ສິ່ງສຳຄັນ: ແຈ້ງການນີ້ອະທິບາຍສິດຂອງທ່ານເພື່ອອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ອ່ານ ແຈ້ງການນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ທ່ານສາມາດໂທຫາໜຶ່ງໃນເບີທີ່ ມີຢູ່ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຢູ່ກ້ອງ “ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ” ໄດ້.

ແຈ້ງການປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດ

(Notice of Denial of Medical Coverage)

{Replace *Denial of Medical Coverage* with *ການປະຕິເສດການຊຳລະເງິນ*, if applicable}

|  |  |
| --- | --- |
| **ວັນທີ:** Date Denial Mailed | **ID ສະມາຊິກ ຫຼື ໝາຍເລກ MCI:** Enter Number |
| **ເລື່ອງການບໍລິການທີ່ແຈ້ງການ:** Insert Service in Question  **ວັນທີມີຜົນນຳໃຊ້ການດຳເນີນການທີ່ກຳນົດໄວ້:** Enter Date | **ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ:** Click here to enter text.  **ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: (optional)** Enter Provider Name |

**ຊື່:**  Enter Name

**ທີ່ຢູ່:** Enter Street Address

Enter City, State, and Zip Code

**Choose an item ຂອງທ່ານແມ່ນ Insert appropriate term**

ພວກເຮົາມີ Insert appropriate term Insert appropriate term ຕາມລາຍການຢູ່ລຸ່ມນີ້:

Insert service/item/drug in question

**ເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈິ່ງ Choose an item Choose an item ຂອງທ່ານ?**

ພວກເຮົາ Insert appropriate term Insert appropriate term ທີ່ມີລາຍການຢູ່ຂ້າງເທິງເພາະວ່າ:

Click here to enter text, include rationale and alternatives

ທ່ານຄວນຈະເອົາສຳເນົາຄຳຕັດສິນນີ້ໃຫ້ກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ເພື່ອທີ່ທ່ານ ແລະ ທ່ານໝໍຂອງທ່ານຈະສາມາດ ປຶກສາຫາລືຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ. ຖ້າທ່ານໝໍຂອງທ່ານໄດ້ສະເໜີຂໍການຄຸ້ມຄອງໃນນາມຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງ ສຳເນົາຄຳຕັດສິນນີ້ໃຫ້ກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານແລ້ວ.

**ທ່ານມີສິດອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ**

ທ່ານມີສິດຂໍໃຫ້ Plan Name ທົບທວນຄືນເບິ່ງຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໂດຍຖາມພວກເຮົາສຳລັບການອຸທອນ ໄດ້**.** ຖ້າທ່ານກຳລັງພິຈາລະນາທີ່ຈະອຸທອນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້.

**ການອຸທອນແຜນປະກັນ:** ໃຫ້ຖາມ Plan Name ສຳລັບການອຸທອນພາຍໃນ **60 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ນັບຈາກ ວັນທີຂອງແຈ້ງການນີ້. ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ເວລາທ່ານເພີ່ມຕື່ມໄດ້ ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ບໍ່ເຮັດຕາມກຳນົດ ເວລາໄດ້. ໃຫ້ເບິ່ງຂໍ້ທີ່ມີຊື່ວ່າ: “ວິທີຂໍອຸທອນກັບ Plan Name” ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຂໍອຸທອນລະດັບແຜນປະ ກັນ.

**ວິທີຮັກສາການບໍລິການ Medicaid ຂອງທ່ານໃຫ້ສືບຕໍ່ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາທົບທວນເບິ່ງຄະດີ ຂອງທ່ານຄືນ**

ຖ້າທ່ານຂໍການອຸທອນກ່ອນ Enter effective date of intended action , ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ການບໍລິການ Medicaid ຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ຫຼຸດລົງ ຫຼື ສິ້ນສຸດຈົນກວ່າ Plan Name ເຮັດຄຳຕັດສິນ. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການພິເສດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ Plan Name ເຮັດການຕັດສິນ ຖ້າທ່ານເສຍການອຸທອນຂອງທ່ານ. ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າມັນຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານມີພາລະທາງດ້ານການເງິນຫຼາຍ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່ານີ້ຄືນ.

**ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ອື່ນເຮັດແທນທ່ານ**

ທ່ານສາມາດໃສ່ຊື່ພີ່ນ້ອງ, ໝູ່, ທະນາຍຄວາມ, ທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ອື່ນເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ອື່ນເຮັດແທນທ່ານ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່: Click here to enter phone number(s) ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີໃສ່ຊື່ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ. TTY ຜູ້ໃຊ້ໂທ Click here to enter TTY number. ທັງທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເຮັດແທນທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ຄຳຖະແຫຼງຢືນຢັນວ່າ ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ສົ່ງອີເມວ ຫຼື ແຟັກຄຳຖະແຫຼງນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາ. ເກັບສຳເນົາສະບັບໜຶ່ງໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.

**ສຳເນົາແຟ້ມຄະດີຂອງທ່ານ**

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສຳເນົາຂໍ້ມູນຢູ່ໃນແຟ້ມຄະດີຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຕັດສິນນີ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ຂໍ້ມູນໝາຍເຖິງເອກະສານ, ບັນທຶກທາງການແພດ ແລະ ເນື້ອຫາກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆທັງໝົດກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຕັດສິນ ລວມທັງຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມເຕີມໃດໜຶ່ງທີ່ Plan Name ເກັບເອົາໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ. ເພື່ອຂໍສຳເນົາແຟ້ມຄະດີຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ Enter Contact Name ທີ່ Phone Number.

**ຂໍ້ມູນສຳຄັນກ່ຽວກັບສິດການອຸທອນຂອງທ່ານ**

**ມີການອຸທອນ 2 ປະເພດກັບ Plan Name**

**ການອຸທອນມາດຕະຖານ –** ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຕາມການອຸທອນມາດຕະຖານແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບ Insert appropriate term ພາຍໃນ Insert appropriate term ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ. ສຳລັບຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການຕ່າງໆ, ຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາອາດຈະແກ່ຍາວດົນຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ມີການຕໍ່ເວລາ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄະດີຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າພວກເຮົາຈະໃຊ້ເວລາເພີ່ມ ແລະ ຈະອະທິບາຍວ່າ ເປັນຫຍັງຈິ່ງຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ມີເວລາເພີ່ມ. (ການຕໍ່ເວລາແມ່ນບໍ່ມີໃຫ້ເຮັດໄດ້ສຳລັບຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບຢາ Medicare Part B). ຖ້າການອຸທອນຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບການຊຳລະເງິນຄ່າ Insert appropriate term ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະອອກຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ **60 ວັນຕາມປະຕິທິນ**.

**ການອຸທອນດ່ວນ** – ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕັດສິນຕາມການອຸທອນດ່ວນແກ່ທ່ານພາຍໃນ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍການອຸທອນດ່ວນໄດ້ ຖ້າທ່ານ ຫຼື ທ່ານໝໍຂອງທ່ານເຊື່ອວ່າ ສຸຂະພາບຂອງທ່ານສາມາດທີ່ຈະເປັນອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງໃນການລໍຖ້າ ໃຫ້ມີຄຳຕັດສິນເຖິງ Insert appropriate term. ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການອຸທອນແບບເລັ່ງລັດໄດ້ ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍໃຫ້ທ່ານຄືນສຳລັບ Insert appropriate term ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ.

**ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການອຸທອນດ່ວນແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ ຖ້າທ່ານໝໍຂອງທ່ານຂໍການອຸທອນດ່ວນໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ຖ້າທ່ານໝໍຂອງທ່ານສະໜັບສະໜູນຄຳສະເໜີຂອງທ່ານ.** ຖ້າທ່ານຂໍການອຸທອນດ່ວນໂດຍບໍ່ມີການສະໜັບສະໜູນຈາກທ່ານໝໍ, ພວກເຮົາຈະຕັດສິນວ່າ ໃບສະເໜີຂອງ ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງເປັນການອຸທອນດ່ວນບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ການອຸທອນດ່ວນແກ່ທ່ານ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳ ຕັດສິນແກ່ທ່ານພາຍໃນ Insert appropriate term.

**ວິທີຂໍການອຸທອນກັບ Plan Name**

**ຂັ້ນຕອນທີ 1:** ທ່ານ, ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ, ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດການ ອຸທອນ. ໂທຫາ specialist phone number ເພື່ອຂໍໃຫ້ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກຊ່ວຍທ່ານຍື່ນຄຳອຸທອນ. ທ່ານຍັງສາມາດເລີ່ມຕົ້ນຂະບວນການໄດ້ໂດຍການສົ່ງໃບສະເໜີ ຫຼື ໜັງສືເຂົ້າມາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາແບບຟອມໃບສະເໜີໄດ້ຈາກ Plan Name ຫຼື ໜຶ່ງໃນອົງການ ombudsman ເອກະລາດທີ່ມີບັນຊີລາຍຊື່ຢູ່ທ້າຍເອກະສານນີ້. ຫຼື ທ່ານສາມາດເຂົ້າໄປອອນລາຍ ແລະ ເອົາແບບຟອມໄດ້ທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm).

