



메디케어 요약 통지서

파트 A (병원 보험)

귀하의 메디케어 클레임에 대하여 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터가 제공하는 공식 요약서

이름
번지 주소
시, 주 12345-6789

이것은 청구서가 아닙니다

본 기간 동안 귀하의 클레임 및 비용

메디케어가 모든 클레임을 승인했습니까?

본 통지서를 재점검하려면 2 페이지를 참조하십시오.

귀하에게 청구될 수 있는 총액

본 기간 동안 클레임을 제기한 의료기관

메디케어 번호

본 통지서 날짜

클레임 처리 기간

귀하의 기초 본인부담액(Deductible) 현황

귀하의 기초 본인부담액이란 매 혜택 기간 동안에 대부분의 의료 서비스에 대해서 메디케어가 지불을 시작하기 전에 귀하가 지불해야 하는 금액을 말합니다.

파트 A 기본 본인부담액

꼭 아십시오!

귀하가 독감 주사를 맞을 때가 됐습니다! 65 세 이상인 분들은 독감으로 부터 오는 심각한 합병증에 걸릴 위험이 높습니다. 메디케어는 독감 주사 비용을 커버합니다. 귀하의 의료 제공자가 메디케어를 받으면 귀하는 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

귀하의 메디케어를 최대한으로 활용하기 위하여

통지서를 점검하는 방법

귀하는 각 의료기관의 이름을 알아보십니까?
날짜들을 점검하십시오.

클레임들이 제대로 열거되어 있습니까? 그 클레임 들이
귀하의 영수증과 청구서에 열거된 것과 일치합니까?

만약 귀하가 청구서를 이미 지불했다면 맞는 금액을
지불했습니까? 귀하에게 청구될 수 있는 최대금액을
점검하십시오. 그 클레임이 귀하의 메디케어 보충
보험(메디갭) 플랜이나 다른 보험회사에게 보내졌는지
알아보십시오. 그러한 플랜이 당신의 부담액을 지불할
수 있습니다.

귀하의 혜택 기간

귀하가 병원 및 전문 요양시설(SNF)에 체재하는 것은
혜택일 및 혜택 기간으로 측정됩니다. 즉 귀하가 병원이나
SNF 에서 보내는 날짜는 혜택 기간의 혜택일로
가산됩니다. 그러므로 혜택 기간은 귀하가 입원 환자
서비스 또는 일정한 정황하에서는 SNF 서비스를
처음으로 받는 날짜에 개시되고 귀하가
병원이나 SNF 에서 입원 환자 케어를 연속해서 60 일 동안
받지 않게 될 때에 종료됩니다.

입원환자 병원:

전문 요양 시설:

혜택 기간에 대한 추가 정보를 원하시면 귀하의
“메디케어와 당신(Medicare & You)” 핸드북을
참조하십시오.

메디케어에서 귀하에게 보내는 메시지

폐렴구균 주사를 맞으십시오. 귀하의 평생 동안에 단 한
번만 맞으시면 됩니다. 이 주사를 맞는것에 관해서
귀하의 의료케어 제공자에게 연락하십시오. 만약 그
의료케어 제공자가 메디케어를 받으면 귀하가 지불하는
비용은 없습니다.

주소 변경을 신고하시려면, 사회보장국에 1-800-772-
1213 으로 전화하십시오. 문자전화 사용자는 1-800-325-
0778 로 전화하셔야 합니다.

조기 발견이 귀하를 가장 잘 보호합니다. 오늘
유방조영상 (mammogram)의 일정을 잡으시고
메디케어에서 그 조영상 검사의 비용 지불을 도와준다는
것을 기억하십시오.

귀하가 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실
때 귀하의 완전한 메디케어 번호를 바로 주시면 귀하의
기록을 빨리 찾을 수 있습니다. 귀하의 기밀정보를
보호하기 위해서 본 메디케어 요약 통지서에는 귀하의
전체 번호가 포함되지 않습니다.

사기 행위를 신고하는 방법

만약 의료 기관이나 업체가 사기에 연루되어 있다고
귀하가 생각하시면 저희에게 1-800-MEDICARE(1-800-
633-4227)로 전화하십시오.

사기 행위의 예로는 무료 의료 서비스를 제안하거나
귀하가 받지 않은 메디케어 서비스에 대하여 금액을
청구하는 것이 포함됩니다. 만약 귀하의 정보가 사기
행위를 적발하도록 이끌었다고 저희가 판단하게 되면
귀하는 상을 받을 자격을 얻을 수도 있습니다.

귀하의 참여는 영향을 끼칠 수 있습니다! 귀하가 받은
물품이나 서비스에 관해서 정확한 정보가 기재되어
있는지 항상 귀하의 메디케어 요약 통지서를
점검하십시오.

귀하의 질문에 대한 도움을 얻는 방법

전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

“hospital services(병원 서비스)”를 요청하십시오.
귀하의 고객 서비스 코드는 05535 입니다.

문자전화(TTY) 1-877-486-2048 (청각 장애자용)

무료 지역 건강보험 상담을 위해서는 귀하의 주
건강보험 프로그램(SHIP)에 연락하십시오.

귀하의 파트 A(병원 보험) 입원환자 클레임

파트 A 입원환자 병원 보험은 입원환자 병원 케어, 병원입원에 뒤따르는 전문 요양시설 체재, 자택 건강 케어 및 호스피스 케어 비용의 지불을 돕습니다.

