

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 نمابر برای ما بفرستید:

نشانی:

شماره نمابر:

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 کرده اید، 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: _____