



Medicare-ի ամփոփիչ ծանուցագիր մաս B-ի համար (Բժշկական 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
ՔԱՂԱՔ ST 12345-6789

ՍԱ ԿՃԱՐՄԱՆ
ՊԱՅՎԱՆՁԱԳԻՐ ՉԷ

Ծանուցում Ձոն Դոուի համար

Medicare-ի համարը	XXXXX1234
Այս ծանուցման համարը	1-ը մարտի, 2019թ
Չետկյալ ժամանակահատվածում ընթացք ստացած ապահովագրական պահանջագրերը	Չունկարի 1-ից մարտի, 2019

Ձեր ապահովագրական պահանջագրերը և ծախսերը նշված ժամանակահատվածում

Արդյո՞ք Medicare-ը հաստատել է բոլոր
ծառայությունները: ՈՉ

Medicare-ի կողմից մերժված
ծառայությունների քանակը՝ 1

Տե՛ս ապահովագրական պահանջագրերը
սկսած էջ 3-ից: Փնտրեք ՈՉ «Ծառայություն
ընդունված է» սյունյակում: Տե՛ս վերջին էջը
մերժված ապահովագրական
պահանջագրերի դեպքում ձեռնարկվող
քայլերի համար:

Ընդհանուր գումարը, որ կարող է Ձեզից
պահանջվել \$90.15

Ձեր չհատուցվող գումարի կարգավիճակը

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

Չհատուցվող գումարը «B» մասի համար. Ձեր գումարն
արդեն հասել է **\$85.00**-ի՝ 2019 թ-ին Ձեզ համար
նախատեսված չհատուցվող **\$147.00** գումարի չափից:

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 պահանջագիր ունեցող մատակարարները

21-ը հուլիսի, 2019
Craig I. Secosan, M.D.

Ստանալ առավելագույնը Ձեր Medicare-ից

🔍 Ինչպես ստուգել այս ծանուցումը:

Ձեզ ծանոթ է յուրաքանչյուր բժշկի կամ ծառայություն մատուցող մասնագետի անունը: Ստուգե՛ք ամսաթվերը: Ձեզ համար բժշկի հետ ժամանադրություն նշանակված եղե՛լ է այդ օրը:

Դուք օգտվե՛լ եք թվարկված ծառայություններից: 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 Ձեզնից պահանջվող վճարվելիք առավելագույն գումարը: Գարգե՛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 ծառայություն մատուցողը կամ ձեռնարկությունը ներգրավված է խարդախության մեջ, զանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):

Խարդախության օրինակներ կարող են լինեն անվճար բուժօգնությունների 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 Ձեզնից: 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 (1-800-633-4227)

Դիմե՛ք «բժիշկների ծառայությունների» համար: Հանախորդների սպասարկման Ձեր կոդն 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: Զանգահարե՛ք 1-555-555-5555:

🍎 Medicare-ի կանխարգելիչ ծառայություններ

Medicare-ը ապահովագրում է շատ անվճար կամ ցածր արժեք ունեցող հետազոտություններ և ստուգումներ՝ օգնելով Ձեզ առողջ մնալ: Կանխարգելիչ ծառայությունների վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկությունների համար՝

- Զրուցե՛ք Ձեր բժշկի հետ:
- Ուսումնասիրե՛ք «Medicare-ը և Դուք» Ձեր ձեռնարկը ամբողջական ցանկի համար:
- Ստեղծե՛ք հաշիվ Medicare.gov-ում:

📄 Ձեր հաղորդագրությունը Medicare-ից

Ստացե՛ք պնևմոկոկային 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 www.Medicare.gov, սովորաբար Medicare-ի կողմից պահանջագիրը մշակելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Դուք կարող եք օգտագործել «Կապույտ կոճակ» յուրահատկությունը, որը կօգնի Ձեզ հետևել Ձեր անհատական առողջապահական գրանցումներին:

Ձեր ապահովագրական պահանջագրերը «B» մասի համար (Բժշկական ապահովագրություն)

