

طلب استرداد النفقات الطبية  
ذات الصلة بإعادة تغطية Medicaid

يرجى ملء الطلب بخط واضح ومقروء.

الاسم: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ معرف Medicaid: \_\_\_\_\_ معرف Medicare: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

قائمة الفواتير التي دفعتها وتطلب استردادها:

تاريخ الخدمة	اسم مقدم الخدمة/الصيدلية	هل قُدمت المطالبة إلى Medicare (نعم/لا)	المبلغ المدفوع

ملاحظات مهمة:

- إذا كانت لديك مطالبات يتجاوز عددها المكان المخصص أعلاه، يجب إرفاق مستند منفصل.
- يجب عليك تقديم إيصالات لأي مبالغ تطالب باستردادها.
  - إذا لم تكن لديك إيصالات، فاتصل بمقدم الخدمة أو الصيدلية للحصول على نسخة منها.
- تجنب إرسال أي مستندات أصلية لأنها لن تُرد إليك.
- نظرًا إلى أن Medicare هو تغطيتك التأمينية الأساسية، فيجب تقديم المطالبة إلى Medicare ومعالجتها من خلاله أولاً.
  - أرسل بيان مزايا تأمين Medicare الخاص بك مع طلبك.
- من المتوقع أن تستغرق المعالجة مدة تتراوح بين 8 و10 أسابيع.
- يجب إكمال هذا النموذج وإرساله عبر البريد مع جميع الوثائق إلى:

RI Executive Office of Health and Human Services  
3 West Rd.  
Virks Building, Room 340  
Cranston, RI 02920

التاريخ : 04/14/2023  
رقم الحساب : 100550



STATE OF RHODE ISLAND  
P.O. BOX 8709  
CRANSTON, RI 02920-8787



#### كيفية التواصل معنا

عبر الإنترنت: <https://healthyrhode.ri.gov>

للاستئذنة حول التغطية الصحية بأسعار معقولة، اتصل بـ  
HealthSource RI على الرقم 1-855-840-4774

للاستئذنة حول التغطية الصحية الميسورة التكلفة أو برامج إدارة  
الخدمات الإنسانية، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم  
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

#### معلومات مهمة بخصوص مزايا Medicaid الخاصة بك

عزيزي/ عزيزتي

هذا خطاب متابعة لذلك الخطاب الذي تلقيتَه مؤخرًا حول إعادة (استرداد) مزايا Medicaid الخاصة بك. إذا دفعت من جيبك فواتير طبية بعد أن فقدت تغطية Medicaid وكنت ترغب في استرداد هذه النفقات، فيرجى إكمال النموذج المرفق وإعادته إلى:

RI Executive Office of Health and Human Services  
3 West Rd.  
Virks Building, Room 340  
Cranston, RI 02920

يرجى إكمال جميع الحقول بخط واضح ومقروء وتقديم جميع الوثائق الضرورية في أقرب وقت ممكن. يجب أن تتضمن الوثائق بيان المزايا (Explanation of Benefits, EOB) من Medicare، بالإضافة إلى إيصالات سداد جميع الخدمات. يرجى عدم إرسال وثائقك الأصلية إلينا لأنها لن تُرد إليك. بمجرد تلقي الوثائق ومراجعتها وتحديد إذا كانت هذه النفقات مرتبطة بتغطية Medicaid، فسندرسلك إليك شيئًا تعويضيًا عبر البريد. قد تستغرق المعالجة مدة تتراوح بين ثمانية وعشرة أسابيع.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بالرقم 401-462-2354. شكرًا لك.



لديك الحق في الحصول على معاملة غير تمييزية. وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA) وسياساتها، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو في إدارتها ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الدين، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية (بما يشمل التعبير الجنسي)، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو الحالة الأسرية/ الأبوية، أو الدخل المستمد من برنامج المساعدة العامة، أو المعتقدات السياسية، أو الثأر أو الانتقام بسبب نشاط سابق في مجال الحقوق المدنية، في أي برنامج أو نشاط تجريه وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو تموله (لا تنطبق جميع القواعد على جميع البرامج). تختلف المواعيد النهائية للجزءات وتقديم الشكاوى حسب البرنامج أو الحادث.

يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة بحروف كبيرة، والأشرطة الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة المسؤولة أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على الرقم 720-2600 (202) (الخدمة الصوتية والهاتف النصي (TTY)) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). بالإضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. لتقديم شكوى بشأن التعرض للتمييز في أحد البرامج، يرجى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، AD-3027، الموجود عبر الإنترنت على <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> وفي أي مكتب من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) أو اكتب خطاباً موجهاً إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) مع ذكر جميع المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بالرقم 632-9992 (866). أرسل النموذج أو الخطاب المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) عن طريق: (1) البريد: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410، أو (2) الفاكس: 690-7442 (202)، أو (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) هي إحدى الجهات المعنية بتوفير الفرص المتكافئة بالإضافة إلى دورها كصاحب عمل ومقرض.

وفقاً للباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (42 U.S.C. 2000d) وما يليه، والبند 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973، بصيغته المعدلة (29 U.S.C. 794)، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (42 U.S.C. 12101) وما يليه، والباب التاسع من تعديلات التعليم لعام 1972 (20 U.S.C. 1681) وما يليه، وقانون الغذاء والتغذية لعام 2008 (قانون قسائم الغذاء سابقاً)، وقانون التمييز على أساس العمر لعام 1975، واللوائح التنفيذية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (45 C.F.R. الجزء 80 و 84) واللوائح التنفيذية لوزارة التعليم الأمريكية (34 C.F.R. الجزء 104 و 106)، ووزارة الزراعة والغذاء وخدمات التغذية الأمريكية (7 C.F.R. 272.6)، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) وإدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الدين أو المعتقدات السياسية أو العمر أو النوع الجنساني عند القبول أو التوفير للخدمات أو التوظيف أو العلاج أو التقديم عليها فيما يتعلق بالتعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس مكتبنا EOHHS و DHS التمييز على أساس التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول القوانين واللوائح المتعلقة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل الشكاوى المتعلقة بالتمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان، 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، وعلى رقم الهاتف 462-2971 (401). لإجراء مكالمة باستخدام خدمة الترحيل برود أبلاند، اتصل بالرقم 1-800-745-6575. اتصل بأحد هذه الأرقام المجانية: الهاتف النصي (TTY): 1-800-745-5555، الخدمة الصوتية: 1-800-745-6575. يُعد المسؤول المعني بتنسيق العلاقات المجتمعية هو منسق تنفيذ الباب السادس، ومدير مكتب خدمات إعادة التأهيل (Office of Rehabilitation Service, ORS) أو من ينوب عنه هو منسق تنفيذ الباب التاسع، البند 504، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act, ADA). يتحمل مدير مكتب إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) أو من ينوب عنه المسؤولية الكاملة عن الامتثال للحقوق المدنية لجميع برامج الوكالة. يتولى أمين المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) المسؤولية عن قضايا التمييز المتعلقة ببرنامج Medicaid وستتم إحالة أي شكاوى من هذا القبيل وفقاً لذلك.



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

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 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dè nià ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuḍu kà kò dọ po-poò b̄èin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

**إشعار عدم التمييز**

لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (Executive Office of Health and Human Services, EOHHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services, DHS) أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو المعتقدات السياسية أو العمر أو الدين أو النوع الجنساني عند قبول الخدمات أو التوظيف أو العلاج أو التقديم على أي منها في ما يتعلق بالتعليم وأنشطة البرامج الأخرى. بموجب الأحكام الأخرى للقانون المعمول به، لا يمارس المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHHS) أو إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) التمييز على أساس التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو التعبير الجنساني. للحصول على المزيد من المعلومات حول هذه القوانين واللوائح الخاصة بعدم التمييز وإجراءات الشكاوى لحل الشكاوى المتعلقة بالتمييز، تواصل مع إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) على العنوان 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920، وعلى رقم الهاتف (401) 462-2971 (يمكن للصم/ضعاف السمع الاتصال بالرقم 1-800-745-6575 للخدمة الصوتية؛ الهاتف النصي (TTY) 711).

