



我的醫療保健 追蹤紀錄表

追蹤記錄您的醫療保健資訊以保護自己免受詐欺！



保護 發現 通報

為何要使用醫療保健追蹤紀錄表？

- 協助您記錄您所接受的醫療保健服務。
- 確認您所獲得的醫療保健服務、檢測和 / 或醫療設備用品有正確地於 Medicare 摘要通知 (Medicare Summary Notice, MSN) 或福利說明 (Explanation of Benefits, EOB) 中。如果您擁有 Original Medicare，您將會收到 Medicare 摘要通知；如果您擁有 Medicare Advantage 計劃，您將會收到福利說明。
 - 這可能可以減少您應付的金額並協助預防您的醫療身分遭到盜竊。
 - 這還可以保護 Medicare 計劃，讓我們的後代子孫也能享有這項計劃。
- 保護自己及您的醫療保健福利免於發生詐欺、錯誤資訊及濫用的情況。



您當地的 SMP 可以：

與您一對一地一起檢視您的 Medicare 摘要通知 (MSN) 或福利說明 (EOB)，以確認是否可能有詐欺、錯誤資訊或濫用的情況。他們可以與醫療服務提供者聯絡，以討論帳單問題並將可能的個案轉介給適當的機構或機關。

透過團體簡報以及展覽或活動等方式教導民眾如何避免成為詐騙的受害者。

讓志工參與以讓志工與其同儕及其他人合作完成此項重要工作。

保護 發現 通報

Senior Medicare Patrols

Senior Medicare Patrols (SMP) 旨在透過推廣活動、諮詢及教育來協助民眾預防、發現及通報 Medicare 詐欺、錯誤資訊及濫用。SMP 希望您可以：

保護 您的個人資訊以保護自己免於受到詐欺。

- 將您的 Medicare、Medicaid 及其他醫療保健計劃號碼當作信用卡號碼一樣看待。
- 切勿相信表示自己是 Medicare 人員的致電者。事實上，Medicare 不會致電給您或登門拜訪向您推銷任何東西！

發現 詐欺、錯誤資訊及濫用

- 檢視您的 Medicare 摘要通知 (MSN) 或福利說明 (EOB) 以查看是否有錯誤資訊。將這些文件與處方藥收據以及您在本紀錄表中的紀錄作比較。
- 尋找：
 - 您沒有獲得之服務的費用
 - 針對相同服務請款兩次
 - 不是由您醫生開立醫囑的服務
- 造訪 www.medicare.gov 以使用您的 Medicare 線上帳戶。

通報 錯誤資訊或問題

- 如果您發現錯誤資訊、有疑問或發現可疑的費用，請先致電與您的醫療服務提供者或保險計劃聯絡。
 - 如果您對其答覆感到不滿，請向您當地的 SMP 通報。
- 請造訪 www.smpresource.org 或致電 1-877-808-2468 以瞭解詳情。

醫療保健追蹤紀錄表使用說明

1. 攜帶此追蹤紀錄表前往醫療約診。
2. 在此追蹤紀錄表中記錄約診相關資訊。其中包括：
 - 日期、就診時間長度（例如 5 分鐘、15 分鐘、30 分鐘或 45 分鐘）、醫療服務提供者及就診理由
 - 檢測（例如 X 光、抽血、驗尿、超音波以及測量體重、身高和血壓）、設備或處方藥的名稱
3. 當您的 Medicare 摘要通知 (MSN) 或福利說明 (EOB) 寄達時，比較這些資訊。

只有在以下情況下才在您所填寫之資訊的右方打勾：

- 日期、就診時間長度、醫療服務提供者及就診理由與 MSN 或 EOB 中的資訊相符
- MSN 或 EOB 中的檢測、設備或處方藥名稱與您追蹤紀錄表中所記錄的名稱相同

4. 如果發生下列情況，請與您的醫療服務提供者或當地的 Senior Medicare Patrol 辦公室聯絡：

- 您需要協助將您所填寫的追蹤紀錄表與 MSN 或 EOB 作比較
- 您已完成比較且發現有欄位沒有打勾
- 您的 MSN 或 EOB 中有您沒有獲得或不是由您醫生開立醫囑之就診、檢測、設備或處方藥的費用
- 您因為相同的就診、檢測、設備或處方藥收到兩次帳單



保護 發現 通報

約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud

日期：
 醫療服務提供者姓名 / 名稱：
 就診理由：

獲得的服務

抽血
 電腦斷層掃描 / 正子斷層造影 / 核磁共振造影
 洗腎
 醫療裝置 (例如：耐用醫療器材、護具)
 藥物
 氧氣

預防針注射 (例如：流感、肺炎)
 驗尿
 X光
 其他 _____



就診時間長度 (現場或網路，以分鐘為單位)

0-5 5-15 15-30 30-45

備註


 Preventing Medicare Fraud

約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- 抽血
- 電腦斷層掃描 / 正子斷層造影 / 核磁共振造影
- 洗腎
- 醫療裝置 (例如：耐用醫療器材、護具)
- 藥物
- 氧氣
- 預防針注射 (例如：流感、肺炎)
- 驗尿
- X光
- 其他 _____

