



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todas las reclamaciones? SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$2,062.50

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar cada período de beneficio por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Usted ha pagado su deducible de **\$1,068.00** correspondiente a los servicios de **hospitalización** para el período de beneficios que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Centros con reclamaciones durante este período

18 de junio – 29 de junio de 2011

Dr Otero Hospital

1 de junio – 18 de julio de 2011

Lexington Health Center

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: A usted le quedan **27 de los 90 días de beneficios cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Centro de Enfermería Especializada: A usted le quedan **63 de los 100 días de beneficio cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Si desea más información sobre los períodos de beneficio, consulte el manual “Medicare y Usted”.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare **Original inmediatamente?** Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones de hospitalización de la Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A de Medicare ayuda a pagar los servicios médicos mientras está internado en el hospital, en un centro de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Definición de los títulos de las columnas

Días de beneficio usados: El número de días de beneficio cubiertos que usted ha usado durante esta estadía en el hospital o en el SNF. (Vea la página 2 si desea más información o un aviso de sus períodos de beneficio.)

¿Fue aprobada la reclamación? Esta columna le informa si Medicare pagó la estadía en el hospital.

Monto no cubierto: La cantidad que no pagó Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al hospital o SNF.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad máxima que le pueden facturar por los servicios de la Parte A puede incluir el deducible, un coseguro que se basa en la cantidad de días de beneficio que haya usado, y otros costos.

Si desea más información sobre la cobertura de la Parte A de Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted”.

18 de junio – 21 de junio de 2011

Dr Otero Hospital, (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Referido por Jesus Sarmiento Forasti

	Días de beneficio usados	¿Fue aprobada la reclamación?	Monto no cubierto	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Período de beneficio que comienza el 27 de mayo de 2011	4 días	Sí	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	
Total de la reclamación #20905400034102			\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	A

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A Los días que se han descontados de los beneficios de hospitalización para este período de beneficio. La sección titulada “Sus períodos de beneficio” en la página 2 tiene más detalles.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 5

29 de junio de 2011**Dr Otero Hospital, (555) 555-1234**

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Referred by Carlos Santiago Diaz

	Días de beneficio usados	¿Fue aprobada la reclamación?	Monto no cubierto	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Período de beneficio que comienza el 27 de mayo de 2011	1 día	Sí	\$0.00	\$6,583.00	\$0.00	
Total de la reclamación #20906900033902			\$0.00	\$6,583.00	\$0.00	B

1 de julio – 18 de julio de 2011**Lexington Health Center, (555) 555-1234**

815e Irving Park Rd, Streamwood, IL 60107-3073

Referred by Warren Pierce

	Días de beneficio usados	¿Fue aprobada la reclamación?	Monto no cubierto	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Período de beneficio que comienza el 27 de mayo de 2011	17 días	Sí	\$0.00	\$7,012.27	\$2,062.50	
Total de la reclamación #21034400232702ILA			\$0.00	\$7,012.27	\$2,062.50	C,D

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- B** Los días que se han descontados de los beneficios de hospitalización para este período de beneficio. La sección titulada "Sus períodos de beneficio" en la página 2 tiene más detalles.
- C** Los días que se han descontados de los beneficios del SNF para este período de beneficio. La sección titulada "Sus períodos de beneficio" en la página 2 tiene más detalles.
- D** Se le cobró un coseguro de \$2,062.50 por los servicios del SNF.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al hospital o centro y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese que hayan enviado la información correcta. Si no lo hicieron, pídale que se comuniquen con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al centro que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre cobertura o decisión de pago de este aviso incluyendo leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su hospital o centro: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.
- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al centro por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todas las reclamaciones? NO

Servicios denegados 2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobada la reclamación?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar \$2,062.50

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar cada período de beneficio por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Usted ha pagado su deducible de **\$1,068.00** correspondiente a los servicios de **hospitalización** para el período de beneficios que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Centros con reclamaciones durante este período

18 de junio – 29 de junio de 2011

Dr Otero Hospital

1 de julio – 18 de julio de 2011

Lexington Health Center

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios? **SÍ**
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar **\$0.00**

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

Centros con reclamaciones durante este período

19 de julio – 22 de agosto de 2011
The New York and Presbyterian Hospital

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?
Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?
¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones ambulatorios de la Parte B (Seguro Médico)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios ambulatorios que recibe en los centros médicos certificados, tales como los departamentos ambulatorios de los hospitales, los centros de diálisis renal y las clínicas comunitarias.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó servicio ambulatorio.

Cantidad cobrada por el centro: Lo que cobra el centro por el servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al centro por un servicio

El centro ha aceptado esta cantidad como pago total por los servicios.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al hospital/clínica. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle, puede incluir el deducible, coseguro y otros cargos que Medicare no cubre. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

19 de julio – 22 de agosto de 2011

The New York and Presbyterian Hospital, (555) 555-1234

525 East 68th Street, New York NY 10065-4870

Referido por Selim M. Arcasoy

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el centro	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	\$69.46	\$69.46	\$69.46	\$0.00	A
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	\$69.46	\$69.46	\$69.46	\$0.00	A
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	\$69.46	\$69.46	\$69.46	\$0.00	A
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	\$69.46	\$69.46	\$69.46	\$0.00	A
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	\$69.46	\$69.46	\$69.46	\$0.00	A
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	\$69.46	\$69.46	\$69.46	\$0.00	A

Reclamación #21035000422104NYA

(continúa)

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A Este servicio ha sido pagado en su totalidad con la cantidad aprobada por Medicare.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 7

19 de julio – 22 de agosto de 2011/The New York and Presbyterian Hospital continúa...

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el centro	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Examen de sangre de la función hepática (80076)	Sí	69.46	69.46	69.46	0.00	B
Evaluación de medicamentos (80101)	Sí	81.68	81.68	81.68	0.00	B,C
Nivel de Vancomicina (antibiótico) (80202)	Sí	134.51	134.51	134.51	0.00	B
Nivel de Vancomicina (antibiótico) (80202)	Sí	134.51	134.51	134.51	0.00	B

Reclamación #21035000422104NYA

(continúa)

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- B** Este servicio ha sido pagado en su totalidad con la cantidad aprobada por Medicare.
- C** Las Determinaciones de Cobertura Locales (LCD en inglés) ayudan a Medicare a decidir lo que será cubierto. Para su reclamación se usó una LCD. Usted puede comparar su caso con la LCD y enviarle información de su médico si piensa que con eso podrían cambiar la decisión. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una copia de la LCD #L27375.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 5 de 7

19 de julio – 22 de agosto de 2011/The New York and Presbyterian Hospital continúa...

