



Medicare 처방약 승인 거부에 대한 재결정 요청

저희 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)에서 귀하의 처방약의 혜택 보장(비용 지급)에 대한 요청을 거부하였으므로, 귀하는 저희 결정에 대한 재결정(이의제기)을 요청할 자격이 있습니다. 본 Medicare 처방약 혜택 보장 통지에 명시된 날짜로부터 60 일까지 저희에게 재결정 요청을 하실 수 있습니다. 본 양식을 우편 또는 팩스로 저희에게 보내시면 됩니다.

주소:

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

팩스 번호:

1-866-388-1766

또한 저희 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com 를 통해 이의제기를 요청하실 수 있습니다. 긴급 이의제기는 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)로 전화하여 요청하실 수 있습니다. 저희 운영 시간은 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 영업 외 시간과 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일/업무일 내로 귀하께 답신 전화를 드릴 것입니다.

요청을 할 수 있는 사람: 귀하의 처방자가 귀하를 대신하여 이의제기 요청을 할 수 있습니다. 다른 사람(예: 가족 또는 친구)이 귀하를 대신해 이의제기를 요청해 주기를 원하신다면 그 사람은 귀하의 대리인이어야 합니다. 대리인 지명 방법에 대해 알아보려면 문의해 주십시오.

가입자 정보

가입자 성명 _____ 생년월일 _____

가입자 주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화 _____

가입자 ID 번호 _____

요청자가 가입자가 아닌 경우에만 다음 섹션을 작성하십시오.

요청자 성명 _____

요청자와 가입자의 관계 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화 _____

가입자 또는 가입자의 처방자가 아닌 다른 사람이 이의제기 요청을 하는 경우 대리 문서:

혜택 보장 결정 시 제출되지 않았을 경우 가입자를 대리할 권한이 있음을 보여주는 문서를 첨부하십시오(대리 권한 양식 **CMS-1696** 또는 이에 준하는 서면 문서). 대리인 지정에 관한 자세한 정보를 원하시면, 플랜에 문의하거나 **1-800-Medicare(1-800-633-4227)**

(TTY: 1-877-486-2048)로 연중무휴 24 시간 문의하십시오.

요청할 처방약:

약품 이름: _____ 강도/수량/용량: _____

이의제기 진행 중인 약품을 이미 구입하셨습니까? 예 아니요

“예”일 경우:

구입일: _____ 지불 금액: \$ _____ (영수증을 첨부하십시오)

약국 이름 및 전화번호: _____

처방자 정보

이름 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

사무실 전화번호 _____ 팩스 _____

사무실 담당자 _____

중요 메모: 신속한 결정

귀하 또는 처방자가 판단하기에 7 일을 기다리는 것이 귀하의 생명이나 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 중대한 해를 끼칠 수 있다고 생각되는 경우, 신속한(빠른) 결정을 요청할 수 있습니다. 7 일을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 처방자가 적시하는 경우, 자동으로 72 시간 내에 결정을 내려 알려드립니다. 처방자로부터 신속 이의제기 요청을 위한 도움을 받지 못하는 경우, 귀하의 케이스가 빠른 결정이 요구되는 것인지 저희가 결정하게 됩니다. 귀하가 이미 수령한 약품에 대해 귀하에게 비용을 다시 지불할 것을 저희에게 요청하고 있는 경우 귀하는 신속 이의제기를 요청할 수 없습니다.

72 시간 이내에 결정이 필요하다고 생각하는 경우 이 공란에 체크

표시하십시오(처방자로부터 증빙 내역서를 받은 경우, 본 요청과 함께 첨부 요망).

이의제기에 대한 이유를 설명해 주십시오. 필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오. 귀하의 처방자로부터 받은 입증 진술서 및 관련 의료 기록 등 귀하의 케이스에 도움이 될 것이라고 여겨지는 추가 정보를 첨부하십시오. 저희가 Medicare 처방약 보장 승인 거부 통지서에 제시한 설명을 참조하시고, 플랜의 거부 통지서 또는 다른 플랜 문서에 플랜의 보장 기준이 나와 있으면 처방자에게 검토해달라고 요청하실 수 있습니다. 귀하가 플랜의 보장 기준을

충족하지 못하는 이유 및/또는 플랜에서 요구하는 약품이 귀하에게 의학적으로 적절하지 않은 이유를 설명하기 위해 처방자의 의견이 필요합니다.

이의제기 요청자 서명(가입자 또는 대리인):

_____ 날짜: _____