# Zestawienie Medicare
## dotyczące Część A (Ubezpieczenie szpitalne)

Oficjalne zestawienie roszczeń Medicare pochodzących z centrów usług Medicare i Medicaid

JOHN DOE
DANE DOTYCZĄCE ADRESU TYMCZASOWEGO
ULICA
MIEJSCOWOŚĆ, ST 12345-6789

**TO NIE JEST RACHUNEK**

### Zawiadomienie dla John'a Doe

| | |
|---|---|
| Numer Medicare | **1A23BC4DE56** |
| Data zawiadomienia | **15 września 2019 r.** |
| Roszczenie rozpatrzone między | **15 czerwca – 15 września 2019 r.** |

### Twój udział własny

Udział własny to, co Ty musisz zapłacić za większość usług zdrowotnych w każdym okresie przysługiwania świadczeń, zanim zacznie za nie płacić Medicare.

**Część A Udział własny:** Osiągnąłeś(-aś) limit udziału własnego w wysokości **1,184.00** za **stacjonarną opiekę szpitalną** w okresie przysługiwania świadczeń, który rozpoczął się dnia 27 maja 2019 r.

### Bądź doinformowany!

Oto Twoje nowe Zestawienie Medicare! Jest napisane jasnym językiem, większym drukiem i zawiera zestawienie Twoich roszczeń i udziałów własnych. Niniejsze poprawione zestawienie lepiej wyjaśnia jak znaleźć odpowiedzi na nurtujące Cię pytania, jak zgłosić oszustwo czy złożyć odwołanie. Zawiera również ważne informacje od Medicare!

### Twoje roszczenia i koszty w tym okresie

| | |
|---|---|
| **Czy Medicare zatwierdziło wszystkie usługi?** | **TAK** |
| Aby uzyskać informację, jak dokładnie sprawdzić to zestawienie, patrz strona 2. | |
| **Łączna kwota jaką możesz zostać obciążony(-a) wynosi** | **$2,062.50** |

### Placówki zgłaszające roszczenia w tym okresie

18 czerwca - 21 czerwca 2019 r.
**Otero Hospital**

# Optymalne wykorzystanie Medicare

## Jak sprawdzić to zestawienie

**Czy rozpoznajesz nazwę każdej placówki?** Sprawdź daty.

**Czy otrzymałeś(-aś) wymienione świadczenia?** Czy są one zgodne z tymi, które widnieją na rachunkach i pokwitowaniach?

**Jeżeli zapłaciłeś(-aś) już rachunek, czy zapłaciłeś(-aś) odpowiednią kwotę?** Sprawdź maksymalną kwotę, którą możesz zostać obciążony(-a). Sprawdź, czy roszczenie zostało przesłane do twojego planu ubezpieczenia uzupełniającego Medicare (Medigap) lub do innego ubezpieczyciela. Ten plan może zapłacić Twoją część.

## Jak zgłosić oszustwo

Jeżeli uważasz, że placówka lub firma jest zaangażowana w oszustwo, zadzwoń do nas pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Przykładami oszustw są oferty bezpłatnych usług medycznych lub naliczanie opłat za usługi Medicare, których nie otrzymałeś(-aś). W przypadku, gdy stwierdzimy, że Twoja informacja doprowadziła do wykrycia oszustwa, możesz kwalifikować się do nagrody.

**I Ty możesz wiele zmienić!** W ubiegłym roku Medicare zaoszczędziło podatnikom **4.2 miliarda USD** - to największa suma, jaką kiedykolwiek odzyskano w ciągu jednego roku - dzięki osobom, które zgłosiły podejrzane działania Medicare.

## Jak uzyskać odpowiedzi na nurtujące Cię pytania

**1-800-Medicare (1-800-633-42270)**
Poproś o „usługi szpitalne" (ang."hospital services"). Twój kod obsługi klienta to 05535.

**TTY 1-877-486-2048** (dla osób niedosłyszących)

Zadzwoń do stanowego urzędu programu pomocy ubezpieczenia zdrowotnego (State Health Insurance Assistance Program (SHIP)), aby uzyskać bezpłatne doradztwo w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Zadzwoń pod numer **1-555-555-5555**.