ໃບສະເໜີຂອງທ່ານຕ້ອງມີ:

* ຊື່ຂອງທ່ານ
* ທີ່​ຢູ່
* ເລກສະມາຊິກ
* ເຫດຜົນສຳລັບການອຸທອນ
* ບໍ່ວ່າທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນມາດຕະຖານ ຫຼື ການອຸທອນໄວ (ສຳລັບການອຸທອນໄວ, ໃຫ້ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈິ່ງຕ້ອງການອັນນີ້).
* ຫຼັກຖານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນຄືນເຊັ່ນ: ບັນທຶກທາງການແພດ, ໜັງສືຂອງທ່ານໝໍ (ເຊັ່ນ: ຄຳຢັ້ງຢືນສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານໝໍ ຖ້າທ່ານຂໍການອຸທອນດ່ວນ) ຫຼື ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ອະທິບາຍວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈິ່ງຕ້ອງການ Insert appropriate term. ໃຫ້ໂທຫາທ່ານໝໍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນນີ້.

ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍການອຸທອນ ແລະ ພາດກຳນົດເວລາໄປ, ທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ມີການຕໍ່ເວລາ ແລະ ຄວນບອກເຫດຜົນຂອງທ່ານທີ່ເຮັດຊັກຊ້າ.

ພວກເຮົາແນະນຳໃຫ້ຮັກສາສຳເນົາຂອງທຸກຢ່າງທີ່ທ່ານສົ່ງໃຫ້ກັບພວກເຮົາໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.

**ຂັ້ນຕອນທີ 2:** ສົ່ງໜັງສືອຸທອນຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ດ້ວຍຕົວເອງ. ຫຼື ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີຢູ່ ລຸ່ມນີ້.

**ສຳລັບການອຸທອນມາດຕະຖານ:** ທີ່ຢູ່: Click here to enter text.

ໂທລະສັບ: Click here to enter phone number

ແຟັກ: Click here to enter fax.

ອີ​ເມວ: Click here to enter email.

ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ:

ຖ້າທ່ານຂໍການອຸທອນມາດຕະຖານໂດຍທາງໂທລະສັບ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງໜັງສືຢືນຢັນສິ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ບອກ ກັບພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານ.

**ສຳລັບການອຸທອນດ່ວນ:** ໂທລະສັບ: Click here to enter phone number.

ແຟັກ: Click here to enter fax number.

ອີ​ເມວ: Click here to enter email.

**ຕໍ່ໄປຈະເກີດອັນໃດຂຶ້ນ?**

ຖ້າທ່ານຂໍອຸທອນ ແລະ ພວກເຮົາສືບຕໍ່ຄຳສະເໜີຂໍຂອງທ່ານສຳລັບ insert "ການ​ຊຳ​ລະ​ເງິນ​ຂອງ (payment of)" if applicable. ການບໍລິການ Medicare, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານ ແລະ ສົ່ງຄະດີຂອງທ່ານໄປໃຫ້ຜູ້ທົບທວນເອກະລາດໂດຍອັດຕະໂນມັດ. **ຖ້າຜູ້ທົບທວນເອກະລາດປະຕິເສດຄຳສະເໜີຂອງທ່ານ, ຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຈະອະທິບາຍໃຫ້ຮູ້ວ່າ ທ່ານມີສິດອຸທອນເພີ່ມຕື່ມອີກບໍ່.**

ຖ້າທ່ານກຳລັງອຸທອນການບໍລິການ Medicaid ຫຼື Medicare ທີ່​ບໍ່​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ສົ່ງຄະດີຂອງ ທ່ານໄປໃຫ້ຜູ້ທົບທວນເອກະລາດ. ທ່ານສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດແທນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳຄຳ ຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ.

