

Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

medicare

چه زمانی از این فرم استفاده شود؟

اگر از اول جولای ۲۰۰۸ یک پروتز پستان بیرونی جدید یا جایگزین خریده و هزینه آن را پرداخته‌اید، از این فرم استفاده کنید.

برنامه بازپرداخت هزینه پروتزهای بیرونی پستان

شما می‌توانید برای یک پروتز، مطالبه بازپرداخت هزینه تا سقف ۴۰۰ دلار یا اگر پس از ماستکتومی دوطرفه به پروتز برای هر دو پستان نیاز دارید، تا سقف ۸۰۰ دلار مطالبه بازپرداخت هزینه کنید. این بازپرداخت، ممکن است هزینه یک پروتز بیرونی یا پروتز بیرونی برای شما برای افرادی که به دلیل سرطان تحت جراحی پستان قرار گرفته‌اند را پوشش دهد. این بازپرداخت هزینه، شامل موارد زیر است:

- ماستکتومی دوطرفه (برداشتن هر دو پستان با جراحی)
- ماستکتومی پیشگیرانه - جراحی پیشگیرانه
- ماستکتومی جزئی (برداشتن بخشی از پستان)
- لامپکتومی (جراحی برداشت توده از پستان با حفظ بخش عمده بافت پستان).

چه کسی می‌تواند مطالبه بازپرداخت هزینه کند؟

شما می‌توانید در صورت داشتن شرایط زیر، مطالبه بازپرداخت هزینه کنید:

- اگر تحت پوشش مدیکر باشید
- اگر به دلیل سرطان، جراحی پستان انجام داده باشید
- در دو سال گذشته پروتزی نخبریده و از طریق این برنامه، مطالبه بازپرداخت هزینه نکرده باشید.

اگر از اداره امور کهنه‌سربازان (DVA) کمک مالی دریافت می‌کنید، حق بهره‌مندی خود را از طریق آن اداره مطالبه کنید.

اگر فردی قبل از فوت پروتزی خریده باشد، مجری وصیت‌نامه (Executor) یا مدیر اموال متوفی (Administrator of the estate) می‌تواند مطالبه‌ای را مطرح کند. مدارکی که فرد را به عنوان مجری وصیت‌نامه یا مدیر اموال متوفی معرفی می‌کند، باید به همراه این مطالبه به ما ارائه شوند (اگر قبلاً ارائه نشده باشند).

هر چند وقت یکبار می‌توانید مطالبه بازپرداخت هزینه کنید؟

شما فقط می‌توانید برای هر پروتز، هر دو سال یکبار، یک بازپرداخت هزینه دریافت کنید. ما از تاریخ روی رسید شما برای بررسی اینکه آیا از آخرین بازپرداخت هزینه که شما دریافت کرده‌اید دو سال گذشته است یا خیر، استفاده می‌کنیم.

اگر کمتر از دو سال از خرید پروتز شما گذشته باشد فقط در صورت وجود دلیل پزشکی، امکان مطالبه بازپرداخت هزینه برای تعویض آن هست. این مطالبه باید شامل نامه‌ای از پزشک شما یا یکی دیگر از متخصصان سلامت باشد که دلیل پزشکی نیاز شما به یک پروتز جدید را توضیح دهد.

شما در موارد زیر نمی‌توانید برای تعویض پروتزی که کمتر از دو سال پس از آخرین خریدتان خریده‌اید، مطالبه بازپرداخت هزینه کنید:

- انتخاب اشتباه
- سایز نامناسب
- تجدیدنظر در تصمیم
- تغییرات در کیفیت پروتز به دلیل استفاده روزمره
- خرابی یا آسیب دیدگی.

در صورت وجود هر یک از این موارد، با تأمین‌کننده پروتز خود تماس بگیرید.

پیش از مطالبه بازپرداخت هزینه

پیش از آن که بتوانید از ما مطالبه بازپرداخت هزینه کنید، ابتدا باید پروتز را خریده باشید. اگر شما:

- بیمه سلامت خصوصی دارید، باید پیش از مطالبه از ما ابتدا از طریق آن‌ها مطالبه بازپرداخت هزینه خود را ثبت کنید
- از سنترلینک پرداختی می‌گیرید، بررسی کنید که آیا واجد شرایط دریافت یک پیش‌پرداخت برای کمک به پرداخت هزینه پروتز هستید یا خیر.

