



Yêu Cầu Tái Xét Từ Chối Bao Trả Thuốc Kê Toa của Medicare

Do chúng tôi, Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), đã từ chối yêu cầu của quý vị về việc bao trả (hay thanh toán) cho thuốc kê toa, nên quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi tái xét (kháng nghị) quyết định của chúng tôi. Quý vị có 60 ngày kể từ ngày Thông Báo Từ Chối Bao Trả Thuốc Kê Toa Medicare để yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định. Quý vị có thể gửi biểu mẫu này cho chúng tôi qua bưu điện hoặc fax:

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

Quý vị cũng có thể kháng nghị qua trang web chúng tôi tại địa chỉ mmp.healthnetcalifornia.com. Quý vị có thể gửi yêu cầu kháng nghị giải quyết nhanh theo số 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). Giờ làm việc là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Sau giờ làm việc, cuối tuần và vào ngày nghỉ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được trả lời trong ngày làm việc tiếp theo.

Ai Có Thể Đưa Ra Yêu Cầu: Bác sĩ kê toa của quý vị có thể kháng nghị thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (chẳng hạn như thân quyến hay bằng hữu) đưa ra yêu cầu thay cho quý vị, thì người đó phải là người đại diện của quý vị. Hãy liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông Tin Người Ghi Danh

Tên Người Ghi Danh _____ Ngày Sinh _____

Địa Chỉ Người Ghi Danh _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Điện thoại _____

Số ID Hội Viên của Người Ghi Danh _____

CHỈ điền thông tin vào các phần sau đây nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là người ghi danh:

Tên Người Yêu Cầu _____

Mối Quan Hệ của Người Yêu Cầu với Người Ghi Danh _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Điện thoại _____

Tài liệu về việc đại diện gửi yêu cầu kháng nghị của người khác thay cho người ghi danh hoặc bác sĩ kê toa của người ghi danh:

Đính kèm tài liệu thể hiện thẩm quyền đại diện cho người ghi danh (Biểu Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 đã điền hoặc một văn bản tương đương) nếu tài liệu không được nộp ở cấp đưa ra quyết định bao trả. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định đại diện, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc theo số 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.

Thuốc kê toa quý vị đang yêu cầu bao trả:

Tên thuốc: _____ Nồng độ/số lượng/liều dùng: _____

Quý vị đã mua thuốc đang chờ xét xử kháng nghị chưa? Rồi Chưa

Nếu "Rồi":

Ngày mua: _____ Số tiền đã trả: \$ _____ (đính kèm bản sao hóa đơn)

Tên và số điện thoại của nhà thuốc: _____

Thông Tin Bác Sĩ Kê Toa

Họ tên _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Điện Thoại Văn Phòng _____ Fax _____

Người Liên Hệ tại Văn Phòng _____

Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Giải Quyết Nhanh

Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị tin rằng việc chờ 7 ngày theo tiêu chuẩn để nhận quyết định có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến mạng sống, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị thì quý vị có thể yêu cầu quyết định giải quyết nhanh (xử lý nhanh). Nếu bác sĩ kê toa của quý vị cho rằng việc chờ 7 ngày có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ bác sĩ kê toa của mình cho yêu cầu giải quyết nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần quyết định giải quyết nhanh hay không. Quý vị không thể yêu cầu kháng nghị giải quyết nhanh nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi trả lại số tiền cho thuốc kê toa mà quý vị đã nhận được.

XIN ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ TIN RẰNG QUÝ VỊ CẦN NHẬN ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 72 GIỜ (nếu quý vị có tài liệu hỗ trợ từ bác sĩ kê toa của mình, hãy gửi kèm theo yêu cầu này).

Vui lòng giải thích lý do kháng nghị của quý vị. Đính kèm thêm các trang giấy, nếu cần. Đính kèm thêm thông tin mà quý vị tin rằng sẽ hỗ trợ cho trường hợp của mình, chẳng hạn như tuyên bố từ bác sĩ kê toa và hồ sơ bệnh án có liên quan. Quý vị có thể muốn tham khảo thông tin giải thích mà chúng tôi đưa ra trong Thông Báo Từ Chối Bao Trả Thuốc Kê Toa Medicare và yêu cầu bác sĩ kê toa của quý vị xem xét các tiêu chí bao trả của Chương trình, nếu có, như nêu trong thư từ chối của Chương trình hoặc trong các tài liệu khác của Chương trình. Thông tin từ bác sĩ kê toa của quý vị là cần thiết để giải thích lý do tại sao quý vị không thể đáp ứng các tiêu chí bao trả của Chương trình và/hoặc tại sao các loại thuốc mà Chương trình yêu cầu không phù hợp về mặt y tế cho quý vị.

Chữ ký của người yêu cầu kháng nghị (người ghi danh hoặc đại diện của người ghi danh):

Ngày: _____