

# اطلاعیه شرح بیمه صحی Medicare

## راجع به بخش ب ( بیمه صحی )



شرح رسمی پرداخت مصارف خدمات صحی از طرف مرکز خدمات صحی بیمه Medicare و Medicaid

جان دو

TEMPORARY ADDRESS NAME

STREET ADDRESS

CITY, ST 12345-6789

### لیست هذه بفاتورة

#### مطالبات و هزینه‌های شما در این دوره

آیا Medicare همه خدمات را تایید می‌کند؟	خیر
تعداد خدماتی که Medicare رد کرده است؟	1
به مطالبات مندرج در صفحه 3 مراجعه کنید. عبارت خیر را در ستون «سرویس تایید شد» جستجو کنید. روش رسیدگی به مطالبه رد شده در صفحه آخر شرح داده شده است.	

مبلغ کل احتمالی صورتحساب شما \$90.15

#### ارائه‌دهندگان دارای مطالبه در این دوره

21 ژانویه 2019

دکتر کرگ سکوزان (Craig I. Secosan)

#### قابل توجه جان دو (John Doe)

شماره Medicare A23BC4DE561

تاریخ این اطلاعیه 1 مارس 2019

مطالبات رسیدگی شده 1 ژانویه -

در بازه 1 مارس 2019

#### وضعیت فرانشیز شما

فرانشیز به مبلغی گفته می‌شود که باید بابت بیشتر خدمات درمانی بپردازید تا Medicare بتواند برای پرداخت هزینه‌ها اقدام کند.

فرانشیز قسمت B: اکنون \$85.00 از فرانشیز \$147.00

مربوط به 2019 را برآورده کرده‌اید.

#### آگاه باشید!

به اطلاعیه خلاصه Medicare خوش آمدید! این سند دارای زبان ساده و چاپ درشت و حاوی خلاصه‌ای شخصی از مطالبات و مبالغ فرانشیز شماست. این اطلاعیه اصلاح شده روش دریافت پاسخ پرسش‌ها، اعلام موارد تخلف یا اعتراض را بهتر شرح می‌دهد. همچنین حاوی اطلاعات مهمی درباره Medicare است!

## استفاده بهینه از خدمات Medicare

### 📌 خدمات پیشگیری Medicare

Medicare بسیاری از آزمایش‌ها و غربالگری‌های رایگان یا کم‌هزینه را برای حفظ سلامت شما پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات پیشگیری:

- با پزشک خود مشورت کنید.
- فهرست کامل در «کتابچه Medicare و شما» ارائه شده است.
- برای مشاهده فهرست سفارشی به [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov) مراجعه کنید.

### 📌 رسائلك من پیام Medicare به شما

واکسن سینه‌پهلو دریافت کنید. ممکن است فقط یک بار در زندگی به آن نیاز پیدا کنید. برای دریافت این واکسن با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود تماس بگیرید. اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی ارجاع Medicare را بپذیرد، هزینه‌ای به شما تحمیل نمی‌شود.

برای اعلام تغییر نشانی، با شماره 1-800-772-1213 یا «تامین اجتماعی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره زیر تماس بگیرند 1-800-325-0778.

تشخیص زودهنگام بهترین نوع محافظت است. همین امروز برای ماموگرافی نوبت بگیرید و فراموش نکنید که Medicare به تامین هزینه ماموگرافی غربالگری کمک می‌کند.

می‌خواهید مطالبات خود را فوری ببینید؟ مطالبات Original Medicare را می‌توانید در [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov) ببینید. مطالبات معمولاً ظرف 24 ساعت پس از رسیدگی Medicare به آنها در دسترس شما قرار می‌گیرد. برای نگهداری اسناد پزشکی شخصی می‌توانید از قابلیت «دکمه آبی» (Blue Button) استفاده کنید.

### 🔍 روش بازبینی این اطلاعیه

آیا نام تکتک پزشکان یا ارائه‌دهندگان را می‌دانید؟ تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا برای آن روز نوبت نوبت گرفته بودید؟

آیا خدمات فهرست شده را دریافت کرده‌اید؟ آیا با موارد مندرج در رسیده‌ها و صورت حساب‌های شما مطابقت دارند؟

اگر قبلاً صورت حساب را پرداخته‌اید، آیا مبلغ درست را پرداخته‌اید؟ بیشینه مبلغی را که ممکن است به حساب شما منظور شود، بررسی کنید. ارسال مطالبه به پلان بیمه تکمیلی (Medigap) یا بیمه‌کننده دیگر را بررسی کنید. آن پلان ممکن است سهم شما را بپردازد.

