# ຈົດໝາຍການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ

# *ຂໍ້ສຳຄັນ: ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຕາມແຈ້ງການນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ <Plan Name> at <Plan customer service phone number> (TTY: <TTY number>) OR <Ombudsman or other program office> ໄດ້ທີ່ <phone number> (TTY: <TTY number>)]*

***<*Date of letter*>***

[*Insert Member name*]

ລະຫັດ ID ແຜນສຸຂະພາບຂອງສະມາຊິກ:

ບໍລິການ/ລາຍການ ຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບ:

[*Insert additional field(s) as needed or when required by state, such as provider or Member Medicaid ID*]

<Plan name> ເອີ້ນວ່າ: "ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ" ຫຼື "ພວກເຮົາ" ໃນໜັງສືສະບັບ ນີ້. ພວກເຮົາແມ່ນແຜນປະກັ
ນສຸຂະພາບທີ່ເຮັດສັນຍາກັບ Medicare ແລະ Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] ເພື່ອໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບທັງສອງໂຄງການ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາປະສົມປະສານການບໍລິການ Medicare ແລະ Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] ແລະ ທ່ານໝໍ, ໂຮງໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານ.

### ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ <ໄດ້ປະຕິເສດ *or* ປະຕິເສດບາງສ່ວນ *or* ຫຼຸດລົງ *or* ຢຸດຕິ *or* ລະງັບ *or* ປ່ຽນແປງ> [*Insert if applicable*: ການຈ່າຍເງິນສຳລັບ] <ການບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການ *or* ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid> ຕາມລາຍການຂ້າງລຸ່ມນີ້:

[*Insert description of medical service/item or Part B drug or Medicaid drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)*]

*[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability*: **ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ, ທ່ານຈະ ບໍ່ຖືກຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ເປັນໜີ້ໃດໜຶ່ງສໍາລັບ** *[insert as applicable:* **ນີ້ ການບໍລິການທາງການແພດ/
ລາຍການ** *or* **ພາກ B ຢາ** *or* **ຢາ Medicaid***]****.****]*

ແຜນການຂອງພວກເຮົາ ໄດ້ເຮັດການຕັດສິນແນວນີ້ ເພາະວ່າ [*Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information*].

[*Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service/ item or Medicare Part B drug or Medicaid drug the individual has already been receiving:* **ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ** <**ຫຼຸດ** *or* **ຢຸດຕິ** *or* **ລະງັບ**> **ການ** *<***ບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການຂອງທ່ານ** *or* **ພາກ B ຢາ** *or* **ຢາ Medicaid***>* ກ່ຽວກັບ *<***effective date** *>* ເບີ່ງ "ວິທີການຮັບ <ບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການຂອງທ່ານ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid> ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ" ສ່ວນທ້າຍຂອງໜັງສືສະບັບນີ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮັບ <ບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການຂອງທ່ານ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid> ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ
ຂອງທ່ານ.*]*

## ທ່ານມີສິດອຸທອນການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ

ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນຕໍ່ການຕັດສິນແຜນການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ແບ່ງປັນຈົດໝາຍສະບັບນີ້ໃຫ້ກັບ <ທ່ານໝໍ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ> ຂອງທ່ານ ແລະ ຖາມກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອຸທອນ ແລະ ແຜນປະກັນ
ຂອງພວກເຮົາປ່ຽນແປງການຕັດສິນ, ພວກເຮົາອາດຈະຈ່າຍການ <ບໍລິການ*/*ລາຍການ *or* ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid>.

ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ *<plan phone number for appeal requests*> (*TTY*: *<TTY number>*) ແລະ ຂໍສຳເນົານໍາພວ
ກເຮົາໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ໃຊ້ການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ນີ້ອາດຈະປະກອບມີບັນທຶກສຸຂະພາບ, ຂໍ້ແນະນໍາ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆ. ທ່ານຄວນສະແດງຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ <ທ່ານໝໍ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ> ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານຕັດສິນວ່າທ່ານຈະຄວນອຸທອນ ຫຼື ບໍ່.