칼럼 용어의 정의

사용한 혜택 일자: 귀하가 각 병원 및/또는 전문 요양 시설에 체재하는 동안 사용한 커버되는 혜택일 숫자. (추가 정보와 귀하의 혜택 기간 요약물 얻기 위해서는 페이지 2 를 참조하십시오.)

클레임 승인 여부?: 이 칼럼은 메디케어와 입원환자의 체재를 커버했는지를 알려 줍니다

커버되지 않은 비용: 이 금액은 메디케어에서 지불하지 않은 것입니다.

메디케어 지불 금액: 이 금액은 메디케어에서 귀하의 입원환자 의료기관 앞으로 지불한 것입니다.

청구될 수 있는 최대금액: 파트 A 서비스에 대해서 귀하에게 청구될 수 있는 금액에는 기초 본인부담액 (deductible), 귀하가 사용한 혜택일자에 근거한 공동보험금(coinsurance) 및 기타 비용들이 포함됩니다. 메디케어 파트 A 커버리지를 위한 추가 정보를 원하시면 귀하의 "메디케어와 당신(Medicare & You)" 핸드북을 참조하십시오.

	사용한 혜택 일자	클레임 승인 여부?	커버되지 않은 비용	메디케어 지불 금액	청구될 수 있는 최대 금액	아래의 주 참조
클레임 #	총액					

	사용한 혜택 일자	클레임 승인 여부?	커버되지 않은 비용	메디케어 지불 금액	청구될 수 있는 최대 금액	아래의 주 참조
클레임 #	총액					

거부된 클레임을 처리하거나 항소를 제기하는 방법

추가적인 세부 정보를 얻으십시오

만약 어느 클레임이 거부되었다면 해당 병원이나 의료 기관에 전화를 하거나 편지를 써서 클레임의 내역 명세서를 요청하십시오. 그들이 올바른 정보를 보냈는지를 확인하십시오. 만약 그들이 올바른 정보를 보내지 않았다면 그러한 오류를 정정하기 위해서 그 의료기관이나 저희 클레임 사무실에 연락하십시오. 귀하는 그 의료기관에게 모든 서비스나 클레임에 대한 내역 명세서를 요청할 수 있습니다.

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔서 본 통지서 상의 커버리지 또는 지불 결정에 관한 추가정보를 그러한 결정을 하는데 적용된 법령이나 정책을 포함하여 얻으십시오.

본 통지서 상의 커버리지 결정, 지불결정 또는 지불 금액에 동의하지 않으시면, 귀하는 항소를 제기할 수 있습니다

항소는 서면으로 제기되어야 합니다. 오른 쪽에 있는 양식을 사용하십시오. 저희 클레임 사무실은 귀하가 본 통지서를 받는 날짜로 부터 120 일 이내에 귀하의 항소를 접수해야 합니다.

저희는 귀하의 항소를 아래 날짜까지 받아야 합니다:

날짜

만약 항소를 제기하는데 도움이 필요하시다면

저희에게 연락하십시오: 1-800-MEDICARE 또는 귀하의 주 건강보험 프로그램(페이지 2 참조)으로 전화하셔서 귀하가 서면 항소를 제기하기 전에 대리인을 임명하는 것을 포함한 도움을 얻으십시오.

귀하의 의료기관에 전화하십시오: 귀하에게 도움이 되는 정보를 귀하의 의료기관에 요청하십시오.

친구에게 도움을 요청하십시오: 귀하는 가족이나 친구와 같은 사람을 항소 과정에서 귀하의 대리인으로 일하도록 임명할 수 있습니다.

서면으로 항소를 제기하십시오

다음 단계를 밟으십시오:

- 1 본 통지서 상에서 귀하가 동의하지 않는 서비스(들)이나 클레임(들)에 원을 그리십시오.
- 2 결정에 대하여 귀하가 동의하지 않는 이유를 서면으로 설명하십시오. 귀하의 설명을 본 통지서에 적으시되 공간이 더 필요하시면 별지를 본 통지서에 첨부하십시오.
- 3 다음 모든 공란에 채워 넣으십시오:

귀하 또는 귀하의 대리인의 전체 성명(철자)

귀하 또는 귀하의 대리인의 서명

귀하의 전화 번호

--	--	--	--

귀하의 완전한 메디케어 번호

- 4 귀하의 항소에 관하여 귀하가 가지고 있는 모든 정보를 포함시키십시오. 귀하는 귀하에게 도움이 될 모든 정보를 귀하의 의료기관에게 요청할 수 있습니다.
- 5 귀하가 송부하는 모든 문서에 귀하의 메디케어 번호를 적으십시오.
- 6 본 통지서와 모든 보충 서류들의 사본을 만들어 귀하의 기록으로 보관하십시오.
- 7 본 통지서와 모든 보충 서류들을 다음 주소로 우송하십시오:

Medicare Claims Office
(메디케어 클레임 사무실)

항소에 관해서 추가로 알기를 원하신다면

항소에 관한 추가 정보를 원하시면 귀하의 “메디케어와 당신(Medicare & You)” 핸드북을 참조하시거나 웹사이트 www.medicare.gov/appeals 를 방문하십시오..