



メディケア サマリー通知

パート A 用 (医療保険)

メディケアおよびメディケイド・サービスセンターからメディケアの請求を行う公式要旨

ジョン ドウ
一時的なアドレス名
住所
市、ストリート 12345-6789

これは請求書ではありません

ジョン ドウ様への通知

メディケア番号	1A23BC4DE56
本通知書の日付	2019年9月15日
あなたの請求と	2019年6月15日 - 9月15日

今期の費用間で処理される請求

メディケアはすべてのサービスを認めましたか? はい

本通知の確認方法は、2 ページをご覧ください。

合計請求額 **2,062.50** ドル

控除可能ステータス

定額控除とは、メディケアによる支払が開始される前に、ほとんどの保険サービスの各給付機関に支払わなければならないものです。

パート A 定額控除: 2019年5月27日に開始された給付期間中、入院中の病院のサービス料で **1,184.00** ドルが減額されました。

今期の請求機関

2019年6月18日～6月21日

Otero 病院

お知らせします。

新しくなったメディケアサマリー通知へようこそ。明確な言葉遣い、より大きな文字、そして一人一人の請求と控除合計をご確認いただけます。この改善された通知によって、質問で助けを得る方法、偽造を報告する方法、または上訴する方法をよりよく説明できるようになりました。また、メディケアからの重要な情報も含まれています。

メディケアを最大限に活用

🔍 本通知の確認方法

各施設の名称がわかりますか？
日付を確認してください。

請求を記載してもらいましたか？あなたの領収書および請求書に記載された内容と、その請求書は合っていますか？

既に請求書の支払いを済ませている場合は、正しい金額を支払いましたか？請求される最大金額を確認します。請求書が、メディケア補充保険(Medigap)プランあるいは他の保険会社に送られたかどうかを確認します。そのプランが、あなたの分担金を支払います。

🗨️ 偽造を報告する方法

施設あるいは事業者が詐欺に関与していると思った場合は、こちらまでお電話ください 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

偽造の例としては、無料の医療サービスの提供や、受けていないメディケアサービス代金の請求などがあります。情報提供により詐欺が発見できれば、あなたには報酬を受ける資格が与えられます。

違いが生まれます! 昨年、メディケアは疑わしい活動をメディケアに報告した方々のおかげで、1年で最大の回収額である **42 億ドル** を納税者から削減しました

🗨️ 質問で助けを得る方法

1-800-メディケア(1-800-633-42270)

「病院のサービス」を求めるあなたの顧客サービスコードは 05535 です。

TTY 1-877-486-2048 にお問い合わせください。

お住いの州健康保険プログラム(SHIP)にお問い合わせの上、無料の地方健康保険カウンセリングを受けてください。 **1-555-555-5555** にお問い合わせください。

📅 履歴期間

あなたの病院および熟練介護施設 (SNF) での滞在は、**給付日数**および**給付期間**で測定されます。病院またはSNFにいた日はすべて、その給付期間の給付日数に計算されます。給付期間は、あなたが最初に入院サービスを受けた日、あるいは場合によってはSNFのサービスを受けた日から開始します。60日間連続して、病院で入院治療を、あるいはSNFで施設内の専門ケアを受けなかった場合は、給付期間は終了します。

入院した病院: 2019年5月27日に始まった給付期間は、**給付日数 90 日**のうち **56 日**が残っています。

高度看護施設: 2019年5月27日に始まった給付期間は、**給付日数 100 日**のうち **63 日**が残っています。

「Medicare & You」のハンドブックで、給付期間に関する詳しい情報をご覧ください。

📧 メディケアからのメッセージ

肺炎球菌ワクチンの接種を受けましょう。 受ける回数は、生涯で1回のみです。この接種については、医療ケア提供者までお問い合わせください。あなたの医療ケア提供者がメディケアの割り当てを認めた場合、あなたは支払う必要はありません。

住所変更を報告するには、1-800-772-1213 の 社会保障に連絡してください。TTY ユーザーは 1-800-325-0778 までご連絡ください。

初期の検知が最高の保護策となります。 今すぐマンモグラムの計画を立てましょう。メディケアでは、マンモグラム検査の支払いを支援します。

請求をすぐにご確認されたいですか？ メディケアが請求を処理してから通常 24 時間以内に、www.MyMedicare.gov で元のメディケア請求にアクセスが可能です。個人的な健康記録を追跡しやすくするために、「青いボタン」機能を使うことができます。

