



聯邦醫療保險摘要通知

A 部份（醫院保險）

來自聯邦醫療保險和州醫療補助服務中心關於您聯邦醫療保險索賠的官方摘要

姓名
地址街名
城市, 州 12345-6789

這不是一份賬單

Medicare 號碼

本通知的日期

處理索賠的期間

本期間您的索賠與費用

Medicare 是否批准了所有的索賠？

如何檢查本通知，請參閱第 2 頁。

您可能需要支付的總額

本期間索賠的機構

您先付額的狀態

您的先付額是您在每一個福利期，在 Medicare 開始支付之前，為大多數醫療服務所必須支付的金額。

A 部份先付額

請知悉！

該是您注射流感疫苗的時候了！年滿 65 歲及以上者患嚴重流感併發症的風險很高。Medicare 承保流感預防針。如果您的提供者接受 Medicare，您不須付費。

充分利用您的 Medicare

如何檢查本通知

您是否認識每個機構的名稱？
檢查日期。

您索賠的項目是否都已列出？他們是否和您收據和賬單上所列的相吻合？

如果您已經付了賬，您是否支付了正確的金額？檢查您可能需要支付的最高金額。查看索賠是否被發送到您的聯邦醫療保險補充保險（差額保險）計劃或其他保險公司。該計劃可能會支付您的份額。

如何舉報詐欺

如果您認為一個機構或公司參與詐欺行為，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 給我們。

一些詐欺的例子包括提供免費的醫療服務，或者要求您支付您並沒有得到的醫療服務。如果我們確定由於您的提示導致揭發詐欺，您可能有資格獲得獎金。

您可以有所作為！請務必檢查您的聯邦醫療保險摘要通知內有關您所接受的項目或服務的正確訊息。

如何對您的疑問取得幫助

請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。要求“醫院服務”。您的客戶服務代碼為 05535。

TTY 1-877-486-2048（聽力障礙者）

請聯繫您的州醫療保險計劃（SHIP），有關免費的本地醫療保險諮詢。

您的福利期

您在醫院和專業護理機構（SNF）的停留時間以福利日和福利期計算。您花在醫院或 SNF 的每一天計算成該福利期的福利日。福利期從您第一次接受住院服務當天開始，或在某些情況下，SNF 服務，並於您連續 60 天沒有在醫院接受任何住院治療或在 SNF 接受專業護理的時候結束。

住院：

專業護理機構：

更多關於福利期的訊息，請參閱“Medicare 與您”的手冊。

Medicare 給您的留言

該打肺炎球菌的預防針。您一輩子可能只需要打一次。關於打此預防針，請聯繫您的醫療保健提供者。如果您的醫療保健提供者接受 Medicare 指配，您不須付費。

申報地址更改，請撥打 1-800-772-1213 給 Social Security。聽障人士應致電 1-800-325-0778。

及早發現是您最好的保護。今天就安排您的乳房 X 光檢查，並記住 Medicare 幫助支付乳房 X 光檢查。

如果您致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，請您手頭上有您完整的 Medicare 號碼，以便找到您的記錄。本 MSN 並不包括您的全部號碼，以保障您的隱私權。

您的 A 部份住院索賠（醫院保險）

A 部份住院保險有助於支付在醫院住院治療，住院治療之後在專業護理機構住院治療，家庭保健護理以及臨終關懷。

欄目的定義

已使用的福利日：您每次在醫院和/或專業護理機構住院期間所使用承保的福利日的天數。（有關您福利期的詳細信息和摘要，請參閱第 2 頁）。

索賠已核准？：本欄目告訴您 Medicare 是否承保住院治療。

非承保的收費：這是 Medicare 沒有支付的金額。

Medicare 已付金額：這是 Medicare 已支付您的住院機構的金額。

您可能需要支付的最高金額：您可能需要支付 A 部份服務的金額，可包括基於您已使用的福利日的先付額，共同保險，以及其他費用。

有關 Medicare A 部份所承保的詳細訊息，請參閱“Medicare 與您”的手冊。

已使用的福利日	索賠已核准？	非承保的收費	Medicare 已付金額	您可能需要支付的最高金額	參閱以下備注
索賠 # 的總數					

已使用的福利日	索賠已核准？	非承保的收費	Medicare 已付金額	您可能需要支付的最高金額	參閱以下備注
索賠 # 的總數					

如何處理被拒絕的索賠或提出申訴

取得更多詳情

如果索賠被拒絕了，打電話或寫信給醫院或機構，並要求對任何索賠的逐項明細賬單。確保他們發送正確的訊息。如果他們沒有辦到，要求該機構與我們的索賠辦公室聯繫，以糾正錯誤。您可以要求該機構任何關於服務或索賠的逐項明細賬單。

請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，以了解更多有關本通知內所承保的項目或付款的決定，包括用來做決策的法律或政策的訊息。

如果您不同意本通知中的承保決定，付款決定，或付款金額，您可以提出申訴

申訴必須以書面方式提出。請使用右邊的表格。我們的理賠辦公室必須在從您獲得本通知的日期起 120 天內收到您的申訴。

我們必須收到您的申訴於：

日期

如果您需要提出申訴方面的幫助

與我們聯繫：在您提出書面申訴之前，請致電 1-800-MEDICARE 或州健康保險計劃（參閱第 2 頁），包括幫助指定一位代理人。

打電話給您的機構：要求您的機構提供任何有助於您的訊息。

請朋友幫忙：您可以指定專人，如家庭成員或朋友，作為申訴過程中的代理人。

更加瞭解申訴

更多關於申訴的訊息，請參閱“Medicare 與您”的手冊，或造訪我們 www.medicare.gov/appeals 的網頁。

書面提出申訴

遵循這些步驟：

- 1 圈選在本通知中，您不同意的服務或索賠。
- 2 以書面解釋為什麼您不同意此決定。在本通知上填寫您的解釋，如果您需要更多的空間，請在本通知外另附一頁。

- 3 填寫以下所有的：

您或者代理人的全名（拼寫）

您或者代理人的簽名

您的電話號碼

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

您完整的 Medicare 號碼

- 4 包括對於您申訴的任何其他訊息。您可以要求您的機構任何有助於您的訊息。
- 5 在您發送的所有文件上寫上您的 Medicare 號碼。
- 6 保留本通知和所有證明文件的影本，做為您的記錄。
- 7 郵件本通知和所有證明文件到以下地址：

聯邦醫療保險索賠辦公室
(Medicare Claims Office)