

# اطلاعیه شرح بیمه صحی Medicare راجع به بخش الف ( بیمه شفاخانه )



شرح رسمی پرداخت مصارف خدمات صحی از طرف مرکز خدمات صحی بیمه Medicare و Medicaid

جان دو

TEMPORARY ADDRESS NAME

STREET ADDRESS

CITY, ST 12345-6789

## لیست هذه بفاتورة

### مطالبات و هزینه‌های شما در این دوره

آیا Medicare همه خدمات را تایید می‌کند؟  
بله  
روش بازبینی این اطلاعات در صفحه 2 شرح داده شده است.

مبلغ کل احتمالی صورتحساب شما \$2,062.50

### قابل توجه جان دو (John Doe)

شماره Medicare XXXXX1234

تاریخ این اطلاعیه 15 سپتامبر 2019

مطالبات رسیدگی شده 15 ژوئن -  
در بازه 15 سپتامبر 2019 - 15 سپتامبر 2019

### مراکز دارای مطالبه در این دوره

18 ژوئن - 21 سپتامبر 2019  
بیمارستان اوترو (Otero)

### وضعیت فرانشیز شما

فرانشیز به مبلغی گفته می‌شود که باید در هر دوره مزایا بابت بیشتر خدمات درمانی بپردازید تا Medicare بتواند برای پرداخت هزینه‌ها اقدام کند.

**فرانشیز قسمت A:** کتون باید فرانشیز \$1,184.00 مربوط به خدمات بستری بیمارستانی را برای دوره مزایایی که از 27 می 2019 آغاز می‌شود، برآورده کنید.

### آگاه باشید!

به اطلاعیه خلاصه Medicare خوش آمدید! این سند دارای زبان ساده و چاپ درشت و حاوی خلاصه‌ای شخصی از مطالبات و میالغ فرانشیز شماست. این اطلاعیه اصلاح شده روش دریافت پاسخ پرسش‌ها، اعلام موارد تخلف یا اعتراض را بهتر شرح می‌دهد. همچنین حاوی اطلاعات مهمی درباره Medicare است!

## استفاده بهینه از خدمات Medicare

### روش بازبینی این اطلاعیه

آیا نام تک تک مراکز را می دانید؟  
تاریخها را بررسی کنید.

آیا مطالبات فهرست شده را دریافت کرده اید؟ آیا با موارد  
مندرج در رسیده ها و صورت حساب های شما مطابقت دارند؟

اگر قبلاً صورت حساب را پرداخته اید، آیا مبلغ درست را  
پرداخته اید؟ بیشینه مبلغی را که ممکن است به حساب  
شما منظور شود، بررسی کنید. ارسال مطالبه به پلان  
بیمه تکمیلی Medicare (Medigap) یا بیمه کننده دیگر  
را بررسی کنید. آن پلان ممکن است سهم شما را  
بپردازد.

### دوره مزایا

اقامت شما در بیمارستان و مرکز پرستاری تخصصی  
(SNF) بر حسب روزهای مزایا و دوره های مزایا  
سنجیده می شود. هر روز اقامت در بیمارستان یا SNF  
جزو روزهای مزایا در آن دوره مزایا محسوب می شود.  
دوره مزایا از روز دریافت نخستین خدمات بستری  
بیمارستانی، یا در شرایط خاص، خدمات SNF، آغاز  
می شود و زمانی پایان می یابد که به مدت 60 روز پیایی  
دیگر از خدمات بستری بیمارستانی یا مراقبت  
آسایشگاهی همراه بستری در SNF استفاده نکنید.

**بیمارستان بستری: 56 روز از 90 روز مزایای تحت پوشش**  
برای دوره مزایای آغاز شده از 27 می 2019 باقی مانده است.

**آسایشگاه تخصصی: 63 روز از 100 روز مزایای تحت پوشش**  
برای دوره مزایای آغاز شده از 27 می 2019 باقی مانده است.

برای کسب اطلاعات درباره دوره های مزایا به «کتابچه Medicare و شما» مراجعه کنید.

### روش اعلام موارد تخلف

اگر فکر می کنید که مرکز یا شرکت خاصی مرتکب تخلف شده است، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با ما تماس بگیرید.

از مصادیق تخلف می توان به پیشنهاد ارائه خدمات پزشکی رایگان یا صدور صورت حساب بابت خدمات Medicare ارائه نشده، اشاره کرد. اگر تشخیص دهیم که راهنمایی شما باعث کشف تخلف شده است، ممکن است به شما پاداش بدهیم.

می توانید تاثیرگذار باشید! سال گذشته، Medicare به کمک افرادی که فعالیت های مشکوک را به Medicare گزارش کرده بودند، مانع اتلاف \$4.2 میلیارد از وجوه مالیات پردازان شد. این مبلغ بیشترین رقمی است که تا کنون در یک سال بازپایی شده است.

### رسائلك من پیام Medicare به شما

واکسن سینه پهلو دریافت کنید. ممکن است فقط یک بار در زندگی به آن نیاز پیدا کنید. برای دریافت این واکسن با ارائه دهنده خدمات درمانی خود تماس بگیرید. اگر ارائه دهنده خدمات درمانی ارجاع Medicare را بپذیرد، هزینه ای به شما تحمیل نمی شود.

برای اعلام تغییر نشانی، با شماره 1-800-772-1213 یا «تامین اجتماعی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره زیر تماس بگیرند 1-800-325-0778.

تشخیص زودهنگام بهترین نوع محافظت است. همین امروز برای ماموگرافی نوبت بگیرید و فراموش نکنید که Medicare به تامین هزینه ماموگرافی غربالگری کمک می کند.

می خواهید مطالبات خود را فوری ببینید؟ مطالبات Original Medicare را می توانید در [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ببینید. مطالبات معمولاً ظرف 24 ساعت پس از رسیدگی Medicare به آنها در دسترس شما قرار می گیرد. برای نگهداری اسناد پزشکی شخصی می توانید از قابلیت «دکمه آبی» (Blue Button) استفاده کنید.

### روش دریافت پاسخ پرسشها

1-800-Medicare (1-800-633-4227)

خواستار «خدمات بیمارستانی» شوید. کد سرویس مشتری شما 05535 است.

1-877-486-2048 (برای افراد دچار اختلال شنوایی)

محلی با «برنامه بیمه درمانی ایالتی» (SHIP) خود تماس بگیرید. با شماره 1-555-555-5555 تماس بگیرید.

## مطالبات بستری برای قسمت A (بیمه بیمارستانی)

هزینه‌های بدون پوشش: این همان مبلغی است که Medicare پوشش نمی‌دهد.

مبلغ پرداختی Medicare: این مبلغی است که Medicare به مرکز بستری شما می‌پردازد.

حداکثر مبلغی که ممکن است به حساب شما منظور

شود: مبلغی که ممکن است بابت خدمات «قسمت A» به حساب شما منظور شود، فرانشیز، سهم بیمه بر مبنای روزهای مزایای استفاده شده و هزینه‌های دیگر را شامل می‌شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش «Medicare قسمت A»، به «کتابچه Medicare و شما» مراجعه کنید.

«بیمه بستری بیمارستانی قسمت A» به تامین هزینه‌های مراقبت بستری بیمارستانی، مراقبت بستری در آسایشگاه تخصصی پس از ترخیص از بیمارستان، مراقبت بهداشتی در منزل و مراقبت در بیمار سرا کمک می‌کند.

### تعاریف ستون‌ها

روزهای مزایای استفاده شده: تعداد روزهای مزایای تحت پوشش که در هر دوره بستری بیمارستانی و/یا اقامت در آسایشگاه تخصصی استفاده می‌کنید. (برای کسب اطلاعات بیشتر و مشاهده خلاصه دوره‌های مزایا به صفحه 2 مراجعه کنید.)

تایید مطالبه؟: این ستون به شما می‌گوید که آیا Medicare اقامت بستری را پوشش داده است یا خیر.

