

لموافقة العامة، والعلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف بطبقة حماية

الصفحة 1 من 9

ملحوظة:

يشير مصطلح Corewell Health في هذا النموذج إلى أي من مرافق Corewell Health ومواقعها أو جميعها.

إشعار عدم التمييز:

تلتزم Corewell Health بقوانين الحقوق المدنية المعمول بها، ولا تميّز بين الأشخاص ولا تستبعدهم ولا تعاملهم معاملة مختلفة لا بسبب العرق، ولا اللون، ولا الأصل الإثني ولا الأصل الوطني، ولا العمر، ولا وضع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، ولا الحالة الاجتماعية، ولا الجنس (على النحو المحدد بموجب القانون وسياسة Corewell Health)، ولا التوجه الجنسي، ولا الهوية الجندرية ولا أشكال التعبير عنها، ولا الإعاقة، ولا الدين، ولا الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ولا مصدر سداد تكلفة الخدمة، ولا الطول، ولا الوزن، ولا صفة المحارب القديم، ولا الارتباط بأشخاص ذوي سمات محمية، ولا أي سمة حماية أخرى بموجب القانون الفيدرالي أو المحلي أو قانون الولاية.

أوافق على ما يلي:

- سأخضع للفحص والعلاج على يد مقدّم الرعاية الصحية، والأطباء المقيمين، والطلاب، وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية لدى Corewell Health، وقد يشمل ذلك الزيارات الحضورية، والمواعيد الطبية المشتركة، والتطبيب عن بُعد، والتصوير بالفيديو، والتصوير الفوتوغرافي، واستخدام أجهزة تسجيل الصوت. وقد تستخدم هذه الوسائل في العلاج أو التشخيص أو الإجراءات التي يجب تنفيذها لأغراض طبية أو علمية أو حفاظًا على السلامة الشخصية، بواقع غرض أو أكثر من الأغراض المذكورة.
- يجوز لمقدم الرعاية الصحية -حسب ما خلصت إليه المناقشة والاتفاق- تغيير خطة الرعاية المقدمة إليّ أو إلى طفلي بما يعود بالنفع على حياتي أو صحتي.
- في حال الولادة، يجوز لمقدم الرعاية الصحية وغيره من الاختصاصيين تقديم الرعاية اللازمة إلى المولود.

قلب الصفحة ←

لموافقة العامة، والعلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف بطبقة حماية (تابع) الصفحة 2 من 9

أوافق على ما يلي: (تابع)

- إذا كنت أشارك في موعد طبي مشترك، فسأحضر هذا الموعد مع مرضى آخرين، وقد يفصح مقدّم الرعاية الصحية خلاله عن بعض معلوماتي الشخصية أمام الأشخاص الحاضرين.
- يجوز لمقدّم الرعاية الصحية أخذ عينات من دمي وبولي وسوائل جسمي أو أنسجتي الأخرى ("عينات الفحص")، وأوافق على جمع عينات الفحص هذه وتحليلها والاحتفاظ بها وحفظها للأغراض السريرية الروتينية، وكذلك استخدامها -بعد إزالة أي بيانات تعريفية- في عمليات مثل معايرة أجهزة المختبر، والتحقق من صحة الاختبارات، وتدريب الموظفين والطلاب الجدد.

وأدرك ما يلي:

- أنني سأطرح ما لدي من أسئلة.
- الطب والجراحة من المجالات التي لا يمكن فيها ضمان نتائج محددة، ولم يقدم إليّ أحد أي وعود ولا ضمانات بشأن نتائج علاجي أو رعايتي أو فحصي لدى Corewell Health.
- يجوز للطلاب وأعضاء الطاقم الطبي مقابلتي والاطّلاع على سجلي الطبي لأغراض التعليم أو البحث.
- سيتحقق أعضاء الطاقم الطبي من هويتي، وسيسألونني عن الإجراء الذي سأخضع له، وذلك حرصًا على سلامتي.
- بعض مقدّمي الرعاية الصحية وأعضاء الطاقم الطبي ليسوا موظفين لدى Corewell Health، وأعلم أن Corewell Health لا تتحمل مسؤولية الرعاية التي يقدمونها ولا أي إجراءات أخرى يتخذونها، كما أنني أدرك أنني سأتلقي فواتير منفصلة منهم علي الرغم من تقديمهم الخدمات إليّ في أحد مواقع Corewell Health. وسأتواصل مع جهات عملهم للإجابة عن أي استفسارات تتعلق بتأميني الصحي.
- يسمح قانون ولاية ميشيغان لمقدّمي الرعاية الصحية بفحص دمي للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) أو التهاب الكبد -من دون الحصول على موافقتي- إذا تعرّض أحد ممّن يشاركون في تقديم الرعاية إليّ لدمي أو سوائل جسمي.
- نسخة من "سياسة أهلية تلقي المساعدة المالية" الخاصة بـ Corewell Health متاحة عند الطلب في جميع مناطق التسجيل، وكذلك على الموقع الإلكتروني: <https://corewellhealth.org/billing/financial-assistance>

