تنسيقات ولغات اخرى

يمكنك الحصول على هذا المستند مترجمًا إلى لغات أخرى أو بنسخة بخط كبير أو بطريقة برايل أو بالتنسيق الذى تُفضله مجانًا. يُرجى التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكترونى explorehealth@oha.oregon.gov أو بالاتصال على الرقم 855-268-3767 (للاتصال الصوتى). نستقبل جميع المكالمات المُرحلة.

حقوقك ومسؤولياتك

يبيّن هذا القسم الالتزامات التى تتعهد سوق التأمين الصحى فى ولاية أوريغون بالوفاء بها تجاهك، باعتبارها مكتبًا تابعًا لهيئة الصحة فى ولاية أوريغون (OHA). وهذه هى "حقوقك".

ويبيّن كذلك ما تتعهّد بالقيام به عند تقديم طلب للحصول على المساعدة الطبية أو عند الاستفادة منها. وتُشكل هذه ما يُعرف بـ"مسؤولياتك".

يُرجى التكرّم بقراءة هذا النموذج قراءة متأنية. يحق لك طلب شرح هذا النموذج من أحد شركاء التسجيل لدى Explore Health أو من أحد ممثلى خدمة العملاء. لا تتردد فى طرح الأسئلة إذا وجدت ما لا تفهمه.

تلتزم بالقيام بأمور محددة عند حصولك أنت وأسرتك على مساعدة مالية عن طريق Explore Health. قد يؤدى حصولك على مساعدة مالية تتجاوز المبلغ المستحق لك إلى فقدان أهليتك للحصول على هذه المساعدة أو إلى اضطرارك لردّ المبالغ الزائدة إلى الحكومة. يمكنك الحدّ من مخاطر ترتّب مبالغ مستحقة عليك عن طريق الإبلاغ عن التغييرات (انظر أدناه). ستتضح لك هذه الأمور عند إرفاق النموذج 8965 بإقرارك الضريبى الفيدرالى عند تقديمه. سيُدرج فى إقرارك الضريبى الفيدرالى أى مبلغ يتعيّن عليك ردّه.

حقوقك ما يحق لك توقعه من Explore Health

- ستتعامل معك Explore Health باحترام، وإنصاف ولباقة.
- لك الحق فى الاستفسار عن جميع خيارات التغطية الصحية والبرامج المتاحة عبر Explore Health، والتقدّم بطلب للحصول على أى منها. قد نحيل معلوماتك إلى جهات أخرى تقدّم خدمات قد تستوفى شروط الاستفادة منها. يحق لك اختيار عدم إتاحة معلوماتك للمشاركة مع جهات أخرى.

- يحق لك طلب ما يثبت استلام أي نموذج تسلّمه إلى أحد شركاء التسجيل لدى Explore Health.
- يمكنك الاتصال بنا عبر حسابك الإلكتروني المخصص لمقدم الطلب، أو من خلال الدردشة، أو الهاتف، أو الفاكس، أو البريد، أو الرسائل النصية، أو البريد الإلكتروني. يحق لك طلب التحدث إلى أحد المسؤولين.
- يمكنك طلب المساعدة في تقديم الطلبات، أو تعبئة النماذج، أو الإبلاغ عن التغييرات، وذلك باللغة التي تفضّلها.
- ستحرص Explore Health على إتاحة المعلومات لك بصيغة أو بلغة مفهومة بالنسبة إليك.
- ستسعى Explore Health إلى تلبية احتياجاتك قدر الإمكان إذا كنت من الأشخاص ذوي الإعاقة. تلتزم Explore Health بأحكام قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة والمادة 504 من قانون إعادة التأهيل.
- يحق لك طلب الاطلاع على المعلومات الخاصة بك والمُدرجة في حساب أسرتك.
- تظل المعلومات التي تزوّد بها Explore Health سرية. يمكنك الاطلاع على **سياسه الخصوصيه** الخاصة بنا عبر الإنترنت على الرابط ExploreHealthOR.gov/Privacy وعلى **سياسه مكافحه الاحتيال والهدر وإساءة الاستخدام** على الرابط ExploreHealthOR.gov/FWA.
- يمكنك تقديم طعن إذا لم توافق على أحد القرارات التي اتخذتها Explore Health، بما في ذلك:
  - عدم الأهلية للحصول على المساعدة المالية
  - مقدار المساعدة المالية التي تستحقها
  - عدم استيفاء شروط الأهلية لفترة تسجيل خاصة
  - عدم الأهلية للتسجيل في خطة تأمين صحي أو خطة تأمين على الأسنان
  - انتهاء التغطية التأمينية ضمن خطة Explore Health
  - تاريخ سريان التغطية التأمينية
  - رفض إعادة سريان التغطية التأمينية نتيجة تغيّر في الظروف الشخصية يؤثر في التغطية الصحية أو المساعدة المالية، مثل التغيّر في الدخل أو عدد أفراد الأسرة أو وضع التغطية التأمينية
  - القرارات المتعلقة بالأهلية والمترتبة على تغيّرات في الظروف تؤثر في التغطية التأمينية أو المساعدة المالية
  - عدم البتّ في الأهلية أو إخطار المعنيّ بالأمر خلال المدة المحددة
  - أي قرار آخر صادر عن Explore Health يتعلق بالأهلية ولم يُدرج ضمن القائمة أعلاه.
- يمكنك الاستعانة بأحد شركاء التسجيل لدى Explore Health أو بأحد ممثلي خدمة العملاء لمساعدتك في استكمال نموذج الطعن.

