Mẫu Giải thích Quyền lợi được CMS Phê duyệt Phần C

PFFS, Phiên bản EOB Hàng tháng

# General Instructions

This is a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) approved Part C Explanation of Benefits (EOB) template. CMS views Part C EOBs as ad-hoc information materials; therefore, they are not subject to CMS review and approval. However, CMS reserves the right, as with other ad-hoc communication, to request and review a sample of the materials to ensure compliance with our requirements.

* This template is for organizations that choose to send monthly EOBs to non-dual eligible members.
* Plans are not required to send an EOB to dual eligible members.
* Plans are responsible for ensuring that members receive the notification of appeal rights within the timeframes specified by CMS. If notification with an EOB would hinder the plan’s ability to provide timely notification, it must be delivered separately, within the required timeframes specified in the MA program regulations.
* The monthly EOB must be sent to members each month there is claims activity, whether or not there is member liability.

**HPMS submission:**

* All plans may be required to submit a Part C EOB to HPMS. CMS will provide more information when available.

# Format Instructions

* Minor grammar or punctuation changes, as well as changes in font type or color, are permissible.
* Text and numbers must be in font size 12 or larger.
* With the exception of charts, which should generally be in landscape formation, either landscape or portrait may be used.
* With the exception of the chart that gives the details on claims, the remaining sections of the document are to be formatted as two-column or three-column text (the main title of a section may extend beyond the first column) to keep line lengths easy to read. Plans may adjust the width of the columns in the template.
* The document may be printed double-sided and, in lieu of a paper mailing, may be sent electronically to members who elect the paperless format.
* The document must have a header or footer that includes the page number. In addition, plans may include any of the following information in the header or footer: member identifiers, month and year, title of the document.
* Charts that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom on the continuing page. In an actual EOB, rows of a chart should not break across the page.

# Content Instructions

* CMS encourages MAOs to use the HCPCS code descriptors and American Medical Association’s CPT code descriptors, followed by the HCPCS or CPT billing code shown in parentheses. Other appropriate billing codes, such as ADA approved dental codes, Medicare revenue codes for in-patient facility claims, and other widely recognized code descriptors may also be used.
* When providing claim information, plans may use date ranges to combine multiple occurrences of a service or item into a single row.
* All claim information provided in the EOB must be HIPAA compliant to protect member health information.

**Claims that must be included within the EOB:**

* Plans must include all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services, mandatory supplemental benefits, and optional supplemental benefits. If applicable, claims for optional supplemental benefits are to be displayed separate from medical and hospital claims. Information for all claims includes: billing codes and descriptors, amount providers have billed the plan, total cost (amount the plan has approved), plan’s share, and member’s share (your share). Any benefit information that cannot be included timely must be accounted for in a subsequent reporting period.
* For plans that need additional time to develop systems for obtaining cost information from capitated entities, we are delaying, until January 1, 2015, the required implementation of reporting applicable information in the “Total cost” and “Plan’s share” columns. In the interim period, in lieu of dollar amounts in the “Total cost” and “Plan’s share” columns, plans may state: “This rate has been pre-negotiated. For more information, please contact your health care provider.”

Instructions within the template:

