

وقر الوقت!

اتصل بالرقم 1.855.497.6453  
لتسجيل طفلك عبر الهاتف أو قم بتسجيله على  
الموقع www.schoolsmiles.com



**SchoolSmiles**  
On-site Dental Care

يجب ملء نموذج جديد في كل عام دراسي إذا رغبت في مشاركة طفلك

## خدمات طب الأسنان للجميع من دون تكلفة عليك\*

\*برنامج Medicaid والتصديقات الخاصة بالمنح

تقدم لوازيم طب الأسنان إلى الجميع في البرنامج!

معلومات عامة عن الطفل	الخطوة 1
الاسم القانوني للطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ (ضع دائرة حول) ذكر أنثى	
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____	
المدرسة: _____ المقاطعة: _____ الصف: _____	
اسم الوالد/الوصي: _____ الهاتف: _____ ( _____ )	
رقم الضمان الاجتماعي للطفل: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

البيانات الخاصة بدفع تكلفة الخدمة: (يرجى التحديد)	الخطوة 2
<input type="checkbox"/> غير مؤمن عليه <input type="checkbox"/> تأمين خاص <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/>	
1. بيانات Medicaid: مُعرّف هوية من 10 أو 12 رقمًا # _____ خطة Managed Care: _____	
2. التأمين الخاص: اسم شركة تأمين خدمات طب الأسنان: _____ للتأمين الهاتف: _____ اسم المشترك: _____ تاريخ ميلاد المشترك: _____ / _____ / _____ مُعرّف هوية المشترك: _____ رقم الضمان الاجتماعي للمشارك: _____	
3. خيارات خدمات طب الأسنان غير الخاضعة للتأمين: <input type="checkbox"/> خيار Self Pay (الدفع الذاتي): إذا رغبت في فحص طفلك فوراً، فليدك خيار دفع الرسوم المُخفضة التي 94 دولاراً، والتي تشمل تنظيف الأسنان وإجراء الأشعة السينية واستعمال الفلورايد والفحص. يجب دفع 99 دولاراً قبل فحص طفلك عبر حوالة مالية أو الاتصال بالرقم (1.855.497.6453) لتقديم المبلغ عبر الهاتف. <input type="checkbox"/> خيار Grant Request (طلب منحة): إذا رغبت في أن تتم إضافتك إلى قائمة الانتظار لدينا للحصول على منحة، فيرجى تحديد هذا المربع. وهذا خيار يستند إلى مبدأ الخدمة بأسبقية الوصول.	

أسئلة مهمة عن الصحة:	الخطوة 3
1. هل طفلك مصاب بأي من الحالات الطبية التالية في الوقت الحالي: مشكلات قلبية، أو اضطرابات من النوبات التشنجية أو أي من أنواع الحساسية، إلى غير ذلك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تحديدها أدناه. إذا كانت الإجابة "لا"، فيترك هذا الحقل فارغاً: _____	

التوقيع المطلوب	الخطوة 4
أنا الوالد(ة)/الوصي _____ أعني ذلك وأصرح لأطباء الأسنان في School Smiles بتقديم الخدمات التالية لطفلي في المدرسة، والتي تتضمن: الفحص، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان، واستعمال الفلورايد والمواد التي تحمي ضروس الطواحن وفقاً لحاجته لها، على أن يكون ذلك في شكل فحوصات دورية تتم كل 6 أشهر. كما أصرح بتلقي طفلي لعلاج الأسنان وفق ما يلزم من أجل رعاية المتابعة في شكل حشوات ترميمية وتخدير موضعي لتخدير المنطقة التي يُراد علاجها. أعني وأوافق على أنه قد يكون من الضروري أثناء العلاج تغيير أو إضافة إجراءات بسبب ما قد يتبين من مستجدات لم يتم اكتشافها أثناء الفحص الأولي مثل كبر حجم الحشوات أو إجراء استئصال اللب الجزئي (عملية القناة الجذرية في سن الرضيع). أعني أنه في أي وقت يحتاج فيه طفلي إلى تاج من الفولاذ غير القابل للصدأ أو خلع سن أو ضرس، سيتطلب الأمر موافقة إضافية.	
البيان المالي: نرجوا أن ندرک أن أي علاج يتم تقديمه قد يؤثر على المزايا المستقبلية التي سيتلقاها طفلك بموجب التأمين الخاص، وبرنامج التأمين الصحي، وHoosier Healthwise و Medicaid. مدرج في الصفحة الخلفية من هذا النموذج نسخة من إخطار الخصوصية لقانون قابلية نقل عقد التأمين الصحي وتحمل المسؤولية (HIPAA)، وبالتوقيع على هذا النموذج، أعني أيضاً أنه سيتم تقديم نسخة من هذا الإخطار في موعد طفلي مع طبيب الأسنان وأنه يمكن طلب نسخة إضافية بالاتصال بالرقم 1.855.497.6453. يعني توقيعك أدناه أنك توافق على إجراءات تنظيف الأسنان التي تتم دورياً بالإضافة إلى أي علاج أسنان ضروري لعام دراسي واحد:	
توقيع الوالد(ة)/الوصي: _____ التاريخ: _____	
إذا تطلبت حالة طفلك علاجاً خارج نطاق ما يمكن تقديمه من جانب School Smiles، فسيتم تقديم إحالة إليك.	

