



3 West Road | Virks Building | Cranston, RI 02920

**ການຮ້ອງຂໍເບີກເງິນຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ກ່ຽວຂ້ອງກັບ
ການຄືນເງິນຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicaid**

ກະລຸນາພິມຢ່າງຈະແຈ້ງ ແລະ ອ່ານງ່າຍ.

ຊື່: _____ ວັນທີ: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ລະຫັດປະກັນສຸຂະພາບ Medicaid: _____ ລະຫັດປະກັນສຸຂະພາບ Medicare: _____

ທີ່ຢູ່: _____ ເມືອງ: _____ ລັດ: _____

ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ບັນຊີລາຍຊື່ຂອງໃບບິນຄ່າເກັບເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບການທີ່ທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍການຄືນເງິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ:

ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ	ຊື່ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການ/ຮ້ານຂາຍຢາ	ຖືກ ຍື່ນໃຫ້ກັບ Medicare (ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ)	ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍ

ໝາຍເຫດສໍາຄັນ:

- ຖ້າຫາກ ທ່ານມີຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຫຼາຍກວ່າທີ່ກ່າວຂ້າງຕົ້ນ, ໃຫ້ແນບເອກະສານແຍກຕ່າງຫາກ.
- ທ່ານຕ້ອງມີໃບຮັບເງິນສໍາລັບສິ່ງໃດແດ່ທີ່ທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍເງິນຄືນ.
 - ຖ້າຫາກ ທ່ານບໍ່ມີໃບຮັບເງິນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ສະຖານໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານເພື່ອຂໍສໍາເນົາໜຶ່ງ.
- ຢ່າສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບໃດໆ ເນື່ອງຈາກວ່າຈະບໍ່ຖືກສົ່ງຄືນໃຫ້ທ່ານ.
- ເນື່ອງຈາກ Medicare ແມ່ນການປະກັນໄພຫຼັກຂອງທ່ານ, ການຮຽກຮ້ອງຕ້ອງຖືກສົ່ງ ແລະ ດໍາເນີນການໂດຍ Medicare ກ່ອນ.
 - ສິ່ງຄໍາອະທິບາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຈາກການປະກັນໄພ Medicare ຂອງທ່ານພ້ອມກັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
- ຄາດວ່າຈະໃຊ້ເວລາ 8-10 ອາທິດສໍາລັບການດໍາເນີນການ.
- ຕົ້ນຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ ແລະ ສົ່ງພ້ອມກັບເອກະສານທັງໝົດໄປທີ່:

RI Executive Office of Health and Human Services
3 West Rd.
Virks Building, Room 340
Cranston, RI 02920



ວິທີເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ

ໄປທາງອອນລາຍ: <https://healthyrhode.ri.gov>

ຫາກມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ລາຄາຖືກ, ໂທຫາ HealthSource RI ທີ່ 1-855-840-4774

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ລາຄາບໍ່ແພງ ຫຼື ໂຄງການບໍລິການມະນຸດ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກບໍລິການມະນຸດ ທີ່ເບີ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Medicaid ຂອງທ່ານ

ສະບາຍດີ  ທີ່ຮັກແພງ

ນີ້ ແມ່ນ ຈົດໝາຍ ຕິດຕາມຜົນ ເຖິງຈົດໝາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ກ່ຽວກັບການເພີ່ມຜູ້ (ກັບຄືນຂອງ) ຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກ ທ່ານໄດ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເບົ້າສໍາລັບໃບບິນຄ່າທາງການແພດຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງ Medicaid ແລະ ຕ້ອງ ການ ທີ່ຈະຈ່າຍຄືນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານັ້ນ, ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດມານີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ແລະ ສົ່ງຄືນໄປທີ່:

RI Executive Office of Health and Human Services
3 West Rd.
Virks Building, Room 340
Cranston, RI 02920

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທຸກຊ່ອງໃຫ້ຈະແຈ້ງ ແລະ ອ່ານອອກງ່າຍ and ແລະ ສົ່ງເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດຕາມຕາມຄວາມສະດວກໄວທີ່ສຸດ ຂອງທ່ານ. ເອກະສານຄວນ ມີ ມີຄໍາອະທິບາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ (Explanation of Benefits, EOB) ຈາກ Medicare, ເຊິ່ງດຽວກັນກັບໃບຮັບເງິນສໍາລັບການບໍລິການທັງໝົດ. ກະລຸນາຢ່າສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບຂອງທ່ານມາໃຫ້ພວກເຮົາ ເນື່ອງຈາກຈະບໍ່ຖືກ ສົ່ງກັບຄືນ. ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ຮັບ, ທິບທວນຄືນ, ແລະກໍານົດວ່າເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicaid ທີ່ເໝາະສົມ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງ ການກວດສອບການ ການຊົດເຊີຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາລໍຖ້າແປດຫາສິບອາທິດເພື່ອດໍາເນີນການ.

ຖ້າ ທ່ານ ມີ ຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ 401-462-2354. ຂອບໃຈ.



ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ. ອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ ກະຊວງກະສິກຳ ຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ງ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກທາງເພດ (ລວມເຖິງການສະແດງອອກທາງເພດ), ທັດສະນະທາງເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ສະຖານະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການແຕກແຮ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ສຳລັບກົດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນຫນ້ານີ້, ໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການທືນສະໜັບສະໜູນຈາກ USDA (ບໍ່ແມ່ນເພີ່ນຖານທັງໝົດ ນຳໃຊ້ກັບທຸກໂຄງການ). ການແຕກໄຂ ແລະ ກຳນົດເວລາໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ແຕກຕ່າງກັນຕາມໂຄງການ ຫຼື ຊຸບັດຕິເຫດ.

