

## نموذج طلب توثيق قيود المعالجة من أي مزود خطة صحية مقدمة برعاية جهة عمل أو شركة تأمين عاملة في السوق توفر التأمين الجماعي أو الفردي

الخلفية: هذه أداة مصممة لمساعدتك في طلب المعلومات من أي مزود خطة صحية مقدمة برعاية جهة عمل أو شركة تأمين عاملة في السوق توفر التأمين الجماعي أو الفردي، بشأن قيود المعالجة التي قد تؤثر على وصولك إلى المزايا الخاصة بالصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات. يمكنك استخدام هذا النموذج لطلب:

- **المعلومات العامة** حول قيود المعالجة، مثل سياسات الموافقة المسبقة لخطتك على كِـل من المعالجة الطبية/الجراحية ومعالجة الصحة العقلية.
- **المعلومات المحددة** حول سبب رفض المزايا. على سبيل المثال، يمكنك الاستفسار عن معايير "الإخفاق في إثبات الضرورة الطبية" التي ربما تستند إليها شركة التأمين الصحي الخاصة بك في رفض مطالبتك.

يُطلب من مزود خطتك أو شركة التأمين الخاصة بك، بموجب القانون، تزويدك بهذه المعلومات في حالات معينة. في بعض الحالات، قد يؤدي الطلب إلى الحصول على معلومات أكثر مما قد ترغب فيه. تحدث إلى مزود خطتك أو شركة التأمين الخاصة بك حول المستندات التي ترغب في طلبها وكذلك، إذا كنت تفضل ذلك، كيف يمكنك تلقي المستندات إلكترونيًا.

بموجب قانون فيدرالي يسمى "قانون التكافؤ في مزايا الصحة العقلية والمساواة في خدمات الإدمان" (MHPAEA)، يجب على العديد من مز

ودي خطط الرعاية الصحية وشركات التأمين التأكد من وجود "تكافؤ" بين مزايا الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات وكذلك المزايا الطبية والجراحية. وهذا يعني بشكٍ ل عام أن المتطلبات المالية وقيود المعالجة المطبقة على مزايا الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات لا يمكن أن تكون أكثر صرامة من المتطلبات المالية وقيود المعالجة المطبقة على المزايا الطبية والجراحية. تشمل أنواع القيود التي تغطيها حماية التكافؤ ما يلي:

- المتطلبات المالية - مثل المبالغ المقتطعة، ومبالغ المشاركة في السداد، ومبلغ المشاركة التأميني، وقيود المبلغ المدفوع من الجيب؛ و
- قيود المعالجة - مثل قيود عدد الأيام أو الزيارات المغطاة، أو القيود الأخرى بشأن نطاق أو مدة المعالجة (على سبيل المثال، الحاجة إلى الحصول على موافقة مسبقة).

إذا حصلت أنت أو أحد أفراد أسرتك أو شخص ما تساعده على تغطية صحية من خلال خطة صحية خاصة بجهة العمل، فإن القانون الفيدرالي يتطلب من مزود الخطة تقديم مستندات معينة خاصة بالخطة حول المزايا الخاصة بك أو بذلك الشخص، بما في ذلك قيود التغطية فيما يتعلق بتلك المزايا، عند الطلب. على سبيل المثال، قد ترغب في الحصول على مستندات توضح سبب اشتراط الخطة الصحية الخاصة بك الحصول على موافقة مسبقة بشأن

الزيارات إلى أي معالج قبل أن تغطي الخطة تلك الزيارات. بشكٍ ل عام، يجب على مز

ود خطط جهات العمل  
الخاصة بتقديم المستندات في غضون ثلاثين (30) يومًا تقويميًا من تاريخ استلامه لطلبك. اتصل بمر

ود خطة الرعاية الصحية الخاصة بك أو شركة التأمين الصحي مباشرةً لتقديم طلبك.

تم تصميم هذا النموذج لمساعدتك في طلب المعلومات من مزود خطتك حول قيود المعالجة. تُدرج العديد من أنواع قيود المعالجة الشائعة في هذا النموذج. إذا لم يظهر نوع قيود المعالجة التي تفرضها خطتك في القائمة، فيمكنك إدراج وصف قيود المعالجة التي ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات عنها في العنصر "أخرى".

الطلب: استكمل النموذج المرفق لطلب معلومات عامة من مزود خطتك أو شركة التأمين الخاصة بك حول قيود المعالجة، أو معلومات محددة حول سبب رفض مزايا الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات الخاصة بك. قد تساعدك هذه المعلومات في استئناف رفض المطالبة، ولكن يجب عليك بدء عملية المراجعة العامة والاستئنافات

الخاصة بالخطة بشكل منفصل إذا كنت ترغب في استئناف رفض المطالبة مع مزود خطتك أو شركة التأمين الخاصة بك. لا يتعين عليك استخدام هذا النموذج لطلب معلومات من مزود خطتك. راجع وصف الخطة (الموجز) SPD) أو شهادة التغطية لمعرفة كيفية طلب المعلومات من مزود الخطة أو كيفية استئناف أي مطالبة مرفوضة.

