

Εκμεταλλευτείτε το Medicare σας

Πως να Ελέγξετε Αυτή τη Σημείωση

Αναγνωρίζετε το όνομα κάθε εγκατάστασης; Ελέγξτε τις ημερομηνίες.

Λάβατε τις αποζημιώσεις που καταγράφονται; Ταιριάζουν μ' αυτές που καταγράφονται στις αποδείξεις και τους λογαριασμούς σας;

Αν έχετε ήδη πληρώσει το λογαριασμό, πληρώσατε το σωστό ποσό; Ελέγξτε τη μέγιστη χρέωση που μπορεί να σας γίνει. Δείτε αν η αποζημίωση εστάλη στο συμπλήρωμα sxed;ioy ασφάλισης της Medicare (Medigap) ή άλλης ασφάλειας. Εκείνο το σχέδιο μπορεί να πληρώσει το μερίδιό σας.

Πως να Αναφέρετε την Απάτη

Αν νομίζετε ότι μια εγκατάσταση ή επιχείρηση περιλαμβάνεται στην απάτη, καλέστε μας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Μερικά παραδείγματα απάτης περιλαμβάνουν προσφορές για δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες ή χρεώσεις για υπηρεσίες Medicare που δεν λάβατε. Αν προσδιορίσουμε ότι η πληροφορία σας οδήγησε στην ανακάλυψη απάτης, μπορεί να δικαιούστε αμοιβής.

Μπορείτε να κάνετε τη διαφορά! Πέρσι, η Medicare εξοικονόμησε **\$4.2 δισεκατομμύρια** στους φορολογούμενους - το μεγαλύτερο ποσό που εξοικονομήθηκε ποτέ σε ένα μόνο έτος- χάρη στα άτομα που ανέφεραν ύποπτη δραστηριότητα στη Medicare.

Πως να Λάβετε Βοήθεια στις Ερωτήσεις Σας

1-800 -MEDICARE (1-800-633-42270)

Ζητήστε «νοσοκομειακές υπηρεσίες». Ο κωδικός εξυπηρέτησης πελάτη είναι 05535.

TTY 1-877-486-2048 (για άτομα με προβλήματα ακοής)

Καλέστε το Πολιτειακό Πρόγραμμα Βοήθειας Υγειονομικής Ασφάλισης (SHIP) δωρεάν, τοπική συμβουλευτική υγειονομικής ασφάλισης. Καλέστε 1-555-555-5555.

Οι Περίοδοι Κάλυψής σας

Οι παραμονές στο νοσοκομείο και στο εξειδικευμένο νοσηλευτικό ίδρυμα (SNF) μετριοούνται σε **ημέρες κάλυψης** και **περιόδους κάλυψης**. Κάθε μέρα που ξοδεύετε σε νοσοκομείο ή νοσηλευτικό ίδρυμα μετρά στις ημέρες κάλυψης εκείνης της περιόδου κάλυψης. Μια περίοδος κάλυψης ξεκινά την ημέρα που πρωτολαμβάνετε υπηρεσίες νοσηλείας ασθενούς στο νοσοκομείο ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, υπηρεσίες σε νοσηλευτικό ίδρυμα, και τελειώνει όταν δεν έχετε λάβει φροντίδα ασθενούς σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένη φροντίδα ασθενούς σε νοσηλευτικό ίδρυμα για 60 συνεχόμενες ημέρες.

Νοσηλεία Ασθενούς στο Νοσοκομείο: Έχετε **56** από τις **90** ημέρες κάλυψης που απομένουν για την περίοδο κάλυψης που ξεκίνησε στις 27 Μαΐου 2019.

Εξειδικευμένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα Έχετε **63** από τις **100** ημέρες κάλυψης που απομένουν για την περίοδο κάλυψης που ξεκίνησε στις 27 Μαΐου 2019.

Δείτε το βιβλίο «Medicare & Εσείς» για περισσότερες πληροφορίες στις περιόδους κάλυψης.

Τα Μηνύματά σας από τη Medicare

Κάντε ένα εμβόλιο πνευμονιόκοκκου. Μπορεί να το χρειαστείτε μόνο μια φορά στη ζωή σας. Επικοινωνήστε με τον πάροχο υγειονομικής φροντίδας για τη διενέργεια του εμβολίου. Δεν πληρώνετε τίποτα αν ο πάροχός σας υγειονομικής φροντίδας δέχεται τη Medicare.

