ຫນັງສືແຈ້ງສະຫຼຸບ Medicare
ສໍາລັບພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງຫມໍ)

ການສະຫຼຸບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ Medicare ເປັນທາງການຂອງທ່ານຈາກສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid

ຊື່
ທີ່ຢູ່ຖະຫນົນ
ເມືອງ, ST 12345-6789

ນີ້ບໍ່ແມ່ນໃບເອີ້ນເກັບເງິນ

ຫມາຍເລກ Medicare

ວັນທີຂອງການແຈ້ງການນີ້

ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ໄດ້ດໍາເນີນການລະຫວ່າງ

ສະຖານະການຫັກພາສີ ຂອງທ່ານ

ການຫັກພາສີຂອງທ່ານແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍໃນແຕ່ລະໄລຍະເວລາທີ່ຮັບປະໂຫຍດສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ກ່ອນທີ່ Medicare ຈະເລີ່ມຕົ້ນຈ່າຍ.

ພາກ A ການຫັກພາສີ:

ແຈ້ງໃຫ້ຊາບ!

ມັນຮອດເວລາສັກຢາປ້ອງກັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ຂອງທ່ານແລ້ວ!
ຄົນທີ່ມີອາຍຸ 65
ປີຂຶ້ນໄປແມ່ນມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ພະຍາດແຊກຊ້ອນທີ່ຮ້າຍແຮງຈາກໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ໄດ້. Medicare
ຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່.
ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃດໆ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຂອງທ່ານຮັບ Medicare.

ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ໄລຍະເວລານີ້

Medicare ອະນຸມັດທຸກການຮຽກຮ້ອງບໍ?
ເບິ່ງຫນ້າ 2 ສໍາລັບວິທີການກວດເບິ່ງຫນັງສືແຈ້ງການນີ້.

ລວມຈໍານວນທີ່ທ່ານອາດຖືກຮຽກເກັບເງິນ

ສະຖານພະຍາບານກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ ໄລຍະເວລານີ້

ໃຊ້ປະໂຫຍດຈາກ Medicare ສ່ວນໃຫຍ່

ວິທີກວດເບິ່ງແຈ້ງການນີ້

ທ່ານຈື່ຊື່ຂອງສະຖານພະຍາບານແຕ່ລະບ່ອນບໍ?
ກວດເບິ່ງວັນທີ

ທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ເຮັດເປັນລາຍການໄວ້ບໍ?
ພວກມັນຖືກກັບບັນດາອັນທີ່ເຮັດເປັນລາຍການໄວ້ຢູ່ໃນໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນຂອງທ່ານບໍ?

ຖ້າທ່ານຈ່າຍເງິນໄປແລ້ວ, ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນເງິນທີ່ຖືກຕ້ອງບໍ?
ກວດເບິ່ງຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກເກັບ. ເບິ່ງວ່າການຮຽກຮ້ອງຂໍເງິນດັ່ງກ່າວໄດ້ຖືກສົ່ງໄປຫາແຜນການປະກັນໄພເສີມຂອງMedicare (Medigap) ຂອງທ່ານ ຫລື ຜູ້ປະກັນໄພອື່ນບໍ່.
ແຜນການນັ້ນອາດຈະຈ່າຍໃນສ່ວນຂອງທ່ານ.

ວິທີການລາຍງານການສໍ້ໂກງ

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າ ສະຖານບໍລິການ ຫຼື ທຸລະກິດມີສ່ວນຮ່ວມໃນການສໍ້ໂກງ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

ບາງຕົວຢ່າງຂອງການສໍ້ໂກງມີຂໍ້ສະເຫນີໃຫ້ການບໍລິການທາງການແພດຟຣີ, ຫຼື ສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນສຳລັບການບໍລິການ Medicare ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນວ່າ ຄຳແນະນຳຂອງທ່ານນຳໄປສູ່ການຈັບເຄົ້າການສໍ້ໂກງ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບລາງວັນ.

