



# مرحبًا بك في مجتمع

Tennessee CoverKids

كتيب الأعضاء | لعام 2026

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

|                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 866-600-4985<br>خط TTY/TDD:<br>711                                                     | <b>خدمات أعضاء CoverKids</b><br>اتصل برعايتك الصحية                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 866-600-4985                                                                           | خط مساعدة التمريض                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 866-864-2526                                                                           | <b>Renaissance (برنامج CoverKids لطب الأسنان)</b><br>الاتصال بشأن رعاية الأسنان للأطفال دون سن 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 844-568-2179                                                                           | <b>خدمات صيدليات OptumRx (برنامج صيدليات CoverKids)</b><br>اتصل بخدمات صيدليات CoverKids                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 800-433-3982                                                                           | <b>مكتب المفتش العام (Office of the Inspector General, OIG)</b><br>الاتصال للإبلاغ عن احتيال أو إساءة معاملة أعضاء CoverKids                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 833-687-9611                                                                           | <b>مكتب نزاهة البرنامج التابع لـ TennCare</b><br>اتصل للإبلاغ عن احتيال مقدم الرعاية في CoverKids                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 866-600-4985                                                                           | صحة السكان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 855-259-0701                                                                           | <b>TennCare Connect</b><br>اتصل بخصوص:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• تغيير العنوان أو حجم الأسرة أو الوظيفة أو الدخل</li> <li>• أثناء فترة حملك وعند ولادتك</li> <li>• إكمال تجديدك</li> <li>• طعون للحصول على CoverKids أو استمرارية العضوية فيه</li> <li>• حصص المشاركة في الدفع في CoverKids</li> <li>• التقدم بطلب للحصول على CoverKids</li> <li>• البرامج مثل القسائم الغذائية أو برنامج Families First</li> </ul> |
| 866-600-4985<br><a href="http://communitycompass.tn.gov/">communitycompass.tn.gov/</a> | <b>موارد المجتمع</b><br>طلب المساعدة في التواصل مع بنوك الغذاء وخدمات الإسكان وغيرها من احتياجات الحياة.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

[illegible]

# CoverKids وخطتك الصحية، UnitedHealthcare Community Plan

## كتيب الأعضاء 2026

Para conseguir un manual en español, llame a ¿Necesita un manual de CoverKids en español?  
.UnitedHealthcare Community Plan al **866-600-4985**

### حقوقك في الخصوصية

هناك قوانين تحمي خصوصيتك. وهي تنص على أنه لا يجوز لنا إفشاء حقائق معينة عنك للآخرين. اقرأ المزيد حول حقوق الخصوصية الخاصة بك في القسم 6 من هذا الكتيب.

### ملاحظة هامة:

حتى إذا لم تستخدم CoverKids، فستظل الولاية تدفع لك مقابل الحصول عليها. إذا لم تعد بحاجة إلى CoverKids الخاص بك، يُرجى الاتصال بـ TennCare Connect مجانًا على الرقم

**.855-259-0701**

هل تحتاج إلى المساعدة؟

|                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>لدينا مساعدات إضافية وخدمات مجانية، مثل الطباعة بأحرف كبيرة، للتواصل معك بشكل فعال.</p> <p>اتصل بنا على -----(TRS: 711) إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية، تتوفر المساعدة بلغتك مجاناً. نقدم لك خدمات الترجمة الفورية والترجمة المجانية لمساعدتك.</p> |
| <p><b>Spanish: Español</b></p> <p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-8----- (TRS/TTY:866-503-0264).</p>                                                                            |
| <p><b>Arabic: العربية</b></p> <p>برقم اتصل . مجاناً لك متوفرة اللغوية المساعدة خدمات العربية اللغة تتكلم اذا :ملحوظة: -1-800</p>                                                                                                                             |
| <p><b>Chinese: 繁體中文</b></p> <p>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 1-8----</p>                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>Vietnamese: Tiếng Việt</b></p> <p>CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-8-----</p>                                                                                                             |
| <p><b>Korean: 한국어</b></p> <p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-8----- 번으로 전화해 주십시오.</p>                                                                                                                                                       |
| <p><b>French: Français</b></p> <p>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-8----- .</p>                                                                                           |
| <p><b>Amharic: አማርኛ</b></p> <p>ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-8----- .</p>                                                                                                                             |
| <p><b>Gujarati: ગુજરાતી</b></p> <p>સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-8----- .</p>                                                                                                                  |
| <p><b>Laotian: ພາສາລາວ</b></p> <p>ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ້ນ ຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ໑ 1-8---- .</p>                                                                                      |
| <p><b>German: Deutsch</b></p> <p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-8----- .</p>                                                                                       |
| <p><b>Tagalog: Tagalog</b></p>                                                                                                                                                                                                                               |

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-8----- .

**Hindi: हिंदी**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-8----- पर कॉल करें।

**Russian: Русский**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-8----- .

**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 تماس بگیرید 1-8-----

يساعد [نظام دعم المزايا \(Beneficiary Support System, BSS\)](#) الأشخاص المسجلين في CHOICES، و Employment and Community First (ECF) CHOICES، وبرنامج Katie Beckett. كما تساعد أيضًا الأفراد الذين يرغبون في التسجيل في هذه البرامج. للحصول على المساعدة اتصل على الرقم 888-723-8193.

لا تمارس TennCare التمييز ضد الأشخاص بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية واللغة الأساسية أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الجنس. إذا كنت بحاجة إلى تعديلات في الحدود المعقولة أو تعتقد أنه تمت معاملتك بشكل مختلف، أو مارست التمييز ضدك، يمكنك تقديم تظلم (شكوى) مع [مكتب الامتثال للحقوق المدنية التابع لـ TennCare](#) من خلال [HCFA.fairtreatment@tn.gov](mailto:HCFA.fairtreatment@tn.gov)، أو <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>، أو 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243، أو الاتصال على الرقم 615-507-6474 (TRS 711). هل تحتاج إلى المساعدة في تقديم تظلم؟ اتصل بـ TennCare Connect على 855-259-0701.

التمييز مخالف للقانون. تطبق TennCare قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية. لا نميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية واللغة الأساسية أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستبعد TennCare الأشخاص أو تعاملهم بشكل أقل تفضيلاً (بشكل مختلف) بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

#### المساعدة التي يمكنك الحصول عليها

#### المساعدة المتعلقة بالإعاقة

توفر TennCare للأشخاص ذوي الإعاقة تعديلات معقولة. التعديلات المعقولة هي طلبات منطقية لإجراء تغييرات في قاعدة، أو سياسة، أو ممارسة، أو خدمة؛ وذلك بهدف مساعدة شخص لديه احتياجات مرتبطة بالإعاقة. توفر TennCare مساعدات إضافية وخدمات مجانية للتواصل معك بشكل فعال. المساعدات والخدمات المساعدة هي أنواع من المساعدة مثل:

- مترجمو لغة إشارة أكفاء و
- معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتياً أو بتنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها أو قراءة الخطاب أو بطريقة برايل أو بتنسيقات أخرى.

#### المساعدة اللغوية

توفر TennCare مساعدة لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية لغتهم الأساسية مثل:

- مترجمين فوريين مؤهلين و
- الترجمة التحريرية - معلومات مكتوبة بلغات أخرى.

من الذي يتعين عليك الاتصال به

#### TennCare Connect

هل تحتاج إلى مساعدة في أمور مثل تقديم طلب الحصول على TennCare أو تجديده، أو تحتاج إلى خدمات ومساعدات إضافية، أو مساعدة لغوية للتواصل مع TennCare؟ اتصل بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم 855-259-0701.

#### مكتب الامتثال للحقوق المدنية التابع لـ TennCare

- تعديلات معقولة
- إذا كنت تحتاج إلى تعديلات معقولة، اتصل بمكتب الامتثال للحقوق المدنية التابع لـ TennCare؛ ("OCRC").
- التظلم/الشكوى
- إذا كنت تعتقد أن TennCare لم تقدم هذه الخدمات، أو مارست التمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك تقديم تظلم/شكوى إلى OCRC التابع لـ TennCare عن طريق:
- البريد الإلكتروني: [HCFA.fairtreatment@tn.gov](mailto: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: (TRS 711) 615-507-6474.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم، يُرجى الاتصال بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم 855-259-0701.

يمكنك العثور على النماذج والسياسات ومزيد من المعلومات حول الحقوق المدنية والمساعدة مثل الغذاء أو أشياء أخرى على موقع OCRC الإلكتروني: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.

يمكنك التقدم بشكوى بشأن الحقوق المدنية لدى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية:

عبر الإنترنت: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
البريد:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

الهاتف: 1-800-368-1019، 800-537-7697 (TDD)

تتوفر نماذج الشكاوى على هذا الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

مرحبًا بك في CoverKids وخطتك الصحية،

|         |                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1.....  | UnitedHealthcare Community Plan                                                |
| 3.....  | خطة CoverKids Health Plan الخاصة بك                                            |
| 3.....  | خطتك الصحية للصيدلية                                                           |
| 4.....  | خطة صحة الأسنان للأطفال                                                        |
| 6.....  | القسم 1: استخدام خطة CoverageKids الصحية                                       |
| 7.....  | بطاقة العضو الخاصة بك                                                          |
| 8.....  | شبكة مقدمي الرعاية في CoverKids                                                |
| 9.....  | كيفية الحصول على مساعدة لغوية مجانية في زيارات رعايتك الصحية                   |
| 9.....  | زيارات الطبيب                                                                  |
| 11..... | تغيير PCP المعني بك                                                            |
| 11..... | رعاية الصحة السلوكية (خدمات الصحة العقلية أو علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة) |
| 12..... | مقدمو الرعاية الأخصائيون                                                       |
| 13..... | الرعاية في المستشفى                                                            |
| 18..... | القسم 2: الخدمات التي تدفع CoverKids مقابلها                                   |
| 19..... | فئات المزايا                                                                   |
| 21..... | الرعاية بحدود                                                                  |
| 23..... | خدمات CoverKids الأخرى                                                         |
| 25..... | الرعاية الوقائية - الرعاية التي تحافظ على صحتك                                 |
| 26..... | الحمل                                                                          |
| 28..... | الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحية لطفلك والأشخاص في سن المراهقة         |
| 28..... | قد تتضمن الفحوصات ما يلي:                                                      |
| 30..... | رعاية الأسنان للأطفال (للأسنان)                                                |
| 30..... | رعاية البصر للأطفال (للعيون)                                                   |
| 31..... | الخدمات غير الخاضعة إلى التغطية                                                |
| 33..... | القسم 3: كيفية عمل برنامج CoverKids من أجلك                                    |

|    |                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34 | المبلغ الذي تدفعه مقابل رعايتك الصحية - مبالغ المشاركة في الدفع                            |
| 40 | <b>القسم 4: المساعدة في مشاكل برنامج CoverKids الخاص بك</b>                                |
| 41 | أنواع المشكلات وما يمكنك فعله                                                              |
| 49 | <b>القسم 5: طعون CoverKids</b>                                                             |
| 50 | طعون الخدمات الطبية                                                                        |
| 57 | طعون الأهلية - الحصول على تغطية CoverKids أو استمرارية العضوية فيه وبرامج CoverKids الأخرى |
| 61 | <b>القسم 6: حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضواً في CoverKids</b>                                  |
| 62 | يحق لك:                                                                                    |
| 65 | تقع عليك المسؤولية التالية:                                                                |
| 66 | إشعار ممارسات الخصوصية                                                                     |
| 73 | مسؤوليتك عن الإبلاغ عن الاحتيال والإساءة                                                   |
| 76 | <b>الجزء 7: أوراق الرعاية الصحية التي قد تحتاجها</b>                                       |
| 80 | <b>القسم 8: مزيد من المعلومات</b>                                                          |
| 81 | جدول تطعيم CoverKids                                                                       |
| 98 | تعريفات قانونية                                                                            |
| 99 | مسرد المصطلحات                                                                             |

# مرحباً بك في CoverKids وخطتك الصحية، UnitedHealthcare Community Plan

هذا هو كتيب أعضاء CoverKids الخاص بك. يوضح لك هذا الكتيب كيفية استخدام CoverKids للحصول على الرعاية. ويوفر برنامج CoverKids التأمين الصحي لبعض الأطفال دون سن 19 وبعض النساء الحوامل. CoverKids هو برنامج تابع لقسم TennCare بولاية Tennessee.

**ملاحظة هامة:** إن الحصول على تأمين آخر، حتى Medicare، غير مسموح به لأي شخص لديه CoverKids. إذا كان لديك تأمين صحي حالي أو حصلت على تأمين جديد، يتوجب عليك إخطار TennCare Connect عبر الاتصال بالرقم 855-259-0701 لطلب إلغاء اشتراكك في CoverKids.

## لماذا من المهم الإلمام بتفاصيل عن CoverKids؟

لأن ذلك يساعدكم على معرفة نوعية مزايا الرعاية الصحية التي يغطيها CoverKids. كما يساعدك على معرفة ما إذا كان يجب عليك دفع مبالغ المشاركة في الدفع لمزايا CoverKids. سنخبرك بالمزيد حول مزايا CoverKids ومبالغ المشاركة في الدفع لاحقاً في هذا الكتيب.

لقد أرسل إليك TennCare/CoverKids خطاباً لإخطارك بحصولك على تغطية CoverKids، وتحديد تاريخ بدء تغطية CoverKids. إذا كانت لديك أسئلة أو مشاكل حول تواريخ تغطية CoverKids الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم 855-259-0701.

**ملاحظة هامة:** ينص قانون الولاية على أنه يجب عليك إخطار CoverKids بأي تغييرات قد تؤثر على تغطيتك. يجب عليك الإبلاغ عن هذه التغييرات في غضون 10 أيام من التغيير، كما يجب عليك تزويد CoverKids بالإثبات اللازم لإجراء هذا التغيير. يرجى الاتصال أو إجراء التغييرات عبر بوابة TennCare Connect الإلكترونية فوراً في الحالات التالية:

- انتقلت إلى سكن جديد\*\*
- غيرت وظيفتك
- عدد الناس في عائلتك يتغير
- تغير دُخْلُك
- تحصل على تأمين صحي جماعي

**\*\* في أي وقت انتقلت إلى سكن جديد، يجب عليك إخبار CoverKids بعنوانك الجديد.**

**لماذا؟ TennCare/CoverKids يرسل لك معلومات مهمة حول CoverKids تغطية**

**ومزاياه عبر البريد. إذا لم يكن لديهم عنوانك الحالي، يمكن أن تفقد CoverKids الخاص بك. اتصل بـ TennCare**

**Connect على الرقم 855-259-0701 لإخبارهم بعنوانك الجديد، أو يمكنك إجراء تغييرات عبر**

**الإنترنت من خلال إنشاء حساب TennCare Connect مجاني على الموقع**

**.tenncareconnect.tn.gov**

## خطة CoverKids Health Plan الخاصة بك

تعد UnitedHealthcare Community Plan خطتك الصحية لـ CoverageKids التي تساعدك على الحصول على رعاية الصحة البدنية أو السلوكية (خدمات الصحة العقلية وخدمات علاج إدمان الكحول وتعاطي المواد المخدرة). للاستفسارات حول الحصول على رعاية الصحة البدنية أو السلوكية، اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.

هل لديك أسئلة حول صحتك؟ هل تحتاج إلى معرفة أي تخصص من الأطباء يجب أن تزره؟ اتصل بخط مساعدة التمرريض على الرقم **866-600-4985**. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.

## خطتك الصحية للصيدلية

لديك تغطية للوصفات الطبية من خلال CoverKids. يُطلق على خطة الصيدلة الخاصة ببرنامج CoverKids اسم **OptumRx**. ستحصل على بطاقة صيدلية منفصلة. إذا كنت بحاجة إلى صرف وصفة طبية، يمكنك الذهاب إلى الصيدلية واستخدام بطاقة معرف عضويتك في OptumRx.

قبل الذهاب، تأكد من أن الصيدلية التي تتعامل معها تقبل **CoverKids**. لمعرفة ذلك، تفضل بزيارة (عن صيدلية تابعة للشبكة أداة البحث) **Find a Network Pharmacy Tool** على [welcome.optumrx.com/tenncare](https://welcome.optumrx.com/tenncare). أدخل المعلومات المطلوبة للعثور على الصيدليات القريبة منك التي تقبل CoverKids. أو يمكنك الاتصال بخدمات صيدليات CoverKids للحصول على المساعدة، على مدار الساعة، وسبعة أيام في الأسبوع على الرقم **844-568-2179**.

هل تحتاج إلى مزيد من المساعدة؟ هل لديك أسئلة حول بطاقتك؟ اتصل بخدمات صيدليات CoverKids على الرقم **844-568-2179**.

تعرف على المزيد عن تغطية الوصفات الطبية في القسمين 1 و2.

يغطي CoverKids رعاية الأسنان الروتينية للأطفال دون سن 19 عامًا فقط. الخطة الصحية لطب الأسنان ضمن CoverKids هي **Renaissance**. يمكنهم مساعدتك إذا كانت لديك أسئلة حول رعاية طب الأسنان. للعثور على طبيب أسنان في Renaissance، تفضل بزيارة [tenncare.renaissancebenefits.com](https://tenncare.renaissancebenefits.com). ثم انقر على **Find a Dentist (بحث عن طبيب أسنان)**. أو يمكنك الاتصال بـ Renaissance على الرقم **866-864-2526**.

**ملاحظة:** لا يغطي CoverKids أي رعاية روتينية للأسنان، بما في ذلك جراحة الفم، إذا كان عمرك 19 عامًا أو أكبر.



# القسم 1: استخدام خطة CoverageKids الصحية

كل عضو في CoverKids لديه بطاقة عضوية. هذا مثال على شكل بطاقتك:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Printed: 05/05/25</p> <p>You should always see your Primary Care Provider (PCP) before receiving medical treatment from any provider (except for emergencies). In a medical emergency, care may be obtained from the closest medical care provider. Notify both your Primary Care Provider and your local UnitedHealthcare office after receiving such care.</p> <p><b>For Members:</b> <a href="http://www.myuhc.com/communityplan">www.myuhc.com/communityplan</a> 866-600-4985<br/> <b>NurseLine:</b> 866-600-4985<br/> <b>Mental Health:</b> 866-600-4985</p> <p><b>For Providers:</b> 800-690-1606<br/> <b>Medical Claims:</b> PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220</p> |  | <p><b>United Healthcare</b><br/>Community Plan</p> <p>Health Plan (80840)</p> <p><b>Member ID: 001800323</b> <b>Group Number: TNTNCARE</b></p> <p><b>Member:</b> NEW M ENGLISH <b>Payer ID: 95378</b></p> <p><b>PCP Name:</b> DYERSBURG CLINIC</p> <p><b>Date of Birth:</b> 09/07/1998 <b>Effective Date:</b> 11/30/2010</p> <p><b>COPAY Level 1:OV/SPEC/IPH</b><br/>\$15/\$20/\$100</p> <p>0501 <b>Cover Kids Benefit: P</b><br/>Administered by UnitedHealthcare Community Plan, Inc.</p> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

- إليك بعض الأشياء التي تحتوي عليها بطاقتك:
- اسم العضو هو اسم الشخص الذي يمكنه استخدام هذه البطاقة.
- رقم معرف العضوية هو الرقم الذي يحدد هويتك لدينا.
- رقم المجموعة هو العدد الذي يوضح أنك عضو في CoverKids.
- شبكات مقدمي الرعاية هي مجموعة الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يقبلون بطاقة CoverKids الخاصة بك.
- حصص المشاركة في الدفع هي ما تدفعه مقابل كل خدمة رعاية صحية. لا يتعين على الجميع دفع حصص المشاركة في الدفع.
- مؤشر المزايا هو نوع فئة مزايا CoverKids التي تحصل عليها. فئة المزايا الخاصة بك هي نوع الخدمات أو الرعاية التي يغطيها لك CoverKids.

احمل بطاقتك معك طوال الوقت. ستحتاج إلى إبرازها (البطاقة) عند الذهاب لرؤية طبيبك وعند الذهاب إلى المستشفى.

هذه البطاقة ملكك فقط. لا تدع أي شخص آخر يستخدم بطاقتك. إذا فقدت بطاقتك أو سُرقت أو إذا كانت تحتوي على معلومات خاطئة، اتصل بنا على الرقم 866-600-4985 للحصول على بطاقة جديدة. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

إذا كانت لديك أسئلة حول CoverKids ، فيمكنك:

اتصل بنا:

866-600-4985



مراسلتنا:

CoverKids Member  
Services



UnitedHealthcare  
Community Plan  
10 Cadillac Drive,  
Suite 200  
Brentwood, TN  
37027

## شبكة مقدمي الرعاية في CoverKids

### داخل الشبكة

يُطلق على الأطباء وغيرهم من الأشخاص والمرافق التي تعمل مع CoverKids اسم **شبكة مقدمي الرعاية**. جميع مقدمي الرعاية في CoverKids مدرجون في **دليل مقدمي الرعاية الخاص بنا**. يمكنك العثور على دليل مقدمي الرعاية عبر الإنترنت من خلال الرابط [UHC Community Plan - تسجيل الدخول للأعضاء](#). أو اتصل بنا على الرقم **866-600-4985** للحصول على قائمة. قد يكون مقدمو الرعاية قد انضموا إلى الشبكة أو انسحبوا منها بعد طباعة هذه القائمة. ولكن يتم تحديث دليل مقدمي الرعاية عبر الإنترنت كل أسبوع. يمكنك أيضًا الاتصال بنا على الرقم **866-600-4985** لمعرفة كون مقدم الرعاية تابع لشبكتنا أو لا.

في بعض الأحيان، قد لا يتمكن مقدم الرعاية الخاص بك من تقديم الرعاية أو العلاج الذي تحتاجه بسبب معتقداته الشخصية. اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**. يمكننا مساعدتك في العثور على طبيب يمكنه توفير الرعاية أو العلاج الذي تحتاجه.

للعثور على الأطباء الذين يتحدثون لغات أخرى، يمكنك التحقق من دليل موفري الرعاية CoverKids على الإنترنت من خلال [UHC Community Plan - تسجيل الدخول للأعضاء](#).

**يجب عليك الذهاب إلى الأطباء الذين يقبلون CoverKids حتى يدفع CoverKids تكاليف رعايتك الصحية.**

## خارج الشبكة

يُطلق على الطبيب غير التابع لشبكة موفري الرعاية وغير التابع لـ CoverKids موفر رعاية غير تابع للشبكة. في معظم الأحيان إذا ذهبت إلى طبيب غير تابع للشبكة، فلن يدفع CoverKids التكاليف.

ولكن، في بعض الأحيان، كما هو الحال في حالات الطوارئ أو لمراجعة الأخصائيين، سيدفع CoverKids تكاليف طبيب من خارج الشبكة. ما لم تكن الحالة طارئة، يجب عليك الحصول على موافقة أولاً. يوضح لك قسم "الأخصائيون" و"الطوارئ" المزيد حول الحالات التي يمكنك فيها الذهاب إلى شخص خارج الشبكة.

معلومات مهمة

**ملاحظة هامة:** إذا كنت تتلقى بالفعل رعاية أو علاجاً عند بدء تغطية CoverKids الخاصة بك، فقد تتمكن من الاستمرار في تلقي الرعاية دون الحاجة إلى موافقة أو إحالة. اتصل بنا على الرقم **866-600-4985** لمعرفة كيفية القيام بذلك.



## كيفية الحصول على مساعدة لغوية مجانية في زيارات رعايتك الصحية

إذا لم تكن الإنجليزية لغتك الأولى، فيمكنك طلب مترجم فوري عند الذهاب للحصول على رعايتك. هذه خدمة مجانية بالنسبة لك. قبل موعدك، اتصل بنا أو بمقدم رعايتك حتى تتمكن من الحصول على المساعدة بشأن الخدمات اللغوية.

يمكنك أيضاً مراجعة دليل مقدمي الرعاية للعثور على الأطباء الذين يتحدثون لغات أخرى عبر الإنترنت على [UHC Community Plan - تسجيل الدخول للأعضاء](#).

كما يمكنك الحصول على مساعدة مجانية للتواصل مع طبيبك مثل مترجم لغة الإشارة أو كتابة الملاحظات أو لوحة القصة. قبل موعدك، اتصل بنا أو بمقدم الرعاية الخاص بك للحصول على هذه المساعدة.

## زيارات الطبيب

مقدم الرعاية الأولية الخاص بك - الشخص الرئيسي الذي تراجع للحصول على الرعاية  
يمكنك الحصول على شخص رئيسي واحد لرعايتك الصحية. يمكن أن يكون طبيباً أو ممرضاً ممارساً أو مساعد طبيب. يسمى هذا الشخص مقدم الرعاية الأولية أو PCP.

يُدرج اسم PCP الخاص بك في بعض الأحيان في الجزء الأمامي من بطاقتك. ماذا لو لم تتضمن بطاقتك اسم PCP الخاص بك؟ اتصل بنا على الرقم **866-600-4985** للحصول على اسم PCP الخاص بك أو ابحث عن PCP آخر في شبكتنا. ماذا لو كنت ترغب في تغيير PCP الخاص بك؟  
**توضح لك الصفحة التالية الطريقة.**

لدى معظم PCPs ساعات عمل منتظمة في العيادة. ولكن يمكنك الاتصال بـ PCP في أي وقت. إذا اتصلت بعد ساعات العمل المنتظمة، فسيخبروك بكيفية الاتصال بالطبيب. إذا لم تتمكن من التحدث إلى شخص ما بعد ساعات العمل، فاتصل بنا على الرقم **866-600-4985**.

إذا كان PCP جديدًا بالنسبة لك، فيجب عليك التعرف على PCP الخاص بك. اتصل لتحديد موعد مع PCP الخاص بك في أقرب وقت ممكن. هذا الأمر أكثر أهمية إذا كنت تتلقى رعاية أو علاجاً من طبيب مختلف. نريد أن نتأكد من أنك تستمر في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. ولكن حتى لو كنت تشعر بأنك بصحة جيدة، يجب عليك الاتصال لتحديد موعد لإجراء فحص طبي لدى PCP الخاص بك.

#### قبل الذهاب إلى موعدك الأول مع PCP الخاص بك:

1. اطلب من طبيبك السابق إرسال سجلاتك الطبية إلى PCP الخاص بك. هذا لن يكلفك أي شيء. هذه السجلات ملكك. وسيساعدون PCP في التعرف على حالتك الصحية.
2. اتصل بـ PCP الخاص بك لتحديد موعدك.
3. اجعل بطاقة CoverKids جاهزة عند الاتصال.
4. أخبرهم أنك عضو في CoverKids وأعطهم رقم معرف عضويتك في CoverKids.
5. دَوِّن تاريخ وموعد زيارتك. إذا كنت مريضاً جديداً، فقد يطلب منك مقدم الرعاية القدوم مبكراً. اكتب الوقت الذي يطلبون منك التواجد فيه.
6. قم بعمل قائمة بالأسئلة التي تريد طرحها على PCP الخاص بك. أدرج أي مشاكل صحية لديك.

#### في يوم موعدك:

1. خذ جميع أدويةك وقائمة الأسئلة معك حتى يعرف PCP الخاص بك كيفية مساعدتك.
2. احرص على الحضور في الموعد المحدد لزيارتك. إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك، فاتصل بـ PCP الخاص بك للحصول على موعد جديد.
3. خذ بطاقة معرف عضوية CoverKids معك. قد يقوم PCP بعمل نسخة منها. إذا كان لديك أي تأمين آخر، خذ بطاقة معرف عضويته معك، أيضاً.
4. ادفع حصة المشاركة في الدفع إذا كان مطلوباً منك. يمكنك معرفة المزيد حول مبالغ المشاركة في الدفع في القسم 3 من هذا الكتيب.

سيعطيك PCP معظم احتياجات رعايتك الصحية. يمكن أن يكتشف PCP المشاكل الصحية ويعالجها مبكرًا. سيكون لديه أو لديها سجلاتك الطبية. يمكن لـ PCP رؤية الصورة الكاملة لحالتك الصحية. يتتبع PCP جميع الرعاية التي تتلقاها.

## تغيير PCP المعني بك

هناك العديد من الأسباب التي تجعلك بحاجة إلى تغيير PCP الخاص بك. قد ترغب في المتابعة مع PCP تكون عيادته أقرب لك، أو قد يتوقف PCP الخاص بك عن العمل معنا. إذا لم تعثر على PCP جديد، فسنساعدك في العثور على PCP جديد لك، حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على رعايتك.

### لتغيير PCP الخاص بك:

1. ابحث عن PCP جديد في شبكة CoverKids. للعثور على PCP جديد، ابحث في دليل مقدمي الرعاية لدينا. أو يمكنك الانتقال لزيارة الموقع عبر الإنترنت على [UHC Community Plan - تسجيل دخول الأعضاء](#)، أو الاتصال على الرقم **866-600-4985**.

2. ثم اتصل بـ PCP الجديد للتأكد من أنه أو أنها ضمن شبكة مقدمي الرعاية في CoverKids. تأكد من السؤال عما إذا كان يستقبل مرضى جدد.

هل تحتاج إلى مساعدة في العثور على PCP جديد؟ اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**. سنعمل معك على العثور على PCP جديد يقبل بمرضى جدد.

هل ابنك/ابنتك في سن المراهقة مستعد للانتقال إلى مقدم رعاية صحية للبالغين؟  
ويمكننا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية جديد وتخفيف بعض المخاوف بشأن هذا التغيير. يمكنك الاتصال بصحة السكان على الرقم **866-600-4985** للحصول على المساعدة.

## رعاية الصحة السلوكية (خدمات الصحة العقلية أو علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة)

لا تحتاج إلى زيارة PCP الخاص بك قبل الحصول على خدمات الصحة السلوكية. ولكن، ستحتاج إلى الحصول على الرعاية من شخص موجود ضمن شبكتنا. إذا كنت تحصل على الرعاية الآن، اسأل مقدم الرعاية الخاص بك عما إذا كان يقبل بالمشاركين في CoverKids.

وكالة الصحة العقلية المجتمعية (Community Mental Health Agency, CMHA) هي مكان واحد يمكنك الذهاب إليه للحصول على خدمات الصحة العقلية أو علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة. معظم CMHAs تقبل CoverKids.

#### قبل زيارتك الأولى:

1. **اطلب** من طبيبك السابق إرسال سجلاتك إلى مقدم الرعاية الجديد الخاص بك. هذا لن يكلفك أي شيء. هذا يساعد مقدم رعايتك في التعرف على احتياجاتك.
2. **جهز بطاقة CoverKids الخاصة بك** عندما تتصل لتحديد موعدك مع مقدم الرعاية الجديد الخاص بك.
3. أخبرهم أنك عضو في CoverKids وأعطهم رقم معرف عضويتك في CoverKids.
4. **اكتب** تاريخ موعدك ووقتك. إذا كنت مريضاً جديداً، قد يطلب منك مقدم الرعاية القدوم مبكراً. اكتب الوقت الذي يطلبون منك التواجد فيه.
5. **قم بعمل قائمة** بالأسئلة التي تريد طرحها على مقدم الرعاية الخاص بك. أدرج أي مشاكل تعاني منها.

#### في يوم موعدك:

1. خذ جميع أدويةك وقائمة الأسئلة معك حتى يعرف PCP الخاص بك كيفية مساعدتك.
2. احرص على الحضور في الموعد المحدد لزيارتك. إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك، فاتصل بمقدم الرعاية الخاص بك للحصول على وقت جديد.
3. خذ بطاقة معرف عضوية CoverKids معك. قد يقوم مقدم الرعاية الخاص بك بعمل نسخة منها.
4. ادفع حصة المشاركة في الدفع إذا كان مطلوباً منك. يمكنك معرفة المزيد حول مبالغ المشاركة في الدفع في القسم 3 من هذا الكتيب.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في العثور على خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة، اتصل بنا على الرقم 866-600-4985. أو إذا كانت لديك أسئلة حول خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة، اتصل بنا على الرقم 866-600-4985. علماً بأن هذه المكالمات مجانية.

#### مقدمو الرعاية الأخصائيون

**الأخصائي** هو الطبيب الذي يقدم الرعاية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. أحد أنواع الأخصائيين هو طبيب القلب، وهو الطبيب المختص بأمراض القلب. نوع آخر من المتخصصين هو طبيب الأورام، الذي يعالج السرطان. يتوفر أنواع عديدة من الأخصائيين.

يمكن أن يرسلك PCP إلى أخصائي للحصول على الرعاية. إذا لم يكن الأخصائي تابعًا لشبكة مقدمي الرعاية لدينا، فيجب أن يحصل مقدم الرعاية الخاص بك على موافقة منا أولاً. إذا كان عليك دفع مبالغ حصص المشاركة في الدفع، فإن هذه المبالغ هي نفسها حتى لو كان الأخصائي من خارج الشبكة.

**لا يتعين عليك زيارة PCP الخاص بك أولاً للذهاب إلى طبيب صحة المرأة.** يُسمى طبيب صحة المرأة بطبيب النساء والتوليد (OB/GYN).

يجب أن يظل أخصائي صحة المرأة ضمن شبكتنا. يوجد المزيد من المعلومات حول الرعاية الصحية للنساء في القسم 2 من هذا الكتيب.

وتذكر، **لا يتعين عليك مراجعة PCP الخاص بك أولاً لمراجعة أي أخصائي أو مقدم رعاية صحية سلوكية لخدمات الصحة العقلية أو علاج إدمان الكحول أو المواد المخدرة.**

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في العثور على طبيب متخصص، اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**.

## الرعاية في المستشفى

إذا كنت بحاجة إلى رعاية في المستشفى، فسيقوم مقدم الرعاية ضمن الشبكة أو مقدم الرعاية السلوكية بترتيب ذلك لك.

**يجب أن تحصل على موافقة من مقدم الرعاية الخاص بك ضمن الشبكة للحصول على الرعاية في المستشفى.** ما لم تكن الحالة طارئة، فإننا سندفع فقط مقابل الرعاية في المستشفى إذا أرسلك مقدم الرعاية الخاص بك ضمن الشبكة.

### حالات طوارئ الصحة الجسدية

احمل معك دائماً بطاقة CoverKids الخاصة بك. في حالات الطوارئ، سيعرف الأطباء أنك مشمول بتغطية CoverKids. يمكنك الحصول على الرعاية الصحية الطارئة في أي وقت تحتاجه.

حالات الطوارئ هي الأوقات التي قد يكون فيها خطر جسيم أو ضرر يلحق بصحتك إذا لم تحصل على رعاية طبية على الفور. راجع القسم 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل لحالة الطوارئ.