Για να αναφέρετε αλλαγή διεύθυνσης, καλέστε την Κοινωνική Ασφάλιση στο 1-800-772-1213. TTY χρήστες μπορούν να καλέσουν 1-800-325-0778.

Η πρόωρη ανίχνευση είναι η καλύτερη προστασία σας. Προγραμματίστε τη μαστογραφία σας σήμερα, και να θυμάστε ότι η Medicare βοηθά να πληρώσετε τις μαστογραφίες παρακολούθησης.

Θέλετε να δείτε τις αποζημιώσεις σας αμέσως;

Αποκτήστε πρόσβαση στις αποζημιώσεις σας της Original Medicare στο www.Medicare.gov συνήθως εντός 24 ωρών μετά την επεξεργασία της αποζημίωσης από τη Medicare. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το “Μπλε Κουμπί” για να μπορείτε να παρακολουθείτε τα προσωπικά σας αρχεία υγείας.

Οι Αποζημιώσεις Ασθενούς για το Μέρος A (Νοσοκομειακή Ασφάλεια)

Το Μέρος A Νοσοκομειακής Ασφάλισης Ασθενούς βοηθά την πληρωμή της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς, φροντίδα ασθενούς σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό κέντρο ύστερα από παραμονή σε νοσοκομείο, υγειονομική φροντίδα στο σπίτι, και φροντίδα ασύλου.

Ορισμοί των Στηλών

Ημέρες Κάλυψης που Χρησιμοποιήθηκαν: Ο αριθμός των καλυμμένων ημερών κάλυψης που χρησιμοποιήσατε κατά τη διάρκεια κάθε παραμονής σε νοσοκομείο και/ή εξειδικευμένο νοσηλευτικό ίδρυμα. (Δείτε τη σελίδα 2 για περισσότερες πληροφορίες και μια περίληψη των περιόδων κάλυψης.)

Αποζημίωση Εγκρίθηκε; Αυτή η στήλη σας λέει αν η Medicare κάλυψε την παραμονή του ασθενούς.

Αποζημίωση Εγκρίθηκε; Αυτή η στήλη σας λέει αν η Medicare κάλυψε την παραμονή του ασθενούς.

Μη Καλυπτόμενες Χρεώσεις: Αυτό είναι το ποσό που η Medicare δεν πλήρωσε.

Ποσό που Πλήρωσε η Medicare: Αυτό είναι το ποσό που Πλήρωσε η Medicare για το κέντρο ασθενούς.

Το Μέγιστο που Μπορεί να Χρεωθείτε: Το ποσό που μπορεί να χρεωθεί για τις υπηρεσίες του Μέρους A μπορεί να περιλαμβάνει ένα αφαιρετέο ποσό, συνασφάλιση με βάση των ημερών περιόδου που χρησιμοποιήθηκαν, και άλλες χρεώσεις.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη Medicare Μέρος A, δείτε το βιβλίο σας «Medicare & Εσύ».

18 Ιουνίου - 21 Ιουνίου 2019

Νοσοκομείο Otero, (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Από τον Jesus Sarmiento Forasti

	Ημέρες Κάλυψης που Χρησιμοποιήθηκαν	Αποζημίωση Εγκρίθηκε;	Μη Καλυπτόμενες Χρεώσεις	Ποσό που Πλήρωσε η Medicare	Το Μέγιστο που Μπορεί να Χρεωθείτε	Δείτε Σημειώσεις Παρακάτω
Περίοδος Κάλυψης που ξεκινά 27 Μαΐου 2019	4 ημέρες	Ναι	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	
Σύνολο για Αποζημίωση #20905400034102			\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	A,B

Σημειώσεις για Ανωτέρω Αποζημιώσεις

- A** Ημέρες αφαιρούνται από τις συνολικές καλύψεις νοσηλείας ασθενούς στο νοσοκομείο γι'αυτήν την περίοδο κάλυψης. Η παράγραφος «Περίοδοι Κάλυψής σας» στη σελίδα 2 έχει περισσότερες λεπτομέρειες.
- B** \$2,062.50 εφαρμόστηκε στην συνασφάλισή σας εξειδικευμένου νοσηλευτικού ιδρύματος.

