



# ເຂົ້າເຖິງໃບແຈ້ງສະຫຼຸບ Medicare ສໍາລັບພາກ A (ການປະກັນໄພໂຮງໝໍ)

ໜ້າ 1 ໃນ 5

ໃບສະຫຼຸບການຂໍສິນສິນປະກັນ Medicare ທາງການ ຂອງທ່ານ ຈາກສູນບໍລິການ Medicare ແລະ Medicaid

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

## ນີ້ບໍ່ແມ່ນໃບບິນຮຽກເກັບເງິນ

ການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ  
ຂອງທ່ານໃນໄລຍະນີ້

Medicare ໄດ້ອະນຸມັດການບໍລິການທັງໝົດບໍ່? ແມ່ນ  
ເບິ່ງໜ້າ 2 ສໍາລັບວິທີກວດສອບແຈ້ງການນີ້ເພີ່ມອີກ.

ທັງໝົດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນ \$2,062.50

ສະຖານພະຍາບານໃນການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພໃນໄລຍະນີ້

18 - 21 ມິຖຸນາ 2019  
ໂຮງໝໍ ໂອເຕຣ໌ (Otero Hospital)

### ແຈ້ງການສໍາລັບ ຈອນ ໂດ

ໝາຍເລກ Medicare XXXXX1234

ວັນທີແຈ້ງການນີ້ 15 ກັນຍາ 2019

ການຂໍສິນປະກັນໄພໄດ້ຖືກດໍາເນີນ 15 ມິຖຸນາ - 15

ນິ້ນການລະຫວ່າງ ກັນຍາ 2019

### ສະຖານເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານ

ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ  
ຂອງທ່ານແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບແຕ່ລະໄລຍະສິດຜົນ  
ປະໂຫຍດ ສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່  
ກ່ອນທີ່ Medicare ຈະເລີ່ມຈ່າຍໃຫ້.

### ພາກ A ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ:

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

### ຂໍໃຫ້ທ່ານຈົ່ງຮັບຮູ້!

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການແຈ້ງການສະຫຼຸບ Medicare ໃໝ່  
ຂອງທ່ານ! ເຊິ່ງມັນຈະເປັນຮູບແບບພາສາທີ່ແຈ້ງ,  
ໃບພິມທີ່ໃຫຍ່ຂຶ້ນ ແລະ

ບົດສະຫຼຸບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນປະກັນໄພ ແລະ  
ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານແບບສ່ວນບຸກຄົນ.  
ໃບແຈ້ງການສະບັບປັບປຸງນີ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບວິທີຮັບການຊໍ  
ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ, ລາຍງານການສ້າງໂຮງ ຫຼື  
ອື່ນໆທີ່ໄດ້ດີຂຶ້ນ. ມັນຍັງລວມເອົາຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນຈາກ  
Medicare ໄວ້ນໍາອີກ!

# ຮັບປະໂຫຍດສູງສຸດຈາກ Medicare ຂອງທ່ານ

## ❓ ວິທີກວດສອບແຈ້ງການນີ້

ທ່ານຮູ້ຈັກຊື່ແຕ່ລະສະຖານບໍລິການບໍ່? ກວດສອບວັນທີ.

ທ່ານໄດ້ຮັບການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຕາມລາຍການບໍ່? ພວກມັນກົງກັບທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດບັນຊີໄວ້ລະຫວ່າງໃບຮັບ ແລະ ໃບບິນບໍ່?

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

## ⚠️ ວິທີລາຍງານການສໍ້ໂກງ

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

ບາງຕົວຢ່າງການສໍ້ໂກງລວມມີການສະເໜີໃຫ້ບໍລິການບິນບົວໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ການອອກໃບບິນໃຫ້ທ່ານສໍາລັບການບໍລິການ Medicare ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຊ້ບໍລິການ. ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນວ່າ ການໃຫ້ເງິນສິນນໍ້າໃຈຂອງທ່ານນໍາໄປສູ່ການເຊື່ອງອໍາການສໍ້ໂກງ, ທ່ານອາດມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບລາງວັນ.

ທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ແຕກຕ່າງ! ປີກາຍນີ້, Medicare ໄດ້ຊ່ວຍຜູ້ເສຍອາກອນປະຢັດເງິນ \$4.2 billion— ເປັນວົງເງິນຈໍານວນຫຼວງຫຼາຍທີ່ສຸດທີ່ເຄີຍມີມາທີ່ປະຢັດໄດ້ໃນປີດຽວ— ອັນຜູ້ຄົນທີ່ລາຍງານກິດຈະກຳໜ້າສົງໄສໃຫ້ແກ່ Medicare.