قد تكون حالات الطوارئ مثل:

- ضيق في التنفس، وعدم القدرة على التحدث
- جرح غائر، أو كسر في العظم، أو حرق
- النزيف الذي لا يمكن إيقافه
- ألم قوي في الصدر لا يزول
- ألم في المعدة لا يتوقف

- نوبات الصرع التي تسبب فقدان شخص الوعي
- غير قادر على تحريك ساقيك أو ذراعيك
- شخص في غيبوبة
- جرعة مخدرات زائدة
- التهاب الحلق
- البرد أو الإنفلونزا
- جروح صغيرة وغير عميقة
- كدمة
- آلام أسفل الظهر
- التهاب المفاصل
- ألم في الأذن
- الصداع، ما لم يكن سبباً للغاية ومختلفاً عما شعرت به من قبل.
- ألم في المعدة (مغص)

إذا كنت تعتقد أن لديك حالة طارئة، فانتقل إلى أقرب غرفة طوارئ (ER) في المستشفى. في حالات الطوارئ، يمكنك الذهاب إلى مستشفى ليس تابعاً لشبكة مقدمي الرعاية. إذا لم تتمكن من الوصول إلى ER، فاتصل على الرقم 911 أو خدمة الإسعاف المحلية.

إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كانت هذه حالة طارئة، فاتصل بـ PCP الخاص بك. يمكنك الاتصال بـ PCP الخاص بك في أي وقت. يمكن أن يساعدك PCP في الحصول على رعاية الطوارئ إذا كنت في حاجة إليها.

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة، فلن تضطر إلى الحصول على موافقة من أي شخص قبل الحصول على رعاية طارئة.

بعد أن يعالجك ER لحالة الطوارئ، ستتلقى أيضًا الرعاية التي يقول الطبيب أنك بحاجة إلى الحفاظ على الاستقرار. ويطلق على هذه الرعاية ما بعد استقرار الحالة.

بعد حصولك على رعاية الطوارئ، أخبر PCP أو الأخصائي. يحتاج أخصائي PCP الخاص بك إلى معرفة الحالة الطارئة لمساعدتك في رعاية المتابعة لاحقًا. حاول الاتصال بـ PCP أو الأخصائي في غضون 24 ساعة من الحصول على الرعاية الطارئة.

### حالات الصحة العقلية الطارئة

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن حالة الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المواد المخدرة في أي وقت حتى لو كنت بعيدًا عن المنزل. ولا يتعين عليك الحصول على موافقة من أي شخص قبل الحصول على الرعاية الطارئة.

إذا واجهتك حالة طوارئ تتعلق بالصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المواد المخدرة، فاتصل أو راسلنا على الرقم 988 أو تحدث مع الموقع الإلكتروني lifeline.org988. يمكنك أيضًا الذهاب إلى أقرب

مركز استقبال لأزمات الصحة العقلية الذي لا يتطلب حجز موعد مسبق

(<https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html>)

أو غرفة الطوارئ فوراً. ماذا لو كنت لا تعرف مكان أقرب مركز استقبال لأزمات الصحة العقلية؟ اتصل بخدمات أزمات الصحة العقلية على: 988 على الفور. علمًا بأن هذه المكالمات والرسائل مجانية.

أو يمكنك الاتصال بمقدم الرعاية الخاص بك. يمكن أن يساعدك مقدم الرعاية الخاص بك في الحصول على الرعاية الطارئة إذا كنت بحاجة إليها. يغطي CoverKids تكاليف حالات طوارئ الصحة العقلية أو اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، حتى لو لم يكن الطبيب أو المستشفى ضمن شبكة مقدمي الرعاية.

حالات الطوارئ هي الأوقات التي قد يكون فيها خطر جسيم أو ضرر يلحق بصحتك أو صحة شخص آخر إذا لم تحصل على المساعدة فوراً. راجع القسم 8 من هذا الكتيب للحصول على تعريف كامل لحالة الطوارئ.

#### لا تكون هذه عادةً حالات طوارئ:

- الحاجة إلى إعادة صرف وصفة طبية
- طلب المساعدة في تحديد موعد

#### قد تكون حالات الطوارئ مثل:

- تخطيط لإيذاء نفسك
- التفكير في إيذاء شخص آخر

إذا واجهت هذا النوع من الطوارئ:

- اتصل أو راسل 988 أو تحدث مع 988lifeline.org
- توجه إلى أقرب مركز استقبال لأزمات الصحة العقلية لا يتطلب حجز موعد مسبق أو أقرب غرفة الطوارئ فوراً.
- أو اتصل برقم 911. هذه المكالمات مجانية.

#### الأطفال دون سن 18

إذا كان عمرك أقل من 18 عامًا أو كان طفلك أقل من 18 عامًا ولديه حالة طوارئ تتعلق بالصحة السلوكية (الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المواد المخدرة):

- اتصل أو أرسل رسالة نصية إلى الرقم 988 أو تواصل عبر الدردشة على 988lifeline.org
- انتقل إلى أقرب ER
- أو اتصل برقم 911

للوصول إلى وكالة مباشرة:

#### • Youth Villages

- (منطقة وسط شمال تينيسي) 791-9221 (866)
- (وسط جنوب تينيسي) 791-9222 (866)
- (غرب تينيسي الريفي) 791-9227 (866)

(منطقة ممفيس) (866) 791-9226  
(المنطقة الشرقية) (866) 791-9224  
(المنطقة الشرقية الجنوبية) (866) 791-9225

• **Mental Health Cooperative**

(مقاطعة ديفيدسون) (615) 726-0125

• **Frontier Health**

(أعالي شرق تينيسي) (877) 928-9062

• **McNabb Center**

(شرق تينيسي) (865) 539-2409

تقدم Youth Villages، و Frontier Health، و Helen Ross McNabb، و Mental Health Co-Operative خدمات الأزمات على مستوى الولاية للأطفال دون سن 18 عاماً. إذا ذهبت إلى غرفة الطوارئ، فقد يأتي أحد الأشخاص من إحدى هذه الوكالات في منطقتك للمساعدة في تقييم حاجة طفلك للرعاية.

إذا واجهتك مشكلات في الوصول إلى شخص ما على الرقم المدرج لمنطقتك، اتصل على الرقم **866-600-4985**. سوف نساعدك. كما يمكنك الاتصال على الرقم 911. هذه المكالمات مجانية.

احمل معك دائماً بطاقة CoverKids الخاصة بك. في حالة الطوارئ، سيعرف الأطباء أنك تحمل بطاقة CoverKids.

بعد أن تعالجك غرفة الطوارئ (ER) من الحالة الطارئة، ستتلقى أيضاً الرعاية التي يقررها الطبيب لضمان استقرار حالتك. ويطلق على هذه الرعاية ما بعد استقرار الحالة.

بعد تلقيك رعاية طارئة، أخبر مقدم الرعاية الخاص بك. يحتاج مقدم الرعاية الخاص بك إلى معرفة الحالة الطارئة لمساعدتك في رعاية المتابعة لاحقاً. حاول الاتصال بمقدم الرعاية الخاص بك في غضون 24 ساعة من الحصول على الرعاية الطارئة.

## خدمات رعاية الطوارئ خارج منطقة الإقامة

الرعاية في حالات الطوارئ خارج نطاق منزلك تُقدّم كما لو كنت داخل منطقتك. في حالات الطوارئ، يمكنك الذهاب إلى مستشفى من خارج الشبكة. توجه لأقرب ER أو اتصل بالرقم 911. إذا كنت تمر بحالة طارئة تتعلق بالصحة العقلية أو إدمان الكحول أو تعاطي المواد المخدرة، فاتصل أو أرسل رسالة نصية إلى الرقم 988 أو تواصل عبر الدردشة على [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org). ما زال يتعين عليك الاتصال بمقدم الرعاية الخاص بك وCoverKids في غضون 24 ساعة من الحصول على الرعاية الطارئة بعيدًا عن المنزل.

أظهر بطاقة CoverKids عندما تحصل على رعاية الطوارئ. اطلب من ER إرسال الفاتورة إلى CoverKids. إذا كان رد ER هو الرفض، فسأل إذا كان سيتم إرسال الفاتورة إليك في المنزل. أو إذا تعيّن عليك الدفع نظير الرعاية، فخذ إيصالًا.

عند عودتك إلى المنزل، اتصل بنا على الرقم **866-600-4985** وأخبرنا بأنك دفعت تكاليف رعايتك الصحية أو أن لديك فاتورة بها. سنعمل معك ومع مقدم الرعاية على تقديم مطالبة نظير رعايتك.

ملاحظة هامة: لن يدفع CoverKids إلا مقابل حالات الطوارئ بعيدة عن المنزل والتي توجد داخل الولايات المتحدة. لا يمكننا الدفع نظير الرعاية التي تتلقاها من خارج البلاد.

## القسم 2: الخدمات التي تدفع CoverKids مقابلها

يمكنك العثور على قائمة من خدمات CoverKids في الصفحات التالية. لبعض الخدمات لها حدود. ويعني هذا أن CoverKids لن يدفعوا إلا مبلغًا معينًا من هذه الرعاية. تعني الخدمات المدرجة على أنها **ضرورية من الناحية الطبية** أنه يمكنك الحصول على هذه الخدمات إذا وافق طبيبك، وخطتك الصحية، وCoverKids جميعًا على حاجتك إليها.

إذا كانت لديك أسئلة حول خدمات الصحة البدنية أو الصحة السلوكية، فاتصل بنا على الرقم **866-600-4985**.

## مزايا CoverKids

يجب أن تكون جميع خدمات CoverKids الخاضعة للتغطية ضرورية من الناحية الطبية، كما هو محدد في قواعد CoverKids. ويرد تعريف الضرورة الطبية في القسم 8 من هذا الكتيب. لمزيد من المعلومات حول الخدمات الخاضعة للتغطية بحدود، يُرجى الاطلاع على "الرعاية بحدود" بدءًا من الصفحة 16.

مزايا CoverKids

| الخاصة للتغطية/غير الخاضعة للتغطية                                          | خدمات CoverageKids                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات تقويم العمود الفقري                                                                |
| لا تخضع للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل اللاتي تبلغ أعمارهن 19 عامًا أو أكثر |                                                                                          |
| خاضعة للتغطية                                                               | الخدمات السريرية وغيرها من خدمات الرعاية الصحية المتنقلة                                 |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات طب الأسنان                                                                         |
| لا تخضع للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل اللاتي تبلغ أعمارهن 19 عامًا أو أكثر |                                                                                          |
| خاضعة للتغطية                                                               | المستلزمات الطبية التي تستخدم لمرة واحدة                                                 |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | المعدات الطبية المعمرة (DME)                                                             |
| خاضعة للتغطية                                                               | خدمات الإسعاف الجوي والبري في حالات الطوارئ                                              |
| خاضعة للتغطية                                                               | الرعاية الطارئة                                                                          |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات الرعاية الصحية المنزلية                                                            |
| خاضعة للتغطية                                                               | رعاية المصابين بأمراض عضال (يجب تقديمها عبر مأوى رعاية للأمراض العضال معتمد من Medicare) |
| خاضعة للتغطية                                                               | خدمات رعاية المرضى المقيمين داخل المستشفى، بما في ذلك خدمات رعاية إعادة التأهيل          |

|                                                                             |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| خاضعة للتغطية                                                               | خدمات الصحة العقلية وعلاج تعاطي المواد المخدرة للمرضى الداخليين والمقيمين في المرفق |
| خاضعة للتغطية                                                               | الخدمات المعملية وخدمات الأشعة السينية                                              |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات العلاج الوظيفي                                                                |
| خاضعة للتغطية                                                               | خدمات الصحة العقلية وعلاج تعاطي المواد المخدرة بالعيادات الخارجية                   |
| خاضعة للتغطية                                                               | خدمات مرضى العيادات الخارجية                                                        |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات العلاج الطبيعي                                                                |
| خاضعة للتغطية                                                               | خدمات الطبيب                                                                        |
| خاضعة للتغطية                                                               | رعاية ما قبل الولادة وخدمات ومستلزمات تنظيم الأسرة قبل الحمل                        |
| خاضعة للتغطية                                                               | الأدوية المقررة بوصفة طبية                                                          |
| خاضعة للتغطية                                                               | التقييمات الصحية والتطعيمات الروتينية                                               |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات مراكز التمريض المتخصصة                                                        |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات علاج التخاطب                                                                  |
| خاضعة للتغطية                                                               | الخدمات الجراحية                                                                    |
| خاضعة للتغطية بحدود                                                         | خدمات البصر                                                                         |
| لا تخضع للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل اللاتي تبلغ أعمارهن 19 عامًا أو أكثر |                                                                                     |

يتم تغطية المزايا باعتبارها ضرورية طبيًا. ولكن بعض مزايا CoverKids لها حدود. هذه الأنواع من الرعاية لها حدود:

1. خدمات تقويم العمود الفقري
2. المعدات الطبية المعمرة
3. خدمات الرعاية الصحية المنزلية
4. العلاج الوظيفي
5. العلاج الطبيعي
6. مركز التمريض المتخصص
7. علاج التخاطب
8. خدمات البصر

### 1. خدمات تقويم العمود الفقري

لا يتم تغطية الزيارات الروتينية إذا لم يحدث تقدم، أو إذا لم يكن من المتوقع حدوثه.

### 2. المعدات الطبية المعمرة

الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) هي أي أجهزة توفر مزايا علاجية بسبب حالات طبية معينة و/أو مرض. تتطلب بعض خدمات DME الحصول على تصريح مسبق (موافق).

هناك حد للمبلغ الذي سيدفعه CoverKids مقابل DME. ويسمى الحد الأقصى للتكاليف المسموح بها، وهو تكلفة شراء DME. يعتمد الحد على نوع المعدات الطبية المعمرة التي تحتاجها. ماذا لو قمت باستئجار نفس النوع من المعدات من عدة مزودي DME، وكانت إجمالي رسوم الإيجار أكثر مما قد تكلفه شراء تلك المعدات؟ ستكون مسؤولاً عن المبلغ الذي يتجاوز ما سيدفعه CoverKids (الحد الأقصى للمبلغ المسموح به).

تقتصر المعينات السمعية على سماعة واحدة لكل أذن كل سنة تقويمية حتى سن 5 سنوات، ثم سماعة واحدة لكل أذن كل سنتين بعد ذلك.

### 3. خدمات الرعاية الصحية المنزلية

هناك نوعان من الرعاية الصحية المنزلية: تمريض الرعاية الصحية المنزلية ورعاية مساعد الصحة المنزلية. يمكن أن تكون الخدمات بدوام جزئي أو متقطعة خلال فترة زمنية معينة. خدمات التمريض المنزلي فقط هي التي لها حدود. تقتصر هذه الخدمات على 125 زيارة لكل سنة تقويمية للرعاية التي تقدمها أو تشرف عليها ممرضة مسجلة.

#### 4. العلاج الوظيفي

يشمل العلاج الوظيفي العلاج الضروري والملائم طبياً الذي يساعد الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية جسدية أو سلوكية على تعلم كيفية أداء أنشطة الحياة اليومية نتيجة لمرض أو إصابة. تقتصر الخدمات على 52 زيارة لكل سنة تقويمية.

#### 5. العلاج الطبيعي

يشمل العلاج الطبيعي العلاج الضروري والملائم طبياً لمرض أو إصابة في العضلات أو المفاصل. تقتصر الخدمات على 52 زيارة لكل سنة تقويمية.

#### 6. مركز التمريض المتخصص

يشمل مركز التمريض المتخصص الرعاية الداخلية الضرورية والملائمة طبياً المقدمة للأعضاء الذين يحتاجون إلى رعاية طبية أو تأهيلية أو ترفيهية في مركز مخصص للاستشفاء. تقتصر الخدمات على 100 يوم لكل سنة تقويمية بعد العلاج المعتمد بالمستشفى.

#### 7. علاج التخاطب

تتم تغطية علاج النطق المقدم من قبل أخصائي تخاطب مرخص بهدف استعادة القدرة على الكلام بعد فقدانها أو ضعفها؛ ولتحفيز النطق الناتج عن تأخر النمو (طالما أن هناك تقدماً مستمراً). يجب ألا يكون سبب فقدان أو الضعف ناتجاً عن اضطراب عقلي أو عصبي نفسي أو اضطراب في الشخصية. تقتصر الخدمات على 52 زيارة لكل سنة تقويمية.

#### 8. خدمات البصر

بالنسبة للأطفال دون سن 19، تقتصر خدمات البصر على فحص بصر واحد (بما في ذلك فحص الانكسار واختبار الجلوكوما) في كل سنة تقويمية، ومجموعة واحدة من العدسات (بما في ذلك العدسات ثنائية البؤرة وثلاثية البؤرة، إلخ) في كل سنة تقويمية، ومجموعة واحدة من إطارات النظارات كل 2 سنة تقويمية.

بالنسبة للنساء الحوامل اللاتي تبلغ أعمارهن 19 عاماً أو أكثر، تقتصر خدمات البصر على التقييم الطبي وإدارة الحالات غير الطبيعية واضطرابات العين.

هل استخدمت كل مزاياك؟ يمكننا تقديم اقتراحات وخيارات للرعاية المستمرة. يمكنك الاتصال بصحة السكان على الرقم 866-600-4985 للحصول على المساعدة.

تقدم UnitedHealthcare Community Plan خدمات معينة تُعد بدائل ملائمة طبيًا وفعالة من حيث التكلفة للخدمات المشمولة ضمن برنامج CoverKids. وتسمى هذه "الخدمات البديلة". تقدم UnitedHealthcare Community Plan ما يلي من الخدمات البديلة:

- أجهزة قياس ضغط الدم للسيدات الحوامل أو في مرحلة ما بعد الولادة
- مثل الخدمات الأخرى، تتم تغطية الخدمات البديلة عندما تكون مناسبة طبيًا لك بناءً على حالتك الصحية. للحصول على المزيد من المعلومات عن الخدمات البديلة، يمكنك الاتصال بـ UnitedHealthcare Community Plan.

## خدمات CoverKids الأخرى

لا تغطي TennCare بعض الخدمات إلا في الحالات الخاصة. هذه الخدمات مثل:

1. صحة السكان
2. رعاية المرضى بالأمراض العضال
3. التعقيم
4. الإجهاض
5. استئصال الرحم

يمكنك العثور على المزيد حول هذه الخدمات أدناه.

### 2. 1. صحة السكان

توفر لك خدمات صحة السكان معلومات حول كيفية البقاء بصحة جيدة. إذا كنت تعاني مرضًا مستمرًا أو احتياجات صحية غير مستوفاة، فيمكن لخدمات صحة السكان مساعدتك في القيام بأشياء مثل:

- فهم مرضك وكيفية الشعور بتحسن
- ساعد أنت أو طفلك في العثور على طبيب رعاية أولية والحصول على مواعيدك
- وضع خطة رعاية بناءً على نصيحة طبيبك أو الطبيب لطفلك بشأن الاحتياجات الطبية والصحة السلوكية
- كن شريكًا لك أو لطفلك لتنسيق الرعاية مع جميع مقدمي الرعاية الصحية
- لضمان التمتع بحمل صحي وعملية ولادة آمنة
- المساعدة في الحصول على أدوية المقررة بوصفة طبية
- المساعدة في الحد من حالات دخول المستشفى لك أو لطفلك عن طريق تلقي خدمات الرعاية الصحية المجتمعية.
- تحديد المنظمات المجتمعية التي يمكن أن توفر الدعم والموارد غير الطبية لتحسين صحتك ورفاهك أنت أو طفلك
- تساعدك على تغيير نمط الحياة التي تريد القيام بها مثل الإقلاع عن التدخين أو إدارة وزنك
- المساعدة في توضيح المعلومات الصحية المهمة لك أو لأطبائك

يتم توفير خدمات صحة السكان سواء كنت بصحة جيدة أو لديك مشكلة صحية مستمرة أو لديك نوبة صحية حادة. تتوفر لك خدمات صحة السكان بناءً على المخاطر الصحية التي تواجهها ومدى حاجتك للخدمة.

يمكن أن توفر لك صحة السكان مدير رعاية. يمكن لمدير الرعاية مساعدتك في الحصول على كل الرعاية التي تحتاجها. قد تتمكن من تعيين مدير رعاية إذا:

- ذهبت إلى غرفة الطوارئ كثيراً أو إذا كان عليك الذهاب إلى المستشفى كثيراً أو
- تحتاج إلى رعاية صحية قبل أو بعد إجراء عملية الزرع، أو
- تراجع الكثير من الأطباء المختلفين لمشاكل صحية مختلفة، أو
- الإصابة بمرض مستمر لا تعرف كيفية التعامل معه.
- المساعدة في العثور على الموارد ووضع خطة رعاية للأطفال ذوي الإعاقة أو من لهم احتياجات صحية سلوكية، بما في ذلك الأمراض العقلية الشديدة والمزمنة (Severe and Persistent Mental Illness, SPMI).
- تحتاج إلى مساعدة في الموارد للمساعدة في الظروف الاقتصادية والاجتماعية.

لمعرفة ما إذا كان بإمكانك تعيين مدير رعاية، أو إذا كنت ترغب في المشاركة في خدمات صحة السكان، يمكنك (أو يمكن لشخص ينوب عنك) الاتصال على الرقم **866-600-4985**.

## 2. رعاية المرضى بالأمراض العضال

رعاية المرضى المصابين بأمراض عضال هي نوع من الرعاية الطبية للأشخاص الذين يعانون مرضاً عضالاً. يجب عليك الاستعانة بمقدم رعاية تابع إلى شبكتنا. للحصول على المساعدة في مرفق رعاية المصابين بأمراض عضال، اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**.

## 3. التعقيم

التعقيم هو العلاج الطبي أو الجراحة التي تجعلك غير قادر على إنجاب الأطفال. للحصول على هذا العلاج، يجب عليك:

- أن تكون بالغاً في سن 21 أو أكبر.
  - أن تكون مستقراً عقلياً وقادر على اتخاذ القرارات بشأن صحتك.
  - لا تكون في مؤسسة عقلية أو في السجن.
- املاً ورقة تمنح موافقتك. وهذا ما يسمى نموذج الموافقة على التعقيم. يمكنك الاتصال بنا على الرقم **866-600-4985** للحصول على هذا النموذج.

يجب عليك ملء هذا النموذج قبل 30 يوماً على الأقل من تلقي العلاج. ولكن في حالات الطوارئ مثل الولادة المبكرة أو جراحة البطن، يمكنك ملء النموذج قبل 72 ساعة على الأقل من تلقي العلاج.

#### 4. الإجهاض

قد يتم تغطية الإجهاض فقط في حالات محدودة، مثل وجود مرض جسدي قد يؤدي إلى الوفاة في حال عدم إجراء الإجهاض. يجب على طبيبك تعبئة نموذج يُسمى "شهادة الضرورة الطبية للإجهاض".

#### 5. استئصال الرحم

استئصال الرحم هو عملية جراحية طبية تزيل الأعضاء التناسلية. يمكن تغطية عملية استئصال الرحم عندما يكون إجراؤها ضرورياً لعلاج مشاكل طبية أخرى. بعد استئصال الرحم، لن تكونين قادرة على إنجاب الأطفال. ومع ذلك، لن يقوم برنامج CoverKids بدفع تكاليف هذا العلاج إذا كان الغرض من إجرائه هو منع الإنجاب فقط. لا يدفع CoverKids مقابل هذا العلاج إلا إذا كان لسبب خاضع للتغطية وضروري من الناحية الطبية.

يجب إعلامك شفهيًا وكتابةً أن استئصال الرحم يعني أنك لن تكونين قادرة على إنجاب أطفال. يتعين عليك التوقيع على نموذج يُعرف باسم "نموذج الإقرار باستئصال الرحم".

#### الرعاية الوقائية - الرعاية التي تحافظ على صحتك

يغطي CoverKids الرعاية الوقائية للأطفال والنساء الحوامل. تهدف الرعاية الوقائية إلى إبقائك بصحة جيدة وكشف المشاكل الصحية في بدايتها لتسهيل علاجها.

**ملاحظة:** لن يكون لديك حصص مشاركة في الدفع للرعاية الوقائية.

فيما يلي بعض خدمات الرعاية الوقائية:

- فحوصات للأطفال
- رعاية النساء الحوامل.
- رعاية سلامة الأطفال الرضع
- تطعيمات واختبارات
- معلومات تحديد النسل

إذا كنتِ حاملاً، يمكن أن تساعدك زيارة الطبيب في إنجاب طفل أكثر صحة. تسمى الرعاية قبل ولادة طفلك رعاية ما قبل الولادة. لا يوجد مبالغ مشاركة في الدفع عندما تكونين حاملاً.

يمكنك الحصول على هذا النوع من الرعاية من PCP الخاص بك و/أو من أخصائي يُسمى أخصائي أمراض النساء/التوليد. يُطلق على هذا النوع من الأخصائيين أحياناً اسم **طبيب النساء والتوليد (OB/GYN)**.

لا يتعين عليك مراجعة PCP أولاً للذهاب إلى طبيب النساء والتوليد. لكن، يجب أن يكون طبيب النساء والتوليد مدرجاً في دليل مقدمي الرعاية الخاص بنا لكي يتكفل برنامج CoverKids بدفع تكاليف الخدمات.

إذا كنتِ حاملاً بالفعل في أكثر من ثلاثة أشهر وتراجعين طبيب النساء والتوليد عند حصولك على تغطية CoverKids، يمكنك الاستمرار في مراجعة ذلك الطبيب لتلقي الرعاية. يشترط في هذه الحالة أن يوافق الطبيب على المبلغ الذي يدفعه برنامج CoverKids. اتصل بنا على الرقم **866-600-4985** لمعرفة إذا كان بإمكانك الاستمرار في زيارة هذا الطبيب. قد نطلب منك التغيير إلى طبيب OB/GYN الموجود في دليل مقدمي الرعاية الخاص بنا إذا كان التغيير آمناً.

**يجب** الالتزام بالذهاب إلى جميع مواعيد مراجعة طبيب النساء والتوليد، حتى لو كنتِ تشعرين بأنك بخير. سيخبرك طبيبك بمدى تكرار إجراء الفحوصات أثناء الحمل. بعد زيارتك الأولى، قد تزورين طبيبك كل **4 أسابيع**. ثم بعد 7 أشهر، يجوز لك زيارة طبيبك كل **2 أو 3 أسابيع**. عندما يقترب موعد ولادة طفلك، قد تزورين طبيبك كل أسبوع.

إذا كنت تخططين لإرضاع طبيعياً أو ضخ الحليب لطفلك، يمكنك زيارة استشاري الرضاعة للمساعدة أثناء الحمل وبعده.

افعلي ما يقوله طبيبك للعناية بك وبطفلك. تذكرى تناول الفيتامينات التي يخبرك طبيبك بها. لا تدخني أو تشربي الكحول أثناء فترة الحمل.

إذا يصف لك طبيبك دواءً أثناء فترة الحمل، فلن يتعين عليك دفع حصة مشاركة في الدفع مقابلته في الصيدلية. لكن يجب أن تخبر الصيدلي أنك حامل حتى لا يفرض عليك حصة مشاركة في الدفع.

### بعد ولادة طفلك

**تحتاجين أنت وطفلك إلى رعاية متابعة!** رعاية الأم بعد الولادة تسمى رعاية ما بعد الولادة. تأكدي من تحديد مواعيد متابعة مع طبيبك حتى يتمكن طبيبك من التأكد من أنك بخير بعد الولادة. يجب عليك زيارة طبيبك مرتين في الأشهر الثلاثة الأولى بعد إنجاب طفلك. وقد يرغب طبيبك في معرفة المزيد إذا كانت لديك مضاعفات أو مشاكل. كل من صحتك الجسدية والعقلية مهمة تحدثي مع طبيبك إذا كنت تشعرين بالحزن، وتبكي كثيراً ولا تعرفين السبب، أو كل شيء يشعرك بالاحباط واليأس.

قد تحتاج بعض النساء لزيارة طبيبهن المنتظم (PCP)، أو أخصائي، في الأسابيع والأشهر التي تلي الولادة للعناية بأمور مثل ارتفاع سكر الدم أو ارتفاع ضغط الدم.

قد تكون الرضاعة الطبيعية صعبة. يمكنك أنت وطفلك زيارة أخصائي رضاعة للحصول على المساعدة. اتصل بـ **UnitedHealthcare Community Plan** إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على أخصائي رعاية بالقرب منك.

يحتاج طفلك إلى فحص طبي مع طبيب (PCP) بعد أسابيع قليلة من الولادة. ستغطي TennCare طفلك عند ولادته. لا تنسَ إخبارنا عن ولادة طفلك. الرعاية بعد الولادة تسمى **رعاية ما بعد الولادة**. تشمل رعاية ما بعد الولادة عمليات الختان التي يجريها الطبيب وفحوصات خاصة لحديثي الولادة.

يجب عليك البحث عن PCP لطفلك ومن الأفضل اختيار PCP لطفلك قبل الولادة. يجب أن يكون طبيب الطفل في دليل مقدمي الرعاية الخاص بنا لـ TennCare لدفع ثمن خدمات الرعاية الصحية.

اتصلي بالطبيب مسبقاً لتحديد موعد لفحص طفلك.

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

**إليك كيفية التأكد من انضمام طفلك إلى CoverKids أو TennCare.**

- بعد ولادة طفلك، سوف يعطيك المستشفى أوراق للحصول على رقم الضمان الاجتماعي لطفلك. املاي هذه الأوراق وأرسلها بالبريد إلى مكتب الضمان الاجتماعي.

**أخبري CoverKids عن طفلك في أقرب وقت ممكن.** اتصل بـ TennCare Connect على الرقم **855-259-0701**. وأخبرهم أنك قمت بملء الأوراق الخاصة برقم الضمان الاجتماعي للطفل.

- عند تسلمك لبطاقة الضمان الاجتماعي لطفلك عبر البريد، تأكدي من إخبارنا بذلك. إذا كان طفلك مسجلاً في TennCare أو CoverKids، فاتصلي على الرقم **855-259-0701**. أعطهم رقم الضمان الاجتماعي لطفلك.

لذا، من المهم القيام بهذه الأمور بمجرد ولادة طفلك.

## الرعاية الوقائية للأطفال: الرعاية الصحية لطفلك والأشخاص في سن المراهقة

### سجل حضورك، قم بالفحص، وراجعنا لاحقاً!

يسعى برنامج CoverKids للحفاظ على صحة الأطفال. يحتاج طفلك والأشخاص في سن المراهقة إلى فحوصات صحية منتظمة، حتى لو كان يبدو بصحة جيدة. تساعد هذه الزيارات طبيبك في البحث عن المشكلات وعلاجها مبكراً.

### في CoverageKids، توجد فحوصات للأطفال مجانية.

يدفع CoverKids أيضاً تكاليف الرعاية الطبية الضرورية والأدوية لعلاج المشكلات التي يتم اكتشافها أثناء الفحص. يتضمن ذلك المشكلات الطبية، ومشكلات الأسنان، والنطق، والسمع، والبصر، والمشكلات السلوكية (الصحة العقلية أو مشاكل اضطراب تعاطي المواد المخدرة).

إذا لم يخضع طفلك للفحص مؤخراً، فاتصل بـ PCP الخاص بطفلك اليوم للحصول على موعد. اطلب إجراء فحص صحي منتظم. يمكنك الذهاب إلى PCP الخاص بطفلك أو إلى إدارة الصحة لإجراء الفحوصات الدورية.

وإذا كان هناك شخص آخر، مثل معلم طفلك، قلقاً بشأن صحة طفلك، يمكنك إجراء فحص طبي لطفلك.

### قد تتضمن الفحوصات ما يلي:

- التاريخ الصحي
- الفحص البدني الكامل
- الاختبارات المعملية (حسب الحاجة)
- التطعيمات
- فحص البصر/السمع
- فحص نمائي/سلوكي (حسب الحاجة)
- نصائح حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك

في حال اكتشاف طبيب PCP (طبيب الأطفال) لطفلك أي مشكلة صحية، فإن CoverKids يوفر لطفلك أيضاً العلاج الطبي وعلاج الأسنان والنطق والسمع والبصر، بالإضافة إلى العلاج السلوكي (الصحة العقلية أو اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) التي يحتاجها أو تحتاجها.

وينبغي للأطفال الذهاب إلى الطبيب لإجراء فحوصات حتى وإن لم يكونوا مرضى. يجب أن يخضعوا للفحوصات عندما يكونون في الأعمار التالية:

- عند الولادة
- 3-5 أيام
- شهر واحد
- شهران
- 4 أشهر
- 6 أشهر
- 9 أشهر
- 12 شهرًا
- 15 شهرًا
- 18 شهرًا
- 24 شهرًا
- 30 شهرًا
- ومن ثم كل عام حتى سن 21

حقن التطعيم التي يحتاجها الأطفال، للوقاية من المرض، هي:

- الديفتيريا
- الكزاز (التيتانوس)
- السعال الديكي
- شلل الأطفال
- الحصبة
- النكاف
- الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)
- المستدمية النزلية النوع ب (HIB)
- الإنفلونزا
- التهاب الكبد A و B
- الجدري المائي (الحماق)
- المكورات الرئوية
- فيروس الروتا
- فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)
- التهاب السحايا

اطلع على جدول التطعيمات المدرجة في الجزء 8 من هذا الكتيب. ويسمى جدول التطعيم للأطفال والمراهقين. سيساعدك على معرفة متى يجب أن يحصل طفلك أو طفلاتك على تطعيمات.

أو يمكنك سؤال PCP الخاص بطفلك عن الموعد الذي يجب أن يتلقى فيه طفلك تطعيمه/تطعيمها.

## رعاية الأسنان للأطفال (للأسنان)

إذا كنت طفلاً يقل عمره عن 19 عاماً، فلديك أيضاً خطة أسنان لرعاية أسنانك تسمى **Renaissance**. يمكنهم مساعدتك إذا كانت لديك أسئلة حول رعاية طب الأسنان. للعثور على طبيب أسنان في Renaissance، تفضل بزيارة [tenncare.renaissancebenefits.com](https://tenncare.renaissancebenefits.com). ثم انقر على **Find a Dentist (بحث عن طبيب أسنان)**. أو يمكنك الاتصال بـ Renaissance على الرقم 866-864-2526.

تحتاج أسنان الأطفال إلى عناية خاصة. يجب على الأطفال إجراء فحص وتنظيف كل ستة أشهر. يجب على الأطفال البدء في زيارة طبيب الأسنان في الوقت الذي يظهر فيه السن الأول في الفم، أو في موعد لا يتجاوز عيد الميلاد الأول.

ستدفع CoverKids تكاليف رعاية الأسنان الأخرى إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. يتم تغطية تقويم الأسنان **فقط** إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.

لا تحتاج إلى زيارة PCP الخاص بك قبل الذهاب إلى طبيب الأسنان. ولكن، ستحتاج إلى الذهاب إلى طبيب أسنان يتبع Renaissance.

تتوفر رعاية الأسنان هذه للأطفال دون سن 19 عاماً فقط. لا يدفع CoverageKids مقابل أي رعاية روتينية للأسنان للنساء الحوامل في سن 19 وأكبر من ذلك.

## رعاية البصر للأطفال (للعيون)

كما تحتاج عيون الأطفال إلى رعاية خاصة. يمكن للأطفال دون 19 عاماً فحص أعينهم والحصول على عدسات وإطارات نظارات باعتبارها ضرورية طبيًا. سيوضح لك طبيب العيون CoverKids الأطر التي يمكنك الاختيار منها.

