

إشعار عدم التمييز

تمتثل Corewell Health إلى قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والسارية ولا تميز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس. لا تستبعد Corewell Health الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر أو الإعاقة، أو الجنس، أو أي أساس آخر يحظره القانون.

أوافق على:

- الفحص والعلاج من قبل مقدمي الخدمات، والأطباء المناوبين، والطلاب، وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية في Corewell Health. وقد يتضمن هذا الحضور الشخصي، وموعد طبي مشترك، والتطبيب عن بُعد، وتصوير الفيديو، والتصوير الفوتوغرافي، والأجهزة الصوتية. قد يتم استخدام هذه الأدوات للعلاج/التشخيص أو للإجراءات التي يجب تنفيذها للسلامة الطبية، والعلمية والشخصية.
- وفقاً لما تمت مناقشته والموافقة عليه، قد يغير مقدم الخدمة رعايتي و/أو رعاية طفلي لتحقيق منفعة لحياتي أو لصحتي.
- إذا كنت هنا للولادة، يجوز لمقدم الخدمة ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين تقديم الرعاية للمولود.
- إذا كنت أشارك في موعد طبي مشترك، فسأحضر هذا الموعد مع مرضى آخرين. في أثناء هذه المواعيد، يجوز لمقدم الخدمة مشاركة معلومات شخصية عني مع الآخرين.
- يجوز لمقدم الخدمة الحصول على عينات من دمي وبولي وسوائل/أنسجة جسمي الأخرى ("عينات"). أصرح لمقدم الخدمة الاحتفاظ بهذه العينات والحفاظ عليها لأغراض علمية والتدريسية بالإضافة إلى إجراء اختبارات أخرى غير متعلقة بتشخيصي على هذه العينات.
- يجوز لمقدم الخدمة التخلص من هذه العينات على النحو الذي يختاره.

أتفهم ما يلي:

- سأطرح أسئلة.
- أدرك أن ممارسة الطب والجراحة ليست علمًا دقيقًا. لم يقدم لي أحد وعودًا أو ضمانات بخصوص نتائج علاجي أو الرعاية أو الفحص في Corewell Health.
- يمكن للطلاب والموظفين رؤيتي والاطلاع على سجلي الطبي لأغراض البحث والتعليم.
- سيتحقق الموظفون جيدًا من هويتي. وسيسألونني عن الإجراءات التي خضعت لها. وذلك لحمايتي.
- بعض مقدمي الخدمة والموظفين ليسوا موظفين في Corewell Health. أعرف أن Corewell Health ليست مسؤولة عن رعايتهم أو تصرفاتهم الأخرى. أعرف أيضًا أنني سألتقي فواتير منفصلة منهم على الرغم من أنهم يقدمون لي الخدمات في موقع Corewell Health.
- سأتعاون مع مكاتبهم للإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالتأمين.
- يسمح قانون ولاية ميشيغان Michigan لمقدمي الرعاية الصحية بفحص دمي للتحقق من إصابتي بـHIV (فيروس AIDS) أو التهاب الكبد دون موافقتي إذا تعرض أحد ممن يساعدون في رعايتي إلى دمي أو سوائل جسمي.
- تتوفر نسخة من سياسة الأهلية للمساعدة المالية من Corewell Health عند الطلب في جميع مناطق التسجيل وعلى الموقع الإلكتروني على:
 - Corewell Health Southeast Michigan
<https://www.beaumont.org/patients-families/billing/financial-assistance>
 - Corewell Health Southwest Michigan
<https://www.spectrumhealthlakeland.org/patient-visitor-guide/patient/billing/financial-assistance>
 - Corewell Health West Michigan
<https://www.spectrumhealth.org/billing/financial-assistance>
- لن تتسامح Corewell Health مع التمييز ضد مقدم الخدمة الخاص بي، أو متخصصي الرعاية الصحية الآخرين، أو الموظفين بسبب العرق، أو اللون، أو النوع، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس، أو على أي أساس آخر يحظره القانون الفيدرالي، أو قانون الولاية، أو القانون المحلي.
- إذا كانت حالتني تتطلب الإحالة إلى متخصص، فأنا أتفهم أنه سيطلب مني اختيار مقدم الخدمة. ستتاح لي الفرصة أن أطلب من Corewell Health الاتصال بمقدم الخدمة الذي أختاره أو إذا لم يكن لدي تفضيل، فسيتم الاتصال بأحد مقدمي الخدمة المستقلين من قائمة "تحت الطلب" في Corewell Health. أوافق على تحصيل شركة التأمين للفواتير عن الخدمات المتخصصة التي يقدمها مقدم الخدمة هذا سواء كان مقدم الخدمة هذا مشاركًا في برنامج التأمين الخاص بي أم لا.

