

ZAWIADOMIENIE O OBSERWACJI AMBULATORYJNEJ POZA PROGRAMEM MEDICARE (NON-MEDICARE OUTPATIENT OBSERVATION NOTICE - NOON)

Jest Pan/Pani pacjentem szpitala objętym ambulatoryjną opieką obserwacyjną. Nie został(a) Pan/Pani hospitalizowany(-a), ponieważ:

- Na podstawie dotychczasowego przebiegu pobytu w szpitalu lekarz określi, czy uzasadniona jest zmiana Pana/Pani statusu na pacjenta hospitalizowanego.
- Lekarz nie spodziewa się, aby Pana/Pani pobyt w szpitalu będzie trwał dwie noce (dwa dni obejmujące godz. 24:00).
- Inne: _____

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

Ważne jest, aby zrozumieć, że jako pacjent ambulatoryjny może być Pan/Pani odpowiedzialny(-a) za wszelkie płatności dodatkowe, takie jak współpłatność, udział własny, opłata za leki, w tym leki przyjmowane samodzielnie, a także inne produkty farmaceutyczne.

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

Advocate Aurora Health będzie konsultować się z pracownikami Pana/Pani planu ubezpieczenia zdrowotnego po wypisaniu ze szpitala do wykwalifikowanej placówki pielęgniarstwa (skilled nursing facility) lub do domu albo do placówki opieki w lokalnej społeczności.

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących świadczeń związanych z obserwacją:

- Jeśli ma Pan/Pani pytania dotyczące swojej ochrony ubezpieczeniowej, proszę skontaktować się z pracownikami swojego planu ubezpieczenia zdrowotnego.
- Proszę 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 (Hospital's Utilization Department) lub z Działu wypisów szpitalnych (Discharge Planning Department).

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

Data Godzina Podpis pacjenta lub Podpis przedstawiciela prawnego pacjenta

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID#: _____