Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Traditional Chinese

Patient Label Box

來自 Medicare 的重要訊息

您作為醫院住院患者的權利：

- 您可以接受 Medicare 承保的服務。根據您的醫生提出的要求，服務包括具有醫療必要性的住院服務和出院後可能需要的服務。您有權瞭解這些服務，瞭解誰將支付服務費用，以及您可在哪裡獲得它們。
- 您可以參與有關您住院的任何決定。
- 您可以向您的品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 提出您對所接受護理品質的任何擔憂，聯絡方式：Livanta LLC: 1-888-524-9900, TTY: 711
- QIO 是 Medicare 授權的獨立審查方，負責審查讓您出院的決定。
- 您可以與醫院合作，為您安全出院做準備，並安排您出院後可能需要的服務。當您不再需要住院護理時，您的醫生或醫院工作人員將通知您計劃的出院日期。
- 如果您對出院有疑慮，您可以與您的醫生或其他醫院工作人員交談。

您就出院提出上訴的權利：

- 您有權要求對出院決定進行即時、獨立的醫療審查（上訴）。如提出上訴，您將無須支付您在上訴期間所接受服務的費用（共付額和免賠額等費用除外）。
- 如果您選擇上訴，獨立審查方將徵求您的看法。審查方還將查看您的醫療記錄和/或其他相關資訊。您不需要準備任何書面材料，但如果您希望準備，您也有權這樣做。
- 如果您選擇上訴，您和審查方將各自收到一份副本，詳細說明為什麼您不應繼續接受承保的住院服務。只有在您提出上訴後，您才會收到此詳細通知。
- 如果 QIO 判定您尚不宜出院，Medicare 將繼續承保您的住院服務。
- 如果 QIO 同意在出院日期後停止承保您所接受的服務，在您收到 QIO 決定通知後的第二天中午後，Medicare 和您的 Medicare 健康計畫均不會再支付您的住院費用。如果您在該時間前停止獲得服務，您將無須承擔任何財務責任。
- 如果您不提出上訴，您可能需要為原定出院日期後獲得的任何服務付費。

有關詳細資訊，請參閱本通知的第 2 頁。

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

Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Traditional Chinese

Patient Label Box

如何就讓您出院的決定提出上訴

- 您須向上方列出的 QIO 提出您的請求。
- 您的上訴請求應盡快提出，並且不遲於您的計劃出院日期，以及在您出院前。
- QIO 將盡快將其決定通知您，其一般會在收到所有必要資訊之日起 1 天內作出決定。
- 如需提出上訴，或有其他問題，請致電 QIO，電話：Livanta LLC: 1-888-524-9900, TTY: 711。

如果您錯過了提出上訴的截止日期，您可能還有其他上訴權利：

- 如果您擁有 Original Medicare：請致電 QIO，電話：Livanta LLC: 1-888-524-9900, TTY: 711。
- 如果您有 Medicare 健康計畫：請致電您的保險卡背面的電話號碼。

您有權利獲得無障礙格式的 Medicare 資訊，例如大字體、盲文或語音。如果您覺得自己受到了歧視，您也有權提出投訴。如需瞭解更多資訊，請造訪 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶請撥打 711。

請在下方簽名，以表明您已收到並理解此通知。

本人已獲知本人作為醫院住院患者的權利，本人可以透過聯絡 QIO 對讓本人出院的決定提出上訴。

日期 *(Date)* _____ 時間 *(Time)* _____ 患者或法定代表簽名 *(Signature of Patient or Legal Representative)* _____

遞送方式： ☐ 現場 *(In-person)* ☐ 致電 *(Phone)* ☐ 電子郵件 *(Email)* ☐ 傳真 *(Fax)* ☐ 致函 *(Letter)*

由個案管理人員或其指定人員填寫 (To be completed by Case Management or Designee)

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

病例管理人員及患者填寫（如適用） (To be completed by Case Management and Patient (if applicable))

☐ 患者放棄 4 小時出院通知的要求 *(Patient waives 4-hour discharge notice requirement)* _____ 患者或法定代表簽名 *(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.

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