* All black text is required information that must be included as shown in the attached EOB template.
* Italicized blue text in square brackets is instruction and guidance specifically for MA plans. This information is not to be included in the beneficiary’s EOB.
* Non-italicized blue text in square brackets is text to be inserted as applicable.
* The first time the plan name is mentioned, the plan type designation (i.e., HMO, PPO, etc.) must be included.
* When instructions say “*[insert month]*”, use a format that spells out the full name of the month, e.g., “January.”
* Plans should make every effort to use a reporting period that aligns with a complete calendar month, however, if your plan uses a reporting period that does not correspond exactly to a calendar month, you may substitute the date range for your reporting period (e.g., “1/1/12 to 2/3/12” OR “January 1 – February 3, 2013”) whenever instructions say to “*[insert month] [insert year]*.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BÁO CÁO HÀNG THÁNG Yêu cầu Thanh toán Y tế và Bệnh viện được xử lý trong *[Insert month] [Insert Year]*  Cho *[insert member name]*  *[If desired, plans may also insert a member ID number and/or other member numbers typically used in member communications.]*  **Đây không phải là hóa đơn:**   * Báo cáo yêu cầu thanh toán hàng tháng này, chúng tôi đã xử lý cho biết quý vị đã nhận được dịch vụ chăm sóc nào, chương trình đã thanh toán gì, và số tiền quý vị đã tự trả (hoặc có thể dự kiến sẽ được lập hóa đơn). * Nếu quý vị nợ bất cứ khoản nào, bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác sẽ gửi hóa đơn cho quý vị. * Báo cáo này chỉ có thông tin về dịch vụ chăm sóc y tế và bệnh viện. *[MA-only plans omit the next sentence.]* Chúng tôi gửi một báo cáo riêng về thuốc theo toa Phần D. * Nếu quý vị nhận thấy điều gì đó đáng ngờ mà có thể là dấu hiệu lập hóa đơn không trung thực, quý vị có thể báo cáo hóa đơn đó bằng cách gọi 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.)   *[Plans may include the member’s mailing address on this cover page.]* |  | [Insert plan name and/or logo]  *[Insert Federal contracting statement]*  *[Plans may insert their Web site URL]* |
|  |
| *[Insert plan name]* Dịch vụ Hội viên  Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho chúng tôi: *[Insert phone number]*  Chúng tôi trực *[insert days and hours of operation]*.  Chỉ TTY/TDD: *[Insert TTY/TDD number]* *[Plans may insert other Member Services numbers, e.g., a Spanish customer service number]*  --------------------------  *[Plans that meet the 5% threshold, insert:* Thông tin này hiện được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên theo số điện thoại bên trên.*]* Ban Dịch Vụ Hội viên *[plans that meet the 5% threshold, insert:* cũng*]* có các dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.  *[Plans that meet the 5% threshold, insert the disclaimer about the availability of non-English translations in all applicable languages.]* |
|  |
| Thông tin về quyền lợi được cung cấp là một bản tóm lược ngắn, không phải là bản mô tả đầy đủ về các quyền lợi. Để biết thêm thông tin, hãy liên lạc với chương trình. *[Omit terms in the following sentence that are not applicable to the plan:]* Quyền lợi, danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc, mạng lưới nhà cung cấp, phí bảo hiểm, khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm có thể thay đổi mỗi năm.  *[Insert material ID]* Chấp nhận |