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5
- 5-15
- 15-30
- 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路，以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- 抽血
- 電腦斷層掃描 / 正子斷層造影 / 核磁共振造影
- 洗腎
- 醫療裝置 (例如：耐用醫療器材、護具)
- 藥物
- 氧氣
- 預防針注射 (例如：流感、肺炎)
- 驗尿
- X光
- 其他 _____

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5
- 5-15
- 15-30
- 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路，以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



約診列表

日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影/
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路, 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



Preventing Medicare Fraud



日期：

醫療服務提供者姓名 / 名稱：

就診理由：

獲得的服務

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 抽血 | <input type="checkbox"/> 預防針注射
(例如：流感、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描/
正子斷層造影 /
核磁共振造影 | <input type="checkbox"/> 驗尿 |
| <input type="checkbox"/> 洗腎 | <input type="checkbox"/> X 光 |
| <input type="checkbox"/> 醫療裝置 (例如：耐用
醫療器材、護具) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 藥物 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 氧氣 | _____ |

就診時間長度 (現場或網路 , 以分鐘為單位)

- 0-5 5-15 15-30 30-45

備註



備註



備註



保護 發現 通報



備註



備註



備註

州政府健康保險協助計劃

州政府健康保險協助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 為符合 Medicare 資格的人士及其家屬和照顧者提供本地化、深入且客觀的保險諮詢與協助。

請與您當地的 SHIP 聯絡以：

- 在檢視 Medicare 健康計劃或處方藥計劃選項時獲得一對一的協助。
- 瞭解您或您親友可能有資格參加的協助計劃。
- 瞭解 Medicare 的資格條件以及 Medicare 的承保項目與非承保項目。
- 瞭解自己的 Medicare 相關權利。
- 擔任志工協助他人。



SHIP

State Health Insurance
Assistance Program

Navigating Medicare

請致電 1-877-839-2675
或使用

www.shiphelp.org 網
站上的 SHIP 搜尋工具以
查找您當地的 SHIP。

保護 發現 通報

擔任 SMP 志工

Senior Medicare Patrol (SMP) 需要志工來協助他們執行重要工作。事實上，全國有數以千計的人加入志工的行列。他們：

1. **協助處理行政管理工作**：影印、歸檔、輸入資料和打電話。
2. **分發資訊**：將 SMP 資訊資料帶到各個地點和活動。
3. **工作人員展覽**：在活動（如健康博覽會）中設立工作人員資訊站或展覽攤位。
4. **進行團體簡報**：針對 SMP 主題向小型和大型團體進行演講。
5. **諮詢**：與受益人一起想辦法解決其個人狀況。其中可能包括檢視 MSN、帳單明細及其他相關財務和健康文件。
6. **處理複雜案件**：與通報具體醫療保健詐欺、錯誤資訊及濫用情況的受益人進行深入互動。



想要對抗 Medicare 詐欺、錯誤資訊及濫用嗎？

請致電 1-877-808-2468 或使用 www.smpresource.org 網站上的 SMP 搜尋工具。

重要聯絡資訊

Eldercare Locator (老年人照護協尋中心)

1-800-677-1116

<https://eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx>

Federal Trade Commission (聯邦貿易委員會)

1-877-FTC-HELP

www.ftc.gov 及 www.identitytheft.gov

Long-term Care Ombudsman

(長期照護投訴專員)

www.ltombudsman.org

Medicare (聯邦醫療保險)

1-800-MEDICARE

www.medicare.gov

National Center for Disaster Fraud

(全國災難詐欺防治中心)

1-866-720-5721

National Do Not Call Registry

(全國拒絕推銷電話登記處)

1-888-382-1222

www.donotcall.gov

照護品質疑慮 (醫療服務提供者投訴)

[www.medicare.gov/claims-appeals/](http://www.medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/)

[file-a-complaint-grievance/](http://www.medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/)

[filing-a-complaint-about-your-quality-of-care](http://www.medicare.gov/claims-appeals/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care)

Senior Medicare Patrol

(老年人 Medicare 詐欺防治計劃)

1-877-808-2468

www.smpresource.org

Social Security (社會安全局)

1-800-772-1213 (聽障專線 1-800-325-0778)

www.ssa.gov

州政府健康保險協助計劃

1-877-839-2675

www.shiphelp.org

此計劃一部分是由華盛頓特區(郵遞區號 20201) 衛生與公眾服務部 (Department of Health and Human Services) 之美國社區生活管理局 (U.S. Administration for Community Living) 的補助金資助 (補助金編號 90MPRC0002)。我們鼓勵接受政府贊助實施計劃的補助金受領人自由發表其調查結果與結論。因此，其觀點或意見不一定代表社區生活管理局的官方政策。

保護 發現 通報



保護 發現 通報

Senior Medicare Patrol (SMP) 旨在協助受益人
保護自己，方法包括教導他們瞭解詐騙與詐欺相
關資訊，發現可能的詐欺、錯誤資訊及濫用並向
適當機關通報詐欺犯。

www.smpresource.org