

Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

จะใช้แบบฟอร์มนี้เมื่อใด

ใช้แบบฟอร์มนี้หากคุณสามารถชำระเงินค่าเต้านมเทียมภายนอกชิ้นใหม่หรือเพื่อทดแทนชิ้นเดิม ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2551 เป็นต้นไป

โครงการจ่ายเงินคืนสำหรับเต้านมเทียมภายนอก

คุณสามารถขอรับเงินคืนสำหรับอวัยวะเทียมหนึ่งข้างได้สูงสุด 400 ดอลลาร์หรือสูงสุด 800 ดอลลาร์ หากคุณจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียมสำหรับเต้านมทั้งสองข้างหลังการผ่าตัด เงินชดเชยจำนวนนี้อาจครอบคลุมอวัยวะเทียมภายนอกหรืออวัยวะเทียมสำหรับว้ายน้ำภายนอกสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม เนื่องจากมะเร็ง ซึ่งรวมถึง:

- การผ่าตัดเต้านมออกทั้งสองข้าง
- การผ่าตัดเต้านมเพื่อป้องกันล่วงหน้า - การผ่าตัดเพื่อป้องกัน
- การผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน
- การผ่าตัดก้อนเนื้อ

ใครสามารถขอใช้สิทธิ์ได้

คุณสามารถขอใช้สิทธิ์ได้ หากคุณ:

- ลงทะเบียนใน Medicare
- ได้รับการผ่าตัดเต้านมเนื่องจากมะเร็ง
- ไม่เคยใช้อวัยวะเทียมและไม่เคยขอใช้สิทธิ์ภายใต้โครงการนี้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

หากคุณได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากกระทรวงกิจการทหารผ่านศึก (DVA) ให้ขอใช้สิทธิ์ของคุณผ่าน DVA

หากบุคคลใดใช้อวัยวะเทียมก่อนเสียชีวิต ผู้จัดการมรดกหรือผู้ดูแลทรัพย์สินสามารถยื่นคำร้องขอใช้สิทธิ์ได้ ทั้งนี้ ต้องแนบเอกสารที่ระบุตัวบุคคลนั้นว่าเป็นผู้จัดการมรดกหรือผู้ดูแลทรัพย์สินมาพร้อมคำร้องขอใช้สิทธิ์นี้ (หากยังไม่ได้นับมาก่อนหน้านี้)

คุณสามารถขอใช้สิทธิ์นี้ได้บ่อยแค่ไหน

คุณสามารถขอรับเงินคืนสำหรับอวัยวะเทียมแต่ละชิ้นได้เพียงหนึ่งครั้งในทุก ๆ 2 ปี เราจะใช้ข้อมูลวันที่ในใบเสร็จรับเงินของคุณเพื่อตรวจสอบว่าครบ 2 ปีแล้วหรือไม่ นับตั้งแต่ที่คุณได้รับเงินคืนครั้งล่าสุด

หากคุณใช้อวัยวะเทียมชิ้นนี้นานน้อยกว่า 2 ปี คุณสามารถขอใช้สิทธิ์สำหรับการซื้อของใหม่แทนได้เฉพาะกรณีที่เป็นการเพราะเหตุผลการแพทย์เท่านั้น การขอใช้สิทธิ์นี้จะต้องมีจดหมายจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้อื่นที่อธิบายถึงเหตุผลทางการแพทย์ว่าทำไมคุณจำเป็นต้องมีอวัยวะเทียม

คุณไม่สามารถขอใช้สิทธิ์เปลี่ยนอวัยวะเทียมที่ซื้อมาครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 2 ปีด้วยเหตุผลว่า:

- เลือกผิด
- ไม่พอดี
- เปลี่ยนใจ
- คุณภาพของอวัยวะเทียมเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการใช้งานประจำวัน
- ขาดหรือเสียหาย

หากเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งเหล่านี้ โปรดติดต่อผู้จำหน่ายอวัยวะเทียมของคุณ

ก่อนที่คุณจะขอใช้สิทธิ์

คุณจะต้องซื้ออวัยวะเทียมชิ้นนั้นมาก่อนที่คุณจะสามารถขอใช้สิทธิ์เบิกเงินจากเราได้ หากคุณ:

- มีประกันสุขภาพส่วนตัว คุณต้องยื่นเรื่องเบิกเงินผ่านบริษัทประกันก่อนจึงจะสามารถขอใช้สิทธิ์เบิกเงินจากเราได้
- ได้รับเงินช่วยเหลือจาก Centrelink โปรดตรวจสอบว่าคุณมีสิทธิ์ได้รับเงินล่วงหน้าเพื่อช่วยในการชำระค่าอวัยวะเทียมหรือไม่

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดไปที่

servicesaustralia.gov.au/advancepayments

จำนวนเงินที่คุณจะได้รับคืน

จำนวนเงินทั้งหมดที่เราจะคืนให้ขึ้นอยู่กับค่าของอวัยวะเทียมของคุณและเงินที่ได้รับจากประกันสุขภาพส่วนตัวหรือเงินคืนจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งเป็นวงเงินสูงสุด 400 ดอลลาร์สำหรับอวัยวะเทียมแต่ละชิ้น เราจะใช้รายละเอียดในคำขอใช้สิทธิ์รับเงินชดเชยของคุณมาคำนวณว่าคุณจะได้รับเท่าไร

ตัวอย่างจำนวนเงินที่เราจ่าย

หากคุณใช้อวัยวะเทียมหนึ่งชิ้นราคา 130 ดอลลาร์ เราจะคืนเงินให้คุณเต็มจำนวน 130 ดอลลาร์

หากคุณได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งสองข้างและซื้อเต้านมเทียม 2 ชิ้นในราคา 800 ดอลลาร์ เราจะคืนเงินให้คุณเต็มจำนวน 800