*[In the “totals” section, plans must insert the total amounts for all claims for Part A and Part B services and mandatory supplemental benefits. Amounts for claims for optional supplemental benefits should be excluded from the totals section.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TỔNG SỐ**  **yêu cầu thanh toán y tế và bệnh viện** | Số tiền nhà cung cấp đã lập hóa đơn cho chương trình | Tổng chi phí (số tiền chương trình đã phê duyệt) | **Khoản chia sẻ của chương trình** | **Phần Chia sẻ của Quý vị** |
| **Tổng cộng cho tháng này** (đối với yêu cầu thanh toán được xử lý từ *[insert reporting period start date]* đến *[insert reporting period end date]*) | $*[insert total billed amount for the reporting period]* | $*[insert total approved amount for the reporting period]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.*]* | $*[insert total plan share amount for the reporting period]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]* | $*[insert total member liability amount for the reporting period]* |
| **Tổng số cho *[insert year]*** (tất cả yêu cầu thanh toán được xử lý đến hết *[insert reporting period end date]*) | $*[insert total billed amount for the year]* | $*[insert total approved amount for the year]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]* | $*[insert total plan share amount for the year]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]* | $*[insert total member liability amount for the year]* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *[Plans with no deductibles, omit this section.]*  **KHOẢN KHẤU TRỪ:**  *[Plans with an overall deductible insert the text below. If the plan has both an overall deductible and service category deductible(s), insert information about both deductibles.]*  Đối với hầu hết các dịch vụ được đài thọ, chương trình chỉ trả phần chi phí của chương trình sau khi quý vị đã trả khoản khấu trừ chương trình hàng năm của mình.  Tính đến *[insert reporting period end date]*, quý vị đã thanh toán *[insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount] [*cho *OR* toàn bộ số tiền*]* khấu trừ hàng năm của chương trình là *[insert deductible amount]*.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate the member’s progress toward the deductible:*  *Truyền thuyết về biểu đồ thanh ($0 – $ 250)*  $0 $250  = hàng năm của quý vị  khấu trừ của chương trình*]*  *[Plans with service category deductibles, include the text below about each.]*  Chương trình chỉ trả phần chi phí của chương trình cho *[insert service category]* sau khi quý vị đã trả khoản khấu trừ.  Tính đến *[insert reporting period end date]*, quý vị đã thanh toán *[insert as applicable: [insert amount member has paid toward deductible if less than the full deductible amount] [*cho *OR* toàn bộ số tiền*]* khấu trừ là *[insert deductible amount]* cho *[insert service category]*.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below, to illustrate the member’s progress toward the deductible:*  *Truyền thuyết về biểu đồ thanh ($0 – $ 250)*  $0 $250  = của quý vị  khoản khấu trừ cho *[insert service category]]* |  | **GIỚI HẠN HÀNG NĂM – giới hạn này bảo vệ về tài chính cho quý vị** | |
| Giới hạn này cho biết số tiền nhiều nhất quý vị sẽ phải trả trong chi phí “tự trả” (*[Delete references to deductibles, copayments, or coinsurance if not applicable for the plan:]* đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ của quý vị) cho *[insert as applicable:* các dịch vụ y tế và bệnh viện được chương trình đài thọ *OR* các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ*]*.  Giới hạn hàng năm này được gọi là “khoản xuất túi tối đa” của quý vị. Nó đưa ra giới hạn về số tiền quý vị phải trả, nhưng nó không đặt ra giới hạn về khối lượng dịch vụ chăm sóc quý vị có thể nhận được.  Khoản tự trả của quý vị *[insert service]* sẽ không được tính vào mức tối đa hàng năm do quý vị tự trả. Điều này có nghĩa là:   * Khi quý vị đã đạt đến giới hạn chi phí tự trả, quý vị sẽ **ngừng tự trả tiền cho tất cả các dịch vụ *[insert, ifapplicable:* ngoại trừ** ***[insert service]***. * Quý vị tiếp tục *[insert as applicable:* các dịch vụ y tế và bệnh viện được đài thọ *OR* các dịch vụ Phần A và Phần B được đài thọ*]* như thường lệ, và **chương trình sẽ chi trả toàn bộ chi phí cho phần còn lại trong năm.** *[Insert if applicable:* Khoản chi tiêu tự trả của quý vị cho các dịch vụ không được Medicare đài thọ không được tính vào khoản tự trả tối đa của quý vị.*]* | Tính đến *[insert reporting period end date]*, **quý vị đã trả *[insert amount paid toward MOOP as of reporting period end date]*** **tiền chi phí tự trả** mà tính vào mức tối đa mà quý vị tự trả *[insert MOOP amount]* cho các dịch vụ được đài thọ.  *[Plans are permitted, but not required, to include a graphic, such as the one shown below to illustrate the member’s progress toward the MOOP:*  **Truyền thuyết về biểu đồ thanh ($0 – $3,400)**  $0 $3,400*]* |

*[If there are no claims processed during the reporting period, omit the remainder of the document.]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thông tin chi tiết cho các yêu cầu thanh toán được xử lý trong *[insert month] [insert year]* | | |
| **Xem qua thông tin về yêu cầu thanh toán của quý vị – yêu cầu này có đúng không?**   * Nếu quý vị có thắc mắc hoặc nghĩ rằng có thể có nhầm lẫn, hãy bắt đầu bằng cách gọi cho văn phòng bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác. Yêu cầu họ giải thích yêu cầu thanh toán. * Nếu quý vị vẫn còn có thắc mắc, hãy gọi cho chúng tôi tại Ban Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại có trong ô ở trang 1). | **Quý vị có quyền kháng nghị hoặc khiếu nại**   * Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi *thay đổi quyết định* về bảo hiểm của quý vị. Quý vị có thể kháng nghị nếu chúng tôi từ chối yêu cầu thanh toán. Quý vị cũng có thể kháng nghị nếu chúng tôi chấp thuận yêu cầu thanh toán nhưng quý vị không đồng ý với số tiền quý vị đang trả cho khoản mục hoặc dịch vụ. Để biết thông tin về việc kháng nghị, hãy gọi cho chúng tôi tại Ban Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại có trong ô ở trang 1). | Hãy nhớ rằng, báo cáo này KHÔNG PHẢI LÀ MỘT HÓA ĐƠN.   * Nếu quý vị chưa thanh toán số tiền được nêu là “phần của quý vị”, *hãy đợi cho đến khi quý vị nhận được hóa đơn* từ nhà cung cấp. * Nếu quý vị nhận được một hóa đơn *cao hơn* số tiền được thể hiện cho “phần của quý vị”, hãy gọi cho chúng tôi tại Ban Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại ở ô trên trang 1). |

