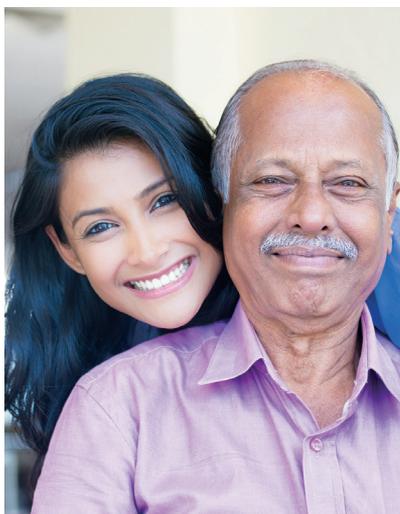




My Health Care Tracker (私の健康管理手帳)

医療の記録をつけて詐欺から身を守りましょう



保護 発見 報告

なぜ医療の記録をつけるのか

- 自分が受けた医療サービスの記録を残すのに役立ちます。
- あなたが受けた医療サービスや検査、受け取った医療機器が Medicare Summary Notice (MSN、メディケア要約書) または Explanation of Benefits (EOB、保険給付明細書) に正しく列記されているか確認します。前者はオリジナルメディケア、後者はメディケアアドバンテージのプランに入っている方が受け取ります。
 - 納税額が減る可能性があり、医療記録が盗まれるのを防ぎます。
 - 未来の世代のメディケアプログラムも守ります。
- あなた自身と、あなたの医療給付を詐欺、過誤、乱用から保護します。



SMP ができること:

1対1での対応 Medicare Summary Notice (MSN、メディケア概要通知書) または Explanations of Benefits (EOB、保険給付明細書) を一緒に調べて、詐欺、過誤、悪用がないか確かめます。提供者に連絡をとり、請求書の問題を話し合い、問題の可能性のあるケースをしかるべき機関または当局につなげます。

啓蒙 グループを対象とした説明会、展示会やイベントなどで、詐欺の被害者とならないための予防策を教育します。

ボランティアでの従事 この大切な仕事を、仲間たちと共にボランティアで取り組みます。

保護 発見 報告

Senior Medicare Patrols

Senior Medicare Patrols (SMP、シニアメディケアパトロール) は、アウトリーチ (支援活動)、カウンセリング、そして啓蒙活動を通じて、皆さんがメディケアの詐欺、過誤、悪用を予防、発見、報告できるよう支援します。SMP が皆さんに望むこと

保護 自分の個人情報を守り、詐欺に遭わないようにする

- メディケア、メディケイド、その他医療制度の番号はクレジット番号と同様、大切に扱きましょう。
- メディケアの担当者といって電話がかかってきても信用しないでください。実際、メディケアが皆さんに電話をかけたたり、訪問したりして何かを販売することはありません!

発見 詐欺、過誤、悪用

- ご自身のメディケア要約書 (MSN) または保険給付明細書 (EOB) に誤りがないか確認しましょう。これらの書類を、処方薬の領収書やこの中に記載した記録と見比べてみましょう。
- 次の点がないか確認しましょう
 - 身に覚えのない内容が請求されている
 - 同じ内容のものが2度請求されている
 - かかりつけ医が指示していないサービス
- www.medicare.govで、メディケアのアカウントにオンラインでアクセスできます。

報告 ミスや質問

- ミスに気づいた場合、質問がある場合、不審な請求がある場合は、まずは供給者または該当の保険制度に問い合わせてください。
 - 先方の回答に納得がいかない場合は、お住まいの地域のSMPに報告してください。
- 詳細情報はwww.smpresource.org、または 1-877-808-2468で入手できます。

My Health Care Tracker (私の健康管理手帳) の使用方法

1. 医療の予約先にこの手帳を持っていきます。
2. この手帳に予約の情報を記録します。以下の情報を記載します。
 - 訪問の日付、時間(5分、15分、30分、45分など)、医療供給者、訪問の理由
 - 検査 (X線検査、血液検査、尿検査、超音波検査、体重、身長、血圧の測定)、機器、処方薬などの名称
3. メディケア通知書 (MSN) または保険給付明細書 (EOB) がお手元に届いたら、情報を比較してみてください。

チェックマークを入れる以下に当てはまる場合のみ、項目の右側にチェックマークを入れます。

- 医療供給者の日付、訪問時間、訪問理由が MSN または EOB と一致する
- MSN または EOB に記載された検査、機器、処方薬の名称が手帳で記録したものと同一