سيدفع CoverKids مقابل رعاية بصرية أخرى إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. تخضع العدسات اللاصقة للتغطية بدلاً من عدسات النظارات الطبية.

لا يتعين على الأطفال زيارة PCP الخاص بهم قبل زيارة طبيب العيون الخاص بهم التابع لـ CoverKids. لكن طبيب العيون يجب أن يكون مدرج في دليل مقدمي الرعاية.

رعاية العيون هذه مخصصة للأطفال دون 19 عاماً. لا يدفع CoverageKids مقابل أي رعاية روتينية للبصر للنساء الحوامل في سن 19 وأكبر من ذلك.

فيما يلي قائمة ببعض الخدمات التي لا تغطيها CoverKids لأي شخص. أو يمكنك الاتصال بنا على الرقم **866-600-4985** للحصول على القائمة الكاملة.

**بعض الخدمات غير الخاضعة للتغطية هي:**

1. الخدمات غير الضرورية من الناحية الطبية. ولكن الرعاية الوقائية (الرعاية التي تحتاجها للبقاء على ما يرام) مشمولة بالتغطية.
2. الخدمات التجريبية أو الاستقصائية.
3. جراحة لتحسين المظهر (جراحة تجميلية).
4. أي علاج طبي أو صحي سلوكي (صحة عقلية أو اضطراب تعاطي المواد المخدرة) إذا كنت في سجن محلي، أو سجن ولاية، أو سجن فيدرالي.
5. الخدمات التي حصلت عليها قبل اشتراكك في CoverKids أو بعد انتهاء تغطية CoverKids الخاصة بك.
6. مستلزمات النظافة الشخصية، أو السلع الكمالية، أو وسائل الراحة.
7. الرعاية الحافظة (التمريضية غير الطبية) وخدمات الجلوس مع المرضى/الأطفال.
8. خدمات مخصصة بالدرجة الأولى لفترات النقاهة أو العلاج بالراحة.
9. رعاية القدمين للراحة أو المظهر ، مثل القدم المسطحة ، والمسامير ، والجسأة ، وأظفار القدم.
10. جراحات تغيير الجنس وأي علاج مرتبط بها.
11. بضع القرنية الشعاعي أو أي جراحة أخرى لتصحيح الخطأ الانكساري في العين.
12. الخدمات المقدمة لك من قبل شخص في عائلتك أو أي شخص يعيش في منزلك.
13. خدمات القابلات خارج مرفق رعاية صحية مرخص.
14. الرسوم التي تتجاوز الحد الأقصى للرسوم المسموح بها.
15. خدمات أو مستلزمات الجراحة التكوينية للفك.
16. العلاج والجلسات العلاجية بهدف الحفاظ على الاستقرار الصحي.
17. العلاج الذاتي أو التدريب.
18. الاستشارات عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني، أو الرسوم المدفوعة لإكمال نموذج مطالبة أو لتقديم السجلات الطبية. لا ينبغي لمقدمي الرعاية داخل الشبكة محاسبتك على المواعيد الفائتة، كما أن رسوم المواعيد الفائتة غير مغطاة بالتأمين.

19. أي رسوم مقابل رسوم المناولة.

20. الأدوية والمستلزمات المتاحة دون وصفة طبية والتي لا تتطلب وصفة طبية بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.

21. أدوية لـ:

- نمو الشعر
- أغراض التجميل
- علاج العجز الجنسي
- علاج العقم

22. التحكم في شهيتك

23. الأدوية التي ذكرتها إدارة الغذاء والدواء (FDA) هي:

- أدوية DESI أو تنفيذ دراسة فعالية الأدوية - وهذا يعني أن الأبحاث تشير إلى أنها غير فعالة.
- أدوية LTE أو الأدوية الأقل من فعالة - وهذا يعني أن الأبحاث تقول إنها أقل فعالية من IRS- وهذا يعني أن الأدوية متطابقة أو مرتبطة أو مشابهة لأدوية LTE.

**تخضع بعض الخدمات للتغطية بالنسبة للأطفال دون 19 عامًا ولكن ليس للنساء الحوامل فوق 19 عامًا.**

تشمل الخدمات **غير الخاضعة للتغطية** للنساء الحوامل اللاتي تزيد أعمارهن عن 19 عامًا ما يلي:

1. خدمات طب الأسنان الروتينية
2. خدمات تقويم العمود الفقري
3. النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة أو فحوصات العين.

## القسم 3: كيفية عمل برنامج CoverKids من أجلك

## المبلغ الذي تدفعه مقابل رعايتك الصحية - مبالغ المشاركة في الدفع

### مبالغ المشاركة في الدفع

الرعاية الوقائية هي الرعاية التي تساعدك على البقاء بصحة جيدة مثل الفحوصات الطبية والتطعيمات ورعاية الحمل والولادة. وهذا النوع من الرعاية مجاني دائماً. ليس لديك حصص مشاركة في الدفع مقابل الرعاية الوقائية. تتوفر المزيد من المعلومات حول الرعاية الوقائية في الجزء 2.

بالنسبة لأنواع الرعاية الأخرى، مثل الإقامة في المستشفى أو زيارات الأطفال المرضى، قد تضطر إلى دفع جزء من التكلفة. وحصة المشاركة في الدفع هو ما تدفعه مقابل كل خدمة رعاية صحية تحصل عليها.

ليس كل شخص مشترك في CoverKids مطالبين بحصص مشاركة في الدفع. ستوضح لك بطاقة CoverKids الخاصة بك ما إذا كان عليك دفع حصص مشاركة في الدفع وقيمتها. تعتمد حصص المشاركة في الدفع على:

- نوع CoverKids المشترك به، و
- دخل عائلتك الشهري قبل الضرائب، و
- عدد أفراد أسرتك الذين يعيشون معك.

يجب عليك فقط دفع مبلغ المشاركة في الدفع مقابل رعايتك. لا ينبغي محاسبتك على ما تبقى من تكلفة رعايتك. إذا تم محاسبتك على بقية التكلفة، يمكنك تقديم طعن. راجع القسم 4 من هذا الكتيب لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة مقابل رعايتك.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Printed: 05/06/25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |
| You should always see your Primary Care Provider (PCP) before receiving medical treatment from any provider (except for emergencies). In a medical emergency, care may be obtained from the closest medical care provider. Notify both your Primary Care Provider and your local UnitedHealthcare office after receiving such care. |                                       |
| For Members: <a href="http://www.myuhc.com/communityplan">www.myuhc.com/communityplan</a>                                                                                                                                                                                                                                           | 866-600-4985                          |
| NurseLine:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 866-600-4985                          |
| Mental Health:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 866-600-4985                          |
| For Providers:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 800-690-1606                          |
| Medical Claims:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PO Box 5220, Kingston, NY, 12402-5220 |

|                                                                                               |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|  CoverKids |                                                                                |
| Health Plan (80840)                                                                           |                                                                                |
| Member ID: 001800323                                                                          | Group Number: TNTNCARE                                                         |
| Member: NEW M ENGLISH                                                                         | Payer ID: 95378                                                                |
| PCP Name: DYERSBURG CLINIC                                                                    |                                                                                |
| Date of Birth: 09/07/1998                                                                     | Effective Date: 1/30/2010                                                      |
| COPAY Level 1: OV/SPEC/IPH<br>\$15/\$20/\$100                                                 |                                                                                |
| 0501                                                                                          | Cover Kids Benefit: P<br>Administered by UnitedHealthcare Community Plan, Inc. |

توضح بطاقة CoverKids ما إذا كان لديك حصص مشاركة في الدفع للأطباء، الأخصائيين، المستشفيات، زيارات الطوارئ (ER).

هناك ثلاثة مستويات مزايا لمبالغ المشاركة في الدفع في CoverKids - المستوى 1، أو 2 أو 3. ستوضح لك بطاقتك المستوى الذي تنتمي إليه.

الصفحات التالية تخبرك المزيد عن حصص المشاركة في الدفع الخاصة بـ CoverKids وأرقام الاتصال للاستفسار.

### حصص المشاركة في CoverKids

هل تدفع حصص مشاركة في الدفع لـ PCP، الأخصائي، زيارة غرفة الطوارئ، والإقامة في المستشفى؟ لست متأكدًا؟ تحقق من بطاقة CoverKids أو اتصل بخدمات أعضاء CoverKids على الرقم 866-600-4985.

جدول حصص المشاركة في الدفع لخدمات العيادات الخارجية والعيادات الخارجية

| خدمات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | مستوى المزايا- 1           | مستوى المزايا- 2          | مستوى المزايا- 3            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <b>زيارة الرعاية الأولية</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• زيارة عيادة طب الأسرة، الطب العام، الطب الباطني، أمراض النساء والتوليد، طب الأطفال، والعيادات التي لا تتطلب حجزًا مسبقًا.</li><li>• تشمل الممرضين الممارسين، ومساعدتي الأطباء، والممرضات القابلات (في مرافق الرعاية الصحية المرخصة فقط) تحت إشراف مقدم الرعاية الأولية.</li></ul> | \$15 حصة المشاركة في الدفع | \$5 حصة المشاركة في الدفع | لا توجد حصة مشاركة في الدفع |
| <b>زيارة أخصائي وجراحة العيادات الخارجية</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• زيارة العيادة مع أي مقدم رعاية متخصص</li><li>• جراحات العيادات الخارجية بما في ذلك الخدمات التشخيصية التداخلية (مثل تنظير القولون) - حصة مشاركة في الدفع واحدة لكل تاريخ خدمة.</li></ul>                                                                          | \$20 حصة المشاركة في الدفع | \$5 حصة المشاركة في الدفع | لا توجد حصة مشاركة في الدفع |

| خدمات                                                                                                                                                                                                                                                          | مستوى المزايا- 1           | مستوى المزايا- 2          | مستوى المزايا- 3            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <b>خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية، إدمان الكحول والمواد المخدرة)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• زيارة العيادة</li> <li>• العيادات الخارجية للصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة - حصة مشاركة في الدفع واحدة لكل تاريخ خدمة</li> </ul> | \$15 حصة المشاركة في الدفع | \$5 حصة المشاركة في الدفع | لا توجد حصة مشاركة في الدفع |
| <b>مقومو العظام</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خاضعة للتغطية فقط للأطفال دون سن 19</li> </ul>                                                                                                                                                    | \$15 حصة المشاركة في الدفع | \$5 حصة المشاركة في الدفع | لا توجد حصة مشاركة في الدفع |
| <b>خدمات إعادة التأهيل والعلاج</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بما في ذلك التخاطب والعلاج الطبيعي والوظيفي</li> <li>• يقتصر ذلك على 52 زيارة لكل نوع علاج كل عام تقويمي</li> </ul>                                                                | \$15 حصة المشاركة في الدفع | \$5 حصة المشاركة في الدفع | لا توجد حصة مشاركة في الدفع |

مبالغ المشاركة في الدفع لمزايا الصيدليات - تديرها OptumRx

| مزايا الصيدليات                                        | مستوى المزايا- 1                                                                         | مستوى المزايا- 2                                                                       | مستوى المزايا- 3            |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>30 و 90 يومًا للصرفيات/أدوية الصيدليات المتخصصة</b> | \$5 الأدوية العامة<br>\$20 العلامة التجارية المفضلة<br>\$40 العلامة التجارية غير المفضلة | \$1 الأدوية العامة<br>\$3 العلامة التجارية المفضلة<br>\$5 العلامة التجارية غير المفضلة | لا توجد حصة مشاركة في الدفع |

| مستوى المزايا- 3            | مستوى المزايا- 2           | مستوى المزايا- 1           | خدمات الرعاية غير الطارئة                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| لا توجد حصة مشاركة في الدفع | \$10 حصة المشاركة في الدفع | \$50 حصة المشاركة في الدفع | <p>زيارة غرفة الطوارئ التي لا تُصنف كحالة طوارئ طبية حقيقية</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>المرفق (الصحة الطبية والسلوكية) (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة)</li> <li>يجب أن يكون مقدم الرعاية تابع للشبكة. إذا لم يكن مقدم الرعاية غير تابع للشبكة، فلن يدفع CoverKids التكاليف.</li> </ul> |

| مستوى المزايا- 3            | مستوى المزايا- 2                                       | مستوى المزايا- 1                                         | خدمات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| لا توجد حصة مشاركة في الدفع | حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$5 لكل إدخال إلى المستشفى | حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$100 لكل إدخال إلى المستشفى | <p>مرفق المرضى الداخليين (الصحة الطبية والسلوكية) [الصحة العقلية، إدمان الكحول والمواد المخدرة]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>يتم الإعفاء من حصة المشاركة في الدفع إذا تم إعادة قبوله في غضون 48 ساعة من الزيارة الأولية لنفس النوبة من المرض أو الإصابة</li> <li>خدمات إعادة التأهيل</li> <li>الصحة العقلية وعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة</li> </ul> |

**الخدمات البصرية-** هذه الخدمات مؤهلة فقط للأطفال دون سن 19. عند طلب كل من الإطارات والعدسات في نفس الوقت، يتم فرض مبلغ مشاركة في الدفع واحد

حصص المشاركة في الدفع لخدمات البصر

| خدمات البصر                                                                                                                                                                                 | مستوى المزايا- 1                                                     | مستوى المزايا- 2                                                    | مستوى المزايا- 3                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>عدسات النظارات المقررة بوصفة طبية</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>تشمل العدسات ثنائية البؤرة أو ثلاثية البؤرة.</li> <li>تقتصر على مرة واحدة لكل سنة من سنوات الخطة</li> </ul> | <b>\$15 حصة المشاركة في الدفع</b><br><b>\$85 الحد الأقصى لمزايا</b>  | <b>\$5 حصة المشاركة في الدفع</b><br><b>\$85 الحد الأقصى لمزايا</b>  | <b>لا توجد حصة مشاركة في الدفع</b> |
| <b>العدسات اللاصقة المقررة بوصفات طبية بدلاً من عدسات النظارات</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>تقتصر على مرة واحدة لكل سنة من سنوات الخطة</li> </ul>                             | <b>\$15 حصة المشاركة في الدفع</b><br><b>\$150 الحد الأقصى لمزايا</b> | <b>\$5 حصة المشاركة في الدفع</b><br><b>\$150 الحد الأقصى لمزايا</b> | <b>لا توجد حصة مشاركة في الدفع</b> |
| <b>الإطارات</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>تقتصر على مرة واحدة كل سنتين من سنوات الخطة</li> </ul>                                                                               | <b>\$15 حصة المشاركة في الدفع</b><br><b>\$100 الحد الأقصى للميزة</b> | <b>\$5 حصة المشاركة في الدفع</b><br><b>\$100 الحد الأقصى للميزة</b> | <b>لا توجد حصة مشاركة في الدفع</b> |

**لا تتطلب الخدمات التالية حصة مشاركة في الدفع:**

- **الرعاية الوقائية**
  - التقييمات الصحية الروتينية
  - التطعيمات
  - فحص السمع والعيون السنوي
- **المعمل والأشعة السينية**
- **رعاية الطوارئ - زيارة غرفة الطوارئ التي تعتبر حالة طارئة**
- **خدمات النساء الحوامل**
- **الإسعاف الأرضي والجوي**
- **الصحة المنزلية - تقتصر الرعاية التمريضية المنزلية على 125 زيارة لكل سنة تقويمية**

- رعاية المرضى المصابين بأمراض عضال - يتم الإعفاء من حصة المشاركة في الدفع لجميع الخدمات إذا كان العضو يتلقى رعاية المرضى بالأمراض العضال
- الخدمات البصرية - هذه الخدمات مؤهلة فقط للأطفال دون 19 عامًا.
- فحص البصر السنوي- بما في ذلك فحص الانكسار والفحص السنوي للجلوكوما. ولكن يجب عليك الذهاب إلى مقدم رعاية تابع للشبكة.

برنامج CoverKids له حد إجمالي مبالغ المشاركة في الدفع التي ستدفعها كل سنة تقويمية. يُطلق على هذا حد المصاريف الثرية. ستساعدك حصص المشاركة في الدفع على بلوغ حد المصاريف الثرية الخاص بك كل سنة تقويمية.

يعتمد حد المصاريف الثرية للأسرة كل سنة تقويمية على الدخل الذي تبلغ به CoverKids. هذا الحد هو أقصى ما ستدفعه من حصص المشاركة في الدفع كل سنة تقويمية. يُعد أقصى مبلغ ستدفعه في حصص المشاركة في الدفع سنويًا هو 5% من دخل عائلتك. هل تحتاج إلى معرفة حد المصاريف الثرية سنويًا؟ اتصل بخدمات أعضاء CoverKids على الرقم

**866-600-4985.**

إذا تغير دخلك أو تغير حجم عائلتك، فقد تتغير حصص المشاركة في الدفع أيضًا. يجب عليك الإبلاغ عن أي تغييرات في حجم الأسرة أو دخلها إلى TennCare Connect عن طريق الاتصال على الرقم **855-259-0701** في غضون 10 أيام.

هل لديك أسئلة حول حصص المشاركة في الدفع؟ يمكننا الإجابة على هذه الأسئلة أيضًا. اتصل بخدمات أعضاء CoverKids مجاًاً على الرقم **866-600-4985.**

## القسم 4: المساعدة في مشاكل برنامج CoverKids الخاص بك

قد تواجه أنواعًا مختلفة من المشكلات بشأن الرعاية الصحية المقدمة لك.

يمكنك إصلاح بعض المشاكل فقط عن طريق إجراء مكالمة هاتفية. إذا كانت لديك شكاوى أو مشاكل بشأن رعايتك الصحية، اتصل بنا على الرقم **866-600-4985** للحصول على المساعدة.

قد تتطلب بعض المشاكل المزيد من العمل لإصلاحها. إليك بعض الأمثلة على أنواع مختلفة من المشكلات وطرق حلها.

### هل تحتاج إلى بطاقة CoverKids جديدة؟

إذا فقدت بطاقتك أو سُرقت، أو إذا كانت المعلومات الموجودة على بطاقتك خاطئة، يمكنك الحصول على واحدة جديدة. للحصول على بطاقة CoverKids جديدة، اتصل على الرقم **866-600-4985**.

لا يتوجب عليك انتظار وصول بطاقتك الجديدة للحصول على رعايتك أو دوائك. أخبر طبيبك أو الصيدلية أنك مسجل في CoverKids.

### هل تحتاج إلى العثور على طبيب أو تغيير طبيبك؟

يمكنك معرفة كيفية العثور على طبيب جديد في الجزء 1 من هذا الكتيب.

هل تريد التغيير لأنك غير راضٍ عن الطبيب الذي تتعامل معه؟ أرجوك أخبرنا. اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**.

### هل تحتاج إلى تقديم شكاوى بشأن رعايتك؟

إذا لم تكن راضٍ عن الرعاية التي تتلقاها، اتصل بنا على **866-600-4985**. أخبرنا أنك بحاجة إلى تقديم شكاوى.

لا يستطيع أحد أن يفعل شيئاً سيئاً لك إذا قدمت شكاوى. هدفنا مساعدتك على الحصول على رعاية جيدة.

## هل تحتاج إلى تغيير خطتك الصحية؟

إذا كنت ترغب في تغيير الخطط الصحية لأنك تواجه مشاكل في الحصول على الرعاية الصحية، أخبرنا. اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**. سنساعدك في حل المشكلة. لا يتعين عليك تغيير الخطط الصحية للحصول على الرعاية التي تحتاجها.

- هل ترغب في تغيير الخطط الصحية حتى تتمكن من زيارة طبيب يقبل أعضاء هذه الخطة؟
- تذكر: يجب عليك التأكد من أن جميع أطباءك يقبلون خطتك الصحية الجديدة. سنتمكن فقط من مراجعة الأطباء الذين يقبلون خطتك الجديدة.
- ماذا لو كان لديك موافقة من خطتك الصحية للحصول على رعاية لم تتلقها بعد؟ إذا قمت بتغيير الخطط وكنت لا تزال بحاجة لتلك الرعاية، سيتوجب عليك الحصول على موافقة جديدة من خطتك الجديدة.

تحقق من هذه الأمور قبل أن تقرر تغيير الخطط الصحية:

- هل يقبل الطبيب الخطة الصحية التي ترغب في التغيير إليها؟
- هل تقبل الخطة الصحية التي ترغب في الانتقال إليها أعضاء جددًا في CoverKids؟

هناك وقتان يكون فيهما تغيير خطتك الصحية أمرًا سهلًا.

1. عندما تحصل لأول مرة على تغطية CoverKids، لديك 90 يومًا لتغيير خطتك الصحية. عندما تحصل على CoverKids، يرسل لك TennCare خطابًا. يوضح هذا الخطاب كيفية تغيير خطتك الصحية في غضون الـ 90 يومًا الأولى.
2. مرة واحدة في السنة خلال "شهر التسجيل المفتوح". يعتمد وقت التغيير المتاح لك على المكان الذي تعيش فيه.

ابحث عن مقاطعتك أدناه:

- هل تعيش في إحدى مقاطعات غرب تينيسي هذه؟ بنتون، كارول، تشيستر، كروكيت، ديكاثور، داير، فاييت، جيبسون، هاردمان، هاردين، هايوود، هندرسون، هنري، بحيرة، لودرديل، ماديسون، ماكنيري، أوبيون، شيلبي، تيبتون، أو واكلي

إذا كان الأمر كذلك، يمكنك تغيير خطتك الصحية فقط خلال شهر مارس. وسيبدأ سريان تعيين خطتك الصحية الجديدة في 1 مايو. وحتى ذلك الحين، سنستمر في تقديم الرعاية لك.

- هل تعيش في إحدى مقاطعات تينيسي الوسطى هذه؟ بيدفورد، كانون، تشيثام، كلاي، قهوة، كمبرلاند، ديفيدسون، ديكالب، ديكسون، فينتريس، جايلز، هيكرمان، هيوستن، همفري، جاكسون، لورانس، لويس، لينكولن، ماكون، مارشال، موري، مونتغمري، مور، أوفرتون، بير، بيكيت، بوتنام، روبرتسون، روثفورد، سميث، ستيوارت، سومنر، تروستيل، فان بورين، وارين، واين، وايت، ويليامسون، أو ويلسون

إذا كان الأمر كذلك، يمكنك تغيير خطتك الصحية فقط خلال شهر مايو. وسيبدأ سريان تعيين خطتك الصحية الجديدة في 1 يوليو. وحتى ذلك الحين، سنستمر في تقديم الرعاية لك.

- هل تعيش في إحدى مقاطعات شرق تينيسي هذه؟ أندرسون، بلونت، برادلي، كامبل، كارتر، كليبورن، كوك، فرانكلين، غرينجر، غرين، غروندى، هامبلن، هاميلتون، هانكوك، هوكينز، جيفرسون، جونسون، نويس، لودون، ماريون، ماكمين، ميجز، مونرو، مورغان، بولك، ريا، روان، سكوت، سيكاتشي، سيفير، سوليفان، أونيكو، الاتحاد، أو واشنطن

إذا كان الأمر كذلك، يمكنك تغيير خطتك الصحية فقط خلال شهر يوليو. وسيبدأ سريان تعيين خطتك الصحية الجديدة في 1 سبتمبر. وحتى ذلك الحين، سنستمر في تقديم الرعاية لك.

**ملاحظة هامة:** متاح لك حتى اليوم الأخير من شهر التسجيل المفتوح لطلب تغيير خطتك الصحية.

أسباب أخرى يمكنك طلب تغيير خطتك الصحية بسببها تشمل ما يلي:

- أفراد أسرتك في الخطة الصحية التي ترغب في التغيير إليها.
- أو إذا أخطأت CoverKids وأسندتك إلى خطة صحية لا تعمل في المنطقة التي تسكن فيها.
- أو إذا انتقلت إلى مكان جديد ولا تعمل خطتك الصحية في منطقتك الحالية التي تعيش فيها.

قد تتمكن من تغيير خطتك الصحية إذا كان لديك سبب وجيه للتغيير. ولكن لمواجهة المشقة، يجب أن تنطبق عليك كل هذه الأمور:

1. لديك حالة طبية تتطلب رعاية صعبة وشاملة ومستمرة.
  2. إذا لم يعد الأخصائي المعني بك\*\* يقبل خطتك الصحية، و
  3. ليس لدى خطتك الصحية أخصائي يمكنه تقديم الرعاية التي تحتاجها، و
  4. لا يمكن لخطتك الصحية أن تعمل مع الأخصائي المعني بك للحصول على الرعاية التي تحتاجها، و
  5. يقبل الأخصائي المعني بك الخطة الصحية التي تريد التغيير إليها. و
  6. تقبل الخطة الصحية التي ترغب في الانتقال إليها أعضاء جددًا في CoverKids.
- مثال آخر هو طبيب الأورام وهو الطبيب الذي يعالجك من السرطان. هناك العديد من الأنواع المختلفة من الأخصائيين.

**لطلب تغيير خطتك الصحية، يجب عليك إخبار CoverKids:**

- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك هذا الرقم، فعليك ذكر تاريخ ميلادك. يشمل الشهر واليوم والسنة.
- اسم الخطة الصحية التي تريدها.
- والسبب الذي يجعلك ترغب في تغيير الخطط الصحية.

اتصل على الطعون الطبية لأعضاء CoverKids على الرقم 800-878-3192. أخبرهم أنك تريد تغيير خطتك الصحية.

أو يمكنك مراسلتهم على ورق عادي. إذا كتبت إلى الطعون الطبية لأعضاء CoverKids، فتأكد من إخبارهم بما يلي:

- اسمك (الاسم الأول، والحرف الأول من اسم الأب واسم العائلة)
- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك.
- اسم الخطة الصحية المذكورة أعلاه التي ترغب في الانتقال إليها
- اسم ورقم الضمان الاجتماعي لأي شخص آخر في عائلتك يحتاج أيضًا إلى التغيير إلى هذه الخطة الصحية

**\*\* الأخصائي** هو الطبيب الذي يقدم الرعاية لمرض معين أو جزء معين محدد من الجسم. أحد أنواع الأخصائيين هو أخصائي أمراض القلب وهو الطبيب الذي يعالج مشاكل القلب.

مثال آخر هو طبيب الأورام وهو الطبيب الذي يعالجك من السرطان. هناك العديد من الأنواع المختلفة من الأخصائيين.

- رقم هاتفك المتاح خلال النهار وأفضل وقت للاتصال.

جهة إرسال الطعن الطبي

أرسل فاكسًا على الرقم:  
888-345-5575



أرسله عبر البريد على العنوان التالي:

CoverKids Member  
Medical Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-00593



هل تحتاج إلى المساعدة في الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية لك؟  
إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في الحصول على الدواء المقرر بوصفة طبية، يُرجى الاتصال بـ OptumRx على الرقم  
**844-568-2179**.

هل تحتاج إلى طبيب لوصف الدواء لك؟

ماذا لو كنت بحاجة إلى طبيب أو لم يصف لك طبيبك الدواء الذي تحتاجه؟ اتصل بنا على الرقم **866-600-4985**.

هل تحتاج إلى موافقة من برنامج **CoverKids** للحصول على أدويةك؟ ويطلق عليها اسم "تصريح مسبق" أو **PA**.

إذا كان الدواء الخاص بك بحاجة إلى موافق، اتصل بطبيبك. اطلب من طبيبك:

- الاتصال بـ OptumRX للحصول على موافقة OptumRxs لهذا الدواء.
- أو قم بتغيير الوصفة الطبية الخاصة بك إلى وصفة طبية لا تحتاج إلى موافقة.

ماذا لو طلب طبيبك موافقة وكان رد **OptumRx** هو الرفض؟

يمكنك أن تطلب من طبيبك وصف دواء مختلف لا يحتاج إلى موافقة. أو إذا كنت تعتقد أن OptumRx ارتكبت خطأ، يمكنك الطعن. لديك 60 يومًا بعد أن ترفض OptumRx الطعن. لمزيد من المعلومات حول كيفية الطعن، راجع القسم 5 من هذا الكتيب.

هل ذكرت لك الصيدلية أنها لا تستطيع صرف وصفاتك الطبية لأنك لا تتمتع بتغطية **CoverKids/ OptumRx**؟

قبل انتهاء تغطية CoverKids الخاصة بك، ستتلقى خطاباً عبر البريد. سيوضح الخطاب سبب انتهاء اشتراك CoverKids الخاص بك. وسيحتوي أيضاً على كيفية تقديم طلب طعن. ولكن، إذا انتقلت من سكنك ولم تبلغ CoverKids، فقد لا يصلك الخطاب. قد لا تكتشف أن تغطية CoverKids الخاصة بك قد انتهت إلا عند ذهابك إلى الصيدلية.

هل تعتقد أن CoverKids ارتكبت خطأ؟ اتصل بـ **TennCare Connect** على الرقم **855-259-0701**. يمكنهم إفادتك إذا كنت لا تزال مسجلاً في CoverKids، أو إذا كانت تغطيتك قد توقفت. إذا كنت تعتقد أن CoverKids ارتكبوا خطأ، فيمكنهم إخبارك إذا كان لديك الوقت الكافي للطعن.

هل تحتاج إلى المساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك؟  
يوضح لك القسم 2 من هذا الكتيب خدمات الرعاية الصحية التي يدفع CoverKids مقابلها.

للمشاكل المتعلقة بالرعاية الصحية الجسدية و/أو السلوكية (الصحة العقلية، إدمان الكحول أو تعاطي المواد المخدرة)، اتصل بنا دائماً أولاً على الرقم **866-600-4985**.

إذا كنت لا تزال لا تستطيع الحصول على الرعاية التي تحتاجها، يمكنك الاتصال بالطعون الطبية للأعضاء في **CoverKids** على الرقم **800-878-3192**. الاتصال من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى 4:30 مساءً حسب التوقيت المركزي.

هل تحتاج إلى موافقة قبل أن يدفع **CoverKids** نظير رعايتك الصحية؟  
ويطلق عليها اسم "تصريح مسبق" أو PA. إذا كانت رعايتك بحاجة إلى موافقة، فاتصل بطبيبك. يجب على طبيبك أن يطلب منا الموافقة.

هل رفضنا طلب طبيبك الحصول على موافقة بشأن رعايتك؟  
اتصل بطبيبك و/أو مقدم رعاية الصحة السلوكية (الصحة العقلية، إدمان الكحول أو تعاطي المواد المخدرة) وأخبره/أخبرها بأننا رفضنا الطلب.

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيبك أننا ارتكبت خطأ، يمكنك تقديم طعن. لديك 60 يوماً لتقديم الطعن بعد أن ترفض خطتك الصحية طلبك. للحصول على معلومات حول طعون الخدمات الطبية، انتقل إلى القسم 5 من هذا الكتيب.

هل يتم إصدار فاتورة لك؟ هل اضطررت إلى الدفع؟

قد تتلقى أحيانًا فاتورة إذا لم يكن الطبيب يعلم أنك مسجل في CoverKids. في كل مرة تتلقى فيها الرعاية، يجب عليك:

- أن تخبر الطبيب أو أي مرفق آخر تحصل فيه على رعاية أنك مسجل في CoverKids.
- أظهر لهم بطاقة CoverKids.

إذا تلقيت رعاية صحية تعتقد أن CoverKids يجب أن تدفع مقابلها، اتصل بنا على **866-600-4985**. إذا كنت تتلقى فواتير مقابل الرعاية، فيمكننا مساعدتك في معرفة السبب. إذا قمت بالدفع نظير الرعاية، فسنرى ما إذا كان بإمكاننا رد ما دفعته لك.

أو يمكنك تقديم طلب طعن. طعون الخدمات الطبية خاصة بالأشخاص المسجلون في CoverKids.

لديك **60 يومًا لتقديم الطعن من الوقت الذي تكتشف فيه وجود مشكلة**. إذا كنت تتلقى الفواتير، فلديك 60 يومًا من تاريخ حصولك على الفاتورة الأولى للطعن. إذا دفعت نظير الرعاية، فلديك 60 يومًا بعد الدفع للطعن.

للحصول على معلومات حول طعون الخدمات الطبية، انتقل إلى القسم 5 من هذا الكتيب.

**الطرق التي قد تنتهي بها تغطية TennCare الخاصة بك**

هناك طريقتان لطلب إنهاء تغطية CoverKids الخاصة بك.

**4.** يمكنك طلب إنهاء تغطية CoverKids الخاص بك. يمكنك الاتصال أو إرسال خطاب.

- **اتصل بـ TennCare Connect مجانًا على الرقم 855-259-0701** وأخبرهم أنك ترغب في إنهاء اشتراكك في CoverKids.

- **أرسل خطابًا إلى TennCare Connect** يوضح أنك تريد إنهاء اشتراكك في CoverKids. أدرج اسمك، ورقم ضمانك الاجتماعي وتأكد من توقيع الخطاب.

**ملاحظة هامة:** إذا لم تقم بتوقيع خطابك، فسيؤدي ذلك إلى تأخير طلبك. قد تضطر إلى إرسال طلب آخر مع توقيعك.

هل تريد إنهاء تغطية CoverKids لأفراد العائلة الآخرين؟ ضع أسماءهم وأرقام ضمانهم الاجتماعي في الخطاب أيضاً.

أرسل فاكساً على الرقم:

855-315-0669



أرسله عبر البريد على العنوان التالي:

TennCare Connect

P.O. Box 305240

Nashville, TN 37230-5240



##### 5. طرق أخرى يمكن أن تنتهي بها تغطية CoverKids الخاصة بك:

- إذا تغير شيء بالنسبة لك ولم تعد تستوفي قواعد CoverKids.
- إذا انتقلت من منطقة CoverKids.
- إذا بلغت سن 19 عامًا.
- إذا حصلت على تأمين صحي آخر.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة CoverKids.
- إذا لم تتبع قواعد CoverKids.
- إذا لم تقم بملء أوراق التجديد لـ CoverKids عندما يُطلب منك ذلك. يجب على أعضاء CoverKids تجديد عضويتهم في CoverKids كل عام. عندما يحين الوقت لمعرفة ما إذا كنت لا تزال مؤهلاً لـ CoverKids ، فسوف ترسل لك CoverKids خطاباً وطرده تجديد في البريد.

**قبل انتهاء تغطية CoverKids الخاصة بك،** ستتلقى خطاباً عبر البريد. سيخبرك الخطاب بسبب انتهاء تغطية CoverKids الخاص بك. كما يخبرك أيضاً بكيفية تقديم طعن إذا كنت تظن أننا ارتكبنا خطأ.

## القسم 5: طعون CoverKids

يُعد الطعن إحدى الوسائل لضمان قيام برنامج CoverKids باتخاذ قراراته بناءً على معلومات صحيحة. عند تقديم الطعن، تطلب إخبار القاضي بالخطأ الذي تعتقد أن CoverKids ارتكبه. يطلق عليها جلسة استماع عادلة.

تم توضيح حقك في الطعن والحق في جلسة استماع عادلة أكثر في القسم 6 من هذا الدليل.

يمكنك تقديم طعن إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الطبية الذي اتخذته CoverKids أو UnitedHealthcare Community Plan. ويُطلق على هذا الطعن اسم طعن الخدمة الطبية.