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el centro	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Nivel de Vancomicina (antibiótico) (80202)	Sí	134.51	134.51	134.51	0.00	D
Urianálisis manual con examen usando un microscopio (81001)	Sí	47.41	47.41	47.41	0.00	D
Urianálisis manual con examen usando un microscopio (81001)	Sí	47.41	47.41	47.41	0.00	D
Urianálisis manual con examen usando un microscopio (81001)	Sí	47.41	47.41	47.41	0.00	D
Urianálisis manual con examen usando un microscopio (81001)	Sí	94.82	94.82	94.82	0.00	D
Urianálisis automatizado (81003)	Sí	36.38	36.38	36.38	0.00	D
Nivel de cloruro en la orina (82436)	Sí	44.10	44.10	44.10	0.00	D
Nivel de cloruro en la orina (82436)	Sí	44.10	44.10	44.10	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	121.28	121.28	121.28	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	121.28	121.28	121.28	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	485.12	485.12	485.12	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	606.40	606.40	606.40	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	606.40	606.40	606.40	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	485.12	485.12	485.12	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	485.12	485.12	485.12	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	363.84	363.84	363.84	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	363.84	363.84	363.84	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	242.56	242.56	242.56	0.00	D

Reclamación #21035000422104NYA

(continúa)

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

D Este servicio ha sido pagado en su totalidad con la cantidad aprobada por Medicare.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 6 de 7

19 de julio – 22 de agosto de 2011/The New York and Presbyterian Hospital continúa...

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el centro	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	242.84	242.84	242.84	0.00	D
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	363.84	363.84	363.84	0.00	E
Medición de gases en la sangre (82805)	Sí	242.56	242.56	242.56	0.00	E
Análisis químico usando la espectrofotometría (luz) (84311)	Sí	347.29	347.29	347.29	0.00	E
Análisis químico usando la espectrofotometría (luz) (84311)	Sí	347.29	347.29	347.29	0.00	E
Medición de tiroxina (químico tiroideo) (84439)	Sí	151.04	151.04	151.04	0.00	E
Total de la reclamación #21035000422104NYA		\$7,672.94	\$7,672.94	\$7,915.50	\$0.00	

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

E Este servicio ha sido pagado en su totalidad con la cantidad aprobada por Medicare.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al hospital o centro y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese que hayan enviado la información correcta. Si no lo hicieron, pídale que se comuniquen con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al centro que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su hospital o centro: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual "Medicare y Usted" o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.
- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al centro por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios? SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$0.00

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Durante este período usted no ha tenido reclamaciones por hospitalización, por lo tanto no tiene que hacer un pago para cubrir deducible de la Parte A.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

23 de junio – 30 de junio de 2011
Allina Health System

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada proveedor?

Verifique las fechas. ¿Recibió un servicio o visita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus reclamaciones de hospicio de la Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A de Medicare ayuda a pagar los servicios médicos mientras está internado en el hospital, en un centro de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobada el servicio? Esta columna le informa si Medicare ha pagado por el servicio de hospicio.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobró el proveedor por este servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio cubierto. Puede ser menos que lo que le cobra el proveedor. Su proveedor ha aceptado esta suma como

pago total por los servicios cubiertos por Medicare. Generalmente Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al proveedor. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle. Por lo general es \$0 pero puede incluir un copago por los medicamentos que obtiene como paciente ambulatorio, así como el 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

23 de junio – 30 de junio de 2011

Alina Health System, (555) 555-1234

1055 Westgate Drive, Suite 100, St. Paul, MN 55114-1451

Referido por Deb Burgymd

Cantidad y servicio brindado	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
4 Rutina de cuidado en el hogar, semanas 12 Visitas de personal especializado 12 Visitas de un asistente social	Sí	\$2,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	A
40 Cuidado continuo de la salud en el hogar, horas 5 Visitas de personal especializado	Sí	3,000.00	0.00	0.00	0.00	A
Total de la reclamación #21122800455102MNR		\$5,000.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A A la cantidad en la columna titulada "Cantidad máxima que le pueden cobrar" se le ha descontado el monto que usted le pagó al proveedor cuando recibió el servicio.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comuniquen con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.
- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.	
El total que le pueden facturar	\$0.00

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Durante este período usted no ha tenido reclamaciones por hospitalización, por lo tanto no tiene que hacer un pago para cubrir el deducible de la Parte A.

Proveedores con reclamaciones durante este período

7 de junio – 3 de agosto de 2011

Albert Gallatin Home Care and Hospice Care

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada proveedor?
Verifique las fechas. ¿Recibió un servicio o visita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?
¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al 1-555-555-5555.

Sus reclamaciones del cuidado de la salud en el hogar por la Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A de Medicare ayuda a pagar los servicios médicos mientras está internado en el hospital, en un centro de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobada el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el servicio para el cuidado de la salud en el hogar.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobró el proveedor por este servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio cubierto. Puede ser menos que lo que le cobra el

proveedor. Su proveedor ha aceptado esta suma como pago total por los servicios cubiertos por Medicare. Generalmente Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada.

Lo que pagó Medicare: El monto que Medicare le pagó al proveedor. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle. Por lo general es \$0. Por el equipo médico duradero, puede incluir el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Si usted tiene una póliza Medigap (Seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

7 de junio – 3 de agosto de 2011

Albert Gallatin Home Care and Hospice Care, (555) 555-1234

1368 Mall Run Road 628, Uniontown, PA 15401-2656

Referido por Richard J. Pish

Cantidad y servicio brindado	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
6 terapias físicas	Sí	\$1,200.00	\$2,093.37	\$2,093.37	\$0.00	
1 terapia ocupacional	Sí	200.00	200.00	200.00	0.00	
4 enfermeras especializadas	Sí	720.00	920.00	920.00	0.00	
Total de la reclamación #20022000001804NYR		\$2,120.00	\$3,213.37	\$3,213.37	\$0.00	A

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- A** Lo que Medicare paga por un servicio o artículo podría ser más que lo que se factura. El pago de Medicare es correcto. Medicare le paga a este proveedor menos de la cantidad que se ha facturado en otras reclamaciones, porque los índices de paga se establecen con anterioridad para ciertos servicios y se promedian para todo el año.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comuniquen con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.
- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
---------------------------------------	-----------