### 📌 روش اعلام موارد تخلف

اگر فکر می‌کنید که ارائه‌دهنده یا شرکت خاصی مرتکب تخلف شده است، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با ما تماس بگیرید.

از مصادیق تخلف می‌توان به پیشنهاد ارائه خدمات پزشکی رایگان یا صدور صورت حساب بابت خدمات Medicare ارائه نشده، اشاره کرد. اگر تشخیص دهیم که راهنمایی شما باعث کشف تخلف شده است، ممکن است به شما پاداش بدهیم.

می‌توانید تاثیرگذار باشید! سال گذشته، Medicare به کمک افرادی که فعالیت‌های مشکوک را به Medicare گزارش کرده بودند، مانع اتلاف \$4.2 میلیارد از وجوه مالیات-پردازان شد. این مبلغ بیشترین رقمی است که تا کنون در یک سال بازبایی شده است.

### 📌 روش دریافت پاسخ پرسش‌ها

1-800-Medicare (1-800-633-4227) خواستار «خدمات بیمارستانی» شوید. کد سرویس مشتری شما 05535 است.

1-877-486-2048 (برای افراد دچار اختلال شنوایی)

محلی با «برنامه بیمه درمانی ایالتی» (SHIP) خود تماس بگیرید. با شماره 1-555-555-5555 تماس بگیرید.

## مطالبات بستری برای قسمت B (بیمه پزشکی)

ارائه‌دهنده شما توافق کرده است که این مبلغ را به عنوان هزینه کامل خدمات تحت پوشش بپذیرد. Medicare معمولاً 80% مبلغ تأیید شده Medicare را می‌پردازد.

**مبلغ پرداختی Medicare:** این مبلغی است که Medicare به ارائه‌دهنده شما می‌پردازد. این مبلغ معمولاً 80% مبلغ تأیید شده Medicare است.

**حداکثر مبلغی که ممکن است به حساب شما منظور شود:** این کل مبلغی است که ارائه‌دهنده می‌تواند از شما مطالبه کند، و ممکن است شامل فرانشیز، سهم بیمه و دیگر هزینه‌های بدون پوشش باشد. اگر «بیمه مکمل Medicare» (بیمه‌نامه Medigap) یا بیمه‌نامه دیگری دارید، ممکن است آنها بخشی از این مبلغ یا همه آن را پوشش بدهند.

«بیمه پزشکی قسمت B» به پرداخت هزینه خدمات پزشکان، آزمایش‌های تشخیصی، خدمات آمبولانس و دیگر خدمات درمانی کمک می‌کند.

### تعاریف ستون‌ها

**سرویس تأیید شد؟:** این ستون به شما می‌گوید که آیا Medicare این سرویس را پوشش داده است یا خیر.

**مبلغ مطالبه شده از طرف ارائه‌دهنده:** این کارمزد ارائه‌دهنده بابت ارائه این خدمت است.

**مبلغ تأیید شده Medicare:** این مبلغی است که ممکن است بابت ارائه خدمت Medicare به ارائه‌دهنده پرداخت شود.

ممکن است این مبلغ کمتر از مقدار واقعی هزینه‌ای باشد که ارائه‌دهنده مطالبه می‌کند.

**21 ژانویه 2019**

دکتر کرگ سکوزان، (555) 555-1234،

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Looking Glass Eye Center PA, 1888 Medical Park Dr, Suite C, Brevard, NC 28712-4187

به نکات زیر توجه کنید	حداکثر مبلغی که ممکن است به حساب شما منظور شود	مبلغ پرداختی Medicare	مبلغ تأیید شده Medicare	مبلغ مطالبه شده از طرف ارائه‌دهنده	سرویس تأیید شد؟	ر خدمت ارائه شده و کد صورتحساب
	<b>\$21.59</b>	\$86.38	\$107.97	\$143.00	بله	معاینه چشم و معاینات تشخیصی و درمانی، بیمار ثبت شده، 1 یا چند نوبت مراجعه (92014)
<b>A</b>	<b>68.56</b>	0.00	0.00	68.56	خیر	مشکل رشد پوست (17000)
<b>B</b>	<b>\$90.15</b>	\$86.38	\$107.97	\$211.56		مبلغ کل مربوط به مطالبه شماره <b>02-10195-592-390</b>

