**Medicare 門診觀察通知**

**患者姓名： 患者號碼：**

|  |
| --- |
| 您是接受觀察服務的醫院門診患者。您並非住院患者，因為： |
|  |
|  |
|  |
| 作為門診患者可能會影響您在醫院支付的費用： |

* 如果您是醫院門診患者，您的留院觀察費用由 Medicare B 部分承保。
* 獲得 B 部分的服務，您通常要支付：
  + 每次接受醫院門診服務的共付額。B 部分的共付額可能因服務類型而異。
  + 在 B 部分自付額外，Medicare 對大多數醫生服務之核准金額的 20%。

# 觀察服務可能會影響您出院後的護理承保範圍和費用：

* 如果您在出院後需要專業護理機構 (SNF) 護理，則只有在您已因相關疾病或傷害接受了至少三天的醫療必需住院治療之情況下，Medicare A 部分才會承保 SNF 護理。住院始自醫院遵照醫囑接受您為住院患者那一天，且不包括您出院的那一天。
* 如果您有 Medicaid、Medicare Advantage 計劃或其他健康計劃，Medicaid 或該計劃對您出院後的 SNF 承保範圍可能有不同的規定。請和 Medicaid 或您的計劃確認。

**註：**Medicare A 部分通常不承保醫院門診服務，例如留院觀察。不過，如果醫院遵照醫囑接受您為住院患者，A 部分通常會承保醫療必需的住院服務。在大多情況下案例中，您將在住院的前 60 天為您的所有醫院服務支付一筆一次性的自付額。

如果您對您接受的觀察服務有任何疑問，請詢問給您這份通知的醫院人員或為您提供醫院治療的醫生。您也可以要求與醫院使用管理或出院部門的人員洽談。

您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士應致電 1-877-486-2048。

# 

# 您的藥物費用：

一般說來，B 部分不承保您在醫院門診情況（如急診部）領取的處方藥和非處方藥，包括「自身給藥」在內。「自身給藥」是通常由您自己施給的藥物。出於安全考量，許多醫院都不允許您使用您從家中帶來的藥物。如果您有 Medicare 處方藥計劃（D 部分），您的計劃可能會幫您支付這類藥物的費用。您可能必須先自費購買這些藥物，再向您的藥物計劃申請理賠以取得退款。請聯絡您的藥物計劃以瞭解更多資訊。

**如果您已加入 Medicare Advantage 計劃（如 HMO 或 PPO）或其他 Medicare 健康計劃（C 部分**），您的費用和承保範圍可能會有所不同。請向您的計劃查詢以瞭解門診觀察服務的承保範圍。

**如果您透過您所在州的 Medicaid 計劃而成為符合條件的 Medicare 受益人，**則您不應被收取 A 部分或 B 部分的自付額、共同保險和共付額。

額外資訊（選填）：

# 請於下方簽名以示您已收到並瞭解本通知。

患者或其代表簽名 日期 / 時間

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 0938-1308。完成此資訊收集所需的時間預計為 15 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。