Servicios denegados	2
---------------------	----------

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
---------------------------------	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada médico o proveedor? Verifique las fechas. ¿Tenía una cita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?
¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios médicos”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Los servicios preventivos de Medicare

Medicare cubre muchos exámenes y evaluaciones gratuitas o a muy bajo costo para que se mantenga sano. Si desea más información sobre los servicios preventivos:

- Hable con su médico.
- Busque la lista completa en el manual “Medicare y Usted”.
- Visite www.MiMedicare.gov para obtener una lista personalizada.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones de la Parte B (Seguro Médico)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por los servicios del médico, los exámenes de diagnóstico, servicios de ambulancia y otros.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el servicio.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobra el proveedor por cada servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio cubierto. Puede ser menos que lo que le cobra el

proveedor. Su proveedor ha aceptado esta suma como pago total por los servicios cubiertos por Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al proveedor. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle y puede incluir el deducible, un coseguro y otros cargos que no estén cubiertos. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

18 de junio de 2011

Dr. Susan Jones, M.D., (555) 555-1234

Brevard County Physical Therapy Center, 32 Main Street, Brevard, NC 28712-4187

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Ejercicios terapéuticos para fuerza, resistencia, motricidad y flexibilidad, cada 15 minutos (97110)	Sí	\$45.00	\$28.54	\$22.83	\$5.71	
Total de la reclamación #02-10195-592-677		\$45.00	\$28.54	\$22.83	\$5.71	A

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina. Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 6

28 de junio de 2011**Craig I. Secosan, M.D., (555) 555-1234**

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

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Examen médico y de la vista para diagnóstico y tratamiento, paciente recurrente, 1 o más visitas (92014)	Sí	\$143.00	\$107.97	\$86.38	\$21.59	
Evaluación computarizada de la curvatura de la córnea (92025)	Sí	0.00	0.00	0.00	0.00	B
Total de la reclamación #02-10195-592-390		\$143.00	\$107.97	\$86.38	\$21.59	C

29 de junio – 30 de junio de 2011**Edward J. Mcginley, M.D., (555) 555-1234**

Nazareth Cardiology PC, 3037 Smith Ave, Philadelphia, PA 19182-0001

Referido por Hanh-Nhon Doan

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
29 de junio de 2011						
EKG de rutina usando 12 derivaciones con interpretación e informe (93010)	NO	\$55.00	\$0.00	\$0.00	\$55.00	D,E
Reclamación #02-10204-674-840					(continúa)	

Continúa →**Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba**

- B** Esta línea es solo a título informativo. A usted no deben cobrarle. Si apareciera listado un cargo, no tiene que pagarlo.
- C Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.
- D El pago por este servicio ha sido denegado.** La información proporcionada no es suficiente para justificar la necesidad del servicio o artículo.
- E** Las Determinaciones de Cobertura Locales (LCD en inglés) ayudan a Medicare a decidir lo que será cubierto. Para su reclamación se usó una LCD. Usted puede comparar su caso con la LCD y enviarle información de su médico si piensa que con eso podrían cambiar la decisión. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una copia de la LCD #L27490.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 5 de 6

29 de junio – 30 de junio de 2011/Edward J. McGinley, M.D. continúa...

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
30 de junio de 2011						
Destrucción de un crecimiento cutáneo (17000)	NO	68.56	0.00	0.00	68.56	F
Total de la reclamación #02-10204-674-840		\$123.56	\$0.00	\$0.00	\$123.56	G

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- F El pago por este servicio ha sido denegado.** La información proporcionada no es suficiente para justificar la necesidad del servicio o artículo.
- G Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comunique con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.

- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.	
El total que le pueden facturar	\$150.86

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

Proveedores con reclamaciones durante este período

- 18 de junio de 2011
Susan Jones, M.D.
- 28 de junio de 2011
Craig I. Secosan, M.D.
- 29 de junio – 30 de junio de 2011
Edward J. McGinley M.D.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
 TEMPORARY ADDRESS NAME
 STREET ADDRESS
 CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios? NO

Servicios denegados 1

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar \$80.88

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Steven Thiele D C

28 de junio de 2011

Leo Zygelman, CH

29 junio de 2011

Joshua Richards, M.D.

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada médico o proveedor? Verifique las fechas. ¿Tenía una cita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?
¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios médicos”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Los servicios preventivos de Medicare

Medicare cubre muchos exámenes y evaluaciones gratuitas o a muy bajo costo para que se mantenga sano. Si desea más información sobre los servicios preventivos:

- Hable con su médico.
- Busque la lista completa en el manual “Medicare y Usted”.
- Visite www.MiMedicare.gov para obtener una lista personalizada.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones no asignadas de la Parte B (Seguro Médico)

Las reclamaciones a Medicare pueden ser asignadas o no asignadas. Las reclamaciones mencionadas abajo son **no asignadas**—lo que significa que el proveedor no ha aceptado la cantidad aprobada por Medicare como pago total por el servicio.

¿Cuestan más las reclamaciones no asignadas? Tal vez. Un proveedor que no acepta la asignación puede cobrarle hasta 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. A esto se le conoce como **cargo límite**. Usted tal vez tenga que pagar esta cantidad o puede que sea cubierta por su otro seguro.

Si desea obtener la lista de los proveedores que aceptan la asignación de Medicare, llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite www.medicare.gov/physician. Usted podría ahorrar dinero si se atiende con proveedores que acepten la asignación.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el servicio.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobra el proveedor por cada servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio cubierto. Dado que su proveedor no acepta la asignación, le podrían cobrar hasta un 15% por encima de esta cantidad.

