



Моя карточка для отслеживания медицинских услуг

Защитите себя от мошенничества,
отслеживая свое медицинское обслуживание!



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Зачем иметь при себе карточку для отслеживания медицинских услуг?

- Для того, чтобы помочь вам вести учет медицинских услуг, которые вы получаете.
- Для того, чтобы убедиться, что медицинские услуги, сданные анализы и/или предметы медицинского оборудования, которые вы получаете, правильно перечислены в вашей сводке уведомлений от программы Medicare (MSN), которую вы получаете, если вы участвуете в Оригинальная программе Original Medicare, или в объяснении льгот (EOB), которое вы получаете, если вы являетесь членом плана Medicare Advantage.
 - Это может привести к уменьшению суммы, которую вы должны заплатить, и помочь предотвратить кражу ваших медицинских данных личного характера.
 - Это также способствует защите программы Medicare для поколений будущих участников.
- Для того, чтобы защитить себя и свои медицинские услуги от мошенничества, ошибок и злоупотреблений.



Ваша местная служба надзора SMP может:

Работать с вами индивидуально для того, чтобы изучить ваши сводки уведомлений от программы Medicare (MSN) или объяснения льгот (EOB), чтобы определить возможные случаи мошенничества, ошибки или злоупотребления. Они могут связаться с поставщиками услуг, чтобы обсудить вопросы, связанные с выставлением счетов и передачей возможных дел в соответствующие учреждения или органы власти.

Просвещать население во время групповых презентаций и на выставках или мероприятиях, посвящённых вопросу о том, как не стать жертвой мошенников.

Привлекать добровольцев для работы со своими сверстниками и другими людьми для выполнения этой важной работы.

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Служба надзора за пожилыми участниками программы Medicare (SMP)

Служба надзора программы Medicare (SMP) оказывает помощь участникам пожилого возраста в предотвращении мошенничества, ошибок и злоупотреблений, их выявлении и сообщении о них посредством информационно-пропагандистской работы, консультирования и обучения. Служба надзора SMP желает, чтобы вы:

ЗАЩИЩАТЬ себя от мошенничества, охраняя свои личные данные

- Относитесь к номерам планов ваших программ Medicare и Medicaid, а также к номерам других планов медицинского обслуживания как к номеру кредитной карты.
- Не верьте звонящим, которые говорят, что они представители программы Medicare. На самом деле, представители программы Medicare не будут звонить вам или навещать вас для того, чтобы что-либо вам продать!

ВЫЯВЛЯЙТЕ случаи мошенничества, ошибок и злоупотреблений

- Просматривайте свои сводки уведомлений программы Medicare (MSN) или объяснения льгот (EOB) на наличие ошибок. Сравнивайте их с квитанциями на покупку рецептурных лекарственных препаратов и вашей записью в этом журнале.
- Проводите поиск следующего:
 - Оплат за то, чего вы не покупали
 - Выставление счетов за одну и ту же услугу дважды
 - Услуги, предоставление которых не было заказано вашим врачом
- Посетите веб-сайт www.medicare.gov для того, чтобы войти в свою учётную запись участника программы Medicare в режиме онлайн.

СООБЩАЙТЕ об ошибках или вопросах

- Если вы заметили ошибки, у вас возникли вопросы или вы заметили уплату подозрительных сборов, сначала позвоните своему поставщику услуг или в план страхования.
 - Если вы не удовлетворены их ответом, сообщите об этом в свою местную службу надзора SMP.
- Более подробную информацию можно найти на сайте www.smpresource.org или позвонить по телефону 1-877-808-2468.

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Инструкции по использованию карточек для отслеживания предоставляемых медицинских услуг

1. Возьмите эту карточку для отслеживания с собой на прием к врачу.
2. Вносите информацию о ваших приёмах в эту карточку для отслеживания. К этой информации относятся:
 - Дата приёма, его продолжительность (*например, 5, 15, 30 или 45 минут*), сведения о поставщике услуг и причина приёма
 - Названия диагностических процедур, (*например, рентгенография, забор крови для анализа, анализ мочи, ультразвуковое исследование и результаты проверки веса, роста и кровяного давления*), оборудование или рецепты
3. Когда придет ваша сводка уведомлений программы Medicare (MSN) или объяснение льгот (EOB), сравните информацию.

