



# 메디케어(Medicare) 요약 고지문

## 파트 A (병원보험)

메디케어 메디케어 서비스 센터에서 보내드리는 귀하의 메디케어 보험청구의 공식 요약서

JOHN DOE  
임시 주소 이름  
도로명 주소  
도시명, 주 12345-6789

이 서신은 청구서가 아닙니다

### John Doe 를 위한 고지문

Medicare 번호	XXXXX1234
고지일	2019 년 9 월 15 일
보험청구 처리 기간	2019. 6. 15 - 2019. 9. 15

### 이 기간 동안의 보험청구 및 비용

메디케어가 모든 서비스를 승인했습니까? 네  
이 고지문을 다시 한번 확인하는 방법에 대해서는  
2 페이지를 참조하십시오.

청구 받을 수 있는 총액 **\$2,062.50**

### 귀하의 본인공제금 상태

본인공제금은 메디케어가 지급을 시작하기 전에 대부분의 건강관리 서비스에 대해 각 보험급여 기간에 대해 가입자가 지불해야 하는 부분입니다.

**파트 A 본인인제금:** 현재, 2019 년 5 월 27 일 시작되는 보험급여 기간의 **입원환자 병원** 서비스에 대해 **\$1,184.00** 의 본인공제금에 도달하셨습니다.

### 이 기간 동안의 보험청구를 한 시설

2019. 6. 18 - 6. 21  
**오테로 병원(Otero Hospital)**

### 알려드립니다!

새 메디케어 요약 고지문을 안내드립니다! 이 고지문은 명확한 표현과 큰 활자체로 되어 있으며, 가입자 개인의 보험청구와 본인공제금 요약이 담겨 있습니다. 이 개선된 고지문에서, 질문에 도움을 받는 방법, 부정행위를 신고하는 방법, 이의신청을 제기하는 방법 등에 대해 더욱 이해하기 쉽게 설명드립니다. 또한 메디케어에 대해 중요한 정보도 들어 있습니다!

## 메디케어를 최대한 활용하기

### 🔍 이 고지문을 확인하는 방법

각 시설의 이름을 알아보시겠습니까?  
일자들을 확인하십시오

보험청구를 기재하셨습니다? 영수증과  
청구서에 기재된 내용들이 일치합니까?

이미 청구서에 대해 지급하셨다면, **바른  
금액을 지급하셨습니다**? 청구 받을 수 있는  
최대 금액을 확인하십시오. 보험청구가  
메디케어 보충보험(메디갭) 플랜 또는 다른  
보험사에 전달되었는지 확인하십시오.  
그러한 플랜에서 본인 부담금을 지급할 수  
있습니다.

### 🗨️ 부정행위 신고 방법

시설이나 사업체가 부정행위에 연루되어 있다고  
생각되실 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-  
4227)로 연락하십시오.

부정행위의 몇 가지 예로서, 무료 의료서비스를  
제안한다든가, 받지도 않은 메디케어 서비스에  
대해 청구서를 보낸다든가 하는 것이 있습니다.  
제보를 주신 내용이 부정행위를 밝혀내는 데  
도움이 되었다고 판단되면, 보상을 받으실 수  
있습니다.

**우리 자신이 변화를 가져올 수 있습니다!** 지난 해,  
메디케어는 의심스러운 활동을 메디케어에  
신고해주신 분들 덕분에 한 해 동안 사상 최대  
액수인 **42억 달러**를 회수하여 절약하는 효과를  
거두었습니다.

### 🗨️ 질문이 있으실 때 도움을 받는 방법

#### 1-800-Medicare (1-800-633-42270)

“병원 서비스” 를 요청하세요. 고객 서비스  
코드는 05535 입니다.

#### TTY 1-877-486-2048 (청각장애인용)

주 건강보험프로그램(Health Insurance Program,  
SHIP)에 연락하여 건강보험 상담을 무료로 받을  
수 있습니다. 1-555-555-5555 로 연락하여 전화로  
문의.