برای اطلاعات بیشتر، به servicesaustralia.gov.au/advancepayments مراجعه کنید

چه مبلغی می‌توانید پس بگیرید؟

کل مبلغی که ما بازپرداخت می‌کنیم به مطالبه شما و هرگونه پرداخت بیمه سلامت خصوصی یا بازپرداخت از منابع دیگر بستگی دارد. این مبلغ تا سقف ۴۰۰ دلار برای هر پروتز است. ما از جزئیات موجود در مطالبه شما برای محاسبه مبلغ بازپرداخت به شما استفاده می‌کنیم.

مثال‌هایی از مبالغ پرداختی ما

اگر یک پروتز به مبلغ ۱۳۰ دلار بخرید، ما کل مبلغ ۱۳۰ دلار را به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر ماستکتومی دوطرفه انجام داده باشید و دو پروتز به مبلغ ۸۰۰ دلار بخرید، ما کل مبلغ ۸۰۰ دلار را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

اگر یک پروتز به مبلغ ۵۰۰ دلار بخرید و ۲۰۰ دلار از بیمه سلامت خصوصی خود پس بگیرید، ما ۲۰۰ دلار به شما بازپرداخت می‌کنیم. این، تفاوت بین سقف ۴۰۰ دلاری و مبلغ بازپرداخت شما است.

مواردی که نمی‌توانید مطالبه کنید

سوتین یا سایر محصولات مانند پوشش پروتز پستان، پدهای نوک پستان، لباس شنای پس از جراحی، پروتز داخلی پستان یا جراحی ترمیمی.

نحوه پرداخت ما به شما

همه بازپرداخت‌ها از طریق انتقال الکترونیکی وجه (EFT) به حساب بانکی اعلام‌شده توسط شما انجام می‌شوند. ما صورت‌حسابی را به آدرس پستی اعلام‌شده توسط شما خواهیم فرستاد که مبلغ واریز شده به حساب بانکی شما را نشان می‌دهد. ما بیشتر مطالبه‌ها را تا ۱۰ روز کاری پردازش می‌کنیم.

برای اطلاعات بیشتر

به servicesaustralia.gov.au/ebprp مراجعه کنید یا با شماره تلفن 132 011 با ما تماس بگیرید.

اطلاعات به زبان شما

ما می‌توانیم مدارک مورد نیاز برای مطالبه شما را به صورت رایگان ترجمه کنیم. برای گفتگو با ما به زبان خودتان، با شماره تلفن 132 011 تماس بگیرید.

کمک شنوایی و گفتاری

اگر دچار اختلال شنوایی یا گفتاری هستید، می‌توانید از موارد زیر استفاده کنید:

- خدمات رله ملی 1800 555 660 یا
- خدمات TTY ما با شماره تلفن 1800 810 586. برای استفاده از این خدمات به تلفن TTY نیاز دارید.

برای اطلاعات بیشتر درباره کمک در برقراری ارتباط، به servicesaustralia.gov.au مراجعه و «accessibility» را جستجو کنید.

Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

Filling in this form

You can complete this form on your computer using Adobe Acrobat Reader, or you can print it.

For help on how to fill in our forms, go to servicesaustralia.gov.au/formhelp

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Print in English.
- Where you see a box like this ☐ **Go to 1** skip to the question number shown.

Private health insurance

1 Do you have private health insurance?

No ☐ **Go to 3**

Yes ☐ You need to claim any refund you are eligible for from your private health fund **before** you claim a reimbursement from us.

2 How much did you receive from your private health fund or other financial help for the prosthesis(es) you are claiming?

Private health fund	\$
Other	\$

The amount of your reimbursement will be reduced by the amount refunded or financial help already received.