Поставьте галочку справа от введённого утверждения, ТОЛЬКО в том случае, если:

- Дата, продолжительность визита, сведения о поставщике медицинских услуг и причина посещения соответствуют уведомлению MSN или объяснению EOB
- Названия диагностических процедур, оборудования или рецептурных препаратов в уведомлении MSN или объяснении EOB -- это те же названия, которые вы записали в своей отслеживающей карточке.

4. Обратитесь к своему поставщику услуг или в местное отделение службы надзора за пожилыми участниками программы Medicare (SMP), если:

- Вам нужна помощь в сравнении ваших записей в карточке для отслеживания со сведениями, предоставленными в вашем уведомлении MSN или объяснении EOB
- Вы завершили сравнение и определили поля, которые не были отмечены
- В вашем уведомлении MSN или объяснении EOB указана плата за приёмы у врача, анализы, оборудование или рецепты, которые не имели места и не были назначены вашим врачом
- Вам дважды выставляли счет за один и тот же приём, анализ, оборудование или рецепт



ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- Проба крови на анализ
- Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI)
- Диализ
- Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет)
- Лекарственное средство
- Кислород
- Прививка (например, от гриппа, пневмонии)
- Анализ мочи
- Рентгенография
- Другое _____

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов

Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud



Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка
(например, от
гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография
(СТ)/ позитронно-
эмиссионная
томография (PET)/
магнитно-резонансная
томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское
приспособление (например,
медицинское оборудование
длительного пользования
(DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или
удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка
(например, от
гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография
(СТ)/ позитронно-
эмиссионная
томография (PET)/
магнитно-резонансная
томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское
приспособление (например,
медицинское оборудование
длительного пользования
(DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или
удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка
(например, от
гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография
(СТ)/ позитронно-
эмиссионная
томография (PET)/
магнитно-резонансная
томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское
приспособление (например,
медицинское оборудование
длительного пользования
(DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или
удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата: _____

Имя и фамилия
поставщика услуг: _____

Причина
обращения к врачу: _____

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Перечень приёмов



Дата:

Имя и фамилия
поставщика услуг:

Причина
обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ





Дата:

Имя и фамилия поставщика услуг:

Причина обращения к врачу:

ПОЛУЧЕНО

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Проба крови на анализ | <input type="checkbox"/> Прививка (например, от гриппа, пневмонии) |
| <input type="checkbox"/> Компьютерная томография (СТ)/ позитронно-эмиссионная томография (PET)/ магнитно-резонансная томография (MRI) | <input type="checkbox"/> Анализ мочи |
| <input type="checkbox"/> Диализ | <input type="checkbox"/> Рентгенография |
| <input type="checkbox"/> Медицинское приспособление (например, медицинское оборудование длительного пользования (DME), корсет) | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Лекарственное средство | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кислород | _____ |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА (личное или удалённое присутствие на приёме, в минутах)

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

ЗАПИСИ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ



ПРИМЕЧАНИЯ



ПРИМЕЧАНИЯ



ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ



ПРИМЕЧАНИЯ

ПРИМЕЧАНИЯ



Preventing Medicare Fraud

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Программы помощи в области медицинского страхования, предлагаемые в штате

Программы помощи в области медицинского страхования, предлагаемые в штате (SHIPs), предоставляют местные, углубленные и объективные консультации по вопросам страхования и помощь лицам, имеющим право на медицинскую помощь, их семьям и работникам сферы медицинского обслуживания.

Свяжитесь со своей местной программой SHIP для того, чтобы:

- получить индивидуальную помощь при рассмотрении вариантов плана медицинского обслуживания программы Medicare или плана оплаты рецептурных лекарственных препаратов;
- ознакомиться с программами помощи, на участие в которых вы или ваши близкие можете иметь право;
- понимать критерии, которым необходимо соответствовать для участия в программе Medicare, и порядок страхового обеспечения услуг, оборудования и расходных материалов в рамках этой программы;
- знать свои права участника программы Medicare;
- добровольно помогать другим.



SHIP

State Health Insurance
Assistance Program

Navigating Medicare

Найдите свою
местную программу
медицинского
страхования штата (SHIP),
позвонив по телефону
1-877-839-2675 или с
помощью локатора SHIP
на веб-сайте
www.shiphelp.org.

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Работа в качестве добровольца в службе SMP



Служба надзора за участниками программы Medicare пожилого возраста (SMP) нуждается в помощи добровольцев в выполнении ею своей важной работы. На самом деле тысячи людей по всей стране работают на добровольной основе. Они:

- 1. Оказывают помощь в административном управлении:** копирование, оформление и подача документов, введение данных в систему и совершение телефонных звонков.
- 2. Распространяют информацию:** доставка информационных материалов службы SMP на места и мероприятия.
- 3. Устраивают выставки с участием персонала:** информационные киоски или выставки с участием персонала на таких мероприятиях, как ярмарки здоровья.
- 4. Готовят групповые презентации:** проведение бесед на темы, касающиеся службы SMP, для малых и больших групп.
- 5. Консультируют:** работа с потребителями услуг с учётом их индивидуальных ситуаций. Это может включать в себя проверку уведомлений MSN, платежных ведомостей и других связанных с ними финансовых и медицинских документов.
- 6. Управление сложными взаимодействиями:** проведение тщательного изучения информации, представленной получателями услуг, которые сообщают о конкретных случаях мошенничества, ошибках и злоупотреблениях в области здравоохранения.

Желаете бороться с мошенничеством, ошибками и злоупотреблениями в рамках программы Medicare? Позвоните по телефону 1-877-808-2468 или воспользуйтесь локатором SMP по адресу www.smpresource.org.

Важные контакты

Локатор обслуживания лиц пожилого возраста

1-800-677-1116

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

Федеральная торговая комиссия

1-877-FTC-HELP

www.ftc.gov и www.identitytheft.gov

Омбудсмен по вопросам долгосрочного обслуживания

www.ltombudsman.org

Программа Medicare

1-800-MEDICARE

www.medicare.gov

Национальный центр по борьбе с мошенничеством в случае стихийных бедствий

1-866-720-5721

Национальный реестр «Не звонить»

1-888-382-1222

www.donotcall.gov

Проблемы, связанные с качеством медицинской помощи (жалобы на поставщиков услуг)

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

Служба надзора за участниками пожилого возраста программы Medicare

1-877-808-2468

www.smpresource.org

Программа социального обеспечения

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

www.ssa.gov

Программы помощи в области медицинского страхования, предлагаемые в штате

1-877-839-2675

www.shiphelp.org

Этот проект был частично поддержан грантом № 90MPC0002 от Администрации США по вопросам проживания в сообществах, Департамент здравоохранения и социального обеспечения, Вашингтон, округ Колумбия, 20201. Получателям грантов, осуществляющим проекты при поддержке правительства, рекомендуется свободно выразить свои выводы и заключения. Таким образом, точки зрения или мнения не обязательно отражают официальную политику администрации в отношении жизни в сообществе.

ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ



ЗАЩИЩАЙТЕ РАСКРЫВАЙТЕ ДОКЛАДЫВАЙТЕ

Служба надзора программы Medicare (SMP) оказывает помощь участникам пожилого возраста **ЗАЩИЩАЙТЕ** себя, ознакомившись с информацией о жульничестве и мошенничестве, **РАСКРЫВАЙТЕ** возможные случаи мошенничества, ошибки и злоупотребления, и **ДОКЛАДЫВАЙТЕ** о мошенниках в соответствующие органы.

www.smpresource.org