



Zusammenfassende Medicare-Mitteilung für Teil A (Krankenhausversicherung)

Die offizielle Zusammenfassung Ihrer Medicare-Ansprüche von den Zentren für Medicaid- & Medicaid-Leistungen

NAME
STRAßENANSCHRIFT
STADT, ST 12345-6789

DIES IST KEINE RECHNUNG

Ihre Ansprüche & Kosten dieses Zeitraums

Hat Medicare alle Ansprüche bewilligt?

Sehen Sie auf Seite 2 nach, wie Sie diese Mitteilung überprüfen können.

Die Gesamtsumme, die Ihnen berechnet

Einrichtungen mit Ansprüchen in diesem Zeitraum

Medicare-Nummer

Datum dieser Mitteilung

Ansprüche bearbeitet
zwischen

Der Status Ihres Selbstbehalts

Ihr Selbstbehalt ist, was Sie in jedem Leistungszeitraum für die meisten Leistungen selbst bezahlen müssen, bevor Medicare zu zahlen anfängt.

Teil A Selbstbehalt:

Seien Sie informiert!

Es ist Zeit für Ihre Grippeimpfung! Personen im Alter von 65 Jahren und darüber haben ein hohes Risiko von ernsthaften Komplikationen durch die Grippe. Medicare deckt die Grippeimpfung. Sie bezahlen nichts, wenn Ihr Gesundheitsdienstleister Medicare akzeptiert.

Das Beste aus Ihrem Medicare machen

Wie Sie diese Mitteilung überprüfen

Erkennen Sie den Namen jeder Einrichtung?

Überprüfen Sie die Daten.

Haben Sie die Leistungen für die aufgeführten Ansprüche erhalten? Entsprechen diese denen, die auf Ihren Quittungen und Rechnungen aufgeführt sind?

Wenn Sie die Rechnung schon bezahlt haben, haben Sie den richtigen Betrag bezahlt? Die Gesamtsumme, die Ihnen berechnet werden könnte. Sehen Sie nach, ob der Anspruch zu Ihrem Medicare-Zusatzkrankenversicherungsplan (Medicare Supplement Insurance, Medigap) oder einem anderen Versicherer geschickt wurde. Der Plan könnte Ihren Anteil bezahlen.

Wie Betrug anzuzeigen ist

Wenn Sie glauben, dass ein Unternehmen an Betrug beteiligt ist, rufen Sie uns unter 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Einige Beispiele von Betrug umfassen Angebote kostenloser medizinischer Leistungen oder die Berechnung von Medicare-Leistungen, die Sie nicht erhalten haben. Wenn wir feststellen, dass Ihr Tipp zur Aufdeckung von Betrug führte, können Sie zu einer Belohnung berechtigt sein.

Sie können etwas bewegen! Überprüfen Sie immer Ihre zusammenfassende Medicare-Mitteilung bezüglich der Korrektheit der Informationen zu den Artikeln oder Leistungen, die Sie erhalten haben.

Wie Sie Hilfe zu Ihren Fragen erhalten können

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Fragen Sie nach „Krankenhausleistungen“ („Hospital Services“). Ihr Kundendienstkode ist 05535.

TTY 1-877-486-2048 (für Hörgeschädigte)

Kontaktieren Sie Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungsprogramm (State Health Insurance Program, SHIP).

Ihre Leistungszeiträume

Ihre Aufenthalte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Pflegepersonal (Skilled Nursing Facility, SNF) werden in **Leistungstagen** und **Leistungszeiträumen gemessen**. Jeden Tag, den Sie in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung mit ausgebildetem Pflegepersonal verbringen, wird zu den Leistungstagen in dem Leistungszeitraum hinzugezählt. Ein Leistungszeitraum fängt mit dem Tag an, an dem Sie zuerst stationäre Krankenhausleistungen oder, unter bestimmten Umständen, Leistungen in Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Pflegepersonal empfangen und endet, wenn Sie für 60 zusammenhängende Tage keine stationären Krankenhausleistungen oder Leistungen in einer Pflegeeinrichtung mit ausgebildetem Pflegepersonal empfangen haben.

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern:

Behandlung in Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal:

Sehen Sie in Ihr Handbuch „Medicare & You“, um mehr Informationen zu Leistungsperioden zu erhalten.

Ihre Mitteilungen von Medicare messages de Medicare

Erhalten Sie eine Pneumokokkenimpfung. Sie könnten sie nur einmal im Leben benötigen. Kontaktieren Sie Ihren Gesundheitsdienstleister, um herauszufinden wie Sie diese Impfung erhalten. Sie bezahlen nichts, wenn Ihr Gesundheitsdienstleister Zuweisung durch Medicare akzeptiert.

Um Adressänderungen anzugeben, rufen Sie Social Security unter 1-800-772-1213 an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-800-325-0778.

Früherkennung ist Ihr bester Schutz. Machen Sie heute einen Termin für Ihr Mammographie und erinnern Sie sich daran, dass Medicare bei der Bezahlung von Screeningmammographien hilft.

Wenn Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) anrufen, haben Sie bitte Ihre vollständige Medicarenummer zur Hand, damit Ihre Akte gefunden werden kann. Um Ihre Privatsphäre zu schützen, enthält diese zusammengefasste Medicare-Mitteilung nicht Ihre gesamte Nummer.

Ihre Ansprüche für stationäre Krankenhausbehandlung für Teil A (Krankenhausversicherung)

Teil A Stationäre Krankenhausversicherung hilft bei der Bezahlung Ihrer stationären Krankenhausbehandlung und bei der Bezahlung Ihrer stationären Behandlung in einer Pflegeeinrichtung mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal, die sich an einen Krankenhausaufenthalt, häusliche Krankenpflege und Hospizpflege anfügt.