Lo que Medicare le pagó a usted: Cuando el proveedor no acepta la asignación, Medicare le paga a usted directamente. Generalmente le pagarán el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle y puede incluir el deducible, coseguro y otros costos que no estén cubiertos. Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (Medigap) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 6

18 de junio de 2011**Steven Thiele D C, (555) 555-1234**

Orange Chiropractic, 370 Boston Post Rd, Orange, CT 06477-3534

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que Medicare le pagó a usted	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Tratamiento quiropráctico de manipulación de 3 a 4 zonas de la columna vertebral (98941-GA)	Sí	\$65.00	\$35.55	\$0.00	\$40.88	A,B
Total de la reclamación #02-11040-017-700		\$65.00	\$35.55	\$0.00	\$40.88	C

28 de junio de 2011**Leo Zygelman, CH, (555) 555-123**

200 West Center St, Manchester CT 06040-0000

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que Medicare le pagó a usted	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Tratamiento quiropráctico de manipulación de 3 a 4 zonas de la columna vertebral (98941-GA)	NO	\$40.00	\$0.00	\$0.00	\$40.00	D
Total de la reclamación #02-11040-307-640		\$40.00	\$0.00	\$0.00	\$40.00	C

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- A** Esta cantidad aprobada se ha aplicado al pago del deducible.
- B** Su médico no aceptó la asignación por este servicio. En cumplimiento con la ley federal, su médico no puede cobrarle más de \$40.88. Si usted ya ha pagado más, el proveedor tiene que hacerle un reembolso.
- C Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.
- D El pago por este servicio ha sido denegado.** La información proporcionada no es suficiente para justificar la necesidad del servicio o artículo.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 5 de 6

29 de junio de 2011**Joshua Richards, M.D., (555) 555-1234**

848 Scioto St, Urbana, OH 43078-2255

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que Medicare le pagó a usted	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Visita del paciente al consultorio o cualquier otra visita ambulatoria (98213-GA)	Sí	\$64.00	\$64.00	\$0.00	\$0.00	E,F
Total de la reclamación #02-11040-517-100		\$64.00	\$64.00	\$0.00	\$0.00	G

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- E** Esta cantidad aprobada se ha aplicado al pago del deducible.
- F** A la cantidad en la columna titulada "Cantidad máxima que le pueden cobrar" se le ha descontado el monto que usted le pagó al proveedor cuando recibió el servicio.
- G Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comuniquen con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.

- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los artículos y servicios? Sí

Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar	\$61.31
--	----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

Proveedores con reclamaciones durante este período

9 de mayo de 2011

Lincare Inc.

12 de junio de 2011

Prof Healing Solutions

6 de julio – 8 de agosto de 2011

Walgreens Co

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada proveedor?

Verifique las fechas. ¿Compró algo ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “suministros médicos”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones de la Parte B (Seguro Médico)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por el equipo médico duradero y otros servicios.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el artículo/servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el artículo o servicio.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobra el proveedor por el artículo o servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por el artículo o servicio. Puede ser menos de lo que le cobra el proveedor. Su proveedor ha aceptado esta suma como

pago total por los servicios y artículos cubiertos por Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al proveedor. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle y puede incluir el deducible, un coseguro y otros cargos que no estén cubiertos. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

9 de mayo de 2011

Lincare Inc., (555) 555-1234

PO BOX 996, Blue Springs, MO 64013-0996

Ordenado por John K Whalen

Cantidad, artículo/servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el artículo/servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
1 Alquiler de un concentrador de oxígeno (E1390-RR)	Sí	\$442.00	\$173.17	\$138.54	\$34.63	A
Total de la reclamación #10334829487000		\$442.00	\$173.17	\$138.54	\$34.63	B

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- A** Medicare pagará por el alquiler de este equipo por hasta 36 meses (o hasta que usted ya no lo necesite). Después de los 36 meses, Medicare continuará pagando por la entrega del contenido líquido y gaseoso, por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- B Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 6

9 de mayo de 2011**Lincare Inc., (555) 555-1234**

PO BOX 996, Blue Springs, MO 64013-0996

Ordenado por John K Whalen

Cantidad, artículo/servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el artículo/servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
1 Alquiler del sistema de oxígeno gaseoso portátil 02 (E0431-RR)	Sí	\$117.61	\$28.77	\$23.02	\$5.75	C
Total de la reclamación #10334829489000		\$117.61	\$28.77	\$23.02	\$5.75	D

12 de junio 2011**Prof Healing Solutions, (555) 555-1234**

2497 S Roane St, Ste 220, Harriman, TN 37748-8689

Ordenado por Barry Dick

Cantidad, artículo/servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el artículo/servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
63 Vendaje de gasa (s w>=3<5/yd) para una herida (A6446-A1)	Sí	\$31.00	\$27.09	\$21.67	\$5.42	
Total de la reclamación #10323807216000		\$31.00	\$27.09	\$21.67	\$5.42	D

Continúa →**Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba**

- C** Medicare pagará por el alquiler de este equipo por hasta 36 meses (o hasta que usted ya no lo necesite). Después de los 36 meses, Medicare continuará pagando por la entrega del contenido líquido y gaseoso, por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- D** Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina. Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 5 de 6

6 de julio – 8 de agosto de 2011

Walgreen Co, (555) 555-1234

PO BOX 90482, Chicago, IL 60696-0482

Ordenado por Patrick T Burns

Cantidad, artículo/servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el artículo/servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
2 Tiras reactivas para la prueba de glucosa en la sangre, con la documentación específica requerida (A4253-NUKX)	Sí	\$124.99	\$77.56	\$62.05	\$15.51	
Total de la reclamación #10320806344000		\$124.99	\$77.56	\$62.05	\$15.51	E

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

E Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina. Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comunique con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.

- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
 TEMPORARY ADDRESS NAME
 STREET ADDRESS
 CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los artículos y servicios?	NO
Artículos o servicios denegados	2
Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el artículo/servicio?” se indique NO . Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.	
El total que le pueden facturar	\$150.86

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

Proveedores con reclamaciones durante este período

- 9 de mayo de 2011
Lincare Inc.
- 12 de junio de 2011
Prof Healing Solutions
- 6 de julio – 8 de agosto de 2011
Walgreens Co

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los artículos y servicios? Sí

Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$199.15

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

Proveedores con reclamaciones durante este período

9 de mayo de 2011
Lincare Inc.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada proveedor?

Verifique las fechas. ¿Compró algo ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “suministros médicos”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones no asignadas de la Parte B (Seguro Médico)

Las reclamaciones a Medicare pueden ser asignadas o no asignadas. Las reclamaciones mencionadas abajo son **no asignadas**—lo que significa que el proveedor no ha aceptado la cantidad aprobada por Medicare como pago total por el servicio.

¿Cuestan más las reclamaciones no asignadas?

Tal vez. Un proveedor que no acepta la asignación puede cobrarle más de la cantidad aprobada por Medicare. Puede que tenga que pagar el costo total en el momento del servicio, y luego esperar a Medicare para pagarle la cantidad aprobada. Proveedores que aceptan la asignación sólo le cobran el deducible y coseguro, luego esperan a que Medicare pague su parte.

