمليات الرعاية الصحية. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية والكشف عنها بشأن عمليات الخطة الأخرى، بما في ذلك تحديد الأسعار، وإجراء تقييم الجودة وأنشطة التحسين، ومراجعة علاجتك، والحصول على الخدمات القانونية والتفتيش، والكشف عن الاحتيال وسوء المعاملة، وتخطيط الأعمال والأنشطة الإدارية العامة الأخرى. ووفقًا لقانون المعلومات الروائية وعدم التمييز لعام 2008، يحظر علينا استخدام معلوماتك الروائية لأغراض الاكتتاب.

شركاء العمل. يجوز لنا التعاقد مع أفراد أو كيانات تُعرف باسم "شركاء العمل" لأداء مهام مختلفة أو لتقديم أنواع معينة من الخدمات نيابة عن الخطة. ومن أجل أداء هذه المهام أو تقديم هذه الخدمات، يجوز لشركاء الأعمال تلقي معلوماتك الصحية المحمية وإنشائها والاحتفاظ بها واستخدامها و/أو الكشف عنها، وذلك إذا أبرموا اتفاقًا مع الخطة لتنفيذ الضمانات المناسبة بشأن معلوماتك الصحية المحمية. فعلى سبيل المثال، قد تكشف الخطة عن معلوماتك الصحية المحمية لأحد شركاء العمل بغرض إدارة المطالبات أو تقديم خدمات الدعم، مثل إدارة الاستخدام، أو تقييم الجودة، أو الفوترة والتحويل أو خدمات التدقيق، وذلك إذا أبرم شريك العمل اتفاقية شركاء العمل مع الخطة.

الاستحقاقات والخدمات المتعلقة بالصحة. يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية أو الكشف عنها للإبلاغ بالاستحقاقات والخدمات المتعلقة بالصحة. فعلى سبيل المثال، قد نتواصل معك حول الاستحقاقات والخدمات المرتبطة بالصحة التي تضيف قيمة لخطةك الصحية، لكنها ليست جزءًا منها.

معلومات إضافية فيما يتعلق باستخدامات معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها

لمزيد من المعلومات عن الطرق المسموح بها أو المطلوبة لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الكشف عنها، يُرجى الاطلاع على:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

أرسل جميع الطلبات الكتابية بشأن إشعار الخصوصية هذا إلى العنوان:

Chief Privacy Officer

P.O. Box 30416

Lansing, MI 48909-7916

517-347-5451 (بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يُرجى الاتصال على 711)

حقوقك بشأن المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها

أنت تتمتع بالحقوق التالية فيما يخص معلوماتك الصحية المحمية التي نحتفظ بها:

حقك في فحص معلوماتك الصحية المحمية ونسخها. يحق لك فحص معلوماتك الصحية المحمية والحصول على نسخ منها. يجب أن تقدم طلبك كتابياً، وإذا طلبت نسخة من المعلومات، فيجوز لنا أن نفرض عليك رسوماً معقولة لتغطية النفقات المرتبطة بطلبك. وسيتم تزويدك بنسخة في غضون 30 يوماً من تقديم طلبك.

قد ترفض الخطة طلبك بشأن فحص المعلومات الصحية المحمية والحصول على نسخة منها في بعض الظروف المحدودة. إذا رفض طلبك بالحصول على المعلومات الصحية المحمية، فيمكنك طلب إعادة النظر في الرفض من خلال تقديم طلب كتابي إلى الشخص المسؤول المذكور أدناه.

حقك في تعديل المعلومات غير الصحيحة أو غير المكتملة. إذا كنت تعتقد أن معلوماتك الصحية المحمية التي نحتفظ بها الخطة غير صحيحة أو غير مكتملة، فيجوز لك الطلب منا أن نعدل معلوماتك الصحية المحمية عن طريق تقديم طلباً كتابياً. يجب عليك أيضاً تقديم سبب لطلبك. نحن غير مطالبين بتعديل معلوماتك الصحية المحمية، لكن إذا رفضنا طلبك، فسوف نزودك بمعلومات حول سبب رفضنا وكيف يمكنك أن تطعن على الرفض في غضون 60 يوماً من طلبك.

