

درخواست بازبینی رای عدم پذیرش داروی نسخه‌ای Medicare

از آنجا که ما، Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)، درخواست شما برای پوشش دادن (یا تامین هزینه) داروهای نسخه‌ای نپذیرفته‌ایم، حق ارائه درخواست بازبینی (اعتراض به) این رای برای شما محفوظ است. از تاریخ "اطلاعیه عدم پذیرش پوشش داروی نسخه‌ای Medicare 60 روز فرصت دارید که درخواست بازبینی را ارائه کنید. این فرم را می‌توانید با پست یا نماير برای ما بفرستید:

نشانی:

شماره نماير:

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Attention: Medicare Pharmacy Appeals
P.O. Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

1-866-383-1766

تقاضای تجدید نظر خود را می‌توانید از طریق وبسایت ما به نشانی www.healthnet.com/calmediconnect نیز مطرح کنید. درخواست‌های تجدید نظر سریع به صورت تلفنی با شماره (Los Angeles County) 1-855-464-3571 یا (San Diego County) 1-855-464-3572 (TTY: 711) قابل طرح است. از 8 صبح تا 8 شب دوشنبه تا جمعه می‌توانید با شماره‌های ذکر شده تماس بگیرید. در ساعات غیر اداری، در تعطیلات آخر هفته یا روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در نخستین روز کاری با شما تماس گرفته می‌شود.

چه کسانی می‌توانند درخواست ارائه کنند: پزشک تجویزکننده می‌تواند درخواست استیناف را از طرف شما ارائه کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری (مثلاً یکی از بستگان یا دوستان) از طرف شما درخواست استیناف ارائه کند، آن شخص باید نماینده شما باشد. برای کسب اطلاعات درباره تعیین نماینده با ما تماس بگیرید.

اطلاعات فرد ثبت‌نام کننده

نام فرد ثبت‌نام کننده _____ تاریخ تولد _____

نشانی فرد ثبت‌نام کننده _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

تلفن _____

شماره شناسایی عضو ثبت‌نام کننده _____

بخش زیر را فقط در صورتی پر کنید که فرد ارائه‌کننده این درخواست همان فرد ثبت‌نام کننده نباشد:

نام فرد درخواست‌کننده _____

نسبت فرد درخواست‌کننده با فرد ثبت‌نام کننده _____

نشانی _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

تلفن _____

اسناد نمایندگی مربوط به درخواست‌های استیناف ارائه شده از سوی افرادی غیر از فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده فرد ثبت‌نام کننده:

اسناد نشان‌دهنده نمایندگی فرد ثبت‌نام کننده را پیوست کنید (فرم پر شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل مکتوب آن)؛ البته اگر این اسناد در سطح صدور رای پوشش ارائه نشده باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتصاب نماینده، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با طرح خود یا با

1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

داروی نسخه‌ای درخواستی:

نام دارو: _____ قدرت/مقدار/دوز: _____

آیا در مدت رسیدگی به درخواست استیناف این دارو را خریده‌اید؟ بله خیر

اگر «بله»:

تاریخ خرید: _____ مبلغ پرداخت شده: \$ _____ (رونوشت رسید را پیوست کنید)

نام و شماره تلفن داروخانه: _____

اطلاعات پزشک تجویزکننده

نام _____
نشانی _____
شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
تلفن دفتر _____ نمابر _____
فرد پاسخگو در دفتر _____

نکته مهم: تصمیمگیری سریع

اگر شما یا پزشک تجویزکننده تشخیص دهید که انتظار 7 روزه برای دریافت رای استاندارد ممکن است به جان، سلامت یا توانایی بازیابی عملکرد کامل لطمه بزند، می‌توانید خواستار صدور رای سریع (فوری) شوید. اگر پزشک تجویزکننده ثابت کند که انتظار 7 روزه ممکن است به سلامت شما آسیب جدی بزند، ما به طور خودکار رای خود را ظرف 72 ساعت به شما اعلام می‌کنیم. اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما برای بازنگری سریع را تایید نکند، ما طوری تصمیمگیری می‌کنیم که گویی پرونده شما نیازمند تصمیمگیری سریع است. برای ارائه درخواست بازپرداخت وجهی که قبلاً برای خرید دارو پرداخت کرده‌اید، نمی‌توانید خواستار استیناف فوری شوید.

اگر فکر می‌کنید که باید ظرف 72 ساعت درباره درخواست شما تصمیمگیری شود، این کادر را علامت بزنید (اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما را کتباً تایید کرده است، تاییدیه را به این درخواست پیوست کنید).

دلایل اعتراض خود را ذکر کنید. در صورت لزوم صفحات بیشتری پیوست کنید. اطلاعات تکمیلی را که برای پرونده خود سودمند می‌دانید، پیوست کنید؛ مثلاً تاییدیه پزشک تجویزکننده و پرونده‌های پزشکی مرتبط. ممکن است بخواهید به توضیحاتی که در اطلاعیه عدم پذیرش پوشش داروی نسخه‌ای Medicare که ارائه کرده‌ایم مراجعه کرده و از تجویزکننده خود بخواهید در صورت امکان با توجه به معیارهای پوشش طرح که در نامه عدم پذیرش طرح یا در اسناد طرح آمده است، نامه‌ای بنویسد. نظر تجویزکننده برای توضیح اینکه چرا نمی‌توانید معیارهای پوشش طرح را برآورده کنید و/یا چرا داروهای مورد نیاز طرح از نظر پزشکی برایتان مناسب نیست، مورد نیاز خواهد بود.

امضای فرد ارائه‌کننده درخواست تجدید نظر (فرد ثبت‌نام کننده یا نماینده وی):

تاریخ: _____

برای تلفیق مزایای دو برنامه درمانی و ارائه آنها به افراد تحت پوشش خود، برنامه بهداشتی درمانی Health Net Community Solutions, Inc، با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8:00 a.m. to 8:00 p.m, Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً اتصل بالرقم 1-855-464-3571 في Los Angeles County والرقم 1-855-464-3572 في San Diego County (TTY: 711) من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Ջանգահարեք 1-855-464-3571 Los Angeles County-ում կամ 1-855-464-3572 San Diego County-ում (TTY՝ 711) երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

CAMBODIAN (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ហៅលេខ 1-855-464-3571 ក្នុង Los Angeles County ឬ 1-855-464-3572 ក្នុង San Diego County (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពី ម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានហៅបកមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

CHINESE

請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Los Angeles County 1-855-464-3571 或 San Diego County 1-855-464-3572 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

FARSI

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 در Los Angeles County یا 1-855-464-3572 در San Diego County (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است

KOREAN

알림: 귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Los Angeles County: 1-855-464-3571 또는 San Diego County: 1-855-464-3572 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 в Los Angeles County или 1-855-464-3572 в San Diego County (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.

SPANISH

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 en Los Angeles County o 1-855-464-3572 en San Diego County (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

TAGALOG

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tawagan ang 1-855-464-3571 sa Los Angeles County o 1-855-464-3572 sa San Diego County (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

VIETNAMESE

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng gọi 1-855-464-3571 ở Los Angeles County hoặc 1-855-464-3572 ở San Diego County (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ասյա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).