ดอลลาร์ หากคุณซื้อเต้านมเทียมในราคา 500 ดอลลาร์และได้รับเงินคืน 200 ดอลลาร์จากบริษัทประกันสุขภาพส่วนตัวของคุณ เราจะจ่ายเงินคืนให้คุณ 200 ดอลลาร์ ซึ่งเป็นส่วนต่างระหว่างวงเงินสูงสุด 400 ดอลลาร์กับจำนวนเงินที่คุณได้รับคืน

สิ่งที่คุณไม่สามารถขอเบิกคืนได้คือ

ชุดชั้นในหรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น ผ้าคลุมเต้านมเทียม แผ่นปิดหัวนม ชุดว้ายน้ำหลังผ่าตัด เต้านมเทียมภายใน หรือการผ่าตัดสร้างเต้านม

เราจะจ่ายเงินให้คุณอย่างไร

เราจะจ่ายเงินคืนให้คุณโดยการโอนเงินอิเล็กทรอนิกส์ (EFT) ไปยังบัญชีธนาคารที่คุณระบุไว้ เราจะส่งใบแจ้งยอดไปยังที่อยู่ทางไปรษณีย์ที่คุณระบุไว้เพื่อแสดงจำนวนเงินที่โอนเข้าบัญชีธนาคารของคุณ

เราดำเนินการเรื่องการขอใช้สิทธิ์ส่วนใหญ่ภายใน 10 วันทำการ

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดไปที่ servicesaustralia.gov.au/ebprp หรือโทรหาเราที่ 132 011

ข้อมูลเป็นภาษาไทย

เราสามารถแปลเอกสารที่คุณจำเป็นต้องใช้สำหรับการขอใช้สิทธิ์ของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการพูดคุยกับเราเป็นภาษาไทย โปรดโทร 132 011

ความช่วยเหลือด้านการได้ยินและการพูด

หากคุณมีปัญหาด้านการได้ยินหรือการพูด คุณสามารถใช้บริการ

- National Relay Service ที่หมายเลข **1800 555 660** หรือ
- บริการ TTY ของเราที่หมายเลข **1800 810 586** คุณต้องมีโทรศัพท์ TTY เพื่อใช้บริการนี้

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการสื่อสาร โปรดไปที่ servicesaustralia.gov.au และค้นหาคำว่า 'accessibility'



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

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)

ประกาศเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว

12 ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของคุณมีความสำคัญต่อเรา และได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย เราเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เพื่อให้เราสามารถประมวลผลและจัดการคำร้องและการชำระเงินของคุณ และให้บริการแก่คุณ เราจะแบ่งปันข้อมูลของคุณกับบุคคลอื่นก็ต่อเมื่อคุณได้ตกลงยินยอมแล้ว หรือเมื่อกฎหมายอนุญาตหรือกำหนดไว้เท่านั้น สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดไปที่ servicesaustralia.gov.au/privacypolicy

คำรับรอง

13 ฉันขอรับรองว่า:

- ฉันได้อ่านข้อมูลในหน้า 1 ของแบบฟอร์มนี้แล้ว
- ฉันได้รับการผ่าตัดเต้านมเนื่องจากโรคมะเร็ง
- จำนวนเงินที่เรียกร้องได้รับการชำระแล้ว
- ฉันได้เรียกร้องผ่านประกันสุขภาพส่วนตัวของฉันแล้ว (ถ้ามี)
- ฉันไม่มีสิทธิ์เรียกร้องความช่วยเหลือทางการเงินจากกระทรวงกิจการทหารผ่านศึกสำหรับการซื้อครั้งนี้
- ฉันเป็นผู้จัดการมรดกหรือผู้ดูแลมรดกที่ดำเนินการในนามของกองมรดกของผู้ขอใช้สิทธิ์ที่เสียชีวิต (ถ้ามี) ฉันได้จัดเอกสารที่เหมาะสมให้ Services Australia แล้ว (ก่อนหน้านี้หรือพร้อมกับการขอให้สิทธิ์ครั้งนี้) เพื่อระบุตัวตนของฉัน ได้แก่
- ฉันได้อ่าน เข้าใจ และตกลงยอมรับประกาศความเป็นส่วนตัว
- ข้อมูลที่ฉันให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ครบถ้วนและถูกต้อง

ฉันเข้าใจว่า:

- ฉันกำลังใช้สิทธิ์ขอรับเงินคืนสำหรับการซื้อเต้านมเทียมภายนอก
- การให้ข้อมูลเท็จหรือทำให้เข้าใจผิดเป็นความผิดร้ายแรง

ลายมือชื่อผู้ขอใช้สิทธิ์

วันที่ (วัน เดือน ปี)

การส่งคืนแบบฟอร์มนี้

ตรวจสอบให้แน่ใจว่าคุณได้ตอบคำถามที่ต้องตอบทั้งหมดและลงชื่อและวันที่บนแบบฟอร์มนี้เรียบร้อยแล้ว แนบสำเนาใบเสร็จรับเงินพร้อมกับคำขอใช้สิทธิ์ของคุณ โดยระบุรายละเอียดของการซื้อแต่ละรายการ

ส่งแบบฟอร์มนี้และเอกสารประกอบใด ๆ โดย:

- ส่งทางไปรษณีย์ไปที่
Services Australia
External Breast Prostheses Reimbursement Program
GPO Box 9822
ในเมืองหลวงของคุณ
- ส่งทางอีเมลไปที่ ebpr@servicesaustralia.gov.au
การส่งข้อมูลส่วนบุคคลผ่านเครือข่ายหรือช่องทางอีเมลที่ไม่ปลอดภัยอาจมีความเสี่ยง
- ส่งด้วยตนเองที่ศูนย์บริการของเรา