

MEDICARE 門診觀察通知 (MOON)

您是一個接受觀察服務的醫院門診病人。您不是出於以下原因而住院的病人：

- (*Doctor determines change*) 根據您的住院治療情況，您的醫生將決定是否有必要改為住院狀態。
- (*Expected stay <2 nights*) 您的醫生預計您的住院時間不會超過兩個晚上（兩個午夜）。
- (*Per Medicare Advantage*) 您的 Medicare 優勢 計劃已告知您的醫生，您需要留院觀察。
- 其他： _____

作為門診患者可能會影響您在醫院支付的費用：

- 當您是醫院門診患者時，您的觀察時間由 Medicare 部分B 承保。
- 對於部分B服務，您通常需要支付：
 - 您接受的每項門診醫院服務的共付額。部分B的共付額因各服務類型而異。
 - 大多數醫生服務，在扣除部分B免賠額之後的Medicare批准金額的20%。

觀察服務可能會影響您離開醫院後的承保範圍和支付金額：

- 如果您在離開醫院後需要專業護理機構 (SNF) 護理， Medicare 部分A將僅承保SNF護理，但前提是您因相關疾病或受傷，因醫療上視為必要而已住院了至少3天。住院治療從醫院根據醫生的指示將您登記為住院病人當天開始，並且不包括您出院的當天。
- 如果您有 Medicaid， Medicare 優勢 計劃或其他健康計劃， Medicaid或該計劃在您離開醫院後可能對 SNF承保有不同的規定。請諮詢Medicaid或您的計劃。

注意： Medicare 部分A 通常不承保門診醫院服務，如留院觀察。然而，如果醫院根據醫生的指示將您登記為住院患者，部分A通常會承保其中醫療上視為必要的住院服務。在大多數情況下，您將在住院的前60天內為所有住院服務支付一笔一次性的自付額。

如果您對您的觀察服務有任何疑問，請諮詢給您此通知的醫院工作人員或為您提供醫院護理的醫生。您也可以要求與醫院的使用或出院計劃部門的人員交談。

您也可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY用户应致电1-877-486-2048。



您的藥物費用：

通常，您在醫院門診（如急診科）獲得的處方藥和非處方藥，包括“自給藥物”，部分B承保。“自給藥物”是您通常自己服用的藥物。出於安全考量，許多醫院不允許您服用從家裡帶來的藥物。如果您有 Medicare 處方藥計劃（部分D），您的計劃可能會幫助您支付這些藥物的費用。您可能需要先為這些藥物自行付費，並向您的藥物計劃提交索賠以獲得退款。請聯繫您的藥物計劃以獲取更多信息。

如果您參加了 Medicare 優勢計劃（如 HMO 或 PPO）或其他 Medicare 健康計劃（部分C），您的費用和承保範圍可能會有所不同。請諮詢您的計劃，以了解其對於門診觀察服務的承保範圍。

如果您是通過州級 Medicaid 計劃的合格 Medicare 受益人，則您無須支付部分A或部分B的任何免賠額、共同保險和共付額的費用。

附加信息（可選） (Additional Information (Optional)) :

請在下方簽名，以表明您已收到並理解此通知。

日期 (Date)	時間 (Time)	患者或法律代表簽名 (Signature of Patient or Legal Representative)
--------------	--------------	---

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

Date	Time	Interpreter Name	ID#
------	------	------------------	-----

您有權利獲得無障礙格式的 Medicare 信息，例如大字體、盲文或語音。如果您覺得自己受到了歧視，您也有權提出投訴。更多信息，請訪問 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 用戶可致電 1-877-486-2048。

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 0938-1308. 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.

