



OUTPATIENT AGREEMENT FORM

OUTPATIENT AGREEMENT FORM - ARABIC

استمارة اتفاقية المرضى الخارجيين

Patient Identification Information

Page 1 of 4

صفحة 1 من 4

تطبق هذه الاستمارة على كيانات جونز هوبكينز الطبي التالية المشار إليها فيما بعد باسم ("جونز هوبكينز"): مركز جونز هوبكينز بايفيو الطبي والممارسات السريرية لكلية الطب بجامعة جونز هوبكينز ومستشفى هوارد كاوثي العامة وأطباء مجموعة جونز هوبكينز ومجموعة جونز هوبكينز للرعاية المنزلية ومستشفى سوربان ومستشفى سيبلو ومستشفى جونز هوبكينز لجميع الأطفال وشركة خدمات الأطباء لطب الأطفال وشركة ويست كوست لطب حديثي الولادة ومستشفى جونز هوبكينز ومراكز جونز هوبكينز للأشعة والجراحات الخارجية.

السياسة العامة: يتلقى جميع المرضى من دون تمييز بالعرق أو الأصل الإثني أو الدين أو الثقافة أو اللغة أو الإعاقة الجسدية أو الإعاقة العقلية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الاقتصادية أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسانية أو التعبير عنها.

الموافقة على العلاج: أوافق أنا أو الممثل عني بأن يقم مقدمو الخدمات الطبية التابعين لكيانات جونز هوبكينز بحالتي ويعالجوها. إذا كانت المعالجة المقترحة تتطوي على مخاطر جسيمة، وذلك في حال غياب إجراءات الطوارئ، فسيجري الحصول على موافقة مسبقة إضافية. أعي بأن ممارسة الطب ليست علماً معصوماً، وأني لم أحصل على ضمانات من أي شخص بشأن النتائج أو النواتج التي من الممكن الحصول عليها من الفحوصات أو العلاجات أو خدمات الرعاية الصحية الأخرى.

الإفصاح عن المعلومات والتصريح بنشرها: أوافق جونز هوبكينز بموجب هذه الاتفاقية بالإفصاح عن تشخيص حالتي النهائي والمعلومات الطبية الأخرى لأطراف أخرى لتحديد الاستحقاقات واجبة الدفع وتجهيز المطالبات، وأفوض كيانات جونز هوبكينز بنشر المعلومات الطبية لشركة التأمين الخاصة بي لأغراض السداد. كما أفوض إما جونز هوبكينز أو الأطباء مقدمي الخدمات من أجلي أو كليهما بالإفصاح عن كل سجلاتي الطبية وسجلات الفواتير أو جزء منها ذات الصلة بالعلاج والمدفوعات والعمليات وللأغراض الموضحة في إشعار جونز هوبكينز بممارسات الخصوصية.

الموافقة على الاتصال: أوافق على أنه بمنحي أرقام هاتفي الأرضي أو هاتفي المحمول أو البريد الإلكتروني، فإنني أمنح موافقتي الصريحة إلى كيانات جونز هوبكينز وطاقم العمل التابع لها وموظفيها والمتعاقدين المستقلين والمحال إليهم وخلفائهم ووكلائهم للاتصال بي عن طريق البريد الإلكتروني أو هذه الأرقام أو أي رقم أو بريد إلكتروني يحتاز عليه لاحقاً مني وترتك رسائل مباشرة أو مسجلة مسبقاً أو رسائل نصية أو رسائل بريد إلكتروني تتعلق بالأمر ذات الصلة برعايتي الصحية أو حسابي أو فواتيري بشأن أي خدمة أتلقاها. أؤكد على أن أي رقم هاتف أدليت به هو لي ولا يخص أطراف أخرى. من الممكن استلام المكالمات عبر المجيب الآلي لفعالية أكبر. علاوة على ذلك قد تُرسل رسائل البريد الإلكتروني والرسائل النصية غير مشفرة تسهيلات للاطلاع عليها، ما قد ينطوي على بعض المخاطر من بينها مخاطر التعرض للاختراق أثناء الإرسال أو عرض الرسائل من شخص آخر غيري. أوافق على تقبل تلك المخاطر. في حال لم أرغب بتلقي رسائل نصية، يمكنني الاتصال على 1-800-318-4246 لإلغاء الرسائل النصية. تقديم بريداً إلكترونياً أو رقم هاتف أو رقم المحمول ليس شرطاً لتلقي الخدمات.