## 📞 ວິທີຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ

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

ຂໍ “ການບໍລິການຈາກໂຮງໝໍ.”

ລະຫັດໃຫ້ບໍລິການລູກຄ້າຂອງທ່ານແມ່ນ 05535.

TTY 1-877-486-2048 (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດສູນຍາງໄດ້)

ຕິດຕໍ່ຫາກໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (SHIP)

ຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ

ສູນໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບການປະກັນສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນ.

ໂທຫາເບີ 1-555-555-5555.

## 🏠 ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດ ຂອງທ່ານ

ທີ່ພັກໃນໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ (SNF) ຂອງທ່ານຖືກວັດແທກເປັນມື້ສິດຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດ. ທຸກໆມື້ທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໄມໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ ຈະຖືກນັບເປັນມື້ສິດຜົນປະໂຫຍດໃນໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດນັ້ນ. ໄລຍະສິດຜົນປະໂຫຍດເລີ່ມຕົ້ນຈາກມື້ທໍາອິດທີ່ທ່ານເຂົ້າຮັບການບໍລິການໂຮງໝໍຄົນເຈັບບອກ ແລະ ສິ້ນສຸດເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລຄົນເຈັບບອກໃດໆໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ການດູແລຄົນເຈັບບອກ ໃນສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ 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.

ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຮັບການສິດຢານີ້. ທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຫຍັງ ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານຍອມຮັບການບໍລິການນີ້ ຂອງ Medicare.

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

ການກວດເຫັນກ່ອນແມ່ນການບົກປ້ອງທີ່ດີທີ່ສຸດ ຂອງທ່ານ. ນັດໝາຍການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມ ຂອງທ່ານມີນີ້ ແລະ ຈໍ່ວ່າ Medicare ຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການກວດສາຍມະເຮັງເຕົ້ານົມ.

ຢາກເບິ່ງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພຂອງທ່ານຕອນນີ້ບໍ່?

ເຂົ້າເຖິງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພ Original Medicare ໄດ້ທີ່ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ໂດຍປົກກະຕິແມ່ນພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງພາຍຫຼັງທີ່ ດໍາເນີນການການຮຽກຂໍສິນທິດແທນດັ່ງກ່າວ. ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ “ປຸ່ມສື່ຟ້າ” ເພື່ອຊ່ວຍຕິດຕາມປະຫວັດສະພາບສ່ວນຕົວ ຂອງທ່ານ.

# ການຮຽກຂໍສິດທິດແທນປະກັນໄພຄົນເຈັບນອກ ຂອງທ່ານ ສໍາລັບພາກ A (ການປະກັນສຸຂະພາບ)

ພາກ A ປະກັນໄພໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການດູແລຄົນເຈັບນອກໃນໂຮງໝໍ, ການດູແລຄົນເຈັບນອກໃນສະຖານພະຍາບານຊໍານານການຕາມມື້ຜັກໃນໂຮງໝໍ, ການດູແລສຸຂະພາບຕາມບ້ານ, ແລະ ການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ.

## ການກຳນົດຖັນ

### ມື້ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ແລ້ວ:

ຈຳນວນມື້ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ນໍາໃຊ້ໃນໄລຍະການເຂົ້າໂຮງໝໍ ແລະ/ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊໍານານການແຕ່ລະຄັ້ງ. (ເບິ່ງໜ້າ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ບົດສະຫຼຸບໄລຍະສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານ).

### ການຮຽກຂໍສິດທິດແທນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວບໍ່?

ຖ້ານີ້ບອກທ່ານວ່າ Medicare ໄດ້ຄຸ້ມຄອງການນອກໂຮງໝໍຂອງຄົນເຈັບນອກຫຼືບໍ່.

ການເກັບຄ່າທຳນຽມທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: ນີ້ແມ່ນຈຳນວນເງິນທີ່ Medicare ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້.

### ຈຳນວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້:

ນີ້ແມ່ນຈຳນວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຄົນເຈັບນອກ ຂອງທ່ານ.

### ຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ:

ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນສໍາລັບການບໍລິການໃນພາກ A ອາດຈະມີວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ, ການປະກັນໄພຮ່ວມໂດຍອີງໃສ່ມື້ສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ 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

	ມື້ສິດທິປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ແລ້ວ	ການຮຽກຂໍສິດທິດແທນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວບໍ່?	ການເກັບຄ່າທຳນຽມທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ	ຈຳນວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍ	ຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ	ເບິ່ງຂໍ້ຄວາມດຸ່ມນີ້
ໄລຍະສິດທິປະໂຫຍດເລີ່ມແຕ່ວັນທີ 29 ພຶດສະພາ 2019	4 ມື້	ແມ່ນ	\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	
ຈຳນວນທັງໝົດສໍາລັບການຮຽກຂໍສິດທິດແທນເລກທີ #20905400034102			\$0.00	\$4,886.98	\$0.00	A,B

## ໝາຍເຫດ ສໍາລັບການຮຽກຂໍສິດທິດແທນຂ້າງເທິງນີ້

**A** ມື້ທີ່ຖືກຫັກລົບຈາກສິດທິປະໂຫຍດໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກສໍາລັບໄລຍະສິດທິປະໂຫຍດນີ້. ພາກ ຢູ່ “ໄລຍະສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານ (Your Benefit Periods)” ໃນໜ້າ 2 ມີລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

**B** \$2,062.50 ໃຊ້ກັບສະຖານພະຍາບານຊໍານານການ ຂອງທ່ານ.

# ວິທີຈັດການກັບການຮຽກຂໍສິນທິດແທນທີ່ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ອື່ນອຸທອນ

## ຂໍລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ

ຖ້າຫາກການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຖືກປະຕິເສດ, ໃຫ້ໂທຫາ ຫຼື

ຂຽນຫາໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ແລະ

ຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການ

ສໍາລັບທຸກໆການຮຽກຂໍສິນທິດແທນ.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າບໍ່ຖືກຕ້ອງ,

ຂໍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນ ຂອງພວກເຮົາເພື່ອແກ້ໄຂ.

ທ່ານສາມາດຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການສໍາລັບທຸກໆການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຈາກສະຖານພະຍາບານໄດ້.

ໂທຫາ Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-

4227) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື

ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍກ່ຽວກັບແຈ້ງການນີ້, ລວມທັງກົດໝາຍ ຫຼື ນະໂຍບາຍຕ່າງໆທີ່ໃຊ້ຕັດສິນ.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຄຸ້ມຄອງ,

ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍ, ຫຼື ຈໍານວນເງິນຊໍາລະ

ໃນແຈ້ງການນີ້, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້

ການອຸທອນຕ້ອງອີ້ນເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ໃຊ້ແບບຟອມຢູ່ດ້ານຂວາ.

ຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 120

ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້.

ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ:

21 ມັງກອນ 2020

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ

ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ: ໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE ຫຼື

ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (State Health Insurance Program) ຂອງທ່ານ (ເບິ່ງໜ້າ 2)

ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ,

ລວມທັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕ່າງໜ້າ.

ໂທຫາຜູ້ສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກ ຂອງທ່ານ:

ທ່ານສາມາດສອບຖາມສະຖານພະຍາບານຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຂໍໃຫ້ໝູ່ເພື່ອນຊ່ວຍ: ທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງໃຜບາງຄົນ ເຊັ່ນ:

ຄົນໃນຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ ເປັນຜູ້ຕ່າງໜ້າ

ຂອງທ່ານໃນຂະບວນການອຸທອນ.

## ອື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ

ປະຕິບັດຕາມບາດກ້າວເຫຼົ່ານີ້:

- ໝາຍວົງມົນເອົາການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທິດແທນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບແຈ້ງການນີ້.
- ອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ລວມເອົາຄໍາອະທິບາຍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບແຈ້ງການນີ້ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫ້ຄັດຕິດໜ້າເອກະສານຕ່າງໆໃສ່ກັບໃບແຈ້ງການນີ້.
- ຕື່ມຂໍ້ຕ່າງໆລຸ່ມນີ້ທັງໝົດ:  
ຊື່ຕົວ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕ່າງໜ້າຂອງທ່ານ (ຕົວເລິມໃຫຍ່)

ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ

ໝາຍເລກ Medicare ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ

- ລວມເອົາຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສອບຖາມຜູ້ສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
- ຂຽນໝາຍເລກ Medicare ຂອງທ່ານໃສ່ເອກະສານທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.
- ສໍາເນົາເອກະສານນີ້ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທັງໝົດໄວ້ເປັນຂໍ້ມູນຫຼັກຖານຂອງທ່ານ.
- 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).