ຜູ້ມີຄວາມພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍານອາເມລິກາ ແລະ ອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ສູນເບົາໜາຍຂອງ USDA ທີ່ (202) 720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼື ຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການສົ່ງຕໍ່ຂອງລັດຖະບານ ກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການສາມາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນ ນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດ ຂອງໂຄງການ, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເລືອດປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA, AD-3027, ສາມາດພົບໄດ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> ແລະ ຢູ່ຫ້ອງການຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍໃນແບບຟອມ. ເພື່ອຂໍສຳເນົາແບບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ໂທ (866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມ ຫຼື ຈົດໝາຍທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ USDA ໂດຍ: (1) ທາງຈົດໝາຍ: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ແຜ່ກ: (202) 690-7442; ຫຼື (3) ອີເມວ: program.intake@usda.gov. USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ, ນາຍຈ້າງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ.

ອີງຕາມຫົວຂໍ້ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງປີ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), ມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການພົ້ນຜູ້ຂອງປີ 1973, ສະບັບບັບປຸງ (29 U.S.C. 794), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄົນພິການອາເມລິກາ ປີ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) ແລະ ຫົວຂໍ້ທີ IX ຂອງການບັບປຸງການສຶກສາຂອງປີ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງປີ 2008 (ໃນເມື່ອກ່ອນແມ່ນກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສະແຕມອາຫານ), ກົດໝາຍວ່າ ດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດຂອງປີ 1975, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດລະບຽບ (45 C.F.R. ສ່ວນທີ 80 ແລະ 84) ແລະ ກົດ. ລະບຽບການປະຕິບັດຂອງກະຊວງສຶກສາຂອງສະຫະລັດ (34 C.F.R. ສ່ວນທີ 104 ແລະ 106), ແລະ ກະຊວງກະສິກຳ, ອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງສະຫະລັດ (7 C.F.R. 272.6); ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ແລະ ພະແນກ ບໍລິການມະນຸດ (Department of Human Services, DHS), ຫ້າມເລືອກປະຕິບັດບິນເພີ່ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ງ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ອາຍຸ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປິ່ນປົວ, ໃນການສຶກສາ ແລະ ກົດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້, EOHHS ແລະ DHS ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແ ດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ, ລະບຽບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຫຼົ່ານີ້ ສຳລັບການແຕກໄຂຄຳຮ້ອງທຸ ກກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. ເພື່ອໂທໂດຍໃຊ້ Rhode Island Relay, ໃຫ້ໂທຫາ 7-1-1 ຫຼື ໂທຫາເບີໂທຟຣີໃດໜຶ່ງໃນນີ້: TTY: 1-800-745-5555, ສຽງ: 1-800-745-6575. ເຈົ້າໜ້າທີ່ຕິດຕໍ່ພົວພັນຊຸມຊົນແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃ ນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ VI, ຜູ້ບໍລິຫານຫ້ອງການບໍລິການພົ້ນຜູ້ (ORS) ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວແມ່ນຜູ້ປະສານງານໃນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຫົວຂໍ້ IX, ມາດຕາ 504 ແລະ ADA. ຜູ້ອຳນວຍການຂອງ DHS ຫຼື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງລາວມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທົ່ວໄປ ສຳລັບການປະຕິບັດຕາມສິດທິພົນລະເມືອງ ສຳລັບທຸກໂຄງການຂອ ງອົງການ. ເວຂາທິການຂອງ EOHHS ແມ່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ Medicaid ແລະ ການຮ້ອງທຸກໃດໆດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ ຕາມຄວາມເໝາະສົມ.



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jù ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ðá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

ແຈ້ງການ-ການບໍລິຫານປະຕິບັດ

ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິຫານມະນຸດ (EOHHS) ແລະ ພະແນກບໍລິຫານມະນຸດ (DHS) ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ ຫຼື ເພດໃນການຍອມຮັບ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິຫານ, ການຈ້າງງານ ຫຼື ການປົນປົວ, ໃນການສຶກສາສາຂອງຕົນ ແລະ ກິດຈະກຳໂຄງການອື່ນໆ. ພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດອື່ນໆຂອງກົດໝາຍທີ່ບັງຄັບໃຊ້, EOHHS/DHS ບໍລິຫານປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ແນວທາງ-ທາງເພດ, ຄວາມເປັນເອກະລັກຂອງເພດ ຫຼື ການສະແດງອອກ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ, ລະບົບການ ແລະ ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ຈຳແນກເຜົ່າພັນ ສຳລັບການແກ້ໄຂຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການລືອກປະຕິບັດ, ຕິດຕໍ່ຫາ DHS ທີ່ 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, ເບີໂທລະສັບ (401) 462-2971 (ສຳລັບຄົນຫຼືໜວກ/ຜູ້ມີຂໍ້ບົກພ່ອງການໄດ້ຍິນສຽງ 1-800-745-6575 ສຽງ; TTY 711).

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າເບິ່ງ <https://healthyrhode.ri.gov>