يمكنك أيضًا تقديم طعن لأنه لا يمكنك الحصول على تغطية CoverKids أو الاحتفاظ بها. ويطلق على هذا الطعن اسم الطعن على الأهلية.

## طعون الخدمات الطبية

طعون الخدمات الطبية خاصة بالأشخاص المسجلون في CoverKids. طعون الخدمات الطبية مخصصة للمشكلات المتعلقة بالحصول على موافقة خطتك الصحية على خدمة يقول طبيبك إنك بحاجة إليها.

يجب عليك فقط دفع مبلغ المشاركة في الدفع مقابل رعايتك. لا ينبغي محاسبتك على ما تبقى من تكلفة رعايتك. إذا تم محاسبتك على بقية التكلفة، يمكنك تقديم طعن. راجع القسم 4 من هذا الكتيب لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة مقابل رعايتك.

سترسل لك UnitedHealthcare Community Plan خطابًا إذا تم رفض طلب طبيبك للحصول على دواء أو خدمة طبية. كما سترسل UnitedHealthcare Community Plan خطابًا إذا حاولنا إيقاف أو تخفيض الرعاية التي تتلقاها. سيخبرك الخطاب بكيفية تقديم الطعن.

عندما تحتاج إلى خدمة رفضتها UnitedHealthcare Community Plan، يحق لك تقديم طعن لدى CoverKids. للمشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الصحية، اتصل بنا دائمًا على الرقم **866-600-4985** أولاً.

إذا لم تتمكن من الحصول على الرعاية التي تحتاجها، يمكنك تقديم طعن طبي عن طريق الاتصال بالطعون الطبية للأعضاء في CoverKids على الرقم 800-878-3192.

هل يمكنني أن أطلب من طبيبي تقديم الطعن نيابةً عني؟ نعم. ولكن القانون يتطلب من طبيبك الحصول على تصريحك (موافقتك) كتابيًا، وهذا ما يسمى تصريحك المكتوب. اكتب اسمك، وتاريخ ميلادك، واسم طبيبك، وإذنتك لهم بالطعن نيابةً عنك على ورقة. ثم أرسله عبر الفاكس أو البريد إلى CoverKids Medical Appeals (انظر أدناه). ماذا لو لم ترسل موافقتك إلى CoverKids وطلب طبيبك طعنًا عاجلاً؟ سيرسل لك CoverKids صفحة لملء وتوقيع وإرسالها إلينا مرة أخرى.

- لديك 60 يومًا لتقديم الطعن من الوقت الذي تكتشف فيه وجود مشكلة. لذلك، إذا تلقيت خطاب رفض من UnitedHealthcare Community Plan، فلديك 60 يومًا من تاريخ خطاب الرفض لتقديم طعن.
- بالنسبة للرعاية أو الدواء الذي لا تزال بحاجة إليه، لديك 60 يومًا بعد أن ترفض CoverKids أو UnitedHealthcare دفع ثمن الرعاية.
- بالنسبة إلى فواتير الرعاية الصحية التي تعتقد أنه يجب على CoverKids دفعها، لديك 60 يومًا بعد حصولك على فاتورتك الأولى.
- بالنسبة للرعاية التي دفعت ثمنها بالفعل، لديك 60 يومًا من تاريخ دفعك للرعاية.

#### هل تظن أن لديك حالة طارئة؟

عادة، يتم اتخاذ قرار بشأن طعنك في غضون 90 يومًا بعد تقديمك لطلب الطعن. ولكن إذا كانت لديك حالة طارئة ووافقت خطتك الصحية على ذلك، فستحصل على طعن عاجل. يتم البت في الطعن العاجل في غضون أسبوع واحد تقريبًا. قد يستغرق الأمر وقتًا أطول إذا كانت UnitedHealthcare Community Plan بحاجة إلى مزيد من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية.

تعني الحالة الطارئة أن انتظار القرار سواء "بالموافقة" أو "الرفض" لمدة 90 يومًا قد يعرض حياتك أو صحتك الجسدية أو العقلية لخطر حقيقي.

إذا كان أحد هذه الأشياء صحيحًا بالنسبة لك، يمكنك طلب طعن عاجل من CoverKids. تذكر أن طبيبك يمكنه أيضًا طلب هذا النوع من الطعن نيابةً عنك. ولكن القانون يتطلب من طبيبك الحصول على إذنتك (موافقتك) كتابيًا.

بعد تقديم الموافقة كتابيًا، يمكن لطبيبك المساعدة من خلال إكمال شهادة الطعن العاجل الخاصة بمقدم الرعاية مثل الشهادة الموجودة في القسم 8 من هذا الكتيب. إذا كان استئنافك حالة طارئة، يمكنك مطالبة طبيبك بالتوقيع على شهادة الاستئناف العاجل الخاصة بموفر الرعاية. يتعين على طبيبك إرسال الشهادة عبر الفاكس إلى الرقم **888-345-5575**.

سيراجع CoverKids وخطتك الصحية UnitedHealthcare Community Plan بعد ذلك الطعن الذي قدمته وتقرر ما إذا كان ينبغي التعجيل به. **إذا كان الأمر كذلك**، فسوف تحصل على قرار بشأن طعنك في غضون أسبوع واحد تقريبًا. تذكر أنه قد يستغرق الأمر بضعة أيام إضافية إذا كانت خطتك الصحية بحاجة إلى مزيد من الوقت للحصول على سجلاتك الطبية. ولكن إذا قررت خطتك الصحية أنه لا ينبغي التعجيل بالاستئناف الذي قدمته، فستحصل على جلسة استماع في غضون 90 يومًا من تاريخ تقديم الاستئناف الخاص بك.

## كيفية تقديم طلب طعن طبي

تقديم طعن طبي

اتصل على: اتصل مجانًا على الطعون الطبية لأعضاء CoverKids على الرقم 800-878-3192. تسرنا مساعدتك من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً بالتوقيت المركزي.



البريد: يمكنك إرسال صفحة أو خطاب الطعن بشأن مشكلتك عبر البريد إلى:

**CoverKids Medical Member Appeals**

**P.O. Box 000593**

**Nashville, TN 37202-0593**

لطباعة صفحة الطعن من الإنترنت، انتقل إلى:

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



إذا كنت بحاجة إلى صفحة طعن طبية أخرى أو تريد أن ترسل لك CoverKids واحدة، فاتصل بالطعون الطبية للأعضاء في CoverKids على الرقم 800-878-3192. أو يمكنك كتابة طعنك على ورق عادي.

يمكن لشخص آخر، مثل صديقك أو طبيبك، ملء الصفحة، ولكن يجب عليك تقديم موافقتك. احتفظ بنسخة من طعنك. اكتب التاريخ الذي أرسلته فيه الطعن بالبريد إلى CoverKids.

الفاكس: يمكنك إرسال صفحة أو خطاب الطعن المقدم منك عبر الفاكس مجاناً

888-345-5575.



احتفظ بالورقة التي توضح أن الفاكس أرسل من خلالها.

### لكل الطعون الطبية، يحتاج CoverKids:

1. اسمك (اسم الشخص الذي يرغب في تقديم طعن بشأن رعايته أو دواءه)
2. رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك. إذا لم يكن لديك SSN، أعطهم تاريخ ميلادك. يشمل الشهر واليوم والسنة.
3. العنوان الذي تستلم عليه بريدك.
4. اسم الشخص الذي يمكن الاتصال به إذا كان لدى CoverKids سؤال حول طعنك (يمكن أن يكون أنت أو شخصاً آخر).
5. رقم هاتف متاح خلال النهار لذلك الشخص (يمكن أن يكون رقم هاتفك أو رقم هاتف شخص آخر).

### ما المعلومات الأخرى التي يحتاجها CoverKids للعمل على طعنك؟

للحصول على جلسة استماع عادلة بشأن مشاكل الرعاية الصحية، يجب عليك القيام بكل من الأمور التالية:

- يجب عليك إعطاء CoverKids الحقائق التي يحتاجون إليها للعمل على طعنك.
- ويجب عليك إخبار CoverKids عن الخطأ الذي تعتقد أننا ارتكبناه. يجب أن يكون شيئاً يعني -إذا كنت على حق- أن CoverKids ستدفع تكاليف هذه الرعاية.

بناءً على سبب تقديمك الطعن الطبي، إليك بعض المعلومات الأخرى التي يجب عليك إخبار CoverKids بها:

### هل تقدم طعنًا بشأن الرعاية أو الأدوية التي لا تزال بحاجة إليها؟ أخبر CoverKids:

- نوع الرعاية الصحية أو الأدوية التي تقدم طعنًا بشأنها.
- والسبب وراء تقديمك للطعن. أخبر CoverKids قدر الإمكان عن المشكلة. تأكد من أن تقول ما الخطأ الذي تعتقد أن CoverKids ارتكبته. أرسل نسجًا من أي أوراق تعتقد أنها قد تساعد CoverKids على فهم مشكلتك.

هل تقدم طعنًا لأنك ترغب في تغيير الخطط الصحية؟ أخبر CoverKids:

- اسم الخطة الصحية التي تريدها.
- والسبب الذي يجعلك ترغب في تغيير الخطط الصحية.

هل تقدم طعنًا بشأن الرعاية التي حصلت عليها بالفعل والتي تعتقد أن CoverKids يجب أن تدفع مقابلها؟ أخبر CoverKids:

- في التاريخ الذي حصلت فيه على الرعاية أو الدواء الذي تريد أن يدفع CoverKids مقابل.
- اسم الطبيب أو المرفق الآخر الذي قدم لك الرعاية أو الدواء.
- (إذا كان متوفرًا لديك، يرجى إدراج عنوان ورقم هاتف الطبيب أو المرفق الآخر الذي قدم لك الرعاية الصحية).
- إذا كنت قد دفعت نظير الرعاية أو الأدوية، يمكنك أيضًا إعطاء CoverKids نسخة من الإيصال الذي يثبت أنك دفعته. يجب أن يوضح الإيصال:

- نوع الرعاية التي حصلت عليها التي تريد أن يدفع CoverKids مقابلها
- واسم الشخص الذي حصل على الرعاية
- واسم طبيبك أو مرفق آخر منحك الرعاية
- والتاريخ الذي حصلت فيه على الرعاية
- و المبلغ الذي دفعته مقابل الرعاية
- إذا كنت تتلقى فاتورة مقابل الرعاية أو الأدوية، فقدم لـ CoverKids نسخة من الفاتورة. يجب أن توضح فاتورتك ما يلي:

- نوع الرعاية التي يتم محاسبتك عليها
- واسم الشخص الذي حصل على الرعاية
- واسم طبيبك أو مرفق آخر منحك الرعاية
- والتاريخ الذي حصلت فيه على الرعاية
- والمبلغ الذي يتم إصدار فاتورة به عليك.

ما الذي يفعله CoverKids عند تقديم الطعن بشأن مشكلة رعاية صحية؟

1. عندما يتلقى CoverKids طعنك، سيرسلون إليك خطابًا يوضح أنهم تلقوا طعنك. إذا طلبت طعنًا عاجلاً، فسيوضح هذا الإشعار ما إذا كان يمكنك الحصول على طعن عاجل.

2. إذا كان **CoverKids** بحاجة إلى مزيد من الحقائق للعمل على طعنك، فستحصل على خطاب يوضح الحقائق التي لا يزالون بحاجة إليها. يجب عليك إعطاء CoverKids جميع الحقائق التي يطلبونها ، في أقرب وقت ممكن. إذا لم تفعل ذلك، فقد ينتهي طعنك.

3. يجب على **CoverKids** اتخاذ قرار بشأن الطعن العادي في غضون 90 يومًا. إذا كان لديك طعن طارئ، فسيحاولون اتخاذ قرار بشأن طعنك خلال حوالي أسبوع واحد (ما لم يحتاجوا إلى وقت إضافي للحصول على سجلاتك الطبية).

4. لاتخاذ قرار بشأن طعنك، قد تحتاج إلى جلسة استماع عادلة. للحصول على جلسة استماع عادلة، يجب أن تذكر أن CoverKids ارتكبت خطأ وأنه، إذا كنت محقًا، فهذا يعني أنك ستحصل على الرعاية الصحية أو الخدمة التي تطلبها. قد لا تحصل على جلسة استماع عادلة إذا كنت تطلب رعاية أو خدمات غير مشمولة بالتغطية من قبل CoverKids. نتيج لك جلسة الاستماع العادلة إخبار قاضٍ بالخطأ الذي تعتقد أن CoverKids ارتكبه.

إذا ذكرت CoverKids أن بإمكانك الحصول على جلسة استماع عادلة، فستتلقى خطابًا يوضح موعد جلسة الاستماع الخاصة بك.

#### ماذا يحدث في جلسة استماع عادلة بشأن مشكلات الرعاية الصحية؟

1. قد تكون جلسة الاستماع الخاصة بك عبر الهاتف أو شخصيًا. فيما يلي بعض الأشخاص الذين قد يكونون في جلسة الاستماع الخاصة بك:

- قاضٍ إداري،
- محام CoverKids،
- شاهد من الولاية (شخص ما مثل طبيب أو ممرضة من CoverKids)، و
- يمكنك التحدث عن نفسك، أو يمكنك إحضار شخص آخر، مثل صديق أو محام، للتحدث نيابة عنك.

2. خلال جلسة الاستماع، يمكنك إبلاغ القاضي عن الخطأ الذي تعتقد أن CoverKids ارتكبه. يمكنك تقديم حقائق وإثباتات للقاضي بشأن رعايتك الصحية والطبية. سيستمع القاضي إلى وجهة نظر الجميع.

3. بعد جلسة الاستماع، ستتلقى خطابًا يخبرك برد القاضي. ماذا لو قال القاضي أنك فزت بطعنك؟ يجب على CoverKids الموافقة على أنه القرار الصحيح استنادًا إلى حقائق حالتك. ينص القانون الفيدرالي على أن قرار القاضي ليس نهائيًا حتى توافق CoverKids على ذلك. إذا ألغت CoverKids قرار القاضي، فيجب علينا إخبارك بالأسباب كتابيًا. سيخبرك الخطاب بما يجب فعله إذا كنت لا توافق على قرار CoverKids.

تذكر أنه يمكنك معرفة المزيد عن حقوقك في عقد جلسة استماع عادلة، في القسم 6 من هذا الكتيب.

## طعون الأهلية - الحصول على تغطية CoverKids أو استمرارية العضوية فيه وبرامج CoverKids الأخرى

طعون الأهلية هي لمشاكل مثل الحصول على تغطية CoverKids أو استمرارية العضوية فيه أو إذا كنت تعتقد أن دخلك أو حصص المشاركة في الدفع خطأ. يتم تقديم طعن الأهلية إلى TennCare Connect ثم يوجه إلى وحدة طعون الأهلية في TennCare.

يُستخدم طعن الأهلية لمشاكل CoverKids مثل:

- تلقيت خطاباً يفيد بأن تغطية CoverKids الخاصة بك ستنتهي،
  - أو، لقد انتهت تغطية CoverKids الخاصة بك ولكنك لم تتلق خطاباً لأنك انتقلت إلى سكن آخر،
  - أو تعتقد أن حصص المشاركة في الدفع الخاصة بك في CoverKids خطأ.
- إذا كان لديك مشكلة مثل واحدة من تلك المذكورة أعلاه، فاتصل بـ TennCare Connect على الرقم **855-259-0701**. سيقومون بالتحقق لمعرفة ما إذا كان هناك خطأ قد حدث. إذا قرروا أنك على حق، سيقومون بإصلاح المشكلة. ولكن إذا كان ردهم بالرفض، وما زلت تعتقد أن خطأ قد حدث في حالتك، يمكنك تقديم طعن.

## كيفية تقديم طعن على الأهلية

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>عبر الإنترنت: يمكنك تقديم طعن من خلال حسابك على TennCare Connect. تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني <b>tenncareconnect.tn.gov</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
| <p>اتصل على: يمكنك الاتصال بـ TennCare Connect مجاناً على الرقم <b>855-259-0701</b>. تسرنا مساعدتك من الاثنين إلى الجمعة.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
| <p>البريد: يمكنك كتابة طعنك على ورق عادي، وإرساله عبر البريد إلى:</p> <p><b>Eligibility Appeals</b><br/><b>P.O. Box 23650</b><br/><b>Nashville, TN 37202-3650</b></p> <p>لطباعة نموذج الطعن من الإنترنت، انتقل إلى:</p> <p><a href="https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html">https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html</a> وانقر على رابط طعن الأهلية.</p> <p>احتفظ بنسخة من طعنك. اكتب التاريخ الذي أرسلته فيه بالبريد إلى TennCare Connect.</p> |  |

**الفاكس:** يمكنك إرسال صفحة أو خطاب الطعن المقدم منك عبر الفاكس مجاناً  
**.844-563-1728**



احتفظ بالورقة التي توضح أن الفاكس أرسل من خلالها.

**بالنسبة لجميع طعون الأهلية، تحتاج وحدة طعون الأهلية:**

- اسمك الكامل (الاسم الأول، والحرف الأول من اسم الأب واسم العائلة)
- رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إذا كان لديك واحد
- أسماء الأشخاص الآخرين الذين يعيشون معك ويواجهون نفس المشكلة
- رقم هاتفك المتاح خلال النهار وأفضل وقت للاتصال.
- الخطأ المحدد الذي تظن أنه حدث. اشرح أكبر قدر ممكن من التفاصيل حول المشكلة.
- أرسل نسخاً من أي وثائق تظهر سبب اعتقادك أن الخطأ قد حدث

**ما الذي تحتاج إليه وحدة طعون الأهلية للعمل على طعنك؟**

للحصول على جلسة استماع عادلة، يجب عليك القيام بكل من الأمور التالية:

1. يجب عليك تزويد وحدة طعون الأهلية بالحقائق التي يحتاجونها لمعالجة الطعن المقدم منك.
2. ويجب عليك إخبار وحدة طعون الأهلية عن الخطأ الذي تعتقد أننا ارتكبناه. يجب أن يكون الخطأ شيئاً يعني — إذا كنت على حق — أنه يمكنك الاحتفاظ بتغطية CoverKids الخاصة بك أو استعادتها؛ أو أن حصص المشاركة في الدفع الخاصة بك في CoverKids ستتغير.



القسم 6: حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في

**CoverKids**

- أن تعامل باحترام وبطريقة كريمة. لديك الحق في الخصوصية وفي معالجة معلوماتك الطبية والمالية بخصوصية.
- طلب الحصول على معلومات حول CoverKids، وسياساته، وخدماته، ومواري الرعاية فيه، بالإضافة إلى حقوق الأعضاء وواجباتهم.
- طلب للحصول على معلومات حول كيفية دفع CoverKids لمقدمي الرعاية التابعين له، بما في ذلك أي نوع من المكافآت مقابل الرعاية بناءً على التكلفة أو الجودة.
- طلب الحصول على معلومات حول سجلاتك الطبية وسجلات التأمين كما تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. يمكنك الاطلاع على سجلاتك الطبية وسجلات التأمين والحصول على نسخ من سجلاتك الطبية وسجلات التأمين وطلب تصحيح سجلاتك الطبية وسجلات التأمين إذا كانت خاطئة.
- **الحصول على الخدمات دون المعاملة بطريقة مختلفة** بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو اللغة أو الجنس أو العمر أو الدين أو الإعاقة أو مجموعات أخرى محمية بموجب قوانين الحقوق المدنية. لديك الحق في الإبلاغ أو تقديم شكوى كتابية إذا كنت تعتقد أنك عوملت بطريقة مختلفة. معاملتك بشكل مختلف تعني أنك تعرضت للتمييز. إذا قدمت شكوى، فيحق لك الاستمرار في الحصول على الرعاية دون خوف من علاج سيئ من UnitedHealthcare Community Plan، أو مقدمي الرعاية أو CoverKids. لتقديم شكوى أو معرفة المزيد عن حقوقك، يُرجى زيارة: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>
- الحصول على الرعاية دون خوف من التعرض للقيود الجسدية أو العزل، سواء كان ذلك بدافع التسلط، أو التأديب، أو لراحة الموظفين، أو بغرض الانتقام.
- تقديم طعون أو شكاوى حول CoverKids أو رعايتك. يوضح لك القسم 5 من هذا الكتيب الطريقة التي تتبعها.
- تقديم اقتراحات حول حقوقك ومسؤولياتك أو كيفية عمل CoverKids.
- اختيار PCP في شبكة UnitedHealthcare Community Plan. يمكنك رفض تلقي الرعاية من بعض مقدمي الرعاية.
- الحصول على رعاية ضرورية من الناحية الطبية تكون مناسبة لك، عندما تكون في حاجة إليها. يشمل ذلك الحصول على الخدمات الطارئة، على مدار 24 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع.
- أن يتم إعلامك بطريقة سهلة الفهم بشأن رعايتك وجميع أنواع العلاج المختلفة التي يمكن أن تناسبك، بغض النظر عن تكلفتها أو حتى إذا لم تكن خاضعة للتغطية.
- المساعدة في اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية المقدمة لك.
- إعداد وصية طبية أو خطة رعاية مسبقة، والحصول على معلومات حول التوجيهات الطبية المسبقة.

- تغيير الخطط الصحية. إذا كنت جديدًا في CoverKids، يمكنك تغيير الخطط الصحية مرة واحدة خلال 90 يومًا بعد حصولك على CoverKids. بعد ذلك، يمكنك طلب تغيير الخطط الصحية من خلال عملية الطعن. هناك بعض الأسباب التي تجعلك قادرًا على تغيير الخطط الصحية. يوضح لك القسم 4 من هذا الكتيب المزيد عن تغيير الخطط الصحية.
- اطلب من CoverKids إعادة النظر في أي خطأ تعتقد أنهم ارتكبوه بخصوص انضمامك لـ CoverKids، أو استمرارية عضويتك في CoverKids، أو بشأن حصولك على الرعاية الصحية.
- إنهاء CoverKids الخاص بك في أي وقت.
- مارس أي من هذه الحقوق دون تغيير طريقة معاملة CoverKids أو مقدميها لك.

### حقوقك في البقاء مع UnitedHealthcare Community Plan

بصفتك عضوًا في UnitedHealthcare Community Plan، لا يمكن نقلك من UnitedHealthcare Community Plan لمجرد أن:

- صحتك تزداد سوءاً
- لديك مشكلة طبية بالفعل وهذا ما يسمى حالة موجودة مسبقاً.
- علاجك الطبي باهظ الثمن.
- من كيفية استخدام خدماتك.
- لديك حالة صحية سلوكية (الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المخدرات).
- احتياجاتك الخاصة تجعلك تتصرف بطريقة غير تعاونية أو فوضوية.

### الأسباب الوحيدة التي يمكنك بسببها الانتقال من CoverKids هي:

- إذا بلغت سن 19 عامًا.
- إذا حصلت على تأمين صحي آخر.
- إذا انتقلت من منطقة CoverKids.
- إذا سمحت لشخص آخر غيرك باستخدام بطاقات معرف العضوية الخاصة بك، أو إذا استخدمت CoverKids للحصول على أدوية بغرض البيع.
- إذا أنهت CoverKids الخاص بك أو انتهت CoverKids الخاصة بك لأسباب أخرى.
- إذا لم تجدد CoverKids الخاص بك عندما يحين الوقت، أو إذا لم تقدم معلومات CoverKids التي يطلبونها عندما يحين الوقت للتجديد.
- إذا لم تسمح لـ CoverKids بمعرفة أنك انتقلت، ولا يمكنهم العثور عليك.
- إذا كذبت للحصول على أو الحفاظ على تغطية CoverKids الخاص بك.
- عند موتك

## حقك في الطعن

في CoverKids، تحصل على رعايتك الصحية من خلال خطة CoverKids الصحية الخاصة بك، UnitedHealthcare Community Plan لديك حقوق عند اتخاذ إجراء يمنعك من الحصول على الرعاية الطبية أو رعاية الأسنان أو الصيدلية عند الحاجة إليها.

**يحق لك الحصول على إجابة من خطتك الصحية عندما تطلب أنت أو طبيبك الرعاية.**

بالنسبة إلى بعض أنواع الرعاية، يجب أن يحصل طبيبك على موافقة خطتك الصحية قبل أن تدفع CoverKids مقابلها. يُسمى "تصريح مسبق" أو "PA". ماذا لو طلب طبيبك من خطة الرعاية الصحية الخاصة بك الموافقة على تقديم الرعاية لك؟ يجب أن تقرر خطتك الصحية في غضون 7 يومًا. إذا لم تتمكن من الانتظار لمدة 7 يومًا للحصول على الرعاية التي تحتاجها، يمكنك أن تطلب منها اتخاذ القرار في وقت أقرب. ويطلق على هذا الإجراء اسم تصريح مسبق عاجل. ويجب البت في التصريحات المسبقة العاجلة في غضون 72 ساعة.

**يحق لك الحصول على خطاب من خطة CoverKids الخاصة بك إذا:**

- ترفض خطة CoverKids الصحية طلب الرعاية الصحية الذي تتقدم به أنت أو طبيبك.
- أو يجب عليك الانتظار وقتًا أطول من اللازم للحصول على الرعاية الصحية
- أو، توقف خطتك الصحية لـ CoverKids أو تغير رعايتك الصحية.

يجب أن يوضح الخطاب لماذا لا يمكنك الحصول على الرعاية وما يمكنك القيام به بشأنها.

إذا قررت **الخطة الصحية** تغيير الرعاية التي تتلقاها، فيجب أن تتلقى خطابًا قبل **10 أيام على الأقل** من حدوثها. ماذا لو قرر طبيبك تغيير الرعاية التي تتلقاها؟ بالنسبة إلى أنواع الرعاية المدرجة أدناه، يجب أن يتلقى الأفراد الذين تقل أعمارهم عن **21** خطابًا **2** يوم عمل قبل حدوثها، ويجب أن يتلقى البالغون **21** وأكبر من ذلك خطابًا في اليوم الذي يتم فيه خروجهم من المرفق الطبي:

- علاج الصحة السلوكية (الصحة العقلية أو اضطراب تعاطي المواد المخدرة) في مستشفى أو أي مرفق آخر يتطلب الإقامة لتلقي الرعاية (خدمات العلاج النفسي للمرضى الداخليين أو الخدمات السكنية)
- رعاية مشكلة صحية طويلة الأجل عندما لا تستطيع خطتك الصحية تقديم النوع التالي من الرعاية التي تحتاجها لهذه المشكلة
- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- إذا لم ترسل خطتك الصحية أو طبيبك خطابًا في الوقت المناسب، **فلن يتمكنوا** من تغيير الرعاية المقدمة إليك.

### يحق لك تقديم استئناف إذا:

- يرفض CoverKids طلبك أو طلب أطباءك الرعاية الصحية.
- أو توقف CoverKids عن الرعاية الصحية أو تغييرها.
- أو يجب عليك الانتظار وقتاً أطول من اللازم للحصول على الرعاية الصحية
- أو لديك فواتير رعاية صحية تعتقد أن CoverKids كان يجب أن تدفع مقابلها، لكن لم تدفعها.

لديك **60 يوماً فقط** لتقديم طعن بعد اكتشافك لوجود مشكلة.

كما يمكن لشخص لديه الحق القانوني في التصرف نيابة عنك تقديم استئناف نيابةً عنك. يمكنك تعيين قريب لك أو صديق أو محام أو وكيل قانوني أو طبيب أو شخص آخر لينوب عنك. لمزيد من المعلومات حول تقديم طعن، راجع القسم 5 من الكتيب الخاص بك.

### تقع عليك المسؤولية التالية:

- فهم المعلومات الواردة في كتيب الأعضاء الخاص بك والأوراق الأخرى التي نرسلها لك.
- أظهر بطاقة معرف عضوية CoverKids في أي وقت تحصل فيه على رعاية صحية.
- راجع PCP الخاص بك لجميع رعايتك الطبية ما لم:
  - يرسلك PCP إلى أخصائي للحصول على الرعاية.
  - في حال كنت حاملاً أو كنت تخضعين لفحوصات دورية للمرأة.
  - إنها حالة طارئة.
- التعامل مع مقدمي الرعاية التابعين لشبكة مقدمي الرعاية. لكن يمكنك زيارة أي شخص متخصص إذا كانت حالة طارئة. ويمكنك زيارة أي شخص متخصص تمت الموافقة عليه.
- أخبر PCP عندما تضطر إلى الذهاب إلى غرفة الطوارئ (ER). إبلاغ PCP الخاص بك بحلول 24 ساعة من تلقيك الرعاية في ER.
- تقديم معلومات إلى CoverKids ومقدمي الرعاية الصحية الخاصين بك حتى يتمكنوا من رعايتك.
- اتبع التعليمات والقواعد المدرجة في الكتيب الخاص بالتغطية والمزايا الخاصة بك. كما يجب عليك اتباع التعليمات والقواعد من الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية الصحية.
- المساعدة في اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية المقدمة لك.

- التعاون مع PCP الخاص بك حتى تتمكن من فهم مشكلاتك الصحية. كما يجب عليك التعاون مع PCP الخاص بك للتوصل إلى خطة علاج يقر كلاكما بأنها ستساعدك.
- تعامل مقدم الرعاية الصحية الخاص بك باحترام.
- احتفظ بمواعيد الرعاية الصحية واتصل بالمكتب للإلغاء إذا لم تتمكن من الالتزام بموعدك.
- لا تدع أي شخص آخر يستخدم بطاقة معرف عضوية CoverKids الخاصة بك ودعنا نعرف ما إذا كانت مفقودة أو مسروقة.
- أخبر CoverKids عن أي تغييرات مثل:
  - إذا غيرت أنت أو أحد أفراد الأسرة اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
  - إذا كان لديك تغيير في حجم الأسرة.
  - إذا حصلت أنت أو أحد أفراد أسرتك على وظيفة، أو فقدت وظيفتك، أو غيرت عملك.
  - إذا كان لديك أو لدى أحد أفراد الأسرة تأمين صحي آخر أو كان بإمكانك الحصول على تأمين صحي آخر.
- ادفع أي مبالغ مشاركة في الدفع يتعين عليك دفعها.
- إبلاغنا إذا كانت لديك شركة تأمين أخرى ينبغي أن تدفع نظير رعايتك الطبية. قد تكون شركة التأمين الأخرى تأميناً مثل تأمين السيارات، أو تأمين المنازل، أو تعويضات العمال.

#### إشعار ممارسات الخصوصية

يتعين على TennCare من الحكومة الفيدرالية تزويدك بإشعار الخصوصية هذا. سيخبرك هذا الإشعار بكيفية استخدام المعلومات الشخصية المتعلقة بك ومشاركتها. كما تخبرك أيضاً بكيفية الوصول إلى هذه المعلومات وتصحيحها. يُرجى مراجعة هذا الإشعار بعناية.

تغطية CoverKids الخاصة بك لن يطرأ عليها أي تغيير. وليس عليك القيام بأي شيء.

سيخبرك هذا الإشعار بما يلي:

- أنواع المعلومات الشخصية لدينا،
- لماذا نجتمعها،
- كيف نجتمعها،
- كيف نشاركها،
- مع من نشاركها،
- كم من الوقت نحتفظ بها،
- الإجراءات التي يجب اتباعها إذا لم ترغب في مشاركة معلوماتك مع بعض الأشخاص
- حقوقك المتعلقة بمعلوماتك.

## ما أنواع المعلومات الشخصية التي لدينا:

عندما تقدمت بطلب للحصول على مزايا Coverkids، أخبرتنا باسمك، والأشخاص في منزلك، وأين تعيش. كما أخبرتنا أيضًا بدخلك ومواردك.

نحنصل على معلومات من موفري الرعاية الصحية والوكالات الفيدرالية أو غيرها من وكالات الولاية للمساعدة في طلبك. قد نحصل أيضًا على حقائق صحية أخرى مثل:

- قائمة بالخدمات والعلاجات الصحية التي تحصل عليها،
- ملاحظات أو سجلات من طبيبك أو الصيدلية أو المستشفى أو موفري الرعاية الصحية الآخرين،
- قائمة الأدوية التي تتناولها الآن أو التي تناولتها من قبل
- نتائج الأشعة السينية والاختبارات المعملية، و
- المعلومات الجينية ("الجينات") هي سمات عائلية مثل لون الشعر أو لون العين. ويمكن أن تكون أيضًا الحالات الصحية التي تشترك فيها مع أقاربك في الدم).

## لماذا نجمع معلوماتك الشخصية:

تسمح لنا القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بجمع هذه المعلومات والاحتفاظ بها واستخدامها لتقديم الخدمات لك. يستخدم هذا لـ:

- تحديد أهليتك لبرامجنا،
- العمل مع شركائنا لتقديم الخدمات لك، و
- العمل على تحسين الخدمات التي نقدمها لك.

تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية على أنه يجب علينا اتباع قواعد الخصوصية للحفاظ على سرية معلوماتك الشخصية. كما يجب على كل من يعمل معنا اتباع قواعد الخصوصية هذه.

## كيف نجمع معلوماتك الشخصية، أو نستخدمها أو نشاركها:

من أجل تشغيل برنامج Medicaid، قد نجمع معلومات عنك وعن أفراد عائلتك من طلبات الحصول على الخدمات أو من شركائنا. وقد يتضمن ذلك:

- الوكالات الاتحادية مثل إدارة الضمان الاجتماعي أو مصلحة الضرائب IRS.
- إدارات الدولة مثل إدارة الخدمات الإنسانية بولاية تينيسي، أو وزارة العمل بولاية تينيسي، أو وزارة الصحة بولاية تينيسي
- شركاء TennCare مثل منظمات الرعاية المدارة وموفري الرعاية.

قد تستخدم مواقعنا الإلكترونية ملفات تعريف الارتباط. هذه هي مجموعات صغيرة من البيانات وضعت على القرص الصلب الخاص بك لجمع المعلومات التي قمت بإدخالها. نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تيسير استخدام موقعنا الإلكتروني وتحسين طريقة عمله. لا يتعين عليك قبول ملفات تعريف الارتباط منا ، ولكن إذا اخترت عدم قبول ذلك ، فقد لا تكون بعض الوظائف على موقعنا متاحة لك.

لا يمكننا إلا استخدام معلوماتك الشخصية أو مشاركتها كما يسمح لنا القانون بذلك.

### متى نحتاج إلى إذنك لمشاركة معلوماتك الشخصية:

في بعض الأحيان نحتاج إلى إذنك كتابيًا قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك الشخصية. سنطلب منك توقيع مستند يمنحنا إذنك إذا كنا بحاجة إلى استخدام أي من المعلومات التالية أو مشاركتها:

- ملاحظات يدونها المعالج أثناء جلسات العلاج (وتُسمى ملاحظات العلاج النفسي).
  - معلومات شخصية تُشارك مع شركات ستستخدم هذه المعلومات لمحاولة استقطاب أعمال أشخاص آخرين (لأغراض تسويقية)؛
  - معلومات شخصية مع شخص آخر مقابل المال.
- هل يمكنك التراجع عن إذنك؟ نعم، يمكنك التراجع عن إذنك، ولكن يجب أن نخبرنا كتابةً. كما لا يمكننا التراجع عن المعلومات الشخصية التي شاركناها بالفعل.