Claimant's details – the person who received the prosthesis(es)

3 Medicare card number

			Ref no.
----------------------	----------------------	----------------------	------------------------------

4 Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Mx ☐ Other

Family name

First given name

5 Postal address

Postcode

6 Do you want this recorded as your permanent postal address?

No ☐

Yes ☐

If you are listed on a Medicare card with others and you do not want the address change applied to everyone on your Medicare card, contact us to transfer to a new card.

7 Daytime phone number (including area code)

Email

8 Prosthesis - **Tick all that apply**

Left breast ☐

Right breast ☐

Bank account details

9 **Read** this before answering the following question.

If you would like to update your bank details for all future Medicare payments, you can use your Medicare online account through myGov.

Where do you want your payment for this claim made?

Current bank account stored with Medicare ☐ **Go to 10**

New bank account ☐ Give details below

Details provided will be recorded as your permanent bank account for all future Medicare payments.

All payments are made through EFT. Payments **cannot** be made via EFT if the nominated account has restrictions on EFT deposits.

Payments cannot be made to an account used exclusively for funding from the National Disability Insurance Scheme.

Name of bank, building society or credit union

Branch number (BSB)

Account number (this may not be the card number)

Account held in the name(s) of



MCA0NH005 2607

بازگرداندن این فرم

بررسی کنید که به همه پرسش‌های مورد نیاز پاسخ داده شده و فرم امضا و تاریخ‌گذاری شده باشد. یک کپی از رسید(های) خود شامل شرح هر خرید را به همراه مطالبه خود ارائه دهید.

این فرم و هرگونه مدرک پشتیبان را از طریق زیر ارسال کنید:

• ارسال از طریق پست به

Services Australia
External Breast Prostheses Reimbursement Program
GPO Box 9822

در شهر پایتخت خود

• ارسال ایمیل به ebpr@servicesaustralia.gov.au

ممکن است در ارسال اطلاعات شخصی از طریق شبکه‌های ناامن یا کانال‌های ایمیل، خطراتی وجود داشته باشد.

• مراجعه حضوری به یکی از مراکز خدمات ما.

Executor or administrator details

Only complete question 10 and 11 if you are the executor or administrator of an estate where the claimant is deceased.

10 Full name of executor or administrator

11 Contact phone number (including area code)

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

12 حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما برای ما مهم است و توسط قانون حفاظت می‌شود. ما این اطلاعات را برای پردازش و مدیریت مطالبات و پرداخت‌های شما و همچنین ارائه خدمات به شما جمع‌آوری می‌کنیم. ما اطلاعات شما را فقط در مواردی با طرف‌های دیگر به اشتراک می‌گذاریم که شما با آن موافقت کرده باشید، یا قانون اجازه داده یا آن را الزامی کرده باشد. برای اطلاعات بیشتر، به servicesaustralia.gov.au/privacypolicy مراجعه کنید

بیانیه رسمی

13 من اعلام می‌کنم که:

- اطلاعات صفحه ۱ این فرم را خوانده‌ام
- به دلیل سرطان، تحت جراحی پستان قرار گرفته‌ام
- مبلغی که برای بازپرداخت مطالبه کرده‌ام، مبلغی است که پرداخت شده است
- از طریق بیمه سلامت خصوصی‌ام (در صورت وجود)، مطالبه بازپرداخت هزینه کرده‌ام
- برای این خرید، واجد شرایط مطالبه بازپرداخت هزینه از اداره امور کهنه‌سربازان (DVA) نیستم
- مجری وصیت‌نامه (Executor) یا مدیر اموال (Administrator of the estate) متوفی هستم (در صورت وجود). مدارک مناسب که من را به عنوان چنین شخصی معرفی می‌کند، به Services Australia ارائه داده‌ام (قبلاً یا به همراه این مطالبه بازپرداخت هزینه)
- اطلاعیه حفظ حریم خصوصی را خوانده، متوجه شده و با آن موافقت می‌کنم
- اطلاعاتی که در این فرم ارائه داده‌ام کامل و درست است.

من آگاه هستم که:

- من یک مطالبه بازپرداخت هزینه برای خرید پروتز بیرونی پستان را دارم
- ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده، یک تخلف جدی محسوب می‌شود.

امضای درخواست‌کننده

تاریخ (روز ماه سال)