



Medicare-ի կողմից դեղատոմսային դեղի մերժման վերանայման հայց

Քանի որ մենք՝ Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) բժշկական ապահովագրության պլանը, մերժել ենք Ձեր՝ դեղատոմսային դեղի ծածկման (կամ դրա վճարման) վերաբերյալ հայցը, Դուք իրավունք ունեք մեզ խնդրել վերանայել (բողոքարկել) մեր որոշումը: Դուք Medicare-ի կողմից դեղատոմսային դեղի ծածկման մերժման վերաբերյալ մեր ծանուցման օրվանից 60 օրվա ընթացքում պետք է խնդրեք մեզ վերանայել այն: Այս ձևաթուղթը կարող էք մեզ ուղարկել էլեկտրոնային փոստով կամ ֆաքսով:

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

Ֆաքսի համարը՝
1-866-388-1766

Դուք նաև կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը մեր՝ mmp.healthnetcalifornia.com կայքի միջոցով: Արագացված բողոքարկման հայցերը կարող եք ներկայացնել՝ զանգահարելով 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) հեռախոսահամարներով (TTY՝ 711): Աշխատանքային ժամերն են՝ 8:00-ից մինչև 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Աշխատանքային ժամերից դուրս կամ շաբաթ-կիրակի և տոն օրերին Դուք կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Ով կարող է հայց ներկայացնել. Ձեր նշանակողն ինքը կարող է բողոքարկել Ձեր անունից: Եթե ցանկանում եք, որ մեկ այլ անձ (օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ընկերը) Ձեր համար բողոքարկման հայց ներկայացնի, այդ անձը պետք է լինի Ձեր ներկայացուցիչը: Դիմեք մեզ՝ իմանալու, թե ինչպես նշել ներկայացուցչին:

Անդամագրվածի վերաբերյալ տեղեկություններ

Անդամագրվածի անունը _____ Ծննդյան ամսաթիվը _____

Անդամագրվածի հասցեն _____

Քաղաքը _____ Նահանգը _____ Փոստային դասիչը _____

Հեռախոսահամարը _____

Անդամագրվածի նույնականացման համարը _____

Այս բաժինը լրացրեք ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, եթե դիմողն անդամագրված անձը չէ.

Դիմողի անունը _____

Դիմողի փոխհարաբերությունը անդամագրվածի հետ _____

Հասցեն _____

Քաղաքը _____ Նահանգը _____ Փոստային դասիչը _____

Հեռախոսահամարը _____

Բողոքարկման հայցի փաստաթղթերը անդամագրվածից կամ անդամագրվածի նշանակողից գատ այլ անձի կողմից ներկայացնելիս.

Կցեք փաստաթղթեր՝ նշելով այն մարմինը, որը ներկայացնում է անդամագրվածին (լրացված Ներկայացուցչի լիազորման CMS-1696 ձևաթուղթ կամ դրան համարժեք գրավոր փաստաթուղթ), եթե այն չի ներկայացվել ծածկույթի որոշման մակարդակով: Ներկայացուցիչ նշանակելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Ձեր պլանին կամ 1-800-Medicare (1-800-633-4227) հեռախոսահամարներով (TTY՝ 1-877-486-2048)՝ շուրջօրյա և առանց հանգստյան օրերի:

Ձեր կողմից հայցվող դեղատոմսային դեղը.

Դեղի անվանումը՝ _____ Դեղաչափը/քանակը/չափաբաժինը՝ _____

Դուք գնե՞լ եք դեղը, որի համար սպասում եք վերանայման հայցի պատասխանի:
 Այո Ոչ

Եթե «Այո».

Գնման ամսաթիվը՝ _____ Վճարված գումարը՝ \$ _____
(կցեք անդորրագիրը)

Դեղատան անվանումը և հեռախոսահամարը՝ _____

Նշանակողի վերաբերյալ տեղեկություններ

Անունը _____

Հասցեն _____

Քաղաքը _____ Նահանգը _____ Փոստային դասիչը _____

Աշխատանքային հեռախոսահամարը _____ Ֆաքսի համարը _____

Գրասենյակի կոնտակտային անձը _____

Կարևոր նշում՝ արագացված որոշումներ

Եթե Ձեր նշանակողը կարծում է, որ ստանդարտ որոշման համար 7 օր սպասելը կարող է լրջորեն վտատգել Ձեր կյանքը, առողջությունը կամ առավելագույն գործունակությունը վերականգնելու կարողությունը, Դուք կարող եք խնդրել որոշում կայացնել արագացված (արագ) ընթացակարգով: Եթե Ձեր նշանակողը նշում է, որ 7 օր սպասելը կարող է լրջորեն վտանգել Ձեր առողջությունը, մենք 72 ժամվա ընթացքում ավտոմատ կերպով Ձեզ կներկայացնենք որոշումը: Եթե արագացված գործընթացով որոշում ստանալու հարցում չստանաք Ձեր նշանակողի աջակցությունը, մենք կորոշենք, թե արդյոք Ձեր դեպքի համար արագ որոշում կայացնելու անհրաժեշտություն կա: Դուք չեք կարող պահանջել արագացված ընթացակարգով որոշում, եթե մեզ խնդրում եք փոխհատուցել արդեն իսկ ստացած դեղի համար:

ՆՇԵՔ ԱՅՍ ՎԱՆԴԱԿԸ, ԵԹԵ ԿԱՐԾՈՒՄ ԵՔ, ՈՐ 72 ԺԱՍՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԿԱՅԱՑՎՈՂ ՈՐՈՇՄԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ (Եթե Ձեր նշանակողից օժանդակող տեղեկանք ունեք, այն այս հայցին կցեք):

Խնդրում ենք բացատրել բողոքարկման Ձեր պատճառները: Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր: Կցեք ցանկացած լրացուցիչ տեղեկություն, որն, ըստ Ձեզ, կարող է օգնել Ձեր գործին, օրինակ, տեղեկանք Ձեր նշանակողից և համապատասխան բժշկական փաստաթղթեր: Միգուցե Ձեզ անհրաժեշտ լինի հղվել Medicare-ի կողմից դեղատոմսային դեղի ծածկման մերժման վերաբերյալ ծանուցման մեջ մեր կողմից տրված բացատրությանը և խնդրել Ձեր նշանակողին նշել Պլանի ծածկման չափանիշը, եթե առկա է, ինչպես դա նշված է Պլանի մերժման նամակում կամ Պլանի այլ փաստաթղթերում: Անհրաժեշտ կլինի ստանալ Ձեր նշանակողի կարծիքը՝ բացատրելու, թե ինչու չեք կարող համապատասխանել Պլանի ծածկման չափանիշին և/կամ ինչու Պլանի կողմից պահանջվող դեղերը համապատասխան չեն Ձեզ բժշկական տեսանկյունից:

Վերանայման հայց ներկայացնող անձի (անդամագրվածի կամ ներկայացուցչի) ստորագրությունը

_____ Ամսաթիվ՝ _____