### متى لا نحتاج إلى إذنك لمشاركة معلوماتك الشخصية:

- تسمح لنا قواعد الخصوصية بمشاركة معلوماتك الشخصية دون طلب إذنك للأشخاص، أو لأغراض منها:
- مشاركة المعلومات معك. يمكننا مساعدتك في العثور على الرعاية الصحية وتحديد مواعيدها، وإرسال أخبار لك حول الخدمات الصحية.
  - أشخاص آخرون يشاركون في رعايتك، مثل أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية. كما يمكنك أن تطلب منا عدم مشاركة معلوماتك الشخصية مع بعض الأشخاص.
  - لإظهار حصولك على تغطية CoverKids ولمساعدتك في الحصول على الرعاية الصحية التي تحتاجها
  - لسداد تكلفة خطتك الصحية ومقدمي الرعاية الصحية.
  - لتحسين البرنامج والخدمات التي نقدمها لك.

يمكننا مشاركة معلوماتك الشخصية مع الأشخاص أو المنظمات التي تعمل مع CoverKids، مثل:

- مقدمو الرعاية الصحية مثل الأطباء، والممرضات، والمستشفيات، والعيادات.
- خطتك الصحية أو الشركات الأخرى التي لديها عقود مع CoverKids

- الأشخاص الذين يساعدون في تقديم الطعون إذا قدمت طعنًا لدى CoverKids. وقد يكون استئنافك شخصيًا أو كتابيًا أو عبر الهاتف. قد يكون أشخاص آخرون معك في بعض الأحيان في جلسة الاستئناف الخاصة بك.
- الوكالات الحكومية الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية التي تقدم الرعاية الصحية أو تدقق فيها.

في بعض الحالات، يسمح لنا القانون أيضًا بمشاركة معلوماتك الشخصية مع:

- الأطباء الشرعيون، أو دور الجنائز، أو مقدّمو الخدمات الذين يعملون مع خدمات مثل زراعة الأعضاء.
- باحثون طبيون. يجب عليهم الحفاظ على سرية معلوماتك الشخصية.
- تقوم وكالات الصحة العامة بتحديث سجلاتها الخاصة بالولادات أو الوفيات أو تتبع الأمراض.
- المحكمة عندما يقول القانون يجب علينا أو عندما يأمر لنا.
- الشرطة أو لأسباب قانونية أو تحقيقية أخرى. ويمكننا الإبلاغ عن حالات احتيال أو إساءة استخدام أو إهمال.
- وكالات أخرى - مثل الأنشطة العسكرية أو المحاربين القدامى، والأمن القومي، والسجون.

ويمكننا أيضًا مشاركة معلوماتك الشخصية إذا أخرجنا المعلومات التي توضح هويتك. لا يمكننا مشاركة معلوماتك الشخصية مع أي شخص فقط. وحتى عندما نشاركها، يمكننا فقط مشاركة المعلومات التي يحتاجها الشخص للقيام بعمله. ولا يمكننا مشاركة معلوماتك الجينية لاتخاذ قرارات بشأن أهليتك لـ CoverKids.

#### ما المدة التي نحتفظ بها بمعلوماتك الشخصية؟

سيحتفظ CoverKids بمعلوماتك الشخصية طالما كانت هناك حاجة للسماح لنا بتقديم الخدمات وإدارة برنامج CoverKids. نتخلص من المعلومات كما هو مطلوب بموجب قوانين ولوائح الولاية والقوانين الفيدرالية.

#### ماذا لو لم تكن ترغب في مشاركة جميع معلوماتك الشخصية؟

يجب عليك تقديم طلب كتابي إذا كنت لا تريد منا مشاركة معلوماتك الشخصية. يجب عليك إبلاغنا بالمعلومات الشخصية التي لا ترغب في مشاركتها، وبالجهات التي لا تريد منا مشاركتها معها. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا بعدم مشاركة المعلومات الشخصية إذا:

- دفعت نظير الرعاية من جيبك الخاص و
- طلبت من طبيبك عدم مشاركة معلوماتك الشخصية للحصول على هذه الرعاية.

هناك أوقات أخرى لن نشارك فيها معلوماتك الشخصية إذا طلبت منا ذلك. سنوافق على طلبك إذا أمكن، لكن قد لا نوافق إذا كنت قاصرًا أو إذا كان القانون يسمح لنا بمشاركة المعلومات الشخصية. إذا لم نتمكن من الموافقة، فسنرسل لك رسالة توضّح السبب. ماذا لو لم تطلب منا عدم مشاركة معلوماتك الشخصية؟ لا يجوز لنا استخدامها ومشاركتها إلا كما هو موضح في هذا الإشعار.

## حقوقك في المعلومات الشخصية:

عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك الصحية، فلديك حقوق معينة. يوضح لك هذا القسم حقوقك وبعض الطرق التي يمكننا مساعدتك بها.

### احصل على نسخة إلكترونية أو ورقية من سجلك

- يمكنك طلب الاطلاع على نسخة من سجلك وغيرها من المعلومات الصحية التي لدينا عنك أو الحصول عليها. يجب أن تقدم طلبًا مكتوبًا.
- يمكننا تقديم نسخة أو ملخص لمعلوماتك، عادةً في غضون 30 يومًا من طلبك.
- إذا تم رفض طلبك، فسنخبرك بالسبب، ونخبرك بحقوقك.
- قد تضطر لدفع المال مقابل تكلفة نسخ نسخك وإرسالها عبر البريد.

### المراسلات

- يمكنك أن تطلب منا كتابيًا الاتصال بك بطريقة مختلفة أو مكان آخر. إذا كانت الكتابة أو التحدث إليك تضعك في خطر، أخبرنا 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](mailto:TNSOS.SAFE@TN.Gov)

- يمكنك أن تطلب منا عدم إرسال رسائل إليك حول جمع الأموال.

### مطالبتنا بالحد من ما نستخدمه أو نشاركه

- يجب أن تطلب منا كتابيًا إذا كنت لا تريد منا مشاركة معلوماتك الشخصية.
- يجب عليك إبلاغنا بالمعلومات الشخصية التي لا ترغب في مشاركتها، وبالجهات التي لا تريد منا مشاركتها معها. على سبيل المثال:
  - دفعت نظير رعايتك من جيبك الخاص، و
  - طلبت من طبيبك عدم مشاركة معلوماتك الشخصية للحصول على هذه الرعاية.

### احصل على قائمة بالأشخاص الذين شاركنا معهم المعلومات (TennCare خارج)

- يمكنك تقديم طلب كتابي للحصول على قائمة بمن شاركنا معلوماتك الشخصية معك في السنوات الست السابقة لتاريخ طلبك. لكنها لن تسرد الأوقات التي شاركنا فيها المعلومات عندما منحتنا تصريحًا منك، أو أوقات أخرى عندما ينص القانون على أننا لم نكن بحاجة إلى الحصول على تصريحك. على سبيل المثال، عندما نستخدم المعلومات الشخصية
- لمساعدتك على الحصول على الرعاية الصحية أو دفعها
  - لإدارة برنامجنا
  - تقديم معلومات لإنفاذ القانون إذا كان يتعين علينا القيام بذلك

احصل على نسخة من هذا الإشعار

ويمكنك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت، حتى لو كنت قد وافقت على تلقي الإشعار إلكترونياً. سنزودك بنسخة ورقية في أقرب وقت ممكن.

مطالبتنا بتصحيح سجلك

يمكنك أن تطلب منا تغيير المعلومات الشخصية الخاطئة. يجب تقديم طلب خطي وإخبارنا بسبب حاجتنا لتغييرها. إذا لم نتمكن من إجراء التغيير، فسنرسل خطاباً يوضح السبب.

### مسؤولية TennCare تجاهك:

- يجب على TennCare الحفاظ على أمان معلوماتك الشخصية. ونحن نحمي خصوصيتها وأمنها وسريتها. إذا تم تسريب معلوماتك الشخصية، فقد نكون ملزمين بإبلاغك وإبلاغ السلطات الفيدرالية. يتعين علينا إخبارك بما يلي:
- إذا كان نوع المعلومات الشخصية التي تسربت من شأنها تحديد هويتك (مثل رقم الضمان الاجتماعي أو تاريخ ميلادك) أو سجلات علاجك، و
- إذا كان أي شخص يستخدم أو رأى معلوماتك الشخصية، و
- ما قمنا به للحد من خطر إساءة استخدام معلوماتك الشخصية.

### التواصل معك:

امتنألاً لقانون حماية المستهلك عبر الهاتف الفيدرالي، يجوز لنا ولشركائنا مثل الخطط الصحية أو مقدمي الرعاية الاتصال بك أو إرسال رسائل نصية إليك باستخدام نظام الاتصال الهاتفي الآلي، وذلك لإبلاغك بخيارات العلاج أو بمزايا وخدمات أخرى متعلقة بالصحة. أخبرنا إذا كنت لا ترغب في 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 - اطلب منا كتابة:

ويجب أن تكون طلباتك مكتوبة. نقترح إرسال رسالة بالبريد. تأكد من إخبارنا بما تطلب منا القيام به. اكتب اسمك، وتاريخ ميلادك، ورقم معرف TennCare/ والأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في خطابك. أرسل خطابك إلى:

Division of TennCare  
Attention: Privacy Office  
310 Great Circle Road  
Nashville, TN 37243

[Privacy.TennCare@tn.gov](mailto:Privacy.TennCare@tn.gov)



يمكنك أيضًا اختيار الاتصال بنا باستخدام البريد الإلكتروني. إذا رغبت في استخدام البريد الإلكتروني، فيرجى التواصل أولاً مع مكتب خصوصية TennCare دون تضمين أي معلومات حساسة (مثل تاريخ ميلادك أو رقم TennCare التعريفي)، حتى تتمكن من الرد عبر بوابة بريد إلكتروني آمنة. إذا أرسلت رسالة بريد إلكتروني تتضمن معلومات حساسة دون استخدام بوابة بريد إلكتروني آمنة، فهناك بعض المخاطر من أن يتمكن طرف ثالث من قراءة هذه المعلومات أو الوصول إليها أثناء انتقالها.

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

### التغييرات على هذا الإشعار:

قد تتغير سياسات وإجراءات TennCare دون إشعار. سوف نستخدم السياسات والإجراءات المعمول بها عند تقديم طلبك.

قد تتغير قواعد الخصوصية الفيدرالية وممارسات خصوصية TennCare أيضًا. في حالة إجراء تغييرات مهمة، قد نرسل إليك أو إلى خطتك الصحية هذه التغييرات كتابةً. لدينا الحق في إجراء التغييرات على جميع المعلومات الصحية التي نحفظ بها، أو على المعلومات الصحية الجديدة فقط التي نحصل عليها.

تم تحديث هذا الإشعار في أكتوبر 2023، وينطبق على جميع المعلومات الصحية التي نحفظ بها. إذا كنت بحاجة إلى نسخة جديدة أو ترغب في التحقق من التغييرات، فانقل إلى <http://www.tn.gov/tenncare/>. تم العثور على أحدث إصدار من هذا الإشعار تحت "إشعار ممارسات الخصوصية".

### أسئلة أو شكاوى الخصوصية

تطبق TennCare قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية. لا نُميّز أو نعامل الأشخاص بطريقة غير عادلة، بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو اللغة أو الجنس أو العمر أو الإعاقة أو المجموعات الأخرى المحمية. لن تُعاقب إذا قدمت شكوى أو طلبت مساعدة.

هل لديك أسئلة؟ هل تعتقد أن حقوق الخصوصية الخاصة بك قد انتهكت؟ هل تعتقد أنك تعرضت للتمييز؟ يمكنك الاتصال بـ TennCare Connect مجانًا على الرقم 855-259-0701. أو يمكنك مراسلتنا أو إرساله إلى:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>U.S. Department of Health and Human<br/>Services Region IV, Office of Civil Rights<br/>Medical Privacy Complaint Division<br/>Atlanta Federal Center Suite 3B70<br/>61 Forsyth Street, SW<br/>Atlanta, GA 30303-8931</p> <p>الهاتف: 866-627-7748<br/>الموقع الإلكتروني: <a href="http://www.hhs.gov/ocr/complaints">www.hhs.gov/ocr/complaints</a></p> | <p>Division of TennCare<br/>Attention: Privacy Office<br/>310 Great Circle Road<br/>Nashville, TN 37243</p> <p>الهاتف: 866-797-9469<br/>البريد الإلكتروني: <a href="mailto:Privacy.TennCare@tn.gov">Privacy.TennCare@tn.gov</a></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### مسؤوليتك عن الإبلاغ عن الاحتيال والإساءة

معظم أعضاء CoverKids ومقدمي الرعاية صادقين. لكن حتى عددًا قليلاً من الأشخاص غير الأمناء يمكن أن يضرّ ببرنامج CoverKids. قد يتم معاقبة الأشخاص الذين يكدّبون عمداً للحصول على CoverKids أو إرسالهم إلى السجن.

إذا اكتشفت حالة احتيال وإساءة استخدام في برنامج CoverKids، فيجب عليك إخبارنا عنها. ولكن لا يتعين عليك إخبارنا باسمك.

يمكن أن يكون الاحتيال وسوء المعاملة لأعضاء CoverKids أمور مثل:

- تقديم معلومات كاذبة (الكذب بشأن الحقائق) من أجل الحصول على برنامج CoverKids أو الاحتفاظ به.
- إخفاء أي حقائق حتى تتمكن من الحصول على تغطية CoverKids أو استمرارية عضويتك فيه.
- السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة معرف عضوية CoverKids الخاصة بك.
- بيع أو إعطاء الأدوية المقررة بوصفة طبية لأي شخص آخر.

يمكن أن تشمل أشكال الاحتيال وإساءة الاستخدام من قبل مقدمي الرعاية في CoverKids أموراً مثل:

- تحرير فاتورة لـ CoverKids للخدمات التي لم يتم تقديمها مطلقاً.
- تحرير فاتورة لـ CoverKids مرتين لنفس الخدمة.

أخبرنا بالاحتيال وإساءة المعاملة، اتصل على الخط الساخن الخاص بـ **UnitedHealthcare Community Plan** مجاناً على الرقم

**866-600-4985**

فيما يلي بعض الأماكن الأخرى التي يمكنك الاتصال بها أو مراسلتها لإخبارنا عن الاحتيال وسوء المعاملة:

**احتيال الأعضاء:**

Office of Inspector General (OIG)

P.O. Box 282368

Nashville, TN 37228

800-433-3982

<https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html>

**احتيال مقدم الرعاية:**

TennCare Office of Program Integrity

Division of TennCare

Program Integrity Tip Department :Attn

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: أوراق الرعاية الصحية التي قد تحتاجها

## طلب تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)

لتغيير PCP الخاص بك عبر الإنترنت، سجل الدخول إلى حسابك في [UHC Community Plan](#) - تسجيل دخول الأعضاء. يمكنك أيضًا طلب نموذج ورقي عن طريق الاتصال على الرقم 866-600-4985.

## نموذج شكوى تتعلق بالتمييز من TennCare

لا تمارس TennCare التمييز ضد الأشخاص بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي بما في ذلك الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية واللغة الأساسية أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو الجنس. إذا كنت بحاجة إلى تعديلات في الحدود المعقولة أو تعتقد أنك عوملت بطريقة مختلفة، أو تعرضت للتمييز، يمكنك تقديم تظلم (شكوى) إلى مكتب الامتثال بالحقوق المدنية التابع لـ TennCare عن طريق:

البريد الإلكتروني: [HCFA.fairtreatment@tn.gov](mailto: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: (TRS 711) 615-507-6474

هل تحتاج إلى المساعدة في تقديم تظلم؟ اتصل بـ TennCare Connect على الرقم 855-259-0701. للإبلاغ عن شكوى إلى TennCare، انتقل إلى:

[نموذج تمييز TennCare بالإنجليزية](#)

[نموذج تمييز TennCare بالإسبانية](#)

[نموذج تمييز TennCare بالعربية](#)

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

## نموذج الطعن الطبي

تُقدّم استئنافات الخدمات الطبية لمعالجة مشكلات مثل الحصول على موافقة خطة الرعاية الصحية على خدمة يقول طبيبك إنك بحاجة إليها.

لتقديم طعن طبي، قم بتعبئة نموذج طعن الخدمات الطبية للأعضاء:

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

اطلب نسخة ورقية من النموذج، اتصل على الرقم 1-800-878-3192.

## شهادة مقدم الرعاية المعالج: الطعن/العاجل لدى TennCare

يتم البتّ في الطعن العادي لخدمة طبية خلال مدة تصل إلى تسعين (90) يومًا. ومع ذلك، يجب البتّ في الطعن العاجل، نظرًا للحالة الصحية للمريض، خلال أسبوع واحد (أو خلال مدة تصل إلى ثلاثة أسابيع إذا مُنحت خطة الرعاية الصحية وقتًا إضافيًا للحصول على السجلات الطبية للمريض ومراجعتها). لن يتم التعجيل بالطعن إلا إذا كان الانتظار لمدة تصل إلى تسعين (90) يومًا لاتخاذ القرار، "يمكن أن يعرض حياة المشترك أو صحته الجسدية أو صحته العقلية للخطر أو قدرته على الحصول على الوظيفة الكاملة أو استعادتها أو الحفاظ عليها."

اطلب طعن عاجل لمريضك، املأ شهادة مقدم الرعاية للطعن العاجل:

[ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf \(tn.gov\)](https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf)

اطلب نسخة ورقية من النموذج، اتصل بالطعون الطبية لأعضاء TennCare مجانًا على الرقم 1-800-878-3192.

أعدت وزارة الصحة في ولاية Tennessee نموذجًا موحدًا يتيح لك إبلاغ أسرتك وأطبائك بما ترغب أن يحدث بخصوص رعايتك الصحية، ومن تريده أن يتخذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرار بنفسك. وإذا عينت وكيلًا باستخدام هذا النموذج، فقد يُسمح له باتخاذ قرارات أخرى غير متعلقة بالرعاية الطبية، ما لم تكتب على النموذج الذي لا يمكن العثور على نموذج التوجيه المسبق للرعاية الصحية في:

[Health Care Decision Making \(tn.gov\)](https://www.tn.gov/health-care-decision-making)

## القسم 8: مزيد من المعلومات

**بموجب CoverKids للأطفال دون سن 19 عامًا، نغطي ما يلي:**

زيارات منتظمة ودورية للطبيب للتحقق من نمو الطفل بشكل طبيعي، ولمعرفة ما إذا كان لديه أو لديها أي مشكلات صحية جسدية أو سلوكية (الصحة العقلية، أو اضطراب تعاطي الكحول أو المواد المخدرة)، أو مشكلات في الأسنان، أو أي حالات أخرى. تُسمى هذه الزيارات "فحوصات استقصائية" (أو "فحوصات دورية") ويجب إجراؤها وفقاً "لجدول الدورية" المعتمد من قبل الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (American Academy of Pediatrics, AAP).

على سبيل المثال:

- يحقّ للأطفال من الولادة وحتى سن 30 شهراً الحصول على 12 فحصاً
- يحقّ للأطفال من سن 3 إلى 11 عامًا الحصول على 9 فحصاً
- يحقّ للأطفال من سن 12 إلى 18 عامًا الحصول على 7 فحصاً

بالإضافة إلى ذلك، يحقّ للطفل الحصول على "الفحص" عند إحالة الطفل إلى الطبيب من قبل شخص مثل المعلم الذي يلاحظ تغييراً في صحة الطفل أو سلوكه.

تشمل الفحوصات ما يلي:

- سجلّ صحي ونمائي شامل؛
- فحص بدني شامل مع خلع الملابس حسب الحاجة الطبية
- اللقاحات المناسبة (التطعيمات)
- فحوصات مناسبة للرؤية والسمع
- الاختبارات المعملية المناسبة
- فحص نمائي/سلوكي (حسب الحاجة)
- التثقيف الصحي (نصائح حول كيفية الحفاظ على صحة طفلك)

تحصل أيضًا على خدمات أخرى بالإضافة إلى خدمات الفحص:

- العلاج، بما في ذلك إعادة التأهيل، لأي مشاكل صحية (بدنية أو عقلية أو إنمائية) أو أي حالات أخرى تم اكتشافها خلال "الفحص". يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة في الجدولة للخدمات.
- زيارات منتظمة لطبيب الأسنان للفحوصات والعلاج من خلال Renaissance؛
- فحوصات منتظمة ودورية لسمع الطفل وبصره. يتضمن علاج أي مشاكل مع السمع والعيون.

- التطعيمات (اللقاحات) ضد الدفتيريا، والتيتانوس، والسعال الديكي، وشلل الأطفال، والحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية (MMR)، والمستدمية النزلية من النوع ب (HIB)، والإنفلونزا، والتهاب الكبد A و B، وجذري الماء (الحماق)، وفيروس الروتا، وفيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، والتهاب السحايا، والمكورات الرئوية؛ و
- فحوصات مخبرية روتينية. (ملاحظة سيتم إجراء اختبار للكشف عن الرصاص في الدم وفقر الدم المنجلي إذا كان الطفل في حالة قد تعرضه أو تعرضها لخطر الإصابة بأي من هذه الأشياء أو كليهما)
- إذا كان لدى طفلك مستوى مرتفع من الرصاص في دمه أو دمها، فسيتم إجراء فحوصات متعلقة بالتعرض للرصاص. إذا كنت تعتقد أن طفلك قد تعرض لأشياء تحتوي على نسبة عالية من الرصاص، مثل الطلاء القديم، فأبلغ طبيبك؛
- التثقيف الصحي؛ و
- الرعاية الصحية الضرورية الأخرى والخدمات التشخيصية والعلاج وغيرها من التدابير اللازمة لتصحيح العيوب أو منع تفاقم العيوب ؛ إذا كان طفلك يعاني من أمراض بدنية ونفسية وحالات موجودة في عملية الفحص، يتم علاجها.
- يُعد التثقيف الصحي الأساسي للأطفال والآباء جزءًا من الخدمات الوقائية التي يقدمها CoverKids لك.

**ملاحظة هامة: حصص المشاركة في الدفع غير مطلوبة للخدمات الوقائية.**

# جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر

التطعيمات وغيرها من أدوية التطعيم في جدول تطعيم الأطفال والمراهقين\*

| اللقاح                                                     | الاجسام المضادة أحادي النسيلة | الاختصار (الاختصارات) | اسم (أسماء) التجارية     |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| لقاح مضاد أحادي النسيلة لفيروس المخلوي التنقي (Nirsevimab) |                               | RSV-mAb               | Beyfortus                |
| لقاح كوفيد-19                                              |                               | 1vCOV-mRNA            | Comirnaty, mRNA Spikevax |
| لقاح حمى الضنك                                             |                               | 1vCOV-aPS             | Nuvaxovid                |
| لقاح التهاب السحايا و التيتانوس والسعال الديكي اللاخوي     |                               | DEN4CYD DTaP          | Dengvaxia                |
| لقاح المستمينة النزلية من النوع B                          |                               | Hib (PRP-T)           | Daptacel Infanrix        |
| لقاح التهاب الكبد A                                        |                               | HepA                  | ActHIB Hiberix           |
| لقاح التهاب الكبد B                                        |                               | Hib (PRP-OMP)         | PedvaxHIB                |
| لقاح فيروس الورم الحليمي البشري                            |                               | HepB                  | Havrix Vaxna             |
| لقاح الإنفلونزا (غير فعال: معتمد على البيض)                |                               | HPV                   | Engenx-B Recombivax HB   |
| لقاح الإنفلونزا (غير فعال: قائم على زراعة الخلايا)         |                               | IIIV3                 | Gardasil 9               |
| لقاح الإنفلونزا (حيث مؤمن)                                 |                               | cclIV3                | متعددة                   |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | LAIV3                 | Flucelvax                |
| لقاح المكورات السحائية للزمر المصلية A و C و Y             |                               | MMR                   | FluMist                  |
| لقاح المكورات السحائية للزمر المصلية B                     |                               | MenACWY-CRM           | M-M-R II Priorix         |
| لقاح المكورات السحائية للزمر المصلية A و B و C و Y         |                               | MenACWY-TT            | Menveo                   |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | MenB-4C               | MenQuadfi                |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | MenB-FHbp             | Bexsero                  |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | MenACWY-TT/MenB-FHbp  | Trumenba                 |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | MenB-FHbp             | Penbraya                 |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | PCV15 PCV20           | Jynneos                  |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | PPSV23                | Vaxneuvance Prevnar 20   |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | IPV                   | Pneumovax 23             |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | RSV                   | Ipol                     |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | RV1 RV5               | Abrysvo                  |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | Tdap                  | Rotarix RotaTeq          |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | Td                    | Adacel Boostrix          |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية                       |                               | Td                    | Tenivac Tdvax            |
| لقاح حصري الماء (الحماق)                                   |                               | VAR                   | Varivax                  |

اللقاحات المعززة/استخدام لقاحات مركبة بدلاً من حقن منفصلة عند الاقتضاء

|                                                                                                |                   |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية وفيروس شلل الأطفال المعطل                                 | DTaP-HepB-IPV     | Pediarix        |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية وفيروس شلل الأطفال المعطل، والمستمينة النزلية من النوع b. | DTaP-IPV/Hib      | Pentacel        |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية وفيروس شلل الأطفال المعطل.                                | DTaP-IPV          | Kinrix Quadacel |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية وفيروس شلل الأطفال المعطل، والمستمينة النزلية من النوع b. | DTaP-IPV-Hib-HepB | Vaxelis         |
| لقاح الحصبة والكاف والحصبة الألمانية وفيروس شلل الأطفال المعطل، والمستمينة النزلية من النوع b. | MMRV              | ProQuad         |

أعط اللقاحات الموصى بها إذا كان سجل التطعيم غير مكتمل أو غير معروف. لا تُعد بدء سلسلة اللقاحات ولا تُحفز جرعات بسبب فواصل زمنية طويلة بين الجرعات. عندما لا يُعطى اللقاح في العمر الموصى به، أعطه في زياره لاحقة. يُستخدم ذكر الأسماء التجارية لأغراض التعريف فقط، ولا يعني ذلك أي اعتماد أو تأييد من ACIP أو CDC. تاريخ المراجعة 7 أكتوبر 2025

## كيفية استخدام جدول تطعيم الأطفال والمراهقين

|                                             |                                                                 |                                                                                           |                                                                                                        |                                                              |                                                |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1                                           | 2                                                               | 3                                                                                         | 4                                                                                                      | 5                                                            | 6                                              |
| تحديد اللقاح الموصى به حسب العمر (الجدول 1) | تحديد الفترات الزمنية الموصى بها للتطعيم الاستراتيجي (الجدول 2) | تحديد الحاجة إلى لقاحات إضافية موصى بها حسب الحالة الطبية أو غيرها من المؤشرات (الجدول 3) | مراجعة أنواع اللقاحات وتواريخها والفواصل الزمنية بينها، والاعتبارات الخاصة بالمحالات الخاصة. (ملاحظات) | مراجعة مواعيد الاستعمال والاختصاصات لأنواع اللقاحات (الملقح) | مراجعة إرشادات ACIP الجديدة أو المحدثة (إضافة) |

### التقرير

- الإبلاغ عن الحالات المشتبه بها من الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات أو عن التفتيات إلى إدارة الصحة على مستوى الولاية أو الإدارة الصحية المحلية.
- الإبلاغ عن الأحداث السلبية ذات الأهمية السريرية إلى Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) عبر الموقع [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) أو 800-822-7967.

### أسئلة أو تعليقات

اتصل على الرقم [www.cdc.gov/cdc-info](http://www.cdc.gov/cdc-info) أو 800-CDC-INFO (800-232-4636) باللغة الإنجليزية أو الإسبانية، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة، باستثناء العطلات.



تنزيل تطبيق جداول لقاح CDC لمخيم الرعاية على [www.cdc.gov/vaccines/hcp/immunization-schedules/app.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/immunization-schedules/app.html)

### معلومات مفيدة

- الإطلاع على التوصيات الكاملة الصادرة عن: **Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)** [www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html](http://www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html)
- توصيات اتخاذ القرار السريري المشترك: **ACIP** [www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html](http://www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html)
- الإرشادات العامة لأفضل الممارسات للتطعيم (بما في ذلك مواقع الاستعمال والاختصاصات): [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html)
- نشرات معلومات اللقاحات: [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html)
- دليل مراقبة الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات (بما في ذلك تحديد الحالة والاستجابة لتفتي المريض): [www.cdc.gov/surv-manual/php/](http://www.cdc.gov/surv-manual/php/)

مراكز الأمراض الأمريكية  
الرقابة والوقاية



مصح رمز الاستجابة السريعة للوصول إلى جدول زمني



CS310020-E

الجدول 1

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

يجب قراءة هذه التوصيات مع الملاحظات التالية. بالنسبة لمن تأخروا عن الجدول أو بدأوا متأخرين، قُمّ تطعيمات الاستدراك في أقرب فرصة ممكنة كما هو مبين بالأشرطة الخضراء. لتحديد الحد الأدنى للفواصل الزمنية بين الجرعات، راجع جدول الاستدراك (الجدول 2).

| التقادات والأدوية المتاحة الأخرى                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الولادة                              | 1 شهر                      | 2 أشهر         | 4 أشهر         | 6 أشهر         | 9 أشهر         | 12 شهر                                  | 15 شهر         | 18 شهرًا       | 23-29 شهرًا                | 3-5 سنة            | 6-10 سنوات         | 10-17 سنوات        | 12-11 سنة          | 15-13 سنة          | 16 سنة             | 18-17 سنة          |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| الفيروس المخلوي التنفسي (RSV-mAb [Nirsevimab])                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | جرعة واحدة حسب حالة الأم             |                            |                |                |                |                | جرعة واحدة (19-8 شهرًا)، انظر الملاحظات |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | حالة التطعيم ضد RSV (انظر الملاحظات) |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| التهاب الكبد B (HepB)                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        | ----- الجرعة الثانية ----- |                |                |                |                |                                         |                |                | ----- الجرعة الثالثة ----- |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                | الجرعة الأولى                           | الجرعة الثانية | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة             | الجرعة الخامسة     | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر      | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون |
| فيروس الروتا (RV): (سلسلة 2 جرعة)، RV5 (سلسلة 3 جرعات)                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        | الجرعة الثانية             | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة | الجرعة الخامسة | الجرعة السادسة | الجرعة السابعة                          | الجرعة الثامنة | الجرعة التاسعة | الجرعة العاشرة             | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر | الجرعة السادسة عشر | الجرعة السابعة عشر | الجرعة الثامنة عشر | الجرعة التاسعة عشر | الجرعة العشرون     | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون | الجرعة الثلاثين         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                | الجرعة الأولى                           | الجرعة الثانية | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة             | الجرعة الخامسة     | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر      | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون |
| المستدمية النزلية من النوع b (Hib)                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        | الجرعة الثانية             | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة | الجرعة الخامسة | الجرعة السادسة | الجرعة السابعة                          | الجرعة الثامنة | الجرعة التاسعة | الجرعة العاشرة             | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر | الجرعة السادسة عشر | الجرعة السابعة عشر | الجرعة الثامنة عشر | الجرعة التاسعة عشر | الجرعة العشرون     | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون | الجرعة الثلاثين         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                | الجرعة الأولى                           | الجرعة الثانية | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة             | الجرعة الخامسة     | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر      | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون |
| المكورات الرئوية المقترنة (PCV15- PCV20)                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        | الجرعة الثانية             | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة | الجرعة الخامسة | الجرعة السادسة | الجرعة السابعة                          | الجرعة الثامنة | الجرعة التاسعة | الجرعة العاشرة             | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر | الجرعة السادسة عشر | الجرعة السابعة عشر | الجرعة الثامنة عشر | الجرعة التاسعة عشر | الجرعة العشرون     | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون | الجرعة الثلاثين         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                | الجرعة الأولى                           | الجرعة الثانية | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة             | الجرعة الخامسة     | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر      | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون |
| فيروس شلل الأطفال غير المنشط (IPV)                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        | الجرعة الثانية             | الجرعة الثالثة |                |                |                |                                         |                | الجرعة الرابعة | الجرعة الخامسة             | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون | الجرعة الثلاثين         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                | الجرعة الأولى                           | الجرعة الثانية | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة             | الجرعة الخامسة     | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر      | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون |
| كوفيد-19 (19-vCoV-a PS1 + vCoV-mRNA )                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انظر الملاحظات                       |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| الأنفلونزا (IIIV3+ cclIV3)                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 أو 2 جرعة سنويا                    |                            |                |                |                |                | 1 جرعة سنويا                            |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| الأنفلونزا (LAIV3)                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 جرعة سنوية                         |                            |                |                |                |                | 1 جرعة سنوية                            |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية (MMR)                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        | الجرعة الثانية             | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة | الجرعة الخامسة | الجرعة السادسة | الجرعة السابعة                          | الجرعة الثامنة | الجرعة التاسعة | الجرعة العاشرة             | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر | الجرعة السادسة عشر | الجرعة السابعة عشر | الجرعة الثامنة عشر | الجرعة التاسعة عشر | الجرعة العشرون     | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون | الجرعة الثلاثين         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                | الجرعة الأولى                           | الجرعة الثانية | الجرعة الثالثة | الجرعة الرابعة             | الجرعة الخامسة     | الجرعة السادسة     | الجرعة السابعة     | الجرعة الثامنة     | الجرعة التاسعة     | الجرعة العاشرة     | الجرعة الحادية عشر | الجرعة الثانية عشر | الجرعة الثالثة عشر | الجرعة الرابعة عشر | الجرعة الخامسة عشر      | الجرعة السادسة عشر      | الجرعة السابعة عشر      | الجرعة الثامنة عشر      | الجرعة التاسعة عشر      | الجرعة العشرون          | الجرعة الحادية والعشرون | الجرعة الثانية والعشرون | الجرعة الثالثة والعشرون | الجرعة الرابعة والعشرون | الجرعة الخامسة والعشرون | الجرعة السادسة والعشرون | الجرعة السابعة والعشرون | الجرعة الثامنة والعشرون | الجرعة التاسعة والعشرون |
| Varicella (VAR)                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انظر الملاحظات                       |                            |                |                |                |                | سلسلة من جرعتين (انظر الملاحظات)        |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| التهاب الكبد الوبائي A (HepA)                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انظر الملاحظات                       |                            |                |                |                |                | سلسلة من جرعتين (انظر الملاحظات)        |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| التتanos، الدفتيريا، السعال الديكي الخلوي (Tdap ≥7 سنوات)                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 جرعة                               |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انظر الملاحظات                       |                            |                |                |                |                | اطلع على الملاحظات                      |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| لقاح المكورات السحائية (MenACWY-CRM) لمن شهرين فما فوق، MenACWY-TT لمن سنتين فما فوق) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الجرعة الأولى                        |                            |                |                |                |                | الجرعة الثانية                          |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| لقاح المكورات السحائية B (MenB-4C, MenB-FHbp)                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | اطلع على الملاحظات                   |                            |                |                |                |                | اطلع على الملاحظات                      |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| لقاح الفيروس المخلوي التنفسي (RSV [Abrysvo])                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | الإعطاء الموسمي                      |                            |                |                |                |                | لأثناء الحمل (راجع الملاحظات)           |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| Dengue (بسة 9-16 DEN4CYD)                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | إعطاء المصل في المناطق المتوطنة      |                            |                |                |                |                | مناطق حمى الضنك (انظر الملاحظات)        |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
| الجذري                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |                            |                |                |                |                |                                         |                |                |                            |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |

لا إرشادات/غير متوفر

يعتمد التطعيم على اتخاذ قرار سريري مشترك

يمكن البدء بالتطعيم الموصى به في هذه الفئة العمرية

تطابق الأعمار الموصى بها لبعض الفئات أو المجموعات عالية الخطورة

تطابق الأعمار الموصى بها للتطعيم الاستدراكي

تطابق الأعمار الموصى بها لجميع الأطفال

الجدول 2

الجدول الموصى به للتطعيمات التعويضية للأطفال والمراهقين الذين يبدأون متأخرين أو الذين تأخروا أكثر من شهر، الولايات المتحدة الأمريكية، 2025

يوضح الجدول أدناه جداول التطعيمات التعويضية والفواصل الزمنية الدنيا بين الجرعات للأطفال الذين تأخرت تطعيماتهم. لا يلزم إعادة بدء سلسلة التطعيم، بغض النظر عن المدة الزمنية التي انقضت بين الجرعات. استخدم القسم المناسب لعمر الطفل. استخدم هذا الجدول دائما مع الجدول 1 والملاحظات التافيه.

| الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 أشهر و6 سنوات              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الملاح                                                        | الحد الأدنى من العمر للجرعة 1                                      | من الجرعة 1 إلى الجرعة 2                                                                                                                                                                                                                                             | من الجرعة 2 إلى الجرعة 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | من الجرعة 3 إلى الجرعة 4                                                                                                                                                                                              |
| التهاب الكبد B                                                | الولادة                                                            | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 8 أسابيع و 16 أسبوعا على الأقل بعد الجرعة الأولى<br>الحد الأدنى للعمر للجرعة النهائية هو 24 أسبوعا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | من الجرعة 4 إلى الجرعة 5                                                                                                                                                                                              |
| فيروس الروتا                                                  | 6 أسابيع<br>الحد الأقصى للعمر للجرعة الأولى هو 14 أسبوعا ، 6 أيام. | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 أسابيع<br>الحد الأقصى للعمر للجرعة النهائية هو 8 أشهر، 0 أيام                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| الدفتيريا، الكزاز، والسعال الديكي اللاخلوي                    | 6 أسابيع                                                           | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 6 أشهر                                                                                                                                                                                                                |
| المستدمية النزلية النوع b                                     | 6 أسابيع                                                           | لا يلزم الحصول على جرعات أخرى<br>إذا تم إعطاء الجرعة الأولى في سن 15 شهرا أو أكبر.<br>4 أسابيع<br>إذا كانت الجرعة الأولى أعطيت من قبل<br>عيد الميلاد الأول<br>8 أسابيع (جرعة نهائية)<br>إذا تم إعطاء الجرعة الأولى في العمر<br>من 12 إلى 14 شهرا.                    | لا يلزم الحصول على جرعات أخرى<br>إذا تم إعطاء الجرعة السابقة في سن 15 شهرا أو أكبر<br>4 أسابيع<br>إذا كان العمر الحالي أقل من 12 شهرا، وأعطيت الجرعة الأولى في سن أقل من 7 أشهر، وكانت جرعة سابقة واحدة على الأقل من نوع PRP-T (مثل: ActHib ، Pentacel، Hiberix أو Vaxelis أو غير معروفة.<br>8 أسابيع و العمر 12-59 شهرا (الجرعة النهائية)<br>إذا كان العمر الحالي أقل من 12 شهرا وتم إعطاء الجرعة الأولى في العمر 7-11 شهرا؛ أو<br>إذا كان العمر الحالي هو 12-59 شهرا وتم إعطاء الجرعة الأولى قبل عيد الميلاد الأول و تم إعطاء الجرعة الثانية أقل من 15 شهرا؛ أو<br>إذا كانت كلتا الجرعتين PedvaxHIB وكانت قد أعطيت قبل عيد الميلاد الأول | 8 أسابيع (جرعة نهائية)<br>هذه الجرعة ضرورية فقط للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 59 شهرا والذين تلقوا 3 جرعات قبل عيد الميلاد الأول.                                                                             |
| المكورات الرئوية المقترنة                                     | 6 أسابيع                                                           | لا يلزم الحصول على جرعات أخرى للأطفال الأصحاء إذا تم إعطاء الجرعة الأولى في سن 24 شهرا أو أكبر<br>4 أسابيع<br>إذا تم إعطاء الجرعة الأولى قبل عيد الميلاد الأول<br>8 أسابيع (جرعة نهائية للأطفال الأصحاء)<br>إذا أعطيت الجرعة الأولى عند إتمام العام الأول أو بعد ذلك | لا يلزم الحصول على جرعات أخرى<br>لأطفال الأصحاء إذا تم إعطاء الجرعة السابقة في سن 24 شهرا أو أكبر<br>4 أسابيع<br>إذا كان العمر الحالي أقل من 12 شهرا؛ تم إعطاء الجرعة السابقة عند <7 أشهر<br>8 أسابيع (إباعتها جرعة نهائية للأطفال الأصحاء)<br>إذا أعطيت الجرعة السابقة في سن يتراوح بين 7 إلى 11 شهرا (ينتظر حتى إتمام 12 شهرا من العمر على الأقل)؛ أو<br>إذا كان العمر الحالي 12 شهرا أو أكبر و تم إعطاء جرعة واحدة على الأقل قبل عمر 12 شهرا                                                                                                                                                                                            | 8 أسابيع (جرعة نهائية)<br>هذه الجرعة ضرورية فقط للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 59 شهرا بغض النظر عن الخطر، أو الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و 71 شهرا والذين يعانون من أي خطر، والذين تلقوا 3 جرعات قبل 12 شهرا. |
| فيروس شلل الأطفال المعطل                                      | 6 أسابيع                                                           | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 أسابيع<br>إذا كان العمر الحالي هو >4 سنوات<br>6 أشهر (جرعة نهائية)<br>إذا كان العمر الحالي هو 4 سنوات أو أكبر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 6 أشهر (الحد الأدنى من العمر 4 سنوات للجرعة النهائية)                                                                                                                                                                 |
| الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية                              | 12 شهرا                                                            | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| لقاح جدري الماء:                                              | 12 شهرا                                                            | 3 شهرا                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| التهاب الكبد A                                                | 12 شهرا                                                            | 6 أشهر                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| Meningococcal ACWY                                            | شهرين MenACWY-CRM<br>MenACWY-TT سنتين                              | 8 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | انظر الملاحظات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | انظر الملاحظات                                                                                                                                                                                                        |
| الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 7-18 عشا          |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| المكورات السحائية ACWY                                        | لا ينطبق (N/A)                                                     | 8 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| الكزاز، الدفتيريا، الكزاز، الدفتيريا، والسعال الديكي اللاخلوي | 7 سنوات                                                            | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 أسابيع<br>إذا تم إعطاء الجرعة الأولى من DTaP/DT قبل عيد الميلاد الأول<br>6 أشهر (جرعة نهائية)<br>إذا تم إعطاء الجرعة الأولى من DTaP/DT أو Tdap/Td في أو بعد عيد الميلاد الأول                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 6 أشهر<br>إذا تم إعطاء الجرعة الأولى من DTaP/DT قبل عيد الميلاد الأول                                                                                                                                                 |
| فيروس الورم الحليمي البشري                                    | 9 سنوات                                                            | يوصى بالتابع الفواصل الزمنية الروتينية بين الجرعات.                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| التهاب الكبد A                                                | غير متوفر                                                          | 6 أشهر                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| التهاب الكبد B                                                | غير متوفر                                                          | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 8 أسابيع و 16 أسبوعا على الأقل بعد الجرعة الأولى                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                       |
| فيروس شلل الأطفال المعطل                                      | غير متوفر                                                          | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             | 6 أشهر<br>لا تُعد الجرعة الرابعة ضرورية إذا أعطيت الجرعة الثالثة عند عمر 4 سنوات أو أكثر و بعد مرور 6 أشهر على الأقل من الجرعة السابقة.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | توصى بإعطاء جرعة رابعة من لقاح شلل الأطفال المعطل (IPV) إذا أعطيت جميع الجرعات السابقة قبل عمر >4 سنوات أو إذا أعطيت الجرعة الثالثة بعد أقل من <6 أشهر من الجرعة الثانية.                                             |
| الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية                              | غير متوفر                                                          | 4 أسابيع                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| لقاح جدري الماء:                                              | غير متوفر                                                          | 3 أشهر<br>إذا كان أصغر من سن 13 عاما.<br>4 أسابيع إذا كان العمر 13 عاما أو أكبر                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |
| حمى الضنك                                                     | 9 سنوات                                                            | 6 أشهر                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                       |

الجدول 3

الجدول الموصى به للتطعيمات للأطفال والمراهقين حسب الدلالة الطبية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2025

استخدم هذا الجدول دائماً مع الجدول 1 والملاحظات التالية. غالباً ما لا تكون الحالات الطبية متنافية فيما بينها. إذا كانت هناك ظروف متعددة، فراجع الإرشادات في جميع الأعمدة ذات الصلة. اطلع على ملاحظات الحالات الطبية غير المدرجة.

| التفاحات والأجوبة المناعية الأخرى | الحمل | ضعف المناعة (باستثناء عدوى فيروس HIV)       | عدوى فيروس HIV: نسبة وعدد خلايا CD4 <sup>a</sup>    |                              | تسرب السائل الدماغي الشوكي أو زراعة فوقغة الأن | اتهام الطحال أو العوز المستمر في مكونات المناعة                 | مرض القلب أو مرض الرئة المزمن                                    | الفشل الكلوي، نهاية المرحلة مرض الكلى أو عند الغسيل الكلوي | أمراض الكبد المزمن | داء السكري |
|-----------------------------------|-------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
|                                   |       |                                             | 15% < أو <200/mm <sup>3</sup>                       | 15% ≥ و ≥200/mm <sup>3</sup> |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| RSV-mAb (nirsevimab)              |       | موسم RSV الثاني                             | جرعة واحدة حسب حالة الأم                            |                              |                                                | موسم RSV الثاني لحالات أمراض الرئة المزمنة (اطلع على الملاحظات) | جرعة واحدة حسب حالة الأم<br>حالة التطعيم ضد RSV (انظر الملاحظات) |                                                            |                    |            |
| التهاب الكبد الوبائي B            |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| فيروس الروتا                      |       | SCID <sup>b</sup>                           |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| DTaP/Tdap                         |       | DTaP<br>Tdap: 1 جرعة كل حمل                 |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| المستعمية النزلية النوع ب (HIB)   |       | HSCT:3 جرعات                                | انظر الملاحظات                                      |                              |                                                | انظر الملاحظات                                                  |                                                                  |                                                            |                    |            |
| المكورات الرئوية                  |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| IPV                               |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| كوفيد-19                          |       | انظر الملاحظات                              | قد تكون هناك حاجة إلى جرعات إضافية (انظر الملاحظات) |                              |                                                |                                                                 | انظر الملاحظات                                                   |                                                            |                    |            |
| الإنفلونزا المغطاة                |       | زرع الأعضاء الصلبة: 18 سنة (انظر الملاحظات) |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| LAIV3                             |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 | الربو، الصغير: 2-4 سنوات                                         |                                                            |                    |            |
| MMR                               |       | *                                           |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| VAR                               |       | *                                           |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| التهاب الكبد الوبائي A            |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| HPV                               |       | *                                           | سلسلة من 3 جرعات (انظر الملاحظات)                   |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| MenACWY                           |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| MenB                              |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| RSV(Abrysvo)                      |       | الإعطاء الموسمي (راجع الملاحظات)            |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| حوى الضئك                         |       |                                             |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |
| الجذري                            |       | انظر الملاحظات                              |                                                     |                              |                                                |                                                                 |                                                                  |                                                            |                    |            |

موصى به لجميع الأطفال المؤهلين العمر الذين يقترون إلى وثائق سلسلة تطعيم كاملة

غير موصى به لجميع الأطفال، ولكنه موصى به لبعض الأطفال بناء على زيادة خطر الإصابة بالمرض أو التعرض لتنتاج مرضية شديدة

يعتمد التطعيم على اتخاذ قرار سريري مشترك

قد تكون الجرعات الإضافية ضرورية بناء على الحالة الطبية أو غيرها من المؤشرات. انظر الملاحظات.

تنبيه: قد يؤمى به إذا كانت فائدة الوقاية تفوق خطر حدوث تفاعل ضار

مضاد للاستطباب أو غير موصى به \*يعطى اللقاح بعد الحمل، إذا وُجدت دواعي لذلك

لا إرشادات/غير متوفر

أ. للحصول على معلومات إضافية بشأن المعايير المختيرة لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) واستخدام اللقاحات الحية، راجع المبادئ التوجيهية لأفضل الممارسات العامة للتحسين، قسم "تغير الكفاءة المناعية"، على الموقع [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html) والجدول 4-1 (الحاشية ل) على الموقع [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html).

ب. - العوز المناعي الشديد

ج. يُعد لقاح الإنفلونزا الحي المضغ ثلاثي التكافؤ (LAIV3) مضاداً للاستطباب للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 و4 سنوات المصابين بالربو أو الذين عانوا من أزيز خلال 12 شهراً السابقة

## الملاحظات

## جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

للاطلاع على توصيات التطعيم للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 19 عامًا أو أكثر، راجع جدول تطعيم البالغين الموصى به لعام 2025.

### معلومات إضافية

- لأعراض حساب الفواصل الزمنية بين الجرعات، 4 أسابيع تُعادل 28 يومًا. تُحدّد الفواصل الزمنية البالغة 4 أشهر حسب الأشهر التقويمية.
- ضمن نطاق عددي (مثال 12-18)، تُقرأ الشرطة (–) على أنها "إلى".
- تعتبر جرعات اللقاحات التي تعطى قبل 42 أيام من الحد الأدنى للسن أو الفترة صالحة. لا تُعدّ جرعات أي لقاح أعطيت قبل 5 أيام من الحد الأدنى للعمر أو الفاصل الزمني الأدنى جرعات صالحة، ويجب إعادتها بما يتناسب مع العمر. **يجب إعطاء الجرعة المُعادَة بعد الجرعة غير الصالحة وفق الفاصل الزمني الأدنى الموصى به.** لمزيد من التفاصيل، راجع الجدول 2-3، والأعمار الموصى بها والحد الأدنى والفواصل بين جرعات اللقاح، في المبادئ التوجيهية العامة لأفضل الممارسات للتحصين على [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html).
- تتوفر معلومات عن متطلبات وتوصيات التطعيم ضد السفر على الموقع الإلكتروني [www.cdc.gov/travel/](http://www.cdc.gov/travel/).
- تطعيم الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة، راجع الجدول 1-8، تطعيم الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة الأولية والثانوية، في المبادئ التوجيهية العامة لأفضل الممارسات للتحصين على الموقع الإلكتروني [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html) (n). كيمبرلين DW، بارنيت ED، ليفيلد روث، ساوير MH، محررون. الكتاب الأحمر: 2021-2024 تقرير لجنة الأمراض المعدية. الطبعة الثانية والثلاثون. إيتاسكا، إلينوي: الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال؛ 2021. 72-86).
- للحصول على معلومات حول التطعيم في تحديد نقصي مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات، اتصل بولايتك أو بقسم الصحة المحلي.
- يُعدّ البرنامج الوطني لتعويض إصابات اللقاحات (VICP) بديلاً لا يعتمد على إثبات الخطأ عن النظام القانوني التقليدي لتسوية مطالبات إصابات اللقاحات. تشمل تغطية برنامج تعويض إصابات اللقاحات (VICP) جميع اللقاحات الواردة في جدول تطعيمات الأطفال والمراهقين، باستثناء لقاحات حمى الضنك، وPPSV23، وRSV، ولقاح جذري القردة، وكوفيد-19. تطعيمات جذري القردة وكوفيد-19 من قبل برنامج التعويض عن الإصابات الناجمة عن التدايب الطبية المضادة (CICP). لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation) أو [www.hrsa.gov/cicp](http://www.hrsa.gov/cicp).

### التطعيم ضد كوفيد-19

(الحد الأدنى للسن: سنوات 5 [Spikevax] أشهر 6 سنة 12 [Comirnaty] [Novavax])

### اتخاذ القرار السريري المشترك

يعتمد التطعيم على اتخاذ القرار الفردي، مع التأكيد على أن ميزان المنافع والمخاطر للتطعيم يكون في أقصى درجاته نفعاً للأفراد الأكثر عرضة لخطر الإصابة الشديدة بكوفيد-19، وفي أدنى درجاته لمن لا يندرجون ضمن فئات الخطورة المتزايدة وفقاً لقائمة عوامل خطر كوفيد-19 الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) (انظر الموقع [www.cdc.gov/covid/clinical-care/underlying-conditions.html](http://www.cdc.gov/covid/clinical-care/underlying-conditions.html)). للحصول على معلومات إضافية حول صنع القرار السريري المشترك، انظر الموقع [www.cdc.gov/acip/vaccine-recommaking/shared-clinical-decision-making.html](http://www.cdc.gov/acip/vaccine-recommaking/shared-clinical-decision-making.html).

الجدول الزمني الحالي لـ COVID-19 وصيغة الجرعة المتاحة على [www.cdc.gov/covidschedule](http://www.cdc.gov/covidschedule).

يُعطى لقاح كوفيد-19 المناسب للعمر في كل جرعة. لا توجد توصية تفضيلية لاستخدام لقاح كوفيد-19 معين على حساب آخر عندما يتوفر أكثر من لقاح موصى به ومناسب للعمر.

مساحة بيضاء  
تُركت فارغة  
قصداً

### التطعيم ضد حمى الضنك

(الحد الأدنى للسن: 9 سنوات)

### التطعيم الروتيني

- الأعمار من 9 إلى 16 سنة المقيمون في مناطق يتوطن فيها مرض حمى الضنك ولديهم تأكيد مخبري لإصابة سابقة بحمى الضنك – سلسلة من 3 جرعات تُعطى عند 0 و6 و12 شهراً
- تشمل المناطق المتوقعة بورتوريكو، وساموا الأمريكية، وجزر فيرجن الأمريكية، وولايات ميكرونيزيا المتحدة، وجمهورية جزر مارشال، وجمهورية بالاو. للحصول على الإرشادات المحدثة حول المناطق المتوقعة لحمى الضنك والاختبارات المخبرية قبل التطعيم انظر [www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/r7006a1.htm?s\\_cid=rr7006a1\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/r7006a1.htm?s_cid=rr7006a1_w) و [www.cdc.gov/dengue/index.html](http://www.cdc.gov/dengue/index.html)
- لا ينبغي إعطاء لقاح حمى الضنك للأطفال المسافرين إلى المناطق المتوقعة لحمى الضنك أو الزائرين لها.

### التطعيم ضد الدفتيريا، والسعال الديكي (DTaP)

(الحد الأدنى من العمر: 6 أسابيع [4 سنوات لـ Kinrix أو 4 سنوات لـ Quadracel])

### التطعيم الروتيني

- سلسلة من 5 جرعات (سلسلة من 3 جرعات أولية في سن 2 و4 و6 أشهر، تليها جرعات معززة في سن 15-18 شهراً و4-6 سنوات)
- استثناء: يمكن إعطاء الجرعة 4 في سن مبكرة مثل 12 شهراً إذا انقضت 6 أشهر على الأقل منذ الجرعة 3.
- باث رجعي: يمكن احتساب الجرعة الرابعة التي أعطيت عن غير قصد في وقت مبكر عند عمر 12 شهراً إذا كان قد مرّ ما لا يقل عن 4 أشهر منذ الجرعة 3.

### التطعيم الاستدراكي

- الجرعة 5 غير ضرورية إذا تم إعطاء الجرعة 4 في سن 4 سنوات أو أكبر وبعد 6 أشهر على الأقل من الجرعة 3.
- وللإطلاع على إرشادات المتابعة الأخرى، انظر الجدول 2.

### حالات خاصة

- الأطفال دون سن 7 سنوات الذين لديهم مانع استطب خاص يمكن السعال الديكي في لقاح DTaP: يمكن إعطاء لقاح Td لجميع الجرعات المتبقية الموصى بها بدلاً من DTaP. اعتلال الدماغ خلال 7 أيام من التطعيم، عندما لا يُعزى إلى سبب آخر قابل للتحديد، هو مانع الاستطب الوحيد الخاص بمكون السعال الديكي في لقاح DTaP. للحصول على مزيد من المعلومات، اطلع على [www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/td-offlabel.html](http://www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/td-offlabel.html).
- إدارة الجروح لدى الأطفال دون سن 7 سنوات ممن لديهم تاريخ يتلقى 3 جرعات أو أكثر من لقاح يحتوي على نوفان الغزاز: بالنسبة لجميع الجروح باستثناء الجروح النظيفة والبسيطة، يُعطى لقاح DTaP إذا مضى أكثر من 5 سنوات منذ آخر جرعة من لقاح يحتوي على نوفان الكزاز. للحصول على معلومات تفصيلية، يُرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني [www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/r6702a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/r6702a1.htm).

## الملاحظات

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

### التطعيم ضد المستمعية النزلية النوع b (الحد الأدنى للسّن: 6 أسابيع)

#### التطعيم الروتيني

- **ActHIB**، أو **Hiberix**، أو **Pentacel**، أو **Vaxelis**: سلسلة من 4 جرعات (سلسلة أولية من 3 جرعات عند عمر 2 و 4 و 6 أشهر، تليها جرعة معززة\* عند عمر 12-15 شهرًا)
- \*لا يُنصح باستخدام **Vaxelis** كجرعة معززة. يجب استخدام لقاح مختلف يحتوي على **Hib** للجرعة المعززة.
- **PedvaxHIB**: سلسلة من 3 جرعات (سلسلة أولية من جرعتين عند عمر 2 و 4 أشهر، تليها جرعة معززة عند عمر 12-15 شهرًا)
- **الرضع من الأمريكيين الأصليين وسكان ألaska الأصليين**: يُفضّل استخدام لقاحي **Vaxelis** و **PedvaxHIB** على غيرهما من لقاحات **Hib** في السلسلة الأولية.

#### التطعيم الاستدراكي

- **الجرعة 1 في العمر 7-11 شهرًا**: تُعطى الجرعة 2 بعد مرور ما لا يقل عن 4 أسابيع، وتُعطى الجرعة 3 (الجرعة النهائية) عند عمر 12-15 شهرًا أو بعد 8 أسابيع من الجرعة 2 (أيهما أبعد).
- **الجرعة 1 في سن 14-12 شهرًا**: تُعطى الجرعة 2 (الجرعة النهائية) بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع من الجرعة 1.
- **الجرعة 1 قبل سن 12 شهرًا والجرعة 2 قبل سن 15 شهرًا**: تُعطى الجرعة 3 (الجرعة النهائية) بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع من الجرعة 2.
- **2 جرعة من PedvaxHIB قبل سن 12 شهرًا**: تُعطى الجرعة 3 (الجرعة النهائية) في سن 12-59 شهرًا وبعد 8 أسابيع على الأقل من الجرعة 2.
- **الجرعة 1 التي تُعطى في سن 15 شهرًا أو أكبر**: لا يلزم الحصول على جرعات أخرى
- **غير مُطعم عند عمر 15-59 شهرًا**: تُعطى جرعة واحدة.
- **الأطفال غير المُطعمين سابقًا بعمر 60 شهرًا أو أكثر** والذين لا يُعَوّن ضمن الفئات عالية الخطورة: التطعيم الاستدراكي غير مطلوب.

وللاطلاع على إرشادات المتابعة الأخرى، انظر الجدول 2. يمكن استخدام لقاح **Vaxelis** للتطعيم الاستدراكي لدى الأطفال دون سن 5 سنوات. يجب اتباع جدول التطعيم الاستدراكي حتى في حال استخدام لقاح **Vaxelis** جرعة واحدة أو أكثر. للحصول على معلومات تفصيلية حول استخدام **Vaxelis**، يُرجى الرجوع إلى [www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm).

#### حالات خاصة

#### • العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي:

#### العمر 12-59 شهرًا

- غير مُطعم أو تلقى جرعة واحدة فقط قبل عمر 12 شهرًا: جرعتان بفواصل 8 أسابيع
- جرعتين أو أكثر قبل سن 12 شهرًا: 1 جرعة على الأقل 8 أسابيع بعد الجرعة السابقة
- يجب إعادة الجرعات التي أُعطيت خلال 14 يومًا من بدء العلاج أو أثناء العلاج بعد مرور ما لا يقل عن 3 شهر من اكتمال العلاج.

#### • زرع الخلايا الجذعية المكونة للدم (Hematopoietic stem cell protection, HSCT):

- سلسلة من 3 جرعات بفواصل 4 أسابيع، تبدأ بعد 6 إلى 12 شهرًا من نجاح عملية الزرع، بغض النظر عن تاريخ التطعيم ضد **Hib**.

#### • انعدام الطحال التشريحي أو الوظيفي (بما في ذلك فقر الدم المنجلي):

#### العمر 12-59 شهرًا

- غير مُطعم أو تلقى جرعة واحدة فقط قبل عمر 12 شهرًا: جرعتان بفواصل 8 أسابيع
- جرعتين أو أكثر قبل سن 12 شهرًا: جرعة واحدة بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على الجرعة السابقة

#### الأشخاص غير المُطعمين\* بعمر 5 سنوات أو أكثر

- 1 جرعة

#### • استئصال الطحال الاختياري:

#### الأشخاص غير المُطعمين\* الذين تبلغ أعمارهم 15 شهرًا أو أكثر

- جرعة واحدة (ويُفضل قبل 14 يومًا على الأقل من الإجراء)
- عدوى فيروس نقص المناعة البشرية:

#### العمر 12-59 شهرًا

- غير مُطعم أو تلقى جرعة واحدة فقط قبل عمر 12 شهرًا: جرعتان بفواصل 8 أسابيع
- جرعتين أو أكثر قبل سن 12 شهرًا: جرعة واحدة بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على الجرعة السابقة

#### الأشخاص غير المُطعمين\* الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 18 عامًا

- 1 جرعة

#### • نقص الغلوبولينات المناعية، أو نقص مكونات المتعمة المبكرة، أو استخدام مثبطات مكونات المتعمة المبكرة:

#### العمر 12-59 شهرًا

- غير مُطعم أو تلقى جرعة واحدة فقط قبل عمر 12 شهرًا: جرعتان بفواصل 8 أسابيع
- جرعتين أو أكثر قبل سن 12 شهرًا: جرعة واحدة بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على الجرعة السابقة
- \* غير مُطعم = أقل من السلسلة الروتينية (حتى عمر 14 شهرًا) أو دون أي جرعات (بعمر 15 شهرًا أو أكثر)

### التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي A (الحد الأدنى للسّن: 12 شهرًا للتطعيم الروتيني)

#### التطعيم الروتيني

- سلسلة 2 جرعة (الحد الأدنى من الفترة: 6 أشهر) في سن 12-23 شهرًا

#### التطعيم الاستدراكي

- يجب على الأشخاص غير المُطعمين حتى عمر 18 سنة إكمال سلسلة من 2 جرعة (الفواصل الأدنى: 6 شهور).
- يجب على الأشخاص الذين سبق أن تلقوا جرعة واحدة في سن 12 شهرًا أو أكبر تلقي الجرعة 2 بعد 6 أشهر على الأقل من الجرعة 1.
- قد يتلقى المراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عامًا أو أكبر **HepA-HepB (Twinrix)** كمجموعة من 3 جرعات (0 ، 1 ، و 6 أشهر) أو سلسلة من 4 جرعات (3 جرعات في 0 ، 7 ، و 21-30 يومًا ، تليها جرعة معززة في 12 شهرًا).

#### السفر الدولي

- الأشخاص المسافرون إلى أو العاملون في بلدان ذات توطّن مرتفع أو متوسط لالتهاب الكبد **A** اطلع على ([www.cdc.gov/travel/](http://www.cdc.gov/travel/)):
- **الرضع بعمر 6-11 شهرًا**: 1 جرعة قبل المغادرة؛ إعادة التطعيم مع 2 جرعة (بفواصل 6 أشهر على الأقل بينهما) في عمر ما بين 12 إلى 23 شهرًا.
- **الأشخاص غير المُطعمين الذين تبلغ أعمارهم 12 شهرًا أو أكثر**: تُعطى الجرعة 1 في أقرب وقت عند التفكير في السفر.

مساحة بيضاء  
تُرِكَت فارغة  
قصداً

## الملاحظات

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

### التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي B

(الحد الأدنى للسنة: الولادة)

#### التطعيم الروتيني

#### • الأم سلبية لمستند سطح التهاب الكبد (HBsAg) B

- سلسلة من 3 جرعات عند الأعمار 0 و1-2 و6-18 شهرًا (يستخدم لقاح التهاب الكبد B الأحادي للجرعات التي تُعطى قبل عمر 6 أسابيع)
- وزن الولادة  $\geq 2000$  غرام: جرعة واحدة في غضون 24 ساعة من الولادة إذا كانت مستقرة طبيًا
- وزن الميلاد  $< 2,000$  غرام: جرعة واحدة عند العمر الزمني شهر واحد أو عند الخروج من المستشفى (أيها أسبق، حتى وإن كان الوزن لا يزال أقل من 2,000 غرام).
- يجب أن يبدأ الرضع الذين لم يتلقوا جرعة الولادة لسلسلة التطعيم في أقرب وقت ممكن (انظر الجدول 2 للاطلاع على الفواصل الزمنية الدنيا).
- يُسمح بإعطاء 4 جرعات عند استخدام لقاح مركب يحتوي على التهاب الكبد B بعد جرعة الولادة.
- الفواصل الزمنية الدنيا (انظر الجدول 2): عند إعطاء 4 جرعات، يستعاض عن "الجرعة 4" بـ "الجرعة 3" في هذه الحالات.
- الجرعة النهائية (3 أو 4): العمر 6-18 شهرًا (الحد الأدنى للعمر 24 أسبوعًا)

#### • الأم إيجابية لمستند سطح التهاب الكبد (HBsAg) B

- جرعة الولادة (لقاح التهاب الكبد B الأحادي فقط): يُعطى لقاح التهاب الكبد B والتهاب الكبد B لالتهاب الكبد B اختصارًا (HBIG) في أطراف منفصلة خلال 12 ساعة من الولادة، بغض النظر عن وزن الولادة.
- وزن الولادة  $> 2000$  جرام: تُعطى 3 جرعات إضافية من لقاح التهاب الكبد B ابتداءً من عمر شهر واحد (بمجموع 4 جرعات).
- الجرعة النهائية (3 أو 4): تُعطى عند عمر 6 أشهر (العمر الأدنى 24 أسبوعًا).
- يُجرى اختبار مستند سطح التهاب الكبد B (HBsAg) والأجسام المضادة لسطح التهاب الكبد B (anti-HBs) عند عمر 9-12 شهرًا. إذا تأخرت سلسلة لقاح HepB، يُجرى الاختبار بعد 2-1 شهرًا من الجرعة النهائية. لا يُجرى الاختبار قبل عمر 9 أشهر.
- حالة مستند سطح التهاب الكبد B (HBsAg) لدى الأم غير معروفة إذا وجدت دلائل أخرى تشير إلى إصابة الأم بالتهاب الكبد B (مثل وجود HBV DNA، أو إيجابية HBeAg، أو كون الأم معروفة بإصابتها بالتهاب كبد B مزمن)، فيُنظر الرضيع كما لو كانت الأم إيجابية لمستند سطح التهاب الكبد B (HBsAg).
- جرعة الولادة (لقاح التهاب الكبد B الأحادي فقط):
- وزن الولادة  $\geq 2000$  جرام: إعطاء تطعيم لقاح HepB في غضون 12 ساعة من الولادة. يجب تحديد حالة مستند (HBsAg) لدى الأم في أقرب وقت ممكن. إذا تبين أن الأم إيجابية لمستند (HBsAg)، فيُعطى HBIG في أقرب وقت ممكن (في طرف منفصل)، على ألا يتجاوز ذلك عمر 7 أيام.

### التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري

(الحد الأدنى للسنة: 9 سنوات)

#### التطعيم الروتيني والتطعيم الاستدراكي

- يُوصى بالتطعيم ضد HPV روتينياً في سن 11-12 سنة (ويمكن البدء به من سن 9 سنوات) كما يُوصى بتطعيم استدراكي ضد فيروس (HPV) لجميع الأشخاص حتى سن 18 سنة إذا لم يتم تطعيمهم بشكل كافٍ.
- سلسلة من جرعتين أو ثلاث جرعات اعتماداً على العمر عند بدء التطعيم:
- العمر 9-14 عامًا عند التطعيم الأولي: سلسلة من 2 جرعة عند 0 و6-12 شهرًا (الفاصل الأدنى: 5 أشهر؛ تُعاد الجرعة إذا أعطيت مبكرًا جدًا)
- العمر 15 عامًا أو أكبر عند التطعيم الأولي: سلسلة من 3 جرعات عند 0 و2-1 شهرًا و6 أشهر (الفواصل الدنيا: الجرعة 1 إلى الجرعة 2 = 4 أسابيع؛ الجرعة 2 إلى الجرعة 3 = 12 أسبوعًا؛ الجرعة 1 إلى الجرعة 3 = 5 أشهر؛ الجرعة المتكررة إذا تمت إعطاؤها مبكرًا جدًا)
- لا يُوصى بإعطاء جرعة إضافية عندما تكون أي سلسلة لقاح HPV من أي تكافؤ قد اكتملت باستخدام الفواصل الزمنية الموصى بها.

#### حالات خاصة

- حالات ضعف المناعة، بما في ذلك عدوى فيروس HIV:
- سلسلة من 3 جرعات، حتى بالنسبة إلى أولئك الذين يبدؤون التطعيم في سن 9 إلى 14 عامًا.
- تاريخ من الاعتداء أو الإساءة الجنسية: بدءاً من عمر 9 سنوات
- الحمل: لا يلزم إجراء اختبار حمل قبل التطعيم؛ لا يُوصى بالتطعيم ضد HPV أثناء الحمل؛ ولا يلزم اتخاذ أي إجراء إذا تم التطعيم أثناء الحمل

- وزن الميلاد  $< 2000$  جرام: إعطاء تطعيم لقاح HBIG و HepB (في أطراف منفصلة) في غضون 12 ساعة من الولادة. تُعطى 3 جرعات إضافية من لقاح HepB بدايةً من عمر 1 شهر (إجمالي 4 جرعات).