الأطباء غير الموظفين في المستشفى: أعي أن الأطباء قد لا يكونوا موظفين في النظام الصحي. أعي أن طبيبي قد يطلب من الأطباء الآخرين المشاركة في رعايتي على سبيل المثال لا الحصر الأطباء المعالجين واختصاصي الأشعة والجراحين وأطباء التوليد/أطباء أمراض النساء وأطباء الباثولوجيا وأطباء التخدير واختصاصي حديثي الولادة والأطباء المختصون في تفسير الفحوصات التشخيصية والاستشاريين ومساعدتي الأطباء. كما أوافق على إما مشاركة الأطباء تحت التدريب أو الطلاب أو موظفي الرعاية الصحية المؤهلين الآخرين وذلك تحت إشراف الطبيب المعالج لحالتي أو متابعتهم لرعايتي ما لم أذكر غير ذلك على وجه التحديد سواء شفهيًا أو كتابيًا.

وصف الدواء إلكترونياً: أفوض شركة شورسكريبس -وهي شبكة إلكترونية لوصف الدواء- بالإفصاح عن تاريخ إعادة صرف الدواء الخاص بي لمقدمي الخدمة بغرض استمرار المعالجة.

الدفع مقابل الخدمات: أعي أن كيانات جونز هوبكينز قد تحرر فاتورة موجهة خطة التأمين الصحي بشأن الرعاية التي أتلقاها. أوافق على أنه قد تذهب المدفوعات من خطة التأمين الصحي مباشرة إلى كيانات جونز هوبكينز. في حال ضرورة استلام المدفوعات فإني أعي بأنني ساكون مسؤولاً عن الدفع لكيانات جونز هوبكينز. أحيل الاستحقاقات واجبة الدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية إما للأطباء أو المؤسسات التي تقدم الخدمات أو كليهما. أجز السداد المباشر لكيانات جونز هوبكينز وكافة مقدمي الخدمات الآخرين من أجلي، لأي تأمين أو إصابة شخصية أو أي استحقاقات واجبة الدفع خلاف ذلك لي أو للمريض. أقر بالمسؤولية المالية عن أي تأمين مشترك أو خصم أو مبالغ أخرى لم تستلمها المستشفى من مصدر تابع لأطراف خارجية مقابل الرعاية والخدمات المقدمة إليّ أو إلى المريض. أحيل بحفي في الطعن على رفض السداد لكيانات جونز هوبكينز مقابل الخدمات المقدمة إليّ.

أعي أنه من الممكن اعتبار أن كيانات جونز هوبكينز مقدم خدمات من خارج الشبكة من قبل خطة التأمين الصحي وذلك مقابل الخدمات التي أتلقاها من كيانات جونز هوبكينز. في هذه الحالة فإن الدفعة المشتركة الخاصة بي أو المبالغ المقطعة قد تكون أكبر في حال تلقي الخدمات من مؤسسة أو معمل داخل الشبكة. وذلك يعني أن تأمينك قد يغطي أقل من المتوقع وذلك حسب خطتك لتأمين الرعاية الصحية. أعي أنه ينبغي أن أسدد أي دفعة مشتركة أو الجزء الآخر من الفاتورة من خطة التأمين الصحي بوجوب دفعه من بينها مبالغ مقطعة أعلى أو الدفعة المشتركة نتيجة لاستحقاقات تلقي الخدمات خارج الشبكة. أدرك أنه قد تدعو الحاجة للدفع قبل تلقي العلاج.

