

إشعار مراقبة مرضى العيادات الخارجية لـ (MOON) MEDICARE

أنت مريض العيادات الخارجية بالمستشفى وتتلقى خدمات المراقبة. أنت لست مريضًا يستوجب قبوله في المشفى لأن:

(Doctor determines change) بناءً على علاج المستشفى، سيحدد طبيبك ما إذا كان قبولك في المستشفى ضروريًا.

(Expected stay <2 nights) لا يتوقع طبيبك أن تكون إقامتك في المستشفى ليلتين (منتصف الليل).

(Per Medicare Advantage) بناءً على خطة Medicare Advantage الخاصة بك تم إخطار طبيبك بأن يضعك في المراقبة.

أخرى:

قد يؤثر كونك مريضًا في العيادات الخارجية على ما تدفعه من تكاليف في المستشفى:

- عندما تكون مريضًا للعيادات الخارجية بالمستشفى، يقوم الجزء B من Medicare بتغطية تكاليف إقامتك تحت المراقبة.
- لخدمات الجزء B، تقوم بدفع ما يلي بشكل عام:
 - 0 مدفوعات مشتركة لقاء كل خدمة تحصل عليها كمريض خارجي في المستشفى، وقد تختلف المدفوعات المشتركة بالجزء B وفقًا لنوع الخدمة.
 - 0 20% من المبلغ المعتمد من Medicare نظير أغلب خدمات الأطباء، بعد احتساب المبلغ المقطع الخاص بالجزء B.

قد تؤثر خدمات المراقبة على تغطية ودفع رعايتك بعد مغادرة المستشفى:

- إذا كنت بحاجة إلى خدمات منشآت الرعاية المتخصصة (SNF) بعد مغادرتك المستشفى، فسوف يغطي الجزء A من Medicare تكاليف منشأة الرعاية المتخصصة (SNF) فقط إذا أقمت في المستشفى كمريض داخلي لمدة 3 أيام على الأقل للحصول على رعاية طبية ضرورية، بسبب معاناتك من مرض ما أو إصابة ذات صلة. تبدأ إقامة المريض الداخلي بالمستشفى في اليوم الذي يتم إدخالك فيه المستشفى كمريض داخلي بناءً على طلب طبيب ولا تشمل الإقامة اليوم الذي يُسمح لك فيه بمغادرة المستشفى.
- إذا كنت تتمتع بتغطية Medicaid أو خطة Medicare Advantage أو خطة صحية أخرى، فقد تكون لدى ميديكايد Medicaid أو الخطة قواعد مختلفة بشأن تغطية تكاليف منشأة الرعاية المتخصصة (SNF) بعد مغادرتك المستشفى. تحقق مع ميديكايد Medicaid أو خطتك.

ملاحظة: لا يقوم الجزء A من ميديكير Medicare بتغطية خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفى بشكل عام، كالإقامة تحت المراقبة. ومع ذلك، سيقوم الجزء A بشكل عام بتغطية تكاليف الخدمات الضرورية طبيًا الخاصة بالمرضى الداخليين إذا قبلتك المستشفى كمريض داخلي بناءً على طلب طبيب. في أغلب الأحيان، ستقوم بدفع مبلغ مقطوع لمرة واحدة نظير جميع خدمات المرضى الداخليين التي تحصل عليها بالمستشفى لأول 60 يومًا من وجودك بالمستشفى.

إذا كان لديك أي أسئلة بشأن خدمات الملاحظة الخاصة بك، اطلب من أحد أفراد طاقم عمل المستشفى أن يعطيك هذا الإشعار أو اطلبه من الطبيب الذي يقدم لك الرعاية بالمستشفى. يمكنك أيضًا طلب التحدث إلى أحد الأشخاص من إدارة المرافق أو إدارة تخطيط رعاية ما بعد المغادرة بالمستشفى.

يمكنك أيضًا الاتصال على هاتف رقم ٤٢٢٧-٦٣٣-٨٠٠-١. مستخدمى جهاز (TTY): ١-٨٧٧-٤٨٦-٢٠٤٨



تكاليف الأدوية الخاصة بك:

بشكل عام ، الأدوية التي تصرف بوصفة طبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية ، بما في ذلك "الأدوية التي يتم تناولها ذاتيًا" ، تحصل عليها في العيادة الخارجية بالمستشفى (مثل قسم الطوارئ) غير مشمول بالجزء B. "الأدوية التي يتم تناولها ذاتيًا" هي أدوية تتناولها عادة بمفردك. لن تسمح لك العديد من المستشفيات بتناول الأدوية التي يتم إحضارها من المنزل لأسباب تتعلق بالسلامة. إذا كانت لديك خطة أدوية تصرف بوصفة طبية من ميديكير (الجزء D) ، فقد تساعدك خطتك في دفع ثمن هذه الأدوية. وسوف تحتاج على الأرجح إلى دفع تكاليف هذه الأدوية من مالك الخاص وتقديم مطالبة لخطة تغطية العقاقير الخاصة بك لاسترداد ما دفعته. تواصل مع خطة تغطية الأدوية الخاصة بك للمزيد من المعلومات.

إذا كنت مسجلًا بخطة Medicare Advantage (مثل HMO أو PPO) أو خطة Medicare صحية أخرى (الجزء C) ، فقد تختلف نفقاتك وتغطية تكاليفك. ارجع إلى خطتك لمعرفة المزيد عن تغطية خدمات المراقبة للمرضى الخارجيين.

إذا كنت أحد المستفيدين من برنامج ميديكير Medicare عن طريق برنامج ميديكايد Medicaid في ولايتك ، فلن تصدر فواتير مستحقة عليك بالمبالغ المقطعة أو التأمين المشترك أو المدفوعات المشتركة الخاصة بالجزء A أو الجزء B.

معلومات إضافية (اختيارية) (Additional Information (Optional)):

يُرجى التوقيع أدناه لإثبات استلامك وفهمك لهذا الإشعار.

التاريخ (Date) الوقت (Time) توقيع المريض أو الممثل القانوني (Signature of Patient or Legal Representative)

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

Date Time Interpreter Name ID#

لديك الحق في الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يمكن الوصول إليه ، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوت. لديك أيضًا الحق في تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز. قم بزيارة موقع Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice ، أو اتصل على هاتف رقم 1-800-633-6227-4227 للحصول على مزيد من المعلومات. مستخدم جهاز (TTY): 1-800-633-6227-4227

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.