Definitionen der Spalten

Genutzte Leistungstage: Die Anzahl der gedeckten Leistungstage, die Sie während jedes Aufenthalts in einem Krankenhaus und/oder einer Pflegeeinrichtung mit geschultem Personal genutzt haben. (Sehen Sie auf Seite 2 nach, um mehr Informationen und eine Zusammenfassung Ihre Leistungszeiträume zu erhalten.)

Anspruch genehmigt?: Diese Spalte sagt Ihnen, ob Medicare den stationären Aufenthalt gedeckt hat.

Nicht gedeckte Kosten: Dies ist der Betrag, den Medicare nicht bezahlt hat.

Der von Medicare bezahlte Betrag: Dies ist der Betrag, den Medicare Ihrer stationären Einrichtung bezahlt hat.

Das Maximum, das Ihnen berechnet werden könnte: Der Betrag, der Ihnen für Teil A-Leistungen berechnet werden könnte, kann einen Selbstbehalt, Mitversicherung basierend auf den von Ihnen genutzten Leistungstagen und andere Kosten enthalten.

Für mehr Informationen über die Deckung von Medicare Part A, sehen Sie bitte in Ihrem Handbuch "Medicare? & You" nach.

	Genutzte Leistungstage	Anspruch genehmigt?	Nicht gedeckte Kosten	Der von Medicare gezahlte Betrag	Die Gesamtsumme, die Ihnen berechnet werden könnte	Sehen Sie sich die unten stehenden Anmerkungen an
Gesamtsumme für Anspruch #						

	Genutzte Leistungstage	Anspruch genehmigt?	Nicht gedeckte Kosten	Der von Medicare gezahlte Betrag	Die Gesamtsumme, die Ihnen berechnet werden könnte	Sehen Sie sich die unten stehenden Anmerkungen an
Gesamtsumme für Anspruch #						

Wie abgelehnte Ansprüche zu handhaben sind oder wie ein Widerspruch einzulegen ist

Erhalten Sie mehr Einzelheiten

Wenn ein Anspruch abgelehnt wurde, rufen oder schreiben Sie das Krankenhaus oder die Einrichtung an und erbitten Sie ein detaillierte Aufstellung für jeden Anspruch. Stellen Sie sicher, dass sie die richtigen Informationen schicken. Falls sie dies nicht getan haben, bitten Sie die Einrichtung unsere Anspruchsstelle zu kontaktieren, um den Fehler zu korrigieren. Sie können die Einrichtung um ein detaillierte Aufstellung für jede Leistung oder jeden Anspruch bitten.

Rufen Sie 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an, um mehr Informationen bezüglich der Deckungs- oder Zahlungsentscheidung auf dieser Mitteilung zu erhalten, einschließlich von Gesetzen oder Richtlinien, die für bei dieser Entscheidung angewendet wurden.

Wenn Sie mit einer Deckungsentscheidung, Zahlungsentscheidung oder einem Zahlungsbetrag auf dieser Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie einen Widerspruch einlegen

Widersprüche müssen schriftlich eingereicht werden.

Benutzen Sie das Formular auf der rechten Seite. Unsere Anspruchsstelle muss Ihren Widerspruch innerhalb von 120 Tagen nach dem Datum des Zugangs dieser Mitteilung an Sie empfangen.

Wir müssen Ihren Widerspruch erhalten haben bis:

DATUM

Falls Sie Hilfe beim Einlegen Ihres Widerspruchs benötigen

Kontaktieren Sie uns: Rufen Sie 1-800-MEDICARE oder Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungprogramm an (siehe Seite 2), um Hilfe zu erhalten, bevor Sie Ihren schriftlichen Widerspruch einlegen, einschließlich von Hilfe bei der Bestimmung eines Vertreters.

Rufen Sie Ihre Einrichtung an: Bitten Sie Ihre Einrichtung um jegliche Informationen, die Ihnen helfen wird.

Legen Sie einen schriftlichen Widerspruch ein

Folgen Sie diesen Schritten:

- 1 Kreisen Sie die Leistung/Leistungen oder den Anspruch/die Ansprüche auf dieser Mitteilung ein, mit denen Sie nicht einverstanden sind.
- 2 Erklären Sie schriftlich, warum Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind. Fügen Sie Ihre Erklärung auf dieser Mitteilung ein oder, falls Sie mehr Platz benötigen, fügen Sie dieser Mitteilung eine separate Seite bei.

- 3 Füllen Sie das Folgende aus:

Ihren vollen Namen oder den vollen Namen Ihres Vertreters (Druckschrift)

Ihre Unterschrift oder die Unterschrift Ihres Vertreters

Ihre Telefonnummer

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

Ihre komplette Medicare-Nummer

- 4 Beziehen Sie jegliche andere Informationen ein, die Sie bezüglich Ihres Widerspruchs haben. Sie können Ihre Einrichtung um jegliche Informationen bitten, die Ihnen helfen wird.
- 5 Schreiben Sie Ihre Medicare-Nummer auf alle Dokumente, die Sie schicken.
- 6 Machen Sie Kopien dieser Mitteilung und aller Begleitdokumente für Ihre Akten.
- 7 Senden Sie diese Mitteilung und alle Begleitdokumente an die folgende Anschrift:

Medicare Anspruchsstelle (Claims Office)

Bitten Sie einen Freund um Hilfe: Sie können eine Person, wie z. B. ein Familienmitglied oder einen Freund, dazu bestimmen Ihr Vertreter im Widerspruchsprozess zu sein.

Erfahren Sie mehr über den Widerspruchsprozess

Für mehr Informationen über die Deckung von Medicare Part A, sehen Sie bitte in Ihrem Handbuch "Medicare? & You" nach oder besuchen Sie uns online unter www.medicare.gov/appeals.