



Medicare-ի ամփոփիչ ծանուցում

Մաս A –ի համար (Յիվանդանոցային ապահովագրություն)

Էջ 1 4-ից

Medicare և Medicaid ծառայությունների հարցերով կենտրոններից ստացված՝ Ձեր Medicare-ի ապահովագրական պահանջագրերի պաշտոնական ամփոփագիրը

ՋՈՆ ԴՈՈՒ
ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ՀԱՍՑԵ
ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵՆ
CITY, ST 12345-6789

ՍԱ ՎՃԱՐՄԱՆ
ՊԱՅԱՆՁԱԳԻՐ ՉԷ

Ծանուցում Ձոն Դոուլի համար

Medicare-ի համարը	1A23BC4DE56
Այս ծանուցման համարը	15-ը սեպտեմբերի, 2019
Յետևյալ ժամանակահատվածում ընթացք ստացած ապահովագրական պահանջագրերը	Յունիսի 15-ից սեպտեմբերի 15- ը, 2019թ.

Ձեր ապահովագրական պահանջագրերը և ծախսերը նշված ժամանակահատվածում

Արդյո՞ք Medicare-ը հաստատել է բոլոր **ԱՅՈ**
ծառայությունները:

Տե՛ս էջ 2-ը՝ այս ծանուցումը վերստուգելու եղանակը
պարզելու համար:

Ընդհանուր հաշվով Ձեզնից կարող է **\$2,062.50**
գանձվել

Ձեր չհատուցվող գումարի կարգավիճակը

Ձեր չհատուցվող գումարը այն գումարն է, որը Դուք
պետք է վճարեք բազմաթիվ առողջապահական
ծառայությունների համար արտոնությունների
յուրաքանչյուր ժամանակահատվածում՝ նախքան
Medicare-ը կսկսի վճարել:

Չհատուցվող գումարը «A» մասի համար. Այժմ
Դուք հասել եք **ստացիոնար հիվանդանոցային**
ծառայությունների համար չհատուցվող **\$1,184.00**
գումարին՝ 2019թ-ի մայիսի 27-ից սկսված Ձեր
արտոնյալ ժամանակահատվածի համար:

Եղե՛ք տեղեկացված:

Բարի գալուստ Ձեր նոր Medicare-ի ամփոփ
ծանուցում: Այն ունի ավելի պարզ լեզու, ավելի մեծ
տպատառ և Ձեր պահանջագրերի ու չհատուցվող
գումարների վերաբերյալ անհատական
ամփոփագիր: Այս բարելավված ծանուցումը ավելի
լավ է բացատրում, թե ինչպես օգնություն ստանալ
հարցեր ունենալու դեպքում, հայտնել
խարդախության մասին կամ բողոքարկել: Այն
պարունակում է նաև Medicare-ից ստացվող կարևոր
տեղեկատվություն:

Այս ժամանակահատվածում ապահովագրական պահանջագրեր ստացած հաստատությունները

Յունիսի 18-ից հունիսի 21-ը, 2019թ.
Otero Hospital

Ստանալ առավելագույնը Ձեր Medicare-ից

🔍 Ինչպես ստուգել այս ծանուցումը:

Ձեզ ծանոթ են բոլոր հաստատությունների անվանումները:

Ստուգե՛ք ամսաթվերը:

Դուք հաստատում ստացե՛լ եք թվարկված պահանջագրերի համար: Արդյո՞ք դրանք համապատասխանում են Ձեր կտրոնների և վճարման պահանջագրերի վրա նշվածներին:

Եթե Դուք արդեն վճարել եք վճարման պահանջագիրը, արդյո՞ք Դուք վճարել եք ճիշտ գումարը: Ստուգե՛ք, թե որքան կարող է լինել Ձեզինց պահանջվող վճարվելիք առավելագույն գումարը: Պարզե՛ք, թե ապահովագրական պահանջագիրն ուղարկվել է արդյո՞ք Medicare-ի լրացուցիչ ապահովագրության (Medigap) Ձեր պլան կամ մեկ այլ ապահովագրողի: Այդ պլանով կարող է հատուցվել Ձեր բաժնեմասը:

🗨 Ինչպես հայտնել խարդախության մասին

Եթե Դուք կարծում եք, որ որևէ հաստատություն կամ ընկերություն ներգրավված է խարդախ գործունեության մեջ, զանգահարե՛ք մեզ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