← **أقبل الصفحة**

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



أتفهم ما يلي: (تابع)

- تعتبر هذه الموافقة صالحة لمدة عام واحد (1) من تاريخ توقيعي.

معلوماتي الطبية:

- يجوز لـ COREWELL HEALTH نشر معلوماتي الطبية لـ:
 - شركات التأمين والخطط الصحية والمسؤولين عن دفع الخدمات التي أتلقاها أنا أو طفلي.
 - الوكالات الحكومية مثل Medicaid و Medicare أو حسب ما يتطلبه القانون.
 - مقدمي الخدمة لي وغيرهم من المشتركين في رعايتي الآن أو في المستقبل.
 - صاحب العمل، إذا كانت السجلات متعلقة بالرعاية أو الخدمات التي يدفعها صاحب العمل، أو لأغراض أخرى مسموح بها بموجب القانون.
 - أي شخص أو كيان مسؤول عن دفع فاتورتي بالكامل أو جزء منها.
- أوافق على أن Corewell Health بإمكانها أخذ صورتي، أو صورة طفلي وحفظها في سجلي الطبي الإلكتروني. أتفهم أن Corewell Health ستستخدم هذه الصورة لأغراض التعريف بهدف تحسين تجربة المريض.
- أتفهم أن Corewell Health ستحتفظ بمعلوماتي الطبية أو معلومات طفلي الطبية وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي والسياسة. وأتفهم أيضاً أنه يجوز حفظ معلوماتي الطبية إلكترونياً ويجوز إرسالها إلى مقدمي الرعاية الصحية الآخرين و/أو جهات الدفع إلكترونياً أو تلقياً منهم. ويشمل هذا تشخيصي (ما مشكلتي) وعلاجي (ما يتم القيام به لتحسين حالتي) والدواء أو معلومات الوصفة الطبية. وسيتضمن هذا أيضاً أي تفاصيل عن صحتي العقلية والأمراض المعدية (مثل HIV) والمشكلات الأخرى مثل اضطرابات تعاطي المخدرات أو الكحول.
- أصرح بإرسال معلوماتي الصحية المحمية (PHI) إلى حسابي على MyChart (بوابة المرضى). MyChart هي بوابة على الإنترنت تسمح لي بالاطلاع على معلومات عن صحتي وتلقي تلك المعلومات وإدارتها.
- أتفهم أن معلوماتي الصحية المحمية (PHI) قد تتضمن معلومات شخصية للغاية (مثل الأمراض الجسدية/العقلية، وإدمان الكحول/المخدرات، والعدوى المنقولة جنسياً (STIs)، HIV/AIDS، وما إلى ذلك). إذا أعطيت شخصاً ما حق الوصول إلى بوابة MyChart الخاصة بي أو طلبت مشاركة معلوماتي الصحية المحمية PHI مع جهة خارجية، فسيكون بإمكان تلك الجهة الخارجية الاطلاع على معلوماتي الصحية المحمية PHI (التي قد تتضمن معلومات شخصية للغاية). وعند السماح للآخرين بالوصول إلى معلوماتي الصحية المحمية PHI، فأنا أوافق على أنهم يمكنهم رؤية معلوماتي الشخصية للغاية بما فيها حالتي من حيث الإصابة بفيروس HIV/AIDS.
- في بعض الحالات، يطلب القانون من Corewell Health الإبلاغ بأي معلومات طبية إلى أي وكالة مثل وزارة الصحة. قد يتضمن هذا معلومات عن HIV و TB وأمراض أخرى.
- إذا تم نقلي إلى منشأة أخرى، فيجوز لمقدمي الخدمة/مقدمي الخدمة المناوبين التابعين لـ Corewell Health الاطلاع على سجلاتي الطبية لمتابعة رعايتي و/أو استخدام المعلومات لأغراض الأبحاث الطبية.

إشعار الخصوصية

- لدي حقوق ومسؤوليات عندما أتلقى أنا أو طفلي خدمات. لقد سنحت لي الفرصة لتلقي نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية وسنحت لي الفرصة لطرح أسئلة بشأن المعلومات الواردة في الإشعار.

الأشياء الثمينة

- تطلب Corewell Health من مرضاها ترك ممتلكاتهم الثمينة في المنزل أو مع أفراد الأسرة. وأوافق على أن Corewell Health غير مسؤولة عن حماية ممتلكاتي.

