

**ZAWIADOMIENIE O OBSERWACJI AMBULATORYJNEJ W  
RAMACH PROGRAMU MEDICARE (MOON)**

Są Państwo pacjentami ambulatoryjnymi otrzymującymi świadczenia obserwacyjne. Nie są Państwo hospitalizowani, ponieważ:

- (*Doctor determines change*) Na podstawie dotychczasowego przebiegu pobytu w szpitalu lekarz określi, czy uzasadniona jest zmiana Państwa statusu na pacjenta hospitalizowanego.
- (*Expected stay <2 nights*) Lekarz nie spodziewa się, aby Państwa pobyt w szpitalu trwał dwie noce (dwie doby obejmujące godz. 24.00).
- (*Per Medicare Advantage*) Pracownicy Państwa planu opieki Medicare Advantage poinformowali lekarza, aby poddać Państwa obserwacji.
- Inne: \_\_\_\_\_

Bycie pacjentem ambulatoryjnym może mieć wpływ na to, za co płaci się w szpitalu:

- Jeśli są Państwo pacjentami ambulatoryjnym szpitala, Państwa pobyt w celach obserwacyjnych jest objęty częścią B programu Medicare.
- W przypadku świadczeń z części B na ogół pokrywają Państwo następujące opłaty:
  - o Współpłacenie za każde świadczenie szpitalne, które Państwo otrzymują. Współpłacenie zawarte w części B może się różnić w zależności od rodzaju świadczeń.
  - o 20% kwoty zatwierdzonej przez Medicare w przypadku większości świadczeń lekarskich, po odliczeniu udziału własnego wynikającego z części B.

Świadczenia obserwacyjne mogą wpływać na zakres ochrony ubezpieczeniowej i płatność za opiekę nad Państwem po opuszczeniu szpitala:

- Jeśli po opuszczeniu szpitala potrzebna będzie dalsza opieka w wykwalifikowanej placówce pielęgniarskiej (SNF), zgodnie z częścią A programu Medicare, będzie się pokrywać opiekę SNF tylko w przypadku, gdy byli Państwo hospitalizowani przez co najmniej 3 dni, co było konieczne ze względów medycznych w celu leczenia powiązanej choroby lub urazu. Hospitalizacja rozpoczyna się w dniu, w którym szpital przyznaje, że zostali Państwo hospitalizowani na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza i nie obejmuje ona dnia wypisu ze szpitala.
- W przypadku gdy są Państwo beneficjentami programu Medicaid, planu Medicare Advantage lub innego planu opieki zdrowotnej, zasady dotyczące pokrycia przez Medicaid lub inny plan opieki zdrowotnej SNF po wyjściu przez Państwa ze szpitala mogą być inne. Proszę to sprawdzić w programie Medicaid lub w swoim (innym) planie opieki zdrowotnej.

**UWAGA:** Program Medicare w części A zasadniczo nie pokrywa szpitalnych świadczeń ambulatoryjnych, takich jak pobyt w celach obserwacji. Jednakże część A pokryje na ogół niezbędne medycznie świadczenia szpitalne w zakresie opieki nad pacjentami hospitalizowanymi, jeśli szpital przyznaje, zostali Państwo hospitalizowani na podstawie skierowania od lekarza. W większości przypadków zapłaci Pan/Pani jednorazowy udział własny z tytułu wszystkich świadczeń szpitalnych dotyczących pacjentów hospitalizowanych przez pierwsze 60 dni przebywania w szpitalu.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących świadczeń związanych z obserwacją należy zapytać o to pracownika szpitala przekazującego Panu/Pani to powiadomienie lub lekarza świadczącego nad Panią/Panem opiekę szpitalną. Można również poprosić o rozmowę z osobą z Działu planowania leczenia szpitalnego lub z Działu wypisów szpitalnych.

Mogą Państwo także zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Osoby korzystające z telefonu tekstowego powinny zadzwonić pod numer 1-877-486-2048.



Ponoszone przez Państwa koszty leków:

Ogólnie rzecz biorąc, leki na receptę i bez recepty, w tym „leki do samodzielnego stosowania”, które otrzymują Państwo w ramach ambulatoryjnej opieki szpitalnej (np. oddział ratunkowy) nie są objęte częścią B. „Leki do samodzielnego stosowania” to leki, które normalnie przyjmują Państwo samodzielnie. Ze względów bezpieczeństwa wiele szpitali nie zezwala na przyjmowanie leków przywiezionych z domu. Jeśli posiadają Państwo plan podawania leków na receptę w ramach programu Medicare (część D), to taki plan może pomóc w zapłacie za leki. Prawdopodobnie konieczne będzie opłacenie tych leków z własnej kieszeni i wniesienie później wniosku o refundację zgodnie z planem Medicare. W celu uzyskania więcej informacji, proszę skontaktować się ubezpieczycielem odpowiedzialnym za plan podawania leków.

**Jeśli uczestniczą Państwo w planie Medicare Advantage (np. w ramach HMO lub PPO) bądź też w innym planie opieki zdrowotnej Medicare (część C),** ponoszone przez Państwa koszty i zakres ich refundacji przez ubezpieczyciela mogą być różne. Proszę sprawdzić swój plan ubezpieczenia zdrowotnego, aby dowiedzieć się, co jest przez niego pokrywane w zakresie świadczeń ambulatoryjnych dotyczących obserwacji.

Jeśli są Państwo Uprawnionymi Świadczeniobiorcami Usług Medycznych Medicare w ramach programu stanowego Medicaid, nie mogą być Państwo obciążeni za zawarte w części A lub części B udziały własne, koszty współubezpieczenia lub współpłaty.

Informacje dodatkowe (opcjonalne) (Additional Information (Optional)):

W celu wykazania, że otrzymał(a) i zapoznał(a) się Pan/Pani z tym powiadomieniem, prosimy o podpis poniżej.

Data (Date)	Godzina (Time)	Podpis pacjenta lub Podpis prawnego przedstawiciela pacjenta (Signature of Patient or Legal Representative)
----------------	-------------------	--

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

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

Mają Państwo prawo otrzymać od Medicare informacje w przystępnym formacie, takim jak duży druk, pismo Braille'a lub nagranie dźwiękowe. Mają Państwo również prawo do złożenia skargi, jeśli uważają Państwo, że są dyskryminowani. Proszę wejść na stronę internetową [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) lub zadzwonić pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać więcej informacji. Osoby korzystające z telefonu tekstowego mogą zadzwonić pod numer 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.