### 📅 보험급여 기간

병원 및 전문요양시설(SNF) 체류는  
**보험급여일수 및 보험급여기간**으로  
계산됩니다. 병원이나 SNF 에 있었던 시간은  
해당 보험급여 기간의 일수에 포함됩니다.  
보험급여 기간은 입원환자 병원서비스 또는  
특정 상황에서 SNF 서비스를 처음 받는 날부터  
시작되며, 병원에서 입원 치료 또는 SNF 에서  
입원환자 전문치료를 60 일 동안 연속으로 받지  
않을 경우 종료됩니다.

**입원환자 병원:** 2019 년 5 월 27 일에 시작된  
보험급여기간 동안 **90 일의 보험급여 보장기간 중  
56 일**이 남아 있습니다.

**전문요양시설:** 2019 년 5 월 27 일에 시작된  
보험급여기간 동안 **100 일의 보험급여  
보장기간 중 63 일**이 남아 있습니다.

보험급여 기간에 대하여 더 자세한 사항은  
“Medicare 와 가입자” 안내서를  
참조하십시오.

### 📄 Medicare 에서 드리는 안내

**폐렴구균주사를 맞으세요.** 일생에 단 한번의  
접종만 받으시면 될 수 있습니다. 이 주사를  
맞으려면 귀하의 건강관리 서비스 제공자에게  
문의하십시오. 건강관리 서비스 제공자가  
메디케어 지정을 수락하면, 어떤 비용도 내실  
필요가 없습니다.

**주소 변경을 알리시려면,** 사회보장국(소셜  
시큐리티)에 1-800-772-1213 으로  
연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778 을  
이용하십시오.

**조기 발견이 최선의 방법입니다.** 오늘 유방  
조영술 예약을 하시고, 메디케어가 유방조영상  
검사 비용을 지원해 드린다는 것을 기억하세요.

#### 귀하의 보험청구를 즉시 보고 싶습니까?

메디케어가 청구를 처리한 후 보통 24 시간  
이내에 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 에서 오리지널  
메디케어(Original Medicare) 보험청구에  
접속하십시오. “블루 버튼(Blue Button)” 기능을  
이용하여 개인건강기록을 알아보실 수 있습니다.

# 파트 A(병원보험)에 대한 입원환자 보험청구

파트 A 입원환자 병원보험은 입원환자 병원치료, 병원 입원 후 전문요양시설에서의 입원환자 병원치료, 가정건강관리 및 호스피스 치료 등의 비용 지급을 도와 드립니다.

## 각 항목의 정의

**사용된 보험급여 일수:** 각 병원 또는 전문요양시설 체류기간 동안 사용된 보장급여 일수. (자세한 내용과 보험급여 기간에 대한 요약은 2 페이지를 참조하십시오.)

**보험청구가 승인되었습니까?:** 이 항목에서는 메디케어 가 입원비용을 부담했는지 여부를 알려 드립니다.

**보장되지 않는 비용:** 이것은 메디케어가 지불하지 않은 금액입니다.

**Medicare 가 지급한 금액:** 이것은 메디케어가 입원시설에 지급한 금액입니다.

**가입자가 청구받을 수 있는 최대 금액:** 파트 A 서비스에 대해 청구될 수 있는 금액에는 본인공제금, 급여일수에 따른 공동보험 부담금(coinsurance) 및 기타 비용이 포함될 수 있습니다.

메디케어 파트 A 보험에 대한 자세한 내용은 “메디케어와 가입자” 안내서를 참조하십시오.