قد يتلقى المرضى الذي يخضعوا للفحص في عيادة أو عيادة خارجية العديد من الفواتير. يُسمح للمستشفى بإصدار فاتورة رسوم مقابل الكشف في العيادات الخارجية والتي يُشار إليها عادة باسم "رسوم استخدام المرافق"، لاستخدام مرافق المستشفى أو موقعها أو عياداتها أو أدواتها أو فحوصاتها أو إجراءاتها أو معدات أو الخدمات التي ليست لها صلة بالأطباء، على سبيل المثال لا الحصر خدمات الموظفين السريريين غير الأطباء. أعي بأن جميع الخدمات المهنية للأطباء تُحاسب منفصلة عن فاتورة المستشفى. أعي أنني مسؤول عن أتعاب جميع الأطباء والخدمات الإضافية المتعلقة بمعالجتي.

وأدرك أن أسعار المستشفيات في ولاية ماريلاند عرضة للتغيير دون سابق إنذار أثناء وجودي في المستشفى. لا ينطبق هذا الأمر على مستشفى سيبلو ميموريال والتي تقع في مقاطعة كولومبيا. لا ينطبق هذا الأمر على مستشفى جونز هوبكينز لجميع الأطفال وشركة خدمات الأطباء لطب الأطفال وشركة ويست كوست لطب حديثي الولادة ومقرهم في فلوريدا.

أنا على علم بأنه يحق لي الحصول على خصم عند السداد الفوري لمستشفيات ماريلاند كالتالي: نسبة 2% في حالة السداد في نفس تاريخ الخدمة أو قبلها، أو 1% في حال تم السداد في غضون 30 يوماً من تاريخ أول فاتورة أو تاريخ الخروج أيهما أسبق. لا ينطبق هذا الأمر على مستشفى سيبلو ميموريال والتي تقع في مقاطعة كولومبيا أو مستشفى جونز هوبكينز لجميع الأطفال وشركة خدمات الأطباء لطب الأطفال وشركة ويست كوست لطب حديثي الولادة ومقرهم في فلوريدا.

OUTPATIENT AGREEMENT FORM - ARABIC

استمارة اتفاقية المرضى الخارجيين

Patient Identification Information

Page 2 of 4

صفحة 2 من 4

أنا على علم بأنه في حال لم تدفع خطة التأمين الصحي التكاليف للمستشفى أو الطبيب فسيتم عليّ الدفع وأوافق على ذلك. في حال خضع حسابي للإرسال إلى وكالة تحصيل فإني أوافق على سداد كافة الرسوم المناسبة المطلوبة لتحصيل المبالغ المستحقة. قد تتضمن هذه الرسوم تكاليف المحكمة وأتعاب المحاماة بنسبة 15% من فواتير الرسوم والفوائد بالمعدل القضائي إذا صدر الحكم.

المبادئ التوجيهية لقانون دخل الموظفين المتعاقدين (ERISA): في حال كانت خطتي للرعاية الصحية تخضع للمبادئ التوجيهية لقانون دخل الموظفين المتعاقدين ((ERISA)) بموجب قانون الولايات المتحدة) فإني أوافق على أن تتصرف كيانات جونز هوبكنز باسمي للحصول على الفوائد عندما تطلب كيانات جونز هوبكنز ذلك. كما أوافق على أن تستأنف كيانات جونز هوبكنز من أجلي في حال رفضت خطة التأمين الصحي عدم الدفع مقابل رعايتي. أعني أنه عليّ الامتثال للسياسات والإجراءات المحددة من خطة استحقاقات الموظفين.

العقد الخاص: أعني أن كيانات جونز هوبكنز ستحملني المسؤولية في أي من المواقف التالية. قد يطلب مني مراجعة استمارة العقد الخاص وتوقيعها إلى جانب هذه الاستمارة:

- (1) عندما أختار خدمة تغطيتها خطة التأمين الصحي ولكني لا أحصل على الإحالة أو التفويض المطلوبين من خطة التأمين الصحي خاصتي.
- (2) عندما أختار عدم استخدام خطة التأمين الصحي خاصتي وأوافق على السداد بنفسني مقابل الخدمات.
- (3) في حال لم تشترك جونز هوبكنز في الخدمات التي أريدها أو أحتاج إليها وأوافق على السداد بنفسني مقابل تلقي الرعاية.
- (4) في حال تلقي خدمات لا تغطيها خطة التأمين الصحي خاصتي.

