اطلاعیه شرح بیمهٔ صحی Medicare

راجع به بخش الف (بیمهٔ شفاخانه)

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

اسم
آدرس ، کوچه
شهر ، ایالت ٦٧٨٩-١٢٣٤٥

این سند صورت حساب یا بِل پرداخت پول نمیباشد

شمارهٔ بیمهٔ صحی Medicare

تاریخ این اطلاعیه

طی مراحل مصارف مطالبه شده از تاریخ

مصارف و پرداخت پول در این مدت

یا بیمهٔ صحی Medicare تمام مصارف شما را منظور کرد؟

بمنظور اطمینان بیشتر ، صفحهٔ ۲ این اطلاعیه را ببینید.

مجموعهٔ پول که احتمالاً شما میپردازید

تسهیلات یا شفاخانهٔ که شامل این مصارف دراین مدت میباشد قرار ذیل اند

حالت پرداخت پول(دیدکتیبل) توسط شما

دیدکتیبل عبارت از مقدار پول میباشد که شما آنرا باید دریک مدت مشخص برای خدمات صحی تان قبل از آغاز پرداخت پول توسط بیمهٔ Medicare بپردازید.

مقدار پرداخت پول بخش الف توسط شما :

مطلع باشید که!

حالا وقت واکسین انفلوینزا میباشد ! آنعده افرادیکه به سن ٦٥ ویا بزرگتر میباشند درمعرض خطر انفلوینزا قرارمیگیرند. بنابرآن ، بیمهٔ Medicare مصارف واکسین فلو را تحت پوشش قرارمیدهد. درصورتیکه عرضه کننده بیمهٔ صحی Medicare را بپذیرد ، شما هیچ پول پرداخت نمینمائید.

استفادهٔ بهتر از بیمهٔ صحی Medicare

چگونه این اطلاعیه را چک یا بررسی نمائید

آیا شما اسم هریک از شفاخانه یا کلینک را میدانید؟ تاریخ های آنرا بررسی نمائید

ایا شما مصارف مطالبه شده را دریافت نمودید؟ آیا مصارف با مصارف بل و رسید تان مطابقت دارد یا خیر ؟

درصورتیکه شما مصارف بل را پرداختید ، آیا شما مقدار درست آنرا پرداختید یا خیر؟ مقدار حد اعظم که شما آنرا میپردازید ، ببینید. بررسی نمائید که آیا مصارف مطالبه شده به بیمهٔ کمکی Medicare یا (Medigap) ویا سایر شرکت بیمه ارسال گردیده یا خیر. احتمال میرود که مصارف مطالبه شده را پلان های بیمهٔ متذکره بپردازند.

چگونه میتوان تقلب را راپور داد

درصورتیکه فکر میکنید یک شرکت یا شفاخانه در تقلب دست دارد ، لطفاً به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

مثلاً نمونهٔ از تقلب این میباشد که به شما خدمات رایگان صحی را عرضه مینمانید ، ویا اینکه بیمهٔ صحی Medicare را به خدمات که به شما عرضه نگردیده ، بل روان میکنند. درصوریتکه ما دریابیم که معلومات شما منجر به کشف تقلب گردید ، در آنصورت شما واجد شرایط به پاداش ومکافات میباشید.

شما میتوانید تغیرات لازم را بیاورید ! همیشه اطلاعیه شرح بیمهٔ صحی Medicare تانرا بمنظور صحت بودن اطلاعت وخدمات به شما عرضه گردیده است ، مرور وبررسی نمائید.

چگونه میتوان به سوالات تان کمک دریابید

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

در جریان تیلفون راجع به "خدمات شفاخانه " بپرسید. شمارهٔ کود خدمات مشتری تان ۰۵۵۳۵ میباشد.

آنعده افرادیکه مشکل شنوایی دارند به شماره **TTY 1-877-486-2048** تماس بگیرید.

بمنظور دریافت مشوره های رایگان راجع به بیمهٔ صحی تان ، با پروگرام بیمهٔ صحی ایالت تان تماس بگیرید.

