



# 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 XXXXX1234

ວັນທີແຈ້ງການນີ້ 01 ມີນາ 2019

ການຂໍສິນປະກັນໄພໄດ້ຖືກດໍາເນີນ 1 ມັງກອນ - 1  
ການລະຫວ່າງ ມີນາ 2019

### ການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຂອງທ່ານໃນໄລຍະນີ້

Medicare ໄດ້ອະນຸມັດການບໍລິການທັງໝົດບໍ່? ບໍ່

ຈໍານວນການບໍລິການທີ່ Medicare  
ໄດ້ປະຕິບັດມີເທົ່າໃດ? 1

ເບິ່ງການຮຽກຂໍສິນທົດແທນເລີ່ມຕົ້ນທີ່ໜ້າ 3.  
ຊອກຫາ ບໍ່ ໃນຖ້ານ “ການບໍລິການໄດ້ອະນຸມັດ  
ດ້ວຍບໍ່?” ເບິ່ງໜ້າສຸດທ້າຍສໍາລັບວິທີຈັດການ  
ກັບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນທີ່ຖືກປະຕິເສດ.

ທັງໝົດທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນ \$90.15

### ສະຖານະເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານ

ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ  
ຂອງທ່ານແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບສ່ວນ  
ໃຫຍ່ ກ່ອນທີ່ Medicare ຈະເລີ່ມຈ່າຍໃຫ້.

ພາກ B ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ: ຕອນນີ້ທ່ານໄດ້ຈ່າຍແລ້ວ  
\$85.00 ໃນວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານຈໍານວນ  
\$147.00 ສໍາລັບປີ 2019.

### ຂໍໃຫ້ທ່ານຈົ່ງຮັບຮູ້!

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການແຈ້ງການສະຫຼຸບ Medicare ໃໝ່ຂອງທ່ານ!  
ເຊິ່ງມັນຈະເປັນຮູບແບບພາສາທີ່ຈະແຈ້ງ, ໃບເລີ່ມທີ່ໃຫຍ່ຂຶ້ນແລະ  
ບົດສະຫຼຸບການຮຽກຂໍສິນທົດແທນປະກັນໄພ ແລະ  
ວົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ ຂອງທ່ານແບບສ່ວນບຸກຄົນ.  
ໃບແຈ້ງການ  
ສະບັບປັບປຸງນີ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບວິທີຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີ  
ຄໍາຖາມ, ລາຍງານການສ້າງໂຮງ ຫຼື ອື່ນອຸທອນໄດ້ດີອົງຂຶ້ນ.  
ມັນຍັງລວມເອງຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນຈາກ Medicare ໄວ້ນໍາອີກ!

### ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍສິນປະກັນໄພໃນໄລຍະນີ້

21 ມັງກອນ 2019

Craig I. Secosan, M.D.

# 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.

## ວິທີລາຍງານການສັ່ງໂກງ

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

ບາງຄົວຍ່າງການສັ່ງໂກງລວມມີການສະເໜີໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ການອອກໃບບິນໃຫ້ທ່ານສໍາລັບການບໍລິການ Medicare ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ໃຊ້ບໍລິການ. ຖ້າຫາກທ່ານຕັດສິນວ່າ ການໃຫ້ເງິນສິນນໍາໃຈຂອງທ່ານນໍາໄປສູ່ການເຊື່ອອໍາການສັ່ງໂກງ, ທ່ານອາດມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບລາງວັນ.

ທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງທີ່ແຕກຕ່າງ! ປີກາຍນີ້, Medicare ໄດ້ຊ່ວຍຜູ້ເສຍອາກອນປະຢັດເງິນ \$4.2 billion— ເປັນວົງເງິນຈຳນວນຫຼວງຫຼາຍທີ່ເສຍມາທີ່ປະຢັດໄດ້ໃນປີດຽວ— ຍ້ອນຜູ້ຄົນທີ່ລາຍງານກິດຈະກຳໜ້າສົ່ງໃສ່ໃຫ້ແກ່ Medicare.

## ວິທີຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເວລາທີ່ທ່ານມີຄໍາຖາມ

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

ຂໍຮັບ “ການບໍລິການຈາກທ່ານ.”

ລະຫັດໃຫ້ບໍລິການລູກຄ້າຂອງທ່ານແມ່ນ 05535.

TTY 1-877-486-2048 (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ບົກຜ່ອງທາງການໄດ້ຍິນ)

ຕິດຕໍ່ຫາກໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບແຫ່ງລັດ (SHIP)

ຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ

ສູນໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບການປະກັນສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນ. ໂທຫາເບີ

1-555-555-5555.

## ການບໍລິການປ້ອງກັນ Medicare

Medicare ຊົມຄອງການກວດ ແລະ ການສາຍຫຼາຍຢ່າງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ລາຄາຕໍ່າເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີສຸຂະພາບດີ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການບໍລິການປ້ອງກັນ:

- ໂອ້ລົມກັບທ່ານໝໍ ຂອງທ່ານ.
- ເບິ່ງທີ່ຄູ່ມື “Medicare & You” ຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຄົບຖ້ວນ.
- ສ້າງບັນຊີຢູ່ໃນ Medicare.gov.

