



# भाग A हेतु मेडिकेयर सारांश सूचना (अस्पताल बीमा)

4 का पृष्ठ 1

चिकित्सा और चिकित्सा के लिए केंद्र से आपके मेडिकेयर दावे का औपचारिक संदेश

जॉन डो  
अस्थायी पता  
मार्ग का पता  
शहर, ST 12345-6789

## यह बिल नहीं है

### जॉन डो के लिए सूचना

मेडिकेयर नंबर	XXXXXX1234
सूचना की तारीख	15 सितंबर 2019
दावे	15 जून से 15 सितंबर 2019 के बीच भेजे गए

### इस अवधि आपके दावे और लागत

क्या मेडिकेयर ने सभी सेवाएँ स्वीकृत की हैं? **हाँ।**  
यह सूचना दो बार कैसे जाँचें यह देखने के लिए पृष्ठ 2 देखें।  
आप कुल \$2,062.50 बिल पा सकते हैं

### आपकी कटौती योग्य स्थिति

आपकी कटौती योग्य चिकित्सा भुगतान शुरू होने से पहले अधिकतर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए वह चीज़ है जिसे आपको हर लाभ अवधि के दौरान भरना आवश्यक है।

**भाग A कटौती योग्य:** आपने 27 मई 2019 को शुरू होने वाली लाभ अवधि के लिए अस्पताल में दाखिल होने पर प्राप्त होने वाले \$1,184.00 कटौती योग्य को अब पूरा करते हैं।

### हर जानकारी रखें!

नए मेडिकेयर सारांश सूचना में आपका स्वागत है! यह आपके दावे और कटौती योग्य का स्पष्ट, बड़े अक्षरों में और व्यक्तिगत सारांश है। यह सुधारी हुई सूचना उचित रूप से बताती है कि आप अपने प्रश्नों, धोखाधड़ी संबंधी शिकायत या अपील के विषय में मदद कैसे पा सकते हैं। यह मेडिकेयर महत्वपूर्ण जानकारी भी शामिल करता है।

### इस अवधि सुविधाएँ और दावे

18 जून - 21 जून 2019  
ओटेरो अस्पताल

## अपनी मेडिकेयर का पूरा उपयोग करना

### 🔍 यह सूचना कैसे देखें

हर सुविधा का नाम कैसे पहचानें?  
तारीख देखें।

क्या आपने सूचीबद्ध दावे प्राप्त कर लिए? क्या ये आपके रसीद और बिल पर सूचीबद्ध से मेल खाते हैं?

आपने पहले ही बिल भर दिया है, क्या आपने सही राशि का भुगतान किया है? आपने जिस अधिकतम बिल का भुगतान किया है उसे भरिए। देखें कि आपका दावा आपके मेडिकेयर सप्लिमेंट इन्श्योरेंस (मेडीगैप) प्लान को भेजा गया है या अन्य बीमाकर्ता को। प्लान आपके भुगतान को भर कर सकता है।

### 🗨️ धोखाधड़ी की शिकायत करना

अगर आपको लगता है कि सुविधा या बिजनेस किसी धोखाधड़ी में लिप्त है, तो हमें 1-800-मेडिकेयर (1-800-633-4227) पर कॉल करें।

धोखाधड़ी के कुछ उदाहरणों में शामिल है वह मुफ्त सेवा या बिलिंग वह सेवाएँ जिसके लिए आपने मेडिकेयर प्राप्त कीं। अगर हमें आपकी टिप से किसी धोखाधड़ी को उजागर करने में मदद मिलती है तो आप पुरस्कार पाने के योग्य बन सकते हैं।

आप भीड़ से अलग खुद को साबित कर सकते हैं! पिछले साल, मेडिकेयर करदाताओं ने \$4.2 बिलियन की बचत की - एक साल में सबसे अधिक राशि प्राप्त की गई - उन लोगों का आभार जिन्होंने संदिग्ध मेडिकेयर की शिकायत की।

### 🗨️ अपने प्रश्नों का निदान कैसे पाएँ

1-800-Medicare (1-800-633-42270)  
“अस्पताल सेवाओं के बारे में पूछें।” 05535 आपका ग्राहक सेवा कोड है।

TTY 1-877-486-2048 (कर्णबधिर व्यक्तियों के लिए)

मुफ्त में स्थानीय स्वास्थ्य बीमा परामर्श पाने के लिए अपने सरकारी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (SHIP) से संपर्क करें। 1-555-555-5555 पर कॉल करें।

