

## Medicare 重要信息

### 您作為醫院住院患者的權利：

- 您可以獲得Medicare承保的服務。根據您的醫生提出的要求，服務包括具有醫療必要的住院服務和出院後可能需要的服務。您有權了解這些服務，誰將支付費用，以及您可在哪裡獲得它們。
- 您可以參與有關您住院的任何決定。
- 您可以向質量改進組織（QIO）報告您對所接受的護理質量的任何疑慮：Livanta LLC：1-888-524-9900  
TTY：1-888-985-8775
- QIO 是 Medicare 授權的獨立審查員，負責審查出院的決定。
- 您可以與醫院合作，為您安全出院做準備，並安排您出院後可能需要的服務。當您不再需要住院護理時，您的醫生或醫院工作人員將通知您計劃的出院日期。
- 如果您對出院有疑慮，您可以與您的醫生或其他醫院工作人員交談。

### 您就出院提出申訴的權利：

- 對於讓您出院的決定，您有權立即提出進行獨立的醫療審查（申訴）。如提出申訴，您將無須支付您在申訴期間得到的服務的費用（共付額和免賠額等費用除外）。
- 如果您選擇申訴，獨立審查員將徵求您的看法。審查員還將查看您的醫療記錄和/或其他相關信息。您不必以書面形式準備任何資料，但如果您想，您有權利這樣做。
- 如果您選擇申訴，您和審查員將分別收到一份詳細說明的副本，就您的承保住院不應繼續的原因進行說明。只有在您提出申訴後，您才會收到此詳細通知。
- 如果 QIO 判定您尚未可出院，Medicare 將繼續承保您的住院服務。
- 如果 QIO 同意在原定出院日期後不應再承保任何服務，則您收到QIO的決定通知後的第二天中午之後，Medicare和您的Medicare健康計劃將不繼續支付您的住院費用。如果您在該時間前停止獲得服務，您將無須承擔任何財務責任。
- 如果您不提出申訴，您可能需要為原定出院日期後獲得的任何服務付費。

有關詳細信息，請參閱本通知的第2頁。



如何就您的出院決定提出申訴

- 您須向上方列出的 QIO 提出您的請求。
- 您的申訴請求應盡快提出，並且不遲於您的計劃出院日期，以及在您出院前。
- QIO將盡快將其決定通知您，這通常不會晚於其收到所有所需信息的1天后。
- 致電 QIO: Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775，以提出申訴，或提出您可能有的任何疑問。

如果您錯過了提出申訴的截止日期，您可能還有其他上訴權利：

- 如果您有 傳統 Medicare：致電 QIO Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775。
- 如果您屬於某個 Medicare 健康計劃：請撥打您的保險卡背面的電話號碼以聯繫您的計劃。

**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。**

請在下方簽名，以表明您已收到並理解此通知。

我已被告知我作為醫院住院患者的權利，並且我可以通過聯繫我的 QIO 來對我的出院提出上訴。

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

Delivery method:     In-person     Phone     Email     Fax     Letter

**To be completed by Case Management or Designee**

2nd notice to patient/representative

Date	Time	Case Manager initials
------	------	-----------------------

**病例管理人員或患者填寫 (如適用)**  
(To be completed by Case Management and Patient (if applicable))

患者放棄4小時出院通知要求  
(Patient waives 4-hour discharge notice requirement)

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#: \_\_\_\_\_

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 0938-1019. 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.

CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2025) OMB approval 0938-1019