إذا كنت تساعد شخصًا ما في طلب معلومات حول تغطيته الصحية، فقد يطلب منك مزود

الخطة أو شركة التأمين

تقديم، بالإضافة إلى طلبك للمعلومات، مستندات إضافية موقعة من قبل الشخص الذي تساعدك (إذا لم تكن قد فعلت ذلك بالفعل).

إذا كانت لديك أية أسئلة حول هذا النموذج وكنت مسجلًا في خطة صحية تابعة لجهة عمل خاص، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة ضمان مزايا الموظفين (EBSA) على [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) للحصول على إجابات

للأسئلة الشائعة حول الخطط الصحية لجهة العمل الخاص. يمكنك أيًا من الاتصال بإدارة ضمان مزايا الموظفين

(EBSA) إلكترونيًا عبر الموقع الإلكتروني [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) أو من خلال الرقم المجاني 1-866-444-3272.

يمكنك أيًا من استخدام هذا النموذج إذا كنت مسجلًا في تغطية ليست مقدمة من خلال خطة صحية لجهة عمل خاص -

على سبيل المثال، إذا كانت لديك تغطية صحية فردية أو تغطية مقدمة برعاية جهة عمل تابعة للقطاع العام، مثل حكومة المدينة أو الولاية. يمكنك الاتصال بمراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid (CMS) عبر الموقع الإلكتروني [phig@cms.hhs.gov](mailto:phig@cms.hhs.gov) أو من خلال الرقم 1-877-267-2323 هاتف فرعي 61565 ل طرح

الأسئلة حول أي تغطية صحية فردية أو خطة صحية خاصة بالقطاع العام.

## بيان الإفصاح عن قانون الحد من الأعمال الورقية

طبقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من الأشخاص الاستجابة لأي جمع معلومات إلا إذا كان يعرض رقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصحيح. ورقم مراقبة مكتب الإدارة والميزانية الصحيح لجمع المعلومات هذا هو **1210-0138**. يجوز استخدام جمع المعلومات هذه، ولكن ليس مطلوبًا استخدامه، من قِبَل المشاركين في الخطة الصحية الجماعية والمستفيدين منها لطلب معلومات بشأن قيود المعالجة من مزود الخطة الصحية الخاصة بهم. يهدف هذا النموذج إلى تبسيط عملية طلب الإفصاحات ذات الصلة بالنسبة للمرضى وممثليهم المعتمدين. يُقدر الوقت المطلوب لاستكمال جمع المعلومات هذا بمتوسط 5 دقائق لكل استجابة، بما في ذلك وقت مراجعة التعليمات، والبحث عن مصادر البيانات الحالية، وجمع البيانات المطلوبة، واستكمال جمع المعلومات ومراجعته. يكون استخدام جمع المعلومات هذا طوعيًا. إذا كانت لديك تعليقات بخصوص دقة التقديرات الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يُرجى مراسلة U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Research and Analysis, PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, D.C., 20210: Attn: OMB 1210-0138 أو أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى [bsa.opr@dol.gov](mailto:bsa.opr@dol.gov) وارجع إلى رقم تحك OMB 1210-0138

**طلب الإفصاح عن تكافؤ مزايا الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرات**

**ملاحظة:** لا يهدف نموذج طلب الإفصاح هذا إلى بدء مطالبة رسمية للحصول على مزايا أو استئناف مطالبة مرفوضة؛ ومع ذلك، قد تساعدك المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال هذا النموذج في استئناف أي رفض مطالبة طبية فيما يتعلق بمزايا الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات. يكون إرسال هذا النموذج طوعياً ولا يحل محل عملية المطالبات أو الاستئنافات الخاصة بالخطة الصحية الخاصة بك.

أدخل اسم الخطة الصحية أو الجهة

ال مُصدرة/إلى

لا آخراً مَخولاً بطلب معلومات عن الفرد المسجل في الخطة، فُرجى تقديم المعلومات المحددة أدناه. (إذا كنت مقدم خدمة أو مهتم

أنا ممثل مخول أطلب معلومات عن الفرد التالي المسجل في الخطة:

مرفق بهذا الطلب تفويض مو

قع من قُبل ال مُسَّجل.

نفسم إذا كنت نطلب معلومات عامة حول قيود المعالجة). (استكمل ها

**طلب معلومات عامة**

أنا أطلب معلومات حول قيود الخطة الخاصة بالتغطية فيما يتعلق بـ:

- مزايا الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات، بشكٍ ل عام.
- المعالجة المحددة التالية لحالتي الصحية العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات:

\_\_\_\_\_

إذا كنت تطلب معلومات محددة حول القيود التي أدت إلى رفض المزاياء، (استكمل هذا القسم

### طلب معلومات المطالبة/الرفض

لقد تم إخطاري في \_\_\_\_\_ [أدخل تاريخ الرفض] بأن المطالبة بتغطية المعالجة الخاصة [أدخل حالة الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات] تم، قد يتم رفضها أو تقييدها للأسباب التالية الموضحة أدناه مباشرة: ب