- الجرعة النهائية (3 أو 4): تُعطى عند عمر 6 أشهر (الحد الأدنى للعمر 24 أسبوعًا).
- إذا تبين أن الأم إيجابية لمستند (HBsAg) أو إذا ظلت حالتها غير معروفة، يُجرى اختبار HBsAg والأجسام المضادة للمستند (anti-HBs) عند عمر 9-12 شهرًا. إذا تأخرت سلسلة لقاح HepB، يُجرى الاختبار بعد 2-1 شهرًا من الجرعة النهائية. لا يُجرى الاختبار قبل عمر 9 أشهر.

#### التطعيم الاستدراكي

- يجب على الأشخاص غير المُطعمين إكمال سلسلة من 3 جرعات عند 0 و1-2 و6 أشهر. اطلع على الجدول 2 للاطلاع على الفواصل الزمنية الدنيا.
- يمكن للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و15 سنة استخدام جدول بديل من جرعتين بفواصل لا يقل عن 4 أشهر بين الجرعتين (التركيبة المخصصة للبالغين HB Recombivax فقط).
- يمكن للمراهقين البالغين من العمر 18 عامًا الحصول على:
- HB-Heplisav-B: سلسلة من 2 جرعة بفواصل لا يقل عن 4 أسابيع
- PreHevbrion: سلسلة من 3 جرعات عند 0 و1 و6 أشهر
- HepA-HepB (Twinrix): سلسلة من 3 جرعات (0 و1 و6 أشهر) أو سلسلة من 4 جرعات (3 جرعات عند 0 و7 و21-30 يوماً، تليها جرعة معززة عند 12 شهرًا).

#### حالات خاصة

- لا يُوصى عادةً بإعادة التطعيم للأشخاص ذوي الحالة المناعية الطبيعية الذين تلقوا التطعيم في مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة أو البلوغ.
- اختبار الاتصال بعد التطعيم وإعادة التطعيم (إذا كان أضعاف HBs أقل من 10 mIU/mL) يُوصى به لفئات سكانية معينة، بما في ذلك:
- الرضع المولودون لأمهات إيجابيات لمستند سطح التهاب الكبد B (HBsAg)
- الأشخاص في مرحلة ما قبل الغسيل الكلوي أو الخاضعون لغسيل كلوي منتظم
- أشخاص آخرون يعانون من ضعف المناعة
- للاطلاع على توصيات إعادة التطعيم بالتفصيل، اطلع على [www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm)

\*ملاحظة: لا ينصح بـ PreHevbrion أثناء الحمل بسبب عدم وجود بيانات سلامة لدى النساء الحوامل.

مساحة بيضاء  
تركت فارغة  
قصداً

## الملاحظات

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

### تطعيم الإنفلونزا

سنة 18، [LAIV3] سنتان، [IIV3] الحد الأدنى للسِّن: 6 أشهر  
[لقاح الإنفلونزا الموثلف، RIV3]

#### التطعيم الروتيني

- استخدام أي لقاح للإنفلونزا مناسب للعمر والحالة الصحية سنويًا:
- الأعمار من 6 أشهر إلى 8 سنوات الذين تلقوا أقل من جرعتين من لقاح الإنفلونزا قبل 1 يوليو 2024، أو الذين تاريخ تطعيمهم ضد الإنفلونزا غير معروف: جرعتين، مفصولة بأربعة أسابيع على الأقل. إدارة الجرعة 2 حتى إذا كان الطفل يبلغ من العمر 9 سنوات بين تسلم الجرعة 1 والجرعة 2.
- العمر 6 أشهر-8 سنوات الذي تلقى ما لا يقل عن 2 جرعة لقاح الإنفلونزا قبل 1 يوليو 2024: 1 جرعة.
- العمر 9 سنوات أو أكبر: جرعة واحدة
- متلقو زراعة الأعضاء الصلبة بعمر 18 سنة واثني يتلقون ادوية مثبطة للمناعة: تُعد لقاحات الإنفلونزا المُعطلة عالية الجرعة (HD-IIV3) واللقاحات المُعطلة المُدعّمة (aIIV3) خيارات مقبولة. لا توجد أفضلية على غيرها من لقاحات IIV3 أو RIV3 المناسبة للعمر.
- بخصوص موسم 2024-25، يُرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني [www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7305a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7305a1.htm).
- بالنسبة لموسم 2025-26، اطلع على توصيات لقاح إنفلونزا ACIP 2025-26.

#### حالات خاصة

- المصابون المَعزُون (مثل أفراد الأسرة) للأشخاص ذوي نقص المناعة الشديد الذين يمتنعون إلى بيئة محمية: لا ينبغي أن يتلقوا لقاح الإنفلونزا الحي المُضعف (LAIV3). إذا أُعطِيَ لقاح الإنفلونزا الحي المُضعف (LAIV3)، فيجب تجنب مخالطة الأشخاص ذوي نقص المناعة الشديد أو العناية بهم لمدة 7 أيام بعد التطعيم.

ملاحظة: يمكن للأشخاص الذين يعانون من حساسية البيض الحصول على أي لقاح للإنفلونزا (على أساس البيض أو غير القائم على البيض) مناسب للعمر والحالة الصحية.

### التطعيم ضد القمل والتكاف والحصبة الألمانية (الحد الأدنى للسِّن: 12 شهرًا للتطعيم الروتيني)

#### التطعيم الروتيني

- سلسلة من جرعتين تُعطى بعمر 12-15 شهرًا، ويعبر 4-6 سنوات

#### التطعيم الاستدراكي

- الأطفال والمراهقين غير المطعمين: سلسلة من جرعتين بفاصل لا يقل عن 4 أسابيع\*

#### حالات خاصة

##### السفر الدولي

- الرضّع بعمر 6-11 شهرًا: جرعة 1 قبل السفر؛ ثم يُعاد التطعيم بسلسلة من جرعتين عند عمر 12-15 شهرًا (عند 12 شهرًا للأطفال في المناطق عالية الخطورة)، وتُعطى الجرعة 2 بعد ذلك بفاصل قد يكون مبكرًا حتى 4 أسابيع\*.
- الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 12 شهرًا أو أكثر:

- غير مُطعم: سلسلة من جرعتين (بفاصل لا يقل عن 4 أسابيع\*) تُعطى قبل السفر.
- سبق أن تلقى جرعة واحدة: تُعطى الجرعة 2 بعد مرور ما لا يقل عن 4 أسابيع على الجرعة 1\*
- في حالات تفشي مرض التكاف، وللحصول على معلومات حول الجرعات الإضافية من لقاح MMR (بما في ذلك الجرعة الثالثة من MMR)، اطلع على [www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm)

\*ملاحظة: لا ينصح باستخدام MMRV للأعمار من 12 إلى 47 شهرًا أو من 13 إلى 18 عامًا. الحد الأدنى الفاصل بين جرعات MMRV هو 3 أشهر.

مساحة بيضاء  
تركت فارغة  
قصداً

### التطعيم ضد المكورات الرئوية A، C، W، Y

سنة 2، [MenACWY-CRM، Menveo] الحد الأدنى للسِّن: 2 شهر  
[MenACWY-TT، MenQuadfi]  
10 سنوات [MenACWY-TT/MenB-FHbp، Penbraya]

#### التطعيم الروتيني

- سلسلة من 2 جرعة في سن 11-12 سنة؛ 16 سنة

#### التطعيم الاستدراكي

- العمر 13-15 عامًا: جرعة واحدة الآن، وجرعة مُعززة بعمر 16-18 سنة (الفصل الزمني الأدنى: ... 8 أسابيع)

- العمر 16-18 عامًا: جرعة واحدة

للإحاطية التشريحية أو الوظيفية (بما في ذلك فقر الدم المنجلي)، عدوى فيروس HIV، نقص المناعة المستمر في مكورات الممتمة، أو استخدام منبّهات الممتمة (مثل eculizumab و ravulizumab):

#### \*Menveo

- الجرعة 1 في العمر 2 شهر: سلسلة من 4 جرعات (3 جرعات إضافية في سن 4 و 6 و 12 شهرًا)
- الجرعة 1 في العمر 3-6 أشهر: سلسلة من 3 أو 4 جرعات (تُعطى الجرعة 2 [و3 عند الاقتضاء] بعد ما لا يقل عن 8 أسابيع من الجرعة السابقة إلى أن تُعطى جرعة عند عمر 7 أشهر أو أكثر، ثم تُعطى جرعة إضافية بعد ذلك بفاصل لا يقل عن 12 أسبوعًا وبعد بلوغ عمر 12 شهرًا)
- الجرعة 1 في سن 7-23 شهرًا: سلسلة من 2 جرعة (تُعطى الجرعة 2 بعد ما لا يقل عن 12 أسبوعًا من الجرعة 1 وبعد بلوغ عمر 12 شهرًا)
- الجرعة 1 في سن 24 شهرًا أو أكبر: سلسلة من 2 جرعة بفاصل لا يقل عن 8 أسابيع

#### \*MenQuadfi

- الجرعة 1 في سن 24 شهرًا أو أكبر: سلسلة من 2 جرعة بفاصل لا يقل عن 8 أسابيع

السفر إلى البلدان التي تعاني من مرض فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو وباء المكورات السحائية، بما في ذلك البلدان التي تعيش في حزام التهاب السحايا الأفريقي أو خلال فترة الحج

([www.cdc.gov/travel/](http://www.cdc.gov/travel/)):

- الأطفال دون سن 24 شهرًا:

#### - (العمر 2-23 شهرًا) \*Menveo

- الجرعة 1 في العمر 2 شهر: سلسلة من 4 جرعات (3 جرعات إضافية في سن 4 و 6 و 12 شهرًا)

- الجرعة 1 في العمر 3-6 أشهر: سلسلة من 3 أو 4 جرعات (تُعطى الجرعة 2 [و3 عند الاقتضاء] بعد ما لا يقل عن 8 أسابيع من الجرعة السابقة إلى أن تُعطى جرعة عند عمر 7 أشهر أو أكثر، ثم تُعطى جرعة إضافية بعد ذلك بفاصل لا يقل عن 12 أسبوعًا وبعد بلوغ عمر 12 شهرًا)

- الجرعة 1 في سن 7-23 شهرًا: سلسلة من 2 جرعة (تُعطى الجرعة 2 بعد ما لا يقل عن 12 أسبوعًا من الجرعة 1 وبعد بلوغ عمر 12 شهرًا)

## الملاحظات

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

### التطعيم ضد المكورات الرئوية A، C، W، Y

- يُتبع

• الأطفال الذين تبلغ أعمارهم عامين أو أكثر: جرعة واحدة Menveo \* أو MenQuadfi  
طلاب السنة الجامعية الأولى المقيمون في السكن الجامعي (إذا لم يكونوا قد تلقوا التطعيم سابقًا بعمر 16 سنة أو أكثر) أو المجننون العسكريون: جرعة واحدة Menveo \* أو MenQuadfi

تطعيم الأطفال البالغين الذين تلقوا MenACWY قبل سن 10 سنوات:

• الأطفال الذين يُوصى بإعطائهم جرعات مُعززة بسبب استمرار ارتفاع خطر الإصابة بمرض المكورات السحائية (مثل المصابين بنقص مكوثات المناعة، أو عدوى HIV، أو اللاتحالية): اتباع جدول الجرعات المُعززة الموصى به للأشخاص المعرضين لخطر متزايد.

• الأطفال الذين لا يُوصى بإعطائهم جرعات مُعززة (مثل طفل سليم تلقى جرعة واحدة بسبب السفر إلى بلد يتوطن فيه مرض المكورات السحائية): يُعطى لقاح MenACWY وفق جدول تطعيم المراهقين الموصى به، بحيث تُعطى الجرعة الأولى بعمر 11-12 سنة والجرعة الثانية بعمر 16 سنة.

\* لدى Menveo تركيبتان: مُجُود بالتجميد ومسال. لا ينبغي استخدام التركيبة السائلة قبل سن 10 سنوات، يُرجى الاطلاع على -Menveo-single- [www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial-presentation.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial-presentation.pdf)

ملاحظة: للاطلاع على توصيات الجرعات المُعززة للقاح MenACWY للغات المذكورة ضمن "الحالات الخاصة" وفي سياق التفني، إضافة إلى معلومات أخرى حول تطعيم المكورات السحائية، يُرجى مراجعة: [www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/r6909a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/r6909a1.htm).

قد يتلقى الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 10 سنوات أو أكثر جرعة واحدة من Penbraya كبديل لإدارة المنفصلة لـ MenACWY و MenB عندما يتم إعطاء كلا التطعيمين في نفس يوم العيادة (انظر قسم "التطعيم ضد المكورات الرئوية ب" أدناه لمزيد من المعلومات).

مساحة بيضاء  
تُركت فارغة  
قصداً

### التطعيم ضد المكورات الرئوية ب

(الحد الأدنى للعمر: 10 سنوات MenB-4C, Bexsero; MenB- FHbp, Trumenba; MenACWY-TT/MenB-FHbp, (Penbraya))

#### اتخاذ القرار السريري المشترك

• المراهقون غير المعرضين لخطر متزايد بعمر 16-23 سنة (العمر المفضل 16-18 سنة)\*، وذلك بناءً على اتخاذ القرار السريري المشترك.

• Bexsero و Trumenba (استخدم نفس العلامة التجارية لجميع الجرعات): سلسلة من 2 جرعة بفواصل لا يقل عن 6 أشهر (إذا أعطيت الجرعة 2 قبل مرور 6 أشهر، تُعطى جرعة 3 بعد ما لا يقل عن 4 أشهر من الجرعة 2)

\* تحسين الحماية السريعة (على سبيل المثال، للطلاب الذين يبدؤون الكلية في أقل من 6 أشهر)، يمكن إدارة سلسلة من 3 جرعات (0، 2-1، 6 أشهر).

للحصول على معلومات إضافية حول اتخاذ القرار السريري المشترك حول MenB، يُرجى الاطلاع على [www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/isd-job-aid-scdm-mening-b-shared-clinical-decision-making.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/isd-job-aid-scdm-mening-b-shared-clinical-decision-making.pdf)

#### حالات خاصة

اللاتحالية التشريحية أو الوظيفية (بما في ذلك فقر الدم المنجلي)، النقص المستمر في مكوثات المناعة، أو استخدام مثبطات المناعة (مثل [eculizumab](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/r6909a1.htm)، [ravulizumab](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/r6909a1.htm)).

• Bexsero و Trumenba (يجب استخدام نفس العلامة التجارية لجميع الجرعات، بما في ذلك الجرعات المُعززة) سلسلة من 3 جرعات عند 0، و 2-1، و 6 أشهر (إذا أعطيت الجرعة 2 بعد مرور ما لا يقل عن 6 أشهر على الجرعة 1، فلا حاجة إلى الجرعة 3؛ وإذا أعطيت الجرعة 3 قبل مرور 4 أشهر من الجرعة 2، فيجب إعطاء جرعة 4 بعد ما لا يقل عن 4 أشهر من الجرعة 3)

للحصول على توصيات الجرعة المُعززة MenB للمجموعات المدرجة تحت "الحالات الخاصة" وفي حالة تفشي المرض ومعلومات تطعيم إضافية بالمكورات السحائية، يُرجى الاطلاع على [www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/r6909a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/r6909a1.htm).

ملاحظة: يمكن إعطاء لقاحات MenB بالتزامن مع لقاحات MenACWY إذا لزم الأمر، ولكن في موقع تشريحي مختلف، إذا كان ذلك ممكناً.

يمكن للأطفال بعمر 10 سنوات أو أكثر تلقى جرعة من-MenB-4C (MenACWY-TT/MenB-4C) كبديل عن إعطاء لقاحي MenACWY و MenB بشكل منفصل عندما يكون من المقرر إعطاء اللقاحين في اليوم نفسه بالعيادة. بالنسبة للأطفال الموهلين للعمر غير المعرضين لخطر متزايد ، إذا تم استخدام Penbraya للجرعة 1 MenB ، يجب إعطاء Trumenba (MenB-FHbp) للجرعة 2 MenB. بالنسبة للأطفال الموهلين للعمر المعرضين بشكل أكبر لخطر الإصابة بمرض المكورات السحائية ، يمكن استخدام Penbraya لجرعات MenACWY و MenB الإضافية (بما في ذلك الجرعات المُعززة) إذا تم إعطاء كلاهما في نفس يوم العيادة وقد انقضى 6 أشهر على الأقل منذ آخر جرعة Penbraya.

### تطعيم monkeypox

(الحد الأدنى للسِّن: 18 سنة [Jynneos])

#### حالات خاصة

• العمر 18 عامًا ومخاطر الإصابة بعدوى جدي القردة: استكمال سلسلة من جرعتين بفواصل 28 يومًا بينهما. تشمل عوامل الخطورة لدخول جدي القردة:

- المثليون، أو مزدوجو الميول الجنسية، أو غيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال (MSM)، أو أي شخص مارس الجنس مع مثليين أو مزدوجي الميول الجنسية أو غيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والذين خلال الأشهر الستة الماضية كان لديهم أحد مما يلي:

. تشخيص جديد لمرض واحد على الأقل ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي

. أكثر من شريك جنسي واحد

. ممارسة الجنس في مكان مخصص للدعارة

. ممارسة الجنس بالتزامن مع فعالية عامة كبيرة في منطقة جغرافية تشهد انتقال عدوى جدي القردة.

- الأشخاص الذين هم شركاء جنسيون للأشخاص المذكورين أعلاه

- الأشخاص الذين يتوقعون حدوث أي من الحالات المذكورة أعلاه

• الحمل: لا توجد حاليًا توصية من برنامج ACIP باستخدام Jynneos في الحمل بسبب عدم وجود بيانات سلامة لدى النساء الحوامل. يمكن للنساء الحوامل اللواتي لديهن أي عامل من عوامل الخطر المذكورة أعلاه تلقي Jynneos.

للحصول على معلومات تفصيلية، يُرجى الاطلاع على - [www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html](http://www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html)

مساحة بيضاء  
تُركت فارغة  
قصداً

التطعيم ضد المكورات الرئوية

(الحد الأدنى للسِّن: 6 أسابيع [PCV20]، [PCV15]؛ سنتان [PPSV23])

التطعيم الروتيني مع PCV

- سلسلة من 4 جرعات تُعطى في عمر 2، 4، 6، و12-15 شهراً.

التطعيم الاستدراكي بلقاح PCV

- الأطفال الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين 2 إلى 4 سنوات ولديهم أي سلسلة غير مكتملة\*  
سلسلة PCV: جرعة واحدة PCV
- وللإطلاع على إرشادات المتابعة الأخرى، انظر الجدول 2.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال غير المعرضين لحالات خطيرة، لا يُوصى بلقاح PCV20 إذا كانوا قد تلقوا 4 جرعات من PCV13 أو PCV15 أو سلسلة كاملة مناسبة للعمر من لقاحات PCV الأخرى.

حالات خاصة

الأطفال والمراهقون المصابون بتسرب السائل الدماغي الشوكي؛ أو مرض قلبي مزمن؛ أو مرض كلوي مزمن (باستثناء الفسيل الكلوي الصناعي ومتلازمة النفروز)؛ أو مرض كبدي مزمن؛ أو مرض رئوي مزمن (بما في ذلك الربو المتوسط المستمر أو الشديد المستمر)؛ أو زراعة قوقعة الأذن؛ أو داء السكري:

العمر 2-5 سنوات

- أي سلسلة PCV غير مكتملة مع:

- 3 جرعات PCV: 1 جرعة PCV (على الأقل 8 أسابيع بعد أحدث جرعة PCV)

- أقل من 3 جرعات PCV: جرعتان من لقاح PCV (تُعطى بعد ما لا يقل عن 8 أسابيع من أحدث جرعة سابقة، وبفاصل لا يقل عن 8 أسابيع بين الجرعتين).

- تم الانتهاء من سلسلة PCV الموصى بها ولكن لم تتلق PPSV23.

- تلقى سابقاً 1 جرعة على الأقل من PCV20: لا حاجة إلى المزيد من جرعات PCV أو PPSV23

- لم يتم تلقي PCV20 مسبقاً: إعطاء جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من لقاح PCV.

العمر 18-6 عامًا

- لم تتلق مسبقاً أي جرعة من PCV13 أو PCV15 أو PCV20: إدارة 1 جرعة من PCV15 أو PCV20. إذا استُخدم PCV15 ولم يكن قد تم تلقي PPSV23 سابقاً، تُعطى جرعة واحدة من PPSV23 بعد ما لا يقل عن 8 أسابيع من جرعة PCV15.

- تلقى PCV قبل سن 6 سنوات ولكن لم يتلق PPSV23

- تلقى سابقاً 1 جرعة على الأقل من PCV20: لا حاجة إلى المزيد من جرعات PCV أو PPSV23

- في حال عدم تلقي PCV20 سابقاً: تُعطى جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من لقاح PCV.

- تلقى PCV13 فقط في أو بعد سن 6 سنوات: إعطاء جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من PCV13.

- تلقى 1 جرعة PCV13 و 1 جرعة PPSV23 في أو بعد سن 6 سنوات: لا توجد جرعات أخرى من أي PCV أو PPSV23 المشار إليها.

الأطفال والمراهقون الخاضعون للفسيل الكلوي المستمر أو المصابون بحالات مُضعفة للمناعة مثل متلازمة النفروز؛ أو اللانحالية الخلقية أو المكتسبة أو خلل وظيفة الطحال؛ أو حالات نقص المناعة الخلقية أو المكتسبة؛ أو الأمراض والحالات التي تُعالج بأدوية مثبطة للمناعة أو بالعلاج الإشعاعي، بما في ذلك الأورام الخبيثة، وسرطانات الدم، والأورام اللمفاوية، ومرض هودجكين، وزراعة الأعضاء الصلبة، أو عدوى HIV، أو فقر الدم المنجلي أو اضطرابات الهيموغلوبين الأخرى:

العمر 2-5 سنوات

- أي سلسلة PCV غير مكتملة:

- 3 جرعات PCV: 1 جرعة PCV (على الأقل 8 أسابيع بعد أحدث جرعة PCV)

- أقل من 3 جرعات PCV: جرعتان من لقاح PCV (تُعطى بعد ما لا يقل عن 8 أسابيع من أحدث جرعة سابقة، وبفاصل لا يقل عن 8 أسابيع بين الجرعتين).

- تم الانتهاء من سلسلة PCV الموصى بها ولكن لم تتلق PPSV23

- تلقى سابقاً 1 جرعة على الأقل من PCV20: لا حاجة إلى المزيد من جرعات PCV أو PPSV23

- لم يتم تلقي PCV20 مسبقاً: إعطاء جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من لقاح PCV. إذا تم استخدام PPSV23، قم بإدارة جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة 2 PPSV23 على الأقل بعد 5 سنوات من الجرعة 1 PPSV23.

العمر 18-6 عامًا

- لم تتلق مسبقاً أي جرعة من PCV13 أو PCV15 أو PCV20: إعطاء جرعة واحدة من PCV15 أو جرعة واحدة من PCV20. إذا استُخدم PCV15 ولم يكن قد تم تلقي PPSV23 سابقاً، تُعطى جرعة واحدة من PPSV23 بعد ما لا يقل عن 8 أسابيع من جرعة PCV15.

- تلقى PCV قبل سن 6 سنوات ولكن لم يتلق PPSV23

- تلقى سابقاً 1 جرعة على الأقل من PCV20: لا تُعطى أي جرعة إضافية من PCV أو PPSV23.

- لم يتم تلقي PCV20 مسبقاً: إعطاء جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من لقاح PCV. إذا استُخدم PPSV23، فتُعطى إما جرعة واحدة من PCV20 أو الجرعة الثانية من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 5 سنوات على الجرعة الأولى من PPSV23.

- تلقى PCV13 فقط في أو بعد سن 6 سنوات: إعطاء جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من PCV13. إذا تم استخدام PPSV23، قم بإدارة جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة 2 PPSV23 على الأقل بعد 5 سنوات من الجرعة 1 PPSV23.

- تلقى 1 جرعة PCV13 و 1 جرعة PPSV23 في أو بعد سن 6 سنوات: إعطاء جرعة واحدة من PCV20 أو جرعة واحدة من PPSV23 بعد مرور ما لا يقل عن 8 أسابيع على أحدث جرعة من PCV13. وبعد ما لا يقل عن 5 سنوات على الجرعة الأولى من PPSV23.

الحمل: لا توجد توصية لـ PCV أو PPSV23 بسبب محدودية البيانات. يمكن العثور على ملخص البيانات الموجودة حول التطعيم ضد المكورات الرئوية أثناء الحمل على الموقع الإلكتروني [www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm)

للحصول على إرشادات حول تحديد لقاحات المكورات الرئوية التي يحتاجها المريض ومتى، يُرجى الرجوع إلى تطبيق الهاتف المحمول، الذي يمكن تنزيله من هنا: [wcmcs-wp.cdc.gov/pneumococcal/hcp/vaccine-recommendations/app.html](http://wcmcs-wp.cdc.gov/pneumococcal/hcp/vaccine-recommendations/app.html)

\*سلسلة غير كاملة = عدم تلقي جميع الجرعات إما السلسلة الموصى بها أو سلسلة التطعيم الاستدراكي المناعية للخطر. راجع الجدول 2 في توصيات المكورات الرئوية ACIP على الموقع الإلكتروني [stacks.cdc.gov/view/cdc/133252](http://stacks.cdc.gov/view/cdc/133252)

\*\*عندما يُقرر استخدام كل من لقاحي (PCV15) و (PPSV23)، يتم إعطاء جميع جرعات لقاح (PCV15) أولاً. لا ينبغي تلقي PCV15 و PPSV23 خلال نفس الزيارة.

## الملاحظات

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

### التطعيم ضد فيروس شلل الأطفال (الحد الأدنى للسِّن: 6 أسابيع)

#### التطعيم الروتيني

- سلسلة من أربع جرعات عند أعمار 2 و4 و6-18 شهرًا، و 4-6 سنوات؛ تُعطى الجرعة النهائية عند عمر 4 سنوات أو بعده ويفاصل لا يقل عن 6 أشهر من الجرعة السابقة.
- يمكن إعطاء 4 جرعات أو أكثر من IPV قبل سن 4 سنوات عند استخدام لقاح مركب يحتوي على IPV. ومع ذلك، لا تزال الجرعة موصى بها عند عمر 4 سنوات أو بعده ويفاصل لا يقل عن 6 أشهر من الجرعة السابقة.

#### التطعيم الاستكراكي

- خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة، تُستخدم الأعمار الدنيا والفواصل الزمنية الدنيا فقط في حال السفر إلى منطقة يتوطن فيها شلل الأطفال أو أثناء حدوث تفشي.
- المراهقون بعمر 18 سنة المعروف أو المشتبه بأنهم غير مُطعّمين أو لم يستكملوا التطعيم: إعطاء الجرعات المتبقية (1) جرعة أو 2 جرعة أو 3 جرعات من IPV) لاستكمال السلسلة الأولية المكونة من 3 جرعات. \*ما لم توجد أسباب محددة للاعتقاد بعدم تلقيهم التطعيم، يمكن لمعظم الأشخاص بعمر 18 سنة أو أكثر والمولودين والنشأة في الولايات المتحدة افتراض أنهم تلقوا التطعيم ضد شلل الأطفال في طفولتهم.
- سلسلة تحتوي على لقاح فيروس شلل الأطفال الفموي (OPV)، إما سلسلة OPV-IPV مختلطة أو OPV-فقط:
- إجمالي عدد الجرعات المطلوبة لاستكمال السلسلة هو نفس العدد الموصى به في جدول لقاح IPV المعتمد في الولايات المتحدة.
- [www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6.htm?s\\_%20cid=mm6601a6\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6.htm?s_%20cid=mm6601a6_w).
- لا يُحتسب ضمن متطلبات التطعيم في الولايات المتحدة إلا لقاح شلل الأطفال الفموي الثلاثي (tOPV).
- يُحتسب جرعات لقاح شلل الأطفال الفموي (OPV) التي أعطيت قبل 1 أبريل 2016 (ما لم يُذكر صراحة أنها أعطيت ضمن حملة تطعيم).
- لا يُحتسب جرعات لقاح شلل الأطفال الفموي (OPV) التي أعطيت في أو بعد 1 أبريل 2016.
- للحصول على إرشادات تقييم الجرعات الموقّعة كـ "OPV"، اطلع على [www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?s\\_cid=mm6606a7\\_w](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?s_cid=mm6606a7_w).
- وللاطلاع على إرشادات المتابعة الأخرى، انظر الجدول 2.

#### حالات خاصة

- **الأطفال الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا والذين يعانون من خطر التعرض المتزايد لفيروس شلل الأطفال والسلسلة الأولية الكاملة\*\*:** يمكن إعطاء جرعة مُعزّزة واحدة من لقاح IPV مدى الحياة.
- **ملاحظة:** تتألف السلسلة الأولية الكاملة من 3 جرعات على الأقل من IPV أو لقاح فيروس الورم الحليمي الفموي ثلاثي التكافؤ (tOPV) في أي مجموعة.
- للحصول على معلومات مفصلة، راجع: [www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html)

### التحصين ضد الفيروس المخلوي التنفسي (RSV) (الحد الأدنى للسِّن: الولادة [Nirsevimab، RSV-mAb، Beyfortus])

#### التطعيم الروتيني

- **المراهقون المولودون في أكتوبر - مارس في معظم أنحاء الولايات المتحدة القارية\***
- لم تتلقَ الأم لقاح RSV، أو أن حالة تلقي الأم للقاح RSV غير معروفة، أو أن الأم تلقت لقاح RSV خلال حمل سابق: إعطاء جرعة واحدة من nirsevimab خلال أسبوع واحد من الولادة—يُفضّل أثناء فترة التنويم بالمستشفى عند الولادة.
- تلقت الأم لقاح RSV قبل الولادة بـ أقل من 14 يومًا: إعطاء جرعة واحدة من nirsevimab خلال أسبوع واحد من الولادة—يُفضّل أثناء فترة التنويم بالمستشفى عند الولادة.
- تلقت الأم لقاح RSV قبل الولادة بما لا يقل عن 14 يومًا: nirsevimab غير مطلوب ولكن يمكن النظر فيه في ظروف نادرة وفقًا لتقدير مقدمي الرعاية الصحية (انظر [www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html))
- **الرضع المولودون بين أبريل وسبتمبر في معظم الولايات المتحدة القارية\***
- لم تتلقَ الأم لقاح RSV، أو أن حالة تلقي الأم للقاح RSV غير معروفة، أو أن الأم تلقت لقاح RSV خلال حمل سابق: \*إعطاء جرعة واحدة من nirsevimab قبيل بدء موسم RSV مباشرة. \*\*
- تلقت الأم لقاح RSV قبل الولادة بـ أقل من 14 يومًا: \*إعطاء جرعة واحدة من nirsevimab قبيل بدء موسم RSV مباشرة. \*\*
- تلقت الأم لقاح RSV قبل الولادة بما لا يقل عن 14 يومًا: nirsevimab غير مطلوب ولكن يمكن النظر فيه في ظروف نادرة وفقًا لتقدير مقدمي الرعاية الصحية (انظر [www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html))

الرضع الذين خضعوا لإقامة طويلة في المستشفى بعد الولادة\*\* (على سبيل المثال، بسبب الولادة المبكرة) وتم خروجهم بين أكتوبر ومارس، يجب تحصينهم قبل الخروج بوقت قصير أو فور الخروج من المستشفى.

#### حالات خاصة

- **الأطفال بعمر 8-19 شهرًا المصابون بمرض رنوي مزمن ناتج عن الخداج ويتطلب دعمًا طبيًا (مثل العلاج المزمن بالأكسجين أو مزلات البول، أو الأكسجين الإضافي) في أي وقت خلال فترة الستة أشهر السابقة لبدء موسم RSV الثاني؛ أو لديهم نقص مناعي شديد؛ أو تليف كبدي مع إعاقة قلبية مع إعاقة القلب من الشريحة السنوية العاشرة أو مظاهر لمرض رنوي شديد (مثل دخول سابق للمستشفى بسبب تفاقم رنوي خلال الستة الأولى من العمر أو وجود تشوهات في تصوير الصدر تستمر حتى في حالات استقرار الحالة)\*\*:**
- إعطاء جرعة واحدة من nirsevimab قبيل بدء موسم RSV الثاني مباشرة\*
- **الأطفال بعمر 8-19 شهرًا من الأمريكيين الأصليين أو سكان الاسكا الأصليين:** إعطاء جرعة واحدة من nirsevimab قبيل بدء موسم RSV الثاني مباشرة\*
- **الموئلون عمرًا والذين يخضعون لعلاج قلبية باستخدام المجرة القلبية الرئوية\*\*:** إعطاء جرعة إضافية واحدة من nirsevimab بعد الجراحة. اطلع على [www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2023/761328s0001bl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s0001bl.pdf)
- **ملاحظة:** على الرغم من أن توقيت بدء موسم RSV ومنته قد يختلفان، يُوصى بإعطاء nirsevimab خلال الفترة من أكتوبر إلى مارس في معظم مناطق الولايات المتحدة القارية (يُفضّل خلال أكتوبر إلى نوفمبر أو خلال أسبوع واحد من الولادة). ينبغي لمقدمي الرعاية الصحية في الولايات القضائية التي تختلف فيها موسمية RSV عن معظم مناطق الولايات المتحدة القارية (مثل الاسكا أو المناطق ذات المناخ الاستوائي) اتباع إرشادات سلطات الصحة العامة (مثل CDC وبنائير الصحة) أو المراكز الطبية الإقليمية بشأن توقيت الإعطاء، وذلك استنادًا إلى موسمية RSV المحلية.
- **ملاحظة:** يمكن إعطاء Nirsevimab للأطفال المؤهلين لتلقي palivizumab. لا ينبغي للأطفال الذين تلقوا nirsevimab أن يتلقوا palivizumab خلال موسم RSV نفسه.
- للحصول على مزيد من التوجيه، يُرجى الرجوع إلى [www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7234a4.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7234a4.htm) و [www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

مساحة بيضاء  
تُركت فارغة  
قصدًا

## الملاحظات

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

### التطعيم ضد الفيروس المخلوي التنفسي (RSV) (RSV [Abrysvo])

#### التطعيم الروتيني

- النساء الحوامل من عمر حملي 32 أسبوعًا و0 يوم حتى 36 أسبوعًا و6 أيام، خلال الفترة من سبتمبر حتى يناير في معظم مناطق الولايات المتحدة القارية؛\* 1 جرعة Abrysvo. إعطاء لقاح RSV بغض النظر عن عدوى RSV السابقة.
- يُوصى إما بتطعيم الأم ضد RSV باستخدام Abrysvo أو بتحصين الرضيع باستخدام nirsevimab (جسم مضاد أحادي النسيلة ضد RSV) للوقاية من مرض الفيروس المخلوي التنفسي الشديد لدى الرضع.
- جميع النساء الحوامل الأخريات: لقاح RSV غير موصى به
- الحمل اللاحق: لا يُوصى بإعطاء جرعات إضافية. ولا تتوفر بيانات الإبلّاج ما إذا كانت هناك حاجة إلى جرعات إضافية في حالات الحمل اللاحقة. يجب أن يتلقى الرضع المولودون لنساء حوامل تلقين لقاح RSV خلال حمل سابق nirsevimab.
- ملاحظة: ينبغي لمقدمي الرعاية الصحية في الولايات القضائية التي تختلف فيها موسمية RSV عن معظم مناطق الولايات المتحدة القارية (مثل الاسكا أو المناطق ذات المناخ الاستوائي) اتباع إرشادات سلطات الصحة العامة (مثل CDC ودوائر الصحة) أو المراكز الطبية الإقليمية بشأن توقيت الإعطاء، وذلك استنادًا إلى موسمية RSV المحلية.