## Twoje okresy przysługiwania świadczeń

Pobyt w szpitalu i ośrodku z wykwalifikowaną opieką pielęgniarską (ang. skilled nursing facility SNF) jest mierzony w **dniach objętych świadczeniami** i **okresach przysługiwania świadczeń.** Każdy dzień spędzony w szpitalu lub SNF liczy się do dni objętych świadczeniami w tym okresie przysługiwania świadczeń. Okres przysługiwania świadczenia rozpoczyna się w dniu, w którym po raz pierwszy są Ci świadczone stacjonarne usługi szpitalne lub, w pewnych okolicznościach, usługi SNF, i kończy się, gdy przez 60 dni z rzędu nie były Ci świadczone żadne usługi stacjonarnej opieki szpitalnej lub stacjonarna opieka specjalistyczna w SNF.

**Szpital stacjonarny:** Pozostało Ci **56 z 90 dni objętych świadczeniami** w okresie przysługiwania świadczenia, który rozpoczął się 27 maja 2019 r.

**Ośrodek z wykwalifikowaną opieką pielęgniarską:** Pozostało Ci **63 z 100 dni objętych świadczeniami** w okresie przysługiwania świadczenia, który rozpoczął się 27 maja 2019 r.

Więcej informacji na temat okresów przysługiwania świadczenia można znaleźć w podręczniku „Medicare & You".

## Twoje wiadomości od Medicare

**Zaszczep się przeciw pneumokokom.** Taka szczepionka może wystarczyć na całe życie. Skontaktuj się ze swoim dostawcą usług medycznych w sprawie tej szczepionki. Jeżeli Twój dostawca usług medycznych akceptuje zlecenie Medicare, nic za nią nie zapłacisz.

**Aby zgłosić zmianę adresu,** zadzwoń do Social Security pod numer telefonu 1-800-772-1213. Użytkownicy TTY (niedosłyszący) mogą zadzwonić pod numer telefonu 1-800-325-0778.

**Wczesne wykrycie to najlepsza ochrona.** Zaplanuj swoją mammografię już dziś i pamiętaj, że Medicare pomaga płacić za mammograficzne badania przesiewowe.

**Chcesz od razu zobaczyć swoje roszczenia?** Uzyskaj dostęp do swoich roszczeń Medicare na stronie www.MyMedicare.gov, zazwyczaj w ciągu 24 godzin od rozpatrzenia roszczenia przez Medicare. Możesz użyć funkcji „Niebieski przycisk" (ang. Blue button), aby śledzić swoją dokumentację medyczną.

# Twoje roszczenia dotyczące stacjonarnej opieki szpitalnej Część A (Ubezpieczenie szpitalne)

Część A Ubezpieczenie stacjonarnego pobytu w szpitalu pomaga pokryć koszty opieki szpitalnej, opieki stacjonarnej w ośrodku z wykwalifikowaną opieką pielęgniarską po pobycie w szpitalu, domowej opieki zdrowotnej i opieki hospicyjnej.

## Definicje kolumn

**Wykorzystane dni objęte świadczeniami** Liczba dni pokrywanych z ubezpieczenia dni objętych świadczeniami, wykorzystane na każdorazowy pobyt w szpitalu i/lub w ośrodku z wykwalifikowaną opieką pielęgniarską. (Patrz strona 2, aby uzyskać więcej informacji i zestawienie okresów przysługiwania świadczenia).

**Roszczenie zatwierdzone?:** Ta kolumna informuje, czy Medicare pokrywa koszty pobytu stacjonarnego.

**Opłaty nieobjęte ubezpieczeniem:** Jest to kwota, której Medicare nie zapłaciło.

**Kwota zapłacona przez Medicare:** Jest to kwota, którą Medicare zapłaciło stacjonarnej placówce szpitalnej.

**Maksymalna kwota jaką możesz zostać obciążony(-a):** Kwota, którą możesz zostać obciążony(-a) za usługi objęte Częścią A może obejmować udział własny, współubezpieczenie (ang. coinsurance) i inne opłaty.

Więcej informacji na temat zakresu ubezpieczenia Medicare Część A można znaleźć w podręczniku „Medicare & You".

