Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Simplified Chinese

Patient Label Box

Medicare 的重要通知

您作为住院病人的权利：

- 您可以接受 Medicare 承保的服务。其中包括具医疗必要性的住院服务以及出院后可能需要的服务（如有医嘱）。您有权知晓此类服务、由谁付费以及在何处可以获得此类服务。
- 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 (Quality Improvement Organization, 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: 711
- QIO 是 Medicare 授权的独立审查方，负责审查让您出院的决定。
- 您可以与医院合作，为您安全出院做准备，并安排您出院后可能需要的服务。当您不再需要住院护理时，您的医生或医院工作人员会通知您计划的出院日期。
- 如果您对出院有疑虑，您可以与您的医生或其他医院工作人员交谈。

您对出院一事提出上诉的权利：

- 您有权要求即时对出院决定进行独立医疗审查（上诉）。如果您这样做，将无需为申诉期间所接受的服务支付费用（共付额和免赔额等费用除外）。
- 如果您选择上诉，独立审查方将征求您的看法。审查人也将查看您的医疗记录和/或其他相关信息。您无需准备任何书面资料，但如果您愿意，您有权这样做。
- 如果您选择上诉，您和审查方将各自收到一份通知，详细说明为什么您不应继续接受承保的住院服务。仅在您提出上诉后，您才会收到此详细通知。
- 如果 QIO 判定您尚不宜出院，Medicare 将继续承保您的住院服务。
- 如果 QIO 同意在出院日期后停止承保您所接受的服务，在您收到 QIO 决定通知后的第二天中午后，Medicare 和您的 Medicare 健康计划均不会再支付您的住院费用。如果您不迟于上述时间停止接受服务，则无需支付有关费用。
- 如果您不提出上诉，您可能需要为原定出院日期后获得的任何服务付费。

详情请参见本通知第 2 页。

CMS 10065-IM (Exp. 12/31/2025) OMB approval 0938-1019

Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Simplified Chinese

Patient Label Box

如何就让您出院一事提出上诉

- 您须向上方列出的 QIO 提出您的请求。
- 您的上诉请求应尽快提出，并且不迟于您的计划出院日期，以及在您出院前。
- QIO 将尽快将其决定通知您，其一般会在收到所有必要信息之日起 1 天内作出决定。
- 如需提出上诉，或有其他问题，请致电 QIO，联络方式：Livanta LLC: 1-888-524-9900, TTY: 711。

如果您错过提出上诉的截止期，您还可享受其他上诉权利：

- 如果您拥有 Original Medicare：请致电 QIO，联络方式：Livanta LLC: 1-888-524-9900, TTY: 711。
- 如果您有 Medicare 健康计划：请致电您的保险卡背面的电话号码。

您有权利获得无障碍格式的 Medicare 信息，例如大字体、盲文或语音版。如果您觉得自己遭受了歧视，您也有权进行投诉。如需了解更多信息，请访问 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice，或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 711。

请在下方签名以表示您收到并理解本通知。

本人已获知本人作为医院住院患者的权利，本人可以通过联系 QIO 对让本人出院的决定提出上诉。

_____ _____ _____

日期 *(Date)* 时间 *(Time)* 患者或法定代表签名 *(Signature of Patient or Legal Representative)*

递送方式： ☐ 现场 *(In-person)* ☐ 致电 *(Phone)* ☐ 电子邮件 *(Email)* ☐ 传真 *(Fax)* ☐ 致函 *(Letter)*

由个案管理人员或其指定人员填写 (To be completed by Case Management or Designee)

2nd notice to patient/representative _____ Date _____ Time _____ Case Manager initials

病例管理人员及患者填写（如适用） (To be completed by Case Management and Patient (if applicable))

☐ 患者放弃 4 小时出院通知的要求
(Patient waives 4-hour discharge notice requirement) _____ 患者或法定代表签名 *(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.