حقك في طلب وضع قيود على الإفصاح عن المعلومات للخطة الصحية. يمكنك، حيثما أمكن، طلب وضع قيود على الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية.

حقك في الحصول على تفسير بشأن المعلومات التي أفصحنا عنها. يحق لك طلب تفسير بشأن معلوماتك الصحية المحمية التي أفصحنا عنها، باستثناء المعلومات التي أفصحنا عنها لك أو بناءً على تصريح خطي منك، أو التي أفصحنا عنها بسبب عمليات العلاج أو السداد أو الرعاية الصحية. يجب أن تقدم طلبك كتابياً. وقد يحدد طلبك فترة زمنية تصل إلى ست سنوات قبل تاريخ طلبك. وسوف نقدم قائمة واحدة من حالات الإفصاح لك في كل 12 شهراً مجاناً؛ قد نفرض عليك رسوماً مقابل الحصول قوائم إضافية.

حقك في طلب وضع قيود على استخدام المعلومات والإفصاح عنها. يحق لك طلب وضع قيود أو حدود على الطريقة التي نستخدم بها معلوماتك الصحية المحمية أو نفصح عنها. يجب عليك تقديم طلب كتابي بشأن وضع هذه القيود، متضمناً المعلومات التي ترغب في تقييدها، ونطاق القيود، والأشخاص الذين تنطبق عليهم القيود. قد نفرض طلبك بشأن ذلك الأمر.

حقك في طلب اتصالات سرية من خلال وسائل بديلة معقولة أو في موقع بديل يجوز لك أن تطلب منا توجيه الاتصالات السرية إليك بطريقة بديلة (أي عن طريق الفاكس أو البريد الإلكتروني). يجب أن تقدم طلبك كتابياً، ونحن غير مطالبين بالموافقة على طلبك، لكن سوف نستجيب لطلبك إذا كان القيام بخلاف ذلك يعرضك للخطر.

حقك في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار

للحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار أو شرح أكثر تفصيلاً لهذه الحقوق، أرسل لنا طلباً مكتوباً على العنوان المذكور أدناه. كما يمكنك أيضاً الحصول على نسخة من هذا الإشعار من خلال أحد مواقعنا الإلكترونية:

www.deltadentalmi.com

www.deltadentaloh.com

www.deltadentalin.com

www.deltadentalar.com

www.deltadentalky.com

www.deltadentalnc.com

www.deltadentalnm.com

www.deltadentaltn.com

www.renaissance dental.com

www.dentalhero.com

حقك في تعيين ممثل شخصي

عند استلام الوثائق المناسبة بشأن تعيين شخصاً كممثل شخصي أو وكالة طبية أو وصي قانوني، سيسمح لهذا الشخص بالعمل نيابة عنك واتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية.

التغييرات على هذا الإشعار

يجوز لنا تعديل إشعار ممارسات الخصوصية هذا في أي وقت في المستقبل وتطبيق أحكام الإشعار الجديدة على جميع المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها. سوف نبلغك بأي تغييرات جوهرية على الإشعار. ونحن مطالبون بموجب القانون بالامتثال للإصدار الحالي من هذا الإشعار.

الشكاوى

إذا كنت تعتقد أن حقوق خصوصيتك أو حقوقك بالإخطار في حالة حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية قد انتهكت، فيمكن تقديم شكوى لدينا أو لدى مكتب الحقوق المدنية. ينبغي تقديم الشكاوى حول هذا الإشعار أو حول كيفية التعامل مع معلوماتك الصحية المحمية كتابياً إلى الشخص المسؤول المذكور أدناه.

يجب أن تقدم الشكاوى إلى مكتب الحقوق المدنية على العنوان: Office of Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, 1-877-696-6775. يمكنك أيضاً زيارة الموقع الإلكتروني لمكتب الحقوق المدنية من خلال

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> للاطلاع على مزيد

من المعلومات.



Delta Dental of Michigan

المطالبات، تقديرات العلاج المسبقة

P.O. Box 9085
Farmington Hills, MI 48333-9085

الاستفسارات، المراجعة

P.O. Box 9089
Farmington Hills, MI 48333-9089
1-800-524-0149

□□□□ □□ □□ □□□□□□□□
□□□□ □□□□ □□ □□□□