パート A (入院保険)の入院請求

パート A の入院保険は、入院患者の治療、および入院に続く高度看護施設での入所ケア、家庭内ヘルスケア、病院ケアの支払いに役立ちます。

欄の定義

使用した給付金適用日: 病院あるいは高度看護施設での滞在中に使用した給付金適用日の日数。(詳しい情報と給付期間の要旨は 2 ページをご覧ください。)

請求が承認されましたか? この欄では、メディケアが入院日数に適用されたかどうかについてお知らせします。

対象外の料金: これは、メディケアが支払わなかった金額です。

メディケアが支払った金額: これは、入院施設に対してメディケアが支払った金額です。

請求される最大金額: パート A のサービスに対してあなたに請求される金額には、定額控除、使用した給付期間に基づく共同保険、他の料金が含まれる場合があります。

メディケアパート A の適用に関する詳細情報は、「Medicare & You」をご覧ください。

2019 年 6 月 18 日～6 月 21 日

Otero 病院(555) 555-1234

私書箱 1142、Manati, PR 00674

ジーザス・サルミエント・フォラスティ

	使用された 給付日数	申し立ては 承認されま したか?	対象外の 料金	支払済みの メディケア の金額	最大可能 請求額	以下の 注をご 覧くだ さい
2019 年 5 月 27 日利益期間開始	4 日	はい	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	
請求#20905400034102 合計			\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	A、B

上記の請求に関する注記

- A** この給付期間については、入院中の病院の全給付から日数が差し引かれます。詳細については、2 ページの「給付期間」を参照してください。
- B** 2,062.50 ドルがあなたの熟練した看護施設の共同保険に適用されました。

却下された請求の処理方法あるいは申し立て方法

詳細を参照する

請求が拒否された場合は、病院または施設に電話または書面で問い合わせ、請求に関する明細を依頼してください。病院側が正しい情報を送付するよう確認してください。そうでない場合は、施設に対して、当局の請求局まで連絡して誤りを訂正するように依頼してください。施設にサービスまたは請求に関する項目別の説明を求めることができます。

本通知の適用あるいは支払い決定に関する情報は 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)までご連絡ください。これには決定を行う際に使用された法律あるいは方針が含まれます。

この通知に関する補償範囲の決定、支払いの決定、または支払い金額に同意しない場合は、上訴することができます。

上訴は書面で提出しなければなりません。右側のフォームを使用してください。請求局では、あなたが本通知書を受け取ってから 120 日以内に、申し立てを受け取らなければなりません。

当局があなたからの申し立て書類を受け取らなければならない期日:

2020 年 1 月 21 日

上訴を提出する際、サポートが必要な場合

問い合わせ: 代表者の任命を含め、書面による申し立てを行う前に、1-800-MEDICARE あるいは州健康保険プログラム(2 ページ参照)までお電話下さい。

施設に電話する: 施設に、支援してくれる情報を求めましょう。

友人に支援を求める: 申し立てのプロセスでああなたの代表となる、家族あるいは友人など誰か他の人を任命することもできます。

上訴に関する詳細を確認する

上訴に関するより詳細を確認するには、「メディケアとお客様」のハンドブックを読むか、www.medicare.gov/appeals をオンラインでご確認ください。

書面で申し立てを行う

以下のステップに従ってください:

- 1 この通知上で、同意しないサービスまたは請求に丸を付けてください。
- 2 なぜ同意しないのかを記入してください。本通知書に説明を記入するか、さらにスペースが必要な場合は本通知書に別のページを添付してください。
- 3 下記を全て記入してください。
あなた、あるいは代表者のフルネーム
(活字体)

あなたの電話番号

完全なメディケアの番号

- 4 上訴に関して他の情報があれば記入してください。施設に対して、役に立つ情報を求めることもできます。
- 5 送付するドキュメント全てにメディケア番号を記入してください。
- 6 記録のためにこの通知と関連するドキュメント全てをコピーしてください。
- 7 この通知と関連するドキュメントを下記住所に送ってください。

メディケア請求局

契約者名

住所

市、ストリート 12345-6789