جمع معلومات التأمين والموافقة في نظام Birth to Three التابع لولاية كونيتيكت

بهدف دعم أكبر عدد ممكن من العائلات، يُموّل النظام بواسطة مجموعة من صناديق الولاية والصناديق الفيدرالية، وبرنامج Medicaid، وشركات التأمين الصحي الخاص.

القسم 1

اسم الطفل: _____ **رقم برنامج Birth to Three (من الولادة حتى الثالثة):** _____ **تاريخ الميلاد:** _____

القسم 2 - الإفصاحات المتعلقة بنظام Birth to Three ("B23") ضمن نظام المدفوعات ("SOP") - أدرك ما يلي:

- لا يتعين عليّ التسجيل في HUSKY أو أي خطة تأمين صحي خاص من أجل الحصول على خدمات B23.
- قد تكون خطة التأمين الصحي الخاصة بي معفاة مما تفرضه شركات التأمين في ولاية كونيتيكت، ويجوز لقانون Affordable Care Act (قانون الرعاية الميسورة) أن يمنع خطة التأمين الصحي من التأثير سلبًا في وسائل الحماية الخاصة بي، مثل احتساب المدفوعات ضمن نطاق الحدود القصوى السنوية أو حد مدى الحياة التي تنص عليه بوليصة التأمين.
- أتحمل مسؤولية سداد أقساط التأمين التي يفرضها مُقدم خدمات التأمين الصحي الخاص.
- إذا كان السحب التلقائي من Health Reimbursement Account (HRA)، حساب ترتيبات تعويض النفقات الصحية) أوHealth Savings Account (HSA)، حساب التوفير الصحي) الخاص بي مفعّل لتغطية المصروفات التي أدفعها من جيبي والمتعلقة بمطالبة تأمينية، ووافقتُ على قيام نظام B23 أو مُقدم الخدمة بتقديم المطالبات إلى شركة التأمين الخاصة بي ومشاركة معلوماتي، فقد يتم سحب أموال من هذا الحساب. ويجوز لي القدرة على تغيير ميزة السحب التلقائي من خلال التواصل مع شركة التأمين و/أو صاحب العمل.
- إذا تم سحب أموال عن غير قصد من حساب HSA/HRA الخاص بي لسداد مطالبات B23، فيمكنني العمل مع منسق الخدمات الخاص بي لإرسال طلب لاسترداد هذه الأموال.
- إذا تم تحويل مستحقات تعويض التأمين الخاص إليّ مباشرة، فيتعين عليّ سداد تلك المدفوعات إلى B23.
- إذا كان طفلي مشمولاً بتغطية تأمين HUSKY من الفئة A أو c وتأمين خاص، فيجب عليّ أولاً تقديم موافقتي إلى B23 أو مُقدم الخدمة للسماح له بتقديم المطالبة إلى شركة التأمين الخاص أولاً.
- يجب عليّ إخطار منسق الخدمات المعني بي إذا حصلت على تغطية تأمينية جديدة.
- موافقتي طوعية وتظل سارية المفعول ما لم يتم إلغاؤها كتابيًا. ولا ينطبق إلغاء هذه الموافقة على المعلومات التي سبق مشاركتها أو الإفصاح عنها.
- يجب الحصول على موافقتي في حالة وجود زيادة في وتيرة تقديم الخدمات في Individualized Family Service Plan (IFSP)، خطة خدمات الأسرة الفردية) الخاصة بطفلي، أو طولها، أو مدتها، أو كثافتها.
- سيخضع طفلي وأسرتي لتقييم، وفي حال استيفاء شروط الأهلية، سيحصلان على التقييم الشامل وخطة IFSP، وخدمات ودعم B23 المحددة من دون تأخير أو رفض بغض النظر عما إذا كنت قد قدّمت الموافقة على سداد نفقات التأمين والإفصاح عن المعلومات أم لا.
- إذا اخترت المشاركة في B23 وكان طفلي مسجلاً في خطة تأمين HUSKY من الفئة A أو c، فستتم تقديم المطالبات ومشاركة Protected Health Information (PHI)، المعلومات الصحية المحمية) وPersonally Identifiable Information (PII)، المعلومات الشخصية المحددة للهوية) الخاصة بنا لغرض إصدار المطالبات التأمينية.

القسم 3 - التأمين الصحي

المطلوب: هل طفلي مشمول بتأمين صحي؟

☐ **نعم**، طفلي مشمول بتأمين صحي. انتقل إلى القسم التالي

☐ **لا**، طفلي غير مشمول بتأمين صحي. أدرك أنني لست ملزمًا بالتسجيل في Medicaid أو أي خطة تأمين صحي خاص من أجل الحصول على الخدمات. انتقل إلى القسم 6

القسم 4 - التغطية التأمينية ضمن خطة HUSKY من الفئة A أو C (Medicaid)

مطلوب: هل طفلي مشمول بتأمين HUSKY من الفئة A أو c؟ (بالنسبة إلى خطة تأمين HUSKY من الفئة B، اختر "لا" وانتقل إلى القسم 5).

