



Medicare

Nombre del paciente: _____

Número de identificación del paciente: _____

Nombre del hospital: _____

Dirección del hospital: _____

Aviso de Observación Ambulatoria de Medicare

¡Importante! Usted recibe este aviso porque es “paciente ambulatorio del hospital que recibe servicios de observación”, no “paciente internado”.

Esto significa que su estadía en el hospital se facturará a la Parte B de Medicare en lugar de la Parte A.

- Cuando usted es un paciente ambulatorio del hospital, su estancia para observación está cubierta por la Parte B de Medicare. Esto significa que tendrá un copago por cada servicio ambulatorio que reciba.
- Sus copagos de la Parte B pueden ser más bajos o más altos que el deducible para pacientes hospitalizados bajo la Parte A. Su hospital puede brindarle más información sobre la facturación.
- Luego de salir del hospital, es posible que Medicare no pague si va a un centro de enfermería especializada.

No es un paciente hospitalizado porque:

Preguntas

Para más información sobre su cobertura de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Información adicional (opcional):

Firme a continuación para mostrar que recibió y entendió este aviso.

Firma del paciente o representante	Fecha
------------------------------------	-------



Medicare

Usted 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 siente que ha sido discriminado. Visite [es.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 de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es 0938-0953. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta colección es de 10 minutos por aviso, incluido el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos