

تقرير موجز من Medicare للجزء ب (التأمين الطبي)



الموجز الرسمي لمطالبات Medicare الخاصة بك من مراكز خدمات Medicare و Medicaid

جون دوي (John Doe)

اسم العنوان المؤقت

عنوان الشارع

المدينة، الشارع 6789-12345

ليست هذه بفاتورة

مطالباتك و التكاليف لهذه الفترة

لا	هل أقر Medicare جميع الخدمات؟
1	ما عدد الخدمات التي رفضها Medicare؟
	انظر الى المطالبات التي تبدأ في الصفحة رقم 3 ابحث عن كلمة لا في عمود "هل تمت الموافقة على الخدمة؟". انظر الى الصفحة الأخيرة للتعرف على كيفية التعامل مع المطالبات المرفوضة.

المبلغ الكلي الذي قد تُطالب بدفعه 90.15 دولار

إشعار خاص بجون دوي (John Doe)

A23BC4DE561	رقم Medicare
1 مارس 2019	تاريخ هذا التقرير
1 يناير 2019 - 1 مارس 2019	المطالبات التي تمت معالجتها في الفترة بين

حالة مبلغ الخصم الخاص بك

مبلغ الخصم هو ما يجب أن تدفعه في كل فترة مساعدات مقابل معظم الخدمات الصحية قبل أن يبدأ Medicare بالدفع.

مبلغ الخصم الخاص بالجزء ب: لقد استوفيت الآن مبلغ 85.00 دولار من مبلغ الخصم الخاص بك البالغ 147.00 دولار لعام 2019.

مرافق أو مؤسسات لديها مطالبات في هذه الفترة

21 يناير 2019

كريج ل. سيكوسان، طبيب (.Craig I. Secosan, M.D.)

ابق على اطلاع!

نرحب بك لتلقيك الإشعار الموجز الجديد بخدمات برنامج Medicare تم كتابة هذا الإشعار بلغة واضحة وحجم طباعة أكبر وضمن به موجزًا بمطالباتك ومبالغ الخصم الخاصة بك. يشرح هذا الإشعار المحسن، بشكل أفضل، كيفية الحصول على مساعدة بشأن طرح أسئلتك أو الإبلاغ عن الاحتيال أو تقديم استئناف. كما أنه يتضمن أيضًا معلومات هامة من برنامج Medicare!

تحقيق أقصى استفادة من اشتراكك في برنامج Medicare

خدمات Medicare الوقائية

يغطي Medicare العديد من الفحوصات والاختبارات المجانية أو منخفضة التكلفة لمساعدتك على البقاء بصحة جيدة. للمزيد من المعلومات عن الخدمات الوقائية:

- تحدث الى طبيبك.
- انظر في كتيب "أنت و Medicare" من أجل الحصول على قائمة كاملة.
- قم بزيارة www.MyMedicare.gov للحصول على قائمتك الشخصية.

رسائلك من Medicare

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

للإبلاغ عن أي تغيير في العنوان، قم بالاتصال بهيئة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213. ينبغي على مستخدمي الهواتف النصية TTY الإتصال بـ 1-800-325-0778.

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

هل تريد الاطلاع على مطالباتك فوراً؟ يمكنك الوصول إلى مطالباتك الأصلية الخاصة ببرنامج Medicare على www.MyMedicare.gov عادةً خلال 24 ساعة بعد معالجة برنامج Medicare للمطالبة. يمكنك استخدام ميزة "الزر الأزرق" لمساعدتك في تتبع سجلاتك الصحية الشخصية.

كيف تتفقد هذا التقرير

هل تعرف اسم كل طبيب أو مزود خدمة؟ تحقق من التواريخ. هل كان لديك موعد في ذلك اليوم؟ تحقق من التواريخ.

هل حصلت على الخدمات المدرجة؟ هل تطابق تلك المدرجة على وصولاتك و فواتيرك؟

إن كنت قد دفعت الفاتورة مسبقاً فهل دفعت المبلغ الصحيح؟ تحقق من الحد الأقصى الذي قد تُطالب به. تحقق مما إذا كانت المطالبة قد أرسلت إلى خطة تأمين Medicare التكميلية الخاصة بك (Medigap) أو إلى مؤمن آخر. قد تدفع تلك الخطة حصتك.

