Fiche médicale récapitulative Medicare
pour la Partie B (Assurance médicale)

Récapitulatif officiel de vos demandes Medicare auprès du Centre de services Medicare et Medicaid

John Doe
NOM A L'ADRESSE TEMPORAIRE
ADRESSE POSTALE
VILLE, ST 12345-6789

CECI N'EST PAS UNE FACTURE

Fiche pour John Doe

Numéro Medicare	**1A23BC4DE56**
Date de cette fiche	**vendredi 1 mars 2019**
Demandes effectuées entre	**1 janvier–1 mars 2019**

Le statut de votre franchise

Votre franchise est la somme que vous devez payer pour tous les services de santé avant que Medicare ne commence à les régler.

Franchise de la partie B : Vous avez réglé **$ 85.00** de votre franchise d'un montant de **$ 147.00** pour 2019**.**

Restez informés !

Bienvenue sur votre Fiche médicale récapitulative Medicare ! Elle est rédigée en langage clair, en gros caractères et contient un résumé personnel de vos demandes et franchises. Cette fiche améliorée vous explique comment obtenir une réponse à vos questions, signaler une fraude ou former un recours. Elle contient également des informations importantes concernant Medicare !

Vos demandes et frais pour cette période

Medicare a-t-elle approuvé tous les services ?	**NON**
Nombres de services refusés par Medicare ?	**1**

Voir les demandes à partir de la page 3. Cherchez **NON** dans la colonne « Service approuvé ? ». Rendez-vous à la dernière page pour voir comment gérer une demande rejetée.

Somme pouvant vous être facturée	**$ 90.15**

Demandes des fournisseurs à cette period

21 janvier 2019
Craig I. Secosan, M.D.

Tirez le meilleur de votre Medicare

Comment vérifier cette fiche

Reconnaissez-vous le nom de chaque médecin ou fournisseur ? Vérifiez les dates. Aviez-vous un rendez-vous ce jour-là ?

Avez-vous acheté les services répertoriés ? Correspondent-ils à ceux indiqués sur vos reçus et factures ?

Si vous avez déjà réglé la facture, avez-vous réglé le bon montant ? Vérifiez le maximum que l'on peut vous facturer. Vérifiez si la demande a été envoyée à votre plan d'assurance Medicare Supplement (Medigap) ou à un autre assureur. Ce plan peut peut-être payer votre part.

Comment signaler une fraude

Si vous pensez que votre fournisseur ou toute autre société est impliqué dans une fraude, appelez-nous au 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Plusieurs exemples de fraudes offrent des services médicaux gratuits ou vous facturent des services Medicare que vous n'obtenez pas. Si votre signalement permet de découvrir un cas de fraude, vous pourrez obtenir une récompense.

Vous pouvez faire la différence ! L'année dernière, Medicare a permis de faire économiser **4,2 milliards de dollars** aux contribuables, la somme la plus importante récupérée en une année, grâce aux personnes ayant signalé des activités suspectes à Medicare.

Comment obtenir une réponse à vos questions

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Demandez « service des médecins ». Votre code service client est le 05535.

TTY 1-877-486-2048 (pour les personnes malentendantes)

Contactez votre State Health Insurance Program (SHIP) gratuitement, pour une consultation locale de votre assurance santé. Appelez le **1-555-555-5555**.

Services préventifs Medicare

Medicare couvre plusieurs examens gratuits et à bas coût ainsi que des dépistages afin que vous restiez en bonne santé. Pour plus d'informations sur les services préventifs :

- Parlez-en à votre médecin.
- Reportez-vous au manuel « Medicare & You » pour une liste complète.
- Rendez-vous sur www.MyMedicare.gov pour une liste personnalisée.

Vos messages de Medicare

Obtenez un vaccin anti pneumococcique. Vous n'en avez besoin qu'une fois dans votre vie. Contactez votre prestataire de soins de santé pour vous faire vacciner. Vous n'avez rien à payer si celui-ci accepte votre assurance Medicare.

Pour signaler un changement d'adresse, contactez votre Sécurité Sociale au 1-800-772-1213. Les utilisateurs d'ATME doivent appeler ce numéro: 1-800-325-0778.

Le dépistage précoce est votre meilleur protection. Programmez votre mammographie aujourd'hui, et n'oubliez pas que Medicare vous aide à payer les mammographies de dépistage.

Vous voulez-voir vos demandes dès maintenant ? Accédez à vos demandes Medicare Original sur www.MyMedicare.gov, dans les 24 heures après traitement de votre demande par Medicare. Vous pouvez utiliser la fonctionnalité « Bouton bleu » pour vous aider à garder une trace de votre dossier médical personnel.

Vos demandes pour la Partie B (Assurance médicale)

L'assurance médicale pour la Partie B vous aide à régler les services médicaux, les tests de dépistage, les services d'ambulance ainsi que d'autres services de santé.

Définition des colonnes

Service approuvé ? : Cette colonne vous indique si Medicare couvre ce service.

