



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!

Inscríbase en www.MiMedicare.gov para tener acceso directo a las reclamaciones del Medicare Original, hacer un seguimiento de sus servicios preventivos e imprimir el “Informe Inmediato” para compartirlo con sus proveedores. Visite el sitio Web para registrarse y acceder a su información personal de Medicare.

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

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 una diferencia! El año pasado, Medicare ahorró **\$4 mil millones** a los contribuyentes —el mayor monto recuperado en un año— gracias a los beneficiarios 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.

¿Recibe usted servicios terapéuticos? ¡Tenga en cuenta el límite! En el 2011, el límite anual de la cobertura de Medicare para la mayoría de los servicios de terapia física y del lenguaje/habla combinadas es \$1,860.

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

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

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