كيفية الإبلاغ عن الاحتيال

إن كنت تعتقد بأن هنالك مؤسسة أو شركة متورطة في عمليات احتيال، قم بالاتصال بنا على الرقم (1-800-633-4227).

تشمل بعض أمثلة الاحتيال العروض للخدمات الطبية المجانية أو ارسال فواتير إليك عن خدمات Medicare لم تحصل عليها. إذا وجدنا أن المعلومات التي زودتنا بها قد مكنتنا من كشف الاحتيال، فقد تتأهل للحصول على مكافأة.

بإمكانك أن تحدث فرقاً! في العام الماضي، وفر برنامج Medicare لدافعي الضرائب 4.2 مليار دولار - وهو أكبر مبلغ تم استعادته على الإطلاق في عام واحد - بفضل الأشخاص الذين أبلغوا برنامج Medicare بوجود نشاط مشبوه.

كيفية الحصول على المساعدة بخصوص

تساؤلاتك

1-800-Medicare (1-800-633-42270)

اسأل عن "خدمات الأطباء." رمز خدمة الزبائن الخاص بك هو 05535.

رقم الهاتف النصي (لذوي الإعاقة السمعية) هو 1-877-486-2048

قم بالاتصال ببرنامج التأمين الصحي التابع للولاية (SHIP) مجاناً للاستشارة بخصوص التأمين الصحي المحلي. اتصل على الرقم 1-555-555-5555.

مطالباتك للجزء ب (التأمين الطبي)

يساعد التأمين الصحي للجزء ب في الدفع مقابل خدمات الأطباء و الفحوصات التشخيصية و خدمات الاسعاف و خدمات الرعاية الصحية الاخرى.

تعريف الأعمدة

هل تم إقرار الخدمة؟: يخبرك هذا العمود ان قام Medicare بتغطية تلك الخدمة.

المبلغ الذي تقاضاه مزود الخدمة: هذه هي اجرة مزودك مقابل هذه الخدمة.

المبلغ الذي أقره Medicare: هذا هو المبلغ الذي يمكن دفعه للمزود مقابل خدمة Medicare. قد يكون هذا أقل من المبلغ الفعلي الذي حمله المزود للحساب.

لقد وافق مزود الخدمة الخاص بك على قبول هذا المبلغ كدفعة كاملة للخدمات المغطاة. يقوم Medicare عادة بدفع 80% من المبلغ الذي أقره Medicare.

المبلغ الذي دفعه برنامج Medicare: هذا هو المبلغ الذي دفعه Medicare لمزودك. وهو يُشكل عادة 80% من المبلغ الذي أقره Medicare.

الحد الأقصى الذي قد تُطالب به: هذا هو المبلغ الكلي الذي يُسمح للمزود أن يضمه في الفاتورة المرسله اليك و قد يشمل مبلغ الخصم و التأمين المشترك و تكاليف اخرى غير مغطاة. إن كان لديك تأمين تكميلي لـ Medicare (بوليصة Medigap) أو تأمين اخر فقد يدفع كل أو جزء من هذا المبلغ.

21 يناير 2019

كريج ل. سيكوسان، طبيب (Craig I. Secosan, M.D.) (555) 555-1234

Looking Glass Eye Center PA, 1888 Medical Park Dr, Suite C, Brevard, NC 28712-4187

الخدمة المقدمة & كود الفوترة	هل جرى إقرار الخدمة؟	المبلغ الذي حمله المزود على الحساب	المبلغ الذي أقره Medicare	المبلغ الذي دفعه Medicare	الحد الأقصى الذي قد تُطالب به	انظر الى الملاحظات أدناه
الفحوصات الطبية وفحوصات العين للتشخيص والمعالجة، مريض مستحق للخدمة، 1 زيارة أو أكثر (92014)	نعم	143.00 دولار	107.97 دولار	86.38 دولار	21.59 دولار	
إيقاف نمو الجلد (17000)	لا	68.56	0.00	0.00	68.56	أ
المبلغ الكلي للمطالبة رقم 02-10195-592-390		211.56 دولار	107.97 دولار	86.38 دولار	90.15 دولار	ب

ملاحظات بشأن المطالبات الواردة أعلاه

أ تم رفض هذه لخدمة. المعلومات المقدمة لا تدعم الحاجة إلى هذه الخدمة أو العنصر.

