



Behavioral Health Department

Alameda County Health

متطلبات الموافقة على الرعاية الصحية عن بُعد، ونموذج الموافقة على خدمات ACBH للرعاية الصحية عن بُعد

متطلبات DHCS¹

وفقًا للإشعار [23-018 BHIN](#)، تتطلب إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) أن يقوم كافة مقدمي الخدمات بما يلي:

- تحصيل موافقة شفوية أو كتابية من أجل الاستعانة بالرعاية الصحية عن بُعد كوسيلة مقبولة لتقديم الخدمات قبل البدء بتقديم الخدمات المغطاة عبر الرعاية الصحية عن بُعد (صوت وفيديو متزامن) أو الهاتف (صوتي فقط).
- توضيح معلومات معينة للمنتفعين، حول الاستعانة بالرعاية الصحية عن بُعد.
- التوثيق في السجل الطبي للمستفيد موافقته الشفوية أو الخطية على تلقي الخدمات المغطاة عبر الرعاية الصحية عن بُعد قبل التسليم الأولي للخدمات.

تحصيل موافقة على الرعاية الصحية عن بُعد

وفرت ACBH خيارين اثنين لتحصيل موافقة على الرعاية الصحية عن بُعد قبل البدء بتقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد. يمكن لمقدمي الخدمات أن يختاروا استخدام هذه الوسائل أو يمكنهم استخدام اتفاقية موافقة عامة تحتوي على كافة المتطلبات المذكورة أعلاه.

يجب توفير الوثائق الخاصة بموافقة المنتفع لكل من ACBH و DHCS عند طلبها.

¹ ينبغي أيضًا أن يقوم مقدمو الخدمات بمراجعة التوجيهات الصادرة عن مجالس التراخيص المعنية لمعرفة المتطلبات المحددة لوثائق الرعاية الصحية عن بُعد.



تعليمات لمقدمي الخدمات حول تحصيل موافقة شفوية على الرعاية الصحية عن بُعد

في حالة تحصيل موافقة شفوية، اقرأ الفقرة أدناه على مسمع المنتفع، ثم قم بنسخ ولصق المعلومات في مذكرة التقدم المتضمنة في السجل الطبي للمنتفع.

"بموجب برنامج Medi-Cal، لديك الخيار في تلقي الخدمات من خلال زيارة وجاهية شخصية أو عبر رعاية صحية عن بُعد. إذا واجهت مشكلة في الحصول على الخدمات وجاهياً بسبب المواصلات، فإن برنامج Medi-Cal يقدم تغطية لخدمات النقل والمواصلات عندما يتم استنفاد كافة الموارد الأخرى لذلك. قد تكون هناك قيود أو مخاطر متعلقة بتلقي الخدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد أكثر منها عبر الزيارة الوجيهة. على سبيل المثال، [أضف تفاصيل]

إذا وافقت على تلقي الخدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد، يمكنك أن تغيّر رأيك في أي وقت وإشعارنا بذلك. إذا غيّرت رأيك بشأن الاستعانة بخدمات الرعاية الصحية عن بُعد، سيظل بإمكانك الحصول على الخدمات المغطاة في برنامج Medi-Cal."

قام مقدم الخدمة بمراجعة نموذج الموافقة على خدمات ACBH للرعاية الصحية عن بُعد مع المريض. يدرك المريض ويوافق على الاعتبارات أعلاه. وافق المريض شفهيًا على تلقي خدمات الرعاية الصحية من مقدم لخدمات الرعاية الصحية عن بُعد.

تعليمات لمقدمي الخدمات حول تحصيل موافقة كتابية على الرعاية الصحية عن بُعد

أكمل نموذج الموافقة على الرعاية الصحية عن بُعد، واحفظه في السجل الطبي للمنتفع.



Behavioral Health Department

Alameda County Health

موافقة كتابية على تلقي الخدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد

1. أوافق على تلقي الخدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد، المقدمة من _____ [اسم/ رخصة مقدم الخدمات]. أنا أدرك ما يلي:
 - أ. لدي الحق في الحصول على الخدمات المغطاة في برنامج Medi-Cal من خلال زيارة وجاهية شخصية أو عبر رعاية صحية عن بُعد.
 - ب. الاستعانة بخدمات الرعاية الصحية عن بُعد أمر طوعي، وقد أسحب موافقتي أو أتوقف عن تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد في أي وقت بدون أن يؤثر ذلك على إمكانية حصولي على الخدمات المغطاة في المستقبل.
 - ج. يغطي برنامج Medi-Cal خدمات النقل والمواصلات للوصول إلى الخدمات الوجيهة عندما يتم استنفاد كافة الموارد الأخرى لذلك.
 - د. قد تكون هناك قيود أو مخاطر متعلقة بتلقي الخدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد، بالمقارنة مع الزيارة الوجيهة، إذا كان ذلك منطبقاً.
2. لقد قرأت هذه الوثيقة بعناية، وفهمت القيود والمخاطر المحتملة المتعلقة بتلقي خدمات عبر الرعاية الصحية عن بُعد، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتي بشكل مرضي.

اسم الوصي بأحرف واضحة (إذا كان ذلك منطبقاً)

اسم المنتفع بأحرف واضحة

التاريخ

توقيع المنتفع (أو الوصي، إذا كان ذلك منطبقاً)