

MEDICARE 门诊病人观察通知 (MOON)

您是接受观察服务的医院门诊病人。您不是住院病人，因为：

- (*Doctor determines change*) 根据您的住院诊治情况，您的医生将决定是否有必要让您住院。
- (*Expected stay <2 nights*) 您的医生不认为您需要住院两晚（两个夜晚）。
- (*Per Medicare Advantage*) 您的医生已获知您的 Medicare 优势 计划，并让您接受观察服务。
- 其他： _____

您在医院支付的费用可能会受门诊病人的身份影响：

- 如果您是医院门诊病人，观察服务由 Medicare B 部分承保。
- 对于B部分的服务，您一般要支付：
 - 您接受的每项医院门诊服务的共付额。B部分的共付额可能因服务类型而异。
 - 超出B部分免赔额的部分，您需支付Medicare批准的、适用于大多数医生所提供服务的金额的20%。

观察服务可能会影响您离院后的保险范围和费用：

- 如果您在出院后需要专业护理机构 (SNF) 的护理， Medicare A部分仅在您因相关疾病或受伤而住院至少3天、且住院为医疗必要的情况下，才会支付SNF护理费用。住院治疗从医院根据医生要求，将您收为住院病人当天开始，不包括您出院当天。
- 如果您有 Medicaid、 Medicare 优势 计划或其他健康计划， Medicaid或您的健康计划对您离院后的SNF 保险范围可能有不同的规定。请与Medicaid或您的计划确认。

注： MedicareA部分一般不包括医院门诊服务，如留院观察。但是，如果医院根据医生要求，将您收为住院病人， A部分一般会支付有医疗必要的住院服务。在大多数情况下，您将为入院前60天的所有住院服务支付一次性免赔额。

如果您对您的观察服务有任何疑问，请询问向您发出本通知的医院工作人员或为您提供医院护理的医生。您也可以要求与医院负责资源使用或出院计划的人员交谈。

您也可致电1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户应拨打1-877-486-2048。



您的医药费：

一般来说，您在医院门诊（如急诊科）获得的处方药和非处方药，包括“自给药物”，都不在 B 部分的承保范围内。“自给药物”是您通常自己服用的药物。出于安全考虑，许多医院不允许你服用从家里带来的药物。如果您有 Medicare 处方药计划（D 部分），该计划可以帮助您支付这些药物的费用。您很可能需要自费购买这些药物，并向您的药物计划提交索赔请求，以获得退款。请与您的药物计划联系，以获得更多信息。

如果您参加了 Medicare Advantage 计划（如 HMO 或 PPO）或其他 Medicare 健康计划（C 部分），您的费用和承保范围可能有所不同。请向您的计划确认门诊观察服务的承保范围。

如果您通过您所在州的 Medicaid 计划成为符合资格的 Medicare 受益人，您不会被要求支付 A 部分或 B 部分的自付额、共同保险和共付额。

其他信息（选填）(Additional Information (Optional)) :

请在下方签名，表明您已收到并理解本通知。

日期 (Date)	时间 (Time)	病人或合法代表签名 (Signature of Patient or Legal Representative)
--------------	--------------	---

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

Date	Time	Interpreter Name	ID#
------	------	------------------	-----

您有权获得无障碍格式的 Medicare 信息，例如大字体、盲文或语音。如果您觉得自己受到了歧视，您也有权提出投诉。更多信息，请访问 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。

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.