يتبع في الصفحة 3 ←

الموافقة العامة، العلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف

الصفحة 3 من 9

أدرك ما يلي: (تابع)

- لن تتسامح Corewell Health مع أي تمييز ضد مقدم الرعاية الصحية أو غيره من الاختصاصيين أو أعضاء الطاقم الطبي بسبب العرق أو اللون أو النوع الاجتماعي أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس أو على أي أساس آخر يحظره القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.
- في حال استدعت حالتني الإحالة إلي اختصاصي، أدرك أنه سيطلب مني اختيار مقدم الرعاية الصحية الذي أفضله، وستتواصل Corewell Health معه، أما إذا لم يكن لدي تفضيل، فستتصل Corewell Health بمقدم رعاية صحية مستقل من قائمة المناوبين لديها، وأوافق على مطالبة شركة التأمين بسداد تكلفة خدمات مقدم الرعاية الصحية هذا، سواء أكان مشاركاً في برنامج التأمين الخاص بي أم لا.
- تظل هذه الموافقة سارية مدة عام واحد (1) من تاريخ توقيعي عليها.

معلوماتي الطبية:

- يجوز لـ COREWELL HEALTH الإفصاح عن معلوماتي الطبية إلى الجهات التالية:
 - شركات التأمين، وخطط التأمين الصحي، وجهات إدارة المدفوعات عن الخدمات التي ألقاها أنا أو طفلي.
 - الجهات الحكومية، مثل Medicaid و Medicare، أو وفقاً لما يقتضيه القانون.
 - مقدمو الرعاية الصحية وغيرهم من المشاركين في تقديم الرعاية إليّ حالياً أو مستقبلاً.
 - جهة عملي، إذا كانت السجلات تتعلق بالرعاية أو الخدمات التي تتحمل جهة عملي تكلفتها، أو لأي أغراض أخرى يسمح بها القانون.
 - أي شخص أو جهة مسؤولة عن سداد فاتورتي كاملة أو جزء منها.
- أوافق على أن يلتقط أحد موظفي Corewell Health صورة لي أو لطفلي ويحفظها في سجلي الطبي الإلكتروني، وأدرك أن Corewell Health ستستخدم هذه الصورة لأغراض التحقق من الهوية، بهدف تحسين تجربة المريض.
- أدرك أن Corewell Health ستحتفظ بالمعلومات الطبية الخاصة بي أو بطفلي وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي والسياسات المعمول بها، وأنه يجوز تخزينها إلكترونياً، وإرسالها إلى مقدمي رعاية صحية آخرين أو جهات سداد أخرى أو استقبالها منهم إلكترونياً. وتشمل هذه المعلومات تشخيصي (أي الحالة التي أعانيها)، والعلاجات التي ألقاها (أي الإجراءات المتخذة لمساعدتي على التحسن)، والأدوية أو الوصفات الطبية الخاصة بي، بالإضافة إلى أي تفاصيل عن صحتي النفسية والأمراض المعدية (مثل فيروس نقص المناعة البشرية) والمشكلات الأخرى، مثل اضطراب تعاطي المخدرات أو الكحول.

قلب الصفحة ←

لموافقة العامة، والعلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف بطبقة حماية (تابع) الصفحة 4 من 9

معلوماتي الطبية: (تابع)