Si desea obtener la lista de proveedores que aceptan la asignación de Medicare, visite www.medicare.gov/supplier o llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted podría ahorrar dinero si se atiende con proveedores que acepten la asignación.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el servicio o artículo.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobra el proveedor por cada servicio o artículo.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio o artículo, si el proveedor acepta la asignación. Puede ser menos de lo que le cobra el proveedor. Dado que su proveedor o suplidor no acepta la asignación, tal vez le cobren más que esta cantidad (vea ¿Cuestan más las reclamaciones no asignadas? a la izquierda). Por lo general, Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada.

Lo que Medicare le pagó a usted: Cuando un proveedor o suplidor no acepta la asignación, Medicare le paga directamente a usted. Por lo general Medicare le pagará el 80% de la cantidad aprobada.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle y puede incluir el deducible, un coseguro y otros cargos que no estén cubiertos. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

Si desea más información sobre la cobertura de Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted”.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 5

9 de mayo de 2011**Lincare Inc., (555) 555-1234**

PO BOX 996, Blue Springs, MO 64013-0996

Ordenado por John K Whalen

Cantidad, artículo/servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el artículo/servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que Medicare le pagó a usted	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
1 Alquiler de un concentrador de oxígeno (E1390-RR)	Sí	\$442.00	\$173.17	\$138.54	\$199.15	
Total de la reclamación #10356729487001		\$442.00	\$173.17	\$138.54	\$199.15	A,B,C

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- A Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.
- B** La cantidad aprobada está basada en un método de pago especial.
- C** Su proveedor no aceptó la asignación de Medicare para este servicio. Según lo estipulado por la ley federal, el proveedor no puede cobrarle más de \$199.15. Si usted ya ha pagado más de este monto, el proveedor debe reembolsarle la diferencia.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comunique con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.

- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de sus reclamaciones a Medicare procesadas por el contratista especializado en la administración de Medicare de RRB

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2012
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2012

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$170.00** para el 2012.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2012
Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2012
Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2012
Edward J. Mcginley M.D.

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada médico o proveedor? Verifique las fechas. ¿Tenía una cita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?
¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-833-4455.

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-833-4455

Su código de servicio al cliente es 00882.

Representantes disponibles desde las 8:30 a.m. hasta las 7:00 p.m. Horario del Este, de lunes a viernes.

TTY 1-877-566-3572 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Los servicios preventivos de Medicare

Medicare cubre muchos exámenes y evaluaciones gratuitas o a muy bajo costo para que se mantenga sano. Si desea más información sobre los servicios preventivos:

- Hable con su médico.
- Busque la lista completa en el manual “Medicare y Usted”.
- Visite www.MiMedicare.gov para obtener una lista personalizada.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Sus reclamaciones de la Parte B (Seguro Médico)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por los servicios del médico, los exámenes de diagnóstico, servicios de ambulancia y otros.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el servicio.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobra el proveedor por cada servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio cubierto. Puede ser menos que lo que le cobra el

proveedor. Su proveedor ha aceptado esta suma como pago total por los servicios cubiertos por Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al proveedor. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle y puede incluir el deducible, un coseguro y otros cargos que no estén cubiertos. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

18 de junio de 2012
Dr. Susan Jones, M.D., (555) 555-1234
 Brevard County Physical Therapy Center, 32 Main Street, Brevard, NC 28712-4187

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Ejercicios terapéuticos para fuerza, resistencia, motricidad y flexibilidad, cada 15 minutos (97110)	Sí	\$45.00	\$28.54	\$22.83	\$5.71	
Total de la reclamación #02-10195-592-677		\$45.00	\$28.54	\$22.83	\$5.71	A

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina. Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.

Andrea Torres

ESTA NO ES UNA FACTURA | Página 4 de 5

28 de junio de 2012**Craig I. Secosan, M.D., (555) 555-1234**

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

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Examen médico y de la vista para diagnóstico y tratamiento, paciente recurrente, 1 o más visitas (92014)	Sí	\$143.00	\$107.97	\$86.38	\$21.59	
Evaluación computarizada de la curvatura de la córnea (92025)	Sí	0.00	0.00	0.00	0.00	B
Total de la reclamación #02-10195-592-390		\$143.00	\$107.97	\$86.38	\$21.59	C

29 de junio – 30 de junio de 2012**Edward J. Mcginley, M.D., (555) 555-1234**

Nazareth Cardiology PC, 3037 Smith Ave, Philadelphia, PA 19182-0001

Referido por Hanh-Nhon Doan

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
29 de junio de 2011						
EKG de rutina usando 12 derivaciones con interpretación e informe (93010)	NO	\$55.00	\$0.00	\$0.00	\$55.00	D
30 de junio de 2011						
Destrucción de un crecimiento cutáneo (17000)	NO	68.56	0.00	0.00	68.56	D
Total de la reclamación #02-10204-674-840		\$123.56	\$0.00	\$0.00	\$123.56	C

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- B** Esta línea es solo a título informativo. A usted no deben cobrarle. Si apareciera listado un cargo, no tiene que pagarlo.
- C Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.
- D El pago por este servicio ha sido denegado.** La información proporcionada no es suficiente para justificar la necesidad del servicio o artículo.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comunique con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-833-4455 si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2013

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-833-4455 o a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (vea la página 2) para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.palmettogba.com/rr/me.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.

- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Railroad Medicare c/o Palmetto GBA
Attn: Appeals Department
Street Address
City, ST 12345-6789



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

COPIA DUPLICADA
Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011
Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011
Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011
Edward J. Mcginley M.D.



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado su deducible de **\$162.00** para el 2010. Ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado su deducible de **\$162.00** para el 2008 y deducible de **\$162.00** para el 2009. Ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Durante ese período usted no tenía reclamaciones pendientes por lo tanto, no tuvo que pagar para cubrir el deducible de la Parte B.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todas las reclamaciones? SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$2,062.50

Su Deductible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar cada período de beneficio por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Usted ha pagado **\$798.00** de su deducible de **\$1,068.00** correspondiente a los servicios de **hospitalización** para el período de beneficios que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Centros con reclamaciones durante este período

18 de junio – 29 de junio de 2011
Dr Otero Hospital

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: A usted le quedan **27 de los 90 días de beneficios cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Si desea más información sobre los períodos de beneficio, consulte el manual “Medicare y Usted”.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todas las reclamaciones? SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$2,062.50

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar cada período de beneficio por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Usted ha pagado **\$798.00** de su deducible de **\$1,068.00** correspondiente a los servicios de **hospitalización** para el período de beneficios que comenzó el 5 de junio de 2011.

