

Aviso para los pacientes ambulatorios de Medicare sobre servicios de observación

Nombre del paciente: _____

Número de identificación del paciente: _____

Usted es un paciente ambulatorio del hospital que está recibiendo servicios de observación. Usted no es un paciente internado porque:

- Su diagnóstico y plan de tratamiento actuales no cumplen los requisitos descritos por Medicare para el estatus de paciente internado.
- Con base en su diagnóstico y plan de tratamiento actuales, su médico no prevé que su estadía vaya a exceder 2 medianoches.
- Actualmente está en observación luego de un procedimiento para pacientes ambulatorios.
- Otro: _____

Su médico tratante reevaluará su condición y el Gerente de Caso le notificará si su estatus cambia.

Ser un paciente ambulatorio podría afectar lo que paga en el hospital:

- Cuando es paciente ambulatorio de un hospital, la estancia para observación está cubierta por la Parte B de Medicare.
- Por los servicios de la Parte B, en general usted paga:
 - Un copago por cada servicio hospitalario que recibe. Los copagos de la Parte B podrían variar según el tipo de servicio.
 - El 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayor parte de los servicios médicos, después del deducible de la Parte B.

Los servicios de observación podrían afectar su cobertura y al pago de su atención médica después de salir del hospital:

- Si necesita la atención de un centro de enfermería especializada (SNF) después de salir del hospital, la Parte A de Medicare solo cubrirá la atención de un SNF, si ha tenido una estadía mínima de 3 días en el hospital como paciente internado, por necesidad médica real, o como consecuencia de una enfermedad o lesión relacionada. Una estadía hospitalaria como paciente internado comienza el día en que el hospital lo ingresa basado en la orden de un médico, y no incluye el día del alta.
- Si tiene Medicaid, un plan Medicare Advantage u otro plan de salud, Medicaid o el plan podrían tener reglas diferentes para la cobertura de un SNF después de que sale del hospital. Verifique con Medicaid o su plan.

NOTA: La Parte A de Medicare, en general, no cubre los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios como la estadía para observación. Sin embargo, la Parte A, en general, cubre los servicios por necesidad médica real para pacientes internados si el hospital lo ingresa como paciente internado basándose en la orden del médico. En la mayor parte de los casos, usted pagará un deducible una sola vez por todos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante los primeros 60 días de permanencia en el hospital.



888

PT.

MR.#/PM.

DR.

Si tiene preguntas sobre los servicios de observación, pregunte al personal del hospital que le entregó este aviso, o al médico que le brinda atención médica. También puede pedir hablar con alguien del departamento de admisiones o planificación de altas del hospital.

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

Sus costos por medicamentos:

En general, los medicamentos recetados y los de venta libre, incluidos los “medicamentos autoadministrados” que recibe en el entorno como paciente ambulatorio del hospital (como el departamento de emergencias) no están cubiertos por la Parte B. Los “medicamentos autoadministrados” son aquellos que usted puede tomar por sí solo. Por razones de seguridad, muchos hospitales no permiten que tome medicamentos que trae de su casa. Si tiene un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), su plan podría ayudarlo a pagar estos medicamentos. Es probable que deba pagar estos medicamentos como gastos de su bolsillo y luego presentar un reclamo a su plan de medicamentos para recibir un reembolso. Comuníquese con su plan de medicamentos para obtener más información.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud Medicare (Parte C), sus costos y cobertura podrían ser diferentes. Verifique con su plan para conocer la cobertura por servicios de observación para pacientes ambulatorios.

Si es Beneficiario Calificado de Medicare a través de su programa estatal de Medicaid, no pueden facturarle los deducibles, coseguros, ni copagos de las Partes A y B.

Información adicional (opcional):

Firme a continuación para mostrar que ha recibido y comprendido este aviso.

Firma del paciente o representante

Fecha /Hora

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1308. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