إحالة الاستحقاقات: أحيل إلى كيانات جونز الحق في تقديم استئناف ما قبل الخدمة فيما يخص خطة التأمين الصحي نيابة عني.

الموافقة على العلاج (تنطبق على ولاية ماريلاند فحسب): أعني بأن أي مطالبة قد تنشأ من الرعاية المقدمة من الأطباء والتمريض ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين في أي كيان تابع لكيانات جونز هوبكنز الواقعة في ولاية ماريلاند تخضع لقوانين ولاية ماريلاند. أوافق على أنه قبل تقديم أي دعوى قضائية، سأحاول تسوية مطالبي من خلال الوساطة. الوساطة هي عملية يحاول من خلالها شخص آخر محايد المساعدة في تسوية المطالبات. أنا لا أتنازل عن حقي في رفع دعوى قضائية إذا أخفقت عملية الوساطة في حل مطالبي. أوافق على ضرورة عقد أي وساطة أو إجراء في ولاية ماريلاند. هذه الاتفاقية ملزمة لي وأي شخص يقدم مطالبة من أجلي.

إشعار جونز هوبكنز لممارسات الخصوصية: تلتقت نسخة من إشعار جونز هوبكنز لممارسات الخصوصية.

الموافقة على إنشاء الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR): واستخدامها: أقر بأنني تلتقت دليل المعلومات الخاص بالصور والتسجيلات الصوتية والفيديو التابع لكيانات جونز هوبكنز. أوافق على السماح بإنشاء الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) واستخدامها والصور والتسجيلات الأخرى التي تخصني أو المريض الذي أمثله وذلك لأغراض التعليم الداخلي أو تحسين الجودة. الأحرف الأولى: __ أفوض

الاختبارات الأخرى: في حالة تعرض أحد أفراد القوة العاملة بالمستشفى لسوائل جسدية أثناء فترة علاجي، فأنا أوافق على الخضوع لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية وأفوض المستشفى بإصدار نتيجة هذا الاختبار لي، ولموظف الرعاية الصحية المعرّض، وللطبيب. أعني أنه يحق لي رفض إجراء الاختبار من دون عواقب. أفوض لا أفوض

المرترجم الشفهي: في حالة استخدام مترجمًا شفهيًا، يرجى ملء التالي: _____ عن بعد _____ شخصيًا

رقم هوية المترجم الشفهي (في حالة الترجمة عبر الهاتف أو الفيديو): _____ التاريخ: _____ التوقيت: _____

اسم المترجم الشفهي بخط النسخ: _____

أوافق على البنود المذكورة أعلاه وأقر بأن جميع المعلومات المقدمة بما في ذلك معلومات التأمين دقيقة وصحيحة على حد علمي. لن تُقبل أي تغييرات في هذا النموذج.

التاريخ: _____ التوقيت: _____ توقيع المريض: _____

خاص بوكيل الرعاية الصحية / الوصي / النائب / الزوج (ضع دائرة حول أحدها)، أنا، _____ (الاسم بخط النسخ)، الممثل عن المريض.

التاريخ: _____ التوقيت: _____ توقيع الممثل عن المريض: _____ العلاقة بالمريض: _____

التاريخ: _____ التوقيت: _____

OUTPATIENT AGREEMENT FORM - ARABIC

استمارة اتفاقية المرضى الخارجيين

Patient Identification Information

Page 3 of 4

صفحة 3 من 4

إشعارات جونز هوبكنز

الباثولوجيا: قد تتخلص جونز هوبكنز من أي أنسجة أو أجزاء مُزالة أثناء الإجراء، أو قد تُبقي وتحتفظ وتستخدم وتشارك تلك الأنسجة أو الأجزاء أو المعلومات ذات الصلة لأغراض التعليم الداخلي وتحسين الجودة من دون إذن مني (حتى وإن كانت تلك الأنسجة أو الأجزاء أو المعلومات ذات الصلة تشير إلى هويتي)، وقد تستخدم أو تشارك الأنسجة أو الأجزاء أو المعلومات ذات الصلة التي تشير إلى هويتي لأغراض بحثية بإذن مني أو بإذن من لجنة الأخلاقيات والتي تحكمها القوانين الفيدرالية التي تحمي تلك الأنشطة. إن لم تكن الأنسجة أو الأجزاء أو المعلومات ذات الصلة تشير إلى هويتي، فقد تستخدمها جونز هوبكنز لأغراض علمية (بحثية) من دون إذن مني أو أي إجراء من لجنة الأخلاقيات.

الباثولوجيا (فلوريدا): أفوض كيانات جونز هوبكنز للتخلص من أي نسيج أو أعضاء أُزيلت أثناء الإجراءات الجراحية، وللاحتفاظ بهذه الأنسجة أو الأعضاء أو المعلومات ذات الصلة (شاملة تحليل الحمض النووي) وحفظها واستخدامها ومشاركتها بغرض التعليم الداخلي والبحث وتحسين الجودة والإجراءات الطبية الأخرى، وما لم تسمح قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولاية بغير ذلك، حتى وإن كانت تلك الأنسجة أو الأجزاء أو المعلومات ذات الصلة تشير إلى هويتي.

الأعراض الشخصية: يتحمل المرضى مسؤولية أعراضهم الشخصية ونوصيهم بترك جميع الأموال والأشياء الثمينة في المنزل. لن تُعد كيانات جونز هوبكنز مسؤولة أو تتحمل تبعات فقدان أو تلف أي أعراض شخصية أدخلها المريض إلى المستشفى وتشمل على سبيل المثال لا الحصر النقود والأسنان الصناعية والنظارات وأجهزة السمع والأجهزة الإلكترونية الشخصية والوثائق.

المساعدة المالية: أعي أن كيانات جونز هوبكنز توفر سياسات المساعدة المالية التي تقدم المساعدة المالية وخطط السداد للمرضى في ظل ظروف معينة. وأعي أنه يمكنني طلب معلومات تتعلق بالمساعدة المالية لكيانات جونز هوبكنز عن طريق الاتصال بقسم خدمة العملاء في جونز هوبكنز على 443-997-3370 أو 1-855-662-3017. أفوض بموجب هذه الاتفاقية كيانات جونز هوبكنز لإجراء تقرير انتمائي خاص بي لاستخدامها في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية أو خطة سداد. أعي أيضاً أنه يمكنني الحصول على معلومات من خلال الاتصال عبر الإنترنت على:

www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/payment_assistance.html
للأطباء سياسات المساعدة المالية الخاصة بهم ويجب على المريض الاتصال بمكتب الطبيب للاستفسار.

التوجيهات المسبقة: التوجيهات المسبقة هي أي بيان خطي أو منطوق بالرغبات المتعلقة بالرعاية الصحية المدرجة في السجلات الطبية. التوجيهات المسبقة تخبر مقدمي الرعاية الصحية من هو المتحدث نيابة عنك وما القرارات الطبية التي يجب عليهم اتخاذها إذا أصبحت غير قادر على التحدث عن نفسك. تشمل الأمثلة زيارات وكيل الرعاية الصحية وتعليمات الرعاية الصحية أو تفضيلات العلاج (على سبيل المثال، "وصية مرضى الاحتضار")، والتوجيهات الشفوية المسبقة، والتوجيه المسبق لخدمات الصحة العقلية. إذا كنت تملك توجيهًا خطيًا مسبقًا، برجاء تقديم نسخة إلى أمين السجل أو الممرضة أو الطبيب. وإذا كنت ترغب في استكمال توجيه مسبق شفوي أو إلغاء أو مراجعة التوجيه المسبق الحالي، يرجى إبلاغ أمين السجل أو الممرضة أو الطبيب.

