



**សំណើសុំការសម្រេចចិត្តឡើងវិញនៃការបដិសេធផ្តាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare**

ពីព្រោះយើង Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan) បានបដិសេធការស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការរ៉ាប់រង (ឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់) ផ្តាំតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តឡើងវិញ (បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍) លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ អ្នកមាន រយៈពេល 60 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធជាធានារ៉ាប់រងលើផ្តាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការបញ្ជាក់ឡើងវិញ។  
សំណុំបែបបទនេះអាចត្រូវបានផ្ញើមកយើងតាមសំបុត្រ ឬទូរសារ៖

អាសយដ្ឋាន៖ លេខទូរសារ៖  
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 1-866-388-1766  
Attention: Medicare Pharmacy Appeals  
P.O. Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកយើងតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើង [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)។  
សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើយ៉ាងឆាប់រហ័សអាចត្រូវបានធ្វើតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)។  
ម៉ោងធ្វើការគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។  
នៅក្រៅម៉ោងធ្វើការ នៅថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។  
យើងខ្ញុំនឹងទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

**អ្នកដែលអាចធ្វើការស្នើសុំ៖** អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសអ្នក។  
ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ)  
ធ្វើការស្នើសុំសម្រាប់អ្នក នោះបុគ្គលម្នាក់នោះ ត្រូវតែជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។  
សូមទាក់ទងមកយើងដើម្បីដឹងពីរបៀបចុះឈ្មោះអ្នកតំណាង។

**ព័ត៌មានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ:**

ឈ្មោះរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ហ្សឺបកូដ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

**បំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកដែលធ្វើសំណើនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះ:**

ឈ្មោះរបស់អ្នកស្នើសុំ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកស្នើសុំ និងអ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ហ្សឺបកូដ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_

**ឯកសារតំណាងសម្រាប់ការស្នើសុំដែលធ្វើឡើងដោយបុគ្គលណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះ  
ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ:**

**ភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីការផ្តល់សិទ្ធិ ដើម្បីតំណាងអ្នកចុះឈ្មោះ  
(សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជាតំណាងដែលបំពេញរួច CMS-1696 ឬ  
ជាឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលប្រហាក់ប្រហែល) ប្រសិនបើវាមិនត្រូវបាន  
ប្រគល់នៅកម្រិតការកំណត់លើធានារ៉ាប់រងនោះទេ។  
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការណាត់ជួបអ្នកតំណាង សូមទាក់ទងគម្រោងរបស់អ្នក ឬ  
1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048),  
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។**

**ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ:**

ឈ្មោះថ្នាំ: \_\_\_\_\_ កម្លាំង/បរិមាណ / ដូស: \_\_\_\_\_

តើអ្នកបានទិញថ្នាំដែលកំពុងរង់ចាំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស":

កាលបរិច្ឆេទដែលបានទិញ: \_\_\_\_\_

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់: \$ \_\_\_\_\_ (ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃ)

ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់ឱសថស្ថាន: \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មាន របស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ហ្សឺបកូដ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទការិយាល័យ \_\_\_\_\_ ទូរសារ \_\_\_\_\_

ឬគ្រូលទ្ធនាកន្លែងប្រចាំការិយាល័យ \_\_\_\_\_

**កំណត់ចំណាំសំខាន់៖ ការសម្រេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័ស**

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿថា ការរង់ចាំ 7 ថ្ងៃ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តស្តង់ដារអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសុខភាពជាអតិបរមាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័សបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្ហាញថាការរង់ចាំរយៈពេល 7 ថ្ងៃ អាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ការស្នើសុំជាបន្ទាន់ នោះយើងនឹងសម្រេចចិត្តថា តើករណីរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការសម្រេចចិត្ត យ៉ាងឆាប់រហ័សឬយ៉ាងណា។ ក្នុងករណីអ្នកមិនអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបានឡើយ ប្រសិនបើលោក អ្នកកំពុងស្នើសុំយើងឱ្យសងដល់លោកអ្នកវិញសម្រាប់ថ្នាំដែលលោកអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

**សូមផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកត្រូវការការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ប្រសិនបើអ្នកមានលិខិតគាំទ្របញ្ជាក់ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមភ្ជាប់វាទៅនឹងសំណើនេះ)។**

**សូមពន្យល់ពីហេតុផលរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។** ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។ ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែមណាមួយដែលអ្នកជឿថា អាចជួយករណីរបស់អ្នក ដូចជា សេចក្តីថ្លែងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធ។ អ្នកប្រហែលជាចង់សំដៅទៅលើ ការពន្យល់ដែលយើងបានផ្តល់ជូននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធការគ្របដណ្តប់ថ្នាំ វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ហើយឱ្យអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបញ្ជាក់ពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្របដណ្តប់នៃគម្រោង ប្រសិនបើមានដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងលិខិតបដិសេធនៃគម្រោង ឬនៅក្នុងឯកសារគម្រោងផ្សេងទៀត។ ធាតុចូលពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាច បំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្របដណ្តប់នៃគម្រោង និង / ឬមូលហេតុដែលថ្នាំដែលតម្រូវដោយគម្រោងនេះមិនសមស្របជាលក្ខណៈវេជ្ជសម្រាប់អ្នក។

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ហត្ថលេខារបស់មនស្សីដែលស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (អ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ)៖**  
\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_