حقوق المرضى والشكاوى

- أتفهم أنه يجوز لي إرسال مخاوفي أو شكواي بدون الخوف من الثأر أو الانتقام. سيتم بذل جهود لحل مخاوفي على الفور أو في أثناء الإطار الزمني المناسب. إذا كانت لدي أسئلة بخصوص حقوقي كمريض، فيمكنني طرح أسئلة. الرقم الذي يجب الاتصال به هو:

Corewell Health Southeast Michigan - 248.597.2727
Corewell Health Southwest Michigan - 269.982.9300
Corewell Health West Michigan - 877.308.5083

ويمكنني أيضاً الإعراب عن مخاوفي إلى ممثل تجربة المريض والأسرة في الموقع الذي أتلقى فيه الرعاية.

الموافقة على الاتصال: (تابع)

- لقد قدمت رقم هاتفي السكني و/أو الخليوي وعنوان بريد إلكتروني إلى Corewell Health. أوافق على تلقي مكالمات هاتفية، أو رسائل نصية، أو رسائل بريد إلكتروني تم طلبها تلقائياً، أو مسجلة مسبقاً من Corewell Health، أو وكلائها، أو الجهات الخارجية التابعة لها. قد تشمل هذه المراسلات فواتير. أنا مسؤول عن أي رسوم اتصالات من مقدم (مقدمي) خدمة الهاتف الخاص بي. هذا التصريح تطوعي. لا يزال يمكنني تلقي العلاج حتى إذا لم أقدم "موافقة على الاتصال".
- قد تتضمن الرسائل النصية من Corewell Health تاريخ ووقت مواعيدي، أو اسم مقدم الخدمة، أو اسم وعنوان الموقع الذي تحدد به مواعيدي وما أحتاج معرفته للاستعداد للموعد أو المبالغ المستحقة، أو معلومات صحية محدودة.
- أُصرح لـ Corewell Health بإرسال رسائل نصية غير مشفرة إلى الهاتف الخليوي المسجل في ملفي الطبي في Corewell Health. وأنفهم أن:
 - الرسائل النصية غير مشفرة. قد يتم اعتراض المعلومات الصحية المرسله في رسالة نصية غير مشفرة ورؤيتها من قبل آخرين. ثمة مخاطر أخرى مع الرسائل النصية غير المشفرة منها النصوص التي تم توجيهها بشكل خطأ والرسائل المعاد إرسالها إلى الآخرين والرسائل المخزنة على الخوادم الغير مؤمنة. عند اختيار تلقي معلوماتك الصحية عن طريق نص غير مشفر، فأنت تُقر بهذه المخاطر وتقبلها.
 - يعتبر هذا التصريح صالحاً حتى ألغي إذني بتلقي رسائل نصية أو أسحبه.
 - يجوز لي إلغاء هذا التصريح أو سحبه، ما لم يكن قد تم اتخاذ الإجراء قبل تلقي طلب الإلغاء أو السحب، عن طريق الاتصال على الرقم:

Corewell Health Southeast Michigan - 248.597.2727
Corewell Health Southwest Michigan - 269.982.9300
Corewell Health West Michigan - 877.308.5083

التصريح بتلقي المدفوعات والفواتير

- يُصرح لـ Corewell Health بطلب المدفوعات من أي جهة خارجية ومني. أُصرح لـ Corewell Health بالتصرف نيابةً عني لتحصيل المزايا من أي جهة خارجية والمصادقة على الشيكات القابلة للدفع لي و/أو لـ Corewell Health.
- أُصرح لأي شركة تأمين، مسؤولة عن دفع تكاليف رعايتي الطبية وعلاجي، بالدفع لـ Corewell Health مقابل الخدمات المقدمة. أنفهم أنني مسؤول عن أي رسوم غير مغطاة في التأمين.
- أطالب بدفع (نيابةً عني) أي مبالغ مستحقة لي من مزايا Medicare المصرح بها إلى Corewell Health مقابل أي خدمات مقدمة لي من Corewell Health أو في منشأتها.
- أوافق على أنه إذا لم يتم دفع حسابي عند استحقاقه، فيجوز لـ Corewell Health توكيل محام و/أو وكالة تحصيل لتحصيل ذلك. سأكون مسؤولاً عن تعويض Corewell Health عن جميع التكاليف والمصروفات والرسوم المقترنة بتحصيل المبالغ المستحقة. ويشمل هذا، على سبيل المثال لا الحصر، الفوائد المعقولة، والتكلفة القانونية في حال رفع الدعوى وأتعاب المحاماة المعقولة و/أو الرسوم المعقولة لوكالة التحصيل وتشمل تلك الرسوم المعتمدة على نسبة مئوية من الدين.
- أوافق على أن المعلومات التي قدمتها للدفع صحيحة. أعرف أن المصادقة المسبقة أو التصريح المسبق بالخدمات مسؤوليتي.
- إذا كنت لا أريد أن تُحصَل Corewell Health فواتوري من التأمين الخاص بي، فيجب عليّ إخطارهم بذلك في وقت الخدمة.
- يجوز لـ Corewell Health الحصول على تقرير ائتمان لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لخصومات معينة غير خاضعة للتأمين (ذاتية الدفع) أو برامج مساعدة مالية. لن يؤثر هذا على درجة الائتمان الخاص بي.
- الآباء المطلوقن للمرضى الفُصَّر:
- يسمح نظام السجل الطبي في Corewell Health بتعيين أب/وصي قانوني واحد كضامن (الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة).

