



## Medicare မှ အရေးကြီးအမှာစကား

ဆေးရုံတက်လူနာတစ်ဦးဖြစ်သည့် သင်၏ရပိုင်ခွင့်နှင့် အခွင့်အရေးများ-

- Medicare အာမခံအကာအကွယ်ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ၎င်းတွင် ဆေးကုသမှုအတွက် လိုအပ်သည့် ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သင်ဆေးရုံမှ ဆင်းပြီးနောက်ပိုင်း သင့်ဆရာဝန်က ညွှန်ကြားပါက သင့်တွင် လိုအပ်လာနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများပါဝင်သည်။ ၎င်းဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း၊ ၎င်းတို့အတွက် မည်သို့က ပေးချေမည်၊ ၎င်းတို့ကို မည်သည့်နေရာတွင် ရယူနိုင်မည်ကို သင့်ဘက်က သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။
- သင့်ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှုနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များတွင် သင်ကိုယ်တိုင်ပါဝင်နိုင်ပါသည်။
- သင်ရရှိသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအရည်အသွေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး သင့်ဘက်က ဘဝင်မကျဖြစ်မိသည်များကို သင့်အရည်အသွေးတိုးမြှင့်ဖော်ဆောင်ရေးအဖွဲ့အစည်း (Quality Improvement Organization, QIO) သို့ တိုင်ကြားနိုင်သည်။ Livanta LLC- 1-888-524-9900 ကြေးနန်း- 711
- QIO သည် သင့်အား ဆေးရုံမှ ပေးဆင်းရန် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သုံးသပ်ရန်အတွက် Medicare က ခွင့်ပြုပေးထားသည့် သီးခြားသုံးသပ်သူဖြစ်ပါသည်။
- သင်ဆေးရုံမှ ချောချောမောမောဆင်းနိုင်ရန်နှင့် ဆေးရုံမှ ဆင်းပြီးနောက်ပိုင်း သင့်တွင် လိုအပ်လာနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် စီစဉ်ရန် ဆေးရုံနှင့်အတူ သင့်ဘက်က ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။ ဆေးရုံတက်လူနာအား ပေးအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို မလိုအပ်တော့ပါက သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံဝန်ထမ်းက သင်ဆေးရုံမှဆင်းရန် စီစဉ်ထားသည့် ရက်ကို သင့်အား အသိပေးပါမည်။
- ဆေးရုံမှဆင်းရန် ကိစ္စနှင့်စပ်လျဉ်းပြီး သင့်ဘက်က စိုးရိမ်စရာများရှိပါက သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် အခြားဆေးရုံဝန်ထမ်းဖြင့် ဆွေးနွေးပါ။

သင် ဆေးရုံမှ ဆင်းရန် ခွင့်ပြုချက်ကို သင့်ဘက်က အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့်-

- ဆေးရုံမှ ဆင်းရန် ဆုံးဖြတ်ချက်အတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သုံးသပ်မှု (အယူခံဝင်မှု) ကို အချိန်မဆိုသို့ သီးခြားလုပ်ဆောင်ပေးပါရန် သင့်ဘက်က တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ယင်းသို့တောင်းဆိုမည်ဆိုပါက အယူခံကာလတွင် (ပူးတွဲပေးချေရသည့် ငွေများနှင့် သင့်အာမခံအစီအစဉ်မစတင်မီ အကျုံးဝင်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများအတွက် သင်ပေးချေထားရသည့် ငွေများမှလွှဲ၍) သင်လက်ခံရရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးချေရန် မလိုပါ။
- အယူခံဝင်ရန် ရွေးချယ်မည်ဆိုပါက သီးခြားသုံးသပ်သူက သင့်အမြင်ကို မေးမြန်းပါလိမ့်မည်။ သုံးသပ်သူသည် သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာ အခြားအချက်အလက်များကိုလည်း စစ်ဆေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်ဘက်က မည်သည်ကိုမှ စာဖြင့် ရေးသားပြီး ပြင်ဆင်ထားရန် မလိုအပ်သော်လည်း သင်ဆန္ဒရှိမည်ဆိုပါက ကြိုတင်ပြင်ဆင်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။
- အယူခံဝင်ရန် ရွေးချယ်မည်ဆိုပါက အာမခံအကာအကွယ်ရပြီးဖြစ်သည့် ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသမှုကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန် မသင့်သည့် အကြောင်းရင်းကို အသေးစိတ်ရှင်းလင်းပြထားသည့် စာကို သုံးသပ်သူရော၊ သင်ပါ ရရှိပါမည်။ အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသည့် အဆိုပါအကြောင်းကြားစာကို အယူခံဝင်ရန် သင့်ဘက်က တောင်းဆိုပြီးနောက်မှသာ သင်လက်ခံရရှိပါမည်။
- သင်သည် ဆေးရုံမှဆင်းရန် အသင့်မဖြစ်သေးပါဟု QIO က ဆုံးဖြတ်ပါက သင့်ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျသင့်ငွေကို Medicare က ဆက်လက်ကျခံပေးပါလိမ့်မည်။
- ဆေးရုံက ဆင်းသည့် ရက်နောက်ပိုင်းတွင် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အာမခံအကာအကွယ်ကို ဆက်လက်မပေးအပ်သင့်တော့သည့် အချက်ကို QIO က လက်ခံသဘောတူမည်ဆိုပါက ၎င်း၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကို QIO က သင့်ထံသို့ အကြောင်းကြားသည့် နေ့၏ နေ့လယ်ပိုင်းမှစ၍ သင့်ဆေးရုံတက်ရောက်မှုကုန်ကျစရိတ်များကို Medicare က ရော၊ သင့် Medicare ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်က ပေးချေတော့မည်မဟုတ်ပါ။ ဝန်ဆောင်မှုများရယူခြင်းကို ၎င်းအချိန်ထက်နောက်မကျစေဘဲ ရပ်မည်ဆိုပါက ငွေရေးကြေးရေးတာဝန်ယူပေးခြင်းကို ရှောင်လွှဲနိုင်ပါသည်။
- အယူခံမဝင်ဘဲ ဆေးရုံမှဆင်းမည်ဆိုပါက ဆေးရုံဆင်းပြီးနောက်ပိုင်း သင်လက်ခံရရှိသော မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုမဆိုအတွက် သင့်ဘက်က ပေးချေရနိုင်ပါသည်။

နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် ဤအကြောင်းကြားစာ၏ စာမျက်နှာ 2 ကိုကြည့်ပါ။



Now part of **ADVOCATEHEALTH**

Burmese

**သင်ဆေးရုံမှဆင်းရန် ကိစ္စအတွက် အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုနည်း**

- အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် QIO ထံသို့ တောင်းဆိုရပါမည်။
- အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုချက်ကို သင်ဆေးရုံမှဆင်းရန် စီစဉ်ထားသည့် ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ၊ သင်ဆေးရုံမှ မထွက်ခွာမီ တတ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံးလုပ်ဆောင်ရပါမည်။
- QIO ကလည်း ၎င်း၏ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင့်ထံသို့ တတ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံးအသိပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ ယေဘုယျအားဖြင့် ၎င်းလိုအပ်သည့် အချက်အလက်အားလုံးရရှိပြီးနောက် 1 ရက်ထက်ပို၍နောက်မကျစေဘဲ အသိပေးပါမည်။
- အယူခံဝင်လိုပါက သို့မဟုတ် စုံစမ်းမေးမြန်းလိုပါက QIO သို့ ခေါ်ဆိုပါ- Livanta LLC- 1-888-524-9900 ကြေးနန်း- 711

**အယူခံဝင်ရန် သတ်မှတ်ထားသည့် နောက်ဆုံးရက်ကို ကျော်လွန်သွားပါက အယူခံဝင်ရန် အခြားအခွင့်အရေးများလည်း ရှိနိုင်လောက်ပါသည်-**

- သင့်တွင် မူလ Medicare ရှိပါက- QIO သို့ Livanta LLC မှဆက်သွယ်ပါ- 1-888-524-9900 ကြေးနန်း- 711။
- Medicare ကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်ကို ယူထားပါက သင့်အာမခံကတ်နောက်ကျောရှိ ဖုန်းနံပါတ်ဖြင့် သင့်အာမခံအစီအစဉ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

သင်သည် Medicare အချက်အလက်များကို ပုံနှိပ်စာလုံးကြီးဖြင့်ဖြစ်စေ၊ မျက်မှန်စာဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အသံဖြင့်ဖြစ်စေ သင်လက်လှမ်းမီ သိရှိနိုင်မည့် ဖော်မတ်ဖြင့် ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံသည်ဟု ခံစားရပါက တိုင်တန်းလွှာတင်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ နောက်ထပ် အချက်အလက်များအတွက် [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) သို့ သွားရောက်ပါ သို့မဟုတ် 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ကြေးနန်းအသုံးပြုသူများဖြစ်ပါက 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

**ဤအသိပေးစာကို သင်လက်ခံရရှိပြီး နားလည်သိရှိကြောင်း ဖော်ပြရန် အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါ။**

ဆေးရုံတက်လူနာတစ်ဦးအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ရပိုင်ခွင့်နှင့် အခွင့်အရေးများနှင့် ကျွန်ုပ်၏ QIO သို့ ဆက်သွယ်ခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်၏ဆေးရုံမှဆင်းရန် ကိစ္စကို အယူခံဝင်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်းကိုလည်း အသိပေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။

ရက်စွဲ (Date)      အချိန် (Time)      လူနာ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် (Signature of Patient or Legal Representative)

ပေးပို့ရမည့် နည်းလမ်း-       လူကိုယ်တိုင် (In-person)       ဖုန်း (Phone)       အီးမေးလ် (Email)       ဖက်စ် (Fax)       စာ (Letter)

**အမှုတွဲစီမံခန့်ခွဲမှု သို့မဟုတ် ခန့်အပ်ခြင်းခံထားရသူမှ ဖြည့်စွက်ရန်**  
(To be completed by Case Management or Designee)

2nd notice to patient/representative      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Date      Time      Case Manager initials

---

**အမှုတွဲစီမံခန့်ခွဲမှုအဖွဲ့ နှင့် လူနာတို့မှ ဖြည့်စွက်ရန် (ဖြစ်နိုင်ပါက)**  
(To be completed by Case Management and Patient (if applicable))

လဆေးရုံဆင်းရန် ကိစ္စကို 4 နာရီကြိုတင်၍ အကြောင်းကြားရန် လိုအပ်ချက်အား လူနာဘက်က စွန့်လွှတ်ပါသည်  
(Patient waives 4-hour discharge notice requirement)

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
လူနာ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်  
(Signature of Patient or Legal Representative)



Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Interpreter Name: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1019. The time required to complete this information collection is estimated to average 15 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