**2019. 6. 18 – 6. 21**

**Otero 병원, (555) 555-1234**

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Jesus Sarmiento Forasti 에 의해 의뢰

	사용된 보험급여 일수	보험청구가 승인되었습니까?	보장되지 않는 비용	Medicare 가 지급한 금액	가입자가 청구받을 수 있는 최대 금액	아래 메모 참조
2019 년 5 월 27 일부터 시작되는 보험급여 기간	4 일	예	\$0.00	\$4,886.98	<b>\$0.00</b>	
보험청구(Claim) #20905400034102 에 대한 총액			\$0.00	\$4,886.98	<b>\$0.00</b>	<b>A,B</b>

## 위 보험청구에 대한 메모

**A** 이 보험급여 기간에 대한 총 입원환자 병원급여에서 공제되는 일수. 2 페이지의 “보험급여 기간” 섹션에 자세한 내용이 있습니다.

**B** 전문요양시설 공동보험 부담금에 \$2,062.50 이 적용되었음.

# 거절 당한 보험청구를 취급하거나 이의를 제기하는 방법

## 추가 정보

보험청구가 거절된 경우, 병원 또는 시설에 전화 또는 서면으로 연락하여 보험청구에 대한 항목별 명세서를 요청하십시오. 병원이나 시설에서 정확한 정보를 제출했는지 확인하십시오. 그렇게 하지 않았다면, 병원이나 시설에 연락하여, 보험처리 사무소(claim office)에 연락하여 오류를 수정하라고 알려하십시오. 서비스 또는 보험청구에 대한 항목별 명세서를 시설에 요청할 수 있습니다.

결정을 내리는 데 근거가 된 법 또는 방침을 포함하여 이 고지문의 보장내용 또는 지급 결정에 관한 자세한 내용은 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오.

**이 고지문에서의 보장여부 결정, 지급 내용 결정, 또는 지급액에 동의하지 않을 경우 이의제기를 할 수 있습니다.**

이의제기는 서면으로 신청해야 합니다. 양식의 오른쪽을 이용합니다. 이 고지문을 받은 날로부터 120 일 이내에 보험처리 사무소(claims office)에 이의제기를 접수해야 합니다.

다음 날짜까지 이의제기를 접수해야 합니다.

**2020 년 1 월 21 일**

## 이의신청 제기에 도움이 필요하실 경우

**연락방법:** 이의신청서를 제출하기 전에 1-800-MEDICARE 또는 주 건강보험 프로그램(2 페이지 참조)에 전화하여 대리인 임명에 관한 것 등 도움을 요청하십시오.

**시설에 연락:** 도움이 될 수 있는 어떤 정보든 시설에 문의하십시오.

**친구에게 도움을 청하십시오.** 가족이나 친구와 같은 사람을 이의제기 절차의 대리인으로 지정할 수 있습니다.

## 이의신청에 대해 자세히 알아보십시오.

이의신청에 대한 자세한 정보는 “메디케어와 가입자” 안내서를 읽거나 웹사이트 [www.medicare.gov/appeals](http://www.medicare.gov/appeals) 를 참조하십시오.

## 이의신청서 제출

다음 단계를 따르십시오.

- 1 이 고지문에서 동의하지 않는 서비스(들) 또는 보험청구(들)에 동그라미를 합니다.
- 2 결정에 동의하지 않는 이유를 서면으로 설명합니다. 이 고지문에 설명을 포함시키거나, 더 많은 공간이 필요한 경우 별도의 페이지를 첨부하십시오.
- 3 다음 사항을 모두 적습니다.  
가입자 또는 가입자 대리인의 성명(정자체)

가입자 전화번호

가입자의 메디케어 번호

- 4 이의제기와 관련하여 가지고 있는 기타 정보가 있으면 포함시키십시오. 도움이 될 수 있는 다른 정보를 시설에 요청하실 수 있습니다.
- 5 발송하는 모든 문서에 자신의 메디케어 번호를 기재하십시오.
- 6 이 고지문 및 모든 입증 서류를 기록용으로 복사해 두십시오.
- 7 이 고지문 및 모든 입증 서류를 다음 주소로 우편으로 보내십시오.

**Medicare Claims Office**  
**c/o Contractor Name**  
도로명 주소  
도시명, 주 12345-6789