### 🏠 आपकी लाभ अवधियाँ

आपके अस्पताल और उचित परिचर्या सुविधा (SNF) को लाभ दिवस और लाभ अवधियों के बीच मापा जाता है। जो भी दिन आप अस्पताल या SNF में बीताते हैं, इसे उस लाभ अवधि में आपके लाभ दिवस के रूप में गिना जाता है। लाभ की अवधि उस दिन से शुरू होती है जब आप पहली बार अस्पताल में दाखिल होकर अस्पताल सेवाओं या, कुछ परिस्थितियों में, SNF सेवाओं को प्राप्त करते हैं और यह तब समाप्त होता है जब आपको अस्पताल में दाखिल होने पर कोई सेवा नहीं मिलती है या लगातार 60 दिनों में SNF में दाखिल होने पर कोई उचित सेवा नहीं प्राप्त होती है।

**अस्पताल में दाखिल होना:** 27 मई 2019 से शुरू होने वाली लाभ अवधि के लिए आपके पास 90 कवर लाभ दिनों में से 56 दिन हैं।

**कुशल नर्सिंग सुविधा:** 27 मई 2019 से शुरू होने वाली लाभ अवधि के लिए आपके पास 100 कवर लाभ दिनों में से 63 दिन हैं।

लाभ अवधि के बारे में अधिक जानने के लिए अपने “चिकित्सा और आप” पुस्तिका देखें।

### 📧 मेडिकेयर से आपके संदेश

**न्यूमोकोकल का टीका लें।** आपको जीवन में केवल एक बार इसकी आवश्यकता हो सकती है। इसे लेने के लिए अपने सेवा प्रदाता से संपर्क करें। अगर आपकी मेडिकेयर इसे प्रदान करना स्वीकार करती है, तो आपको कोई भुगतान नहीं करना होगा।

यदि आप अपना पता बदलते हैं, तो उसे सामाजिक सुरक्षा प्रशासन के साथ SSA.gov/MyContact पर अपडेट करें।

**शुरुआत में इसके बारे में पता चलना सर्वोत्तम सुरक्षा है।** आज ही अपने मैमोग्राम को शेड्यूल करें और याद रखें कि मेडिकेयर स्क्रीनिंग मैमोग्राम के लिए भुगतान करने में मदद करता है।

**क्या अपने दावे तुरंत देखना चाहते हैं?** अपने मूल मेडिकेयर दावे को [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) पर एक्सेस करें, आमतौर पर मेडिकेयर द्वारा प्रोसेस होने के बाद 24 घंटे के भीतर हो जाता है। अपने व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवा रिकॉर्ड पर नज़र बनाए रखने में मदद पाने के लिए आप “नीले रंग के बटन” का उपयोग कर सकते हैं।

## भाग A (अस्पताल बीमा) हेतु अस्पताल में दाखिल होने संबंधी दावा

भाग A अस्पताल में दाखिल होने पर देखभाल जैसे कि अस्पताल में रुकने पर योग्य परिचर्या की सुविधा, घर पर देखभाल और गंभीर बीमारी से ग्रसित होने पर प्रदान सेवा जैसी सुविधाएं देने में मदद करता है।

### स्तंभों की परिभाषा

**लाभ दिवास का उपयोग हुआ:** उन लाभ दिनों की संख्या जिन्हें आपने अस्पताल में और कुशल नर्सिंग सुविधा में ठहरने के दौरान उपयोग किया। (अधिक जानकारी और अपत्री लाभ अवधि का सारांश देखने के लिए पृष्ठ 2 देखें।)

**दावा स्वीकृत?** यह स्तंभ आपको बताता है कि आपका मेडिकेयर आपके दाखिले को कवर करता है या नहीं।

**गैर-कवर हुए शुल्क:** इस राशि का भुगतान मेडिकेयर नहीं करेगा।

**मेडिकेयर द्वारा भुगतान होने वाली राशि:** अस्पताल में दाखिल होने पर मेडिकेयर इस राशि का भुगतान करेगा।

**बिल की अधिकतम राशि:** भाग A सेवा के लिए इस राशि का भुगतान होगा जिसमें आपके उपयोग हुए भाग दिवस सह-बीमा और अन्य शुल्क सहित कटौती योग्य शामिल होंगे।

मेडिकेयर भाग A कवरेज के बारे में अधिक जानकारी के लिए “मेडिकेयर और आप” पुस्तिका देखें।

18 जून – 21 जून 2019

ओटेरो अस्पताल (555) 555-1234

पीओ बॉक्स 1142 मनाटी PR 00674

जीसस सर्मिनियो फोरास्टी द्वारा संदर्भित

	लाभ दिवास का उपयोग हुआ	दावा स्वीकृत?	गैर-कवर हुए शुल्क	मेडिकेयर द्वारा भुगतान होने वाली राशि	बिल की अधिकतम राशि	नीचे मौजूद नोट्स देखें
लाभ अवधि 27 मार्च 2019 शुरू है	4 दिन	हाँ	\$ 0.00	\$ 4,886.98	\$ 0.00	
<b>कुल दावा #20905400034102</b>			\$ 0.00	\$ 4,886.98	\$ 0.00	A,B