زمان ومدت امتیازات بیمهٔ صحی تان

بستر شدن در شفاخانه یا مرکز پرستاری به اساس روزها و زمان که شامل امتیازات بیمهٔ صحی تان میباشد، بشمار میرود. هرروز که شما در شفاخانه ویا مرکز پرستاری سپری مینمائید بعنوان روز امتیازات بیمهٔ صحی تان در آن مدت مشخص بشمار میرود. زمان امتیازات شما وقتی آغاز میگردد که شما اولین خدمات داخل شفاخانه ویا اینکه در بعضی حالات مشخص خدمات مرکز پرستاری را دریافت مینمائید. امتیازات وقتی ختم میگردد که شما در ظرف ٦٠ روز بگونهٔ مسلسل هیچ نوع خدمات داخل شفاخانه ویا مرکز پرستاری را دریافت ننمائید.

بستر در داخل شفاخانه:

مرکز پرستاری :

کتاب رهنمود بنام "شما و بیمهٔ صحی Medicare" را جهت دریافت معلومات بیشتر راجع به امتیازات تان را مطالعه نمائید.

رسائلك من Medicare

احصل على لقاح المكورات الرؤية. قد تحتاجه مرة واحدة في حياتك. قم بالإتصال بمزودك للرعاية الصحية من أجل الحصول على هذا اللقاح. لن تدفع شيئاً إن قبل مزودك للرعاية الصحية تعيين Medicare.

للإبلاغ عن تغيير في العنوان قم بالإتصال بالضمان الإجتماعي على الرقم ١-٨٠٠-٧٧٢-١٢١٣ ينبغي على مستخدمي الهواتف النصية TTY الإتصال بـ1-800-325-0778.

الكشف المبكر هو أفضل وسيلة للحماية. قم بحجز موعد اليوم من أجل تصوير الثدي الشعاعي (الماموجرام) و تذكر بأن Medicare يساعد في الدفع مقابل فحوصات الماموجرام.

الكامل عند اتصالك بالرقم Medicare رجاء قم بتهيئة رقم ١-٨٠٠-٦٣٣-٤٢٢٧ حتى يكون من الممكن تحديد سجلك. ومن أجل حماية خصوصيتك فإن رقم المشترك المتعدد لن يتضمن الرقم الكامل.

مصارف شفاخانه بخش الف بیمه (بیمهٔ شفاخانه)

بخش الف بیمهٔ شفاخانه شما را دررابطه به پرداخت مصارف مراقبت های داخل شفاخانه و متعاقباً خدمات مراکز پرستاری ، خدمات صحی داخل خانه و مراقبت های دوران آخرحیات کمک مینماید .

شرح وتعریف جدول

روزهای استفاده شدهٔ امتیازات بیمه: عبارت از روزهای میباشد که شما آنرا در شفاخانه ویا مرکز پرستاری سپری کرده اید. (جهت معلومات بیشتر به صفحه ۲ شرح امتیازات بیمه مراجعه نمائید)

منظوری مصارف مطالبه شده ؟: این قسمت جدول بیانگر این است که آیا بیمهٔ صحی Medicare مصارف خدمات داخل شفاخانه را تحت پوشش قرارداده است یا خیر.

مصارف که شامل بیمه نمیباشد: این مقدار پول است که بیمهٔ صحی Medicare نپرداخته است.

مقدار پول که بیمهٔ صحی Medicare پرداخته است : این مقدار پول میباشد که بیمهٔ صحی Medicare مصارف داخل شفاخانه را پرداخته است.

مقدار حد اعظم که به شما بل داده میشود : مقدار پول که برای خدمات بخش الف شما میپردازید شامل پول دیدکتبل ، بیمهٔ الحاقی به اساس تعداد روزهای بسترشدن داخل شفاخانه و سایر مصارف میباشد.

جهت معلومات بیشتر راجع به بیمهٔ صحی Medicare بخش الف ، رهنمود " بیمهٔ صحی Medicare و شما " را مطالعه نمائید.

