



# ໃບແຈ້ງສະຫຼຸບ Medicare ສໍາລັບພາກ B (ການປະກັນສຸຂະພາບ)

ໜ້າ 1 ໃນ 5

ໃບສະຫຼຸບການຂໍສິນສິນປະກັນ Medicare ທາງການ ຂອງທ່ານ ຈາກສູນບໍລິການ Medicare ແລະ Medicaid

ຈອນ ໂດ (John Doe)  
ຊື່ທີ່ຢູ່ຊົ່ວຄາວ  
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ  
ເມືອງ, ST 12345-6789

## ນີ້ບໍ່ແມ່ນໃບບິນຮຽກເກັບເງິນ

### ແຈ້ງການສໍາລັບ ຈອນ ໂດ

ໝາຍເລກ Medicare	1A23BC4DE56
ວັນທີແຈ້ງການນີ້	01 ມີນາ 2019
ການຂໍສິດປະກັນໄພໄດ້ຖືກດໍາເນີນການລະຫວ່າງ	1 ມັງກອນ - 1 ມີນາ 2019

### ການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໃນໄລຍະນີ້

Medicare ໄດ້ອະນຸມັດການບໍລິການທັງໝົດບໍ່?	ບໍ່
ຈໍານວນການບໍລິການທີ່ Medicare ໄດ້ປະຕິບັດມີເທົ່າໃດ?	1

ເບິ່ງການຮຽກຂໍສິນທົດແທນເລີ່ມຕົ້ນທີ່ໜ້າ 3. ຊອກຫາ ບໍ່ ໃນຖ້ານ “ການບໍລິການໄດ້ອະນຸມັດແລ້ວບໍ່?” ເບິ່ງໜ້າສຸດທ້າຍສໍາລັບວິທີຈັດການກັບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນທີ່ຖືກປະຕິເສດ.

ທັງໝົດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນ \$90.15

### ສະຖານະເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານ

ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນຂອງທ່ານແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ ກ່ອນທີ່ Medicare ຈະເລີ່ມຈ່າຍໃຫ້.

#### ພາກ B ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ:

ຕອນນີ້ທ່ານໄດ້ຈ່າຍແລ້ວ \$85.00 ໃນວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານຈໍານວນ \$147.00 ສໍາລັບປີ 2019.

### ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພໃນໄລຍະນີ້

21 ມັງກອນ 2019  
Craig I. Secosan, M.D.

### ຂໍໃຫ້ທ່ານຈົ່ງຮັບຮູ້!

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການແຈ້ງການສະຫຼຸບ Medicare ໃໝ່ຂອງທ່ານ! ເຊິ່ງມັນຈະເປັນຮູບແບບພາສາທີ່ຈະແຈ້ງ, ໃບພິມທີ່ໃຫຍ່ຂຶ້ນ ແລະ ບົດສະຫຼຸບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນປະກັນໄພ ແລະ ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນຂອງທ່ານແບບສ່ວນບຸກຄົນ. ໃບແຈ້ງການສະບັບປັບປຸງນີ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບວິທີຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ, ລາຍງານການສ້າງໂຄງ ຫຼື ອື່ນໆທີ່ໄດ້ຖືກຂຶ້ນ. ມັນຍັງລວມເອິງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນຈາກ Medicare ໄວ້ນໍາອີກ!

# ຮັບປະໂຫຍດສູງສຸດຈາກ Medicare ຂອງທ່ານ

## 🔍 ວິທີກວດສອບແຈ້ງການນີ້

ທ່ານຮູ້ຈັກຊື່ທ່ານໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຕ່ລະຄົນບໍ່? ກວດສອບວັນທີ. ທ່ານໄດ້ມີການນັດໝາຍບໍ່ໃນມື້ນັ້ນ?

ທ່ານໄດ້ຮັບລາຍການການບໍລິການບໍ່? ພວກມັນກົງກັບທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດບັນຊີໄວ້ລະຫວ່າງໃບຮັບ ແລະ ໃບບິນບໍ່?