Խարդախության օրինակներ կարող են լինեն անվճար բուժժառայությունների առաջակությունները կամ Ձեզ Medicare-ի ծառայությունների վերաբերյալ վճարման պահանջագիր ներկայացնելը, որոնք Դուք չեք ստացել: Եթե մենք պարզենք, որ Ձեր հաղորդման շնորհիվ խարդախություն է բացահայտվել, Դուք կարող եք պարգևատրվել:

Փոփոխությունը կարող է սկսվել Ձեզինց: Անցյալ տարի Medicare-ը խնայել է հարկատուների՝ **\$4.2 միլիարդ գումար՝** ամենամեծ գումարը, որ երբևէ վերականգնվել է մեկ տարվա ընթացքում, շնորհիվ մարդկանց, որոնք կասկածելի գործունեության մասին հայտնել են Medicare-ին:

📞 Ինչպես օգնություն ստանալ Ձեզ հետաքրքրող հարցերի շուրջ

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

Դիմե՛ք «հիվանդանոցային ծառայությունների» համար: Հանախորդների սպասարկման Ձեր կողմն է 05535:

TTY 1-877-486-2048 (լսողական խնդիրներ ունեցողների համար)

Կապ հաստատե՛ք Առողջության ապահովագրության Ձեր նահանգային ծրագրի (SHIP) ներկայացուցիչների հետ՝ առողջության ապահովագրության վերաբերյալ անվճար և տեղում խորհրդատվություն ստանալու համար:

Չանգահարե՛ք **1-555-555-5555:**

🏠 Ձեր արտոնյալ ժամկետները

Ձեր՝ հիվանդանոցում և որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում (SNF) մնալը չափվում է **արտոնյալ օերրով և արտոնյալ ժամկետներով:**

Հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում անցկացրած Ձեր յուրաքանչյուր օրվա հաշվարկը կատարվում է արտոնությունների ժամանակահատվածում առկա արտոնությունների օրերից: Արտոնությունների ժամանակահատվածը մեկնարկում է Ձեր կողմից ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ կամ, որոշ հանգամանքներում, որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում ծառայություններ ստանալու առաջին օրվանից և ավարտվում է այն ժամանակ, երբ Դուք 60 օր շարունակ չեք ստացել ստացիոնար խնամք հիվանդանոցում կամ ստացիոնար մասնագիտական ծառայություններ որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում:

Ստացիոնար հիվանդանոց. Ձեզ մնացել է ապահովագրությամբ փոխհատուցվող 90 արտոնյալ օրերից 56-ը՝ 2019թ-ի մայիսի 27-ից սկսված արտոնյալ ժամկետի համար:

Որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկ. Ձեզ մնացել է ապահովագրությամբ փոխհատուցվող 100 արտոնյալ օրերից 63-ը՝ 2019թ-ի մայիսի 27-ից սկսված արտոնյալ ժամկետի համար:

Տե՛ս «Medicare-ը և Դուք» Ձեր ձեռնարկը՝ արտոնությունների ժամանակահատվածների վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկություններ ձեռք բերելու համար:

📄 Ձեր հաղորդագրությունը Medicare-ից

Ստացե՛ք այնուհանդերձ վարակի դեմ պատվաստում:

Ձեր ամբողջ կյանքի ընթացքում Դուք կարող եք ունենալ դրա կարիքը միայն մեկ անգամ: Կապ հաստատե՛ք Ձեզ առողջապահական ծառայություններ մատուցող մասնագետի հետ այս պատվաստումը ստանալու համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում, եթե Ձեզ առողջապահական ծառայություններ մատուցող մասնագետն ընդունում է Medicare-ի հանձնարարականը:

Հասցեի փոփոխության մասին հայտնելու համար զանգահարե՛ք Սոցիալական ապահովության գրասենյակ 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-325-0778 հեռախոսահամարով:

Վաղ հայտնաբերումը Ձեր լավագույն պաշտպանությունն է: Պլանավորե՛ք Ձեր մամոգրաֆիկ հետազոտությունն այսօր և հիշե՛ք՝ Medicare-ն օգնում է վճարել սկրինինգ տեսակի մամոգրաֆիկ հետազոտության համար:

Ուզու՞մ եք տեսնել Ձեր պահանջագիրն անմիջապես: Ձեր Medicare-ի պահանջագրի բնօրինակը հասանելի է կայքում, սովորաբար Medicare-ի կողմից պանահջագիրը մշակելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Դուք կարող եք օգտագործել «Կապույտ կոճակ» յուրահատկությունը, որը կօգնի Ձեզ հետևել Ձեր անհատական առողջապահական գրանցումներին:

Ինչպես օգնություն ստանալ Ձեզ հետաքրքրող հարցերի շուրջ

«A» մասի ստացիոնար հիվանդանոցային ապահովագրությունն օգնում է վճարել ստացիոնար հիվանդանոցային խնամքի, հիվանդանոցային խնամքին հաջորդող որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում ստացիոնար խնամքի, տնային պայմաններում բժշկական խնամքի և ծանր անբուժելի հիվանդների մասնագիտացված խնամքի համար:

Սյունակների սահմանումները

Մաքսված արտոնությունների օրերը .

Հիվանդանոցում և (կամ) որակավորված բուժքույրական խնամքի հիմնարկում յուրաքանչյուր անգամ մնալու ընթացքում Ձեր կողմից սպառված՝ հատուցված արտոնությունների օրերի թիվը: (Տե՛ս 2-րդ էջը՝ առավել մանրամասն տեղեկությունների և Ձեր արտոնությունների ժամանակահատվածների ամփոփման համար):

Արդյո՞ք ապահովագրական պահանջագիրը

հաստատվել է. Այս սյունակը տեղեկացնում է Ձեզ, թե Medicare-ը հատուցել է ստացիոնար ծառայությունների համար:

Ապահովագրական ծածկույթի մեջ չմտնող վճարումներ՝ Սա այն գումարն է, որ Medicare-ը չի վճարում:

Medicare-ի կողմից վճարված գումարը . Սա այն գումարն է, որ Medicare-ը վճարել է Ձեզ ստացիոնար ծառայություններ մատուցած հաստատությանը:

Ձեր կողմից վճարման ենթակա առավելագույն գումարը . «A» մասով մատուցվող ծառայությունների համար Ձեր կողմից վճարման ենթակա գումարը կարող է ներառել չհատուցվող գումար, համաապահովագրություն՝ Ձեր սպառած արտոնությունների օրերի հիման վրա և այլ գանձումներ:

Medicare-ի «A» մասի ապահովագրական ծածկույթի մասին առավել մանրամասն տեղեկություններ ձեռք բերելու համար տե՛ս «Medicare-ը և Դուք» Ձեր ձեռնարկը:

Հունիսի 18-ից հունիսի 21-ը, 2019թ.

Otero Hospital, (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Ուղեգրվել է Ձեզու Սարմիենտո Ֆորաստիի կողմից

	Օգրագործված արտոնված օրերը	Հաստատվել է արդյոք պահանջագիրը:	Ապահովագրական ծածկույթի մեջ չմտնող վճարումները	Medicare-ի կողմից վճարված գումարը	Առավելագույն գումարը, որը կարող է Ձեզից պահանջվել վճարել	Տե՛ս ստորև նշված ծանոթագրությունները
Արտոնության ժամկետը՝ սկսված 2019թ.-ի մայիսի 24-ից	4 օր	Այո	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	
Ընդհանուրը #20905400034102 պահանջագրի համար			\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	A,B

Նշումներ վերոնշյալ պահանջագրի վերաբերյալ

- A** Օրերը հանվել են Ձեր ընդհանուր ստացիոնար հիվանդանոցային արտոնություններից այս արտոնված ժամանակահատվածի համար: Ավելի շատ մանրամասներ առկա են «Ձեր արտոնյալ ժամկետները» բաժնի 2-րդ էջում:
- B** \$2,062.50 գումար կիրառվել է Ձեր՝ որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատության համաֆինանսավորման վրա:

Ինչպես վարվել մերժված ապահովագրական պահանջագրերի դեպքում կամ բողոք ներկայացնել

Ավելի մանրամասն տեղեկություններ ստացեք

Եթե պահանջագիրը մեծվել է, զանգահարեք կամ գրեք մատակարարին և խնդրեք նրանից ցանկացած պահանջագրի մանրամասն քաղվածքը: Համոզվեք, որ նրանք ուղարկել են ճիշտ տեղեկություններ: Եթե ոչ, խնդրեք մատակարարին կապվել մեր պահանջագրերի գրասենյակի հետ՝ սխալն ուղղելու համար: Դուք կարող եք մատակարարից պահանջել հաշվի մանրամասն քաղվածքը զանկացած ծառայության կամ պահանջագրի համար:

Չանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով այս ծանուցման մեջ նշված ապահովագրական ծածկույթի կամ վճարման վերաբերյալ որոշման, ինչպես նաև որոշումը կայացնելու համար կիրառված օրենքների կամ քաղաքականությունների մասին առավել մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար:

Դուք կարող եք մատակարարից պահանջել հաշվի մանրամասն քաղվածքը զանկացած ծառայության կամ պահանջագրի համար:

Բողոքարկումը պետք է ուղարկվի գրավոր կերպով:

Օգտագործե՛ք աջ կողմում գտնվող ձևը: Ապահովագրական պահանջագրերի հարցերով մեր գրասենյակը պետք է ստանա Ձեր բողոքը Ձեր կողմից այս ծանուցումը ստանալու ամսաթվից հետո 120 օրվա ընթացքում:

Մենք պետք է ստանանք Ձեր բողոքը մինչև՝

21-ը հունվարի, 2020թ.

Եթե բողոքարկումն ուղարկելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք

Կապ հաստատեք մեզ հետ՝ Չանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով կամ Առողջության ապահովագրության Ձեր նահանգային ծրագրի ներկայացուցիչներին (տե՛ս էջ 2) օգնության համար՝ նախքան Ձեր գրավոր բողոքը ներկայացնելը, ինչպես նաև ներկայացուցիչ նշանակելու հարցի վերաբերյալ օգնություն ստանալու համար:

Չանգահարե՛ք Ձեր հաստատություն՝ Պահանջե՛ք Ձեր հաստատությունից ցանկացած տեղեկություն, որ կարող է օգնել Ձեզ:

Օգնություն խնդրե՛ք Ձեր ընկերոջից՝ Դուք կարող եք որևէ մեկի, ինչպես օրինակ՝ Ձեր ընտանիքի անդամին կամ ընկերոջը նշանակել որպես Ձեր ներկայացուցիչ բողոքարկման գործընթացի ընթացքում:

Բողոքարկման մասին իմացեք ավելին

Բողոքարկումների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար կարդացեք Ձեր «Medicare-ը և Դուք» ձեռնարկը կամ այցելեք մեզ առցանց՝ [.կայքի միջոցով](#):

Ներկայացրե՛ք գրավոր բողոք

Չե՛տևե՛ք հետևյալ քայլերին՝

- 1 Շրջանակի մեջ վերցրեք այս ծանուցման մեջ նշված ծառայություն(ներ)ը կամ պահանջագիր(գրեր)ը, որոնց հետ Դուք համաձայն չեք:
- 2 Գրավոր կերպով բացատրեք, թե ինչու համաձայն չեք որոշման հետ: Ներառե՛ք Ձեր բացատրությունն այս ծանուցման մեջ կամ, եթե Ձեզ ավելի մեծ տարածք է անհրաժեշտ, առանձին էջ կցեք այս ծանուցմանը:
- 3 Լրացրեք հետևյալ բոլոր կետերը՝
Ձեր կամ Ձեր ներկայացուցչի ամբողջական անունը (տպատառ)

Ձեր կամ Ձեր ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ձեր հեռախոսահամարը

Ձեր Medicare-ի ամբողջական համարը

- 4 Ներառեք Ձեր բողոքարկման հետ կապված ցանկացած այլ տեղեկություն: Դուք Ձեր հաստատությունից կարող եք պահանջել ցանկացած տեղեկություն, որ կօգնի Ձեզ:
- 5 Գրեք Ձեր Medicare-ի համարը Ձեր ուղարկած բոլոր փաստաթղթերի վրա:
- 6 Պատճենահանեք այս ծանուցումը և բոլոր օժանդակ փաստաթղթերը Ձեզ համար:
- 7 Փոստով ուղարկեք այս ծանուցումը և բոլոր օժանդակ փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով՝

Medicare Claims Office (Medicare-ի ապահովագրական պահանջագրերի հարցերով գրասենյակ) c/o Կապալառուի անունը Փողոցի հասցեն Բաղաքը, ST 12345-6789