### التطعيم ضد فيروس الروتا (الحد الأدنى للسّن: 6 أسابيع)

#### التطعيم الروتيني

- Rotarix: سلسلة من 2 جرعة عند عمر شهرين و4 أشهر
- RotaTeq: سلسلة من 3 جرعات في العمر 2، و4 و6 أشهر
- إذا كانت أي جرعة في السلسلة هي RotaTeq أو كانت غير معروفة، فيُعمد نظام سلسلة من 3 جرعات افتراضيًا.
- التطعيم الاستدراكي
- لا تبدأ سلسلة التطعيم عند عمر 15 أسبوعًا و0 يوم أو بعده.
- الحد الأقصى للعمر للجرعة النهائية هو 8 أشهر، 0 أيام.
- وللإطلاع على إرشادات المتابعة الأخرى، انظر الجدول 2.

### التطعيم ضد جدي الماء (الحماق) (الحد الأدنى للسّن: 12 شهرًا)

#### التطعيم الروتيني

- سلسلة جرعتين في العمر 12-15 شهرًا ، 4-6 سنوات
- يمكن إعطاء الجرعة الثانية في وقت مبكر يصل إلى 3 أشهر بعد الجرعة الأولى (وُحُتسب الجرعة التي أعطيت عن غير قصد بعد مرور 4 أسابيع على الأقل كجرعة صالحة).

#### التطعيم الاستدراكي

- تأكد من أن الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و18 عامًا دون دليل على الحصانة (انظر MMWR على [www.cdc.gov/mmwr/pdf/r/r5604.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/r/r5604.pdf)) يتمتعون بسلسلة 2 جرعة:
- العمر 12-7 عامًا: الفترة الروتينية: 3 أشهر (وُحُتسب الجرعة التي أعطيت عن غير قصد بعد مرور 4 أسابيع على الأقل كجرعة صالحة)
- العمر 13 عامًا فما فوق: الفترة الروتينية: 4-8 أسابيع (الفترة الدنيا: 4 أسابيع)

**ملاحظة:** MMRV غير موصى به للأعمار 12-47 شهرًا أو الأعمار 13-18 سنة (إدارة لقاحات MMR والحماق بشكل منفصل لهذه الفئات العمرية). الحد الأدنى الفاصل بين جرعات MMRV هو 3 أشهر.

مساحة بيضاء  
تُركت فارغة  
قصداً

#### التطعيم الروتيني

- العمر 11-12 عامًا: 1 جرعة Tdap (المعززة للبالغين)
- الحمل: جرعة واحدة من Tdap خلال كل حمل، ويُفضّل إعطاؤها في الجزء المبكر من الأسابيع الحملية 27-36

ملاحظة: يمكن إعطاء Tdap بغض النظر عن الفاصل الزمني منذ آخر لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز والذفتيريا.

#### التطعيم الاستدراكي

- العمر 18-13 عامًا لم يتلقوا Tdap:
- 1 جرعة Tdap (المعززة للبالغين)
- العمر 18-7 عامًا غير ملتح بالكاملاً مع DTaP: 1 جرعة من Tdap كجزء من سلسلة التطعيم الاستدراكي (ويُفضّل أن تكون الجرعة الأولى)؛ وإذا كانت هناك حاجة إلى جرعات إضافية، فيُستخدم Td أو Tdap.
- إعطاء لقاح Tdap بعمر 7-10 سنوات:
- الأطفال بعمر 9-7 سنوات الذين يتلقون لقاح Tdap يجب أن يتلقوا جرعة Tdap المعززة للمراهقين عند عمر 11-12 سنة
- الأطفال بعمر 10 سنوات الذين يتلقون لقاح Tdap لا يحتاجون إلى جرعة Tdap المعززة للمراهقين عند عمر 11-12 سنة
- إعطاء لقاح DTaP عن طريق الخطأ عند عمر 7 سنوات أو بعده:
- العمر 9-7 سنوات: قد يتم احتساب DTaP كجزء من سلسلة التطعيم الاستدراكي. إعطاء جرعة Tdap المعززة للمراهقين عند عمر 11-12 سنة.
- العمر 18-10 عامًا: تُحتسب جرعة DTaP كجرعة Tdap المعززة للمراهقين.
- وللإطلاع على إرشادات المتابعة الأخرى، انظر الجدول 2.

#### حالات خاصة

- إدارة الجروح لدى الأشخاص بعمر 7 سنوات أو أكثر ممن لديهم تاريخ تلقى 3 جرعات أو أكثر من لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز: للجروح البسيطة، يُعطى Tdap أو Td إذا مضى أكثر من 10 سنوات على آخر جرعة من لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز؛ أما جميع أنواع الجروح الأخرى، فيُعطى Tdap أو Td إذا مضى أكثر من 5 سنوات على آخر جرعة من لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز. يفضل Tdap للأشخاص البالغين من العمر 11 عامًا أو أكبر الذين لم يتلقوا Tdap من قبل أو الذين تاريخ Tdap غير معروف. إذا كان لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز مُشارًا إليه لمراقبة حامل، فيُستخدم Tdap.
- للحصول على معلومات تفصيلية، يُرجى الإطلاع على [www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm).
- يُعد الشخص مكتمل التطعيم = إذا تلقى 5 جرعات صحيحة من DTaP أو 4 جرعات صحيحة من DTaP إذا أعطيت الجرعة الرابعة بعمر 4 سنوات أو أكثر

الملحق

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

إرشادات مواقع الاستعمال والاحتياطات اللازمة للتطعيمات الشائعة

مقتبس من الجدول 4-1 في المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التطعيم الصادرة عن اللجنة الاستشارية المعنية بممارسات التطعيم (ACIP): التطعيم والاحتياطات والوقاية من الإنفلونزا الموسمية مع اللقاحات: توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين — الولايات المتحدة، موسم إنفلونزا 2024-25 | MMWR (cdc.gov). و مواع الاستعمال والاحتياطات الخاصة بلقاح كوفيد-19.

| اللقاحات وغيرها أدوية المناعة                                          | مواع الاستطباب أو غير موصى به؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | الاحتياطات <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تطعيمات COVID-19 mRNA Comirnaty • mNexspike • Spikevax                 | • تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات لقاح كوفيد-19: القاتم على mRNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | • حساسية غير شديدة متشخصة (مثل التشرى "ملتح جلدي" خارج موضع الحقن) تجاه أحد مكونات لقاح <sup>3</sup> mRNA COVID-19؛ أو تفاعل تحسسي فوري غير شديد (بداية خلال أقل من 4 ساعات) بعد إعطاء جرعة سابقة من لقاح mRNA COVID-19<br>• التهاب عضلة القلب أو التهاب الحوصلية في غضون 3 أسابيع بعد جرعة من أي لقاح كوفيد-19<br>• متلازمة التهاب متعدد الأجهزة لدى الأطفال (MIS-C) أو متلازمة التهاب متعدد الأجهزة لدى البالغين (MIS-A)<br>• مرض معتدل أو حاد، مع حمى أو بدونها                                           |
| لقاح COVID-19 القائم على الوحدات البروتينية Nuvaxovid                  | • تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات لقاح COVID-19 Nuvaxovid <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | • الحساسية غير الشديدة للتشخيص (على سبيل المثال، التشرى خارج موقع الحقن) إلى مكون من Nuvaxovid <sup>3</sup> أو رد فعل تحسسي غير حاد (أقل من 4 ساعات) بعد إعطاء جرعة سابقة من Nuvaxovid<br>• التهاب عضلة القلب أو التهاب الحوصلية في غضون 3 أسابيع بعد جرعة من أي لقاح كوفيد-19<br>• متلازمة التهاب متعدد الأجهزة لدى الأطفال (MIS-C) أو متلازمة التهاب متعدد الأجهزة لدى البالغين (MIS-A)<br>• مرض معتدل أو حاد، مع حمى أو بدونها                                                                            |
| الإنفلونزا، مُعطَّل قائم على البيض، للحقن (IIV3)                       | • تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة من أي لقاح للإنفلونزا (أي أي IIV قائم على البيض، أو ccliv، أو RIV، أو LAIV بأي تكافؤ)<br>• تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) تجاه أي مكون من مكونات اللقاح <sup>3</sup> (باستثناء البيض)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | • الإصابة بمتلازمة غيلان باريه (GBS) خلال 6 أسابيع من تلقي جرعة سابقة من أي نوع من لقاحات الإنفلونزا.<br>• مرض حاد متوسط أو شديد مع الحصى أو بدونها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| الإنفلونزا، مُعطَّل قائم على زراعة الخلايا، للحقن (ccIIV3) [FluceIvax] | • تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) تجاه أي لقاح ccIIV بأي تكافؤ، أو تجاه أي مكون <sup>3</sup> من ccIIV3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد جرعة سابقة من أي نوع من لقاحات الإنفلونزا<br>• الأشخاص الذين لديهم تاريخ من تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة من أي لقاح إنفلونزا قائم على البيض (IIV)، أو RIV، أو LAIV بأي تكافؤ. في حال استخدام ccIIV3، يُعطى اللقاح في منشأة طبية وتحت إشراف مقدم رعاية صحية قادر على التعرف على التفاعلات التحسسية الشديدة والتعامل معها. قد تتم استشارة اختصاصي الحساسية.<br>• مرض حاد متوسط أو شديد مع الحصى أو بدونها                                      |
| الإنفلونزا، مُعاد التركيب، للحقن (RIV3) [Flublok]                      | • تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) تجاه أي لقاح RIV بأي تكافؤ، أو تجاه أي مكون <sup>3</sup> من RIV3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | • متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد جرعة سابقة من أي نوع من لقاحات الإنفلونزا<br>• الأشخاص الذين لديهم تاريخ من تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة من أي لقاح إنفلونزا قائم على البيض (IIV)، أو ccliv، أو LAIV بأي تكافؤ. في حال استخدام RIV3، يُعطى اللقاح في منشأة طبية وتحت إشراف مقدم رعاية صحية قادر على التعرف على التفاعلات التحسسية الشديدة والتعامل معها. قد تتم استشارة اختصاصي الحساسية.<br>• مرض حاد متوسط أو شديد مع الحصى أو بدونها                                      |
| الإنفلونزا، حن مُشكَّف (LAIV3) [Flumist]                               | • تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة من أي لقاح للإنفلونزا (أي لقاح إنفلونزا قائم على البيض (IIV)، أو ccliv، أو RIV، أو LAIV بأي تكافؤ)<br>• تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) تجاه أي مكون من مكونات اللقاح <sup>3</sup> (باستثناء البيض)<br>• الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2-4 سنوات مع تاريخ الربو أو الصغير<br>• فقدان الطحال التشريحي أو الوظيفي<br>• نقص المناعة لأي سبب، بما في ذلك — على سبيل المثال لا الحصر — الأدوية وعوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)<br>• المخاطون المعزّون أو مقيموا الرعاية للأشخاص ذوي نقص المناعة الشديد الذين يتطلّون بيئة محمية<br>• الحمل<br>• زراعة القوقعة<br>• اتصال نشط بين المسائل الدماغية النخاعية (CSF) والبُلوعم القموي، أو البُلوعم الأنفي، أو الأنف، أو الأذن، أو أي تسرب آخر للسائل الدماغية النخاعية للحقن.<br>• الأطفال والمراهقون الذين يتناولون الأسبرين أو الأدوية المحتوية على الساليسيلات<br>• تلقى أدوية مضادات فيروس الإنفلونزا oseltamivir أو zanamivir خلال الـ48 ساعة السابقة، أو peramivir خلال الأيام الخمسة السابقة، أو baloxavir خلال الأيام السبعة عشر السابقة | • متلازمة غيلان باريه (GBS) في غضون 6 أسابيع بعد جرعة سابقة من أي نوع من لقاحات الإنفلونزا<br>• الربو أو الأشخاص البالغين من العمر 5 سنوات أو أكثر<br>• الأشخاص الذين لديهم حالات طبية كاملة غير تلك المذكورة لمضاعفات بعد الإصابة بعوى فيروس الإنفلونزا البري، مثل: أمراض الرئة المزمنة، والقلب والأوعية الدموية (باستثناء ارتفاع ضغط الدم المعزول)، والكلى، والكبد، والجهاز العصبي، واضطرابات الدم، أو الاضطرابات الاستقلابية (إما على ناء تلك الدم السكري).<br>• مرض حاد متوسط أو شديد مع الحصى أو بدونها |

- عندما يكون هناك مواقع، يجب عدم إعطاء اللقاح. ACIP. Kroger A, Bahta L, Hunter P. المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التطعيم الصادرة عن ACIP.
- عند وجود احتياطات، ينبغي تأجيل التطعيم عمومًا، لكنه قد يكون مُشارًا إليه إذا كانت فائدة الحماية التي يوفرها اللقاح تفوق خطر حدوث تفاعل ضار. ACIP. Kroger A, Bahta L, Hunter P. المبادئ التوجيهية العامة لأفضل ممارسات التطعيم الصادرة عن ACIP.
- ينبغي على مقدمي خدمات التطعيم مراجعة معلومات الوصف المعتمدة من FDA للحصول على أكمل وأحدث المعلومات، بما في ذلك مواع الاستطباب والتحذيرات والاحتياطات. اطلع على النشرات الداخلية المرفقة بعوات اللقاحات المرخصة في الولايات المتحدة.

**الملحق**

جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

| اللقاحات وغيرها<br>الدوية المناعية                                               | موانع الإستقبال أو غير موصى به <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | الاحتياطات <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| حمى الضنك (DENV4CVD)                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>نقص المناعة الشديد (معلن: الأورام الدموية والأورام الصلبة، وقلبي العلاج الكيماوي، ونقص المناعة الخلقي، والملاج طويل الأمد بمطهرات المناعة، أو المرضي المصابين بغيروص نقص المناعة البشرية (HIV) الذين يعانون من ضعف شديد في المناعة).</li><li>عدم وجود تأكيد مخبري لإصابة سابقة بحمى الضنك</li></ul>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>الحمل</li><li>عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) دون دليل على نقص مناعة شديد</li><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| دفتيريا (الخناق)، الكزاز، والسعال الديكي (DTaP)                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>اعتلال دماغي (مثل الغيبوبة)، أو انخفاض مستوى الوعي، أو نوبات مطوّلة) غير منسوب إلى سبب آخر قابل للتشديد خلال 7 أيام من إعطاء جرعة سابقة من DTP أو DTaP</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>الإصابة بمتلازمة غيلان باريه (GBS) خلال 6 أسابيع من تلقي جرعة سابقة من لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز.</li><li>تاريخ من تفاعلات فرط تحسس من نمط أرتوس (Arthus-type) بعد جرعة سابقة من لقاح يحتوي على ذيفان الدفتيريا أو ذيفان الكزاز؛ يُؤخّل التطعيم حتى مرور 10 سنوات على الأقل منذ آخر لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز.</li><li>لـ DTaP فقط: اضطراب عصبي تجمعي، بما في ذلك تشنجات الأطفال الرضع، والصرع غير المنضبط، واعتلال القتر الترجي؛ تأجيل DTaP حتى توضيح الوضع العصبي واستقراره.</li><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li></ul> |
| المستدمية النزلية النمط b (Hib)                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>أصغر من عمر 6 أسابيع</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| التهاب الكبد A اختصاراً (HepA)                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>رد فعل تحسسي شديد (مثل فرط الحساسية) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup> بما في ذلك النيوميسين</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>المرض الحاد المتوسط أو الشديد مع وجود حمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| التهاب الكبد الوبائي B                                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup>، بما في ذلك الخميرة</li><li>الحمل: PreHevbro غير موصى به نظراً لعدم توفر بيانات سلامة كافية لدى النساء الحوامل.</li><li>HepB<sup>4</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| لقاح التهاب الكبد A-التهاب الكبد B (HepA-HepB)                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup>، بما في ذلك النيوميسين والخميرة</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>الحمل: لا يُنصح بالتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>العوز المناعي الشديد (على سبيل المثال، الأورام الدموية والصلبة، وقلبي العلاج الكيماوي، والعوز المناعي الخلقي، والعلاج المثبط للمناعة على المدى الطويل أو المرضي الذين يعانون من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من حساسية شديدة)</li><li>الحمل</li><li>تاريخ عائلي لاختلال الكفاءة المناعية، ما لم يُثبت سريريًا أو بالفحوصات المخبرية أن الشخص سليم المناعة.</li><li>لـ MMRV فقط: الإصابة بغيروص نقص المناعة البشرية من أي شدة والأطفال دون سن 4 سنوات</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>تاريخ حديث (112 شهراً) للمنتج به يحتوي على أجسام مضادة (تتعدد الفترة المحددة على نوع المنتج)</li><li>تأثير من قلة الصفائح أو الزفرات قليلة الصفائح، وقلبي العلاج الجذلي (Tuberculin Skin Test) أو اختبار إبطاق الإنترفيرون-غاما (IGRA)</li><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                        |
| الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية والحمق (MMRV)                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>العوز المناعي الشديد (على سبيل المثال، الأورام الدموية والصلبة، وقلبي العلاج الكيماوي، والعوز المناعي الخلقي، والعلاج المثبط للمناعة على المدى الطويل أو المرضي الذين يعانون من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من حساسية شديدة)</li><li>الحمل</li><li>تاريخ عائلي لاختلال الكفاءة المناعية، ما لم يُثبت سريريًا أو بالفحوصات المخبرية أن الشخص سليم المناعة.</li><li>لـ MMRV فقط: الإصابة بغيروص نقص المناعة البشرية من أي شدة والأطفال دون سن 4 سنوات</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>لـ MMRV فقط: تاريخ شخصي أو عائلي (أي أحد الأبناء أو أحد الوالدين) من نوبات اختلال لأي سبب كان</li><li>في حال استخدام MMRV، يُرجى الرجوع إلى Varella/MMRV لطلاء على احتياطات إضافية.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Meningococcal ACWY (MenACWY) MenACWY-CRM (Menveo) MenACWY-TT (MenQuadfi)         | <ul style="list-style-type: none"><li>رد فعل تحسسي شديد (مثل فرط الحساسية) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>لـ ACWY-CRM فقط: تفاعل تحسسي شديد تجاه أي لقاح يحتوي على ذيفان الدفتيريا أو CRM197</li><li>لـ ACWY-TT فقط: رد فعل تحسسي شديد على لقاح يحتوي على توكسيد الكزاز</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>لـ ACWY-CRM فقط: الولادة المبكرة إذا كان عمر أقل من 9 أشهر</li><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| المكورات السحائية B (MenB) المكورات السحائية B (MenB) المكورات السحائية B (MenB) | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>الحمل</li><li>لـ B-4C فقط: حساسية اللاكتوز</li><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| المكورات السحائية B (MenB) المكورات السحائية B (MenB) المكورات السحائية B (MenB) | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض حاد متوسط أو شديد، مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ABCWY (MenACWY-TT/MenB-FHbp) [Penbraya]                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>تفاعل تحسسي شديد تجاه لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض معتدل أو حاد، مع حمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| جدري [Jynneos]                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| اقران المكورات الزنوية (PCV)                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) تجاه أي لقاح يحتوي على ذيفان الدفتيريا أو أحد مكوناته</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| المكورات الزنوية عنيدة السكاريد (PPSV23)                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>الحمل</li><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| لقاح فيروس شلل الأطفال، معطل (IPV)                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| الأجسام المضادة أحادية النسيلة (RSV (RSV-mAb                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| لقاح الفيروص المخاطوي التنفسي (RSV)                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| فيروس روتا (RV) RV1 [Rotarix] RV5 [RotaTeq]                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>العوز المناعي الشديد</li><li>تاريخ من الأفاعيل المعوي</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>اختلال في الكفاءة المناعية بخلاف العوز المناعي الشديد (SCID)</li><li>أمراض الجهاز الهضمي</li><li>RV1 فقط: المتسببة المشقوقة أو انقلاب المثانة إلى الخارج</li><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي الخلوي، تينكوس، دفتيريا                         | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>FortDap فقط: اعتلال دماغي (مثل الغيبوبة)، أو انخفاض مستوى الوعي، أو نوبات مطوّلة) غير منسوب إلى سبب آخر قابل للتشديد خلال 7 أيام من إعطاء جرعة سابقة من DTP أو DTaP أو Tdap</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>موخراً (112 شهراً) استلام منتجات الدم التي تحتوي على الأجسام المضادة (فاسل بعد يعتمد على المنتج)</li><li>تاريخ من تفاعلات فرط تحسس من نمط أرتوس (Arthus-type) بعد جرعة سابقة من لقاح يحتوي على ذيفان الدفتيريا أو ذيفان الكزاز؛ يُؤخّل التطعيم حتى مرور 10 سنوات على الأقل منذ آخر لقاح يحتوي على ذيفان الكزاز.</li><li>لـ FortDap فقط: اضطراب عصبي تجمعي أو غير منتظم، أو نوبات اختلال غير مضبوطة، أو اعتلال دماغي تجمعي إلى أين يتم وضع نظام علاجي واستقرار الحالة.</li><li>مرض حاد متوسط أو شديد مع الحمى أو بدونها</li></ul>         |
| الجدري المائي (VAR)                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح<sup>3</sup></li><li>المرض المناعي الشديد (على سبيل المثال، الأورام الدموية والصلبة، وقلبي العلاج الكيماوي، والعوز المناعي الخلقي، والعلاج المثبط للمناعة على المدى الطويل أو المرضي الذين يعانون من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من حساسية شديدة)</li><li>الحمل</li><li>تاريخ عائلي لاختلال الكفاءة المناعية، ما لم يُثبت سريريًا أو بالفحوصات المخبرية أن الشخص سليم المناعة.</li><li>لـ MMRV فقط: الإصابة بغيروص نقص المناعة البشرية من أي شدة</li></ul>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>استخدام الأسبرين أو المشتقات التي تحتوي على الأسبرين</li><li>مرض متوسط أو حاد مع الحمى أو بدونها</li><li>إذا كنت تستخدم MMRV، راجع MMRV / MMRV للحصول على احتياطات إضافية</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية والحمق (MMRV)                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>تفاعل تحسسي شديد (مثل التآق) بعد جرعة سابقة أو تجاه أحد مكونات اللقاح</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

1. [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html) | ACIP on the general recommendations for immunization | CDC
2. [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html) | ACIP on the general recommendations for immunization | CDC
3. [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html) | ACIP on the general recommendations for immunization | CDC
4. [www.fda.gov/oc/ohrt/blood-biologics/ohrt-biologics-approved-products/vaccines-licensed-use-united-states](http://www.fda.gov/oc/ohrt/blood-biologics/ohrt-biologics-approved-products/vaccines-licensed-use-united-states)

## الإضافة

### جدول تطعيم الأطفال والمراهقين الموصى به لأعمار 18 عامًا أو أصغر، الولايات المتحدة، 2025

بالإضافة إلى التوصيات الواردة في الأقسام السابقة من جدول التطعيم هذا، فقد أقرت اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) التوصيات التالية بأغلبية الأصوات منذ 24 أكتوبر 2024.

| التاريخ                                                                                                                                                                                                                                                                                    | التوصيات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | تاريخ سريان التوصية* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Meningococcal (MenACWYCRM/MenB-4C, Penmenvy)                                                                                                                                                                                                                                               | يمكن استخدام لقاح MenABCWY عند الإشارة إلى MenACWY و MenB في نفس الزيارة.<br>1. الأشخاص الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 23 عامًا (الجدول الروتيني) عندما يفضل القرار السريري المشترك إعطاء لقاح MenB، و<br>2. الأشخاص بعمر 10 سنوات فأكثر المعرضون لخطر متزايد للإصابة بمرض المكورات السحائية (على سبيل المثال، بسبب نقص المناعة المستمر، أو استخدام مثبطات المناعة، أو انعدام الطحال الوظيفي أو التشريحي). | 25 يونيو 2025        |
| الإنفلونزا                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ACIP يعيد تأكيد توصيات التطعيم الروتيني السنوي للإنفلونزا لجميع الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 26 شهرًا والذين ليس لديهم موانع طبية وذلك لموسم 2025-2026                                                                                                                                                                                                                                                              | 22 يوليو 2025        |
| الإنفلونزا                                                                                                                                                                                                                                                                                 | يوصي ACIP باستخدام تركيبات الجرعة الواحدة فقط من لقاحات الإنفلونزا السنوية الخالية من "التيغروسال" كمادة حافظة لثلاث فئات من السكان.<br>- الأطفال 18 سنة أو أصغر<br>- الحوامل<br>- جميع البالغين                                                                                                                                                                                                                  | 22 يوليو 2025        |
| الأجسام المضادة أحادية النسيلة (RSV) (Clesrovimab)                                                                                                                                                                                                                                         | توصي ACIP بحصول الرضع الذين تقل أعمارهم عن 8 أشهر، والذين ولدوا خلال موسم RSV الأول لهم أو دخلوه وهم في هذا السن، ولم يتلقوا الحماية عبر تطعيم الأم، على جرعة واحدة من clesrovimab                                                                                                                                                                                                                                | 4 أغسطس 2025         |
| ملاحظة: اعتبارًا من 29 مايو 2025، يتضمن الجدول توجيه HHS 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 و 17 عامًا والذين لا يعانون من نقص المناعة بشكل معتدل أو شديد). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |

\*تاريخ السريان هو التاريخ الذي اعتمدت فيه التوصية وأصبحت رسمية.

**الحالة الطبية الطارئة** - بداية مفاجئة لحالة طبية تظهر نفسها بأعراض حادة بما يكفي من الخطورة (بما في ذلك الألم الحاد) بحيث يمكن لشخص غير متخصص بعناية، ولديه قدر متوسط من المعرفة بالصحة والطب، أن يتوقع بشكل معقول عدم وجود رعاية طبية فورية تؤدي إلى:

- - خطر جسيم على صحة الفرد (أو صحة المرأة الحامل أو طفلها الذي لم يولد بعد)؛
  - ضرر خطير على وظائف الجسم. أو
  - خلل خطير في أي جهاز أو جزء من الجسم.
- ضروري من الناحية الطبية** - لكي يكون ضرورياً من الناحية الطبية، يجب أن يستوفي أي عنصر أو خدمة طبية كل معيار من المعايير التالية:
- يجب أن يكون موصى به من قبل طبيب مرخص يقوم بعلاج العضو، أو من قبل مقدم رعاية صحية مرخص آخر يعمل ضمن نطاق الترخيص الخاص به أو بها ويقوم بعلاج العضو؛
  - أن تكون لازمة لتشخيص الحالة الطبية للعضو أو علاجها؛
  - يجب أن تكون آمنة وفعالة؛
  - ويجب ألا تكون تجريبية أو استقصائية؛
  - يجب أن يكون مسار التشخيص أو العلاج البديل الأقل تكلفة والذي يكون مناسباً للحالة الطبية للعضو.

وعند تطبيق ذلك على رعاية المرضى المقيمين داخل المستشفى، فإن ذلك يعني أيضاً أن الحالة الطبية للعضو تستلزم عدم إمكانية تقديم الخدمات العلاجية للعضو بأمان كمريض عيادات خارجية.

**الطعن:** عندما توضح خطة CoverKids الصحية الخاصة بك أنك غير مؤهل للحصول على خدمة، ستتلقى خطابًا يوضح السبب. يُطلق على الخطاب الذي تتلقاه "إشعار قرار المزايا الملغاة". إذا كنت تعتقد أن خطة CoverKids الصحية الخاصة بك ارتكبت خطأ، وإذا كنت تعتقد أنك مؤهل للخدمة، يمكنك تقديم طعن لدى TennCare. ستخبرك الرسالة بكيفية ذلك. "الطعن" هو طلب لعقد جلسة استماع عادلة من TennCare. في جلسة الاستماع العادلة، سيقدر القاضي ما إذا كانت خطتك الصحية في CoverKids قد ارتكبت خطأ.

**حصص المشاركة في الدفع أو مبالغ المشاركة في السداد:** رسم أو مبلغ مستحق عند تقديم خدمة مشمولة بالتغطية.

**المعدات الطبية المعمرة (DME):** الأجهزة الطبية التي يطلبها الطبيب للمساعدة في حالات الإعاقة أو المرض أو الإصابة. على سبيل المثال، تعد معدات الأكسجين، أو الكراسي المتحركة أو العكازات أنواعًا من الأجهزة الطبية المعمرة.

**الحالة الطبية الطارئة:** مرض مفاجئ أو إصابة أو أعراض أو حالة خطيرة لدرجة أن الشخص سيحتاج إلى الحصول على الرعاية على الفور لتجنب أي ضرر خطير.

**النقل الطبي في حالات الطوارئ:** خدمات الإسعاف للحالات الطبية الطارئة.

**رعاية غرفة الطوارئ:** خدمات الطوارئ المُتلقاة في غرفة الطوارئ.

**خدمات الطوارئ:** تقييم حالة طبية طارئة وتقديم العلاج اللازم لمنع تفاقم الحالة.

**الخدمات المستثناة:** الخدمات التي لا تدفع خطة CoverKids الصحية مقابلها أو تغطيها.

**التظلم:** شكوى تقدمها إلى خطة CoverKids الصحية الخاصة بك والتي تتضمن أي شيء آخر غير قرار المزايا الملغاة.

**خدمات وأجهزة التأهيل:** الخدمات أو الأجهزة التي تساعد الشخص على الحفاظ على المهارات والقدرات الوظيفية اللازمة للحياة اليومية، أو تعلمها، أو تحسينها. قد تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب وخدمات أخرى.

**التأمين الصحي:** عقد يلزم شركة التأمين الصحي بدفع جزء من تكاليف رعايتك الصحية أو جميعها، مقابل قيامك (أو قيام جهة عملك) بدفع مبلغ متفق عليه كل شهر أو كل سنة. يُسمى المبلغ الذي تدفعه بـ "قسط التأمين"، كما تعد Medicare وTennCare وCOBRA أيضًا بمثابة "التأمين الصحي".

**الرعاية الصحية المنزلية:** خدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها الشخص في المنزل من الممرضات أو المساعدين الصحيين المنزليين.

**خدمات رعاية المرضى بالأمراض العضال:** خدمات لتخفيف الألم وتوفير الدعم للأشخاص في المراحل الأخيرة من المرض العضال.

**الإقامة في المستشفى:** الرعاية في المستشفى التي تتطلب الدخول كمريض مقيم بالمستشفى وعادةً ما تتطلب إقامة لمدة ليلة واحدة.

**الرعاية المقدمة من العيادات الخارجية بالمستشفى:** الرعاية في المستشفى التي لا تتطلب عادةً إقامة لمدة ليلة واحدة.

**ضرورة طبية:** خدمات الرعاية الصحية اللازمة للوقاية، أو التشخيص، أو علاج مرض، أو إصابة، أو حالة، أو مرض، أو أعراضه. لكي تكون هذه الخدمات ضرورية من الناحية الطبية، يجب أن تستوفي متطلبات CoverKids.

**الشبكة:** المرافق، ومقدمو الرعاية، والموردون الذين تعاقدت معهم خطة CoverKids الصحية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

**مقدم الرعاية غير المشارك:** مقدم رعاية صحية غير تابع لشبكة خطة CoverKids الصحية الخاصة بك. والذي يُدعى أيضًا مقدم رعاية غير تابع للشبكة.

**موفر الرعاية المشارك:** موفر رعاية صحية تابع لشبكة خطة CoverKids الصحية الخاصة بك. والذي يُسمى أيضًا مقدم الرعاية التابع للشبكة.

**خدمات الطبيب:** خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها أو ينسقها طبيب طبي مرخص.

**الخطوة:** مدير مزايا صيدليات CoverKids، أو مدير مزايا طب الأسنان، أو مؤسسة الرعاية المدارة.

**التصريح المسبق:** قرار اتخذته خطتك الصحية في CoverKids بأن الخدمة أو الدواء المقرر بوصفه طبية ضروري من الناحية الطبية بالنسبة لك. يُطلق عليها في بعض الأحيان اسم التصريح المسبق أو الموافقة المسبقة أو التصديق المسبق. قد تتطلب خطتك الصحية في CoverKids تصريحًا مسبقًا قبل تلقي خدمات أو مستلزمات أو أدوية معينة، ويُستثنى من ذلك حالات الطوارئ.

**قسط التأمين:** المبلغ الذي يجب دفعه مقابل التأمين الصحي.

**تغطية الأدوية المقررة بوصفها طبية:** الخطّة الصحية التي تساعد في دفع تكاليف الأدوية والأدوية المقررة بوصفها طبية.

**الأدوية المقررة بوصفها طبية:** الأدوية والأدوية التي تتطلب وصفة طبية بموجب القانون.

**طبيب الرعاية الأولية أو موفر الرعاية الأولية (PCP):** موفر الرعاية الأولية الخاص بك هو الطبيب أو موفر الرعاية الصحية الآخر الذي تتوجه إليه أولاً عند التعامل معه عند حدوث مشكلة صحية. هو أو هي يتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها لتبقى بصحة جيدة وقد يتحدث أيضاً مع أطباء وموفري رعاية آخرين بشأن رعايتك، ثم يحيلك إليهم. عادة، يجب عليك التعامل مع موفر رعايتك الأولية قبل التعامل مع أي موفر رعاية صحية آخر.

**موفر الرعاية:** أي طبيب أو مستشفى أو وكالة أو شخص آخر يحمل ترخيصًا أو معتمدًا لتقديم خدمات الرعاية الصحية. قد يكون موفر الرعاية أيضًا عيادة أو صيدلية أو مرفق.

**خدمات إعادة التأهيل:** خدمات الرعاية الصحية التي تساعدك على التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبرى. قد تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي والعلاج المهني وخدمات صعوبات اللغة والنطق وإعادة التأهيل النفسي.

**الرعاية التمريضية الماهرة:** بعض الخدمات المتخصصة التي لا يمكن أدائها إلا من قبل ممرضات مرخصات في منزلك أو في دار رعاية.

**الاختصاصي:** طبيب يقدم الرعاية الصحية لمرض معين أو عضو محدد من أعضاء الجسم. يحتاج أعضاء CoverKids إلى الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بهم لزيارة أخصائي.

**الرعاية العاجلة:** رعاية مرض أو إصابة أو حالة ليست طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية فورية.

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

هذه الصفحة متروكة فارغة عن قصد.