«B» մասի բժշկական ապահովագրությունն օգնում է վճարել բժիշկների ծառայությունների, ախտորոշիչ թեստերի, շտապ օգնության ծառայությունների և այլ առողջապահական ծառայությունների համար:

Սյունակների սահմանումները

Արդյո՞ք ծառայությունը հաստատվել է Այս սյունակը տեղեկացնում է Ձեզ, թե Medicare-ը հատուցել է այս ծառայության համար:

Մատակարարի կողմից գանձված գումար՝ Սա Ձեզ ծառայություններ մատուցող մասնագետի վճարն է այս ծառայության համար:

Medicare-ի կողմից հաստատված գումար՝ Սա այն գումարն է, որ ծառայություններ մատուցող մասնագետին կարող է վճարվել Medicare-ի ծառայության համար: Դա կարող է ավելի ցածր լինել, քան այն գումարը, որ գանձել է ծառայություններ մատուցող մասնագետը: Ձեր մատակարարը

համաձայնվել է ընդունել այս գումարը որպես հատուցվող ծառայությունների ամբողջական գումար: Medicare-ը սովորաբար վճարում է Medicare ծրագրով հաստատված գումարի 80%-ը:

Medicare-ի կողմից վճարված գումարը՝ Սա այն գումարն է, որ Medicare-ը վճարել է Ձեզ ծառայություններ մատուցող մասնագետին: Սա սովորաբար կազմում է Medicare ծրագրով հաստատված գումարի 80%-ը:

Առավելագույն գումարը, որ կարող է Ձեզից պահանջվել վճարել՝ Սա այն ընդհանուր գումարն է, որ ծառայություններ մատուցող մասնագետը կարող է գանձել Ձեզից, և դա կարող է ներառել չհատուցվող գումար, համաապահովագրություն և այլ գանձումներ: Եթե Դուք ունեք Medicare-ի լրացուցիչ ապահովագրություն (Medigap վկայագիր) կամ այլ ապահովագրություն, ապա այն վճարում է այս գումարն ամբողջությամբ կամ մասամբ:

21-ը հուլիսի, 2019
Craig I. Secosan, M.D., (555) 555-1234
 Looking Glass Eye Center PA, 1888 Medical Park Dr, Suite C, Brevard, NC 28712-4187

Մատուցված ծառայությունը և վճարման պահանջագրի կոդը	Արդյո՞ք ծառայությունը հաստատվել է:	Մատակարարի կողմից գանձված գումարը	Medicare-ի կողմից հաստատված գումարը	Medicare-ի կողմից վճարված գումարը	Առավելագույն գումարը, որ կարող է Ձեզից պահանջվել վճարել	Տե՛ս ստորի նշված ծանոթագրությունները
Աչքի և բժշկական հետազոտություն՝ ախտորոշման և բուժման համար, հաստատված հիվանդ, 1 կամ ավելի այցելություն (92014)	Այո	\$143.00	\$107.97	\$86.38	\$21.59	
Մաշկի գոյացության հեռացում Destruction of skin growth	ՈՉ	68.56	0.00	0.00	68.56	A
Ընդհանուր գումարը #02-10195-592-390 Պահանջագրի համար		\$211.56	\$107.97	\$86.38	\$90.15	B

Նշումներ՝ վերոնշյալ պահանջագրի վերաբերյալ

- A** Ծառայությունը մերժվել է: Ներկայացված տեղեկությունները բավարար չեն այս ծառայության կամ ապրանքի կարիքը հիմնավորելու համար:
- B** Ձեր պահանջագիրն ուղարկվել է Medicare-ի լրացուցիչ ապահովագրություն (Medigap վկայագիր), **Յյուսիսային Կարոլինայի Wellmark BlueCross BlueShield:** Ձեր արտոնությունների հետ կապված ցանկացած հարց ուղղեք իրենց:

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 այդ 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 www.medicare.gov/appeals:

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 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

Քաղաքը, ST 12345-6789