

환자 이름:

가정 방문 의료 기관:

환자 ID:

주소:

전화번호:

가정 방문 의료 서비스 변경 고지(HHCCN)

귀하의 가정 방문 의료 서비스 내역이 변경되었습니다

_____부터, 귀하의 가정 방문 의료 기관에서 아래 나열된 품목/서비스를 변경할 예정입니다.

변경 예정 품목/서비스	변경 이유

이 고지를 받는 이유는 무엇인가요?

- ☐ 귀하의 의사/의료제공자가 가정 방문 의료 서비스 관련 지시를 변경했거나 갱신하지 않았습니다. 가정 방문 의료 기관은 의사/의료제공자의 지시에 따라 치료/관리를 해야 합니다. 이러한 변경에 동의하지 않는 경우, 가정 방문 의료 기관 또는 가정 방문 의료 서비스를 지시한 의사/의료제공자와 상담하십시오.
- ☐ 가정 방문 의료 기관은 위에 나열된 이유로 품목/서비스를 제공하지 않기로 했습니다. 여전히 가정 방문 의료 서비스가 필요하다고 생각하신다면, 타당한 지시가 있는 경우 다른 가정 방문 의료 기관을 알아보실 수 있습니다. 다른 가정 방문 의료 기관을 찾는 데 도움이 필요하신 경우 가정 방문 의료 서비스를 지시한 의사/의료제공자에게 문의하십시오. 다른 가정 방문 의료 기관으로부터 치료를 받는 경우 Medicare에 비용을 청구하라고 요청하실 수 있습니다.

지원 또는 자세한 정보 얻기

이러한 변경에 대해 궁금한 점이 있으시면, 가정 방문 의료 기관 또는 가정 방문 의료 서비스를 지시한 의사/의료제공자에게 문의하십시오. 위에 나열된 품목/서비스를 받고 Medicare에 비용 청구서를 제출한 경우가 아니라면 해당 품목/서비스 지불에 대해 Medicare에 이의를 제기하실 수 없습니다.

선택적 세부 정보:

본 고지의 내용을 이해한다는 표시로 아래 서명해 주십시오

서명을 한 고지서를 가정 방문 의료 기관에 직접 전달하거나 위의 주소로 우편을 통해 보내 주십시오.

- ☐ 권한이 있는 대리인으로 서명하는 경우 여기에 체크하고, 이름을 알아볼 수 있게 적거나 알아볼 수 없는 경우 정자체로 적어주십시오.

환자 또는 권한이 있는 대리인 서명	날짜

귀하는 큰 활자체, 점자, 오디오 등 이용 가능한 형식으로 마켓플레이스의 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 느끼는 경우 민원을 제기할 권리가 있습니다. 추가 정보에 대해서는, [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.

PRA 공개 선언

1995년 종이 문서 작업 절감법에 따라, 유효한 OMB 컨트롤 번호가 없는 한 정보 수집에 응할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1196입니다. 본 정보 수집의 용도는 가정 방문 의료 기관이 가정 방문 의료 서비스를 받는 Original Medicare 이용자에게 의료 서비스 플랜 변경을 알리기 위한 것입니다. 이 정보 수집에 필요한 시간은 지침 검토, 기존 자료원 검색, 필요한 자료 수집, 그리고 정보 수집 검토 및 완료에 따른 시간을 포함하여, 응답 당 평균 4분 이하로 예상됩니다. 본 정보 수집은 42 U.S.C. 1395(bbb) 및 42 CFR 484.10(c)에 따른 의무사항입니다. 예상 소요 시간의 정확성에 대해 우려사항이 있거나 본 양식의 개선을 위한 제안 의견이 있다면, 다음으로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.