សេចក្តីជូនដំណឹងសេចក្តីសង្ខេប Medicare
សម្រាប់ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងនៅមន្ទីរពេទ្យ)

សេចក្តីសង្ខេបផ្លូវការនៃការទាមទាររបស់ Medicare របស់អ្នកពីមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid

JOHN DOE
ឈ្មោះអាស័យដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ
ទីក្រុង ST 12345-6789

នេះមិនមែនជាវិក័យប័ត្រទេ

សេចក្តីជូនដំណឹងសម្រាប់លោក John Doe

លេខ Medicare	**XXXXX1234**
កាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ	**ថ្ងៃទី 15 ខែកញ្ញាឆ្នាំ 2019**
ការទាមទារដែលបានដំណើរការរវាង	**ថ្ងៃទី 15 ខែមិថុនា - ថ្ងៃទី 15 ខែកញ្ញាឆ្នាំ 2019**

ស្ថានភាពកាត់កងរបស់អ្នក

ការកាត់កងរបស់អ្នកគឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់លើអត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗ សម្រាប់សេវាសុខភាពភាគច្រើនមុននឹង Medicare ចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់។

ផ្នែក A កាត់កងបាន៖ ឥឡូវអ្នកបានឆ្លើយតបរបស់អ្នក **$ 1,184.00** កាត់កងសម្រាប់ **មន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺ** សេវាសម្រាប់រយៈ ពេលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 27 ខែឧសភាឆ្នាំ 2019 ។

ត្រូវបានជម្រាបជូនដំណឹង!

សូមស្វាគមន៍មកកាន់សេចក្តីជូនដំណឹងសេចក្តីសង្ខេបថ្មីរបស់អ្នក! វាមានភាសាច្បាស់លាស់ការបោះពុម្ពធំជាងមុន និងសេចក្តីសង្ខេបផ្នែកខ្លួននៃការទាមទាររបស់អ្នក និងការកាត់កងបាន។ ការធ្វើឱ្យប្រសើរនូវការជូនដំណឹងល្អនេះ ពន្យល់ពីរបៀបដើម្បីទទួលបានជំនួយក្នុងសំណួររបស់អ្នកការយការណ៍ការលួចបន្លំ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ វាក៏រួមបញ្ចូលព័ត៌មានសំខាន់ៗពី Medicare!

បណ្តឹងទាមទារសំណង និងចំណាយរបស់អ្នកក្នុងកំឡុងពេលនេះ

តើ Medicare យល់ព្រមសេវាទាំងអស់មែនទេ? **បាទ/ចាស**

សូមមើលទំព័រទី 2 អំពីវិធីពិនិត្យមើលទ្វេរដងនូវសេចក្តីជូនដំណឹងនេះឡើងវិញ។

ចំនួនសរុបអ្នកអាចត្រូវបានបង់ប្រាក់	**$2,062.50**

សម្ភារៈផ្សេងៗដែលមានបណ្តឹងទាមទារយៈពេលនេះ

ថ្ងៃទី 18 ខែមិថុនាដល់ថ្ងៃទី 21 ខែមិថុនាឆ្នាំ 2019
មន្ទីរពេទ្យអ្នកភ្លេ

ការធ្វើឱ្យ Medicare របស់អ្នកភាគច្រើន

រៀបពិនិត្យមើលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ

តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះនៃកន្លែងនីមួយៗដែរ ឬទេ? ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។

តើអ្នកបានទទួលពាក្យបណ្តឹងដែលបានរាយបញ្ជី? តើពួកវាផ្គូផ្គងនឹងអ្វីដែលមាននៅលើវិក្កយបត្រ និងវិក័យបត្ររបស់អ្នក ឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយ តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ? ពិនិត្យមើលអតិបរមាដែលអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ។ មើលថាតើពាក្យបណ្តឹងនេះត្រូវបានផ្ញើទៅផែនការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare ឬធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទេ។ ផែនការនោះអាចបង់ចំណាយរបស់អ្នក។

រៀបរាយការណ៍ការក្លែងបន្លំ

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាកន្លែង ឬអាជីវកម្មពាក់ព័ន្ធនឹងការក្លែងបន្លំ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។

ឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃការក្លែងបន្លំរួមបញ្ចូលការផ្តល់ជូននូវសេវាដែលសាស្ត្រដោយឥតគិតថ្លៃ ឬបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា Medicare ដែលអ្នកមិនបានទទួល។ ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាព័ត៌មានជំនួយរបស់អ្នកនាំឱ្យរកមើលការលួចបន្លំ អ្នកអាចទទួលបានរង្វាន់។

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

របៀបទទួលជំនួយដោយប្រើសំណួររបស់អ្នក

1-800-Medicare (1-800-633-42270)

សុំ "សេវាមន្ទីរពេទ្យ" ។ លេខកូដសេវាអតិថិជនរបស់អ្នកគឺ 05535 ។

TTY 1-877-486-2048 (សម្រាប់ការស្តាប់ខ្សោយ)

ទាក់ទងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋរបស់អ្នក (SHIP) សម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងស្រុកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅ **1-555-555-5555**.

អំឡុងពេលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

មន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យជំនាញរបស់អ្នក (SNF) ស្នាក់នៅត្រូវរាស់វែង **អត្ថប្រយោជន៍ថ្ងៃ** និង **រយៈពេលផ្តល់ផលប្រយោជន៍**។ រាល់ថ្ងៃដែលអ្នកចំណាយនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ SNF គឺរាប់បញ្ចូលទៅថ្ងៃនៃអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងអំឡុងពេលអត្ថប្រយោជន៍នោះ។ រយៈពេលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬក្នុងកាលៈទេសៈខ្លះសេវារបស់ SNF ហើយបញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកមិនបានទទួលការថែ ទាំអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬការថែទាំអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានជំនាញក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេល 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា។

សេវាកម្មថែទាំអ្នកជម្ងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ៖ អ្នកមាន **56 ថ្ងៃក្នុងចំណោម 90 ថ្ងៃនៃអត្ថប្រយោជន៍** នៅសល់សម្រាប់រយៈ ពេលផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដែលបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 27 ខែឧសភាឆ្នាំ 2019 ។

ទីកន្លែងជំនាញគិលានុបដ្ឋាយិកា៖ អ្នកមាន **63 ថ្ងៃក្នុងចំណោម 100 ថ្ងៃនៃអត្ថប្រយោជន៍** នៅសល់សម្រាប់រយៈពេលផ្តល់ផល ប្រយោជន៍ដែលបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 27 ខែឧសភាឆ្នាំ 2019 ។

សូមមើលសៀវភៅមគ្គុទេសក៍ "Medicare & អ្នក" របស់អ្នកសំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីរយៈពេលនៃអត្ថប្រយោជន៍។

សាររបស់អ្នកពី Medicare

ទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរួកមាន់។ អ្នកអាចត្រូវការវាម្តងក្នុងមួយជីវិត។ ទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអំពីការទទួលបានវានេះ។ អ្នកមិនបង់លុយអ្វីទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទទួលយកការចាត់តាំងរបស់ Medicare ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាមួយរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈ SSA.gov/MyContact។

ការរកឃើញឆាប់ ៗ គឺជាការការពារដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក។ កំណត់កាលវិភាគជំងឺមហារីករបស់អ្នកនៅថ្ងៃនេះ និងចងចាំថា Medicare ជួយបង់ថ្លៃពិនិត្យរកមើលការបញ្ចាំងកាំរស្មី។

ចង់ឃើញការទាមទាររបស់អ្នកភ្លាមៗ? ចូលប្រើការទាមទារពី Medicare ដើមរបស់អ្នកនៅ www.Medicare.govជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពី Medicare ដំណើរការទាមទារ។ អ្នកអាចប្រើលក្ខណៈ "ប៊ូតុងពណ៌ខៀវ" ដើម្បីជួយតាមដានកំណត់ត្រាសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ អ្នក។

ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ)

ផ្នែក A ការធានារ៉ាប់រងនៅមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងម្ចីពេទ្យអាចចំណាយ សម្រាប់ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានជំនាញបន្ទាប់ពីស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យការថែទាំសុខភាពផ្ទះនិងការថែទាំសុខភាព។

និយមន័យនៃជួរឈរ

អត្ថប្រយោជន៍ថ្ងៃប្រើ៖ ចំនួនថ្ងៃដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែ លអ្នកបានប្រើក្នុងអំឡុងពេលនៃមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ និង / ឬកន្លែងស្នាក់នៅដែលមានជំនាញ។ (សូមមើលទំព័រទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងការសង្ខេបពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក) ។

ការទាមទារត្រូវបានអនុម័ត?៖ ជួរឈរនេះប្រាប់អ្នកថាតើ Medicare គ្របដណ្តប់ការស្នាក់នៅអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។

កម្រៃដែលមិនរាប់បញ្ចូល៖ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare មិនបានបង់ប្រាក់។

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare បង់ប្រាក់៖ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare បានបង់ប្រាក់ថ្លៃមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺរបស់អ្នក។

អតិបរមាអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាផ្នែក A អាចរួមបញ្ចូលការកាត់បន្ថយការធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើថ្ងៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកបានប្រើ និងការគិតថ្លៃផ្សេងទៀត។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផ្នែក A សូមមើលសៀវភៅមគ្គុទេសក៍ "Medicare & អ្នក" របស់អ្នក។

ថ្ងៃទី 18 ខែមិថុនាដល់ថ្ងៃទី 21 ខែមិថុនាឆ្នាំ 2019

មន្ទីរពេទ្យអូត្រូ (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

សំដៅដោយព្រះយេស៊ូ Sarmiento Forasti

	អត្ថប្រយោជន៍ថ្ងៃប្រើ	ការទាមទារត្រូវបានអនុម័ត?	កម្រៃដែលមិនរាប់បញ្ចូល	ចំនួនទឹកប្រាក់ Medicare បានបង់ប្រាក់	អតិបរមាអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ	សូមមើលកំណាត់សំគាល់ខាងក្រោម
អំឡុងពេលអត្ថប្រយោជន៍ចាប់ពីថ្ងៃទី 27 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2019	4 ថ្ងៃ	បាទ/ចាស	$ 0.00	$ 4,886.98	**$ 0.00**	
សរុបសម្រាប់ការទាមទារ # 20905400034102			$ 0.00	$ 4,886.98	**$ 0.00**	**A, B**

ចំណាំសម្រាប់ការទាមទារខាងលើ

A ថ្ងៃត្រូវបានដកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍សរុបរបស់អ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងរយៈពេលនៃអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ "ផ្នែកអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក" នៅទំព័រទី 2 មានព័ត៌មានលម្អិត។

B $ 2,062.50 ត្រូវបានអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកថែទាំសុខភាពដែលមានជំនាញរបស់អ្នក។

តើធ្វើដូចម្តេចដើម្បីដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងដែលបានបដិសេធ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ទទួលព័ត៌មានលម្អិត

បើសិនជាបណ្តឹងទាមទារសំណងត្រូវបានបដិសេធការហៅ ឬសរសេរទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យឬមន្ទីរពេទ្យ ហើយសុំអោយមានសេ ចក្តីថ្លែងការណ៍មួយសម្រាប់ការទាមទារណាមួយ។ ត្រូវប្រាកដថាពួកគេបានផ្ញើព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើពួកគេមិនធ្វើបែ បនោះ សូមស្នើសុំឱ្យការិយាល័យនេះទាក់ទងការិយាល័យអះអាងរប ស់យើងដើម្បីកែកំហុស។ អ្នកអាចស្នើសុំទីតាំងសម្រាប់សេចក្តីថ្លែងកា រណ៍ដែលមានធាតុមួយសម្រាប់សេវា ឬបណ្តឹងទាមទារណាមួយ។

ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រង ឬការទូទាត់លើសេ ចក្តីជូនដំណឹងនេះរួមទាំងច្បាប់ ឬគោលនយោបាយដែលត្រូវបានប្រើ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសេចក្តីសម្រេចការបង់ប្រាក់ ឬចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់លើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវដាក់ស្នើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ ប្រើសំណុំបែបបទទៅខាងស្តាំ។ ការិយាល័យទាមទាររបស់យើងត្រូវតែទ ទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

យើងត្រូវទទួលការបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយ៖

ថ្ងៃទី 21 ខែមករាឆ្នាំ 2020

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក

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

សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកន្លែងរបស់អ្នក៖ អ្នកអាចស្នើសុំកន្លែងអំពីព័ត៌មានណាមួយដែលនឹងជួយអ្នក។

សួរមិត្តភក្តិដើម្បីជួយ៖ អ្នកអាចតែងតាំងនរណាម្នាក់ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដើម្បីធ្វើជាអ្នកតំណាងអ្នកនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

អនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

1 រង្វង់សេវា ឬពាក្យបណ្តឹងដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

2 ពន្យល់ក្នុងការសរសេរថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចចិត្ត។ រាប់បញ្ចូលការពន្យល់របស់អ្នក លើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងទំនេ របន្ថែម សូមភ្ជាប់ទំព័រដាច់ដោយឡែកមួយទៅសេចក្តីជូនដំ ណឹងនេះ។

3 បំពេញបែបបទដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក (បោះពុម្ព)

លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

លេខ Medicare ពេញលេញរបស់អ្នក

4 រួមបញ្ចូលព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានអំពីបណ្តឹងឧ ទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំព័ត៌មានអំពីព័ត៌មានដែលនឹង ជួយអ្នក។

5 សរសេរលេខ Medicare របស់អ្នកនៅលើឯកសារទាំងអស់ដែលអ្នកផ្ញើ។

6 ធ្វើការថតចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងឯកសារយោ ងទាំងអស់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។

7 ផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងឯកសារយោងទាំងអស់ទៅអា សយដ្ឋានដូចខាងក្រោម៖

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

ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឧទ្ធរណ៍

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអានសៀវភៅមគ្គុទេសក៍ "Medicare & អ្នក" របស់អ្នក ឬទស្សនាយើងតាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធើណែត www.medicare.gov/appeals។