ທ່ານສາມາດສ້າງຄວາມແຕກຕ່າງໄດ້!
ໃຫ້ກວດເບິ່ງແຈ້ງການສະຫຼຸບ Medicare ຂອງທ່ານຢູ່ສະເຫມີ ເພື່ອເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

ວິທີການຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຄຳຖາມຂອງທ່ານ

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
ຂໍ "ການບໍລິການໂຮງຫມໍ."
ລະຫັດການບໍລິການລູກຄ້າຂອງທ່ານແມ່ນ 05535.

TTY 1-877-486-2048 (ສຳລັບການໄດ້ຍິນບົກຜ່ອງ)

ຕິດຕໍ່ໂຄງການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP) ຂອງທ່ານສຳລັບການປຶກສາການປະກັນໄພສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນຟຣີ.

ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ

ການເຂົ້ານອນໂຮງຫມໍ ແລະ ສະຖານພະຍາບານຊຳນານການ (SNF) ຂອງທ່ານແມ່ນໄດ້ຖືກວັດແທກຈາກ**ມື້ທີ່ຮັບປະໂຫຍດ** ແລະ **ໄລຍະເວລາທີ່ຮັບປະໂຫຍດ*.* ທຸກມື້ທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ ຫຼື SNF ໃຫ້ນັບຈາກມື້ທີ່ຮັບປະໂຫຍດໃນໄລຍະເວລາທີ່ຮັບປະໂຫຍດນັ້ນ. ໄລຍະເວລາທີ່ຮັບປະໂຫຍດຈະເລີ່ມຕົ້ນມື້ທຳອິດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງໂຮງໝໍເປັນຄົນເຈັບພາຍໃນ ຫຼື, ຢູ່ໃນສະຖານະການສະເພາະ, ການບໍລິການຂອງ SNF, ແລະ ສິ້ນສຸດລົງໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລເປັນຄົນເຈັບພາຍໃນ ຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ ຫຼື
ຢູ່ການເບິ່ງແຍງດູແລເປັນຄົນເຈັບໃນສະເພາະຢູ່ໃນ SNF 60 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ.

ໂຮງຫມໍທີ່ມີຂະແຫນງພາຍໃນ : _____

ສະຖານພະຍາບານສະເພາະ: _____

ເບິ່ງ ຄູ່ມື "Medicare & ທ່ານ" ຂອງທ່ານ ເພື່ອເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໄລຍະເວລາທີ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.

ຂໍ້ຄວາມຈາກ Medicare

ຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນເຍື່ອຫຸ້ມສະຫມອງອັກເສບ.
ທ່ານອາດຕ້ອງການສັກພຽງຄັ້ງດຽວໃນຊີວິດ. ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຮັບການສັກຢານີ້. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃດໆ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິຂອງທ່ານມຮັບຂໍ້ກຳຫນົດຂອງ Medicare.

ເພື່ອລາຍງານການບ່ຽນແປງທີ່ຢູ່, ໃຫ້ໂທຫາປະກັນສັງຄົມທີ່ເບີ 1-800-772-1213. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-325-0778.

ການກວດພົບແຕ່ຫົວທີແມ່ນການປ້ອງກັນທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ. ຈັດເວລາກວດ mammogram ຂອງທ່ານມື້ນີ້, ແລະ ຈື່ວ່າ Medicare ຈະຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າການກວດ mammograms.

ຖ້າທ່ານໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), ໃຫ້ທ່ານມີຫມາຍເລກຂອງ Medicare ທີ່ຖືກຕ້ອງໃນມື ເພື່ອໃຫ້ສາມາດ ຊອກຫາບັນທຶກຂອງທ່ານໄດ້. ເພື່ອຮັກສາຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, MSN ນີ້ບໍ່ໄດ້ມີໂຕເລກທັງຫມົດຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຄົນເຈັບພາຍໃນຂອງທ່ານສໍາລັບພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງຫມໍ)

ານປະກັນພໂຮງໝໍຄົນເຈັບພາຍໃນພາກ A ຈະຊ່ວຍຈ່າຍເງິນສໍາລັບການດູແລໂຮງຫມໍຄົນເຈັບພາຍໃນ, ການດູແລຄົນເຈັບພາຍໃນສະຖານພະຍາບານຂະແຫນງສະເພາະ, ການເຂົ້ານອນໂຮງຫມໍ, ການດູແລສຸຂະພາບຄົນເຈັບຢູ່ບ້ານ, ແລະ ການດູແລເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດ.