**ທ່ານຕ້ອງອຸທອນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາພາຍໃນ** [*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]**.** ແຜນການຂອງ
ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ເວລາແກ່ທ່ານຫຼາຍຂື້ນ ຖ້າເຈົ້າມີເຫດຜົນທີ່ດີ.

## ມີສອງປະເພດຂອງການອຸທອນ

**ແຜນການຂອງພວກເຮົາມີສອງປະເພດຂອງການອຸທອນ—ການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ ແລະ ການອຸທອນໄວ.**

1. ຖ້າວ່າທ່ານຂໍຮ້ອງ **ການອຸທອນດ່ວນ**, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະແຈ້ງຜົນ ການຕັດສິນໃຈໃຫ້ທ່ານ
ຊາບພາຍໃນ [*for a Part B drug, insert:* **7 ວັນປະຕິທິນ** *or for any other medical service/item, insert:* **30 ວັນປະຕິທິນ** *or a shorter timeframe if required by the state*] **ພາຍຫຼັງຈາກທີ່ພວກ
ເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ**.
2. ຖ້າວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍ **ການອຸທອນດ່ວນ**, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະແຈ້ງຜົນ ການຕັດສິນໃຈໃຫ້ທ່ານຊາ
ບພາຍໃນ [*insert:* **72 ຊົ່ວໂມງ** *or a shorter timeframe if required by the state*] **ພາຍຫຼັງຈາກທີ່ພ
ວກເຮົາຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ**. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການອຸທອນແບບດ່ວນໄດ້ ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື <ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ> ເຊື່ອວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະ **ເປັນອັນຕະລາຍ
ຮ້າຍແຮງ** ຖ້າວ່າລໍຖ້າຈົນເຖິງ [*for a Part B drug, insert:* **7 ວັນປະຕິທິນ** *or for any other medical service/item, insert:* **30 ວັນປະຕິທິນ** *or a shorter timeframe if required by the state*] ເພື່ອການຕັດສິນໃຈ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະ **ໃຫ້ທ່ານອຸທອນຢ່າງໄວ** ໂດຍອັດຕະ ໂນມັດ ຖ້າວ່າ <**ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ** *or* **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ**> **ຮ້ອງຂໍການໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບທ່ານ** ຫຼື ຖ້າຫາກວ່າ <**ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ** *or***ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ**> **ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ**. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍການອຸ
ທອນແບບດ່ວນ ໂດຍທີ່ບໍ່ມີການສະໜັບສະໜູນຈາກ <ທ່ານໝໍ *or*ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ>, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານສາມາດ ໄດ້ຮັບການອຸທອນແບບດ່ວນຫຼືບໍ່. ຖ້າແຜນປະກັ
ນຂອງພວກເຮົາບໍ່ອະນຸມັດການອຸທອນແບບດ່ວນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ ການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂ
ອງທ່ານພາຍໃນ [*for a Part B drug, insert:* **7 ວັນປະຕິທິນ** *or for any other medical service/item, insert:* **30 ວັນປະຕິທິນ** *or a shorter timeframe if required by the state*].

[*Delete if the letter is for a denial of a Part B drug or if the state does not allow extensions:* ສຳລັບການ
ຍື່ນອຸທອນແບບມາດຕະຖານ ແລະ ໄວ, ການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາອາດໃຊ້ເວລາດົນກວ່ານັ້ນ ຖ້າທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກທ່ານ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍຫາທ່ານ ແລະ ບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຍ້ອນຫຍັງ.]

## ວິທີການອຸທອນ

ທ່ານ, ຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ສະເໜີຊື່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນການເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເພື່ອດໍາເນີນການແທນທ່ານ (ເຊັ່ນ: ຍາດພີ່ນ້ອງ, ໝູ່ເພື່ອນ, ຫຼື ທະນາຍຄວາມ), ຫຼື <ທ່ານໝໍ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ> ຂອງທ່ານສາມາດ
ອຸທອນໄດ້. ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ກັບແຜນການຂອງພວກເຮົາເພື່ອຍື່ນອຸທອນໃນວິທີໃດນຶ່ງເຫຼົ່ານີ້:

* **ໂທລະສັບ:** ໂທຫາ *<plan phone number for appeal requests>* (TTY: *<TTY number>*)
* **ແຟັກ:** ສົ່ງແຟັກຫາ *<plan fax number for appeal requests>*
* **ທາງໄປສະນີ:** ສົ່ງອີເມວໄປທີ່ *<plan mailing address for appeal requests>*
* [*Insert if appropriate:* **ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ:** ຈັດສົ່ງໄປທີ່ *<plan in-person delivery address>]*

ຖ້າທ່ານຍື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ໃຫ້ເກັບຮັກສາສໍາເນົາໄວ້. ຖ້າທ່ານໂທຫາ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍທີ່ບອກ
ສິ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ລົມພວກເຮົາທາງໂທລະສັບ.

ເມື່ອທ່ານຍື່ນອຸທອນ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ແຜນການຂອງພວກເຮົາ:

* ຊື່ຂອງທ່ານ
* ທີ່ຢູ່ຂອງທ່ານ ຫຼື ທີ່ຢູ່ທີ່ພວກເຮົາຄວນສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. (ຖ້າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້.)
* ໝາຍເລກສະມາຊິກຂອງທ່ານທີ່ຕິດພັນກັບແຜນການຂອງພວກເຮົາ
* ເຫດຜົນທີ່ທ່ານຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ
* ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍຶ່ນອຸທອນມາດຕະຖານ ຫຼື ອຸທອນໄວ. (ສຳລັບການອຸທອນໄວ, ບອກພວກເຮົາວ່າເປັນຫຍັງ
ທ່ານຕ້ອງການອັນໜຶ່ງ.)
* ສິ່ງໃດກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາພິຈາລະນາ ນັ້ນສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ດ້ວຍເຫດໃດທ່
ານຈຶ່ງຕ້ອງການ <ບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການ *or* ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid>. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານສາມາດສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາ:
	+ ບັນທຶກທາງການແພດຈາກ <ທ່ານໝໍ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ>,
	+ ຈົດໝາຍຈາກ <ທ່ານໝໍ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ> (ເຊັ່ນ: ຖະແຫຼງການຈາກ <ທ່ານໝໍ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ> ຂອງທ່ານ ເປັນຫຍັງທ່ານຕ້ອງການອຸທອນໄວ), ຫຼື
	+ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ບອກວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຕ້ອງການ <ການບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການ *or* ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid>

ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການອຸທອນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພາກສ່ວນບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ທີ່ *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*). ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດເບີ່ງຂໍ້ມູ
ນເພີ່ມເຕີມໄດ້ໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*], [*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable]. ສຳເນົາສະບັບລ້າສຸດ [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*] ແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາຢູ່ສະເໝີ *<web address>* ຫຼື ໂດຍການໂທຫາແຜນການຂອງພວກເຮົາ.

## *[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug that has not been received by the enrollee under a previous authorization of the medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug:* ວິທີການຮັບ <ບໍລິການທາງການແພດ*/*ລາຍການຂອງທ່ານ *or* ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid> ໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ

ຖ້າວ່າທ່ານໄດ້ຮັບ <ບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການເປັນທີ່ຮຽບຮ້ອຍ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid > ແມ່ນໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໜ້າທໍາອິດຂອງໜັງສືສະບັບນີ້, ທ່ານສາ ມາດຮ້ອງຂໍຮັບຢາຕໍ່ໄປໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.

* **ທ່ານຕ້ອງອຸທອນ ແລະ ຮ້ອງຂໍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຮັບ** <**ບໍລິການທາງການແພດ*/*ລາຍການຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ** *or* **Medicare ພາກ B ຢາ** *or* **ຢາ Medicaid**> **ພາຍໃນ** [*Insert continuation of benefits request filing date in month, date, year format. Date will be the later of the following: (1) 15 calendar days from date of letter or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text*].
* ເບິ່ງພາກ "ວິທີການອຸທອນ" ກ່ອນໜ້ານີ້ໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຕິດຕໍ່ກັບແຜນການຂ
ອງພວກເຮົາ.
* ຖ້າວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອສືບຕໍ່ <ບໍລິການທາງການແພດ*/*ລາຍການຂອງທ່ານ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid > ພາຍໃນ [*Insert continuation of benefits request filing date*], <ບໍລິການທາງການແພດ*/* ລາຍການຂອງທ່ານ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid> ຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ.
* ຖ້າວ່າ <ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ> ກໍາລັງຍື່ນອຸທອນສໍາລັບທ່ານ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຮັບ <ບໍລິການທາງການແພດ*/*ລາຍການຂອງທ່ານ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid>, ຈາກນັ້ນ <ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ *or* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ> ຈະຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານ.

## ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ

ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຍື່ນອຸທອນແລ້ວ, ແຜນການຂອງພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍຕັດສິນການອຸທອນໃຫ້ທ່ານເພື່ອບອກທ່າ
ນວ່າພວກເຮົາອະນຸມັດ ຫຼື ປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າວ່າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງຄົງປະຕິເສດ [*Insert if applicable*: ການຊໍາລະເງິນສໍາລັບ] <ບໍລິການທາງການແພດ/ລາຍການ *or* Medicare ພາກ B ຢາ *or* ຢາ Medicaid> ທີ່ສະແດງຢູ່ໜ້າທໍາອິດຂອງໜັງສືຕັດສິນໃຈທີ່ຄອບຄຸມມນີ້, ໜັງສືຕັດສິນໃຈການອຸທອນຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່າ
ນຊາບວ່າຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ ເຊັ່ນ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນ Medicare ລະດັບ 2 ຫຼື ວິທີການສອບຖາມ *<state name>* ສໍາລັບການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ [*Insert if appropriate:* ( ນອກຈາກນີ້ໂທໄດ້ທີ່ *<state-specific term for Fair Hearing>*)].

## ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດໃຫ້ຄົນມາຂໍອຸທອນແທນທ່ານ ແລະ ເຮັດໜ້າທີ່ແທນທ່ານໄດ້. ກ່ອນອື່ນໝົດທ່ານຕ້ອງໄດ້ສະເໜີຊື່ພວກ
ເຂົາເປັນ "ຕົວແທນ" ຂອງທ່ານໂດຍປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານສາມາດເປັນພີ່ນ້ອງ, ເພື່ອນ, ທະນາຍຄວາມ, ທ່ານໝໍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ຫຼື ຄົນອື່ນທີ່ທ່ານໄວ້ວາງໃຈ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງມາຂໍອຸທອນໃຫ້ທ່ານ:

* ໂທຫາແຜນການຂອງພວກເຮົາທີ່ *<plan phone number for representative requests>* (TTY: *<TTY number>*) ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີສະເໜີຊື່ ບຸກຄົນນັ້ນເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ. ຫຼື, ທ່ານສາມາດໄປເບີ່ງໄດ້ທີ່ [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](http://Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). [*Plans may replace with a plan-specific web address that explains how members can appoint a representative.*]
* ທ່ານ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານຕ້ອງລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ຄໍາຖະແຫຼງດັ່ງກ່າວນີ້ ແລະ ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່າ
ນຕ້ອງການ.
* ສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ແຟັກຄຳຖະແຫຼງທີ່ລົງນາມແລ້ວມາຫາພວກເຮົາທີ່:

*<plan address for representative requests>*

*<plan fax number for representative requests>*

* ຮັກສາສໍາເນົາ.

## ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

* **<Plan name> ການບໍລິການສະມາຊິກ:** ໂທຫາ *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*), *<days and hours of operation>*. ທ່ານຍັງສາມາດໄປຢ້ຽມຢາມ *<plan website>.*
* [*If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here:* **ຜູ້ກວດສອບອິດສະຫຼະ**: ຜູ້ກວດສອບອິດສະຫຼ
ະສາມາດຕອບຄໍາຖາມໄດ້ ຖ້າຫາກວ່າ ທ່ານມີບັນຫາກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ນອກຈາກນີ້ ພວກເຮົາຍັງຈ
ະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າຕ້ອງເຮັດຫຍັງຕໍ່ໄປ. ພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ເຊື່ອມໂຍງກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ກັບບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ. ການບໍລິການຂອງພວກເຂົາແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.]

**ສໍາລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

**ສິດທິຄວາມພິການຂອງ Wisconsin**

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

[www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program](http://www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program/)

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care (ສະພາຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ການດູແລໄລຍະຍາວ)**

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY: 711

<https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx>

* **Aging and Disability Resource Center (ສູນຊັບພະຍາກອນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ຄວາມພິການ) (ADRC):** ເຂົ້າເບີ່ງ [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer) ເພື່ອຊອກຫາ ADRC ທີ່ໃກ້ບ້ານທ່ານທີ່ສຸດ.
* **Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສຸຂະພາບ
ຂອງລັດ Wisconsin) (SHIP)**: ໂທຫາ 800-242-1060 (TTY: 711). ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາສາຍດ່ວນການ
ຊ່ວຍເຫຼືອ Medigap ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນບັນຫາ Medicare, ລວມທັງວິທີການຮ້ອງຂໍການອຸທອນ. ສາຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ Medigap ບໍ່ໄດ້ເຊື່ອມຕໍ່ກັບບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນສຸຂະພາບໃດໆ. ການບໍລິການຂອງ
ພວກເຂົາແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. <https://longtermcare.wi.gov/Pages/Medigap.aspx>
* **Medicare:** ໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 1-877-486-2048). ຫຼື, ເຂົ້າເບິ່ງ [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
* **ສູນສິດທິ Medicare:** ໂທຫາເບີໂທ 1-800-333-4114, ຫຼື ເຂົ້າເບີ່ງ [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/).
* **ຜູ້ເບິ່ງແຍງຜູ້ສູງອາຍຸ**: ໂທຫາ 1-800-677-1116, ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) ເພື່ອຊອກຫາການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ.
* ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ

**ສໍາລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:** ໂທຫາສາຍດ່ວນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຜົນປະໂຫຍດດ້ານຢາຄົນພິການໄດ້ທີ່ເບີ 800-926-4862.

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:** ໂທຫາພາກສ່ວນ D ແລະ ສາຍດ່ວນຊ່ວຍເຫຼືອຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ເບີ 855-677-2783.

* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information*.]

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເອກະສານນີ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນ [*Insert, as appropriate*: *<*non-English language(s)> or] ຮູບແບບອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນ, ຫຼື ເປັນສຽງ. ໂທຫາ *<toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>*. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ Medicare ໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖີງໄດ້ ເຊັ່ນ ຕົວພິມຂະໜາດ ໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນນູນ ຫຼື ໃນຮູບແບບສຽງ. ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງມີສິດຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ ຖ້າຫາກທ່ານຮູ້ສຶກວ່າ ທ່ານຖືກເລືອກປະຕິບັດ. ເຂົ້າເບີ່ງ [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), ຫຼື ໂທຫາທີ່ເບີໂທລະສັບ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາໄດ້ທີ່ເບີໂທລະສັບ 1-877-486-2048.

*[Insert appropriate language taglines from* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx*](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx)*]*