## إشعار بسياسة الخصوصية

مسؤوليات سكول سمايلز "School Smiles" القانونية: كما تقتضي القوانين الفدرالية والتابعة للولاية، يجب أن تكون معلومات صحة طفلك محمية. ويجب عليك التأكد من إدراكك لسياسة الخصوصية والواجبات القانونية وحقوقك المكفولة في معلوماتنا الصحية المحمية. سيصبح هذا الإشعار بسياسة الخصوصية -المبنيّ أدناه- ساريًا طوال فترة العلاج ويجب أن نتبع ما فيه. إننا نحتفظ بالحق في تغيير سياسة الخصوصية الخاصة بنا وبنود هذا الإشعار في أي وقت، وسوف نقوم بمثل هذه التعديلات وفق المبادئ التوجيهية للقانون. كما نحتفظ بالحق في عمل تعديلات سارية على كل المعلومات الصحية المحمية التي نحتفظ بها، بما فيها المعلومات الصحية المحمية التي أنشأناها أو تسلمناها قبل التغييرات التي حدثت. سوف يكون تغيير هذا الإشعار أكثر أهمية من كل التعديلات الأخرى. وسوف يكون هذا الإشعار متاحًا عند الطلب. وسوف تتوفر نسخ من هذا الإشعار بناءً على طلبك. وسوف تكون المعلومات المتعلقة بكيفية تواصلك معنا أسفل هذا الإخطار تيسيرًا عليك.

### استخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها

قد تُستخدم المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بطفلك أو يتم الإفصاح عنها بغرض المعالجة أو الدفع أو أي عمليات للرعاية الصحية. الأمثلة المذكورة أدناه لمزيد من توضيح عملية استخدام المعلومات والإفصاح عنها.

**العلاج:** قد يتم تقديم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بطفلك والإفصاح عنها للطبيب المعالج لطفلك أو مقدم الرعاية الطبية له

**الدفع:** قد يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية لطفلك أو الإفصاح عنها لتحصيل مدفوعات الخدمات التي نقدمها لطفلك.

**حالات الطوارئ:** قد ننصح عن المعلومات الصحية لطفلك لإبلاغ أو المساعدة في إبلاغ فرد من أفراد العائلة أو أي شخص مسؤول عن رعاية الطفل بخصوص الحالة الصحية له، وذلك في حالة وجود حالة طارئة خاصة بصحة طفلك أو وفاته.

**ما يقتضيه القانون:** قد يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية لطفلك أو الإفصاح عنها إذا اقتضى القانون ذلك. على سبيل المثال، من أجل الأسباب الصحية العامة المرتبطة بمرض ما، أو إعاقة نتيجة إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم أو نتيجة العنف الأسري، أو نتيجة مشكلات بسبب إدارة الغذاء والعقاقير أو تحسس للأدوية، أو نتيجة التعرض لمرض ما أو عدوى.

**إنفاذ القانون والسلامة العامة:** قد يتم الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لطفلك لجهات إنفاذ القانون إما بغرض تحديد مكان أو الوصول إلى مشتبه فيه أو شخص هارب أو شخص مفقود، أو في حالة حدوث تهديد وشيك يشكل خطرًا في صحة شخص من عامة الناس وسلامته.

**رسائل تذكيرية بالمواعيد:** قد يتم استخدام المعلومات الصحية المحمية لطفلك كي تساعدك برسائل تذكيرية بالمواعيد في صورة رسائل وبطاقات بريدية وخطابات بالبريد الصوتي.

### حقوق المريض

إمكانية الوصول: لديك الحق في الاطلاع على المعلومات الصحية المحمية لطفلك في أي وقت إلا في حالات استثنائية. سوف نقدم لك معلومات طفلك عند تقديمك طلبًا خطيًا. لديك الحق في استلام المعلومات الصحية الخاصة بطفلك أو التوصل إليها من خلال طريقة بديلة، أو إرسالها إلى مكان بديل بدلًا من وسيلة الاتصال أو التوصيل المعتادة عند الطلب. لديك الحق في تسليم محاسبة عمليات الكشف المتعلقة بالمعلومات الصحية الخاصة بطفلك، والتي تم إجراؤها بموجب هذه الممارسة.

القيود المفروضة: لديك الحق في طلب قيود مفروضة على استخدامات وعمليات كشف معينة للمعلومات الصحية الخاصة بطفلك. ومع ذلك، يُرجى العلم بأننا غير مطالبين بالموافقة على القيود المفروضة التي تتطلبها. وإذا افقتنا على اتباع طلبك المتعلق بالقيود المفروضة الإضافية، فإننا سنتبع القيود المفروضة المتفق عليها ما لم تقتض أي حالة طارئة خلاف ذلك.

تعديل: يمكنك المبادرة بطلب خطي لتعديل المعلومات الصحية الخاصة بطفلك. ويتضمن ما هو موجود في التعديل الآتي بحيث يجب شرح سبب تعديل المعلومات. قد توجد شروط معينة تجعلنا نرفض طلبك.

الأسئلة والشكاوي: للأسئلة والشكاوي المتعلقة بحقوقك الخاصة أو كيفية التعامل مع المعلومات الصحية لطفلك، يُرجى التواصل على:

**School Smiles**

**Luis Garabis, DDS**

1499 Windhorst Way, Suite 100

Greenwood, IN 46143

رقم الهاتف: 1.855.49SMILE

الفاكس: 317.886.6636

تواصل معنا عبر: [contactus@schoolsmiles.com](mailto:contactus@schoolsmiles.com)

إذا لم تكن راضيًا عن الطريقة التي تم التعامل بها مع شكواك، فيمكنك تقديم شكوى رسمية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة.