

الخطوة 5 بيانات يستكملها ممارس طبي مؤهل

أشهد بما يلي بخصوص الحالة والاحتياجات الطبية لمريضى الموضح اسمه فيما يلي: (يرجى الكتابة بخط واضح)

الاسم الأول للمريض

لقب المريض

1أ. المريض يتلقى رعاية لأصحاب الأمراض المزمنة في المنزل (حدد خيارًا واحدًا). لا نعم

1ب. يحتاج إلى استخدام جهاز (أو أجهزة) للمساعدة على البقاء على قيد الحياة (حدد خيارًا واحدًا). لا نعم

الجهاز التالي (الأجهزة التالية) يُستخدم في سكن المريض المذكور أعلاه للمساعدة على البقاء على قيد الحياة:

الجهاز: الكهرياء الغاز

الجهاز: الكهرياء الغاز

الجهاز: الكهرياء الغاز

*أجهزة المساعدة للبقاء على قيد الحياة التي تنطبق عليها شروط البرنامج هي كل جهاز طبي يحتاجه المريض ليظل على قيد الحياة أو يعتمد عليه في التنقل. ويجب أن يعمل الجهاز بالغاز أو الكهرياء التي توفرها شركة PG&E. وهذه الأجهزة تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، أجهزة الأكسجين (مكتنقات الأكسجين)، والرنة الصناعية، وأجهزة غسيل الكلى الدموي، وأجهزة الشفط، ومحفزات الأعصاب الكهربائية، والمراتب الهوائية للوقاية من قرح الفراش والمضخات الخاصة بهاء، وخيام الرذاذ، وأجهزة الرذاذ (النيبوليزر) الكهروستاتيكية والتي تعمل بالموجات فوق الصوتية، والضواغط، وأجهزة التنفس التي تعمل بالضغط الإيجابي المتقطع (IPPB)، وأجهزة غسيل الكلى، والكراسي المتحركة ذات المحركات. أما الأجهزة المستخدمة في العلاج وليس المساعدة للبقاء على قيد الحياة فلا تغطي الأحقية في الاستفادة من هذا البرنامج.

2. يحتاج إلى التدفئة و/أو التبريد:

تتوفر مخصصات برنامج Medical Baseline القياسية للتدفئة و/أو التبريد إذا كان المريض مصابًا بثقل في نصفه السفلي أو ثقل رباعي أو ثقل نصفي أو الثصلب المتعدد أو تصلب الجلد. تتوفر أيضًا مخصصات برنامج Medical Baseline القياسية إذا كان المريض يعاني من ضعف في جهاز المناعة، أو مرض يهدد حياته، أو أي حالة أخرى تتطلب تدفئة أو تبريدًا إضافيًا ضروريًا من الناحية الطبية للحفاظ على حياة المريض أو منع تدهور الحالة الطبية للمريض.

التدفئة الإضافية ضرورية طبيًا: (حدد خيارًا واحدًا). لا نعم

التبريد الإضافي ضروري طبيًا: (حدد خيارًا واحدًا). لا نعم

3. أشهد أن جهاز (أجهزة) المساعدة على البقاء على قيد الحياة و/أو التدفئة الإضافية أو التبريد الإضافي سيكون مطلوبًا تقريبًا لمدة: (حدد خيارًا واحدًا).

عدد السنوات: _____ أو بشكل دائم

اسم الممارس الطبي

رقم الهاتف

عنوان العيادة

المدينة

الرمز البريدي

الولاية

رقم ترخيص مزاول مهنة الطب الصادر عن الولاية أو رقم الترخيص العسكري

التاريخ

لغة الإشارة

* يجوز لطبيب مُرخَّص أو شخص مُرخَّص بموجب قانون مبادرة تقويم العظام (Osteopathic Initiative Act) أو مُمرَّض ممارس أو مساعد طبيب تحرير شهادة بأحقية المريض في الاستفادة من البرنامج بسبب حالة أو مرض يُهدِّد الحياة.

أرسل الطلب بالبريد إلى:

PG&E Billing Center Medical Baseline
P.O. Box 8329, Stockton, CA 95208

أو

التقدم عبر الإنترنت: pge.com/medicalbaseline

رقم حساب العميل لدى شركة PG&E (كما نفس الاسم في الصفحة 1)

مستند آلي، إقرار أولي، الجزء أ