Überblick Medicare-Leistungen
für Teil A (Krankenhausversicherung)

Offizielle Aufstellung der Einrichtungen zu Ihren Medicare-Ansprüchen für Medicare- & Medicaid-Leistungen.

JOHN DOE
BEZEICHNUNG VORÜBERGEHENDE ADRESSE
STRASSE
STADT, ST 12345-6789

DIES IST KEINE RECHNUNG

Mitteilung für John Doe

Medicare-Nummer	**1A23BC4DE56**
Datum dieser Mitteilung	**15. September 2019**
Ansprüche bearbeitet zwischen	**15. Juni und 15. September 2019**

Ihre Ansprüche & Kosten in diesem Zeitraum

Hat Medicare alle Leistungen bewilligt? **JA**

Sehen Sie auf Seite 2 nach, wie Sie diese Mitteilung überprüfen können.

Insgesamt könnte Ihnen berechnet werden: $2.062,50

Der Status Ihres Selbstbehalts

Ihr Selbstbehalt ist, was Sie in jedem Leistungszeitraum für die meisten Leistungen selbst bezahlen müssen, bevor Medicare zu zahlen anfängt.

Teil A Selbstbehalt: Sie haben nun Ihren Selbstbehalt von **$1,184.00** für **stationäre Krankenhausleistungen** im Zeitraum ab dem 27. Mai 2019 erreicht.

Einrichtungen mit Ansprüchen in diesem Zeitraum

18. Juni 21. Juni 2019
Otero Hospital

Gut informiert!

Wir präsentieren Ihren neuen Überblick über Ihre Medicare-Leistungen! Die Mitteilung ist in klarer Sprache verfasst, in größerer Schrift gesetzt und sie enthält einen Überblick über Ihre Ansprüche und Ihren Selbstbehalt. In ihrer verbesserten Form erläutert die Mitteilung nun klarer, wie Sie sich helfen lassen, Versicherungsbetrug melden oder Einspruch einlegen können. Sie enthält weiterhin wichtige Informationen von Medicare!

So machen Sie das Beste aus Ihrem Medicare

Wie Sie diese Mitteilung überprüfen

Erkennen Sie den Namen jeder Einrichtung? Überprüfen Sie die Daten.

Haben Sie die Leistungen für die aufgeführten Ansprüche erhalten? Entsprechen diese denen, die auf Ihren Quittungen und Rechnungen aufgeführt sind?

Wenn Sie die Rechnung schon bezahlt haben, haben Sie den richtigen Betrag bezahlt? Die Gesamtsumme, die Ihnen berechnet werden könnte Sehen Sie nach, ob der Anspruch zu Ihrem Medicare-Zusatzkrankenversicherungsplan (Medicare Supplement Insurance, Medigap) oder einem anderen Versicherer geschickt wurde. Der Plan könnte Ihren Anteil bezahlen.

Wie Betrug zu melden ist

Wenn Sie glauben, dass eine Einrichtung oder ein Unternehmen an Betrug beteiligt ist, rufen Sie uns unter 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Beispiele von Betrug sind etwa Angebote kostenloser medizinischer Leistungen oder die Berechnung von Medicare-Leistungen, die Sie nicht in Anspruch genommen haben. Wenn wir feststellen, das Ihr Tipp zur Aufdeckung von Betrug führte, können Sie zu einer Belohnung berechtigt sein.

Sie können etwas bewegen! Im vergangenen Jahr erreichte Medicare für den Steuerzahler Einsparungen von **$4.2 Milliarden** – das ist die größte jemals in einem einzigen Jahr zurückgeholte Summe. Möglich wurde das durch Personen, die Medicare verdächtige Aktivitäten gemeldet haben.

So holen Sie sich Hilfe zu Ihren Fragen

1-800-Medicare (1-800-633-42270)
Fragen Sie nach „Krankenhausleistungen“ („Hospital Services“). Ihr Kundendienstkode ist 05535.

TTY 1-877-486-2048 (für Hörgeschädigte)

Kontaktieren Sie Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungsprogramm (State Health Insurance Program, SHIP). Rufen Sie an unter **1-555-555-5555**.

