

Medicare 파트 A 보장 소급 이의제기 요청

입원환자로 병원에 입원한 Medicare 환자이고, 병원에서 귀하의 상태를 Medicare 파트 A 비보장 "관찰 서비스"를 받는 외래환자로 변경한 경우, 이의제기를 할 수 있습니다. 자격이 되는 경우, 2009년 1월 1일까지의 병원 입원에 대해 이의제기를 할 수 있습니다.

이의제기 결정이 유리하게 나올 경우, Medicare 파트 A는 귀하가 받은 병원 및/또는 전문 간호시설 서비스를 보장할 수 있습니다. 귀하는 또한 귀하 본인 또는 가족이 거부된 서비스에 대해 지불한 금액의 환급을 받을 수도 있습니다. 귀하의 이의제기 요청은 2026년 1월 2일까지 접수되어야 합니다.

이의제기 자격이 있는지 결정할 수 있도록 병원 체류에 관한 4가지 문항에 답변하십시오.

1. 귀하는 **2009년 1월 1일** 이후에 입원환자로 병원에 입원하고, 입원 중에 병원에서 귀하의 상태를 외래환자로 변경했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
2. 병원에서 귀하의 상태를 외래환자로 변경한 후 귀하는 병원에서 관찰 서비스를 받으셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
3. 귀하는 병원에 입원하는 동안 외래환자 서비스에 대한 Medicare 요약 통지(MSN)를 받으셨습니까? **아니면** 병원에 입원하는 동안 관찰 서비스에 대한 Medicare 외래환자 관찰 통지(MOON)를 받으셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
4. 이 병원 체류와 관련된 서비스 보장을 위해 Medicare에 **처음으로 이의제기**하는 것입니까? 또는 이의제기를 한 경우, 2011년 9월 4일 이후에 결정을 받으셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

위의 4가지 문항에 모두 '예'라고 답한 경우, 다음 항목 중 하나 이상이 해당되면 이 양식을 사용하여 이의제기를 요청할 수 있습니다.

- 병원에 있는 동안 Medicare 파트 B에 가입하지 않았다.

또는

- 연속 3일 이상 병원에 머물렀지만 3일 미만 동안 입원환자였고, 퇴원 후 30일 이내에 전문 간호 시설에 입소했다.

자격 대상이라고 생각되면 다음 2페이지의 양식을 작성하십시오. 귀하의 요청과 수집 가능한 모든 기록을 검토하여 귀하가 본 이의제기에 자격이 되는지 판단할 것입니다.

Medicare 파트 A 보장 소급 이의제기 요청 양식

환자 정보

Original Medicare 가입자, 그 지정/위임 대리인, 이들의 재산을 대신하여 신청하는 자 또는 사망한 수혜자를 대신하여 신청할 법적 권한이 있는 자만이 이 양식을 사용하여 이의제기를 신청할 수 있습니다.

참고: 제공자, 공급자, 메디케이드 주 기관 또는 기타 보험사는 수혜자를 대신하여 그 대리인으로 이의제기 요청서를 제출할 수 없습니다. **입원 당시 Medicare 어드밴티지 플랜 가입자는 이 절차에 따라 이의제기할 자격이 없습니다.**

환자명	Medicare 번호 [][][][]-[][][]-[][][][][]	
주소		
시	주 [][]	우편번호 [][][][][][]
이메일 주소(선택사항)	전화번호(선택사항) ([][][]) [][][]-[][][][][]	
병원명	병원 위치(시 및 주)	
입원일자(월/일/년)		

선택 사항: 아래에 (또는 다른 종이 첨부) Medicare 파트 A에서 입원환자로서 귀하의 병원 서비스를 보장해야 한다고 생각하는 이유를 설명하십시오.

이 병원 입원 후에 귀하(또는 친구 또는 가족)가 전문 간호시설 서비스에 대해 본인부담으로 지불했습니까?
예인 경우, 이 항목 작성.

전문간호시설명	시설 체류일
시설 체류일	
시설에 지불된 금액 \$	시설에 지불 날짜 [][]/[][]/[][][][][]

서명
본인 _____ (성명 정자체 기입)(은)는 여기에 제공된 정보가 본인이 알고 있는 한 정확함을 증명합니다. 또한, 본인은 위에 기재된 전문간호시설 서비스 비용은 명시된 수혜자 또는 명시된 수혜자를 대신하여 가족이나 친구가 지불했음을 증명합니다. 본인은 요청과 함께 지불 증빙 문서를 발송합니다(예: 전문간호시설에 서비스 비용 납부를 입증하는 취소된 수표, 본인의 지불 내역을 입증하는 전문간호시설 발급의 청구서 등).

