

إشعار هام

توجيه مسبق

ينطوي هذا الإشعار على تفاصيل مهمة عن حقوقك بموجب القانون الفيدرالي وقانون كاليفورنيا بوصفك عضواً لدى HEALTH NET CAL MEDICCONNECT.



يحق لك تحديد ما ترغب في حدوثه لك ولصحتك إذا كنت غير قادر على اتخاذ القرار بنفسك.

يكون بعض الأشخاص أحياناً غير قادرين على اتخاذ قرار بشأن رعايتهم الصحية بأنفسهم بسبب وجود حالات طوارئ أو مرض، ويحق لك تحديد ما تريد حدوثه في هذه المواقف.

يعني هذا أنه، في حال رغبتك، يمكنك:

- ملء نموذج كتابي لمنح شخص ما الحق القانوني في اتخاذ القرارات الطبية لك إذا أصبحت يوماً ما غير قادرًا على تحديد ما ترغب حدوثه.
- منح أطباءك تعليمات مكتوبة حول الكيفية التي ترغب أن يتعاملوا بها مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارائك بنفسك.

إذا كنت ترغب في استخدام "توجيه مسبق" لإعطاء تعليماتك، فإليك كيفية إجراء ذلك:

- **احصل على النموذج.** إذا كنت ترغب في الحصول على توجيه مسبق، يُمكنك الحصول على نموذج من المحامي الخاص بك، أو من الأخصائي الاجتماعي، أو من جمعية الأطباء بكاليفورنيا بالاتصال على الرقم <1-800-786-4262> (خدمة الترحيل الوطنية 711: TTY)، أو من بعض متاجر توريد الأدوات المكتبية. يتوفر هذا النموذج أيضاً على الموقع الإلكتروني الخاص بالناناب العام بكاليفورنيا <https://oag.ca.gov/>. يمكنك أحياناً الحصول على نماذج التوجيهات المسبقة من المنظمات التي تزود الأشخاص بمعلومات حول Medicare.

- **املأ هذا النموذج ووقعه.** بصرف النظر عن المكان الذي تحصل منه على هذا النموذج، يُرجى الأخذ في الاعتبار أن هذا النموذج عبارة عن إشعار قانوني، وينبغي لك الاستعانة بمحامٍ لمساعدتك في إعداده، ففي ولاية كاليفورنيا، يجب التوقيع على التوجيه المسبق أمام الموثق العام أو توقيع شاهدين على الأقل ممن يستوفيان قانون الولاية، ويشترط قانون ولاية كاليفورنيا بلوغ كلا الشاهدين ويتعين أن لا يكونا:

- وكيلك الذي اخترته؛

- موفر الرعاية الصحية الخاص بك أو أي شخص يعمل لدى موفر الرعاية الصحية الخاص بك؛ أو

• شخص يعمل في المكان الذي تقطن فيه.

كما يجوز أن يكون أحد أفراد العائلة أحد هذين الشاهدين فقط.

(يتبع)

H3237_21_AdvDirFly_Approved_12162019 (ARB)

إذا كنت تقطن في أحد مراكز التمريض المتخصصة، فيجب أن يُوقع الوكيل المناسب على التوجيه المسبق الخاص بك ليكون نافذاً.

• إعطاء نسخاً للأشخاص الذين تتق بهم. يجب عليك إعطاء نسخة من النموذج لطبيبك وللشخص الذي حددته في النموذج بأنه الشخص الذي يتخذ القرارات الصحية نيابةً عنك في حالة عدم قدرتك على اتخاذها بنفسك.

قد تحتاج إلى تزويد الأصدقاء المقربين أو أفراد العائلة أيضاً بنسخ من هذا النموذج. احرص على الاحتفاظ بنسخة في المنزل.

إذا كنت تعلم مسبقاً بأنك ستظل في المستشفى وكنت قد وقّعت على توجيه مسبق، فاصطحب نسخة معك إلى المستشفى.

• إذا دخلت المستشفى، فستُسأل إذا كنت قد وقّعت نموذج توجيه مسبق وإذا كان هذا النموذج بحوزتك.

• إذا لم تكن قد وقّعت على نموذج توجيه مسبق، فيُوفر المستشفى نماذج توجيه مسبق، وستُسأل إذا كنت ترغب في توقيع إحداها أم لا.

يرجى العلم أنّ لك حرية الاختيار سواء أكنت تريد ملء نموذج توجيه مسبق أم لا ويتضمن ذلك ما إذا كنت تريد التوقيع على أحد هذه النماذج عند تواجدك بالمستشفى أم لا.

يتعين علينا إبلاغك بالمعلومات الواردة أدناه:

• لا يُمكن أن نرفض تزويدك بالرعاية أو نُمارس التمييز ضدك بناءً على توقيعك على توجيه مسبق من عدمه.

• إذا قمت بالتوقيع على التوجيه المسبق، واعتقدت أنّ الطبيب أو المستشفى لم يتبعا التعليمات الواردة به، يمكنك التقدم بشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية بالولايات المتحدة، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103. رقم الهاتف هو (1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

• نطلب من الأطباء التابعين لشبكتنا أن يسجلوا في الجزء الرئيسي من سجلك الطبي الحالي إذا ما كنت قد وقّعت على توجيه مسبق أم لا.

• يجب علينا الامتثال لقانون الولاية بشأن التوجيهات المسبقة.

• تُدرب موظفينا على الإجراءات المتبعة من أجل التوجيهات المسبقة.

• نقدم التثقيف العام بشأن التوجيهات المسبقة من خلال المواقع الإلكترونية الخاصة بنا، وعيادات الأطباء، والمعارض الصحية.

• يُمكنك الحصول على معلومات إضافية حول حقوقك بوصفك عضواً في هذه الخطة في كتيب الأعضاء ومُلخص المزاي.

(يتبع)

هل لديك استفسارات؟

لوس أنجلوس:

1-855-464-3571

سان دييغو:

1-855-464-3572

(ولمستخدمي TTY الاتصال

على 711)

يقدم قسم

خدمات الأعضاء المساعدة.



نحن هنا لمساعدتك!
إذا كان لديك أي استفسارات حول التوجيهات المسبقة أو حقوق الأعضاء الخاصة بك – يُرجى الاتصال بنا!

اتصل بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect:

لوس أنجلوس: 1-855-464-3571، سان دييغو: 1-855-464-3572
(يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711)

من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك ترك رسالة، وسيتم إعادة الاتصال بك في يوم العمل التالي.

تُعد Health Net Community Solutions, Inc. إحدى الخطط الصحية المتعاقدّة مع كل من Medi-Cal و Medicare لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمُسجلين.

وتعد Health Net Community Solutions, Inc. شركة فرعية لدى Health Net, LLC و Centene Corporation. كما أن Health Net علامة خدمة مسجلة لدى Health Net, LLC. جميع العلامات التجارية/علامات الخدمة المُحددة الأخرى ملكًا لشركاتها المعنية. جميع الحقوق محفوظة.

ملاحظة: إذا كنت لا تتحدث اللغة الانجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. يمكنك الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 في مقاطعة لوس أنجلوس، أو الرقم 1-855-464-3572 في مقاطعة سان دييغو (TTY: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، يمكنك ترك رسالة، وسيتم إعادة الاتصال بك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้านคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ասյա ձեզ անվճար կարող եմ տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.