Πως να Χειριστείτε Απορριφθείσες Αποζημιώσεις ή Να Καταθέσετε Έφεση

Για Περισσότερες Λεπτομέρειες

Αν μια αποζημίωση απορριφθεί, καλέστε ή γράψτε στο νοσοκομείο ή εγκατάσταση και ζητήστε για εξατομικευμένη δήλωση κάποια αποζημίωσης. Σιγουρευτείτε ότι στέλνονται οι σωστές πληροφορίες. Αν όχι, ζητήστε από την εγκατάσταση να επικοινωνήσει με το γραφείο αποζημιώσεων για να διορθώσει το σφάλμα. Μπορείτε να ζητήσετε την εγκατάσταση για μια εξατομικευμένη δήλωση οποιασδήποτε υπηρεσίας ή αποζημίωσης.

Καλέστε 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με μια κάλυψη ή απόφαση πληρωμής σ' αυτήν την ειδοποίηση, συμπεριλαμβάνοντας τους νόμους ή τις πολιτικές που χρησιμοποιήθηκαν για να ληφθεί η απόφαση.

Αν Διαφωνείτε με μια Απόφαση Κάλυψης, Απόφαση Πληρωμής ή Ποσό Πληρωμής σ' αυτήν την Ειδοποίηση, Μπορείτε να κάνετε Έφεση

Εφέσεις πρέπει να κατατίθενται γραπτώς.

Χρησιμοποιήστε το έντυπο στα δεξιά. Το γραφείο αποζημιώσεων πρέπει να λάβει την έφεσή σας εντός 120 ημερών από την ημερομηνία που λάβατε αυτήν την ειδοποίηση.

Πρέπει να λάβουμε την έφεσή σας μέχρι:

Τρίτη, 21 Ιανουαρίου 2020

Αν Χρειάζεστε Βοήθεια στην Κατάθεση της Έφεσής σας

Επικοινωνήστε μαζί μας: Καλέστε 1-800-MEDICARE ή το Πρόγραμμα Κρατικής Ασφάλειας (βλέπε σελίδα 2) για βοήθεια πριν καταθέσετε τη γραπτή έφεσή σας, συμπεριλαμβανομένου του ορισμού αντιπροσώπου.

Καλέστε την εγκατάστασή σας: Ζητήστε από την εγκατάσταση οποιοσδήποτε πληροφορίες που θα σας βοηθήσουν.

Ζητήστε τη βοήθεια από ένα φίλο: Μπορείτε να ορίσετε κάποιον, όπως ένα μέλος της οικογένειας ή φίλο, να είναι αντιπρόσωπος στη διαδικασία εφέσεων.

Περισσότερα Σχετικά με τις Εφέσεις

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις εφέσεις, διαβάστε το βιβλίο «Medicare & Εσύ» ή επισκεφτείτε μας online στο www.medicare.gov/appeals.

Κατάθεση Έφεσης Γραπτώς

Ακολουθήστε αυτά τα βήματα:

- 1 Κυκλώστε τις υπηρεσίες ή αποζημιώσεις με τις οποίες διαφωνείτε σ' αυτήν την ειδοποίηση.
- 2 Εξηγήστε γραπτώς γιατί διαφωνείτε με την απόφαση. Να περιλάβετε την εξήγησή σας σ' αυτήν την ειδοποίηση ή, αν χρειάζεται περισσότερος χώρος, επισυνάψτε μια ξεχωριστή σελίδα σ' αυτήν την ειδοποίηση.
- 3 Συμπληρώστε όλα τα παρακάτω:
Το δικό σας όνομα ή του αντιπροσώπου σας (τυπώστε)

Τον αριθμό τηλεφώνου σας

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

Τον πλήρη αριθμός Medicare

- 4 Συμπεριλάβετε όποιες άλλες πληροφορίες έχετε σχετικά με την έφεσή σας. Μπορείτε να ζητήσετε από την εγκατάσταση οποιοσδήποτε πληροφορίες που θα σας βοηθήσουν.
- 5 Γράψτε τον αριθμό σας Medicare σε όλα τα έγγραφα που στέλνετε.
- 6 Κάντε αντίγραφα αυτής της ειδοποίησης και όλων των εγγράφων υποστήριξης για τα αρχεία σας.
- 7 Ταχυδρομήστε αυτήν την ειδοποίηση και όλα τα έγγραφα υποστήριξης στην ακόλουθη διεύθυνση:

**Γραφείο Αποζημιώσεων Medicare
C/ο Όνομα Εργολάβου
Οδός Διεύθυνσης
Πόλη, ST 12345-6789**