

醫療保險 A 部分承保追溯申訴請求

如果您是聯邦醫療保險的患者，作為住院患者入院，並且醫院將您的狀態更改為接受聯邦醫療保險A 部分未承保的「觀察服務」的門診患者，您也許可以提出申訴。如果符合條件，您最早可以對 2009 年 1 月 1 日之前的住院提出申訴。

如果您的申訴決定是正面的，聯邦醫療保險 A 部分可能會承保您獲得的醫院和/或專業護理機構服務。您可能也有權獲得您或家庭成員因服務被拒絕而支付的款項的退款。我們必須在 2026 年 1 月 2 日之前收到您的申訴請求。

回答以下 4 個有關您住院的問題，以幫助您決定是否有資格申訴：

1. 您是否在 **2009 年 1 月 1 日** 或之後入院住院，並且住院期間醫院是否將您的病情轉為門診？ 是 否
2. 在醫院將您的狀態改為門診之後，您是否在醫院接受 觀？ 是 否
3. 您是否獲得了住院期間門診服務的聯邦醫療保險摘要通知 (MSN) 或者住院期間觀察服務的聯邦醫療保險門診觀察通知(MOON) 是 否
4. 這是您**第一次**請求聯邦醫療保險支付與本次住院相關的服務**或者**如果您確實申訴，您是否在 2011 年 9 月 4 日之後收到決定 是 否

如果您對上述所有 4 個問題的回答均為“是”，並且以下陳述中至少一項也適用於您，則您可以使用此表格請求申訴：

- 您住院期間沒有聯邦醫療保險 B 部分。
或者
- 您在醫院裡連續停留了 3 天或以上，但住院時間少於 3 天，且出院後 30 天內住進專業護理機構。

如果您認為自己符合資格，請填寫接下來 2 頁的表格。我們將審核您的請求以及我們可以獲得的所有記錄，以確定您是否有資格提出此申訴。

醫療保險 A 部分承保追溯申訴申請表

患者資訊

只有擁有原始醫療保險的人、他們的指定/授權代表、代表其遺產提出申請的人或具有代表已故受益人提出申請的法定權力的人才能使用此表格提出申訴。

注意： 提供者、供應商、醫療補助國家機構或其他保險公司不能作為受益人的代表提交申訴請求。住院時已加入聯邦醫療保險優勢計劃的人沒有資格根據此流程提出申訴。

患者姓名	聯邦醫療保險號碼	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
地址		
城市	州	郵遞區號
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
電子郵件地址 (如有)	電話號碼 (如有)	
	<input type="text"/>	
醫院名稱	醫院地點 (城市和州)	
住院日期 (月/日/年)		

可選： 在下面解釋 (或附上另一張表格) 為什麼您認為聯邦醫療保險A部分應該承保您作為住院患者的醫院服務：

住院後，您 (或朋友或家人) 是否自付費用購買專業護理機構服務？如果是，請完成此部分。

熟練護理機構名稱	設施位置 (城市和州)
入住設施日期	
支付給設施的金額	向設施付款的日期
\$	<input type="text"/>

簽名

我，_____ (正楷填寫全名)，特此證明，據我所知，此處提供的資訊是準確的。此外，我證明上述熟練護理機構服務的費用由指定受益人或代表指定受益人的家庭成員或朋友支付。我將隨我的請求發送付款證明 (例如，顯示向專業護理機構支付服務費用的作廢支票、顯示我已付款的專業護理機構的帳單等)。

簽名	日期 (月/日/年)
	<input type="text"/>

與此表格一起還需要提交什麼

使用您簽署的表格，提交您所掌握的有關您住院和/或您接受的專業護理機構服務的任何資訊的副本。這包括：

- 您住院期間以及熟練護理機構住院期間（如果適用）的所有醫療記錄。向醫院和專業護理機構（如果您的申訴的一部分）索取這些記錄。如果您無法透過此表格發送記錄，我們將盡力取得它們。如果我們必須向醫院和/或專業護理機構索取記錄，他們有 120 天的時間回應。
- 您住院期間的聯邦醫療保險摘要通知 (MSN)。這是聯邦醫療保險提供的文件，其中列出了為您的醫療護理提交的索賠。您可以透過在 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)，登入您的聯邦醫療保險帳戶或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 來取得您的 MSN 副本。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。
- 您住院期間的聯邦醫療保險門診觀察通知 (MOON)（如果您有）。這是如果您作為門診病人接受觀察服務超過 24 小時，您會從醫院獲得的一份文件。醫院於 2017 年 3 月開始使用此通知。
- 醫院的任何帳單或明細報表。
- 來自熟練護理機構保留的 MSN（如果您的熟練護理機構向聯邦醫療保險提交了索賠）。如果熟練護理機構未向聯邦醫療保險提交索賠，請從熟練護理機構發送逐項帳單（如果您收到了熟練護理機構服務的帳單）。
- 熟練護理機構服務的付款證明，表明您或家人或朋友已支付熟練護理機構服務的費用，並簽署第 2 頁上關於您為這些服務自付費用的聲明。
- 您認為有助於您申訴的任何其他證據。

透過郵寄或傳真提交此表格

盡快提交填妥的表格以及任何記錄或證據。您的請求必須在 **2026 年 1 月 2 日** 之前收到。

傳真：803-278-9541

郵寄：Q2 Administrators – CMS 4204-F Appeals
300 Arbor Lake Drive, Suite 1350
Columbia, SC 29223-4582

接下來會發生什麼

- 我們將審核您提交的文件以及從您的提供者處獲得的任何信息，以確定您是否有資格申訴。
- 如果我們需要您提供更多資訊，我們可能會透過電子郵件與您聯繫。
- 我們將透過電子郵件通知您我們關於您申訴資格的決定，通常不遲於我們收集所有記錄後 60 天。
- 有關此表格的疑問，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

取得此信息的另一種格式

您有權以可訪問的格式獲取聯邦醫療保險資訊，例如大字體、點字或音訊。如果您需要可存取的格式，請在此處告訴我們什麼格式：

如需了解更多信息，請致電 1-800-MEDICARE。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

如果您認為自己受到歧視，您也有權利提出申訴。請訪問

[Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致電 1-800-MEDICARE 了解更多信息

隱私權法聲明： 收集本表格資訊的法定權力由《社會保障法》第 1869 (a)(3) 條授權。提供的資訊將用於進一步記錄您的申訴。提交本表格所要求的資訊是自願的，但未能提供全部或部分所要求的資訊可能會影響您的請求的確定。您在此表格中提供的資訊可能會由聯邦醫療保險和醫療補助服務中心向其他人或政府機構披露，但僅限於聯邦醫療保險計劃並遵守聯邦法律。