## 18 czerwca - 21 czerwca 2019 r.

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

| | Wykorzystane dni objęte świadczeniami | Roszczenie zatwierdzone? | Opłaty nieobjęte ubezpieczeniem | Kwota zapłacona przez Medicare | Maksymalna kwota jaką możesz zostać obciążony(-a) | Patrz uwagi poniżej |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Okres przysługiwania świadczenia rozpoczynający się 27 maja 2019 r. | 4 dni | Tak | $0.00 | $4,886.98 | **$0.00** | |
| **Całkowita kwota roszczenia #20905400034102** | | | $0.00 | $4,886.98 | **$0.00** | **A,B** |

**Uwagi dotyczące powyższych roszczeń**

**A** Dni są odejmowane od łącznych stacjonarnych świadczeń szpitalnych w okresie przysługiwania świadczenia. Więcej informacji zawiera sekcja „Twoje okresy przysługiwania świadczeń" na stronie 2.

**B** 2 0622,50 USD zostało wykorzystane na współubezpieczenie dotyczące pobytu w ośrodku z wykwalifikowaną opieką pielęgniarską.

# Co można zrobić z odrzuconymi roszczeniami oraz jak złożyć odwołanie

## Zdobądź więcej informacji

**Jeżeli roszczenie zostało odrzucone, zadzwoń lub napisz do szpitala lub placówki i poproś je o szczegółowe zestawienie wszelkich roszczeń.** Upewnij się, że przesłał on odpowiednie informacje. Jeżeli nie, poproś placówkę o skontaktowanie się z naszym biurem ds. roszczeń (ang. claims office) w celu usunięcia błędu. Możesz poprosić placówkę o szczegółowe zestawienie dotyczące każdej usługi oraz roszczenia.

Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), aby uzyskać więcej informacji na temat pokrycia ubezpieczeniowego lub decyzji dotyczącej płatności objętej niniejszym zestawieniem, w tym przepisów lub zasad stosowanych podczas podejmowania decyzji.

## Jeżeli nie zgadzasz się z decyzją dotyczącą pokrycia ubezpieczeniowego, decyzją dotyczącą płatności lub kwotą płatności wskazaną tym zestawieniu, możesz się odwołać

**Odwołania należy składać na piśmie.** Użyj formularza znajdującego się po prawej stronie. Nasze biuro ds. roszczeń musi otrzymać odwołanie w ciągu 120 dni od daty otrzymania tego zestawienia.

Musimy otrzymać Twoje odwołanie przed:

**21 stycznia 2020 r.**

## Jeżeli potrzebujesz pomocy w złożeniu odwołania

**Skontaktuj się z nami:** Zadzwoń pod numer 1-800-MEDICARE lub do swojego stanowego urzędu programu pomocy ubezpieczenia zdrowotnego (patrz strona 2), aby uzyskać pomoc nim złożysz pisemne odwołanie, w tym pomoc w wyznaczeniu pełnomocnika.

**Zadzwoń do swojej placówki:** Zapytaj swoją placówkę o wszelkie informacje, które mogą Ci pomóc.

**Poproś o pomoc znajomego:** Możesz wyznaczyć kogoś, na przykład członka rodziny lub znajomego, aby był Twoim pełnomocnikiem w procesie odwoławczym.

## Dowiedz się więcej o odwołaniach

Aby uzyskać więcej informacji na temat odwołań, przeczytaj podręcznik „Medicare & You" lub odwiedź naszą stronę internetową www.medicare.gov/appeals.

## Złóż odwołanie w piśmie

Wykonaj następujące kroki:

1. Zakreśl w tym zestawieniu usługę lub roszczenia, z którymi się nie zgadzasz.
2. Wyjaśnij na piśmie, dlaczego nie zgadzasz się z decyzją. Dołącz swoje wyjaśnienie do tego zestawienia a jeżeli potrzebujesz więcej miejsca, dołącz do tego zestawienia dodatkową kartkę.
3. Wypełnij wszystkie poniższe pozycje:

   Pełne imię i nazwisko Twoje lub Twojego pełnomocnika (drukowanymi literami)

   Podpis Twój lub Twojego pełnomocnika

   Twój numer telefonu

   Twój pełny numer Medicare
4. Dołącz wszystkie inne informacje dotyczące odwołania. Możesz poprosić swoją placówkę medyczną o wszelkie informacje, które mogą Ci pomóc.
5. Wpisz swój numer Medicare na wszystkich wysyłanych dokumentach.
6. Zrób sobie kopie tego zestawienia i wszystkich dokumentów towarzyszących.
7. Wyślij to zestawienie i wszystkie dokumenty towarzyszące na poniższy adres:

   **Medicare Claims Office**
   **Do rąk Imię i nazwisko wykonawcy**
   **Ulica**
   **Miejscowość, ST 12345-6789**