Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Arabic

Patient Label Box

رسالة مهمة من برنامج Medicare

حقوقك بصفتك مريضًا داخليًا في المستشفى:

- يمكنك تلقي الخدمات المغطاة من برنامج Medicare. ويشمل هذا خدمات المستشفى الضرورية طبيًا والخدمات التي قد تحتاج إليها بعد خروجك من المستشفى، إذا طلبها طبيبك. لديك الحق في المعرفة بشأن هذه الخدمات ومن سيدفع تكلفتها وأين يمكنك الحصول عليها.
- يمكنك المشاركة في أي قرارات متعلقة بإقامتك في المستشفى.
- يمكنك الإبلاغ عن أي مخاوف تساورك بشأن جودة الرعاية التي تتلقاها إلى منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO) من خلال: Livanta LLC: 1-888-524-9900 الهاتف النصي (Teletypewriter, TTY): 711
- منظمة QIO هي المراجع المستقل المعتمد من Medicare لمراجعة قرار خروجك من المستشفى.
- يمكنك العمل مع المستشفى للتحضير لخروجك من المستشفى بأمان والترتيب للخدمات التي قد تحتاج إليها بعد مغادرتك المستشفى. عندما لا تعود بحاجة إلى الرعاية الداخلية في المستشفى، سيقوم طبيبك أو موظفو المستشفى بإبلاغك بتاريخ خروجك المقرر.
- يمكنك التحدث مع طبيبك أو موظف آخر بالمستشفى إذا كانت لديك مخاوف حول خروجك من المستشفى.

حقك في الطعن على قرار خروجك من المستشفى:

- يحق لك الحصول على مراجعة طبية فورية مستقلة (الطعن) لقرار خروجك من المستشفى. إذا قمت بذلك، فلن تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات التي تتلقاها أثناء الطعن (باستثناء رسوم مثل المدفوعات المشتركة والمبالغ المقتطعة).
- إذا اخترت الطعن، فسيسألك المراجع المستقل عن رأيك. سينظر المراجع أيضًا في سجلاتك الطبية و/أو غيرها من المعلومات ذات الصلة. ليس عليك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن لديك الحق في القيام بذلك إن أردت.
- إذا اخترت الطعن، فستتلقى أنت ومراجعك نسخة من الشرح المفصل حول سبب عدم استمرار إقامتك المغطاة في المستشفى. سوف تتلقى هذا الإشعار المفصل فقط بعد طلبك للطعن.
- إذا وجدت منظمة QIO أنك غير مستعد للخروج من المستشفى، فسيستمر برنامج Medicare في تغطية خدمات المستشفى التي تتلقاها.
- إذا وافقت منظمة QIO على أنه ينبغي عدم تغطية الخدمات بعد تاريخ الخروج، فلن يدفع برنامج Medicare أو خطة Medicare الصحية تكاليف إقامتك في المستشفى بعد ظهر اليوم التالي لتلقي الإخطار الذي ترسله لك منظمة QIO بقرارها. إذا قمت بإيقاف الخدمات في موعد لا يتجاوز هذا الوقت، فستتجنب المسؤولية المالية.
- إذا قررت عدم الطعن، فقد تضطر إلى الدفع مقابل أي خدمات تتلقاها بعد تاريخ خروجك من المستشفى.

انظر الصفحة 2 من هذا الإخطار لمزيد من المعلومات.

CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2025) OMB approval 0938-1019

Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Arabic

Patient Label Box

كيفية طلب الطعن على قرار خروجك من المستشفى

- يجب عليك تقديم طلبك إلى منظمة QIO المدرجة أعلاه.
- ينبغي تقديم طلبك للطعن في أقرب وقت ممكن، ولكن في موعد لا يتجاوز تاريخ خروجك المقرر وقبل مغادرتك المستشفى.
- ستقوم منظمة QIO بإخطارك بقرارها في أقرب وقت ممكن، عادةً خلال مدة لا تتجاوز يومًا واحدًا بعد أن تتلقى المنظمة جميع المعلومات الضرورية.
- اتصل بـ QIO على: Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 711 للاستئناف، أو إذا كان لديك أسئلة.

إذا فاتك الموعد النهائي لطلب الطعن، فقد تكون لديك حقوق طعن أخرى:

- إذا كانت لديك تغطية من برنامج Medicare الأساسي: فاتصل بمنظمة QIO على Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 711.
- إذا كنت تنتمي إلى خطة برنامج Medicare الصحية: فاتصل بمزود خطتك على الرقم الموجود خلف بطاقة تأمينك.

لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يمكن الوصول إليه، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوت. يحق لك أيضًا تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. قم بزيارة الرابط Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice، أو اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكن لمستخدمي أجهزة TTY الاتصال بالرقم 711.

يُرجى التوقيع أدناه للإقرار باستلامك وفهمك لهذا الإخطار.

لقد أُخطِرت بحقوقي بصفتي مريضًا داخليًا في المستشفى وأنه يحق لي الطعن على قرار خروجي من المستشفى عن طريق التواصل مع منظمة QIO التي أتبع لها.

_____ _____ _____

التاريخ *(Date)* الوقت *(Time)* توقيع المريض أو الممثل القانوني *(Signature of Patient or Legal Representative)*

طريقة التوصيل: ☐ شخصيًا *(In-person)* ☐ الهاتف *(Phone)* ☐ البريد الإلكتروني *(Email)* ☐ فاكس *(Fax)* ☐ رسالة *(Letter)*

(To be completed by Case Management or Designee)	***يجب إكماله بواسطة إدارة الحالة أو من ينوب عنها***
2nd notice to patient/representative _____ Date _____ Time _____ Case Manager initials	
(To be completed by Case Management and Patient (if applicable))	***يُستكمل من قبل إدارة الحالة والمريض (إن أمكن)***
_____ *(Signature of Patient or Legal Representative)* توقيع المريض أو الممثل القانوني	☐ يتنازل المريض عن متطلب الإخطار قبل 4 ساعات من الخروج *(Patient waives 4-hour discharge notice requirement)*

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID#: _____

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938- 1019. The time required to complete this information collection is estimated to average 15 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2025) OMB approval 0938-1019