- يجوز لك تقديم طعن خلال 90 يومًا من تاريخ إشعار الأهلية الصادر عن Explore Health، وتكون المهلة 95 يومًا إذا تعلّق الطعن بمسائل الجنسية والهجرة.

ما يقع على عاتقك من مسؤوليات: ما يجب عليك القيام به

إذا كنت تتقدّم بطلب للحصول على تغطية صحية عبر Explore Health، يتعيّن عليك القيام بما يلي:

- احرص على تقديم معلومات صحيحة ودقيقة ومتكاملة إلى Explore Health.
- قدّم ما يثبت صحة بعض المعلومات التي تذكرها، إذا تعذّر التحقق منها بالرجوع إلى قواعد البيانات الفيدرالية وقواعد بيانات الولاية.
- أبلِغ Explore Health بأي تغييرات تطرأ على ظروفك (انظر أدناه).
- إذا كان ذلك مطلوبًا، فسدّد قسط التأمين الشهري للحفاظ على سريان خطة التأمين الصحي و/أو خطة تأمين الأسنان الخاصة بك. يتعيّن عليك سداد أقساط التأمين مباشرةً إلى شركة التأمين التي تتعامل معها.
- تقدّم بطلب لإنهاء تغطيتك الصحية عبر Explore Health إذا أصبحت مؤهلًا للاستفادة من نوع آخر من التغطية الصحية، مثل التغطية التي يوفرها صاحب العمل، أو خطة أوريغون الصحية (OHP)، أو برنامج ميديكير (Medicare)، أو التغطية الصحية التابعة لشؤون المحاربين القدامى (VA).

الإبلاغ عن المستجدات

إذا ثبتت أهليتك للحصول على مساعدة مالية، يتعيّن عليك الإبلاغ عن بعض التغييرات التي تؤثر فيك أو في غيرك من أفراد أسرتك المسجّلين. إذا لم تُبلِغ عن التغييرات المطلوبة، فقد تحصل على مساعدة مالية تفوق ما يحق لك الحصول عليه. قد يتعيّن عليك سداد جزء من الإعفاء الضريبي المخصّص لأقساط التأمين الذي استفدت منه أو سداده بالكامل.

عند الموافقة على أهليتك للحصول على مساعدة مالية، يوضح لك إشعار الأهلية مزيدًا من التفاصيل بشأن الإبلاغ عن التغييرات. يُستحسن الإبلاغ عن التغييرات في غضون 30 يومًا، تفاديًا للحصول على ائتمانات ضريبية مسبقة لأقساط التأمين تتجاوز المبالغ المستحقة لك. يمكنك أيضًا العثور على المعلومات على ExploreHealthOR.gov أو بعد تسجيل الدخول إلى حسابك في لوحة معلومات مقدّم الطلب.

عند الإبلاغ عن أحد التغييرات، سيُخطرك نظام Explore Health إذا كنت بحاجة إلى تقديم مستندات للتحقق من صحة المعلومات. ذا كان للتغيير تأثير في التغطية التأمينية التي تستفيد منها، فسيُخطرك نظام Explore Health

بذلك. إذا لم تكن متأكدًا من وجوب الإبلاغ عن تغيير ما، فيمكنك طلب التوضيح من أحد شركاء التسجيل لدى Explore Health أو أحد ممثلي خدمة العملاء.

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace

PO Box 191

Salem, OR 97308

855-268-3767 (نرحب بجميع المكالمات عبر خدمات ترحيل الاتصالات)

ExploreHealthOR.gov