أ روزهای استفاده شده	منظوری مصارف?	مصارف که شامل بیمه نیست	مقدار پول که بیمه پرداخته است	مقدار حد اعظم که به شما بل داده شده است	یاداشت های ذیل را ببینید
مقدار مجموعه مصارف #					

أ روزهای استفاده شده	منظوری مصارف?	مصارف که شامل بیمه نیست	مقدار پول که بیمه پرداخته است	مقدار حد اعظم که به شما بل داده شده است	یاداشت های ذیل را ببینید
مقدار مجموعه مصارف #					

چگونه میتوان مصارف ردشده ازطرف بیمهٔ صحی را اداره و یا درخواست تجدید نظر کرد

جزئیات بیشتر را بدست آورید

إدرصورتیکه مصارف مطالبه شده شما ردمیگردد، به شفاخانه تماس گرفته و از آنها درخواست نمائید که برای شما مصارف تانرا بگونهٔ انفرادی بنویسند. متوجه باشید که معلومات دقیق ودرست را روان کنند. اگر این چنین نکردند، درآنصورت از شفاخانه درخواست نمائید که اشتباهات را اصلاح نمایند. شما میتوانید مصارف را بگونهٔ قلم وار درخواست نمائید.

جهت معلومات بیشتر راجع به پوشش بیمه ویا تصمیم پرداخت پول این اطلاعیه به شمول قوانین یا پالیسی ها در تصمیم گیری تطبیق تماس گیرید. 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) گردیده است

درصورتیکه شما با تصمیم بیمه ، تصنیم پرداخت پول ، مقدار پول که دراین ورقه ذکر است مخالفت دارید ، میتوانید درخواست تجدید نظر را نمائید

درخواست تجدید نظر باید از طریق نوشتن صورت گیرد. از فورم که بطرف راست موقعیت دارد استفاده نمائید. دفتر دعوای ما باید این ورقه درخواستی شما را در ظرف ۱۲۰ روز از تاریخ صدور این اطلاعیه حاصل نماید.

ما باید ورقه درخواستی تجدید نظر را تا تاریخ ذیل دریافت نمائیم:

تاریخ

درصورتیکه نیاز به کمک جهت نوشتن درخواست تجدید نظر داشته باشد

تماس بگیرید **ویا** 1-800-Medicare به شماره **با** پروگرام صحی ایالت تان (صفحه ۲) جهت معلومات بیشتر قبل ازفایل کردن تجدید نظر بادرنظرداشت تعین وکیل تماس بیگرید.

به شفاخانه تماس بگیرید: معلومات بگیرید که شمارا کمک نماید

فایل کردن فورم تجدید نظر بگونهٔ تحریری

این مراحل را پیگیری نمائید :

۱. باخدمات ویا مصارف که شامل این اطلاعیه میباشد مخالفت دارید ، حلقه نمائید.

۲. مخالفت های تانرا راجع به تصمیم گیری شرح دهید. تشریحات تانرا درین ورقه شامل نمائید. اگر نیاز به صفحه اضافی داشته باشید ، ضمیمهٔ این ورقه نمائید.

۳. خانه خالی های ذیل را پُرنمائید:

اسم مکمل وکیل یا نماینده شما (نوشته گردد)

امضاء وکیل یا نماینده شما

شماره تیلفون تان

شماره مکمل بیمهٔ صحی Medicare شما

٤. سایر معلومات واطلاعات راجع به درخواست تجدید نظر را الحاق نمائید. شما میتوانید از شفاخانه تمام معلومات های مفید را بدست آورید.

۵. شماره بیمهٔ صحی Medicare تانرا در هر ورق که روان میکنید بنوسید.

٦. یک نقل این اطلاعیه وسایر اسناد را که روان میکنید نزد خود نگهدارید.

۷. این ورقه اطلاعیه و سایر اسناد کمکی را به آدرس آتی روان کنید:

دفتر دعوی بیمهٔ صحی
Medicare

جهت دریافت کمک از دوست تان درخواست نمائید : شما میتوانید که عضو فامیل یا دوست تانرا بعنوان وکیل در پروسه درخواست مجدد تعین نمائید.

راجع به درخواست تجدید نظر معلومات بیشتر حاصل نمائید

جهت معلومات بیشتر راجع به تجدید نظر ، رهنمود بیمهٔ صحی تان را مطالعه ویا به ویبسایت آتی سربزنید www.medicare.gov/appeals.