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຈ່າຍໃບບິນແລ້ວ, ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຈຳນວນທີ່ຖືກຕ້ອງບໍ່? ກວດສອບເບິ່ງຈຳນວນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນຮຽກເກັບເງິນ. ເບິ່ງວ່າການຮຽນຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພໄດ້ຖືກສົ່ງໄປຫາ ແຜນປະກັນເສີມ Medicare (Medigap) ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ປະກັນອື່ນແລ້ວບໍ່. ແຜນປະກັນນັ້ນອາດຈ່າຍໃນສ່ວນ ຂອງທ່ານ.

## 📞 ວິທີລາຍງານການສໍ້ໂກງ

ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຫົວໜ່ວຍທຸລະກິດກ່ຽວຂ້ອງກັບການສໍ້ໂກງ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-800-MEDICARE 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

ບາງຄົວຄອບຄົວກ່ຽວຂ້ອງກັບການສະເໜີໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ການອອກໃບບິນໃຫ້ທ່ານສໍາລັບການບໍລິການ Medicare ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຊ້ບໍລິການ. ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນວ່າ ການໃຫ້ເງິນສິນນໍ້າໃຈຂອງທ່ານນໍາໄປສູ່ການເຊື່ອອໍາການສໍ້ໂກງ, ທ່ານອາດມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບລາງວັນ.

ທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ແຕກຕ່າງ! ປີກາຍນີ້, Medicare ໄດ້ຊ່ວຍຜູ້ເສຍອາກອນປະຢັດເງິນ \$4.2 billion— ເປັນວົງເງິນຈຳນວນຫຼວງຫຼາຍທີ່ສຸດທີ່ເຄີຍມີມາທີ່ປະຢັດໄດ້ໃນ ປີດຽວ— ຍ້ອນຜູ້ຄົນທີ່ລາຍງານກິດຈະກຳໜ້າສົງໄສໃຫ້ແກ່ Medicare.

## 📞 ວິທີຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

ຂໍຮັບ “ການບໍລິການຈາກທ່ານ.”

ລະຫັດໃຫ້ບໍລິການລູກຄ້າຂອງທ່ານແມ່ນ 05535.

TTY 1-877-486-2048 (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດສູນຍາງໄດ້)

ຕິດຕໍ່ຫາກໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (SHIP)

ຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ

ສູນໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບການປະກັນສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນ.

ໂທຫາເບີ 1-555-555-5555.

## 📄 ການບໍລິການປ້ອງກັນ Medicare

Medicare ຄຸ້ມຄອງການກວດ ແລະ ການສາຍຫຼາຍຢ່າງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ລາຄາຕໍ່າເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີສຸຂະພາບດີ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການບໍລິການປ້ອງກັນ:

- ໂອ້ລົມກັບທ່ານໝໍ ຂອງທ່ານ.
- ເບິ່ງທີ່ຮູ້ມີ “Medicare & You” ຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຄົບຖ້ວນ.
- ເຂົ້າຢ້ຽມຊົມ [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov) ສໍາລັບລາຍການສະເພາະບຸກຄົນ.

## 📄 ຂໍ້ຄວາມ ຂອງທ່ານຈາກ Medicare.

ຮັບສິດຢາປ້ອງກັນໂລກບອດອັກເສບ.

ທ່ານອາດຕ້ອງການສິດພຽງຄັ້ງດຽວໃນຊີວິດເທົ່ານັ້ນ. ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຮັບການສິດຢານີ້. ທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຫຍັງ ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຂອງທ່ານຍອມຮັບການບໍລິການນີ້ ຂອງ Medicare.

ເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່, ໂທຫາປະກັນສັງຄົມໄດ້ທີ່ 1-800-772-1213. ສໍາລັບຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາເບີ 1-800-325-0778

ການກວດເຫັນກ່ອນແມ່ນການປົກປ້ອງທີ່ດີທີ່ສຸດ ຂອງທ່ານ. ນັດໝາຍການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມ ຂອງທ່ານນີ້ ແລະ ຈີວິດ Medicare ຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການກວດສາຍມະເຮັງເຕົ້ານົມ.