|  |
| --- |
| ວິທີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດ ກ່ຽວ​ກັບ Medicaid  ຖ້າ Plan Name ປະຕິເສດຄຳສະເໜີຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດດຳເນີນຂັ້ນຕອນຢູ່ລຸ່ມນີ້ເພື່ອ ຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້.  ຂັ້ນຕອນທີ 1: ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານຕ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດເປັນລາຍລັກອັກ ສອນພາຍໃນ 90 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີຂອງແຈ້ງການທີ່ປະຕິເສດຄຳສະເໜີຂໍອຸທອນຂອງ ທ່ານ.  ໃບສະເໜີເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານຕ້ອງມີ:   * ຊື່ຂອງທ່ານ * ທີ່​ຢູ່ * ເລກສະມາຊິກ * ເຫດຜົນສຳລັບການຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ * ຫຼັກຖານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນຄືນເຊັ່ນ: ບັນທຶກທາງການແພດ, ໜັງສືຂອງ ທ່ານໝໍ ຫຼື ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ອະທິບາຍວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈິ່ງຕ້ອງການອຸປະກອນ ຫຼື ການບໍລິການ. ໃຫ້ໂທຫາທ່ານໝໍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນນີ້.   **ຂັ້ນຕອນທີ 2:** ສົ່ງຄຳສະເໜີຂອງທ່ານຫາ:  Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  ແຟັກ: 608-264-9885  (If not applicable, delete entire sentence) ສຳເນົາແຈ້ງການນີ້ແມ່ນໄດ້ສົ່ງໄປຫາ: |

**ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ**

* Plan Name

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: Click here to enter toll free phone number

TTY ຜູ້ໃຊ້ໂທ: Click here to enter TTY phone number

ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ: 1-877-486-2048
* Medicare Rights Center: 1-888-HMO-9050
* Elder Care Locator: 1-800-677-1116 ຫຼື [www.eldercare.acl.gov](https://eldercare.acl.gov/) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ.
* ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ Plan Name ສາມາດແຈ້ງສິດຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ານຮູ້, ພະຍາຍາມແກ້ຂໍ້ຂ້ອງໃຈ ຂອງທ່ານບໍ່ເປັນທາງການ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານໃນການຍື່ນອຸທອນ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານສິດທິສະມາຊິກ**ບໍ່ສາມາດ**ເປັນຕົວແທນທ່ານຢູ່ໃນການປະຊຸມກັບຄະນະກຳມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນ Plan Name ຫຼື ຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງລັດໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ກັບ ຊ່ຽວຊານດ້ານສິດ ທິຂອງສະມາຊິກ Plan Name, ໂທ specialist phone number .
* ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ PACE ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ເສຍຄ່າຈາກ ombudsman ເອກະລາດ. ອົງການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກ PACE:

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 18 ຫາ 59 ປີ:**

**Disability Rights Wisconsin**

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-928-8778

TTY: 711

**ສຳລັບສະມາຊິກອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ:**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care**

ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ: 800-815-0015

TTY: 711

May insert instructions for how enrollees can receive this notice in an alternate language or format from the plan.

**ຄຳຖະແຫຼງການເປີດເຜີ PRA** ອີງຕາມ Paperwork Reduction Act ປີ 1995, ບໍ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຜູ້ໃດຕອບຮັບຕໍ່ການເກັບເອົາຂໍ້ມູນ ນອກຈາກວ່າມັນສະແດງ OMB control number ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້. OMB control number ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້ສຳລັບການເກັບເອົານີ້ແມ່ນ 0938-0829. ເວລາທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ດຳເນີນການເກັບເອົາຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ສຳເລັດແມ່ນສະເລ່ຍໂດຍປະມານ 10 ນາທີຕໍ່ຄຳຕອບ, ລວມທັງເວລາອ່ານເບິ່ງຄຳແນະນຳ, ຊອກຫາແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ ແລະ ເກັບເອົາຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ປະກອບ ແລະ ທົບທວນເບິ່ງການເກັບເອົາຂໍ້ມູນ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຄິດເຫັນກ່ຽວກັບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງການປະມານເວລາ ຫຼື ຄຳແນະນຳສຳລັບການປັບປຸງແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາຂຽນໄປຫາ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດຢູ່ໃນບັນດາໂຄງການ ແລະ ກິດຈະກຳຂອງຕົນເອງ. ເພື່ອຂໍເອົາເອກະສານຕີພິມນີ້ຢູ່ໃນຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-MEDICARE ຫຼື ອີເມວ: AltFormatRequest@cms.hhs.gov