

## Medicare重要通知

### 您作为医院住院病人的权利：

- 您可以接受Medicare承保的服务。这包括医疗所需的医院服务，以及您出院后可能需要的服务（如您的医生要求）。您有权了解这些服务，谁来支付服务费用，以及您可以在哪里获得这些服务。
- 您可以参与有关您住院的任何决定。
- 您可以向您的质量改进组织（QIO）提出您对所接受护理质量的任何担忧，联系方式：Livanta LLC: 1-888-524-9900； TTY: 1-888-985-8775
- QIO是Medicare授权的独立审查方，负责审查有关您出院的决定。
- 您可以与医院一起为安全出院做准备，并安排您出院后可能需要的服务。当您不再需要住院治疗时，您的医生或医院工作人员会通知您计划的出院日期。
- 如果您对出院有顾虑，可以与您的医生或其他医院工作人员交谈。

### 您有权对出院提出上诉：

- 您有权对出院的决定立即进行独立的医疗审查（上诉）。如果您这样做，将不必支付您在上诉期间接受的服务费用（共付额和扣除额等费用除外）。
- 如果您选择上诉，独立审查方会征求您的意见。审查员还将查看您的医疗记录和/或其他相关信息。您不需要准备任何书面材料，但如果您希望准备，您也有权这样做。
- 如果您选择上诉，您和审查方将各自收到一份副本，详细说明为什么您不应继续接受承保的住院服务。仅在您要求上诉后才会收到这份详细通知。
- 如果QIO确定您不应出院，Medicare将继续支付您的住院服务费用。
- 如果QIO同意在出院日期后停止承保服务，在您收到QIO决定通知后的第二天中午后，Medicare和您的Medicare健康计划都不会为您支付住院费用。如果您这个时间之前停止各项服务，则无需承担经济责任。
- 如果您不上诉，您可能需要支付出院日期后接受的所有服务的费用。

**更多信息，请参见本通知第2页。**



如何要求对出院决定提出上诉

- 您必须向上面列出的QIO提出申请。
- 您应尽快提出上诉请求，但不得迟于计划出院日期，并应在您离院前提出。
- QIO将尽快通知您其决定，一般不迟于其收到所有必要信息后的1天。
- 如需提出上诉，或有其它问题，请致电 QIO，联系方式：Livanta LLC： 1-888-524-9900； TTY： 1-888-985-8775。

如果您错过了要求上诉的最后期限，您可能有其他上诉权利。

- 如果您有传统 Medicare：请致电 QIO，联系方式：Livanta LLC： 1-888-524-9900； TTY： 1-888-985-8775。
- 如果您有 Medicare 健康计划：请拨打您保险卡背面的号码，联系您的计划。

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](http://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。

请在下方签名以表明您已收到并理解本通知。

我已获知我作为医院住院病人的权利，我可以通过联系我的 QIO，对我的出院提出上诉。

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

Delivery method:  In-person  Phone  Email  Fax  Letter

<b>To be completed by Case Management or Designee</b>		
2nd notice to patient/representative _____		
Date	Time	Case Manager initials
<b>由病例管理和病人填写 (如适用)</b>		
(To be completed by Case Management and Patient (if applicable))		
<input type="checkbox"/> 病人放弃4小时出院通知的要求		
(Patient waives 4-hour discharge notice requirement)		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#: \_\_\_\_\_

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.