*[Plans may insert the first claim (or part of the claim) on this page or begin claims on the following page. Claims that continue from one page to the next should be marked with “continue” at the bottom of the page that continues. However, an individual row of a claim should not break across the page. Note: in the model language in this document, rows sometimes break across a page because of the instructions and substitution text.]*

*[Plans must insert information for all Part C claims processed during the reporting period, including all claims for Part A and Part B covered services, mandatory supplemental benefits, and optional supplemental benefits.]*

| ***[Insert name of provider]***  Mã số Yêu cầu Thanh toán: *[Insert claim number]*  (Nhà cung cấp *[Insert as applicable:* Trong Mạng lưới *OR* Ngoài Mạng lưới*]*) | Ngày thực hiện dịch vụ | Số tiền nhà cung cấp đã lập hóa đơn cho chương trình | Tổng chi phí  (số tiền chương trình đã phê duyệt) | **Khoản chia sẻ của chương trình** | **Phần Chia sẻ của Quý vị** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *[Show each service or item on a claim in a separate row. Although, date ranges may be used to combine multiple occurrences of a service or item into a single row, e.g., for claims related to inpatient services.*  *[Insert description of the service or item that was provided and its billing code. For example: “Air and bone conduction assessment of hearing loss and speech recognition (billing code 92557)”]*  *[As needed, insert explanatory notes, preceded by “NOTE”]*  *[If the service or item on the row is shown only to describe what was provided and is not billed separately, insert an explanatory note:* LƯU Ý: Số tiền là $0.00 vì chi phí cho dịch vụ hoặc vật dụng này được đài thọ theo một phần khác của yêu cầu thanh toán này.*]* | *[Insert date of service, using x/x/xx format]* | $*[Insert billed amount for this service or item]* | $*[Insert approved amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]*  *[Note: if service or item is approved, use amount approved by the plan for the total cost.]*  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **BỊ TỪ CHỐI**  (Hãy xem bên dưới để biết thông tin về quyền kháng nghị của  quý vị.)*]* | $*[Insert plan share amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]* | $*[insert member liability amount for this service or item]*  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If cost sharing is a coinsurance, insert:*  Quý vị trả *[insert percentage]*% tổng số tiền*]* *[insert if applicable:* chodịch vụ từ một nhà cung cấp *[insert as applicable:* trong mạng lưới *OR* ngoài mạng lưới*]]*  *[If cost sharing is a copayment, insert:*  Quý vị trả *[insert copayment amount]* *[insert if applicable:* cho dịch vụ từ một nhà cung cấp *[insert as applicable:* trong mạng lưới *OR* ngoài mạng lưới*]]*  *[If the service is a preventive service that is covered at no cost under Original Medicare, add the following:*  (Đây là một trong những dịch vụ phòng ngừa được bao trả miễn phí theo Original Medicare, và chương trình bao trả miễn phí dịch vụ này trong mạng lưới.)*]*  *[If the service or item shown on this row has been denied, and the amount in this column for “your share” is not zero, insert:*  Dịch vụ này đã bị từ chối, nhưng quý vị có thể chịu trách nhiệm thanh toán số tiền này. Hãy xem bên dưới để biết thông tin về quyền kháng nghị của quý vị.*]* |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
|  | **TỔNG SỐ:** | **$*[Insert total billed amount for this claim]*** | **$*[Insert total approved amount for this claim]***  **[*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.]**  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **BỊ TỪ CHỐI**  (Hãy xem bên dưới để biết thông tin về quyền kháng nghị của  quý vị.)*]* | **$*[Insert total plan share amount for this claim]***  **[*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.]** | **$*[Insert total member liability amount for this claim]***  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If all items in the claim are subject to the same coinsurance percentage or copayment amount, plans may insert the coinsurance/copayment text in this total row rather than repeating the identical text in the rows for each item or service.]*  *[If more than one service or item is denied, plans may omit the denial language in this column from the claim item rows and insert it in this total row instead.]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is member liability, include approved NDP language with the EOB or insert the following text below the denied claim:*  **Những điều cần biết về yêu cầu thanh toán bị từ chối của quý vị:** | | |
