

Medicare Outpatient Observation Notice

Patient name:

Patient number:

You're a hospital outpatient receiving observation services. You are not an inpatient because:

Being an outpatient may affect what you pay in a hospital:

- When you're a hospital outpatient, your observation stay is covered under Medicare Part B.
- For Part B services, you generally pay:
 - A copayment for each outpatient hospital service you get. Part B copayments may vary by type of service.
 - 20% of the Medicare-approved amount for most doctor services, after the Part B deductible.

Observation services may affect coverage and payment of your care after you leave the hospital:

- If you need skilled nursing facility (SNF) care after you leave the hospital, Medicare Part A will only cover SNF care if you've had a 3-day minimum, medically necessary, inpatient hospital stay for a related illness or injury. An inpatient hospital stay begins the day the hospital admits you as an inpatient based on a doctor's order and doesn't include the day you're discharged.
- If you have Medicaid, a Medicare Advantage plan or other health plan, Medicaid or the plan may have different rules for SNF coverage after you leave the hospital. Check with Medicaid or your plan.

NOTE: Medicare Part A generally doesn't cover outpatient hospital services, like an observation stay. However, Part A will generally cover medically necessary inpatient services if the hospital admits you as an inpatient based on a doctor's order. In most cases, you'll pay a one-time deductible for all of your inpatient hospital services for the first 60 days you're in a hospital.

If you have any questions about your observation services, ask the hospital staff member giving you this notice or the doctor providing your hospital care. You can also ask to speak with someone from the hospital's utilization or discharge planning department.

You can also call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

Your costs for medications:

Generally, prescription and over-the-counter drugs, including “self-administered drugs,” you get in a hospital outpatient setting (like an emergency department) aren’t covered by Part B. “Self-administered drugs” are drugs you’d normally take on your own. For safety reasons, many hospitals don’t allow you to take medications brought from home. If you have a Medicare prescription drug plan (Part D), your plan may help you pay for these drugs. You’ll likely need to pay out-of-pocket for these drugs and submit a claim to your drug plan for a refund. Contact your drug plan for more information.

If you’re enrolled in a Medicare Advantage plan (like an HMO or PPO) or other Medicare health plan (Part C), your costs and coverage may be different. Check with your plan to find out about coverage for outpatient observation services.

If you’re a Qualified Medicare Beneficiary through your state Medicaid program, you can’t be billed for Part A or Part B deductibles, coinsurance, and copayments.

Additional Information (Optional):

Please sign below to show you received and understand this notice.

Signature of Patient or Representative

Date / Time

CMS does not discriminate in its programs and activities. To request this publication in alternative format, please call: 1-800-MEDICARE or email: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

Notice Instructions: Medicare Outpatient Observation Notice

Page 1 of the Medicare Outpatient Observation Notice (MOON)

The following blanks must be completed by the hospital. Information inserted may be typed or legibly hand-written in 12-point font or the equivalent.

Patient Name:

Fill in the patient's full name or attach patient label.

Patient ID number:

Fill in an ID number that identifies this patient, such as a medical record number or the patient's birthdate or attach a patient label. This number should not be the patient's social security number.

"You're a hospital outpatient receiving observation services. You are not an inpatient because:"

Fill in the specific reason the patient is in an outpatient, rather than an inpatient stay.

Page 2 of the MOON

Additional Information:

This may include, but is not limited to, Accountable Care Organization (ACO) information, notation that a beneficiary refused to sign the notice, hospital waivers of the beneficiary's responsibility for the cost of self-administered drugs, Part A cost sharing responsibilities if the beneficiary is subsequently admitted as an inpatient, physician name, specific information for contacting hospital staff, or additional information that may be required under applicable state law.

Hospitals may attach additional pages to this notice if more space is needed for this section.

Oral Explanation:

When delivering the MOON, hospitals and CAHs are required to explain the notice and its content, document that an oral explanation was provided and answer all beneficiary questions to the best of their ability.

Signature of Patient or Representative:

Have the patient or representative sign the notice to indicate that he or she has received it and understands its contents. If a representative's signature is not legible, print the representative's name by the signature.

Date/Time: Have the patient or representative place the date and time that he or she signed the notice.

Aviso para 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:

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

- Cuando es paciente ambulatorio de un hospital, su 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 el 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, 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 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 una 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, basado en la orden del médico. En la mayor parte de los casos, usted pagará un deducible por única vez, por todos sus servicios hospitalarios para pacientes internados, durante los primeros 60 días que permanezca en el hospital.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de observación, pregunte al personal del hospital que le entregue 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 bolsillo y 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

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame a: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico:

<mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov>.