**[Insert contact information here]**

# 詳細出院通知

|  |  |
| --- | --- |
| **日期：**[Date issued] |  |
| **患者姓名：**[Patient name] | **患者號碼：**[Member ID] |

本通知詳細解釋您的醫院或 Medicare 健康計劃決定終止您住院的 Medicare 承保的原因。本通知不是您的上訴決定。您的上訴決定將由您的品質改進機構 (QIO) 寄發。

經審核您的個案，我們決定終止您住院的 Medicare 承保。

* 做出本決定的依據如下：
[insert facts used]
* 住院承保終止原因和本決定依據的相關 Medicare 承保規定及政策之詳細解釋：
[insert detailed explanation, rules and policy]
* 本決定依據的計劃政策、條款或理由（僅限健康計劃）：
[insert specific policies and/or rationale]

如果您想要索取本決定依據的政策或承保範圍指南副本，或是發送至 QIO 的文件副本，請致電我們：

[insert hospital name and toll-free telephone number]

您有權取得以無障礙格式（比如大號字體印刷版、盲文或音訊）製作的 Medicare 資訊。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。請前往 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/nondiscrimination/accessibility-nondiscrimination.html)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以瞭解更多資訊。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

根據 1995 年的《文書削減法案》(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1019。完成此資訊收集所需的時間預計為 60 分鐘（每次回應），包含查閱說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成並檢查該資訊收集情況所需的時間。若您對於該預估時間的準確性有意見，或有改善此表格的建議，請致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。