Medicare-ի ամփոփ ծանուցում

«A» մասի վերաբերյալ (Բժշկական ապահովագրություն)

Medicare և Medicaid ծառայությունների հարցերով կենտրոններից ստացված՝ Ձեր Medicare-ի ապահովագրական պահանջագրերի պաշտոնական ամփոփագիրը

ԱՆՈՒՆԸ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵՆ
ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱՆԳԸ 12345-6789

ՍԱ ՎՃԱՐՄԱՆ ՊԱՀԱՆՋԱԳԻՐ ՉԷ

Medicare-ի համարը
Այս ծանուցման համարը
Հետևյալ ժամանակահատված

Չհատուցվող գումարի առումով Ձեր կարգավիճակը

Ձեր չհատուցվող գումարը այն գումարն է, որը Դուք պետք է վճարեք բազմաթիվ առողջապահական ծառայությունների համար արտոնությունների յուրաքանչյուր ժամանակահատվածում՝ նախքան Medicare-ը կսկսի վճարել:

Չհատուցվող գումարը «A» մասի համար.

Եղե՛ք տեղեկացված:

Ժամանակն է, որպեսզի Դուք ստանաք գրիպի դեմ պատվաստում: 65 և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար գրիպից առաջացող լուրջ բարդությունները մեծ վտանգ են ներկայացնում: Medicare ծրագիրը հատուցում է գրիպի դեմ պատվաստման համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում, եթե Ձեզ ծառայություններ մատուցող մասնագետն ընդունում է Medicare:

Ձեր ապահովագրական պահանջագրերը և ծախսերը նշված ժամանակահատվածում

Արդյո՞ք Medicare-ը հաստատել է Ձեր

Տե՛ս էջ 2-ը՝ այս ծանուցումը վերստուգելու եղանակը պարզելու համար:

Ձեզնից պահանջվող վճարման ենթակա

Այս ժամանակահատվածում ապահովագրական պահանջագրեր ստացած հաստատությունները

Ինչպես հնարավորինս մեծ օգուտ քաղել Medicare ծրագրից

Ինչպես ստուգել այս ծանուցումը:

Ձեզ ծանո՞թ են բոլոր հաստատությունների անվանումները:
Ստուգե՛ք ամսաթվերը:

Դուք հաստատում ստացե՞լ եք թվարկված պահանջագրերի համար: Արդյո՞ք դրանք համապատասխանում են Ձեր կտրոնների և վճարման պահանջագրերի վրա նշվածներին:

Եթե Դուք արդեն վճարել եք վճարման պահանջագիրը, արդյո՞ք Դուք վճարել եք ճիշտ գումարը: Ստուգեք, թե որքան կարող է լինել Ձեզնից պահանջվող վճարվելիք առավելագույն գումարը: Պարզե՛ք, թե ապահովագրական պահանջագիրն ուղարկվել է արդյո՞ք Medicare-ի լրացուցիչ ապահովագրության (Medigap) Ձեր պլան կամ մեկ այլ ապահովագրողի: Այդ պլանով կարող է հատուցվել Ձեր բաժնեմասը:

Ինչպես հաղորդել խարդախության մասին

Եթե Դուք կարծում եք, որ որևէ հաստատություն կամ ընկերություն ներգրավված է խարդախ գործունեության մեջ, զանգահարե՛ք մեզ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

Խարդախության օրինակներ են՝ անվճար բժշկական ծառայությունների առաջարկներ կամ Ձեզ չմատուցված Medicare-ի ծառայությունների համար վճարում պահանջելը: Եթե մենք պարզենք, որ Ձեր հաղորդման շնորհիվ խարդախություն է բացահայտվել, Դուք կարող եք պարգևատրվել:

Փոփոխությունը կարող է սկսվել Ձեզնից: Միշտ վերանայե՛ք Ձեր Medicare-ի ամփոփ ծանուցումը Ձեզ տրամադրված պարագաների կամ մատուցված ծառայությունների մասին ճիշտ տեղեկություններ ունենալու համար:

Ինչպես օգնություն ստանալ Ձեզ հուզող հարցերի վերաբերյալ

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Դիմե՛ք «հիվանդանոցային ծառայությունների» համար: Հաճախորդների սպասարկման Ձեր կոդն է 05535:

TTY 1-877-486-2048 (լսողական խանգարումներ ունեցողների համար)

Կապ հաստատեք Առողջության ապահովագրության Ձեր նահանգային ծրագրի (SHIP) ներկայացուցիչների հետ՝ առողջության ապահովագրության վերաբերյալ անվճար և տեղում խորհրդատվություն ստանալու համար:

Ձեր արտոնությունների ժամանակահատվածները

Հիվանդանոցում և որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում (SNF) մնալը հաշվարկվում է **արտոնությունների օրերով** և **արտոնությունների ժամանակահատվածներով:** Հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում անցկացրած Ձեր յուրաքանչյուր օրվա հաշվարկը կատարվում է արտոնությունների ժամանակահատվածում առկա արտոնությունների օրերից: Արտոնությունների ժամանակահատվածը մեկնարկում է Ձեր կողմից ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ կամ, որոշ հանգամանքներում, որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում ծառայություններ ստանալու առաջին օրվանից և ավարտվում է այն ժամանակ, երբ Դուք 60 օր շարունակ չեք ստացել ստացիոնար խնամք հիվանդանոցում կամ ստացիոնար մասնագիտական ծառայություններ որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում:

Ստացիոնար հիվանդանոց.

Որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկ.

Տե՛ս «Medicare-ը և Դուք» Ձեր ձեռնարկը՝ արտոնությունների ժամանակահատվածների վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկություններ ձեռք բերելու համար:

Ձեր հաղորդագրությունները Medicare-ից

Ստացե՛ք պնևմակոկային վարակի դեմ պատվաստում: Ձեր ամբողջ կյանքի ընթացքում Դուք կարող եք ունենալ դրա կարիքը միայն մեկ անգամ: Կապ հաստատե՛ք Ձեզ առողջապահական ծառայություններ մատուցող մասնագետի հետ այս պատվաստումը ստանալու համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում, եթե Ձեզ առողջապահական ծառայություններ մատուցող մասնագետն ընդունում է Medicare-ի հանձնարարականը:

Հասցեի փոփոխության մասին տեղեկացնելու համար զանգահարեք Սոցիալական ապահովության ծառայություն 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-325-0778 հեռախոսահամարով:

Վաղ հայտնաբերումը Ձեր լավագույն պաշտպանությունն է: Պլանավորեք Ձեր մամոգրաֆիկ հետազոտությունն այսօր և հիշեք՝ Medicare-ն օգնում է վճարել սկրինինգ տեսակի մամոգրաֆիկ հետազոտության համար:

Եթե Դուք զանգահարում եք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, խնդրում ենք ձեռքի տակ ունենալ Medicare-ի Ձեր ամբողջական համարը, որպեսզի հնարավոր լինի գտնել Ձեր տվյալները: Ձեր տվյալների գաղտնիությունն ապահովելու համար Ձեր ամբողջական համարն այս Medicare-ի ամփոփ ծանուցման մեջ չի ներառվել:

Ձեր ստացիոնար ծառայությունների պահանջագրերը «A» մասի համար (Հիվանդանոցային ապահովագրություն)

«A» մասի ստացիոնար հիվանդանոցային ապահովագրությունն օգնում է վճարել ստացիոնար հիվանդանոցային խնամքի, հիվանդանոցային խնամքին հաջորդող որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում ստացիոնար խնամքի, տնային պայմաններում բժշկական խնամքի և ծանր անբուժելի հիվանդների մասնագիտացված խնամքի համար:

Սյունակների սահմանումները

Սպառված արտոնությունների օրերը. Հիվանդանոցում և (կամ) որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում յուրաքանչյուր անգամ մնալու ընթացքում Ձեր կողմից սպառված՝ հատուցված՝ արտոնությունների օրերի թիվը: (Տե՛ս 2-րդ էջը՝ առավել մանրամասն տեղեկությունների և Ձեր արտոնությունների ժամանակահատվածների ամփոփման համար):

Արդյո՞ք ապահովագրական պահանջագիրը հաստատվել է. Այս սյունակը տեղեկացնում է Ձեզ, թե Medicare-ը հատուցել է ստացիոնար ծառայությունների համար:

Չհատուցվող ծախսերը. Սա այն գումարն է, որ Medicare-ը չի վճարում:

Medicare-ի կողմից վճարված գումարը. Սա այն գումարն է, որ Medicare-ը վճարել է Ձեզ ստացիոնար ծառայություններ մատուցած հաստատությանը:

Ձեր կողմից վճարման ենթակա առավելագույն գումարը. «A» մասով մատուցվող ծառայությունների համար Ձեր կողմից վճարման ենթակա գումարը կարող է ներառել չհատուցվող գումար, համաապահովագրություն՝ Ձեր սպառած արտոնությունների օրերի հիման վրա և այլ գանձումներ:

Medicare-ի «A» մասի ապահովագրական ծածկույթի մասին առավել մանրամասն տեղեկություններ ձեռք բերելու համար տե՛ս «Medicare-ը և Դուք» Ձեր ձեռնարկը:

	Սպառված արտոնությունների օրերը	Արդյո՞ք ապահովագրական պահանջագիրը հաստատվել է	Չհատուցվող ծախսերը	Medicare-ի կողմից վճարված գումարը	Ձեր կողմից վճարման ենթակա առավելագույն գումարը	Տե՛ս ստորև նշված ծանոթագրությունները
Ընդամենը թիվ # ապահովագրական պահանջագրի համար						

	Սպառված արտոնությունների օրերը	Արդյո՞ք ապահովագրական պահանջագիրը հաստատվել է	Չհատուցվող ծախսերը	Medicare-ի կողմից վճարված գումարը	Ձեր կողմից վճարման ենթակա առավելագույն գումարը	Տե՛ս ստորև նշված ծանոթագրությունները
Ընդամենը թիվ # ապահովագրական պահանջագրի համար						