18 ژوئن – 21 سپتامبر 2019

بیمارستان اوترو، 555-1234 (555)

PO Box 1142, Manati, PR 00674

ارجاع‌دهنده: جسوس سارمینتو فوراستی (Jesus Sarmiento Forasti)

به نکات زیر توجه کنید	حداکثر مبلغی که ممکن است به حساب شما منظور شود	مبلغ پرداختی Medicare	هزینه‌های بدون پوشش	تایید مطالبه؟	روزهای مزایای استفاده شده
	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	بله	دوره مزایا از 27 می 2019 4 روز
ا، ب	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00		مبلغ کل مربوط به مطالبه شماره 20905400034102

### نکات مربوط به مطالبه بالا

**A** روزها از کل مزایای بستری بیمارستانی مربوط به این دوره مزایا کسر می‌شود. اطلاعات بیشتر در بخش «دوره‌های مزایا» در صفحه 2 ارائه شده است.

**B** \$2,062.50 درباره سهم بیمه آسایشگاه تخصصی شما اعمال شده است.

# روش رسیدگی به مطالبات رد شده یا اعتراض

## دریافت اطلاعات بیشتر

اگر مطالبه رد شود، باید تلفنی یا کتبی با بیمارستان یا مرکز مرتبط تماس بگیرید و خواستار صورت حساب تفکیکی مطالبه شوید. از درستی اطلاعات دریافتی مطمئن شوید. اگر به درخواست شما پاسخ ندادند، از آنها بخواهید که با دفتر رسیدگی به مطالبات ما تماس بگیرند تا مشکل برطرف شود. می‌توانید صورت حساب تفکیکی تک تک خدمات یا مطالبات را از مرکز مرتبط درخواست کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش یا تصمیم پرداخت مندرج در این اطلاعیه، شامل قوانین یا سیاست‌های مبنای تصمیم‌گیری، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

## در صورت مخالف بودن با رای پوشش، رای پرداخت یا مبلغ پرداخت مندرج در این اطلاعیه، می‌توانید اعتراض کنید

اعتراض باید کتبی تسلیم شود. از فرم سمت راست استفاده کنید. اعتراض باید ظرف 120 روز از تاریخ دریافت این اطلاعیه به دفتر رسیدگی به مطالبات برسد.

اعتراض شما باید تا تاریخ زیر به دست ما برسد:

21 ژانویه 2020

## اگر در زمینه اعتراض به راهنمایی نیاز داشتید

تماس با ما: برای دریافت راهنمایی در زمینه طرح اعتراض کتبی، شامل تعیین نماینده، با 1-800-MEDICARE یا «برنامه بیمه درمانی ایالتی» (صفحه 2) تماس بگیرید.

با مرکز خود تماس بگیرید: اطلاعاتی را که ممکن است سودمند واقع شود، از مرکز خود بپرسید.

از دوستان‌تان کمک بخواهید: می‌توانید یکی از دوستان یا بستگان‌تان را به عنوان نماینده خود در فرآیند رسیدگی به اعتراض معرفی کنید.

## اطلاعات بیشتر درباره اعتراض

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اعتراض، به «کتابچه Medicare و شما» یا نشانی [www.medicare.gov/appeals](http://www.medicare.gov/appeals) مراجعه کنید.

## ارائه اعتراض کتبی

این مراحل را طی کنید:

- 1 دور خدمت (خدمات) یا مطالبه (مطالبات) مندرج در این اطلاعیه که به آنها اعتراض دارید، خط بکشید.
- 2 دلیل مخالفت خود با تصمیم گرفته شده را کتباً توضیح دهید. توضیحات خود را در این اطلاعیه درج کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز داشتید، برگه دیگری را به این اطلاعیه پیوست کنید.
- 3 همه اطلاعات زیر را وارد کنید:  
نام کامل خودتان یا نماینده‌تان (با حروف بزرگ غیرشکسته)

شماره تلفن خودتان

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره کامل Medicare خودتان

- 4 اطلاعات دیگری را که به اعتراض خود مربوط می‌دانید، درج کنید. اطلاعاتی را که ممکن است سودمند واقع شود، از مرکز مرتبط بپرسید.

- 5 شماره Medicare خود را روی همه اسنادی که می‌فرستید، بنویسید.

- 6 از این اطلاعیه و همه اسناد مرتبط رونوشت تهیه کنید و نزد خود نگه دارید.

- 7 این اطلاعیه و اسناد مرتبط را به نشانی زیر بفرستید:

**Medicare Claims Office**  
**c/o Contractor Name**  
**Street Address**  
**City, ST 12345-6789**