- أوافق على إرسال معلوماتي الصحية المحمية (PHI) إلى حسابي على MyChart (بوابة المرضى). MyChart (بوابة المرضى) هي بوابة إلكترونية آمنة تتيح لي الاطلاع على المعلومات المتعلقة بصحتي وتلقيها وإدارتها.
 - أدرك أن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) قد تتضمن معلومات شخصية شديدة الحساسية (مثل الأمراض الجسدية أو النفسية، واضطراب تعاطي الكحول أو المخدرات، والأمراض المنقولة جنسياً (STIs)، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز HIV/AIDS، وغير ذلك)، وإذا سمحت لشخص آخر بالوصول إلى حسابي على MyChart، أو طلبت مشاركة معلوماتي الصحية المحمية (PHI) مع طرف ثالث، فسيتمكن ذلك الطرف من الاطلاع عليها (بما قد تتضمنه من معلومات شخصية شديدة الحساسية). وبمنحي الآخرين صلاحية الوصول إلى معلوماتي الصحية المحمية (PHI)، فأنا أوافق على اطلاعهم على معلوماتي الشخصية شديدة الحساسية، بما فيها حالتني من حيث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
 - في بعض الحالات، يُلزم القانون Corewell Health بإبلاغ جهة حكومية مختصة، مثل وزارة الصحة، ببعض المعلومات الطبية، وقد يشمل ذلك معلومات عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل وغيرها من الأمراض.
 - إذا نقلت إلى مرفق آخر، فيجوز لمقدمي الرعاية الصحية لدى Corewell Health -بمن فيهم الأطباء المقيمون- الاطلاع على سجلاتي الطبية لمتابعة رعايتي، واستخدام المعلومات الواردة فيها لأغراض البحث الطبي.
- ### إشعار الخصوصية:

- لي حقوق ومسؤوليات فيما يتعلق بالخدمات المقدمة إليّ أو إلى طفلي، وقد أتاحت لي الفرصة للحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية، والاستفسار عن المعلومات الواردة فيه.

المقتنيات الثمينة:

- أوافق على أن Corewell Health غير مسؤولة عن حماية ممتلكاتي، وسأترك مقتنيات الثمينة في المنزل.

حقوق المرضى والشكاوى:

- أدرك أنه يحق لي الإبلاغ عن أي مخاوف أو تقديم شكاوى دون خشية التعرض لأي إجراء انتقامي ولا أي تبعات سلبية، وستُبذل الجهود لمعالجتها على الفور أو خلال مدة زمنية مناسبة، وإذا كانت لديّ أي أسئلة بشأن حقوقي أنا المريض، فيمكنني طرحها عبر الاتصال على الرقم 855.613.2262، كما يحق لي الإعراب عن مخاوفي لدى مسؤول تجربة المرضى وأسرههم في الموقع الذي أتلقى فيه الرعاية.

يُتبع في الصفحة 5 ←

الموافقة العامة، العلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف

الصفحة 5 من 9

الموافقة على التواصل:

- لقد قدمت رقم هاتفي الأرضي أو المحمول أو كليهما وعنوان بريدي إلكتروني إلى Corewell Health، وأوافق على أن تتواصل Corewell Health معي هاتفيًا - بما في ذلك من خلال المكالمات الهاتفية الآلية أو المسجلة مسبقًا أو التي تستخدم أصواتًا اصطناعية - أو عبر الرسائل النصية أو رسائل البريد الإلكتروني الواردة من Corewell Health، بواقع واحدة أو أكثر من تلك الوسائل، وسواء مباشرة ومن خلال وكلائها أو أطراف ثالثة. وقد تشمل هذه المكالمات والرسائل معلومات عن الفواتير. وسأتحمل أي رسوم قد تفرضها شركة الاتصالات مقابل ذلك. أدرك أن هذه الموافقة اختيارية، وأن عدم منح "الموافقة على الاتصال" لن يحول دون تلقي العلاج.
- قد تتضمن الرسائل النصية الواردة من Corewell Health تاريخ مواعي ووقته، واسم مقدم الرعاية الصحية، واسم الموقع المحدد لمواعي وعنوانه، والمعلومات التي أحتاج إلى معرفتها للاستعداد للموعد، والمبالغ المستحقة، وقدراً محدوداً من المعلومات الصحية.
- أوافق على أن ترسل Corewell Health رسائل نصية غير مشفرة إلى رقم هاتفي المحمول المسجل في سجلي الطبي في Corewell Health، وأدرك ما يلي:
 - الرسائل النصية غير مشفرة، المعلومات الصحية المرسلة في نص غير مشفر قد يعترضها آخرون أو يطلعون عليها. وينطوي هذا النوع من الرسائل على مخاطر أخرى، منها وصول الرسائل إلى غير المقصودين بها، أو إعادة توجيهها إلى أشخاص آخرين، أو تخزينها على خوادم لا تتوفر فيها وسائل الحماية الأمنية اللازمة. وإذا اخترت تلقي معلوماتي الصحية عبر رسائل نصية غير مشفرة، فأنا أقر بأنني على علم بهذه المخاطر وأقبلها.
 - تظل هذه الموافقة سارية إلى أن أُلغىها أو أسحب إذني بتلقي الرسائل النصية.
 - يحق لي إلغاء هذه الموافقة أو سحبها، على ألا يسري ذلك على أي إجراءات سبق اتخاذها قبل استلام طلب الإلغاء أو السحب، ويمكنني تقديم هذا الطلب لدى عيادة مقدم الرعاية الصحية أو بالاتصال على الرقم 877.308.5083.

قلب الصفحة ←

لموافقة العامة، والعلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف بطبقة حماية (تابع) الصفحة 6 من 9

التفويض بتحصيل المبالغ المستحقة والفوترة:

- يحق لمنظومة Corewell Health المطالبة بالمبالغ المستحقة من أي طرف ثالث ومني. وأفوض Corewell Health بالتصرف نيابة عني في تحصيل المستحقات التأمينية من أي طرف ثالث، وتظهير الشيكات المحررة باسمي أو باسم Corewell Health.
- أفوض أي شركة تأمين مسؤولة عن سداد تكاليف الرعاية الطبية والعلاج الذي ألقاه بأن تسدد لمنظومة Corewell Health قيمة الخدمات المقدمة إليّ، وأدرك أنني مسؤول عن سداد أي مبالغ لا يغطيها التأمين.
- أطلب تحويل المبالغ المستحقة لي من برنامج Medicare إلى منظومة Corewell Health نيابة عني، مقابل أي خدمات ألقاها لدى Corewell Health أو في مرافقها.
- أوافق على أنه في حال عدم سداد المبلغ المستحق عليّ في موعده، يجوز لمنظومة Corewell Health توكيل محامٍ أو الاستعانة بوكالة تحصيل لعمل ما يلزم، وسأتحمل مسؤولية تعويض Corewell Health عن جميع التكاليف والمصروفات والرسوم المرتبطة بتحصيل المبلغ المستحق، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- الفوائد المعقولة، والتكاليف القانونية في حال رفع دعوى، وأتعاب المحاماة المعقولة، والرسوم المعقولة لوكالة التحصيل، شاملة تلك التي تحتسب على أساس نسبة مئوية من قيمة الدين.
- أقرّ بأن المعلومات التي قدمتها لأغراض السداد صحيحة، وأعلم أنني مسؤول عن الحصول على الاعتماد المسبق أو الموافقة المسبقة على الخدمات.
- أوافق على تحمّل التكاليف التي تقع على عاتقي عن الخدمات المشمولة بالتغطية، بما في ذلك المدفوعات المشتركة، ونسب التحمّل، والمبالغ المستحقة قبل بدء التغطية، وكذلك عن الخدمات التي تتجاوز حدود المزايا التأمينية. وأتحمل أيضاً تكاليف جميع الخدمات غير المشمولة بالتغطية، وفقاً لما ينص عليه عقد خطتي في التأمين الصحي، وأوافق على سدادها كاملة إذا أصدرت لي فاتورة بها. كما أدرك أنه يحق لي طلب تقدير لتكاليف الخدمات قبل تلقيها، وكذلك رفض أي خدمة لا أرغب في تحمّل تكلفتها.

الموافقة العامة، العلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف

الصفحة 7 من 9

التفويض بتحصيل المبالغ المستحقة والفوترة: (تابع)

- إذا كنت لا أرغب في أن تطالب Corewell Health شركة التأمين الخاصة بي بسداد تكلفة خدمة ما، فعلياً إبلاغ Corewell Health بذلك عند تلقي الخدمة.
- يجوز لمنظومة Corewell Health الاطلاع على تقريرى الائتماني لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على بعض الخصومات المخصصة لغير المؤمن عليهم (الذين يدفعون على نفقتهم الخاصة) أو الاستفادة من برامج المساعدة المالية، ولن يؤثر ذلك في درجة الائتمان الخاص بي.
- الوالدان المطلقان للمرضى القصر:
- يسمح نظام السجلات الطبية لدى Corewell Health بتعيين أحد الوالدين أو الأوصياء القانونيين بصفته الضامن، أي الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة. ويتحمل الوالدان مسؤولية التنسيق والتواصل فيما بينهما بشأن سداد أي مبالغ لا يغطيها التأمين.
- المرضى الخارجيون المستفيدون من برنامج Medicare:
- أعلم أنني -وفقاً لقواعد برنامج Medicare- أتحمل تكلفة الأدوية التي أتولى إعطاؤها لنفسى وتقدم إليّ في أثناء تلقي الرعاية بصفتي مريضاً خارجياً. ويُقصد بهذه الأدوية عادة تلك التي تؤخذ دون مساعدة من مختص، إلا أن أحد أفراد الطاقم الطبي قد يعطيها لي في بيئات تقديم الرعاية الخارجية، مثل قسم الطوارئ أو قسم العيادات الخارجية أو في أثناء وجودي تحت الملاحظة. ويلزم برنامج Medicare المستشفيات بمطالبة مرضى Medicare أو الأطراف الثالثة المسؤولة عن السداد بدفع تكلفة هذه الأدوية. ويجوز للمستفيدين من تغطية Medicare Part D تقديم الفواتير إلى Medicare Part D لاسترداد ما دفعوه مقابل هذه الأدوية، وفقاً لما تنص عليه مستندات التسجيل في خطة Medicare للأدوية.

لموافقة العامة، والعلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف بطبقة حماية (تابع) الصفحة 8 من 9

إحالة الحقوق:

- أحيل إلى Corewell Health الحقوق التالية:
 - جميع المزايا التأمينية والمطالبات وأي حقوق أخرى، بما في ذلك الحق في مطالبة أي طرف ثالث بالسداد والتواصل معه لهذا الغرض، فيما يتعلق بالمبالغ المستحقة عن الخدمات التي تلقيتها لدى Corewell Health.
 - الحق في رفع دعوى أو التدخل في أي دعوى قضائية أو إجراء قانوني يتعلق بالمبالغ المستحقة عن الخدمات التي تلقيتها لدى Corewell Health.
 - الحق في اتخاذ أي إجراء آخر للمطالبة بالمبالغ المستحقة عن الخدمات التي تلقيتها لدى Corewell Health.
- تشمل الحقوق المُحالة -على سبيل المثال لا الحصر- الحق في الطعن في رفض جهة السداد دفع المبالغ المستحقة لمنظومة Corewell Health، بما في ذلك أي خطة مزايا مقدمة من جهة العمل، أو بوليصة تأمين، أو تغطية تأمينية مقررة بموجب القانون أو العقد.
- وأحيل أيضاً إلى Corewell Health جميع الحقوق المتعلقة بمستحققاتها، وأوافق على التنازل عن الحق في تسوية هذه المستحقات أو الإعفاء منها أو الاحتفاظ بأي مبالغ تدفع لسداد مستحقات Corewell Health، أو اتخاذ أي إجراء آخر من شأنه التأثير -أي تأثير- في سداد هذه المستحقات أو في تعويض Corewell Health عنها.
- وأعين أيضاً Corewell Health ممثلاً مفوضاً عني للمطالبة بالمبالغ المستحقة عن الخدمات التي تلقيتها من Corewell Health. وأفوض Corewell Health بالتصرف نيابة عني لمتابعة أي مطالبة بالمزايا التأمينية، بما في ذلك المطالبات المقدمة بموجب قانون ضمان الدخل التقاعدي للموظفين لعام 1974، والطعن في أي قرار سلبي بشأن استحقاق هذه المزايا. وأوافق على التعاون مع Corewell Health في المطالبة بجميع المستحقات التأمينية، كما أوافق على سداد جميع نسب التحمل، والمدفوعات المشتركة، والمبالغ المستحقة بموجب أي خطة تأمين.
- أفوض Corewell Health لاستخدام ما تحصله لسداد المبالغ المستحقة عن الخدمات التي تلقيتها لديها، وأوجهها إلى Corewell Health.



الموافقة العامة، العلاج، والإفصاح عن المعلومات - نص كبير ومغلف

الصفحة 9 من 9

الترجمات:

• أدرك أنه بإمكانني الحصول على هذا المستند بلغات أخرى عند الطلب.
ويمكن الاطلاع على نسخة من هذا المستند وترجماته على الموقع الإلكتروني: <https://corewellhealth.org/generalconsent>

توقيع المريض:

لقد قرأت هذا النموذج وفهمت مضمونه، وحصلت على إجابات عن جميع أسئلتني.

الوقت _____ التاريخ _____ توقيع المريض

المريض دون سن 18 عامًا أو غير قادر على إعطاء الموافقة بسبب

الوقت _____ التاريخ _____ توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني

الاسم بخط واضح

STAFF SIGNATURE(S):

Witness signature _____

Second witness needed for Verbal Consent:

Witness signature _____

INTERPRETING SERVICES:

I certify that I have interpreted, to the best of my ability, into and from the patient's stated primary language, everything said during the informed consent discussion.

TIME _____ AM _____ PM DATE _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____