

## MEDICARE 대상자 외래 환자 관찰 알림 (MOON)

귀하는 관찰 서비스를 받고 계신 병원 외래 환자입니다. 귀하가 입원 환자가 아닌 이유는 다음과 같습니다.

- (*Doctor determines change*) 귀하의 병원 코스에 따라 귀하의 의사가 입원 환자의 상태 변경이 보장되는지 여부를 판단합니다.
- (*Expected stay < 2 nights*) 귀하의 담당의는 귀하의 병원 숙박 기간이 2박(자정 기준 2일)이 될 것이라 생각하지 않습니다.
- (*Per Medicare Advantage*) 귀하의 Medicare 어드밴티지 플랜에서 담당 의사에게 귀하를 관찰 대상으로 지정하라고 지시했습니다.
- 기타: \_\_\_\_\_

외래 환자인 것은 병원 내에서 지불하는 금액에 영향을 줄 수 있습니다.

- 귀하가 병원 외래 환자인 경우, 관찰 방문은 Medicare 파트 B로 보장됩니다.
- 파트 B 서비스에 대해서는 일반적으로 다음과 같이 지불합니다:
  - o 받으시는 각 외래 환자 병원 서비스에 대한 가입자 부담금. 파트 B 가입자 부담금은 서비스 유형에 따라 달라질 수 있습니다.
  - o 파트 B 공제 후 대부분 의사 서비스에 대한 Medicare 승인 금액의 20%.

관찰 서비스는 귀하의 보장 범위와 퇴원 후 진료에 대한 지불에 영향을 줄 수 있습니다.

- 퇴원 후 숙련된 요양시설(SNF) 진료가 필요한 경우, 관련 질병 또는 부상에 대해 최소 3일, 의료적으로 병원 입원이 필요할 때 Medicare 파트 A만이 SNF 진료를 보장하게 됩니다. 병원이 의사의 지시에 따라 귀하의 입원을 허가한 날부터 입원 날짜가 시작되며, 퇴원일은 포함하지 않습니다.
- Medicaid, Medicare 어드밴티지 플랜 또는 기타 건강 플랜이 있는 경우, Medicaid 또는 해당 플랜에 퇴원 후 SNF 보장에 대한 다른 규칙이 있을 수 있습니다. Medicaid 또는 귀하의 플랜을 확인하십시오.

**참고:** Medicare 파트 A는 일반적으로 관찰 방문과 같은 외래 병원 서비스를 보장하지 않습니다. 그러나 일반적으로 파트 A는 병원이 의사의 지시에 따라 귀하의 입원을 허가하는 경우 의료적으로 필요한 입원 서비스를 보장합니다. 대부분의 경우, 귀하는 입원 후 첫 60일 동안 모든 입원 서비스에 대해 한 번의 공제를 지불하게 됩니다.

귀하의 관찰 서비스에 대해 문의 사항이 있으시면, 이 알림을 준 병원 직원 또는 병원 진료를 제공하는 의사에게 문의하십시오. 또한, 병원의 활용 또는 퇴원 계획 부서의 직원과 이야기하도록 요청하실 수 있습니다.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048에 전화하십시오.

CMS 10611-MOON OMB approval 0938-1308 (Exp. 11/30/2025)



의약품에 대한 비용:

일반적으로, 처방전 구매 및 처방전 없이 살 수 있는 약은 다음과 같습니다: 병원 외래 환자 환경에서 사용할 수 있는 "자체 투약 약물" (응급실에서와 같은) 은 파트 B의 보장 대상이 아닙니다. "자체 투약 약물"은 일반적으로는 귀하 본인 부담입니다. 안전상의 이유로, 많은 병원은 집에서 의약품을 가져오는 것을 허용하지 않습니다. Medicare 처방약 플랜(파트 D)이 있으시면, 플랜이 해당 약물에 대한 지불을 도울 수 있습니다. 해당 약물에 대해 자가 부담금으로 지불하고 약물 플랜에 환불하도록 청구해야 할 가능성이 큼니다. 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 약물 플랜으로 연락하십시오.

**HMO나 PPO와 같은 Medicare 어드밴티지 플랜 또는 기타 Medicare 건강 플랜(파트 C)에** 등록하신 경우, 귀하의 비용 및 보장 범위는 달라질 수 있습니다. 외래 환자 관찰 서비스에 대한 보장 범위에 대해 알아보시려면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

주 Medicare 프로그램을 통한 유자격 Medicare 수혜자라면, 파트 A나 파트 B 공제액, 공동 보험금, 가입자 부담금에 대한 청구서를 받지 않을 수 있습니다.

추가 정보(선택 사항) (Additional Information (Optional)):

아래에 서명하시면 귀하가 본 알림을 수령하고 이해하였음을 나타냅니다.

일자 (Date)	시간 (Time)	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#
------	------	------------------	-----

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](https://www.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.

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.