Centros con reclamaciones durante este período

18 de junio – 29 de junio de 2011

Dr Otero Hospital

1 de julio – 18 de julio de 2011

Lexington Health Center

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: A usted le quedan **27 de los 90 días de beneficios cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 5 de junio de 2011.

Centro de Enfermería Especializada: A usted le quedan **63 de los 100 días de beneficio cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 5 de junio de 2011.

Si desea más información sobre los períodos de beneficio, consulte el manual “Medicare y Usted”.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.



Resumen de Medicare

para la Parte A (Seguro de Hospital) y B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
 TEMPORARY ADDRESS NAME
 STREET ADDRESS
 CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todas las reclamaciones? SÍ
 Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$2,062.50

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar cada período de beneficio por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Usted ha pagado **\$0.00** de su deducible de **\$1,068.00** correspondiente a los servicios de **hospitalización** para el período de beneficios que comenzó el 5 de junio de 2011.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado su deducible de **\$162.00** para el 2008 y deducible de **\$162.00** para el 2009. Ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162** para el 2011.

Centros con reclamaciones durante este período

18 de junio – 29 de junio de 2011

Dr Otero Hospital

1 de julio – 18 de julio de 2011

Lexington Health Center

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: Usted ha usado todos los 90 días de beneficio del período de beneficio que comenzó el 5 de junio de 2010.

Días de reserva vitalicios de internación: A usted le quedan **37 de los 60 días de reserva vitalicios**.

Hospitalización de salud mental: A usted le quedan **185 de los 190 días de los servicios de salud mental**.

Si desea más información sobre los períodos de beneficio, consulte el manual “Medicare y Usted”.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: Usted ha usado todos los 90 días de beneficio del período de beneficio que comenzó el 5 de junio de 2010.

Días de reserva vitalicios de internación: Usted ha usado todos los 60 días de reserva vitalicios.

Hospitalización de salud mental: Usted ha usado todos los 190 días de los servicios de la salud mental.

Centro de Enfermería Especializada: Usted ha usado todos los 100 días de beneficio del período de beneficio que comenzó el 5 de junio de 2010.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.



Resumen de Medicare para la Parte A (Seguro de Hospital)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todas las reclamaciones? SÍ
Vea la página 2 para averiguar cómo leer este aviso.

El total que le pueden facturar \$2,062.50

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar cada período de beneficio por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte A: Durante ese período usted no tenía reclamaciones por servicios de hospitalización por lo tanto, no tuvo que pagar para cubrir el deducible de la Parte A.

Centros con reclamaciones durante este período

18 de junio – 29 de junio de 2011

Dr Otero Hospital

1 de julio – 18 de julio de 2011

Lexington Health Center

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Para ayuda local y gratuita, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al **1-555-555-5555**.

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: Usted no tuvo un periodo de beneficio activo.

Hospitalización de salud mental: Usted no tuvo un periodo de beneficio activo.

Centro de Enfermería Especializada: Usted no tuvo un periodo de beneficio activo.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

ANDREA TORRES
TEMPORARY ADDRESS NAME
STREET ADDRESS
CITY, ST 12345-6789

Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	16 de septiembre de 2011
Reclamación procesada entre	15 de junio – 15 de septiembre de 2011

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios?	NO
Servicios denegados	2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar	\$150.86
--	-----------------

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.

28 de junio – 29 de julio de 2011

Dr. Andrew Star, M.D.

18 de agosto de 2011

Jonathan Smith, M.D.

28 de agosto de 2011

Richard Lee, M.D.

¡Usted tiene más proveedores para este período! Vea la lista completa de las reclamaciones que comienza en la página 3.

Sus reclamaciones de internación de la Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A de Medicare ayuda a pagar los servicios médicos mientras está internado en el hospital, en un centro de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Definición de los títulos de las columnas

Días de beneficio usados: El número de días de beneficio cubiertos que usted ha usado durante esta estadía en el hospital o en el SNF. (Vea la página 2 si desea más información o un aviso de sus períodos de beneficio.)

¿Fue aprobada la reclamación? Esta columna le informa si Medicare pagó la estadía en el hospital.

Monto no cubierto: La cantidad que no pagó Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al hospital o SNF.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad máxima que le pueden facturar por los servicios de la Parte A puede incluir el deducible, un coseguro que se basa en la cantidad de días de beneficio que haya usado, y otros costos.

Si desea más información sobre la cobertura de la Parte A de Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted”.

18 de junio – 21 de junio de 2011

Dr Otero Hospital, (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Referido por Jesus Sarmiento Forasti

	Días de beneficio usados	¿Fue aprobada la reclamación?	Monto no cubierto	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Período de beneficio que comienza el 2 de octubre de 2011	ninguno	NO	\$480,579.03	\$0.00	\$480,579.30	
Total de la reclamación #20905400034102			\$480,579.03	\$0.00	\$480,579.30	A

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A Usted ha usado todos los días de beneficio correspondientes a este período de beneficio.

Sus reclamaciones de internación de la Parte A (Seguro de Hospital)

La Parte A de Medicare ayuda a pagar los servicios médicos mientras está internado en el hospital, en un centro de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio.

Definición de los títulos de las columnas

Días de beneficio usados: El número de días de beneficio cubiertos que usted ha usado durante esta estadía en el hospital o en el SNF. (Vea la página 2 si desea más información o un aviso de sus períodos de beneficio.)

¿Fue aprobada la reclamación? Esta columna le informa si Medicare pagó la estadía en el hospital.

Monto no cubierto: La cantidad que no pagó Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al hospital o SNF.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad máxima que le pueden facturar por los servicios de la Parte A puede incluir el deducible, un coseguro que se basa en la cantidad de días de beneficio que haya usado, y otros costos.

Si desea más información sobre la cobertura de la Parte A de Medicare, consulte el manual “Medicare y Usted”.

18 de junio – 21 de junio de 2011

Dr Otero Hospital, (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

Referido por Jesus Sarmiento Forasti

	Días de beneficio usados	¿Fue aprobada la reclamación?	Monto no cubierto	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
	ninguno	NO	\$480,579.03	\$0.00	\$480,579.30	
Total de la reclamación #20905400034102			\$480,579.03	\$0.00	\$480,579.30	A

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

A Usted ha usado todos los días de beneficio correspondientes a este período de beneficio.