هك لرفض التغطية أو تقييدها أو نقلها، حدد كل ما ينطبق (استناداً إلى

- لقد تم إبلاغي بأن المعالجة غير ضرورية طبيًا.
- لقد تم إبلاغي بأن المعالجة تجريبية أو استقصائية.
- تتطلب الخطة الحصول على موافقة قبل أن تبدأ في تغطية المعالجة.
- تتطلب الخطة الحصول على موافقات بشكل مستمر قبل أن تبدأ في تغطية المعالجة المستمرة.
- تتطلب الخطة مني تجربة معالجة مختلفة قبل الموافقة على المعالجة الذي يوصي بها طبيبي أو معالجي.
- لن تسمح الخطة بأي معالجات أخرى استناداً إلى حقيقة أنني أخفقت في إتمام دورة معالجة سابقة.
- لا تغطي قائمة الأدوية الموصوفة للخطة الدواء الذي يصفه لي طبيبي.
- تغطي خطتي معالجاتي من حالات الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات، لكنها لا توفر أي مقدمي خدمات داخل الشبكة يمكن الوصول إليهم بشكل معقول لهذه المعالجة.
- لست متأكدًا مما إذا كانت طريقة حساب خطتي لدفع مقابل تلقي الخدمات من خارج الشبكة، على سبيل المثال طرقها في تحديد الرسوم المعتادة والعرفية والمعقولة، تتوافق مع حماية التكافؤ.

(حدد أساس رفض التغطية أو تقييدها أو نقلها)  غير ذلك:

---



---



---

نظراً لأن التغطية الصحية الخاصة بي تخضع لحماية التكافؤ، فلا يمكن تطبيق المتطلبات المالية أو قيود المعالجة على مزايا الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات ما لم تكن هذه القيود قابلة للمقارنة بالمتطلبات المالية أو قيود المعالجة المطبقة على المزايا الطبية والجراحية. لذا، فيما يتعلق بقيود أو أحكام خطة المزايا المحددة أعلاه، أطلب من الخطة، **في غضون ثلاثين (30) يوماً تقويمياً من تاريخ استلام هذا الطلب**، ما يلي:

□ 1. تقديم رؤية الخطة المحددة فيما يتعلق بالقيود وتحديد المزايا الطبية/الجراحية ومزايا الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات التي تنطبق عليها تلك الرؤية في تصنيفها لها ذي الصلة الموضح في اللوائح بموجب "قانون التكافؤ في مزايا الصحة العقلية والمساواة في خدمات الإدمان"؛ و

□ 2. تحديد العوامل المستخدمة في تطوير القيود (تشمل أمثلة العوامل، على سبيل المثال لا الحصر، الاستخدام المفرط، وارتفاع التكاليف الطبية مؤخراً، والتباين الكبير في التكلفة لكل حلقة من الرعاية، وسلامة المعالجة وفعاليتها)؛ و

□ 3. تحديد المصادر (بما في ذلك أي عمليات أو استراتيجيات أو معايير إثباتية) المستخدمة في تقييم العوامل المحددة أعلاه. تشمل أمثلة المعايير الإثباتية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الاستخدام المفرط كما هو محدد من خلال انحرافين معياريين فوق متوسط الاستخدام لكل حلقة من الرعاية؛ و
- ارتفاع التكاليف الطبية مؤخراً كما هو محدد من خلال زيادة التكاليف الطبية لبعض الخدمات بنسبة 10% أو أكثر سنوياً لمدة عامين؛ و
- التباين الكبير في التكلفة لكل حلقة من الرعاية كما هو محدد من خلال حلقات رعاية المرضى الخارجيين التي تكون أعلى بمقدار انحرافين معياريين في التكاليف الإجمالية من متوسط التكلفة لكل حلقة بنسبة 20% أو أكثر من الوقت في فترة 12 شهراً؛ و
- سلامة طريقة المعالجة وفعاليتها كما هو محدد من خلال تجربتين سريريتين عشوائيتين مطلوبتين لإثبات أن المعالجة ليست تجريبية أو استقصائية؛ و

□ 4. تحديد الأساليب والتحليلات المستخدمة في تطوير القيود؛ و

□ 5. تقديم أي دليل أو وثائق لإثبات أن القيود لا يتم تطبيقها بشكل أكثر صرامة، كما هو مكتوب وقائم، على مزايا الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات مقارنة بالمزايا الطبية والجراحية.

---

اسم الفرد الـ مسجّل في الخطة أو ممثله الـ مخّول بأحرف واضحة

---

توقيع الفرد الـ مسجّل في الخطة أو ممثله الـ مخّول

ول

---

(الرقم المخصص للشخص الـ مُسَجَّل من قبل الخطة) رقم العضو

---

كنت تبحث عن معلومات بخصوص مطالبة ما معينة) رقم لبطاقة (إ)

---

العنوان

---

التاريخ

---

عنوان البريد الإلكتروني (إذا كان البريد الإلكتروني هو وسيلة الاتصال المفضلة)