



# សេចក្តីជូនដំណឹងសេចក្តីសង្ខេប Medicare សម្រាប់ជំពូក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)

សេចក្តីសង្ខេបការងារនៃការទាមទាររបស់ Medicare របស់អ្នកពីមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid

JOHN DOE  
ឈ្មោះអាស័យដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន  
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ  
ទីក្រុង ST 12345-6789

## នេះមិនមែនជាកិច្ចប្រកាសទេ

### សេចក្តីជូនដំណឹងសម្រាប់លោក John Doe

លេខ Medicare XXXXX1234

កាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹង ថ្ងៃទី 1 ខែមីនាឆ្នាំ 2019  
ដំបូងនេះ

ការទាមទារដែលបានដំណើរការ ថ្ងៃទី 1 ខែមករាដល់ថ្ងៃទី 1  
រវាង ខែមីនាឆ្នាំ 2019

### បណ្តឹងទាមទារសំណង និងចំណាយរបស់អ្នកក្នុងកំឡុងពេលនេះ

តើ Medicare យល់ព្រមសេវាទាំងអស់មែនទេ? ទេ

ចំនួននៃសេវា Medicare ត្រូវបានបដិសេធ? 1

សូមមើលពាក្យបណ្តឹងដែលចាប់ផ្តើមពីទំព័រ  
ទី 3 ។ រកមើល ទេនៅក្នុង

"សេវាត្រូវបានអនុម័ត?" ជួរឈរ។

សូមមើលទំព័រចុងក្រោយអំពីរបៀបដោះស្រាយ  
យោងតាមពាក្យបណ្តឹងដែលបានបដិសេធ។

សរុបអ្នកអាចត្រូវបានបង់ប្រាក់ \$90.15

### ស្ថានភាពកាត់កងរបស់អ្នក

ការកាត់កងរបស់អ្នកគឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពភាគ  
ច្រើនមុននឹង Medicare ចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់។

ផ្នែក B អាចកាត់កងបាន៖ អ្នកបានឆ្លើយតបឥឡូវនេះ \$ 85.00

នៃរបស់អ្នក \$ 147,00 ការកាត់កងសម្រាប់ឆ្នាំ 2019 ។

### ត្រូវបានជម្រាបជូនដំណឹង!

សូមស្វាគមន៍មកកាន់សេចក្តីជូនដំណឹងសេចក្តីសង្ខេបថ្មីរបស់អ្នក!

វាមានភាសាច្បាស់លាស់ការបោះពុម្ពធំជាងមុន

និងសេចក្តីសង្ខេបផ្ទាល់ខ្លួននៃការទាមទាររបស់អ្នក

និងការកាត់កងបាន។ នេះ

ការធ្វើឱ្យប្រសើរនូវការជូនដំណឹងល្អនេះពន្យល់ពីរបៀបដើម្បីទទួលបាន

ជំនួយក្នុងសំណួររបស់អ្នករាយការណ៍ការល្មើស

ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ វាក៏រួមបញ្ចូលព័ត៌មានសំខាន់ៗពី

Medicare!

### អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានបណ្តឹងទាមទាររយៈពេល នេះ

ថ្ងៃទី 21 ខែមករាឆ្នាំ 2019

Craig I. Secosan, MD

# ការធ្វើឱ្យ Medicare របស់អ្នកភាគច្រើន

## របៀបពិនិត្យមើលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ

តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ៗទេ?  
ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកមានការណាត់ជួបនៅថ្ងៃនោះទេ?

តើអ្នកបានទទួលសេវាដែលបានចុះបញ្ជីដែរឬទេ?  
តើពួកវាផ្តល់នឹងអ្វីដែលមាននៅលើវិក្កយបត្រ  
និងវិក័យបត្ររបស់អ្នកឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយ  
តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ?  
ពិនិត្យមើលអតិបរមាដែលអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ។  
មើលថាតើពាក្យបណ្តឹងនេះត្រូវបានផ្ញើទៅផែនការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម  
របស់ Medicare ឬធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទេ។  
ផែនការនោះអាចបង់ចំណាយរបស់អ្នក។

## របៀបរាយការណ៍ការក្លែងបន្លំ

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកផ្តល់សេវា  
ឬអាជីវកម្មពាក់ព័ន្ធនឹងការក្លែងបន្លំសូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ 1-  
800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

ឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃការក្លែងបន្លំរួមបញ្ចូលការផ្តល់ជូននូវសេវាវេជ្ជ  
សាស្ត្រដោយឥតគិតថ្លៃ ឬបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា Medicare  
ដែលអ្នកមិនបានទទួល។

ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាព័ត៌មានជំនួយរបស់អ្នកនាំឱ្យរកមើលការលួច  
បន្តិច អ្នកអាចទទួលបានរង្វាន់។

អ្នកអាចបង្កើតភាពខុសគ្នា! កាលពីឆ្នាំមុន Medicare  
បានជួយសង្គ្រោះអ្នកបង់ពន្ធ 4,2 ពាន់លានដុល្លារ -  
ផលបូកធំបំផុតដែលមិនធ្លាប់មានក្នុងមួយឆ្នាំ -  
អរគុណដល់អ្នកដែលរាយការណ៍ពីសកម្មភាពគួរឱ្យសង្ស័យដល់  
Medicare ។

## របៀបទទួលជំនួយដោយប្រើសំណួររបស់អ្នក

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
សុំរក "សេវាគ្រូពេទ្យ" ។ លេខកូដសេវាអតិថិជនរបស់អ្នកគឺ 05535 ។  
TTY 1-877-486-2048 (សម្រាប់ការស្តាប់ខ្សោយ)

ទាក់ទងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋរបស់អ្នក (SHIP)  
សម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងស្រុកដោយឥតគិត  
ថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-555-555-5555។

## សេវាការពារសុខភាព Medicare

Medicare គ្របដណ្តប់លើការពិនិត្យដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប  
និងការពិនិត្យជាច្រើនដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។  
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាបង្ការ៖

- ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- រកមើលសៀវភៅដៃ "Medicare & អ្នក"  
របស់អ្នកសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ។
- បង្កើតគណនីនៅលើ Medicare.gov។

## សាររបស់អ្នកពី Medicare

ទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្នុងមួយឆ្នាំ។  
អ្នកអាចត្រូវការវាម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។  
ទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអំពីការទទួលបានវានេះ។  
អ្នកមិនបង់លុយអ្វីទេ  
ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទទួលបានការចាត់តាំងរបស់  
Medicare ។

ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ហៅទូរស័ព្ទទៅ Social  
Security នៅលេខ 1-800- 772-1213 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាច  
ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 18774862048។  
1-800-325-0778 ។

ការរកឃើញលាប ៗ គឺជាការការពារដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក។  
កំណត់កាលវិភាគដើមហាវីករបស់អ្នកនៅថ្ងៃនេះ និងចងចាំថា  
Medicare ជួយបង់ថ្លៃពិនិត្យរកមើលការបញ្ចាំងកាំរស្មី។

ចង់ឃើញការទាមទាររបស់អ្នកភ្លាមៗ? ចូលប្រើការទាមទារពី Medicare  
ដើមរបស់អ្នកនៅ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 24  
ម៉ោងបន្ទាប់ពី Medicare ដំណើរការទាមទារ។ អ្នកអាចប្រើលក្ខណៈ  
"ប្តូរតាមខ្សែ"។  
ដើម្បីជួយតាមដានកំណត់ត្រាសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

# បណ្តឹងទាមទាររបស់អ្នកសម្រាប់ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)

ផ្នែក B ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រជួយបង់ថ្លៃសេវាវេជ្ជបណ្ឌិត ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត និងសេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត។

## និយមន័យនៃជួរឈរ

**សេវាត្រូវបានអនុម័ត?** ជួរឈរនេះប្រាប់អ្នកថា តើ Medicare គ្របដណ្តប់សេវានេះដែរឬទេ។

**អ្នកផ្តល់ប្រាក់ត្រូវបានបញ្ចូល:** នេះគឺជាថ្លៃសេវារបស់អ្នកផ្តល់ជូនសម្រាប់សេវានេះ។

**ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានអនុម័តដោយ Medicare:** នេះគឺជាចំនួនអ្នកផ្តល់សេវាដែលអាចត្រូវបានបង់សម្រាប់សេវា Medicare ។ វាអាចតិចជាងបរិមាណជាក់ស្តែងដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មបានគិត។

អ្នកផ្តល់របស់អ្នកបានយល់ព្រមទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នេះជាការបង់ប្រាក់ពេញសម្រាប់សេវាដែលគ្របដណ្តប់។ ជាធម្មតា Medicare បង់ 80% នៃចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានអនុម័តដោយ Medicare ។

**ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare បង់** នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare បង់ជូនអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ជាទូទៅនេះគឺជា 80% នៃចំនួនដែលបានអនុម័តដោយ Medicare ។

**អតិបរមាអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ:** នេះគឺជាចំនួនសរុបដែលអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញវិក្កយបត្រជូនអ្នក ហើយអាចរួមបញ្ចូលការកាត់កងការធានារ៉ាប់រង និងការគិតថ្លៃផ្សេងទៀតដែលមិនបានគ្របដណ្តប់។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើ Medicare Supplement Insurance (គោលនយោបាយ Medigap) ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតអាចបង់ប្រាក់ទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃចំនួននេះ។

**ថ្ងៃទី 21 ខែមករាឆ្នាំ 2019**  
**Craig I. Secosan, MD, (555) 555-1234**  
Looking Glass Eye Center PA, 1888 Medical Park Dr, Suite C, Brevard, NC 28712-4187

សេវាផ្តល់ជូន & កូដវិក័យប័ត្រ	សេវាត្រូវបានអនុម័ត?	អ្នកផ្តល់ប្រាក់ត្រូវបានបញ្ចូល	ចំនួន Medicare បានអនុម័ត	ចំនួនទឹកប្រាក់ Medicare បានបង់ប្រាក់	អតិបរមាអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ	សូមមើលកំណត់សំគាល់ខាងក្រោម
ការពិនិត្យលើភ្នែក និងការពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាល អ្នកជម្ងឺដែលបានបង្កើតឡើង ការចូលមើលមួយ ឬច្រើន (92014)	បាទ/ចាស	\$ 143.00	\$ 107,97	\$ 86.38	\$ 21.59	
ការបំផ្លាញកំណើនស្បែក (17000)	ទេ	68.56	0.00	0.00	68.56	A
សរុបសម្រាប់ការទាមទារ # 02-10195-592-390		\$ 211.56	\$ 107,97	\$ 86.38	\$ 90.15	B

### ចំណាំសម្រាប់ការទាមទារខាងលើ

- A សេវានេះត្រូវបានបដិសេធ។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មិនគាំទ្រការសម្រាប់សេវានេះទេ។
- B ការទាមទាររបស់អ្នកត្រូវបានផ្ញើទៅការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare របស់អ្នក (គោលនយោបាយ Medigap) Wellmark BlueCross BlueShield N. Carolina ។ ផ្ញើសំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកចំពោះពួកគេ។

# តើធ្វើដូចម្តេចដើម្បីដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងដែលបានបដិសេធ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

## ទទួលបានព័ត៌មានលម្អិត

បើសិនជាបណ្តឹងទាមទារសំណងត្រូវបានបដិសេធការហៅ  
បុគ្គលិកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យឬមន្ទីរពេទ្យ ហើយសុំអោយមានសេ  
ចក្តីថ្លែងការណ៍មួយសម្រាប់ការទាមទារណាមួយ។  
ត្រូវប្រាកដថាពួកគេបានធ្វើព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើពួកគេមិនធ្វើបែ  
បនោះ សូមស្នើសុំឱ្យការិយាល័យនេះ ទាក់ទងការិយាល័យអះអាងរប  
ស់យើងដើម្បីកែកំហុស។ អ្នកអាចស្នើសុំទីតាំងសម្រាប់សេចក្តីថ្លែងការ  
ណ៍ដែលមានធាតុមួយសម្រាប់សេវា ឬបណ្តឹងទាមទារណាមួយ។  
ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រង ឬការទូទាត់លើសេ  
ចក្តីជូនដំណឹងនេះរួមទាំងច្បាប់ ឬគោលនយោបាយដែលត្រូវបានប្រើ  
ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត។

## ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីសម្រេចលើការ ធានារ៉ាប់រងសេចក្តីសម្រេចការបង់ប្រាក់ ឬចំនួនទឹកប្រាក់ទូ ទាត់លើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវដាក់ស្នើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖  
ប្រើសំណុំបែបបទទៅខាងស្តាំ។ ការិយាល័យទាមទាររបស់យើងត្រូវតែទ  
ទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 120  
ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។  
យើងត្រូវទទួលបានការបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយ៖

ថ្ងៃទី 13 ខែកក្កដា 2020

## ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក

ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ៖ ហៅទូរស័ព្ទទៅ 1-800-MEDICARE  
ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋរបស់អ្នក (សូមមើលទំព័រទី 2)  
ដើម្បីទទួលបានជំនួយមុននឹងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក  
រួមទាំងការជួយតែងតាំងអ្នកតំណាងផងដែរ។

សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកន្លែងរបស់អ្នក៖  
អ្នកអាចស្នើសុំកន្លែងអំពីព័ត៌មានណាមួយដែលនឹងជួយអ្នក។

សូមមិត្តកុំភ័យខ្លាច៖  
អ្នកអាចតែងតាំងនរណាម្នាក់ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ  
ឬមិត្តភក្តិដើម្បីធ្វើជាអ្នកតំណាងអ្នកនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

## ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

អនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

- រង្វង់សេវា  
ឬពាក្យបណ្តឹងដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីជូនដំណឹង  
នេះ។
- ពន្យល់ក្នុងការសរសេរថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនយល់ស្រប  
ជាមួយការសម្រេចចិត្ត។ រាប់បញ្ចូលការពន្យល់របស់អ្នក  
លើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងទំនេ  
របន្ថែម សូមភ្ជាប់ទំព័រដាច់ដោយឡែកមួយទៅសេចក្តីជូនដំ  
ណឹងនេះ។
- បំពេញបែបបទដូចខាងក្រោម៖  
ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក (បោះពុម្ព)

លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

លេខ Medicare ពេញលេញរបស់អ្នក

- រួមបញ្ចូលព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានអំពីបណ្តឹងឧ  
ទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំព័ត៌មានអំពីព័ត៌មានដែលនឹង  
ជួយអ្នក។
- សរសេរលេខ Medicare របស់អ្នកនៅលើឯកសារទាំងអស់ដែល  
អ្នកផ្ញើ។
- ធ្វើការថតចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងឯកសារយោ  
ងទាំងអស់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- ផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងឯកសារយោងទាំងអស់ទៅអា  
សយដ្ឋានដូចខាងក្រោម៖

ការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងរបស់ Medicare  
c/o ឈ្មោះអ្នកម៉ៅការ  
អាសយដ្ឋានផ្លូវ  
ទីក្រុង ST 12345-6789

## ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឧទ្ធរណ៍

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអានសៀវភៅមគ្គុទេសក៍  
"Medicare & អ្នក" របស់អ្នក ឬទស្សនាទិន្នន័យប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិត  
[www.medicare.gov/appeals](http://www.medicare.gov/appeals)។