Sus reclamaciones de la Parte B (Seguro Médico)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por los servicios del médico, los exámenes de diagnóstico, servicios de ambulancia y otros.

Definición de los títulos de las columnas

¿Fue aprobado el servicio? Esta columna le informa si Medicare pagó por el servicio.

Cantidad cobrada por el proveedor: Lo que cobra el proveedor por cada servicio.

Cantidad aprobada por Medicare: Es la cantidad que Medicare le puede pagar al proveedor por un servicio cubierto. Puede ser menos que lo que le cobra el

proveedor. Su proveedor ha aceptado esta suma como pago total por los servicios cubiertos por Medicare.

Lo que pagó Medicare: La cantidad que Medicare le pagó al proveedor. Generalmente es el 80% de la cantidad aprobada por Medicare.

Cantidad máxima que le pueden cobrar: La cantidad total que el proveedor puede cobrarle y puede incluir el deducible, un coseguro y otros cargos que no estén cubiertos. Si usted tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) u otro seguro, tal vez pague una parte o toda esta cantidad.

18 de junio de 2011

Dr. Susan Jones, M.D., (555) 555-1234

Brevard County Physical Therapy Center, 32 Main Street, Brevard, NC 28712-4187

Servicio brindado y código de facturación	¿Fue aprobado el servicio?	Cantidad cobrada por el proveedor	Cantidad aprobada por Medicare	Lo que pagó Medicare	Cantidad máxima que le pueden cobrar	Vea las notas abajo
Ecografía para guiar la colocación de la aguja (76942-26)	Sí – ajustada	\$95.00	\$95.00	\$76.00	\$19.00	
Ecografía para guiar la colocación de la aguja (76942-26)	Sí – ajustada	95.00	35.81	28.65	7.16	
Ecografía para guiar la colocación de la aguja (76942-26)	Sí – ajustada	95.00	35.81	28.65	7.16	
Total de la reclamación #10334829487000		\$285.00	\$166.62	\$133.30	\$33.32	A,B

Continúa →

Notas sobre las reclamaciones mencionadas arriba

- A Hemos enviado su reclamación a Medigap (seguro suplementario a Medicare), Wellmark BlueCross BlueShield de N. Carolina.** Si tiene preguntas sobre sus beneficios comuníquese con ellos.
- B Este es un ajuste realizado a una reclamación procesada anteriormente y/o deducible.**

HARRIETT I ANSARI BAHMAN
9 JOCKEY LANE
NEW CITY, NY 10956-6608

**CHEQUE DE LA PARTE B DE MEDICARE
NO LO ROMPA
DEBE CAMBIARLO LO ANTES POSIBLE**

MEDICARE PART B
National Government Services, Inc.
P.O. BOX 6160
INDIANAPOLIS, IN 46206-6160



MEDICARE PAYMENT
FOR HEALTH INSURANCE - SOCIAL SECURITY ACT

0040613320

US BANK
HAVRE, MONTANA

80-1769/815

VOID 12 MONTHS FROM ISSUE DATE

PAY *****61DOLLARS AND 38CNTS
TO THE
ORDER OF

HARRIETT I ANSARI BAHMAN

9 JOCKEY LANE
NEW CITY NY 10956-6608

IDENTIFICATION NO.	INTERNAL CHECK NO. 202781293
MO. DAY YEAR 10 12 11	DOLLARS \$ *****61.38

VOID
Sandra Miller

⑈0040613320⑈ ⑆081517693⑆ 152302017032⑈



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
sobre sus reclamaciones a Medicare

HARRIETT I ANSARI BAHMAN
9 JOCKEY LANE
NEW CITY, NY 10956-6608

**CHEQUE DE LA PARTE B DE MEDICARE
NO LO ROMPA
DEBE CAMBIARLO LO ANTES POSIBLE**

MEDICARE PART B
National Government Services, Inc.
P.O. BOX 6160
INDIANAPOLIS, IN 46206-6160



MEDICARE PAYMENT
FOR HEALTH INSURANCE - SOCIAL SECURITY ACT

0040613320

US BANK
HAVRE, MONTANA

80-1769/815

VOID 12 MONTHS FROM ISSUE DATE

PAY *****61DOLLARS AND 38CNTS
TO THE
ORDER OF

HARRIETT I ANSARI BAHMAN

9 JOCKEY LANE
NEW CITY NY 10956-6608

IDENTIFICATION NO.	INTERNAL CHECK NO. 202781293
MO. DAY YEAR 10 12 11	DOLLARS \$ *****61.38

VOID
Sandra Miller



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid sobre sus reclamaciones a Medicare

HARRIETT I ANSARI BAHMAN
9 JOCKEY LANE
NEW CITY, NY 10956-6608

CHEQUE ADJUNTO
Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	15 de julio de 2011
Reclamación procesada	15 de julio de 2011

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios? NO

Servicios denegados 2

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar \$150.86

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.



Resumen de Medicare para la Parte B (Seguro Médico)

El resumen oficial de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
sobre sus reclamaciones a Medicare

HARRIETT I ANSARI BAHMAN
9 JOCKEY LANE
NEW CITY, NY 10956-6608

CHEQUE ENVIADO POR SEPARADO Esta no es una factura

Aviso para Andrea Torres

Número de Medicare	XXX-XX-1234A
Fecha de este aviso	15 de julio de 2011
Reclamación procesada	15 de julio de 2011

Su deducible

El deducible es la cantidad que usted tiene que pagar por la mayoría de los servicios médicos antes de que Medicare comience a pagar.

Deducible de la Parte B: Usted ha pagado **\$85.00** de su deducible de **\$162.00** para el 2011.

¡Infórmese!

¡Bienvenido al nuevo Resumen de Medicare! Ahora con un vocabulario más claro, en letra más grande y con un resumen personalizado sobre sus reclamos y deducibles. Este resumen mejorado le explica cómo obtener respuestas a sus preguntas, denunciar el fraude o solicitar una apelación. Además, incluye información importante sobre Medicare!

Sus reclamaciones y costos en este período

¿Aprobó Medicare todos los servicios? **NO**

Servicios denegados **2**

Vea la página 3 para ver las reclamaciones. Fíjese en la columna “¿Fue aprobado el servicio?” se indique **NO**. Para saber qué hacer con las reclamaciones denegadas, vea la última página.

