

## رسالة هامة من برنامج Medicare

حقوقك كمريض في المستشفى:

- يمكنك تلقي الخدمات المغطاة من برنامج Medicare. ويشمل هذا خدمات المستشفى الضرورية طبيًا والخدمات التي قد تحتاجها 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 لديك بشأن جودة الرعاية التي تتلقاها إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) لدى: Livanta LLC: هاتف رقم: ٩٩٠٠-٥٢٤-١٨٨٨ مستخدمى جهاز (TTY): ٨٧٧٥-٩٨٥-١٨٨٨
- منظمة تحسين الجودة QIO هو المراجع المستقل المعتمد من قبل Medicare لمراجعة قرار إخراجك من المستشفى.
- يمكنك العمل مع المستشفى للتحضير لخروجك من المستشفى بأمان والترتيب للخدمات التي قد تحتاجها 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.

حقوقك في الطعن على إخراجك من المستشفى:

- لديك الحق في الحصول على مراجعة طبية فورية مستقلة (الطعن) عن قرار إخراجك من المستشفى. إذا قمت بذلك، فلن تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات التي تتلقاها أثناء الطعن (باستثناء رسوم مثل المدفوعات المشتركة والمبالغ المقطوعة).
- إذا اخترت الطعن، سيسألك 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، ستلقى 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 تحسين الجودة (QIO) أنك غير مستعد للخروج من المستشفى، سيستمر برنامج Medicare في تغطية خدمات المستشفى الخاص بك.
- إذا وافقت منظمة تحسين الجودة (QIO) على عدم تغطية الخدمات بعد تاريخ الخروج، فلن يدفع برنامج Medicare أو خطة Medicare الصحية الخاصة بك تكاليف إقامتك في المستشفى من بعد ظهر اليوم التالي لإخطار منظمة تحسين الجودة (QIO) لك بقرارها. إذا قمت بإيقاف الخدمات في موعد لا يتجاوز هذا الوقت، فستجنب المسؤولية المالية.
- إذا لم تقم بالطعن، فقد تضطر إلى الدفع مقابل أي خدمات تتلقاها بعد تاريخ خروجك من المستشفى.

انظر الصفحة ٢ من هذا الإشعار لمزيد من المعلومات.



كيفية طلب الطعن على إخراجك من المستشفى

- يجب عليك تقديم طلبك إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) المدرجة أعلاه.
- ينبغي تقديم طلبك للطعن في أقرب وقت ممكن، ولكن في موعد لا يتجاوز تاريخ خروجك المقرر وقبل مغادرتك المستشفى.
- ستقوم منظمة تحسين الجودة (QIO) بإخطارك بقرارها في أقرب وقت ممكن، غالبًا خلال مدة لا تتجاوز يوم واحد بعد أن تتلقى جميع المعلومات الضرورية.
- اتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO) لدى: Livanta LLC: هاتف رقم: ١-٨٨٨-٥٢٤-٩٩٠٠ مستخدمى جهاز (TTY): ١-٨٨٨-٩٨٥-٨٧٧٥ للاستئناف، أو إذا كانت لديك أسئلة.

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

- إذا كان لديك برنامج Medicare الأصلي: اتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO) لدى Livanta LLC هاتف رقم: ١-٨٨٨-٥٢٤-٩٩٠٠ مستخدمى جهاز (TTY): ١-٨٨٨-٩٨٥-٨٧٧٥.
- إذا كنت تنتمي إلى إحدى خطط التأمين الصحي الخاصة Medicare: اتصل بخطك على الرقم الموجود خلف بطاقة التأمين الخاصة بك. لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يمكن الوصول إليه، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوت. لديك أيضًا الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. قم بزيارة موقع [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)، أو اتصل على هاتف رقم ١-٨٠٠-٦٣٣-٤٢٢٧ للحصول على مزيد من المعلومات. لمستخدمى جهاز (TTY): ١-٨٧٧-٤٨٦-٢٠٤٨.

يُرجى التوقيع أدناه لتوضيح استلامك وفهمك لهذا الإشعار.

لقد تم إخطاري بحقوقى كمرضى داخلي مقبول في المستشفى وأنه يحق لي الطعن على إخراجي من المستشفى عن طريق التواصل مع منظمة تحسين الجودة (QIO) الخاصة بي.

التاريخ (Date) الوقت (Time) توقيع المريض أو الممثل القانوني (Signature of Patient or Legal Representative)  
Delivery method:  In-person  Phone  Email  Fax  Letter

<b>To be completed by Case Management or Designee</b>		
2nd notice to patient/representative _____	_____	_____
Date	Time	Case Manager initials
(To be completed by Case Management and Patient (if applicable)) <b>يُستكمل من قبل إدارة الحالة أو من ينوب عنه (إن أمكن)</b>		
<input type="checkbox"/> يتنازل المريض عن شرط إخطار الخروج لمدة ٤ ساعات		
توقيع المريض أو الممثل القانوني (Signature of Patient or Legal Representative)	(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