☐ **لا** ليس مشمولاً بتأمين HUSKY من الفئة A أو C -انتقل إلى القسم التالي

☐ **نعم** - أكمل البيانات أدناه وانتقل إلى القسم التالي

رقم مُعرّف HUSKY (9 أرقام): _____

الاسم المكتوب على البطاقة (إذا كان مختلفًا): _____

القسم 5 - التأمين الخاص أو خطة تأمين HUSKY من الفئة B

مطلوب: هل طفلك مشمول بتأمين صحي تجاري/ خاص أو تأمين HUSKY من الفئة B؟

☐ **لا** - انتقل إلى القسم 6 ☐ **نعم** - أكمل هذا القسم وانتقل إلى القسم 6

هل تفهم، وتوافق، وتمنح الإذن لنظام B23 و/أو البرنامج المخصص له بالآتي: (1) تقديم المطالبات إلى شركة التأمين الصحي الخاص المسجل فيها طفلك، و(2) مشاركة المطالبات التأمينية المتعلقة بطفلك مع شركة التأمين الخاصة به والإفصاح عنها، و(3) الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI) والمعلومات الشخصية المحددة للهوية (PII) الخاصة بك وبطفلك أو تبادلها لغرض إصدار المطالبات المتعلقة بخدمات B23 ؟ تقديم الموافقة اختياري وغير إجباري. راجع القسم 2 للاطلاع على التفاصيل.

☐ **نعم**، أوافق وأمنح الإذن – يُرجى تقديم التفاصيل الخاصة بجميع خطط التأمين الصحي - انتقل إلى القسم التالي ☐ **لا**، لا أوافق ولا أمنح الإذن - انتقل إلى القسم التالي

القسم 5 - التأمين الخاص أو خطة تأمين HUSKY من الفئة B (يتبع)

خطة التأمين الأساسية:

اسم شركة التأمين: _____ رقم العضو: _____ رقم المجموعة: _____

اسم صاحب بوليصة التأمين: _____ تاريخ ميلاد صاحب بوليصة التأمين: _____

خطة التأمين الثانوية:

اسم شركة التأمين: _____ رقم العضو: _____ رقم المجموعة: _____

اسم صاحب بوليصة التأمين: _____ تاريخ ميلاد صاحب بوليصة التأمين: _____

القسم 6 - التفهم والإقرار

لقد استلمت نسخة من وثيقة Parent Rights (حقوق الوالدين) ووثيقة System of Payments (SOP)، نظام المدفوعات)، والمتاحتين أيضًا عبر الإنترنت على الموقع www.birth23.org. وتتضمن الوثيقتان خيارات تسوية النزاعات في حال عدم موافقتي على أي من القرارات المتخذة ضمن نظام B23، بما في ذلك تقديم المطالبات المالية إلى HUSKY أو شركة التأمين الخاص.

التوقيع بالحروف الأولى: _____ **انتقل إلى القسم التالي**

القسم 7 - الموافقة المستنيرة

أفهم وأوافق على الأحكام الموضحة في الأقسام 2 و5 و6. وبناءً على إجابتي في القسم 5، أقرّ بما يلي:

- إذا قدمت الموافقة، فإنني أفوض B23 و/أو البرنامج المخصص له بتقديم المطالبات المالية إلى شركة التأمين الصحي الخاص المسؤولة عن طفلي أو خطة التأمين HUSKY من الفئة B، والوصول إلى مزايا التأمين أو المزايا العامة ذات الصلة لغرض سداد تكاليف خدمات الجزء (C) من قانون Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)، قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة) من دون تحميل تكاليف عليّ. كما أوافق على مشاركة جميع المعلومات التعليمية والطبية اللازمة لمعالجة مطالبات التأمين والإفصاح عنها، بما في ذلك السجلات المحفوظة لدى B23. وإذا ثبتت أهلية طفلي، فقد تشمل مطالبات التأمين أيضًا الخدمات المدرجة في خطة IFSP الخاصة بطفلي. وأدرك أنني لن أكون مسؤولاً عن سداد أي نفقات من أموالي الخاصة، بما في ذلك المدفوعات المشتركة والمبالغ المقتطعة. وإذا ألغيت موافقتي في أي وقت، فستواصل الولاية تقديم جميع خدمات الجزء (C) من قانون IDEA المدرجة في خطة IFSP التي وافقتُ عليها، من دون تقديم مطالبات إلى شركة التأمين الخاصة بي ومن دون تحميل تكاليف عليّ.
- إذا لم أوافق، فإنني أدرك أن نظام B23 لن يقدم المطالبات المالية إلى شركة التأمين الصحي الخاص أو خطة التأمين HUSKY من الفئة B. وسيواصل طفلي تلقي جميع خدمات الجزء (C) من قانون IDEA المدرجة في خطة IFSP التي وافقتُ عليها، من دون تحميل تكاليف عليّ.

لمزيد من التفاصيل المتعلقة بمتطلبات التأمين، وممارسات تقديم المطالبات، وأحكام الموافقة، ارجع إلى القسم 2: الإفصاحات المتعلقة بنظام B23 وSystem of Payments (SOP)، نظام المدفوعات).

الاسم الأول واسم العائلة: _____ **التاريخ:** _____

التوقيع: _____

القسم 8 - - إلغاء الموافقة - يُستخدم فقط عند الحاجة للتأمين الخاص وخطة التأمين HUSKY من الفئة B

بدءًا من تاريخ توقيعي أدناه، فإنني ألغي بموجب هذا الموافقة الممنوحة لتقديم المطالبات، والمشاركة، والإفصاح عن المعلومات التعليمية والطبية اللازمة لمعالجة مطالبات التأمين نيابة عن طفلي. وأدرك وأوافق على أنه في حال إلغاء الموافقة، ستواصل الولاية تقديم خدمات الجزء (C) من قانون IDEA المدرجة في خطة IFSP التي وافقتُ عليها. كما أدرك وأوافق على أن إلغاء الموافقة لا ينطبق على المعلومات التي سبق الإفصاح عنها.

الاسم الأول واسم العائلة: _____ **التاريخ:** _____

التوقيع: _____

مخصص للاستخدام الإداري فقط