El total que le pueden facturar \$150.86

Proveedores con reclamaciones durante este período

18 de junio de 2011

Susan Jones, M.D.

28 de junio de 2011

Craig I. Secosan, M.D.

29 de junio – 30 de junio de 2011

Edward J. Mcginley M.D.

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada centro?

Verifique las fechas.

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un centro o una compañía está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¡Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios del hospital”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Sus períodos de beneficio

Las estadías en el hospital y en un Centro de Enfermería Especializada (SNF en inglés) se miden por **días de beneficio** y **períodos de beneficio**. Cada día que usted pasa en un hospital o en un SNF se consideran días de beneficio para ese período de beneficio. Un período de beneficio comienza cuando usted es admitido al hospital o al SNF y termina cuando no ha estado internado en el hospital o SNF por 60 días seguidos.

Hospitalización: A usted le quedan **27 de los 90 días de beneficios cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Centro de Enfermería Especializada: A usted le quedan **63 de los 100 días de beneficio cubiertos** para el período de beneficio que comenzó el 27 de mayo de 2011.

Si desea más información sobre los períodos de beneficio, consulte el manual “Medicare y Usted”.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare **Original inmediatamente?** Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al hospital o centro y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese que hayan enviado la información correcta. Si no lo hicieron, pídale que se comuniquen con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al centro que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para información sobre cobertura o decisión de pago de este aviso incluyendo leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su hospital o centro: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.
- Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al centro por información que le ayude a su caso.
- Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada médico o proveedor? Verifique las fechas. ¿Tenía una cita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?
¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “servicios médicos”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Los servicios preventivos de Medicare

Medicare cubre muchos exámenes y evaluaciones gratuitas o a muy bajo costo para que se mantenga sano. Si desea más información sobre los servicios preventivos:

- Hable con su médico.
- Busque la lista completa en el manual “Medicare y Usted”.
- Visite www.MiMedicare.gov para obtener una lista personalizada.

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comunique con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.

- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789

Obtenga el beneficio máximo de Medicare

Cómo interpretar este aviso

¿Reconoce usted el nombre de cada proveedor?

Verifique las fechas. ¿Tenía una cita ese día?

¿Recibió los servicios mencionados?

¿Concuerdan con sus recibos y facturas?

Si usted ya pagó la factura, ¿pagó la cantidad correcta? Verifique el monto máximo que le pueden cobrar. Fíjese si la reclamación fue enviada a Medigap (su seguro suplementario a Medicare) o a cualquier otro seguro que tenga. Ese plan puede pagar su parte.

Cómo denunciar un fraude

Si usted piensa que un proveedor o empresa está cometiendo un fraude, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Algunos ejemplos de fraude incluyen aquellos que ofrecen servicios médicos gratuitos, o la facturación a Medicare por servicios que usted no recibió. Si determinamos que su denuncia nos ayudó a descubrir un fraude, podría recibir una recompensa.

¿Usted puede hacer la diferencia! El año pasado, los contribuyentes ahorraron **\$4.2 mil millones**— la cantidad más grande recuperada en un solo año— gracias a las personas que denunciaron actividades sospechosas.

Cómo obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Diga “suministros médicos”. Su código de servicio al cliente es 05535.

TTY 1-877-486-2048 (para las personas con impedimentos auditivos)

Los mensajes de Medicare para usted

Aplíquese la vacuna neumocócica. Tal vez la necesita una vez en su vida. Hable sobre la vacuna con su médico. Usted no tiene que pagar por ella si su médico acepta la asignación.

Cambio de domicilio. Para informar sobre un cambio de domicilio llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La detección temprana es su mejor protección. Haga hoy mismo una cita para la mamografía y recuerde que Medicare le ayuda a pagar por ella.

¿Quiere ver sus reclamaciones del Medicare Original inmediatamente? Véalas por internet en www.MiMedicare.gov, 24 horas después de que Medicare procese la reclamación. También puede usar el “Botón azul” para controlar la información sobre su salud.

Qué hacer con las reclamaciones denegadas o cómo apelar

Obtenga más información

Si su reclamación le fue denegada, llame o escríbale al proveedor y pídale un resumen detallado de sus reclamaciones. Asegúrese de que haya enviado la información correcta. Si no lo hizo, pídale que se comunique con la oficina de reclamaciones para corregir el error. Usted puede pedirle al proveedor que le mande un detalle de la reclamación.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si desea más información sobre la cobertura o la decisión de pago de este aviso, así como las leyes o políticas usadas para tomar dicha decisión.

Si está en desacuerdo con una decisión de cobertura, decisión de pago o el monto del pago indicado en este aviso, puede apelar la decisión

Las apelaciones deben hacerse por escrito. Use el formulario que está a la derecha. Nuestra oficina de reclamaciones debe recibir su pedido de apelación en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que recibe este aviso.

Tenemos que recibir su pedido de apelación para el:

14 de enero de 2012

Si necesita ayuda con su pedido

Comuníquese con nosotros: Llame al 1-800-MEDICARE para obtener ayuda con su apelación y para averiguar cómo nombrar un representante.

Llame a su proveedor: Pídale cualquier información que pueda ayudarle.

Pídale a un amigo que llame: También puede nombrar a un amigo o familiar para que actúe como su representante durante el proceso de apelación.

Para más información, consulte el manual “Medicare y Usted” o visite www.medicare.gov/appeals.

Apelación por escrito

Siga los pasos siguientes:

- 1 Haga un círculo alrededor del servicio(s) o reclamación(es) de este aviso con las que está en desacuerdo.
- 2 Explique por escrito el motivo porque está en desacuerdo con la decisión. Incluya la explicación en este aviso o, si necesita más espacio, incluya otra hoja.
- 3 Llene los casilleros siguientes:

Nombre completo suyo o de su representante (en letra de molde)

Firma suya o de su representante

Su número de teléfono

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

Su número de Medicare completo

- 4 Incluya cualquier información que tenga sobre su apelación. Pedirle al proveedor por información que le ayude a su caso.
- 5 Incluya su número de Medicare en cualquier todo documento que envíe.
- 6 Haga copias de este aviso y de toda la documentación para su archivo personal.
- 7 Envíe este aviso y toda la documentación necesaria a la siguiente dirección:

Medicare Claims Office
c/o First Coast Service Options, Inc.
Street Address
City, ST 12345-6789