| * *[Plans may insert a denial reason.]* * Chúng tôi đã từ chối tất cả hoặc một phần yêu cầu thanh toán này và **quý vị có quyền kháng nghị**. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi *thay đổi quyết định* mà chúng tôi đã đưa ra để từ chối yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi đồng ý thay đổi quyết định của mình, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ chấp nhận yêu cầu thay vì từ chối và chúng tôi sẽ trả phần của mình. * **Nhà cung cấp dịch vụ cũng có thể kháng nghị và nếu điều này xảy ra, quý vị có thể không phải trả tiền.** Quý vị có thể muốn liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ để tìm hiểu xem họ có yêu cầu chúng tôi kháng nghị hay không. Nếu nhà cung cấp yêu cầu kháng nghị đúng cách, quý vị sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán, ngoại trừ số tiền chia sẻ chi phí thông thường và quý vị không cần phải tự kháng nghị. | * **Khi chúng tôi từ chối một phần** **hoặc tất cả yêu cầu thanh toán, chúng tôi đã gửi thư cho quý vị** (“Thông báo Từ chối Thanh toán”) giải thích lý do tại sao dịch vụ hoặc mặt hàng không được đài thọ. Thư này cũng cho biết phải làm gì nếu quý vị muốn kháng nghị quyết định của chúng tôi và yêu cầu chúng tôi xem xét lại. * **QUAN TRỌNG:** Nếu quý vị không có thư này, hãy gọi cho chúng tôi tại Ban Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại có trong ô ở trang 1). | * **Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về kháng nghị của mình, quý vị có thể liên hệ:** * Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại có trong ô ở trang 1) * 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi số  1-877-486-2048.)*]* |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is no member liability, insert the following text below the denied claim:*  **Những điều cần biết về yêu cầu thanh toán bị từ chối của quý vị:** | |
| * **LƯU Ý: Chúng tôi đã từ chối tất cả hoặc một phần yêu cầu thanh toán này.** Tuy nhiên, quý vị không chịu trách nhiệm trả số tiền được lập hóa đơn vì quý vị đã nhận được dịch vụ này *[insert as applicable:* từ một nhà cung cấp của *[insert plan name]* OR dựa trên giới thiệu từ một nhà cung cấp của *[insert plan name]]*.*]* | * **Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị có thể liên hệ:** * Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại có trong ô ở trang 1) * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.)*]* |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If the service or item in this row was previously denied and has now been approved on appeal, insert the following text below the claim:*  **Những điều cần biết về yêu cầu thanh toán của quý vị:** | |
| * LƯU Ý: Chúng tôi ban đầu đã từ chối *[insert as applicable:* item *OR* service*]* này và nhận được yêu cầu kháng nghị quyết định từ chối của chúng tôi. *[Insert as applicable:* Sau khi xem xét yêu cầu kháng nghị, chúng tôi đã thay đổi quyết định từ chối và chấp thuận *[insert as applicable:* item *OR* service*]*. *OR* Quyết định từ chối của chúng tôi đã bị thay đổi và *[insert as applicable:* item *OR* service*]* này hiện đã được chấp thuận.*]* Điều này có nghĩa là *[insert as applicable:* item *OR* service*]* được đài thọ và chương trình *[Insert as applicable:* đã trả OR sẽ trả*]* phần chia sẻ chi phí của họ. | * **Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị có thể liên hệ:** * Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại có trong ô ở trang 1) * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi số  1-877-486-2048.)*]* |

*[If there are no claims for optional supplemental benefits processed during the reporting period, delete the remainder of this document.]*