ຢາກເບິ່ງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພຂອງທ່ານຕອນນີ້ບໍ່? ເຂົ້າເຖິງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພ Original Medicare ໄດ້ທີ່ [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov), ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃນ 24 ຊົ່ວໂມງພາຍຫຼັງທີ່ ດໍາເນີນການການຮຽກຂໍສິນທິດແທນດັ່ງກ່າວ. ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ “ປຸ່ມສື່ຟ້າ” ເພື່ອຊ່ວຍຕິດຕາມປະຫວັດສະພາບສ່ວນຕົວ ຂອງທ່ານ.

# ການຮຽກຂໍສິດທິດແທນປະກັນໄພ ຂອງທ່ານ ສໍາລັບພາກ B (ການປະກັນສຸຂະພາບ)

ພາກ B ການປະກັນສຸຂະພາບຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການຈາກທ່ານໝໍ, ການກວດເພື່ອບົ່ງມະຕິພະຍາດ, ການບໍລິການລົດສຸກເສີນ ແລະ ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.

## ການກຳນົດຖັນ

ການບໍລິການໄດ້ຮັບອະນຸມັດແລ້ວບໍ່? ຖ້ານີ້ບອກທ່ານວ່າ Medicare ໄດ້ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການນີ້ຫຼືບໍ່.

### ຈໍານວນເງິນທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ເກັບຄ່າ:

ນີ້ແມ່ນຄ່າທຳນຽມທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເກັບສໍາລັບການບໍລິການນີ້.

### ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ອະນຸຍາດ:

ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດຖືກຈ່າຍໃຫ້ສໍາລັບການບໍລິການ ຂອງ Medicare. ເຊິ່ງມັນອາດໜ້ອຍກວ່າຈໍານວນເງິນຕົວຈິງທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ເກັບຄ່າ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຂອງທ່ານໄດ້ເຫັນດີຍອມຮັບຈໍານວນເງິນນີ້ເປັນການຊໍາລະເຕັມສ່ວນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃຫ້. ບົກກະຕິ Medicare ຈ່າຍ 80% ຂອງຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ອະນຸມັດໃຫ້.

### ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍ:

ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ບົກກະຕິແມ່ນ 80% ຂອງຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ອະນຸມັດໃຫ້.

### ຈໍານວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ:

ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທັງໝົດທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງໃບບິນໃຫ້ທ່ານ, ແລະ ສາມາດລວມເອົາເງິນທີ່ຕ້ອງອອກກ່ອນ, ການປະກັນຮ່ວມ ແລະ ຄ່າທຳນຽມອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃຫ້. ຖ້າຫາກທ່ານມີນະໂຍບາຍປະກັນເສີມ ຂອງ Medicare (ນະໂຍບາຍ Medigap) ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນ, ເຊິ່ງອາດຈ່າຍຈໍານວນເງິນນີ້ທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນ.

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

ການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ລະຫັດໃບບິນ	ການບໍລິການອະນຸມັດແລ້ວບໍ່?	ຈໍານວນເງິນທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ເກັບຄ່າ	ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ອະນຸຍາດ	ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍ	ຈໍານວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ	ເບິ່ງຂໍ້ຄວາມຊຸມນີ້
ການກວດຕາ ແລະ ສຸຂະພາບເພື່ອບົ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ການປິ່ນປົວ, ຄົນເຈັບປະຈໍາ, ເຂົ້າຮັບປິ່ນປົວ 1 ຄັ້ງຂຶ້ນໄປ (92014)	ແມ່ນ	\$143.00	\$107.97	\$86.38	<b>\$21.59</b>	
ການທຳລາຍການເຕີບໂຕຂອງຜິວໜັງ (17000)	<b>NO</b>	68.56	0.00	0.00	<b>68.56</b>	<b>A</b>
ທັງໝົດສໍາລັບການຮຽກຂໍສິດທິດແທນ #02-10195-592-390		\$211.56	\$107.97	\$86.38	<b>\$90.15</b>	<b>B</b>

## ໝາຍເຫດ ສໍາລັບການຮຽກຂໍສິດທິດແທນຂ້າງເທິງນັ້ນ

- A** ການບໍລິການນີ້ໄດ້ຖືກປະຕິເສດ. ຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ບໍ່ສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການນີ້.
- B** ການຮຽກຂໍສິດທິດແທນປະກັນໄພຂອງທ່ານໄດ້ສົ່ງໄປຫາ ນະໂຍບາຍ Medicare Supplement Insurance (ນະໂຍບາຍ Medigap) ຂອງທ່ານ, Wellmark BlueCross BlueShield of N. Carolina. ສົ່ງຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບສິດທິດແທນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.

# ວິທີຈັດການກັບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນທີ່ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ອື່ນອຸທອນ

## ຂໍລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ

ຖ້າຫາກການຮຽກຂໍສິນທົດແທນຖືກປະຕິເສດ, ໃຫ້ໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຫາໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ແລະ ຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການ ສໍາລັບທຸກໆການຮຽກຂໍສິນທົດແທນ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂໍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທົດແທນ ຂອງພວກເຮົາເພື່ອແກ້ໄຂ. ທ່ານສາມາດຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການສໍາລັບທຸກໆການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທົດແທນຈາກສະຖານພະຍາບານໄດ້.

ໂທຫາ Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍກ່ຽວກັບແຈ້ງການນີ້, ລວມທັງກົດໝາຍ ຫຼື ນະໂຍບາຍຕ່າງໆທີ່ໃຊ້ຕັດສິນ.

## ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຄຸ້ມຄອງ, ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍ, ຫຼື ຈໍານວນເງິນຊໍາລະ ໃນແຈ້ງການນີ້, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້

ການອຸທອນຕ້ອງອີ້ນເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ໃຊ້ແບບຟອມຢູ່ດ້ານຂວາ.

ຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທົດແທນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 120 ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້.

ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ:

21 ມັງກອນ 2020

## ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ

ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ: ໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE ຫຼື ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (State Health Insurance Program) ຂອງທ່ານ (ເບິ່ງໜ້າ 2) ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ລວມທັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕ່າງໆໜ້າ.

ໂທຫາຜູ້ສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກ ຂອງທ່ານ:

ທ່ານສາມາດສອບຖາມສະຖານພະຍາບານ ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຂໍໃຫ້ໝູ່ເພື່ອນຊ່ວຍ: ທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງໃຜບາງຄົນ ເຊັ່ນ: ຄົນໃນຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ ເປັນຜູ້ຕ່າງໆໜ້າ ຂອງທ່ານໃນຂະບວນການອຸທອນ.

## ອື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ

ປະຕິບັດຕາມບາດກ້າວເຫຼົ່ານີ້:

- ໝາຍວົງມົນເອົາການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທົດແທນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບແຈ້ງການນີ້.
- ອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າເປັນ ຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ລວມເອົາຄໍາອະທິບາຍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບແຈ້ງການນີ້ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫ້ຄັດຕິດໜ້າເອກະສານຕ່າງໆໃສ່ກັບໃບແຈ້ງການນີ້.
- ຕື່ມຂໍ້ຕ່າງໆລຸ່ມນີ້ທັງໝົດ: ຊື່ຕັ້ງ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕ່າງໆໜ້າຂອງທ່ານ (ຕົວເລິມໃຫຍ່)

ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ໝາຍເລກ Medicare ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ

<input type="text"/>
----------------------

- ລວມເອົາຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບການອຸທອນ ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສອບຖາມຜູ້ສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກ ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
- ຂຽນໝາຍເລກ Medicare ຂອງທ່ານໃສ່ເອກະສານທັງໝົດທີ່ທ່ານສົ່ງ.
- ສໍາເນົາເອກະສານນີ້ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທັງໝົດໄວ້ເປັນຂໍ້ມູນຫຼັກຖານ ຂອງທ່ານ.
- ສົ່ງແຈ້ງການນີ້ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທັງໝົດທາງໄປສະນີຫາທີ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້:

Medicare Claims Office  
c/o ຊື່ຜູ້ຮັບເໝົາ  
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ  
ເມືອງ, ST 12345-6789

---

## ຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການອຸທອນ

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການອຸທອນ, ຈົ່ງອ່ານຄູ່ມື

“Medicare & You” ຂອງທ່ານ ຫຼື

ເຂົ້າຢ້ຽມຊົມພວກເຮົາທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່

[www.medicare.gov/appeals](http://www.medicare.gov/appeals).