



ເຂົ້າເຖິງໃບແຈ້ງສະຫຼຸບ Medicare ສໍາລັບພາກ B (ການປະກັນໄພໂຮງໝໍ)

ໜ້າ 1 ໃນ 5

ໃບສະຫຼຸບການຂໍສິນສິນປະກັນ Medicare ທາງການ ຂອງທ່ານ ຈາກສູນບໍລິການ Medicare ແລະ Medicaid

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

ນີ້ແມ່ນໃບບິນຮຽກເກັບເງິນ

ການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ
ຂອງທ່ານໃນໄລຍະນີ້

Medicare ໄດ້ອະນຸມັດການບໍລິການທັງໝົດບໍ່ ແມ່ນ
ເບິ່ງໜ້າ 2 ສໍາລັບວິທີກວດສອບແຈ້ງການນີ້ເພີ່ມອີກ.

ທັງໝົດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນ \$2,062.50

ແຈ້ງການສໍາລັບ ຈອນ ໂດ

ໝາຍເລກ Medicare	1A23BC4DE56
ວັນທີແຈ້ງການນີ້	15 ກັນຍາ 2019
ການຂໍສິນປະກັນໄພໄດ້ຖືກດໍາເນີນ	15 ມິຖຸນາ – 15
ນິນການລະຫວ່າງ	ກັນຍາ 2019

ສະຖານະເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານ

ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ
ຂອງທ່ານແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບແຕ່ລະໄລຍະສິດຜົນ
ປະໂຫຍດ ສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່
ກ່ອນທີ່ Medicare ຈະເລີ່ມຈ່າຍໃຫ້.

ພາກ A ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ:

ຕອນນີ້ທ່ານໄດ້ໃຊ້ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນຂອງທ່ານແລ້ວ
ຈໍານວນ \$1,184.00 ສໍາລັບການບໍລິການ
ຂອງໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ
ສໍາລັບໄລຍະຜົນປະໂຫຍດທີ່ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ວັນທີ 27 ພຶດສະພາ
2019.

ສະຖານພະຍາບານໃນການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພໃນໄລຍະນີ້

18 – 21 ມິຖຸນາ 2019
ໂຮງໝໍ ໂອເຕຣ໌ (Otero Hospital)

ຂໍໃຫ້ທ່ານຈົ່ງຮັບຮູ້!

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການແຈ້ງການສະຫຼຸບ Medicare ໃໝ່
ຂອງທ່ານ! ເຊິ່ງມັນຈະເປັນຮູບແບບພາສາທີ່ແຈ້ງ,
ໃບພິມທີ່ໃຫຍ່ຂຶ້ນ ແລະ

ບົດສະຫຼຸບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນປະກັນໄພ ແລະ
ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານແບບສ່ວນບຸກຄົນ.
ໃບແຈ້ງການສະບັບປັບປຸງນີ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບວິທີຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ, ລາຍງານການສ້າງໂຮງ ຫຼື
ອື່ນໆທີ່ໄດ້ດີຂຶ້ນ. ມັນຍັງລວມເອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນຈາກ
Medicare ໄວ້ນໍາອີກ!

ຮັບປະໂຫຍດສູງສຸດຈາກ Medicare ຂອງທ່ານ

❓ ວິທີກວດສອບແຈ້ງການນີ້

ທ່ານຮູ້ຈັກຊື່ແຕ່ລະສະຖານບໍລິການບໍ່? ກວດສອບວັນທີ.

ທ່ານໄດ້ຮັບການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຕາມລາຍການບໍ່? ພວກມັນກົງກັບທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດບັນຊີໄວ້ລະຫວ່າງໃບຮັບ ແລະ ໃບບິນບໍ່?

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຈ່າຍໃບບິນແລ້ວ, ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຈໍານວນທີ່ຖືກຕ້ອງບໍ່? ກວດສອບເບິ່ງຈໍານວນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນຮຽກ ເກັບເງິນ. ເບິ່ງວ່າການຮຽນຂໍສິນທິດແທນປະ ກັນໄພໄດ້ຖືກສົ່ງໄປຫາ ແຜນປະກັນເສີມ Medicare (Medigap) ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ປະກັນອື່ນແລ້ວບໍ່. ແຜນປະກັນນັ້ນອາດຈ່າຍໃນສ່ວນ ຂອງທ່ານ.

⚠️ ວິທີລາຍງານການສໍ້ໂກງ

ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າ ສະຖານສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກ ຫຼື ຫົວໜ່ວຍທຸລະກິດກ່ຽວຂ້ອງກັບການສໍ້ໂກງ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

ບາງຕົວຢ່າງການສໍ້ໂກງລວມມີການສະເໜີໃຫ້ບໍລິການບິນບົວໂ ດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ການອອກໃບບິນໃຫ້ທ່ານສໍາລັບການບໍລິການ Medicare ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຊ້ບໍລິການ. ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນວ່າ ການໃຫ້ເງິນສິນນໍ້າໃຈຂອງທ່ານນໍາໄປສູ່ການເຊື່ອງອໍາການສໍ້ໂກ ງ, ທ່ານອາດມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບລາງວັນ.

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

📞 ວິທີຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ

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

ຂໍ “ການບໍລິການຈາກໂຮງໝໍ.”

ລະຫັດໃຫ້ບໍລິການລູກຄ້າຂອງທ່ານແມ່ນ 05535.

TTY 1-877-486-2048 (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດສູນຍາງການໄດ້ຍິນ)

ຕິດຕໍ່ຫາກໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (SHIP)

ຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ

ສູນໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບການປະກັນສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນ.

ໂທຫາເບີ 1-555-555-5555.

🏠 ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດ ຂອງທ່ານ

ທີ່ພັກໃນໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ (SNF) ຂອງທ່ານຖືກວັດແທກເປັນມື້ສິດຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດ. ທຸກໆມື້ທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໄມໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ ຈະຖືກນັບເປັນມື້ສິດຜົນປະໂຫຍດໃນໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດ ນັ້ນ. ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດເລີ່ມຕົ້ນຈາກມື້ທໍາອິ ດທີ່ທ່ານເຂົ້າຮັບການບໍລິການໂຮງໝໍຄົນເຈັບບອກ ແລະ ສິ້ນສຸດເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລຄົນເຈັບບອກໃດໆໃນໂຮງ ໝໍ ຫຼື ການດູແລຄົນເຈັບບອກ ໃນສະຖານພະຍາບານຊໍານາ ນການ ຕິດຕໍ່ກັນເປັນເວລາ 60 ມື້.

ໂຮງໝໍຄົນເຈັບບອກ:

ທ່ານມີມື້ສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງຍັງເຫຼືອ 56 ມື້ ໃນ 90 ມື້ ສໍາລັບໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ວັນທີ 27 ພຶດສະພາ 2019.

ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ:

ທ່ານມີມື້ສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງຍັງເຫຼືອ 63 ມື້ ໃນ 100 ມື້ ສໍາລັບໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ວັນທີ 27 ພຶດສະພາ 2019.

ເບິ່ງຄູ່ມື “Medicare & You” ຂອງທ່ານ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດ.

📝 ຂໍຄວາມ ຂອງທ່ານຈາກ Medicare.

ຮັບສິດຢາປ້ອງກັນໂລກບອດອັກເສບ.

ທ່ານອາດຕ້ອງການສິດພຽງຄັ້ງດຽວໃນຊີວິດເທົ່ານັ້ນ.

ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຮັບການສິດຢານີ້. ທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຫຍັງ ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຂອງທ່ານຍອມຮັບການບໍລິການນີ້ ຂອງ Medicare.

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

ການກວດເຫັນກ່ອນແມ່ນການບົກປ້ອງທີ່ດີທີ່ສຸດ ຂອງທ່ານ. ນັດໝາຍການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມ ຂອງທ່ານມື້ນີ້ ແລະ ຈໍ່ວ່າ Medicare ຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການກວດສາຍມະເຮັງເຕົ້ານົມ.

ຢາກເບິ່ງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພຂອງທ່ານຕອນນີ້ບໍ່?

ເຂົ້າເຖິງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພ Original Medicare ໄດ້ທີ່ www.MyMedicare.gov, ໂດຍປົກກະຕິແມ່ນພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງພາຍຫຼັງທີ່ ດໍາເນີນການການຮຽກຂໍສິນທິດແທນ ດັ່ງກ່າວ. ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ “ປຸ່ມສື່ຟ້າ” ເພື່ອຊ່ວຍຕິດຕາມປະຫວັດສຸຂະພາບສ່ວນຕົວ ຂອງທ່ານ.

ການຮຽກຂໍສິດທິດ່ວນປະກັນໄພຄົນເຈັບນອກ ຂອງທ່ານ ສໍາລັບພາກ A (ການປະກັນສຸຂະພາບ)

ພາກ A ປະກັນໄພໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການດູແລຄົນເຈັບນອກໃນໂຮງໝໍ, ການດູແລຄົນເຈັບນອກໃນສະຖານພະຍາບານຊໍານານການຕາມມື້ຜັກໃນໂຮງໝໍ, ການດູແລສຸຂະພາບຕາມບ້ານ, ແລະ ການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ.

ການກຳນົດຖັນ

ມີສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ແລ້ວ:

ຈໍານວນມີສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ນໍາໃຊ້ໃນໄລຍະການເຂົ້າໂຮງໝໍ ແລະ/ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການແຕ່ລະຄັ້ງ. (ເບິ່ງໜ້າ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ບົດສະຫຼຸບໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ).

ການຮຽກຂໍສິດທິດ່ວນປະກັນໄພໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວບໍ່?

ຖ້ານີ້ບອກທ່ານວ່າ Medicare ໄດ້ຄຸ້ມຄອງການນອກໂຮງໝໍຂອງຄົນເຈັບນອກຫຼືບໍ່.

ການເກັບຄ່າທໍານຽມທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້.

ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້:

ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຄົນເຈັບນອກ ຂອງທ່ານ.

ຈໍານວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ:

ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນສໍາລັບການບໍລິການໃນພາກ A ອາດລວມມີວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ, ການປະກັນໄພຮ່ວມໂດຍອີງໃສ່ມີສິດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ ແລະ ຄ່າທໍານຽມອື່ນໆ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງໃນ Medicare ພາກ A, ໃຫ້ເບິ່ງຢູ່ຄູ່ມື “Medicare & You” ຂອງທ່ານ.

18 – 21 ມິຖຸນາ 2019

ໂຮງໝໍ ໂອເຕໂຣ, (555) 555-1234

ຕູ້ໄປສະນີ 1142, Manati, PR 00674

ອ້າງອີງໂດຍ Jesus Sarmiento Forasti

	ມີສິດຜົນປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ແລ້ວ	ການຮຽກຂໍສິດທິດ່ວນປະກັນໄພໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວບໍ່?	ການເກັບຄ່າທໍານຽມທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ	ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍ	ຈໍານວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ	ເບິ່ງຂໍ້ຄວາມລຸ່ມນີ້
ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດເລີ່ມແຕ່ວັນທີ 29 ພຶດສະພາ 2019	4 ມື້	ແມ່ນ	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	
ຈໍານວນທັງໝົດສໍາລັບການຮຽກຂໍສິດທິດ່ວນປະກັນໄພລວມ #20905400034102			\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	A,B

ໝາຍເຫດສໍາລັບການຮຽກຂໍສິດທິດ່ວນປະກັນໄພຂ້າງເທິງນີ້

- A ມີທີ່ຖືກຫັກລົບຈາກສິດຜົນປະໂຫຍດໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກສໍາລັບໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດນີ້. ພາກ ຢູ່ “ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ (Your Benefit Periods)” ໃນໜ້າ 2 ມີລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ.
- B \$2,062.50 ໃຊ້ກັບສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ ຂອງທ່ານ.

ວິທີຈັດການກັບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນທີ່ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ອື່ນອຸທອນ

ຂໍລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ

ຖ້າຫາກການຮຽກຂໍສິນທົດແທນຖືກປະຕິເສດ, ໃຫ້ໂທຫາ ຫຼື

ຂຽນຫາໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ແລະ

ຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການ

ສໍາລັບທຸກໆການຮຽກຂໍສິນທົດແທນ.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າບໍ່ຖືກຕ້ອງ,

ຂໍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທົດແທນ

ຂອງພວກເຮົາເພື່ອແກ້ໄຂ.

ທ່ານສາມາດຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການສໍາລັບທຸກໆການບໍລິ

ການ ຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທົດແທນຈາກສະຖານພະຍາບານໄດ້.

ໂທຫາ Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-

4227) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື

ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍກ່ຽວກັບແຈ້ງການນີ້, ລວມທັງກົດໝາຍ ຫຼື

ນະໂຍບາຍຕ່າງໆທີ່ໃຊ້ຕັດສິນ.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຄຸ້ມຄອງ,

ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍ, ຫຼື ຈໍານວນເງິນຊໍາລະ

ໃນແຈ້ງການນີ້, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້

ການອຸທອນຕ້ອງອີ່ນເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ໃຊ້ແບບຟອມຢູ່ດ້ານຂວາ.

ຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທົດແທນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອ

ງອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 120

ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້.

ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ:

21 ມັງກອນ 2020

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອື່ນອຸ

ທອນຂອງທ່ານ

ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ: ໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE ຫຼື

ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (State Health Insurance

Program) ຂອງທ່ານ (ເບິ່ງໜ້າ 2)

ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັ

ກອັກສອນ,

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

ໝາຍເລກ Medicare ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ

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

Medicare Claims Office

c/o ຊື່ຜູ້ຮັບເໝົາ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເມືອງ, ST 12345-6789

ຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການອຸທອນ

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການອຸທອນ, ຈົ່ງອ່ານຄູ່ມື

“Medicare & You” ຂອງທ່ານ ຫຼື

ເຂົ້າຢ້ຽມຊົມພວກເຮົາທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່

www.medicare.gov/appeals.