4. 次の場合は、医療供給者か、お住まいの地域のシニアメディケアパトロールオフィスにお問い合わせください。

- 記入した手帳を MSN や EOB と比べるときに支援が必要である
- 比較した後で、チェックマークが入っていない項目が見つかった
- MSN または EOB に、実際に自分が受けていない、または医師から指示されていない訪問、検査、機器、処方薬が請求されている
- 同一の訪問、検査、処方薬に対して請求が2回なされている



保護 発見 報告

予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ





日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



予約リスト



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液 | <input type="checkbox"/> 注射 (例: インフルエンザ、肺炎) |
| <input type="checkbox"/> CT/PET/MRI | <input type="checkbox"/> 尿検査 |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> X線 |
| <input type="checkbox"/> 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具) | <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 薬 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 酸素 | _____ |

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



Preventing Medicare Fraud



日付:

供給者名:

訪問理由:

受けた検査・処置等

- 血液
- CT/PET/MRI
- 透析
- 医療機器 (例: 耐久医療機器、補装具)
- 薬
- 酸素
- 注射 (例: インフルエンザ、肺炎)
- 尿検査
- X線
- その他 _____

訪問時間 (対面またはバーチャル、単位:分)

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

メモ



州健康保険支援プログラム

State Health Insurance Assistance Programs (SHIP、州保険支援プログラム) では、メディケアの対象となる個人、その家族や介護者に対して、客観的な立場から、地域の保険に関する細やかなカウンセリングや支援を提供します。

こんなときは、お住まいの地域の SHIP に連絡しましょう

- メディケアの医療プランまたは処方薬プランのオプションの見直しを、1対1で支援してもらう。
- あなた自身、または愛する人を対象とした支援プログラムを知る。
- メディケアの受給資格、メディケアでカバーされるものとそうでないものを理解する。
- メディケアにおける自分の権利を知る。
- ボランティアをして他の人を助ける。



SHIP

State Health Insurance
Assistance Program

Navigating Medicare

お住まいの地域の SHIP は、1-877-839-2675 にお電話いただくか、SHIP Locator (www.shiphelp.org) をご利用ください。

保護 発見 報告

SMP のボランティア



シニアメディカルパトロール (SMP) では、SMP の重要な活動を進めるためのボランティアを求めています。実際、全米で何千人もの人がボランティアとして活動しています。ボランティアの活動内容:

1. **管理のお手伝い:** コピー、ファイリング、データ入力、電話をかける。
2. **情報発信:** さまざまな場所やイベントに SMP の資料を持っていく。
3. **スタッフ展示** 健康フェアなどのイベントで、スタッフ情報のキオスク、展示を行う。
4. **グループへの説明:** 小～大規模のグループに SMP について話をする。
5. **カウンセリング:** 受給者の個別の状況に対応します。この中には、MSN、請求明細書、その他財政および医療に関する書類の確認が含まれる場合があります。
6. **複雑なやり取りの対応:** 医療の詐欺、過誤、悪用といった特定の事例を報告している受給者との細やかなやり取り

メディケアの詐欺、過誤、乱用を何とかしたい場合は

1-877-808-2468 にお電話いただくか、SMP Locator (www.smpresource.org)
をご利用ください。

重要な連絡先

Eldercare Locator (エルダーケアロケーター)

1-800-677-1116

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

Federal Trade Commission (連邦取引委員会)

1-877-FTC-HELP

www.ftc.gov および www.identitytheft.gov

Long-term Care Ombudsman

(長期介護オンブズマン)

www.ltcombudsman.org

Medicare (メディケア)

1-800-MEDICARE

www.medicare.gov

National Center for Disaster Fraud

(全米災害詐欺対策センター)

1-866-720-5721

National Do Not Call Registry (全米迷惑電話登録)

1-888-382-1222

www.donotcall.gov

Quality-of-care Concerns (医療サービスの質に関する苦情申し立て)(供給者に関する苦情)

www.medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care

Senior Medicare Patrol (シニアメディケアパトロール)

1-877-808-2468

www.smpresource.org

Social Security (ソーシャルセキュリティ)

1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)

www.ssa.gov

州健康保険支援プログラム

1-877-839-2675

www.shiphelp.org

本プロジェクトは、米国保健福祉省の地域生活管理局 (Washington, D.C. 20201) から、認可番号 90MPRC0002 において一部支援されています。政府の資金援助によるプロジェクトの助成者は、自身の調査結果や結論を自由に表明するよう奨励されています。したがって見解または意見は、地域生活管理局の公式の方針を必ずしも表すものではありません。

保護 発見 報告



PROTECT (保護) DETECT (発見) REPORT (報告)

Senior Medicare Patrols (SMP) は受給者が自身を保護できるよう詐欺や不正について学び、これらの詐欺、過誤、乱用を発見し、詐欺行為をしかるべき機関に報告できるよう支援します。

www.smpresource.org