يتحمل أولياء أمور المرضى مسؤولية التواصل (بين أنفسهم) مع بعضهم عن دفع أي رسوم لا يغطيها التأمين.

التصريح بتلقي المدفوعات والفواتير (تابع)

• مرضى العيادات الخارجية في Medicare:

- أعلم أن قواعد Medicare تجعلني مسؤولاً عن الأدوية التي يتم أخذها ذاتياً والمقدمة لي في العيادة الخارجية. الأدوية التي يتم أخذها ذاتياً هي الأدوية التي أتناولها من دون مساعدة متخصصة ولكن قد يتم إعطاؤها من قبل أحد الموظفين لدى مقدم الخدمة في العيادة الخارجية مثل قسم العيادات الخارجية في قسم الطوارئ أو في أثناء الملاحظة. تطلب Medicare من المستشفيات تحصيل فواتير هذه الأدوية من مرضى Medicare أو غيرهم من الجهات الخارجية الدافعة. يجوز للمستفيدين من خدمة Medicare Part D تحصيل فاتورة من Medicare Part D عن التعويضات الممكنة عن هذه الأدوية وفقاً لمواد التسجيل في خطة Medicare Drug.

تكليف:

• أكلف Corewell Health:

- جميع المزايا والمطالبات وأي وكل حقوق أخرى، بما في ذلك الحق في تحصيل الفواتير من أي جهة خارجية والتحدث معها بغرض طلب الدفع بخصوص تكاليفي في Corewell Health.
- الحق في رفع دعوى أو التدخل في أي دعوى أو إجراء يتضمن الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health.
- الحق في اتخاذ أي إجراء آخر لطلب دفع الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health.
- يشمل هذا التكليف، على سبيل المثال لا الحصر، الحق في الطعن على رفض دفع الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health من أي جهة دفع، بما في ذلك أي خطة مزايا يراها صاحب العمل، أو سياسة تأمين، أو تغطية تأمين مقدمة بموجب القانون أو بموجب عقد.
- وأكلف Corewell Health أيضاً، وأوافق على أن أتنازل عن أي وكل حق في تسوية دفع رسوم Corewell Health الواجب عليّ دفعها أو الإفراج عنها أو الاحتفاظ بها، أو اتخاذ أي إجراء آخر يضر بأي شكل من الأشكال بدفع أو التعويض عن الرسوم الواجب عليّ دفعها إلى Corewell Health.
- أعين أيضاً Corewell Health على أنها الممثل المفوض لي بغرض متابعة دفع الرسوم الواجب عليّ دفعها في Corewell Health. أصرح لـ Corewell Health بالتصرف نيابة عني لمتابعة أي مطالبة بمزايا، وتشمل مطالبة بموجب قانون تأمين دخل تقاعد الموظف لعام 1974، وبالطعن على قرار المزايا السلبية. أوافق على مساعدة Corewell Health في متابعة جميع مزايا التأمين وأوافق على دفع جميع التأمين المشترك والمدفوعات المشتركة والخصومات المطلوبة بموجب أي خطة تأمين.
- أصرح لـ Corewell Health وأوجهها لتطبيق إجراءات استرداد أي رسوم واجب عليّ دفعها لـ Corewell Health.

الترجمة:

- أتفهم أنني بإمكانني الاطلاع على هذا المستند بلغات أخرى عند الطلب.

توقيع (توقيعات) المريض:

لقد قرأت هذا النموذج وأفهمه. تمت الإجابة عن جميع أسئلتني.

الوقت _____ التاريخ _____ توقيع المريض _____
صباحاً □
مساءً □

• عمر المريض أقل من 18 عام أو غير قادر على الموافقة بسبب _____

الوقت _____ التاريخ _____ ولي الأمر/الوصي القانوني التوقيع _____
صباحاً □
مساءً □
الاسم المطبوع _____

STAFF SIGNATURE(S):

TIME _____ AM □ PM □ DATE _____ Witness _____

SECOND WITNESS NEEDED FOR VERBAL CONSENT:

TIME _____ AM □ PM □ DATE _____ Witness _____

INTERPRETING SERVICES:

I certify that I have interpreted, to the best of my ability, into and from the participant's stated primary language, _____, all oral presentations made by all of those present during the informed consent discussion.

TIME _____ AM □ PM □ DATE _____ Interpreter signature _____

Interpreter name (print) _____