

**NOTIFICACIÓN DE OBSERVACIÓN PARA PACIENTES
AMBULATORIOS DE MEDICARE (MOON)**

Usted es un paciente hospitalario ambulatorio que recibe servicios de observación. No es un paciente hospitalizado porque:

- (*Doctor determines change*) Según su evolución hospitalaria, su médico determinará si se justifica un cambio al estado de paciente hospitalizado.
- (*Expected stay <2 nights*) Su médico no espera que su estadía en el hospital sea de dos noches (dos medianoches).
- (*Per Medicare Advantage*) Su plan Medicare Advantage le ha dicho a su médico que lo coloque en observación.
- Otro: _____

Ser paciente ambulatorio puede afectar lo que paga en un hospital:

- Cuando es un paciente ambulatorio en un hospital, su estadía en observación está cubierta por la Parte B de Medicare.
- Por los servicios de la Parte B, generalmente paga:
 - o Un copago por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios que reciba. Los copagos de la Parte B pueden variar según el tipo de servicio.
 - o El 20 % del importe aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios médicos, después del deducible de la Parte B.

Los servicios de observación pueden afectar la cobertura y el pago de su atención después de que salga del hospital:

- Si necesita atención en un centro de enfermería especializada (SNF) después de salir del hospital, la Parte A de Medicare solo cubrirá la atención en un SNF si ha tenido una estadía mínima de 3 días como paciente hospitalizado que era médicamente necesaria por una enfermedad o lesión relacionada. La estadía en el hospital como paciente hospitalizado comienza el día en que el hospital lo admite como tal según una orden del médico y no incluye el día en que se le da de alta.
- Si tiene Medicaid, un plan Medicare Advantage u otro plan de salud, Medicaid o dicho plan pueden tener diferentes reglas para la cobertura de un SNF después de salir del hospital. Consulte con Medicaid o su plan.

NOTA: la Parte A de Medicare generalmente no cubre los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios tales como una estadía en observación. Sin embargo, la Parte A por lo general cubre los servicios de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico si el hospital lo admite como paciente hospitalizado según una orden del médico. En la mayoría de los casos, usted pagará un deducible único por todos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante los primeros 60 días que esté en el hospital.

Si tiene alguna pregunta sobre sus servicios de observación, pregunte al miembro del personal del hospital que le entrega esta notificación o al médico que le brinda atención hospitalaria. También puede solicitar hablar con alguien del departamento de planificación de alta o utilización del hospital.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.





Spanish

Patient Label Box

Sus costos por medicamentos:

Por lo general, los medicamentos recetados y de venta libre, incluyendo "medicamentos autoadministrados", que se obtienen como paciente ambulatorio del hospital (por ejemplo, en el departamento de emergencias) no están cubiertos por la Parte B. Los "medicamentos autoadministrados" son medicamentos que normalmente tomaría por su cuenta. Por razones de seguridad, muchos hospitales no le permiten llevar medicamentos de su casa. Si tiene un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), su plan puede ayudarle a pagar estos medicamentos. Es probable que deba pagar por estos medicamentos de su bolsillo y presentar un reclamo a su plan de medicamentos para obtener un reembolso. Comuníquese con su plan de medicamentos para obtener más información.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) u otro plan de salud Medicare (Parte C), sus costos y cobertura pueden ser diferentes. Consulte con su plan para obtener información sobre la cobertura de los servicios de observación para pacientes ambulatorios.

Si es un beneficiario calificado de Medicare a través de su programa estatal de Medicaid, no se le pueden facturar los deducibles, coseguros y copagos de la Parte A o la Parte B.

Información adicional (opcional) (Additional Information (Optional)):

Firme debajo para indicar que recibí y comprendí esta notificación.

Fecha (Date) Hora (Time) Firma del paciente o representante legal (Signature of Patient or Legal Representative)

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

Date Time Interpreter Name ID#

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible tal como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Para más información, visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 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.