Ինչպես վարվել մերժված ապահովագրական պահանջագրերի դեպքում կամ բողոք ներկայացնել

Ստացե՛ք առավել մանրամասն տեղեկություններ

Եթե ապահովագրական պահանջագիրը մերժվել է, զանգահարեք հիվանդանոց կամ հաստատություն կամ գրեք նրանց և պահանջեք ցանկացած ապահովագրական պահանջագրի կետ առ կետ նշված հաշվետվությունը: Համոզվեք, որ նրանք ուղարկել են ճիշտ տեղեկություններ: Հակառակ դեպքում, խնդրեք այս հաստատությանը կապ հաստատել մեր ապահովագրական պահանջագրերի հարցերով գրասենյակի հետ սխալն ուղղելու համար: Դուք կարող եք հաստատությունից պահանջել կետ առ կետ նշված հաշվետվություն ցանկացած ծառայության կամ ապահովագրական պահանջագրի համար:

Զանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ այս ծանուցման մեջ նշված ապահովագրական ծածկույթի կամ վճարման վերաբերյալ որոշման, ինչպես նաև որոշումը կայացնելու համար կիրառված օրենքների կամ քաղաքականությունների մասին առավել մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե Դուք համաձայն չեք Ապահովագրական ծածկույթի մասին որոշման, Վճարման մասին որոշման կամ սույն Ծանուցման մեջ նշված վճարման գումարի հետ, ապա Դուք կարող եք բողոքարկել այն

Բողոքները պետք է ներկայացվեն գրավոր: Օգտագործե՛ք աջ կողմում գտնվող ձևը: Ապահովագրական պահանջագրերի հարցերով մեր գրասենյակը պետք է ստանա Ձեր բողոքը Ձեր կողմից այս ծանուցումը ստանալու ամսաթվից հետո 120 օրվա ընթացքում:

Մենք պետք է ստանանք Ձեր բողոքը մինչև՝

ԱՄՍԱԹԻՎԸ

Եթե Ձեզ օգնություն է անհրաժեշտ Ձեր բողոքը ներկայացնելու համար

Կապ հաստատեք մեզ հետ՝ Զանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով կամ Առողջության ապահովագրության Ձեր նահանգային ծրագրի ներկայացուցիչներին (տե՛ս էջ 2) օգնության համար՝ նախքան Ձեր գրավոր բողոքը ներկայացնելը, ինչպես նաև ներկայացուցիչ նշանակելու հարցի վերաբերյալ օգնություն ստանալու համար:

Ներկայացրե՛ք գրավոր բողոք

Հետևե՛ք հետևյալ քայլերին՝

1. Շրջանակի մեջ վերցրեք այս ծանուցման մեջ նշված այն ծառայությունը (ծառայությունները) կամ ապահովագրական պահանջագիրը (պահանջագրերը), որի
2. Գրավոր բացատրե՛ք, թե ինչու համաձայն չեք այդ որոշման հետ: Ներառե՛ք Ձեր բացատրությունն այս ծանուցման մեջ կամ, եթե Ձեզ ավելի մեծ տարածք է անհրաժեշտ, առանձին էջ կցեք այս ծանուցմանը:
3. Լրացրեք հետևյալ բոլոր տեղեկությունները՝

   Ձեր կամ Ձեր ներկայացուցչի ամբողջական անունը (տպատառ)

   Ձեր կամ Ձեր ներկայացուցչի ստորագրությունը

   Ձեր հեռախոսահամարը

   Ձեր Medicare-ի ամբողջական համարը

4. Ներառե՛ք ցանկացած այլ տեղեկություն, որ դուք ունեք Ձեր բողոքի մասին: Դուք Ձեր հաստատությունից կարող եք պահանջել ցանկացած տեղեկություն, որ կօգնի Ձեզ:
5. Գրե՛ք Ձեր Medicare-ի համարը այն բոլոր փաստաթղթերի վրա, որ Դուք ուղարկում եք:
6. Պահե՛ք այս ծանուցման և բոլոր օժանդակ փաստաթղթերի կրկնօրինակները Ձեր փաստաթղթերի արխիվում:
7. Փոստով ուղարկե՛ք այս ծանուցումը և բոլոր օժանդակ փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով՝

   Medicare Claims Office (Medicare-ի ապահովագրական պահանջագրերի հարցերով գրասենյակ)

Զանգահարե՛ք Ձեր հաստատություն՝ Պահանջե՛ք Ձեր հաստատությունից ցանկացած տեղեկություն, որ կարող է օգնել Ձեզ։

Օգնություն խնդրե՛ք Ձեր ընկերոջից՝ Դուք կարող եք որևէ մեկի, ինչպես օրինակ՝ Ձեր ընտանիքի անդամին կամ ընկերոջը նշանակել որպես Ձեր ներկայացուցիչ բողոքարկման գործընթացի ընթացքում:

Առավել մանրամասն տեղեկություններ ձեռք բերե՛ք բողոքարկման մասին

Բողոքարկման մասին առավել մանրամասն տեղեկությունների համար ընթերցե՛ք «Medicare-ը և Դուք» Ձեր ձեռնարկը կամ այցելե՛ք մեզ առցանց՝ www.medicare.gov/appeals: