



សេចក្តីជូនដំណឹងសេចក្តីសង្ខេប Medicare សម្រាប់ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងនៅមន្ទីរពេទ្យ)

សេចក្តីសង្ខេបផ្តល់នូវការណែនាំទូទៅអំពីការទាមទាររបស់ Medicare របស់អ្នកពីមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid

JOHN DOE
ឈ្មោះអាស័យដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ
ទីក្រុង ST 12345-6789

នេះមិនមែនជាកិច្ចប្រកាសទេ

សេចក្តីជូនដំណឹងសម្រាប់លោក John Doe	
លេខ Medicare	1A23BC4DE56
កាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ	ថ្ងៃទី 15 ខែកញ្ញាឆ្នាំ 2019
ការទាមទារដែលបានដំណើរការរវាង	ថ្ងៃទី 15 ខែមិថុនា - ថ្ងៃទី 15 ខែកញ្ញាឆ្នាំ 2019

បណ្តឹងទាមទារសំណង និងចំណាយរបស់អ្នកក្នុងកំឡុងពេលនេះ	
តើ Medicare យល់ព្រមសេវាទាំងអស់មែនទេ?	បាទ/ចាស
សូមមើលទំព័រទី 2 អំពីវិធីពិនិត្យមើលទ្វេដងនូវសេចក្តីជូនដំណឹងនេះឡើងវិញ។	
ចំនួនសរុបអ្នកអាចត្រូវបានបង់ប្រាក់	\$2,062.50

ស្ថានភាពកាត់កងរបស់អ្នក

ការកាត់កងរបស់អ្នកគឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់លើអត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗសម្រាប់សេវាសុខភាពភាគច្រើនមុននឹង Medicare ចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់។

ផ្នែក A កាត់កងបាន៖ ឥឡូវអ្នកបានឆ្លើយតបរបស់អ្នក \$ 1,184.00 កាត់កងសម្រាប់ មន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺ សេវាសម្រាប់រយៈពេលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 27 ខែឧសភាឆ្នាំ 2019 ។

ត្រូវបានជម្រាបជូនដំណឹង!

សូមស្វាគមន៍មកកាន់សេចក្តីជូនដំណឹងសេចក្តីសង្ខេបថ្មីរបស់អ្នក! វាមានភាសាច្បាស់លាស់ការបោះពុម្ពជាងមុន និងសេចក្តីសង្ខេបផ្ទាល់ខ្លួននៃការទាមទាររបស់អ្នក និងការកាត់កងបាន។ ការធ្វើឱ្យប្រសើរនូវការជូនដំណឹងល្អនេះពន្យល់ពីរបៀបដើម្បីទទួលបានជំនួយក្នុងសំណួររបស់អ្នករាយការណ៍ការល្មើស ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ វាក៏រួមបញ្ចូលព័ត៌មានសំខាន់ៗពី Medicare!

សម្ភារៈផ្សេងៗដែលមានបណ្តឹងទាមទាររយៈពេលនេះ

ថ្ងៃទី 18 ខែមិថុនាដល់ថ្ងៃទី 21 ខែមិថុនាឆ្នាំ 2019
មន្ទីរពេទ្យអូកូ

ការធ្វើឱ្យ Medicare របស់អ្នកភាគច្រើន

🔍 របៀបពិនិត្យមើលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ

តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះនៃកន្លែងនីមួយៗដែរ ឬទេ?
ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។

តើអ្នកបានទទួលពាក្យបណ្តឹងដែលបានរាយបញ្ជី?
តើពួកវាផ្ទុកនឹងអ្វីដែលមាននៅលើវិក្កយបត្រ
និងវិក្កយបត្ររបស់អ្នកឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយ
តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ?

ពិនិត្យមើលអតិបរមាដែលអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ។
មើលថាតើពាក្យបណ្តឹងនេះត្រូវបានផ្ញើទៅផែនការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម
របស់ Medicare ឬធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទេ។
ផែនការនោះអាចបង់ចំណាយរបស់អ្នក។

📞 របៀបរាយការណ៍ការក្លែងបន្លំ

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

ខ្លាហារណាមួយចំនួននៃការក្លែងបន្លំរួមបញ្ចូលការផ្តល់ជូននូវសេវាវេជ្ជ
សាស្ត្រដោយឥតគិតថ្លៃ ឬបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា Medicare
ដែលអ្នកមិនបានទទួល។

ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាព័ត៌មានជំនួយរបស់អ្នកនាំឱ្យរកមើលការលួច
បន្លំ 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)
សម្រាប់ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងស្រុកដោយឥតគិត
ថ្លៃ។ សូមហៅ 1-555-555-5555.

🏠 អំឡុងពេលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

មន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យជំនាញរបស់អ្នក (SNF) ស្នាក់នៅត្រូវវាស់វែង
អត្ថប្រយោជន៍ថ្ងៃ និង រយៈពេលផ្តល់ផលប្រយោជន៍។
រាល់ថ្ងៃដែលអ្នកចំណាយនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ SNF
គឺរាប់បញ្ចូលទៅថ្ងៃនៃអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងអំឡុងពេលអត្ថប្រយោជន៍
នោះ។ រយៈពេលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកទ
ទួលបានសេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យប្រក្នុងកាលៈទេសៈខ្លះ
សេវារបស់ SNF ហើយបញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកមិនបានទទួលការថែ
ទាំអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យប្រក្រាបថែទាំអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានជំ
នាញក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេល 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

ទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្នុងមួយឆ្នាំ
អ្នកអាចត្រូវការវាម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។
ទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអំពីការទទួលបានវានេះ។
អ្នកមិនបង់លុយអ្វីទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទ
ទួលយកការចាត់តាំងរបស់ Medicare ។

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

ការរកឃើញឆាប់ ៗ គឺជាការការពារដំលូបំផុតរបស់អ្នក។
កំណត់កាលវិភាគជម្រើសហារីករបស់អ្នកនៅថ្ងៃនេះ និងចងចាំថា
Medicare ជួយបង់ថ្លៃពិនិត្យមើលការបញ្ជាក់ការស្នើ។

ចង់ឃើញការទាមទាររបស់អ្នកភ្លាមៗ? ចូលប្រើការទាមទារពី Medicare
ដើមរបស់អ្នកនៅ www.MyMedicare.gov, ជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 24
ម៉ោងបន្ទាប់ពី Medicare ដំណើរការទាមទារ។ អ្នកអាចប្រើលក្ខណៈ
"ប៊ូតុងពណ៌ខៀវ" ដើម្បីជួយតាមដានកំណត់ត្រាសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់
អ្នក។

ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ)

ផ្នែក A ការធានារ៉ាប់រងនៅមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យអាចចំណាយសម្រាប់ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានជំនាញបន្ទាប់ពីស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យការថែទាំសុខភាពជំងឺ និងការថែទាំសុខភាព។

និយមន័យនៃជួរឈរ

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

ការទាមទារត្រូវបានអនុម័ត?៖ ជួរឈរនេះប្រាប់អ្នកថា តើ Medicare គ្របដណ្តប់ការស្នាក់នៅអ្នកជម្ងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។

កម្រៃដែលមិនរាប់បញ្ចូល៖ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare មិនបានបង់ប្រាក់។

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare បង់ប្រាក់៖

នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare បានបង់ប្រាក់ថ្លៃមន្ទីរពេទ្យអ្នកជម្ងឺរបស់អ្នក។

អតិបរមាអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ៖

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាផ្នែក A អាចរួមបញ្ចូលការកាត់បន្ថយការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើថ្លៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកបានប្រើ និងការគិតថ្លៃផ្សេងទៀត។

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

ថ្ងៃទី 18 ខែមិថុនាដល់ថ្ងៃទី 21 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2019

មន្ទីរពេទ្យអូតូ (555) 555-1234

PO Box 1142, Manati, PR 00674

សំដៅដោយព្រះយេស៊ូ Sarmiento Forasti

អត្ថប្រយោជន៍ថ្ងៃប្រើ	ការទាមទារត្រូវបានអនុម័ត?	កម្រៃដែលមិនរាប់បញ្ចូល	ចំនួនទឹកប្រាក់ Medicare បានបង់ប្រាក់	អតិបរមាអ្នកអាចត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ	សូមមើលកំណត់សំគាល់ខាងក្រោម
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។

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។

យើងត្រូវទទួលការបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយ៖

ថ្ងៃទី 21 ខែមករាឆ្នាំ 2020

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក

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

សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកន្លែងរបស់អ្នក៖

អ្នកអាចស្នើសុំកន្លែងអំពីព័ត៌មានណាមួយដែលនឹងជួយអ្នក។

សូមមិត្តកុំដើម្បីជួយ៖

អ្នកអាចតែងតាំងនរណាម្នាក់ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ
ឬមិត្តកុំដើម្បីធ្វើជាអ្នកតំណាងអ្នកនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

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

ស្នើសុំប្រើប្រាស់ប្រាក់បញ្ញើ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រាក់បញ្ញើ ឬសុំប្រើប្រាស់ប្រាក់បញ្ញើ តាមរយៈការទាក់ទងទៅមេត្តាទេសក៍
"Medicare & អ្នក" របស់អ្នក ឬទស្សនាទៅតាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិត
www.medicare.gov/appeals។