



# 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.

<b>El total que le pueden facturar</b>	<b>\$0.00</b>
--	---------------

### 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.

### Proveedores con reclamaciones durante este período

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

### ¡Infórmese!

Inscríbase en [www.MiMedicare.gov](http://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.

# 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.

**¿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.

## 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 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 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 la reclamación?** 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
<b>4 Rutina de cuidado en el hogar, semanas</b>	Sí	\$2,000.00	\$0.00	\$0.00	<b>\$0.00</b>	<b>A</b>
12 Visitas de personal especializado						
12 Visitas de un asistente social						
<b>40 Cuidado continuo de la salud en el hogar, horas</b>	Sí	3,000.00	0.00	0.00	<b>0.00</b>	<b>A</b>
5 Visitas de personal especializado						
<b>Total de la reclamación</b>		<b>\$5,000.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$0.00</b>	
<b>#21122800455102MNR</b>						

### 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](http://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**