Ihre Leistungszeiträume

Ihre Aufenthalte in Krankenhäusern und Einrichtungen mit ausgebildetem Pflegepersonal (Skilled Nursing Facilitiy, SNF) werden in **Leistungstagen** und **Leistungszeiträumen** bemessen. Jeder Tag, den Sie in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung mit ausgebildetem Pflegepersonal verbringen, wird zu den Leistungstagen in dem Leistungszeitraum hinzugezählt. Ein Leistungszeitraum fängt mit dem Tag an, an dem Sie zuerst stationäre Krankenhausleistungen oder, unter bestimmten Umständen, Leistungen in Pflegeeinrichtungen mit ausgebildetem Pflegepersonal empfangen und endet, wenn Sie für 60 zusammenhängende Tage keine stationären Krankenhausleistungen oder Leistungen in einer Pflegeeinrichtung mit ausgebildetem Pflegepersonal empfangen haben.

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern: Sie verfügen in dem am 27. Mai 2019 angebrochenen Leistungszeitraum noch über **56 von 90 abgedeckten Leistungstagen**.

Behandlung in Einrichtungen mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal: Sie verfügen in dem am 27. Mai 2019 angebrochenen Leistungszeitraum noch über **63 von 100 abgedeckten Leistungstagen**.

Sehen Sie in Ihr Handbuch „Medicare & You“, um mehr Informationen zu Leistungsperioden zu erhalten.

Ihre Mitteilungen von Medicare

Erhalten Sie eine Pneumokokkenimpfungen. Sie könnten sie nur einmal im Leben benötigen. Kontaktieren Sie Ihren Gesundheitsdienstleister, um herauszufinden wie Sie diese Impfung erhalten. Sie bezahlen nichts, wenn Ihr Gesundheitsdienstleister Zuweisung durch Medicare akzeptiert.

Um Adressänderungen anzugeben , rufen Sie die Social Security unter 1-800-772-1213 an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-800-325-0778.

Früherkennung ist Ihr bester Schutz. Machen Sie heute einen Termin für Ihr Mammographie und erinnern Sie sich daran, dass Medicare bei der Bezahlung von Screeningmammographien hilft.

Sie möchten Ihre Ansprüche gleich einsehen können? Zugriff auf Ihre ursprünglichen bei Medicare geltend gemachten Ansprüche haben Sie in der Regel 24 Stunden nach der Bearbeitung Ihrer Forderung durch Medicare auf www.MyMedicare.gov. Sie können die „Blue Button“-Funktion benutzen, um hinsichtlich Ihrer persönlichen Gesundheitsberichte stets auf dem Laufenden zu sein.

Ihre Ansprüche für stationäre Krankenhausbehandlung für Teil A (Krankenhausversicherung)

Teil A Stationäre Krankenhausversicherung hilft bei der Bezahlung Ihrer stationären Krankenhausbehandlung und bei der Bezahlung Ihrer stationären Behandlung in einer Pflegeeinrichtung mit ausgebildetem Krankenpflegepersonal, die sich an einen Krankenhausaufenthalt, häusliche Krankenpflege und Hospizpflege anfügt.

Definitionen der Spalten

Genutzte Leistungstage: Die Anzahl der gedeckten Leistungstage, die Sie während jedes Aufenthalts in einem Krankenhaus und/oder einer Pflegeeinrichtung mit geschultem Personal genutzt haben. (Sehen Sie auf Seite 2 nach, um mehr Informationen und eine Zusammenfassung Ihre Leistungszeiträume zu erhalten.)

Anspruch genehmigt?: Diese Spalte sagt Ihnen, ob Medicare den stationären Aufenthalt gedeckt hat.

Nicht abgedeckte Kosten: Dies ist der Betrag, den Medicare nicht bezahlt hat.

Der von Medicare bezahlte Betrag: Dies ist der Betrag, den Medicare Ihrer stationären Einrichtung bezahlt hat.

Das Maximum, das Ihnen berechnet werden könnte: Der Betrag, der Ihnen für Teil A-Leistungen berechnet werden könnte, kann einen Selbstbehalt, Mitversicherung basierend auf den von Ihnen genutzten Leistungstagen und andere Kosten enthalten.

Mehr Informationen über die Deckung von Medicare Part A finden Sie in Ihrem Handbuch „Medicare & You“.

18. Juni – 21. Juni 2019

Otero Hospital, (555) 555-1234
PO Box 1142, Manati, PR 00674
Überwiesen von Jesus Sarmiento Forasti

	Genutzte Leistungstage	Anspruch genehmigt?	Nicht gedeckte Kosten	Der von Medicare gezahlte Betrag	Betrag, der Ihnen maximal berechnet werden kann	Siehe untenstehende Anmerkungen
Leistungszeitraum ab 27. Mai 2019	4 Tage	Ja	$0.00	$4,886.98	**$0.00**	
Gesamtsumme Anspruch Nr. 20905400034102			$0.00	$4,886.98	**$0.00**	**A,B**

Anmerkungen zu obenstehenden Ansprüchen

A Die Tage werden von der Gesamtzahl Ihrer Leistungen für stationäre Krankenhausaufenthalte in diesem Leistungszeitraum abgezogen. Nähere Angaben finden Sie im Abschnitt „Ihre Leistungszeiträume“ auf Seite 2.

B $2,062.50 wurden mit Ihrer Mitversicherung für die Nutzung von Einrichtungen mit ausgebildetem Pflegepersonal verrechnet.

Wie abgelehnte Ansprüche zu handhaben sind oder wie ein Widerspruch einzulegen ist

Holen Sie nähere Auskünfte ein

Wenn ein Anspruch abgelehnt wurde, rufen oder schreiben Sie das Krankenhaus oder die Einrichtung an und erbitten Sie ein detaillierte Aufstellung für jeden Anspruch. Stellen Sie sicher, dass sie die richtigen Informationen schicken. Falls sie dies nicht getan haben, bitten Sie die Einrichtung unsere Anspruchsstelle zu kontaktieren, um den Fehler zu korrigieren. Sie können die Einrichtung um ein detaillierte Aufstellung für jede Leistung oder jeden Anspruch bitten.

Sie erhalten telefonisch unter 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) nähere Informationen zur Deckungs- oder Zahlungsentscheidung aus dieser Mitteilung, auch zu Gesetzen oder Richtlinien, auf denen diese Entscheidung beruht.

Wenn Sie mit einer Deckungsentscheidung, Zahlungsentscheidung oder einem zahlbaren Betrag aus dieser Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen

Jeder Widerspruch muss schriftlich erfolgen. Benutzen Sie das Formular auf der rechten Seite. Unsere Anspruchsstelle muss Ihren Widerspruch innerhalb von 120 Tagen nach dem Datum des Zugangs dieser Mitteilung an Sie empfangen.

Wir müssen Ihren Widerspruch erhalten haben bis:

21. Januar 2020

Falls Sie Hilfe beim Einlegen Ihres Widerspruchs benötigen

Kontaktieren Sie uns: Rufen Sie 1-800-MEDICARE oder Ihr bundesstaatliches Krankenversicherungsprogramm an (siehe Seite 2), um Hilfe zu erhalten, bevor Sie Ihren schriftlichen Widerspruch einlegen, einschließlich von Hilfe bei der Bestimmung eines Vertreters.

Rufen Sie Ihre Einrichtung an: Bitten Sie Ihre Einrichtung um jegliche Informationen, die Ihnen helfen wird.

Bitten Sie einen Freund um Hilfe: Sie können eine Person, wie z. B. ein Familienmitglied oder einen Freund, dazu bestimmen Ihr Vertreter im Widerspruchsprozess zu sein.

Erfahren Sie mehr über die Abwicklung eines Widerspruchs

Nähere Informationen über die Deckung von Medicare Part A finden Sie in Ihrem Handbuch „Medicare & You“ oder online auf www.medicare.gov/appeals.

Legen Sie einen schriftlichen Widerspruch ein

Folgen Sie diesen Schritten:

1. Kringeln Sie die Leistung(en) oder den Anspruch/die Ansprüche aus dieser Mitteilung ein, mit denen Sie nicht einverstanden sind.
2. Erklären Sie schriftlich, warum Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind. Fügen Sie Ihre Erklärung auf dieser Mitteilung ein oder, falls Sie mehr Platz benötigen, fügen Sie dieser Mitteilung eine separate Seite bei.
3. Machen Sie alle folgenden Angaben:

   Ihren vollen Namen oder den vollen Namen Ihres Vertreters (Druckschrift)

   Ihre Unterschrift oder die Unterschrift Ihres Vertreters

   Ihre Telefonnummer

   Ihre komplette Medicare-Nummer
4. Machen Sie alle sonstigen Angaben, die Ihnen zu Ihrem Einspruch zur Verfügung stehen. Sie können Ihre Einrichtung um jegliche Informationen bitten, die Ihnen helfen wird.
5. Geben Sie Ihre Medicare-Nummer auf allen Dokumenten an, die Sie senden.
6. Machen Sie für Ihre Unterlagen Kopien dieser Mitteilung und aller Begleitdokumente.
7. Senden Sie diese Mitteilung und alle Begleitdokumente an die folgende Anschrift:

   Medicare-Anspruchsstelle (Claims Office)
   c/o Name Vertragsfirma
   STRASSE
   STADT, ST 12345-6789