*[If a claim for optional supplemental benefits was processed during the reporting period, it must be included in the EOB. Claims for optional supplemental benefits should appear after the claims for Part A and Part B services and mandatory supplemental benefits. Plans should include the section header provided below before the first claim for optional supplemental benefits. The format for the claims chart is provided below. In this section, deductible amounts may be included in the “Your share” column. Please note that the format is the same as for other Part C benefits, except for the additional text describing optional supplemental benefits which appears in the first column header.]*

|  |
| --- |
| Dịch Vụ Bổ Sung Tùy Chọn: Thông tin chi tiết cho các yêu cầu thanh toán được xử lý trong *[insert month] [insert year]*  (Số tiền cho các dịch vụ bổ sung tùy chọn **không** được bao gồm trong tổng số tiền thể hiện ở trang 2) |

| ***[Insert name of provider]***  Mã số Yêu cầu Thanh toán: *[Insert claim number]*  (Nhà cung cấp *[If applicable, insert: [Insert as applicable:* trong mạng lưới *OR* ngoài mạng lưới*] [plans may add the type of optional supplemental benefits, e.g., “of dental services.”]*) *[Insert type of optional supplemental benefits]* là “các dịch vụ bổ sung tùy chọn.” Đây là những dịch vụ bổ sung mà quý vị phải trả phí bảo hiểm riêng biệt. | Ngày thực hiện dịch vụ | Số tiền nhà cung cấp đã lập hóa đơn cho chương trình | Tổng chi phí  (số tiền chương trình đã phê duyệt) | **Khoản chia sẻ của chương trình** | **Phần Chia sẻ của Quý vị** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *[Show each service or item on a claim in a separate row.]*  *[Insert description of the service or item that was provided and its billing code. For example: “Air and bone conduction assessment of hearing loss and speech recognition (billing code 92557)”]*  *[If the service or item on the row is shown only to describe what was provided and is not billed separately, insert an explanatory note.* LƯU Ý: Số tiền là $0.00 vì chi phí cho dịch vụ hoặc vật dụng này được đài thọ theo một phần khác của yêu cầu thanh toán này.*]* | *[Insert date of service, using x/x/xx format]* | $*[Insert billed amount for this service or item]* | $*[Insert approved amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]*  *[Note: if service or item is approved, use amount approved by the plan for the total amount]*  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **BỊ TỪ CHỐI**  (Hãy xem bên dưới để biết thông tin về quyền kháng nghị của  quý vị.)*]* | $*[Insert plan share amount for this service or item]*  *[Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của  quý vị.*]* | $*[insert member liability amount for this service or item]*  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If cost sharing is a coinsurance, insert:*  Quý vị trả *[insert percentage]*% tổng số tiền *[insert if applicable:* chodịch vụ từ một nhà cung cấp *[insert as applicable:* trong mạng lưới *OR* ngoài mạng lưới*]]*  *[If cost sharing is a copayment, insert:*  Quý vị trả $*[insert copayment amount]* đồng thanh toán *[insert if applicable:* cho dịch vụ từ một nhà cung cấp *[insert as applicable:* trong mạng lưới *OR* ngoài mạng lưới*]]*  *[If there is a deductible charged for the service or item, insert:*  Quý vị trả $ *[insert copayment amount]* tiền khấu trừ cho dịch vụ hay vật dụng này*]*  *[If the service or item shown on this row has been denied, and the amount in this column for “your share” is not zero, insert:*  Dịch vụ này đã bị từ chối, nhưng quý vị có thể chịu trách nhiệm thanh toán số tiền này. Hãy xem bên dưới để biết thông tin về quyền kháng nghị của quý vị.*]* |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
| *[Insert next item or service for the claim, using language described above]* |  |  |  |  |  |