서명	날짜 (월/일/년) [][]/[][]/[][][][][]
----	---

이 양식과 함께 제출해야 할 항목

서명한 양식과 함께 병원 체류 및/또는 귀하가 받은 전문간호시설 서비스에 대한 모든 정보의 사본을 제출하십시오. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- **병원 체류 기간의 모든 의료 기록 및 해당되는 경우 전문 간호 시설 체류 기록.** 병원과 전문 간호 시설(이의제기의 일부인 경우)에 이 기록을 요청하십시오. 귀하가 이 양식과 함께 기록을 보낼 수 없는 경우, 저희가 기록을 입수하도록 할 것입니다. 저희가 병원 및/또는 전문 간호 시설에 기록을 요청해야 하는 경우, 해당 기관은 120일 이내에 답변해야 합니다.
- **병원 체류 기간의 Medicare 요약 통지(MSN).** 이는 귀하의 의료 서비스에 대해 제출된 청구를 기재한 Medicare 문서입니다. [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 Medicare 계정에 로그인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 MSN 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.
- **병원 입원 시 Medicare 외래환자 관찰 통지서(MOON)**(수령한 경우). 이는 24시간 이상 외래환자로 관찰 서비스를 받는 경우 병원에서 수령한 문서입니다. 병원에서는 2017년 3월부터 이 통지서를 사용하기 시작했습니다.
- **병원 발급의 모든 청구서 또는 세부 내역서.**
- **전문 간호 시설 체류 시 MSN**(전문 간호 시설에서 Medicare에 청구서를 제출한 경우). 전문 간호 시설에서 Medicare에 청구서를 제출하지 않은 경우, 전문 간호 시설의 세부 내역서를 제출하십시오(전문 간호 시설 서비스에 대해 청구서를 받은 경우).
- **전문 간호 시설 서비스에 대한 지불 증빙서**(귀하, 가족 또는 친구가 전문 간호 시설 서비스 비용을 지불했음을 보여주는 증빙서)와 해당 서비스에 대한 본인부담비 지불에 대한 2페이지의 진술서에 서명하십시오.
- 이의제기에 도움이 될 것이라고 생각되는 추가 증빙 자료

이 양식을 우편이나 팩스로 제출

이 작성된 양식과 모든 기록 또는 증거를 최대한 신속히 제출하십시오. 귀하의 요청은 **2026년 1월 2일까지** 접수되어야 합니다.

팩스: 803-278-9541

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

다음 진행 상황

- 귀하가 제출한 서류와 저희가 제공자로부터 받을 수 있는 모든 정보를 검토하여 귀하에게 이의제기 자격이 있는지 확인합니다.
- 귀하로부터 추가 정보가 필요한 경우 우편으로 연락드릴 수 있습니다.
- 저희는 일반적으로 모든 기록을 수집한 후 60일 이내에 귀하의 이의제기 자격에 대한 결정을 우편으로 고지해 드립니다.
- 이 양식에 대한 문의 사항은 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.

다른 형식의 정보 수령

신청인은 큰 글씨, 점자, 음성 등의 방식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 장애인 편의용 형식이 필요한 경우 여기에 해당 형식을 기재해 주십시오:

자세한 사항은 1-800-MEDICARE로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.

또한 차별을 받았다고 생각되시면 민원을 제기할 권리도 있습니다. 자세한 사항은

[Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의해 주십시오.

개인정보보호법 성명: 이 양식에 대한 정보 수집의 법적 권한은 사회보장법 제1869(a)(3)조에 의해 승인되었습니다. 제공된 정보는 귀하의 이의제기를 추가로 문서 입증하는 데 사용됩니다. 이 양식에 요청된 정보의 제출은 자발적 의사이지만 요청된 정보의 일부 또는 전부를 제공하지 않을 경우 귀하의 요청 결정에 영향을 미칠 수 있습니다. 이 양식에 귀하가 제공하는 정보는 Centers for Medicare & Medicaid Services에서 Medicare 프로그램과 관련하여 다른 당사자 또는 정부 기관에만 공개될 수 있으며 연방법을 준수해야 합니다.
