

## **Yêu cầu Kháng nghị Có hiệu lực trở về trước dành cho Bảo hiểm Medicare Phần A**

Nếu quý vị là bệnh nhân Medicare đã nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú, và bệnh viện đã thay đổi trạng thái của quý vị thành bệnh nhân ngoại trú nhận “dịch vụ theo dõi” không được Medicare Phần A đài thọ, thì quý vị có thể kháng nghị. Nếu hội đủ điều kiện, quý vị có thể kháng nghị cho các lần nằm viện từ sau ngày 1 Tháng Một, 2009.

Nếu quyết định kháng nghị có lợi cho quý vị, thì Medicare Phần A có thể đài thọ cho dịch vụ tại bệnh viện và/hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà quý vị đã nhận. Quý vị cũng có thể có quyền được bồi hoàn số tiền mà quý vị hoặc thành viên trong gia đình đã chi trả cho các dịch vụ bị từ chối. Chúng tôi cần nhận được yêu cầu kháng nghị của quý vị trước ngày 2 Tháng Một, 2026.

### **Trả lời 4 câu hỏi về lần nằm viện của quý vị để giúp quyết định xem quý vị có đủ điều kiện thực hiện kháng nghị hay không:**

1. Quý vị có nhập viện với tư cách là bệnh nhân nội trú trong hoặc sau ngày **1 Tháng Một, 2009** hay không, và bệnh viện có thay đổi trạng thái của quý vị thành bệnh nhân ngoại trú trong thời gian quý vị nằm viện hay không? ..... ☐ Có ☐ Không
2. Quý vị có nhận dịch vụ theo dõi trong bệnh viện **sau khi** bệnh viện thay đổi trạng thái của quý vị thành bệnh nhân ngoại trú hay không? ..... ☐ Có ☐ Không
3. Quý vị có nhận được Thông báo Tóm tắt Medicare (MSN) dành cho các dịch vụ ngoại trú trong lần quý vị nằm viện **HOẶC** Thông báo Theo dõi Ngoại trú Medicare (MOON) cho các dịch vụ theo dõi trong thời gian quý vị nằm viện hay không? ..... ☐ Có ☐ Không
4. Đây có phải là **lần đầu tiên quý vị kháng nghị** với Medicare để đài thọ dịch vụ liên quan đến lần nằm viện này hay không **HOẶC** nếu quý vị đã kháng nghị, thì quý vị có nhận được quyết định SAU ngày 4 Tháng Chín, 2011 hay không ..... ☐ Có ☐ Không

**Nếu quý vị trả lời CÓ cho toàn bộ 4 câu hỏi bên trên, thì quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu kháng nghị, nếu ít nhất một trong những khẳng định sau đây là đúng với quý vị:**

- Quý vị đã không có Medicare Phần B khi nằm viện.

#### **HOẶC**

- Quý vị đã ở bệnh viện trong 3 ngày liên tiếp trở nên, nhưng là bệnh nhân nội trú trong chưa đến ba ngày, và quý vị được đưa vào cơ sở điều dưỡng chuyên môn trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.

**Nếu quý vị cho rằng bản thân quý vị hội đủ điều kiện, hãy hoàn thành biểu mẫu ở 2 trang tiếp theo. Chúng tôi sẽ xem xét yêu cầu và mọi hồ sơ mà chúng tôi có thể thu thập để quyết định liệu quý vị có hội đủ điều kiện thực hiện kháng nghị này hay không.**

Mẫu Yêu cầu Kháng nghị Có hiệu lực trở về trước dành cho  
Bảo hiểm Medicare Phần A

Thông tin bệnh nhân

Chỉ những người có Original Medicare, đại diện được chỉ định/ủy quyền, người nộp đơn đại diện cho di sản hoặc người có thẩm quyền pháp lý để nộp đơn thay mặt cho người thụ hưởng đã qua đời, có thể nộp đơn kháng nghị bằng cách sử dụng mẫu này.

**Lưu ý:** Các nhà cung cấp dịch vụ, nhà cung cấp vật tư, cơ quan Medicaid cấp tiểu bang hoặc các công ty bảo hiểm khác không thể gửi yêu cầu kháng nghị thay mặt cho người thụ hưởng với tư cách là người đại diện của người thụ hưởng. **Những người đã ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage tại thời điểm nhập viện không hội đủ điều kiện tiến hành kháng nghị theo quy trình này.**

Tên bệnh nhân		Số Medicare <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Địa chỉ			
Thành phố		Tiểu bang <div><div></div><div></div></div>	Mã ZIP <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Địa chỉ email (không bắt buộc)		Số điện thoại (không bắt buộc) ( <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> ) <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Tên bệnh viện		Địa chỉ bệnh viện (thành phố & tiểu bang)	
Ngày nhập viện (tháng/ngày/năm)			

**Không bắt buộc: Giải thích ở bên dưới (hoặc đính kèm thêm một tờ khác) về lý do tại sao quý vị cho rằng Medicare Phần A lẽ ra nên đài thọ cho dịch vụ tại bệnh viện mà quý đã nhận với tư cách là bệnh nhân nội trú:**

**Quý vị (hoặc bạn bè hay người thân trong gia đình) có trả khoản phí tự chi trả cho các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn sau lần nằm viện này hay không?** Nếu có, hãy hoàn thành phần này.

Tên cơ sở điều dưỡng chuyên môn	Địa chỉ cơ sở (thành phố & tiểu bang)
Ngày cư ngụ tại cơ sở	
Số tiền đã thanh toán cho cơ sở \$	Ngày tiến hành thanh toán cho cơ sở <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

Chữ ký

Tôi, \_\_\_\_\_ (viết in hoa họ và tên), chứng thực rằng thông tin được cung cấp trong văn bản này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Ngoài ra, tôi chứng thực rằng các khoản phí cho dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn được liệt kê bên trên đã được chi trả bởi người thụ hưởng được nêu tên hoặc bởi người thân trong gia đình hay bạn bè đại diện cho người thụ hưởng được nêu tên. Tôi có gửi bằng chứng thanh toán đi kèm với yêu cầu của tôi (ví dụ: séc đã bị hủy cho thấy khoản thanh toán cho cơ sở điều dưỡng chuyên môn dành cho các dịch vụ, hóa đơn từ cơ sở điều dưỡng chuyên môn cho thấy khoản thanh toán tôi đã chi trả, v.v.).

Chữ ký	Ngày (tháng/ngày/năm) <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Mẫu đơn này cần đi kèm với những gì

Đi kèm mẫu đơn có chữ ký, vui lòng nộp bản sao của mọi thông tin mà quý vị có về lần nằm viện và/hoặc các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn mà quý vị đã nhận. Trong đó có thể bao gồm:

- **Toàn bộ hồ sơ bệnh án có từ lần quý vị nằm viện hoặc ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn, nếu có.** Yêu cầu bệnh viện và cơ sở điều dưỡng chuyên môn (nếu cơ sở là một phần trong kháng nghị của quý vị) cung cấp những hồ sơ này. Nếu quý vị không thể gửi hồ sơ kèm với biểu mẫu này, thì chúng tôi sẽ cố gắng thu thập hồ sơ. Nếu chúng tôi cần yêu cầu bệnh viện và/hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn cung cấp hồ sơ, thì các cơ quan này có 120 ngày để phản hồi.
- **Thông báo Tóm tắt Medicare (MSN) có từ lần quý vị nằm viện.** Đây là tài liệu từ Medicare, trong đó liệt kê các yêu cầu thanh toán đã được gửi cho dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị. Quý vị có thể lấy một bản sao MSN của mình bằng cách đăng nhập vào tài khoản Medicare của quý vị tại địa chỉ [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), hoặc gọi tới số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.
- **Thông báo Theo dõi Ngoại trú Medicare (MOON) có từ lần quý vị nằm viện (nếu quý vị đã nhận).** Bệnh viện gửi tài liệu này cho quý vị nếu quý vị nhận dịch vụ theo dõi với tư cách là bệnh nhân ngoại trú trong thời gian hơn 24 giờ. Các bệnh viện bắt đầu sử dụng thông báo này từ Tháng Ba, 2017.
- **Mọi hóa đơn hoặc bản kê khai có chi tiết các danh mục từ bệnh viện.**
- **MSN có từ lần quý vị ở cơ sở điều dưỡng chuyên môn** (nếu cơ sở điều dưỡng chuyên môn của quý vị đã gửi yêu cầu thanh toán cho Medicare). Nếu cơ sở điều dưỡng chuyên môn không gửi yêu cầu thanh toán cho Medicare, quý vị hãy gửi hóa đơn có nêu chi tiết các danh mục từ cơ sở điều dưỡng chuyên môn (nếu quý vị được lập hóa đơn cho các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn).
- **Bằng chứng đã thanh toán các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn** cho thấy quý vị hoặc người thân trong gia đình hay bạn bè đã chi trả các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn, và ký tên vào bản kê khai ở trang 2 về khoản tự chi trả của quý vị cho những dịch vụ đó.
- Mọi bằng chứng bổ sung mà quý vị cho là sẽ giúp ích cho kháng nghị.

## Nộp biểu mẫu này qua đường bưu điện hoặc fax

Nộp biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin cùng mọi hồ sơ hoặc bằng chứng trong thời gian sớm nhất. Yêu cầu của quý vị phải được tiếp nhận chậm nhất vào **ngày 2 Tháng Một, 2026**.

**Fax:** 803-278-9541

**Đường bưu điện:** Q2 Administrators – CMS 4204-F Appeals  
300 Arbor Lake Drive, Suite 1350  
Columbia, SC 29223-4582

## Điều gì xảy ra tiếp theo

- Chúng tôi sẽ xem xét các tài liệu quý vị gửi cùng mọi thông tin mà chúng tôi có thể thu thập từ (các) nhà cung cấp của quý vị để xác định xem liệu quý vị có hội đủ điều kiện để tiến hành kháng nghị hay không.
- Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị qua đường bưu điện nếu chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết quyết định của chúng tôi về điều kiện hội đủ để tiến hành kháng nghị của quý vị qua đường bưu điện, thường không quá 60 ngày sau khi chúng tôi thu thập toàn bộ hồ sơ.
- Nếu quý vị có thắc mắc về biểu mẫu này, vui lòng gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

## Nhận thông tin ở định dạng khác

Quý vị có quyền nhận thông tin về Medicare ở định dạng dễ tiếp cận, chẳng hạn như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng âm thanh. Nếu quý vị cần định dạng dễ tiếp cận, vui lòng cho chúng tôi biết định dạng quý vị cần tại đây: \_\_\_\_\_

Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi 1-800-MEDICARE. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy bản thân bị phân biệt đối xử. Truy cập [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), hoặc gọi 1-800-MEDICARE để biết thêm.

---

**Tuyên bố Đạo luật Quyền riêng tư:** Thẩm quyền hợp pháp để thu thập thông tin trong biểu mẫu này được ủy quyền bởi đoạn 1869 (a)(3) của Đạo luật An sinh Xã hội. Thông tin đã cung cấp sẽ được sử dụng để cung cấp thêm tư liệu cho kháng nghị của quý vị. Việc cung cấp thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu này là tự nguyện, tuy nhiên việc không cung cấp toàn bộ hoặc một phần thông tin theo yêu cầu có thể ảnh hưởng đến việc quyết định yêu cầu của quý vị. Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid có thể tiết lộ thông tin quý vị đã cung cấp trong biểu mẫu này cho một cá nhân hoặc cơ quan chính phủ khác chỉ liên quan đến Chương trình Medicare và để tuân thủ luật Liên bang.