Überblick Medicare-Leistungen
für Teil B (Krankenversicherung)

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	**Freitag, 1. März 2019**
Ansprüche bearbeitet zwischen	**1. Januar – 1. März 2019**

Der Status Ihres Selbstgehalts

Ihr Selbstbehalt ist, was Sie für die meisten Gesundheitsdienstleistungen selbst bezahlen müssen, bevor Medicare zu zahlen anfängt.

Teil B Selbstbehalt: Sie haben nun **$85.00** Ihres Selbstbehalts von **$147.00** für 2019 in Anspruch genommen.

Seien Sie 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!

Ihre Ansprüche & Kosten dieses Zeitraums

Hat Medicare alle Leistungen bewilligt?	**NEIN**
Anzahl der Leistungen, die von Medicare abgelehnt wurden Sehen Sie Ansprüche beginnend auf Seite 3. Suchen Sie in der Spalte „Leistung genehmigt?“ („Service Approved?”) nach **NO (NEIN)**. Sehen Sie auf er letzten Seite, wie ein abgelehnter Anspruch zu behandeln ist.	**1**
Insgesamt könnte Ihnen berechnet werden:	**$90.15**

Leistungsanbieter mit Ansprüchen in diesem Zeitraum

21. Januar 2019
Craig I. Secosan, M.D.

So machen Sie das Beste aus Ihrem Medicare

Wie Sie diese Mitteilung überprüfen

Erkennen Sie den Namen jedes Arztes oder Dienstleisters? Überprüfen Sie die Daten. Hatten Sie an diesem Tag einen Termin?

Haben Sie die aufgeführten Leistungen 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 ein Dienstleister oder 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 (1-800-633-4227)
Fragen Sie nach „Arztleistungen“ („Doctors 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**.

Vorbeugende Leistungen von Medicare

Medicare deckt viele kostenlose oder kostengünstige Untersuchungen und Screenings ab, um Ihnen dabei zu helfen, gesund zu bleiben. Um mehr Informationen zu Vorsorgeleistungen zu erhalten,

- sprechen Sie mit Ihrem Arzt.
- Sehen Sie in Ihr Handbuch „Medicare & You“, um eine komplette Liste zu erhalten.
- Eine eine personalisierte Liste erhalten Sie auf www.MyMedicare.gov.

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 Teil B (Krankenversicherung)

Teil B Versicherung hilft Ihnen dabei für Arztleistungen, diagnostische Test, Rettungsdienst/Krankentransport und andere Gesundheitsdienstleistungen zu bezahlen.

Definitionen der Spalten

Leistung genehmigt?: Diese Spalte sagt Ihnen, ob Medicare diese Leistung gedeckt hat.

Der vom Gesundheitsdienstleister berechnete Betrag: Dies sind die Gebühren Ihres Gesundheitsdienstleisters für diese Leistung.

Von Medicare zugelassener Betrag: Dies ist der Betrag, der an einen Gesundheitsdienstleister für eine Medicare-Leistung bezahlt werden kann. Dieser könnte geringer als der eigentliche Betrag sein, der vom Gesundheitsdienstleister berechnet wird. Ihr Gesundheitsdienstleister hat sich bereit erklärt, diesen Betrag als volle Bezahlung für gedeckte Leistungen zu akzeptieren. Medicare bezahlt für gewöhnlich 80 % des von Medicare bewilligen Betrags.

Von Medicare gezahlter Betrag: Dies ist der Betrag, den Medicare Ihrem Gesundheitsdienstleister bezahlt. Dies ist für gewöhnlich 80 % des von Medicare bewilligten Betrags.

Maximalbetrag, der Ihnen berechnet werden kann: Dies ist der gesamte Betrag, den der Gesundheitsdienstleister Ihnen berechnen darf und kann einen Selbstbehalt, Mitversicherung und andere, nicht gedeckte, Kosten enthalten. Wenn Sie Medicare-Zusatzkrankenversicherung (Medicare Supplement Insurance, Medigap) oder eine andere Versicherung haben, könnte diese den gesamten Betrag oder einen Teilbetrag bezahlen.

21. Januar 2019

Craig I. Secosan, M.D., (555) 555-1234

Looking Glass Eye Center PA, 1888 Medical Park Dr, Suite C, Brevard, NC 28712-4187

Erbrachte Leistung & Abrechnungscode	Anspruch genehmigt?	Der vom Gesundheits-dienstleister berechnete Betrag	Der von Medicare bewilligte Betrag	Der von Medicare gezahlte Betrag	Maximalbetrag, der Ihnen berechnet werden kann	Sehen Sie sich die unten stehenden Anmerkungen an
Augen- und medizinische Untersuchung für Diagnose und Behandlung, bekannter Patient, 1 oder mehrere Besuche (92014)	Ja	$143.00	$107.97	$86.38	**$21.59**	
Beseitigung von Hautwachstum (17000)	**NEIN**	68.56	0.00	0.00	**68.56**	**A**
Gesamtbetrag Anspruch Nr. 02-10195-592-390		$211.56	$107.97	$86.38	**$90.15**	**B**

Anmerkungen zu obenstehenden Ansprüchen

A **Die Leistung wurde verweigert.** Die zur Verfügung gestellten Informationen begründen nicht die Notwendigkeit dieser Leistung oder dieses Artikels.

B **Ihr Anspruch wurde an Ihre Medicare-Zusatzversicherung (Medicare Supplement Insurance, Medigap-Police) in Wellmark BlueCross BlueShield, N. Carolina weitergeleitet** Mit Fragen zu Ihren Versicherungsleistungen wenden Sie sich bitte an diesen Versicherer.

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