

Medicare 의 중요한 메시지

입원 환자로서 귀하의 권리:

- 귀하는 Medicare 보장 서비스를 받으실 수 있습니다. 이는 의사가 지시한 경우 의학적으로 필요한 병원 서비스와 퇴원 후에 필요할 수 있는 서비스를 포함합니다. 귀하는 이러한 서비스, 비용을 지불하는 주체, 받을 수 있는 곳에 대해 알 권리를 보유하고 있습니다.
- 귀하는 입원 기간에 대한 결정에 관여하실 수 있습니다.
- 귀하는 제공받는 진료의 질에 대한 우려 사항을 다음 연락처를 통해 품질 향상 조직(QIO)에 보고할 수 있습니다:
Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775
- QIO는 Medicare 가 귀하의 퇴원 여부를 검토할 권한을 부여한 독립 검토자입니다.
- 귀하는 병원과 협력하여 안전한 퇴원 및 병원을 떠난 후에 필요할 수 있는 서비스를 준비하실 수 있습니다. 더는 입원 치료가 필요하지 않은 경우, 의사 또는 병원 직원이 귀하의 예정된 퇴원 날짜를 안내하게 됩니다.
- 만약 퇴원에 대한 우려가 있는 경우, 의사 또는 다른 병원 직원과 이야기할 수 있습니다.

퇴원에 대해 이의 신청을 할 수 있는 귀하의 권리:

- 귀하는 퇴원 결정에 대한 즉각적이고 독립적인 의학 검토(이의 신청)에 대한 권리를 보유하고 있습니다. 이를 진행하는 경우, 이의 신청 중에 받는 서비스에 비용을 지급하지 않아도 됩니다(본인 부담금 및 공제액과 같은 요금 제외).
- 이의 신청을 선택하는 경우, 독립 검토 기관이 귀하의 의견을 묻게 됩니다. 검토 기관은 귀하의 의료 기록 및/또는 기타 관련 정보도 살펴보게 됩니다. 귀하가 서면으로 준비할 필요는 없으나, 원하는 경우 준비할 권리를 보유하고 있습니다.
- 이의 신청을 선택하는 경우, 귀하와 검토 기관은 보험 보장 입원을 중단하는 이유에 대한 자세한 설명이 담긴 사본을 각각 수령하게 됩니다. 귀하는 이의 신청을 한 후에만 본 상세 알림을 받게 됩니다.
- QIO가 귀하가 퇴원할 준비가 되지 않았다고 여기는 경우, Medicare 가 귀하의 병원 서비스를 계속 보장합니다.
- QIO가 퇴원 날짜 이후 더는 서비스를 제공하지 않는 것에 동의하는 경우, QIO가 그 결정을 귀하에게 안내한 다음 날 정오 Medicare 와 Medicare 건강 플랜 모두 귀하의 입원 비용을 지급하지 않게 됩니다. 귀하가 해당 시각 전에 서비스를 중단하는 경우, 금전적 책임을 지지 않게 됩니다.
- 이의 신청을 하지 않는 경우, 퇴원 날짜 이후 받은 모든 서비스에 대해 비용을 지급해야 할 수 있습니다.

이 공지의 더 자세한 정보를 보시려면 2페이지를 확인하십시오.



병원 퇴원에 대한 이의 신청 방법

- 위의 목록에 있는 QIO에 요청해야 합니다.
- 이의 신청은 가능한 한 빠르게 진행되어야 하며, 예정된 퇴원일 전 및 병원을 떠나기 전이어야 합니다.
- QIO는 그 결정을 가능한 한 빠르게 알릴 것이며, 일반적으로 필요한 정보를 모두 수령한 후 1일 이내에 알려드립니다.
- 문의하실 점이나 항의하고 싶으신 부분이 있다면 QIO로 전화하십시오: Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775

Patient Label Box

이의 신청에 대한 기한을 놓치는 경우 다른 이의 신청 권한이 있을 수 있습니다.

- 원 Medicare 를 가지고 계신다면: Livanta LLC: 1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775로 QIO에 연락하세요.
- Medicare 에 가입되어 있는 경우: 보험 카드 뒷면에 있는 번호로 플랜에 전화하십시오.

귀하는 대형 인쇄물, 점자 또는 오디오와 같은 액세스 가능한 형식으로 Medicare 정보를 얻을 권리가 있습니다. 차별을 받았다고 생각되면 고소할 권리도 있습니다. 더 자세한 정보를 원하신다면 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice 를 방문하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048에 전화할 수 있습니다.

아래에 서명하시면 본 알림을 수령하고 이해하였음을 나타냅니다.

본인은 병원 입원 환자로서 본인의 권리에 대해 안내받았으며 QIO에 연락하여 퇴원에 대한 이의 신청을 할 수 있습니다.

일자 _____ 시간 _____ 환자또는 법적 대리인의 서명 _____
 (Date) (Time) (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
사례 관리 및 환자가 완료 (해당하는 경우)		
(To be completed by Case Management and Patient (if applicable))		
<input type="checkbox"/> 환자가 4시간 퇴원 통지 요구 사항을 포기합니다 _____		
(Patient waives 4-hour discharge notice requirement)	환자 또는 법적 대리인의 서명 _____	
	(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.