## 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 ຈື່ວ່າ Medicare ຊ່ວຍຈ່າຍສໍາລັບການກວດສາຍມະເຮັງເຕົ້ານົມ.

ຢາກເບິ່ງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພຂອງທ່ານຕອນນີ້ບໍ່?

ເຂົ້າເຖິງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນປະກັນໄພ Original Medicare ໄດ້ທີ່ [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ໂດຍປົກກະຕິແມ່ນພາຍໃນ 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:

ນີ້ແມ່ນຄ່າທ່ານຽມທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເກັບສໍາລັບການບໍລິການນີ້.

### ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ອະນຸຍາດ:

ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດຖືກຈ່າຍໃຫ້ສໍາລັບການບໍລິການຂອງ Medicare. ເຊິ່ງມັນອາດໜ້ອຍກວ່າຈໍານວນເງິນຕົວຈິງທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ເກັບຄ່າ.

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

**ຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍ:** ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຂອງທ່ານ. ບົກກະຕິແມ່ນ 80% ຂອງຈໍານວນເງິນທີ່ Medicare ອະນຸມັດໃຫ້.

### ຈໍານວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນ:

ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທັງໝົດທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ສົ່ງໃບບິນໃຫ້ທ່ານ, ແລະ ສາມາດລວມເອົາຈົງເງິນທີ່ຕ້ອງອອກກ່ອນ, ການປະກັນຮ່ວມ ແລະ ຄ່າທ່ານຽມອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃຫ້. 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	ເບິ່ງຂໍ້ຄວາມຊໍາລະ
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.

# ວິທີຈັດການກັບການຮຽກຂໍສິນທິດແທນທີ່ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ອື່ນອຸທອນ

## ຂໍລາຍລະອຽດເພີ່ມຕື່ມ

ຖ້າຫາກການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຖືກປະຕິເສດ, ໃຫ້ໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຫາໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ແລະ ຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການ ສໍາລັບທຸກໆການຮຽກຂໍສິນທິດແທນ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂໍໃຫ້ສະຖານພະຍາບານຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນ ຂອງພວກເຮົາເພື່ອແກ້ໄຂ. ທ່ານສາມາດຂໍຄໍາອະທິບາຍແຕ່ລະລາຍການສໍາລັບທຸກໆການບໍລິການຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຈາກສະຖານພະຍາບານໄດ້.

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

## ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຄຸ້ມຄອງ, ຄໍາຕັດສິນຈ່າຍ, ຫຼື ຈໍານວນເງິນຈ່າຍ ໃນແຈ້ງການນີ້, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້

ການອຸທອນຕ້ອງອີ້ນເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ໃຊ້ແບບຟອມຢູ່ດ້ານຂວາ. ຫ້ອງການຮຽກຂໍສິນທິດແທນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນ ຂອງທ່ານພາຍໃນ 120 ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງອຸທອນຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ:

**21 ມັງກອນ 2020**

## ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ

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

ໂທຫາຜູ້ສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກ ຂອງທ່ານ: ທ່ານສາມາດສອບຖາມສະຖານພະຍາບານ ຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຂໍໃຫ້ໝູ່ເພື່ອນຊ່ວຍ: ທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງໃຜບາງຄົນ ເຊັ່ນ: ຄົນໃນຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ ເປັນຜູ້ຕ່າງໜ້າ ຂອງທ່ານໃນຂະບວນການອຸທອນ.

## ອື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ

- ປະຕິບັດຕາມບາດກ້າວເຫຼົ່ານີ້:
- ໝາຍວົງມົນເອົາການບໍລິການ ຫຼື ການຮຽກຂໍສິນທິດແທນທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບແຈ້ງການນີ້.
  - ອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າເປັນ ຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ລວມເອົາຄໍາອະທິບາຍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບແຈ້ງການນີ້ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫ້ຄັດຕິດໜ້າເອກະສານຕ່າງໆໃສ່ກັບໃບແຈ້ງການນີ້.
  - ຕື່ມຂໍ້ຕ່າງໆລຸ່ມນີ້ທັງໝົດ: ຊື່ຕັ້ງ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕ່າງໜ້າຂອງທ່ານ (ຕົວພິມໃຫຍ່)

ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ໝາຍເລກ Medicare ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ລວມເອົາຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສອບຖາມຜູ້ສະຖານພະຍາບານຄວາມສະດວກ ທ່ານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
- ຂຽນໝາຍເລກ Medicare ຂອງທ່ານໃສ່ເອກະສານທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.
- ສໍາເນົາເອກະສານນີ້ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທັງໝົດໄວ້ເປັນຂໍ້ມູນຫຼັກຖານ ຂອງທ່ານ.
- ສົ່ງແຈ້ງການນີ້ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທັງໝົດທາງໄປສະນີຫາທີ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້:

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

ຈອນ ໂດ (John Doe)

ຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການອຸທອນ

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການອຸທອນ, ຈົ່ງອ່ານຄູ່ມື “Medicare & You” ຂອງທ່ານ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມຊົມພວກເຮົາທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່

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