ب تم إرسال مطالبتك إلى خطة تأمين Medicare التكميلية الخاصة بك (بوليصة Medigap)، مؤسسة Wellmark BlueCross BlueShield في شمال كارولينا. إرسال إليهم أي أسئلة بخصوص الفوائد الخاصة بك.

كيفية التعامل مع المطالبات المرفوضة أو تقديم الاستئناف

قم بتقديم استئناف كتابة

اتبغ الخطوات التالية:

- 1 قم بتحويل الخدمة/الخدمات او المطالبة/المطالبات التي لا تتفق معها في هذا
- 2 قم بالشرح كتابة عن سبب عدم اتفاقك مع القرار. قم بإدراج شرحك ضمن هذا التقرير و ان احتجت الى مساحة اضافية فقم بإلحاق صفحة منفصلة بهذا
- 3 قم بملى كل ما يلي:

اسمك أو اسم ممتلك الكامل (طباعة)

توقيعك أو توقيع ممتلك

رقم هاتفك

رقم Medicare الخاص بك كاملاً

- 4 قم بإدراج اي معلومات اخرى لديك بخصوص استئنافك. بإمكانك سؤال مؤسستك او مرفقك عن اي معلومات قد تساعدك.

- 5 قم بكتابة رقم Medicare الخاص بك على جميع الوثائق التي ترسلها.

- 6 قم بعمل نسخ من هذا التقرير و جميع الوثائق الداعمة لسجلاتك.

- 7 قم بإرسال هذا التقرير و جميع الوثائق الداعمة الى العنوان التالي:

مكتب مطالبات Medicare

عناية اسم المتعهد

عنوان الشارع

المدينة، الشارع 6789-12345

احصل على المزيد من التفاصيل

إن تم رفض احدى المطالبات فقم بالاتصال بالمستشفى او المرفق او الكتابة لها و اطلب بياناً مفصلاً لاي من المطالبات. تأكد من أنهم قد ارسلوا المعلومات الصحيحة. و إن لم يقوموا بذلك فاطلب من المرفق الاتصال بمكتبنا للمطالبات من أجل تصحيح الخطأ. يمكنك مطالبة المرفق بإرسال بيان مفصل لاي من الخدمات او المطالبات.

اتصل بـ 1-800-MEDICARE او (1-800-633-4227) للمزيد من المعلومات عن قرار الدفع او التغطية ضمن هذا التقرير بما في ذلك القوانين او البوليصات المستخدمة لإتخاذ هذا القرار.

إن لم تتفق مع احد قرارات التغطية او الدفع او مبلغ الدفع في هذا التقرير فبإمكانك الإستئناف

يجب أن تُقدم الإستئنافات كتابة. استخدم النموذج على اليمين. يجب أن يستلم مكتب المطالبات عندنا استئنافك خلال 120 يوماً من تأريخ حصولك على هذا التقرير.

يجب أن نستلم استئنافك بحلول:

13 يوليو 2020

إن كنت بحاجة للمساعدة في تقديم استئنافك

اتصل بنا: اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE او ببرنامج التأمين الصحي للولاية (انظر الى الصفحة رقم 2) من اجل المساعدة قبل تقديم استئنافك الخطي بما في ذلك المساعدة في تعيين ممثل.

اتصل بمؤسستك: اطلب من مؤسستك او مرفقك اية معلومات قد تساعدك.

اطلب المساعدة من صديق: بإمكانك تعيين شخص ما كأن يكون فردا من العائلة أو صديق ما ليكون ممثلاً عنك في عملية الإستئناف.

اعرف المزيد عن الإستئنافات

لمعرفة المزيد عن الإستئنافات قم بقراءة كتيب "انت و Medicare" او قم بزيارة موقعنا الإلكتروني