



Сводный отчет Медикэр по части А (Страхование больничных расходов)

Официальный отчет от Центров услуг Медикэр и Медикейд о ваших требованиях страхового возмещения по программе Медикэр

ИМЯ
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА
ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
(12345-6789)

ЭТО НЕ СЧЕТ

Номер Медикэр

Дата настоящего уведомления

Требования о страховом возмещении
обработаны за период

**Ваши требования страхового
возмещения и расходы за этот период**

**Все требования страхового возмещения
утверждены Медикэр?**

На стр. 2 описано как перепроверить это
уведомление.

**Общая сумма счета, которая вам может быть
выставлена.**

**Медицинские учреждения с
требованиями за этот период**

Состояние вашей франшизы

Ваша франшиза — это сумма, которую вы должны уплатить за каждый период страховых выплат за большинство медицинских услуг прежде, чем программа Медикэр начнет оплату.

Часть А — Франшиза

Ознакомьтесь с информацией!

Наступило время прививки от гриппа! Люди в возрасте 65 лет и старше подвержены высокому риску серьезных осложнений от гриппа. Медикэр покрывает прививку от гриппа. Вы ничего не платите, если ваш поставщик медицинских услуг принимает Медикэр.

Используйте Медикэр в максимальной степени

Как проверить данное уведомление

Узнаете ли вы название каждого медицинского учреждения?

Проверьте даты.

Были ли оказаны услуги, соответствующие перечисленным требованиям? Соответствуют ли они услугам, перечисленным в ваших квитанциях или счетах?

Если вы уже оплатили счет, уплатили ли вы правильную сумму? Проверьте максимальную сумму, на которую может быть выставлен счет. Посмотрите было ли отправлено требование о страховой выплате плану Дополнительной страховки Медикэр (Медигэп) или другому страховщику. Этот план может оплатить вашу долю.

Как сообщать о мошенничестве

Если вы считаете, что медицинское учреждение или бизнес занимаются мошенничеством, позвоните нам по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Примерами мошенничества являются предложения бесплатных медицинских услуг или выставление счетов за услуги Медикэр, которые вы не получили. Если мы определили, что ваше сообщение привело к раскрытию мошенничества, вы можете иметь право на вознаграждение.

Вы можете способствовать положительным изменениям! Всегда проверяйте правильность информации о полученных изделиях или услугах, указанной в Сводном отчете Медикэр.

Как получить помощь по имеющимся у вас вопросам

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

Спросите “hospital services” (больничные услуги). Ваш код отдела обслуживания клиентов — 05535.

Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по телефону 1-877-486-2048 (для людей с нарушением слуха).

Обратитесь в вашу Программу медицинского страхования штата (SHIP) для получения бесплатной консультации о местном медицинском страховании.

Ваши периоды страховых выплат

Ваше пребывание в больнице и учреждении с квалифицированным медсестринским уходом (SNF) измеряются в **днях страховых выплат и периодах страховых выплат**. Каждый день, проведенный в больнице или учреждении с квалифицированным медсестринским уходом (SNF), засчитывается как день страховых выплат в данном периоде страховых выплат. Период страховых выплат начинается в день, когда вы впервые получили стационарное лечение в больнице или, при определенных обстоятельствах, в учреждении с квалифицированным медсестринским уходом (SNF), и заканчивается, когда вы не получали какого-либо стационарного лечения в больнице или стационарной квалифицированной медицинской помощи в учреждении с квалифицированным медсестринским уходом (SNF) в течение 60 дней подряд.

----- Стационарное лечение в больнице

Лечение в учреждении с квалифицированным медсестринским уходом

Посмотрите справочник “Medicare & You” (Медикэр и вы) для получения дополнительной информации о периодах страховых выплат.

Сообщения для вас от программы Медикэр **Mitteilungen von Medicare messages de Medicare**

Сделайте прививку от пневмококковых заболеваний. Она может понадобиться вам только один раз в жизни. Обратитесь к своему поставщику медицинских услуг касательно этой прививки. Вы ничего не платите, если ваш поставщик медицинских услуг принимает переуступку прав на страховые льготы Медикэр.

Чтобы сообщить об изменении адреса позвоните в органы социального обеспечения (Social Security) по телефону 1-800-772-1213.

Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру 1-800-325-0778.

Раннее обнаружение является вашей лучшей защитой. Запишитесь на маммографию сегодня и помните, что Медикэр помогает оплачивать скрининговую маммографию.

Если вы позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), пожалуйста, имейте при себе полный номер Медикэр для нахождения ваших данных. Для защиты вашей частной жизни данный Сводный отчет Медикэр (MSN) не содержит ваш полный номер Медикэр.

