Mẫu Giải thích Quyền lợi được CMS Phê duyệt Phần C

PFFS, Phiên bản Tóm Tắt Hàng Quý

# General Instructions

This is a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) approved Part C Explanation of Benefits (EOB) template. CMS views Part C EOBs as ad-hoc information materials; therefore, they are not subject to CMS review and approval. However, CMS reserves the right, as with other ad-hoc communication, to request and review a sample of the materials to ensure compliance with our requirements.

* Organizations that choose to send per claim EOBs must also send this quarterly summary document to non-dual eligible members.
* Plans are not required to send an EOB to dual eligible members.
* Plans are responsible for ensuring that members receive appeal rights within the timeframes specified by CMS. If notification with an EOB would hinder the plan’s ability to provide timely notification, it must be delivered separately, within the required timeframes specified in the MA program regulations.
* The quarterly EOB must be sent to members each quarter there is claims activity, whether or not there is member liability.

**HPMS submission:**

* All plans may be required to submit a Part C EOB to HPMS. CMS will provide more information when available.

Format Instructions

* Organizations that choose to send per claim EOBs may use their own format for those.
* Minor grammar or punctuation changes, as well as changes in font type or color, are permissible.
* Text and numbers must be in font size 12 or larger.
* With the exception of charts, which should generally be in landscape formation, either landscape or portrait may be used.
* With the exception of the chart that gives the details on claims, the remaining sections of the document are to be formatted as two-column or three-column text (the main title of a section may extend beyond the first column) to keep line lengths easy to read. Plans may adjust the width of the columns in the template.
* The document may be printed double-sided and, in lieu of a paper mailing, may be sent electronically to members who elect the paperless format.
* The document must have a header or footer that includes the page number. In addition, if desired, plans may also include any of the following information in the header or footer: member identifiers, month and year, title of the document.
* Charts that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom on the page that continues. In an actual EOB, rows of a chart should not break across the page. Note: in the template language in this document, rows sometimes break across a page because of the instructions and substitution text.

Content Instructions

* CMS encourages MAOs to use the HCPCS code descriptors and American Medical Association’s CPT code descriptors, followed by the HCPCS or CPT billing code shown in parentheses. Other appropriate billing codes, such as ADA approved dental codes, Medicare revenue codes for in-patient facility claims, and other widely recognized code descriptors may also be used.
* When providing claim information, plans may use date ranges to combine multiple occurrences of a service or item into a single row.
* All claim information provided in the EOB must be HIPAA compliant to protect member health information.

Claims that must be included within the EOB:

* Plans must include all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services, mandatory supplemental benefits, and optional supplemental benefits. If applicable, claims for optional supplemental benefits are to be displayed separate from medical and hospital claims. Information for all claims includes: billing codes and descriptors, amount providers have billed the plan, total cost (amount the plan has approved), plan’s share, and member’s share (your share). Any benefit information that cannot be included timely must be accounted for in a subsequent reporting period.
* For plans that need additional time to develop systems for obtaining cost information from capitated entities, we are delaying until January 1, 2015 the required implementation of reporting that information in the “Total cost” and “Plan’s share” columns of the templates. In lieu of dollar amounts in the “Total cost” and “Plan’s share” columns, plans may use the following sentence: “This rate has been pre-negotiated. For more information, please contact your health care provider.”

Instructions within the template:

* All black text is required information that must be included as shown in the attached EOB template.
* Italicized blue text in square brackets is instruction and guidance specifically for MA plans. This information is not to be included in the beneficiary’s EOB.
* Non-italicized blue text in square brackets is text to be inserted as applicable.
* The first time the plan name is mentioned, the plan type designation (i.e., HMO, PPO, etc.) must be included.
* When instructions say “*[insert month]*”, use a format that spells out the full name of the month, e.g., “January.”
* Plans should make every effort to use a reporting period that aligns with a complete calendar month, however, if your plan uses a reporting period that does not correspond exactly to a calendar month, you may substitute the date range for your reporting period (e.g., “1/1/12 to 2/3/12” OR “January 1 – February 3, 2013”) whenever instructions say to “*[insert month] [insert year]*.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [*Insert start month for reporting period*] đến [*Insert end month for reporting period*] *[insert year]* Tóm Tắt Khoản Chi Tiêu Tự Trả Cho Các Yêu Cầu Bồi Thường Y Tế và Bệnh Viện của Quý vị  Cho *[insert member name]*  *[If desired, plans may also insert a member ID number and/or other member numbers typically used in member communications.]*  **Đây không phải là hóa đơn:**   * Báo cáo này hiển thị tổng số yêu cầu thanh toán mà chúng tôi đã xử lý. Nó cho biết quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc nào, chương trình đã thanh toán gì, và số tiền quý vị đã tự trả (hoặc có thể dự kiến sẽ được lập hóa đơn). * Nếu quý vị nợ bất cứ khoản nào, bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ gửi hóa đơn cho quý vị. * Báo cáo này chỉ có thông tin về dịch vụ chăm sóc y tế và bệnh viện. *[MA-only plans omit the next sentence.]* Chúng tôi gửi một báo cáo riêng về thuốc theo toa Phần D. * Nếu quý vị nhận thấy điều gì đó đáng ngờ mà có thể là dấu hiệu lập hóa đơn không trung thực, quý vị có thể báo cáo hóa đơn đó bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.)   *[Plans may include the member’s mailing address on this cover page.]* |  | [Insert plan name and/or logo]  *[Insert Federal contracting statement]*  *[Plans may insert their Web site URL]* |
|  |
| *[Insert plan name]* Dịch vụ Hội viên  Nếu quý vị có câu hỏi, hãy gọi cho chúng tôi: *[Insert phone number]*  Chúng tôi trực *[insert days and hours of operation]*.  Chỉ TTY / TDD: *[Insert TTY/TDD number]* *[Plans may insert other Member Services numbers, e.g., a Spanish customer service number]*  --------------------------  *[Plans that meet the 5% threshold, insert:* Thông tin này hiện được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên theo số điện thoại bên trên.] Ban Dịch Vụ Hội viên [*plans that meet the 5% threshold, insert:* cũng] có các dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.  *[Plans that meet the 5% threshold, insert the disclaimer about the availability of non-English translations in all applicable languages.]* |
|  |
| Thông tin về quyền lợi được cung cấp là một bản tóm lược ngắn, không phải là bản mô tả đầy đủ về các quyền lợi. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với chương trình. *[Omit terms in the following sentence that are not applicable to the plan:]* Quyền lợi, danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc, mạng lưới nhà cung cấp, phí bảo hiểm, khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm có thể thay đổi mỗi năm.  *[Insert material ID]* Chấp nhận |

*[In the “totals” section, plans must insert the total amounts for all claims for Part A and Part B services and mandatory supplemental benefits. Amounts for claims for optional supplemental benefits should be excluded from the totals section.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TỔNG SỐ**  **yêu cầu thanh toán y tế và bệnh viện** | Số tiền nhà cung cấp đã lập hóa đơn cho chương trình | Tổng chi phí (số tiền chương trình đã phê duyệt) | **Khoản chia sẻ của chương trình** | **Phần Chia sẻ của Quý vị** |
| **Tổng cộng cho quý này** (đối với yêu cầu thanh toán được xử lý từ *[insert reporting period start date]*đến *[insert reporting period end date]*) | $*[insert total billed amount for the reporting period]* | $*[insert total approved amount for the reporting period]*  [*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.] | $*[insert total plan share amount for the reporting period]*  [*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.] | $*[insert total member liability amount for the reporting period]* |
| **Tổng số cho *[insert year]*** (tất cả yêu cầu thanh toán được xử lý đến hết *[insert reporting period end date]*) | $*[insert total billed amount for the year]* | $*[insert total approved amount for the year]*  [*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.] | $*[insert total plan share amount for the year]*  [*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.] | $*[insert total member liability amount for the year]* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *[Plans with no deductibles, omit this section.]*  **KHOẢN KHẤU TRỪ:**  *[Plans with an overall deductible insert the text below. If the plan has both an overall deductible and service category deductible(s), insert information about both deductibles.]*  Đối với hầu hết các dịch vụ được đài thọ, chương trình chỉ trả phần chi phí của chương trình sau khi quý vị đã trả khoản khấu trừ chương trình hàng năm của mình.  Tính đến *[insert reporting period end date]*, quý vị đã thanh toán *[insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount]* [cho *OR* toàn bộ số tiền] khấu trừ hàng năm của chương trình là *[insert deductible amount]*.  [*Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate the member’s progress toward the deductible:*  *Truyền thuyết về biểu đồ thanh ($0 – $ 250)*  $0 $250  = hàng năm của quý vị  khấu trừ của chương trình]  *[Plans with service category deductibles, include the text below about each.]*  Chương trình chỉ trả phần chi phí của chương trình cho *[insert service category]* sau khi quý vị đã trả khoản khấu trừ.  Tính đến *[insert reporting period end date]*, quý vị đã thanh toán *[insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount] [*cho *OR* toàn bộ số tiền*]* khấu trừ là *[insert deductible amount]* cho *[insert service category]*.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate the member’s progress toward the deductible:*  *Truyền thuyết về biểu đồ thanh ($0 – $ 250)*  $0 $250  = của quý vị  khoản khấu trừ cho *[insert service category*]] |  | **GIỚI HẠN HÀNG NĂM – giới hạn này bảo vệ về tài chính cho quý vị** | |
| Giới hạn này cho biết số tiền nhiều nhất quý vị sẽ phải trả trong *[insert year]* trong chi phí “tự trả” (*[Delete references to deductibles, copayments, or coinsurance if not applicable for the plan:]* đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ của quý vị) cho [*insert as applicable:* các dịch vụ y tế và bệnh viện được chương trình đài thọ *OR* các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ].  Giới hạn hàng năm này được gọi là “khoản xuất túi tối đa” của quý vị. Nó đưa ra giới hạn về số tiền quý vị phải trả, nhưng nó không đặt ra giới hạn về khối lượng dịch vụ chăm sóc quý vị có thể nhận được.  Khoản tự trả của quý vị *[insert service]* sẽ không được tính vào mức tối đa hàng năm do quý vị tự trả.Điều này có nghĩa là:   * Khi quý vị đã đạt đến giới hạn chi phí tự trả, quý vị sẽ **ngừng tự trả tiền cho tất cả các dịch vụ *[insert, if applicable:* ngoại trừ *[insert service]*.** * Quý vị tiếp tục [*insert as applicable:* các dịch vụ y tế và bệnh viện được đài thọ *OR* các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ] như thường lệ, và **chương trình sẽ chi trả toàn bộ chi phí cho phần còn lại trong năm.** *[Insert if applicable:* Khoản chi tiêu tự trả của quý vị cho các dịch vụ không được Medicare đài thọ không được tính vào khoản tự trả tối đa của quý vị.] | Tính đến *[insert reporting period end date]*, **quý vị đã trả *[insert amount paid toward MOOP as of reporting period end date]*** **tiền chi phí tự trả** mà tính vào mức tối đa mà quý vị tự trả *[insert MOOP amount]* cho các dịch vụ được đài thọ.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below to illustrate the member’s progress toward the MOOP:*  **Truyền thuyết về biểu đồ thanh ($0 – $3,400)**  $0 $3,400] |