Avis de compte-rendu de Medicare

Pour la partie A (Assurance hospitalière)

Résumé officiel de vos demandes d'assurance-maladie pour les démunis (Medicare) des Centres de services de Medicare & Medicaid

NOM
ADRESSE
VILLE, ÉTAT 12345-6789

CECI N'EST PAS UNE FACTURE

Numéro de Medicare

Date de cette notification

Demandes traitées entre

Votre relevé de franchises

Votre franchise est ce que vous devez payer durant chaque période de prestations pour la plupart des services de santé avant que Medicare ne commence à payer.

Franchise de la partie A :

Informez-vous !

C'est le moment de votre vaccin contre la grippe !
Les personnes de 65 ans et plus ont un risque élevé de complications grippales graves. Medicare couvre le vaccin contre la grippe. Vous ne payez rien si votre praticien accepte Medicare.

Vos demandes et coûts pendant cette période

Est-ce que Medicare a approuvé toutes les demandes ?

Voir page 2 pour savoir comment revérifier cet avis.

Le total qui peut vous être facturé

Fournisseurs avec demandes de cette période

Tirez le meilleur parti de votre Medicare

Comment vérifier cet avis

Reconnaissez-vous le nom de chaque établissement ? Vérifiez les dates.

Avez-vous obtenu la liste des demandes ? Est-ce qu'elles correspondent à celles énumérées sur vos reçus et factures ?

Si vous avez déjà payé la facture, avez-vous payé le bon montant ? Vérifiez le maximum qui peut vous être facturé. Voyez si la demande a été envoyée à votre plan d'assurance complémentaire Medicare (Medigap) ou à un autre assureur. Ce plan peut payer votre part.

Comment signaler une fraude

Si vous pensez qu'un établissement ou une entreprise est impliqué(e) dans une fraude, appelez-nous au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Quelques exemples de fraude comprennent des offres pour des services médicaux gratuits, ou de vous facturer pour des services de Medicare que vous n'avez pas reçus. Si nous déterminons que vos informations ont conduit à la découverte d'une fraude, vous pourrez obtenir une récompense.

Vous pouvez faire la différence ! Examinez en permanence votre avis de compte-rendu de Medicare pour les informations correctes sur les articles ou les services que vous avez reçus.

Comment obtenir une assistance avec vos questions

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Demandez les « services hospitaliers ». Votre code de service à la clientèle est 05535.

TTY 1-877-486-2048 (pour les malentendants)

Contactez gratuitement votre programme d'assurance-maladie de l'État (SHIP) et votre conseiller local d'assurance-maladie.

Vos périodes de prestations

Vos séjours à l'hôpital et dans les centres de soins infirmiers qualifiés (SNF) sont mesurés en **jours de prestations** et **périodes de prestations**. Chaque jour que vous passez dans un hôpital ou un SNF est pris en compte pour les jours de prestations dans cette période de prestations. Une période de prestations commence le jour où vous recevez des services hospitaliers ou, dans certains cas, des services SNF, et se termine lorsque vous n'avez pas reçu de soins hospitaliers dans un hôpital ou de soins qualifiés dans un SNF pendant 60 jours d'affilée.

Hôpital :

Centre de soins infirmiers qualifiés :

Consultez votre manuel « Medicare & vous » pour plus d'informations sur les périodes de prestations.

Vos messages de Medicare

Faites-vous vacciner contre les infections pneumococciques. Vous n'en aurez peut-être besoin qu'une fois dans votre vie. Contactez votre prestataire de soins de santé afin de vous faire vacciner. Vous ne payez rien si votre prestataire de soins de santé reçoit l'accord de Medicare.

Pour signaler un changement d'adresse, appelez la Sécurité Sociale au 1-800-772-1213. Les utilisateurs de TTY doivent appeler le 1-800-325-0778.

La détection précoce est votre meilleure protection. Planifiez votre mammographie aujourd'hui, et rappelez-vous que Medicare aide à payer pour les mammographies de dépistage.

Si vous appelez 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), veuillez avoir votre numéro Medicare complet à portée de main afin que votre dossier puisse être trouvé. Pour protéger votre vie privée, ce MSN ne comprend pas votre numéro entier.