ຄໍານິຍາມຂອງຖັນ

ວັນທີ່ຮັບປະໂຫຍດທີ່ນໍາໃຊ້ແລ້ວ: ຈໍານວນມື້ຮັບປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານນໍາໃຊ້ໃນລະຫວ່າງການເຂົ້ານອນໂຮງຫມໍ ແລະ/ຫຼື ການເຂົ້ານອນສະຖານພະຍາບານຂະແຫນງສະເພາະແຕ່ລະຄັ້ງ. (ເບິ່ງຫນ້າ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ພາກສະຫຼຸບໄລຍະເວລາທີ່ຮັບປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.)

ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດບໍ?: ຖັນນີ້ບອກທ່ານວ່າຖ້າ Medicare ຄຸ້ມຄອງການເຂົ້ານອນຂອງຄົນເຈັບພາຍໃນບໍ່.

ຄ່າບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍ.

ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ຈ່າຍແລ້ວ: ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ຈ່າຍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຄົນເຈັບພາຍໃນຂອງທ່ານ.

ຈໍານວນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກເກັບເງິນ: ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກເກັບສໍາລັບການບໍລິການພາກ A ສາມາດລວມເຖິງການຫັກພາສີ, ການປະກັນໄພຮ່ວມຕາມມື້ທີ່ຮັບປະໂຫຍດຂອງທ່ານທີ່ໃຊ້ແລ້ວ, ແລະ ຄ່າບໍລິການອື່ນ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ພາກ A, ເບິ່ງປຶ້ມຄູ່ມື "Medicare & ທ່ານ"ຂອງທ່ານ.

	ວັນທີ່ຮັບ ຜົນປະໂຫ ຍດທີ່ນໍາ ໃຊ້ແລ້ວ	ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ ໄດ້ຮັບການ ອະນຸມັດບໍ?	ຄ່າບໍລິການ ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ ການຄຸ້ມຄອງ	ຈໍານວນເງິ ນທີ່ Medicare ຈ່າຍແລ້ວ	ຈໍານວນສູງສຸດທີ່ ທ່ານອາດຈະຖືກ ຮຽກເກັບເງິນ	ເບິ່ງຫນ ້າ ຍ ຫ ດ ຢູ່ວຸ່ມ ນ້ ີ
ຈໍານວນທັງໝົດສໍາລັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງເລກທີ #						

	ວັນທີ່ຮັບ ຜ ນ ປ ະ ໂ ຫ ຍ ດ ທ ີ່ ນ ໍ າ ໃ ຊ ້ ແ ລ ້ ວ	ຂ ້ ຮ ຽ ກ ຮ ້ ອ ງ ໄ ດ ້ ຮ ັ ບ ການ ອ ະ ນ ຸ ມ ັ ດ ບ ໍ ?	ຄ ່ າ ບ ໍ ລ ິ ການ ທ ີ ່ ບ ໍ ່ ໄ ດ ້ ຮ ັ ບ ການ ຄ ຸ ້ ມ ຄ ອ ງ	ຈ ໍ ານ ວ ນ ເ ງ ິ ນ ທ ີ Medicare ຈ ່ າ ຍ ແ ລ ້ ວ	ຈ ໍ ານ ວ ນ ສ ູ ງ ສ ຸ ດ ທ ີ່ ທ ່ ານ ອ າ ດ ຈ ະ ຖ ກ ຮ ຽ ກ ເ ກ ັ ບ ເ ງ ິ ນ	ເ ບ ິ ່ ງ ຫ ນ ້ າ ຍ ຫ ດ ຢ ູ ່ ວ ຸ ່ ມ ນ ້ ີ
ຈ ໍ ານ ວ ນ ທ ັ ງ ໝ ົ ດ ສ ໍ າ ລ ັ ບ ຂ ໍ ້ ຮ ຽ ກ ຮ ້ ອ ງ ເ ລ ກ ທ ີ #						

ວິວິທີຮັບມືກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງທີ່ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ການຍື່ນອຸທອນ

ເອົາລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ

ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຖືກປະຕິເສດ, ໃຫ້ໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຫນັງສືຫາໂຮງຫມໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ແລະ ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຖະແຫຼງລາຍການສໍາລັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂໍເງິນຕ່າງໆ. ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ພວກເຂົາເຈົ້າສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຫາກວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ສົ່ງ, ໃຫ້ບອກສະຖານພະຍາບານຕິດຕໍ່ສໍານັກງານຮ້ອງຮຽນ ເພື່ອແກ້ໄຂໃຫ້ຖືກຕ້ອງ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາກໍານົດລາຍການສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຮ້ອງຂໍເງິນຈາກສະຖານພະຍາບານໄດ້.

ໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄໍາຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຊໍາລະເງິນຢູ່ໃນແຈ້ງການນີ້, ລວມທັງກົດຫມາຍ ຫຼື ນະ�โยບາຍທີ່ໃຊ້ຕັດສິນ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການຕັດສິນການຊໍາລະ, ຫຼືຈໍານວນເງິນທີ່ຊໍາລະໃນຫນັງສືແຈ້ງການນີ້, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນໄດ້

ການອຸທອນຕ້ອງຍື່ນເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ການອຸທອນຕ້ອງຍື່ນເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ນໍາໃຊ້ແບບຟອມທີ່ຖືກຕ້ອງ. ສໍານັກງານຮ້ອງຮຽນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 120 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫນັງສືແຈ້ງການນີ້.

ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ:

ວັນທີ

ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ

ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ: ໂທ 1-800-MEDICARE ຫຼື ໂຄງການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງລັດຂອງທ່ານ (ເບິ່ງຫນ້າ 2) ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ລວມທັງຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງຫນ້າ.

ຍື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ

ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນເຫຼົ່ານີ້:

1. ຂີດອ້ອມເອົາການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຮ້ອງທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນໍາຢູ່ໃນແຈ້ງການນີ້.
2. ອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນນີ້. ປະກອບຄໍາອະທິບາຍຂອງທ່ານຕໍ່ກັບແຈ້ງການນີ້ ຫຼື, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຂຽນເພີ່ມ, ໃຫ້ຄັດຕິດຫນ້າແຍກຕ່າງຫາກໃສ່ແຈ້ງການນີ້.
3. ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກບ່ອນຕໍ່ໄປນີ້:

   ຊື່ເຕັມຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານ (ຜົມ)

   ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານ

   ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ

   ຫມາຍເລກ Medicare ທັງຫມົດຂອງທ່ານ
4. ລວມທັງຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍເອົາບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້ກັບສະຖານບໍລິການຂອງທ່ານ.
5. ຂຽນຫມາຍເລກ Medicare ຂອງທ່ານໃສ່ທຸກເອກະສານທີ່ທ່ານສົ່ງ.
6. ອັນສໍາເນົາແຈ້ງການນີ້ ແລະ ເອກະສານສະຫນັບສະຫນູນທັງຫມົດໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.
7. ສົ່ງຫນັງສືແຈ້ງ ແລະ ເອກະສານສະຫນັບສະຫນູນທັງຫມົດໄປຫາ ທີ່ຢູ່ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

   ສໍານັກງານຮ້ອງຮຽນເລື່ອງ
   Medicare

ໂທຫາສະຖານພະຍາບານຂອງທ່ານ:
ຂໍເອົາຂໍ້ມູນທີ່ອາດຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້ຈາກສະຖານພະຍາບານຂອງທ່ານ.

ຂໍໃຫ້ຫມູ່ເພື່ອນຊ່ວຍເຫຼືອ:
ທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ໃດຜູ້ຫນຶ່ງເຊັ່ນ: ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ຫຼື ຫມູ່ເພື່ອນເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ ໃນຂະບວນການອຸທອນໄດ້.

ຊອກຫາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນ

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານປຶ້ມຄູ່ມື" Medicare & ທ່ານ" ຂອງທ່ານ ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງພວກເຮົາອອນລາຍທີ່ www.medicare.gov/appeals.