|  | **TỔNG SỐ:** | **$*[Insert total billed amount for this period claim]*** | **$*[Insert total approved amount for this claim]***  **[*Plans with capitated arrangements prior to January 1, 2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.]**  *[If service or item is denied, insert applicable denied amount and/or insert:* **BỊ TỪ CHỐI**  (Hãy xem bên dưới để biết thông tin về quyền kháng nghị của  quý vị.)*]* | **$*[Insert total plan share amount for this claim]***  **[*Plans with capitated arrangements prior to January 1,  2015 may insert:* Mức giá này đã được thỏa thuận trước. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.]** | **$*[Insert total member liability amount for this claim]***  *[Note: if service or item has been denied, use either the maximum potential liability or “$0.00” for the member liability amount, whichever is applicable.]*  *[If all items in the claim are subject to the same coinsurance percentage or copayment amount, plans may insert the coinsurance/copayment text in this total row rather than repeating the identical text in the rows for each item or service.]*  *[If more than one service or item is denied, plans may omit the denial language in this column from the claim item rows and insert it in this total row instead.]* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is member liability, include approved NDP language with the EOB or insert the following text below the denied claim:*  **Những điều cần biết về yêu cầu thanh toán bị từ chối của quý vị:** | | |
| * *[Plans may insert a denial reason.]* * Chúng tôi đã từ chối tất cả hoặc một phần yêu cầu thanh toán này và **quý vị có quyền kháng nghị**. Kháng nghị là một cách chính thức để yêu cầu chúng tôi *thay đổi quyết định* mà chúng tôi đã đưa ra để từ chối yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi đồng ý thay đổi quyết định của mình, điều đó có nghĩa là chúng tôi sẽ chấp nhận yêu cầu thay vì từ chối và chúng tôi sẽ trả phần của mình. * **Nhà cung cấp dịch vụ cũng có thể kháng nghị và nếu điều này xảy ra, quý vị có thể không phải trả tiền.** Quý vị có thể muốn liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ để tìm hiểu xem họ có yêu cầu chúng tôi kháng nghị hay không. Nếu nhà cung cấp yêu cầu kháng nghị đúng cách, quý vị sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán, ngoại trừ số tiền chia sẻ chi phí thông thường và quý vị không cần phải tự kháng nghị. | * **Khi chúng tôi từ chối một phần** **hoặc tất cả yêu cầu thanh toán, chúng tôi đã gửi thư cho quý vị** (“Thông báo Từ chối Thanh toán”) giải thích lý do tại sao dịch vụ hoặc mặt hàng không được đài thọ. Thư này cũng cho biết phải làm gì nếu quý vị muốn kháng nghị quyết định của chúng tôi và yêu cầu chúng tôi xem xét lại. * **QUAN TRỌNG:** Nếu quý vị không có thư này, hãy gọi cho chúng tôi tại Ban Dịch Vụ Hội Viên (số điện thoại có trong ô ở trang 1). | * **Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về kháng nghị của mình, quý vị có thể liên hệ:** * Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại có trong ô ở trang 1) * 1-800-MEDICARE  (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi số  1-877-486-2048.)*]* |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If a service or item has been denied and there is no member liability, insert the following text below the denied claim:*  **Những điều cần biết về yêu cầu thanh toán bị từ chối của quý vị:** | |
| * **LƯU Ý: Chúng tôi đã từ chối tất cả hoặc một phần yêu cầu thanh toán này.** Tuy nhiên, quý vị không chịu trách nhiệm trả số tiền được lập hóa đơn vì quý vị đã nhận được dịch vụ này *[insert as applicable:* từ một nhà cung cấp của *[insert plan name]* OR dựa trên giới thiệu từ một nhà cung cấp của *[insert plan name]]*.*]* | * **Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị có thể liên hệ:** * Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại có trong ô ở trang 1) * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.)*]* |

|  |  |
| --- | --- |
| *[If the service or item in this row was previously denied and has now been approved on appeal, insert the following text below the claim:*  **Những điều cần biết về yêu cầu thanh toán của quý vị:** | |
| * LƯU Ý: Chúng tôi ban đầu đã từ chối *[insert as applicable:* item *OR* service*]* này và nhận được yêu cầu kháng nghị quyết định từ chối của chúng tôi. *[Insert as applicable:* Sau khi xem xét yêu cầu kháng nghị, chúng tôi đã thay đổi quyết định từ chối và chấp thuận *[insert as applicable:* item *OR* service*]*. *OR* Quyết định từ chối của chúng tôi đã bị thay đổi và *[insert as applicable:* item *OR* service*]* này hiện đã được chấp thuận.*]* Điều này có nghĩa là *[insert as applicable:* item *OR* service*]* được đài thọ và chương trình *[Insert as applicable:* đã trả OR sẽ trả*]* phần chia sẻ chi phí của họ. | * **Nếu quý vị có thắc mắc, quý vị có thể liên hệ:** * Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi (số điện thoại có trong ô ở trang 1) * 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. (Người dùng TTY xin gọi số  1-877-486-2048.)*]* |