Vos demandes d'hospitalisation pour la partie A (assurance-hospitalisation)

L'assurance d'hospitalisation Partie A aide à payer les soins hospitaliers des patients hospitalisés, les soins aux patients hospitalisés dans un centre qualifié de soins infirmiers après un séjour à l'hôpital, les soins de santé à domicile et les soins palliatifs.

Définitions des colonnes

Jours de prestations utilisés : le nombre de jours de prestations couvertes que vous avez utilisées au cours de chaque séjour à l'hôpital et / ou dans un centre qualifié de soins infirmiers. (Voir page 2 pour plus d'informations et un résumé de vos périodes de prestations.)

Demande approuvée ? : Cette colonne vous indique si Medicare a couvert le séjour du patient hospitalisé.

Dépenses non couvertes : C'est le montant que Medicare n'a pas payé.

Montant payé par Medicare : C'est le montant que Medicare a payé à votre établissement.

Maximum qui peut vous être facturé : Le montant qui peut vous être facturé pour les services de la Partie A peut inclure une franchise, une coassurance en fonction de vos jours de prestations utilisés, et d'autres charges.

Pour plus d'informations sur la couverture de Medicare Partie A, consultez votre manuel « Medicare & vous ».

	Jours de prestations utilisées	Demande approuvée ?	Dépenses non-couvertes	Montant que Medicare a payé	Maximum qui peut vous être facturé	Voir notes ci-dessous
Total de la demande #						

	Jours de prestations utilisées	Demande approuvée ?	Dépenses non-couvertes	Montant que Medicare a payé	Maximum qui peut vous être facturé	Voir notes ci-dessous
Total de la demande #						

Comment gérer les demandes refusées ou faire appel

Obtenez plus de détails

Si une demande a été rejetée, téléphonez ou écrivez à l'hôpital ou à l'établissement et demandez un relevé détaillé pour chaque demande. Assurez-vous qu'ils ont envoyé les bonnes informations. S'ils ne l'ont pas fait, demandez la possibilité de communiquer avec notre bureau des demandes pour corriger l'erreur. Vous pouvez demander à l'établissement un état détaillé pour tout service ou demande.

Appelez 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour plus d'informations sur une décision de couverture ou de paiement sur le présent avis, y compris les lois ou les règles utilisées pour prendre la décision.

Si vous êtes en désaccord avec une décision de couverture, une décision de paiement, ou le montant du paiement sur le présent avis, vous pouvez faire appel

Les appels doivent être formulés par écrit. Utilisez le formulaire à droite. Notre bureau des demandes doit recevoir votre appel dans un délai de 120 jours à compter de la date à laquelle vous recevez cet avis.

Nous devons recevoir votre appel avant le :

DATE

Si vous avez besoin d'assistance pour formuler votre appel

Contactez-nous : Appelez le 1-800-MEDICARE ou votre programme d'assurance maladie de l'État (voir page 2) pour assistance avant de formuler votre appel par écrit, y compris une assistance pour désigner un représentant.

Appelez votre centre : Demandez à votre établissement toute information qui peut vous aider.

Demandez à un ami de vous aider : Vous pouvez désigner une personne, telle qu'un membre de la famille ou un ami, pour être votre représentant dans le processus d'appel.

Formuler un appel par écrit escrito

Suivez ces étapes :

1. Encerclez le (s) service (s) ou la (les) demandes (s) avec lesquel(le)s vous êtes en désaccord sur le présent avis.
2. Expliquez par écrit pourquoi vous êtes en désaccord avec la décision. Incluez votre explication sur cet avis ou, si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une page séparée à cet avis.
3. Remplissez ce qui suit :
   Votre nom ou le nom complet de votre représentant (imprimé)

   Votre signature ou celle de votre représentant

   Votre numéro de téléphone

   Votre numéro complet de Medicare
4. Incluez toute autre information que vous avez sur votre appel. Vous pouvez demander à votre établissement toute information qui vous aidera.
5. Écrivez votre numéro de Medicare sur tous les documents que vous envoyez.
6. Faites des photocopies de cet avis et de toutes les pièces justificatives pour votre
7. Envoyez cet avis et toutes les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Bureau des demandes de Medicare

Pour en savoir plus sur les appels

Pour plus d'informations sur les appels, lisez votre manuel « Medicare & vous » ou visitez-nous en ligne à www.medicare.gov/appeals.