دليل معلومات المريض عن الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) يكيانات جونز هوبكنز:

التعليم الداخلي وتحسين الجودة

يرجى قراءة دليل المعلومات قبل توقيع جزء الموافقة على الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) في نموذج اتفاقية جونز هوبكنز للمرضى الداخليين أو الخارجيين. صُممت الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) واستُخدمت في كيانات جونز هوبكنز لأغراض تحسين الجودة والتعليم الداخليين لتحسين الرعاية بالمريض. تشمل الأمثلة على الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو المستخدمة:

- الاستخدام لتحسين الجودة- مراقبة المريض عبر الفيديو لإجراء العملية الجراحية هي بغرض منع العدوى وضمان الالتزام بمعايير الرعاية.
- التعليم الداخلي- الطريقة الصحيحة لمعالجة جرح أو تركيب خط وريدي أو إجراء عملية.
- حماية خصوصيتك: تشعر جونز هوبكنز بالامتنان للمرضى الذين يرغبون في السماح لنا بإنشاء الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) واستخدامها لنتمكن من تحسين الرعاية التي نقدمها. وفي نفس الوقت، فإن خصوصية المرضى، بالإضافة إلى سرية المعلومات الطبية والمعلومات ذات الصلة، أهم أولوياتنا.
- أثناء إنشاء الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR)، نحمي خصوصيتك قدر الإمكان، وكلما أمكن سنعدل الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) حتى لا يمكن التعرف عليك.
- سيشرح موظفو جونز هوبكنز أي استخدام مقصود للصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) وسيجيئون على أي أسئلة تراوكم.
- سيتطلب استخدام الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) لأغراض أخرى غير التعليم الداخلي وتحسين الجودة موافقتك تفويضًا إضافيًا.
- قد تشمل الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو PAVR، على سبيل المثال لا الحصر، الصور الفوتوغرافية أو الرسومات أو التسجيلات الصوتية والفيديو أو الصور الرقمية أو الإلكترونية أو الصور المتحركة أو الصور الأخرى.

OUTPATIENT AGREEMENT FORM - ARABIC

استمارة اتفاقية المرضى الخارجيين

Patient Identification Information

Page 4 of 4

صفحة 4 من 4

من المهم أن تعي حقوقك عند إنشاء الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) أو استخدامها. تتضمن حقوقك: تتضمن حقوقك:

- الموافقة على إنشاء أو استخدام الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) طوعية. لن يتأثر علاجك، سواء وقعت على الموافقة أم لا.
- سنتوقف موافقتك فقط عند عدم وجود حاجة لاستخدام معلوماتك لأغراض التعليم الداخلي و/أو تحسين الجودة.
- يمكنك شفويًا طلب وقف إنشاء الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) في أي وقت أثناء إنشائها.
- وبموجب هذا الطلب تتنازل عن جميع المطالبات بالتعويض والحقوق المتعلقة بالصور والتسجيلات التي منحت الموافقة عليها.
- بعد إنشاء الصور والتسجيلات، يمكنك إلغاء موافقتك أو سحبها عن طريق إرسال طلبك الخطي بالبريد أو بالفاكس إلى مقدم الرعاية أو العيادة أو القسم الذي منحت فيه موافقتك أو إلى قسم المعلومات الصحية. سيؤثر هذا الانسحاب فقط على أي استخدام جديد للصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR) من قبل جونز هوبكنز. إذا أزيلت جميع المعرفات من الصور والتسجيلات الصوتية والفيديو (PAVR)، فقد لا يكون هذا الانسحاب ممكنًا.

يرجى التأكد أن تطلب من أحد موظفي جونز هوبكنز توضيح أي أسئلة قد تراودك. نحن نقدر مساعدتك، ونقدر مشاركتك.