### نکات مربوط به مطالبه بالا

**A** این سرویس رد شده است. اطلاعات ارائه شده لزوم دریافت این سرویس یا وسیله را تأیید نمی‌کند.

**B** مطالبه شما به «بیمه مکمل Medicare» (بیمه‌نامه Medigap)، در Wellmark BlueCross BlueShield کارولینای شمالی فرستاده شد. پرسش‌های مربوط به مزایای خود را با آنها در میان بگذارید.

# روش رسیدگی به مطالبات رد شده یا اعتراض

## دریافت اطلاعات بیشتر

اگر مطالبه رد شود، باید تلفنی یا کتبی با بیمارستان یا مرکز مرتبط تماس بگیرید و خواستار صورت حساب تفکیکی مطالبه شوید. از درستی اطلاعات دریافتی مطمئن شوید. اگر به درخواست شما پاسخ ندادند، از آنها بخواهید که با دفتر رسیدگی به مطالبات ما تماس بگیرند تا مشکل برطرف شود. می‌توانید صورت حساب تفکیکی تک تک خدمات یا مطالبات را از مرکز مرتبط درخواست کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش یا تصمیم پرداخت مندرج در این اطلاعیه، شامل قوانین یا سیاست‌های مبنای تصمیم‌گیری، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

## در صورت مخالف بودن با رای پوشش، رای پرداخت یا مبلغ پرداخت مندرج در این اطلاعیه، می‌توانید اعتراض کنید

اعتراض باید کتبی تسلیم شود. از فرم سمت راست استفاده کنید. اعتراض باید ظرف 120 روز از تاریخ دریافت این اطلاعیه به دفتر رسیدگی به مطالبات برسد.

اعتراض شما باید تا تاریخ زیر به دست ما برسد:

13 جولای 2020

## اگر در زمینه اعتراض به راهنمایی نیاز داشتید

تماس با ما: برای دریافت راهنمایی در زمینه طرح اعتراض کتبی، شامل تعیین نماینده، با 1-800-MEDICARE یا «برنامه بیمه درمانی ایالتی» (صفحه 2) تماس بگیرید.

با مرکز خود تماس بگیرید: اطلاعاتی را که ممکن است سودمند واقع شود، از مرکز خود بپرسید.

از دوستان‌تان کمک بخواهید: می‌توانید یکی از دوستان یا بستگان‌تان را به عنوان نماینده خود در فرآیند رسیدگی به اعتراض معرفی کنید.

## اطلاعات بیشتر درباره اعتراض

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اعتراض، به «کتابچه Medicare و شما» یا نشانی [www.medicare.gov/appeals](http://www.medicare.gov/appeals) مراجعه کنید.

## ارائه اعتراض کتبی

این مراحل را طی کنید:

- 1 دور خدمت (خدمات) یا مطالبه (مطالبات) مندرج در این اطلاعیه که به آنها اعتراض دارید، خط بکشید.
- 2 دلیل مخالفت خود با تصمیم گرفته شده را کتباً توضیح دهید. توضیحات خود را در این اطلاعیه درج کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز داشتید، برگه دیگری را به این اطلاعیه پیوست کنید.
- 3 همه اطلاعات زیر را وارد کنید:  
نام کامل خودتان یا نماینده‌تان (با حروف بزرگ غیرشکسته)

شماره تلفن خودتان

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره کامل Medicare خودتان

- 4 اطلاعات دیگری را که به اعتراض خود مربوط می‌دانید، درج کنید. اطلاعاتی را که ممکن است سودمند واقع شود، از مرکز مرتبط بپرسید.

- 5 شماره Medicare خود را روی همه اسنادی که می‌فرستید، بنویسید.

- 6 از این اطلاعیه و همه اسناد مرتبط رونوشت تهیه کنید و نزد خود نگه دارید.

- 7 این اطلاعیه و اسناد مرتبط را به نشانی زیر بفرستید:

**Medicare Claims Office**  
**c/o Contractor Name**  
**Street Address**  
**City, ST 12345-6789**