Montant du fournisseur facturé : Il s'agit de frais introduits par le fournisseur pour ce service.

Montant approuvé par Medicare : Il s'agit du montant à régler au fournisseur pour un service Medicare. Ce montant peut être inférieur au montant réel facturé par le fournisseur.Votre fournisseur a accepté ce montant afin de lui régler les services couverts. Medicare paye 80 % du montant qu'elle a approuvé.

Montant Medicare payé : C'est le montant réglé au fournisseur par Medicare. Cela correspond à 80 % du montant qu'elle a approuvé.

Maximum que l'on peut vous facturer Il s'agit du montant maximum que le fournisseur est autorisé à vous facturer, cela peut inclure une franchise, une coassurance et tous frais non couverts. Si vous disposez d'une assurance Medicare Supplement (politique Medigap) ou de toute autre assurance, celle-ci peut prendre en charge tout ou partie de ce montant.

21 janvier 2019

Craig I. Secosan, M.D., (555) 555-1234

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

Service fourni et code de facturation	Service approuvé ?	Montant du fournisseur facturé	Montant approuvé par Medicare	Montant Medicare payé	Maximum que l'on peut vous facturer	Reportez-vous aux notes ci-dessous
Examens ophtalmologiques et médicaux pour diagnostic ou traitement, pour un patient, 1 ou plusieurs visites (92014)	Oui	$ 143.00	$ 107.97	$ 86.38	**$ 21.59**	
Destruction des tissus de la peau (17000)	**NON**	$ 68.56	$ 0.00	$ 0.00	**$ 68.56**	**A**
Total pour la demande #02-10195-592-390		$ 211.56	$ 107.97	$ 86.38	**$ 90.15**	**B**

Notes concernant les demandes listées ci-dessus

A **Ce service a été refusé.** Les informations fournies ne conviennent pas de la nécessité de ce service ou cet élément.

B **Votre demande a été envoyée à votre assurance Medicare Supplement (politique Medigap), Wellmark BlueCross BlueShield en Caroline du Nord.** N'hésitez pas à les contacter pour toute question.

Que faire si une demande a été rejetée, comment former un recours

Obtenir plus de détails

Si une demande a été rejetée, appelez ou écrivez à votre hôpital ou structure et demandez un relevé détaillé pour toute demande. Assurez-vous qu'ils envoient les bonnes informations. Si ce n'est pas le cas, demandez à votre structure de contacter notre bureau des demandes d'indemnités pour corriger toute erreur. Vous pouvez demander un relevé détaillé à votre structure pour tout service ou demande.

Appelez 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour plus d'informations concernant les décisions prises pour la couverture ou le paiement indiqués dans cette fiche, y compris sur les lois et politiques utilisées pour rendre cette décision.

Si vous n'êtes pas d'accord avec une décision concernant la couverture, le paiement ou le montant payés indiqués sur cette fiche, vous pouvez former un recours

Les recours doivent être formés par écrit. Utilisez le formulaire situé à droite. Notre bureau des demandes d'indemnités doit recevoir votre recours dans les 120 jours à compter de la date de réception de cette fiche.

Nous devons recevoir votre recours d'ici le :

13 juillet 2020

Si vous avez besoin d'aide pour former votre recours

Contactez-nous : Appelez le 1-800-MEDICARE ou votre State Health Insurance Program (SHIP, voir page 2) pour obtenir de l'aide avant de former votre recours par écrit. Vous recevrez également l'aide d'un représentant.

Contactez votre structure : Demandez à votre structure toute information pouvant vous être utile.

Demandez à un ami de vous aider : Vous pouvez nommer un tiers, tel qu'un membre de votre famille ou un ami, pour vous représenter tout au long du processus de recours.

Plus d'informations sur les recours

Pour plus d'informations concernant les recours, reportez-vous au manuel « Medicare & You » ou rendez-vous sur www.medicare.gov/appeals.

Former un recours par écrit

Suivez les différentes étapes :

1. Entourez le ou les services ou demandes avec lesquels vous n'êtes pas d'accord sur cette fiche.
2. Par écrit, expliquez pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec cette décision. Rédigez votre explication sur cette fiche ou, si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille supplémentaire.
3. Indiquez les éléments suivants :
   Votre nom complet ou celui de votre représentant (en caractères d'imprimerie)

   Votre numéro de téléphone

   Votre numéro Medicare complet
4. Indiquez toute autre information pouvant être utile à votre recours Vous pouvez demander à votre structure toute information pouvant vous être utile.
5. Indiquez votre numéro Medicare sur tous les documents que vous envoyez.
6. Conservez une copie de cette fiche ainsi que de tout autre document.
7. Envoyez cette fiche ainsi que tous les autres documents utiles à l'adresse suivante :

   Medicare Claims Office
   (Bureau des demandes d'indemnités Medicare)
   c/o Nom du contractant
   Adresse postale
   Ville, ST 12345-6789