Ваши требования о страховом возмещении за стационарное лечение в больнице по части А (Страхование больничных расходов)

Часть А — Страхование стационарного лечения в больнице помогает оплачивать стационарное лечение в больнице, стационарное лечение в учреждении с квалифицированным медсестринским уходом после пребывания в больнице, медицинскую помощь на дому, а также уход в хосписе.

Описание колонок

Использованные дни страховых выплат.

Количество покрытых дней страховых выплат, которое вы использовали во время каждого пребывания в больнице и/или учреждении с квалифицированным медсестринским уходом. (На стр. 2 приведена дополнительная информация и сводка ваших периодов страховых выплат.)

Требование утверждено? Эта колонка содержит информацию о том, покрывает ли Медикэр стационарное лечение в больнице.

Непокрытые расходы. Это величина, которую Медикэр не оплатил.

Уплаченная Медикэр сумма. Это сумма, которую Медикэр уплатил вашему медицинскому учреждению за стационарное лечение.

Максимальная сумма, на которую может быть выставлен счет. Сумма, на которую вам может быть выставлен счет за услуги по части А может включать в себя франшизу, сострахование на основе ваших использованных дней страховых выплат и другие расходы.

Для получения дополнительной информации о покрытии по части А Медикэр смотрите справочник "Medicare & You" (Медикэр и вы).

Использованные дни страховых выплат	Требование утверждено?	Непокрытые расходы	Уплаченная Медикэр сумма	Максимальная сумма, на которую может быть выставлен счет	См. прим. ниже
Всего для требования №					

Использованные дни страховых выплат	Требование утверждено?	Непокрытые расходы	Уплаченная Медикэр сумма	Максимальная сумма, на которую может быть выставлен счет	См. прим. ниже
Всего для требования №					

Что делать в случае отклонения требования или как подать апелляцию

Получение дополнительной информации

Если ваше требование отклонено, позвоните или напишите в больницу или учреждение и попросите **подробный отчет для каждого требования страхового возмещения**. Убедитесь в том, что они прислали правильную информацию. Если они не сделали это, попросите учреждение обратиться в наш отдел требований для исправления ошибки. Вы можете попросить учреждение предоставить подробный отчет для каждой услуги или требования страхового возмещения.

Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) для получения дополнительной информации о решении относительно покрытия или оплаты в данном уведомлении, в том числе, касательно законов или правил, на основании которых были приняты решения.

Если вы не согласны с решением о покрытии, решением об оплате или суммой оплаты в данном уведомлении, вы можете подать апелляцию

Апелляции подаются в письменной форме. Используйте приведенный справа бланк. Наш отдел требований должен получить вашу апелляцию в течение 120 дней с даты получения этого уведомления.

Мы должны получить вашу апелляцию не позднее:

ДАТА

Если вам нужна помощь при подаче апелляции

Свяжитесь с нами. Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE или в Программу медицинского страхования штата (см. стр. 2) для получения помощи, прежде чем подать вашу письменную апелляцию, в том числе, для получения помощи в назначении представителя.

Позвоните в свое учреждение. Запросите у вашего медицинского учреждения любую информацию, которая может вам помочь.

Подача письменной апелляции

Выполните следующие шаги:

- 1 Обведите кружком услугу(ги) или требование(ия) в данном уведомлении, с которыми вы не согласны.
- 2 Объясните в письменном виде, почему вы не согласны с этим решением. Приведите ваше объяснение на этом уведомлении или, если вам нужно больше места, приложите отдельную страницу к этому уведомлению.

- 3 Заполните следующие данные:

Ваше полное имя или полное имя вашего представителя (печатными буквами)

Ваша подпись или подпись вашего представителя

Ваш номер телефона

Ваш полный номер Медикэр

- 4 Включите любую другую имеющуюся у вас информацию касательно вашей апелляции. Вы можете запросить у вашего медицинского учреждения любую нужную информацию.
- 5 Укажите ваш номер Медикэр на всех отправляемых документах.
- 6 Сделайте копии этого уведомления и всех подтверждающих документов для собственного архива.
- 7 Отправьте по почте это уведомление и все подтверждающие документы по следующему адресу:

Medicare Claims Office

Попросите о помощи друга. Вы можете назначить кого-либо, например, члена семьи или друга, вашим представителем в процессе апелляции.

Получите дополнительную информацию об апелляциях

Для получения дополнительной информации об апелляциях прочтите справочник "Medicare & You" (Медикэр и вы) или посетите наш веб-сайт по адресу www.medicare.gov/appeals.