### उपरोक्त दावे के लिए नोट्स

- इस लाभ अवधि के लिए आपके अस्पताल में दाखिल हुए कुल दिनों में से A दिन घटाए गए। पृष्ठ 2 पर “आपकी लाभ अवधियाँ” अनुभाग में अधिक जानकारी है।
- आपकी कुशल नर्सिंग सुविधा कोइन्श्यूरेंस (सह-बीमा) B \$2,062.50 लागू किया गया।

# अस्वीकृत दावे का प्रबंधन कैसे करें या अपील कैसे दायर करें

## अधिक जानकारी पाएँ

अगर दावा अस्वीकार होता है, तो कॉल करें या अस्पताल को या सुविधा को लिखें और किसी भी तरह के दावे के लिए मदवार विवरण के बारे में पूछें।

सुनिश्चित करें कि उन्होंने सही जानकारी भेजी है। अगर नहीं, तो सुविधा को आपके दावा कार्यालय से संपर्क करके इस त्रुटि को ठीक करने कहें। किसी भी तरह की सेवा या दावे के लिए आप सुविधा से मदवार विवरण मांग सकते हैं।

इस नोटिस सहित निर्णय लेने के लिए कानून या नियमों के उपयोग के विषय में कवरेज या भुगतान संबंधी निर्णय के बारे में अधिक जानकारी पाने के लिए 1-800-मेडिकेयर (1-800-633-4227) पर कॉल करें।

**अगर आप कवरेज प्लान, भुगतान निर्णय या इस नोटिस की भुगतान राशि को लेकर असंतुष्ट हैं, तो आप अपील कर सकते हैं।**

अपील लिखित रूप से दायर होनी आवश्यक है। दाईं ओर मौजूद फॉर्म का उपयोग करें। आपको यह नोटिस प्राप्त होने की तारीख से हमारे दावा कार्यालय को 120 दिनों के भीतर आपकी अपील मिलना आवश्यक है।

इस तारीख तक आपकी अपील मिलनी आवश्यक है:

21 जनवरी 2020

**अगर आपको अपील दायर करने के विषय में मदद चाहिए**

**हमें संपर्क करें:** आप लिखित रूप से अपील करें, मदद के लिए प्रतिनिधि नियुक्त करने से पहले 1-800-मेडिकेयर पर कॉल करें या अपने सरकारी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (पृष्ठ 2 देखें) से संपर्क करें।

**अपनी सुविधा को कॉल करें:** किसी भी तरह की जानकारी के लिए अपनी सुविधा से पूछताछ करें।

**मित्र को मदद करने कहें:** आप किसी व्यक्ति जैसे कि परिवार के सदस्य या मित्र को अपील प्रक्रिया में अपने प्रतिनिधि के रूप में नियुक्त कर सकते हैं।

## अपनी अपील के बारे में अधिक जानें

अपनी अपील के बारे में अधिक जानकारी के लिए “मेडिकेयर और आप” पुस्तिका पढ़ें या हमारी ऑनलाइन साइट [www.medicare.gov/appeals](http://www.medicare.gov/appeals) देखें।

## लिखित रूप से अपील दायर करें

इन चरणों का पालन करें:

- 1 इस सूचना से असंतुष्ट होने पर सेवा या दावे पर गोल निशान लगाएँ।
- 2 इस निर्णय से आप असहमत क्यों हैं इसका विवरण दें। इस सूचना के विषय में अपना विवरण दें, अगर आपको अधिक जगह की आवश्यकता है, तो इस नोटिस के साथ एक अलग पृष्ठ जोड़ें।
- 3 सभी निम्नलिखित भरें:  
आपके या आपके प्रतिनिधि का पूरा नाम (प्रिंट)

आपका टेलीफोन नंबर

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

आपका पूरा मेडिकेयर नंबर

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

- 4 अपील संबंधी कोई भी और जानकारी हो तो उसे शामिल करें। किसी भी जानकारी संबंधी मदद के लिए आप अपनी सुविधा से पूछताछ कर सकते हैं।
- 5 आपने जो भी दस्तावेज़ भेजे हैं उस पर अपना मेडिकेयर नंबर लिखें।
- 6 अपने रिकॉर्ड के लिए इस नोटिस और इसका समर्थन करने वाले सभी दस्तावेज़ों की प्रति बनाएँ।
- 7 निम्नलिखित पते पर इस नोटिस और सभी समर्थित दस्तावेज़ों को भेजें:

**मेडिकेयर दावा कार्यालय**

**ठेकेदार का नाम**

**मार्ग का पता**

**शहर, ST 12345-6789**