សំណើសម្រាប់ការកំណត់ឡើងវិញអំពីការបដិសេធចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) បានបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង (ឬការទូទាត់សម្រាប់) ____។

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំកំណត់ឡើងវិញ (បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍) អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

ប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ។

- អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹងរបស់យើងអំពីការបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare។
- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងខ្ញុំតាមរយៈ https://www.hpsj.com/member-appeal/#top. ។
- សំណើ បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍ ពន្លឿន អាច ត្រូវ បាន ធ្វើ ឡើង តាម ទូរសព្ទ តាមរយៈ 1-833-546-0796, TTY 711..

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសអ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ) ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យអ្នក បុគ្គលនោះត្រូវតែជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-833-546-0796, TTY 711. ដើម្បីរៀនពីរបៀបជ្រើសរើសអ្នកតំណាង។

ព័ត៌មានអំពីអ្នកចុះឈ្មោះរបស់គម្រោង

ឈ្មោះរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖ ____

លេខសម្គាល់សមាជិក៖ ____________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)៖ ________________

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖ ____

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់៖ ____

ទូរសព្ទ៖ ____

ព័ត៌មានអំពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា និងវេជ្ជបញ្ជា

ឈ្មោះឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ៖ ____

រយៈពេលនៃប្រសិទ្ធភាពឱសថ/បរិមាណឱសថ/កម្រិតដូស៖ ____________________________

ឈ្មោះរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា៖ ____

អាសយដ្ឋានរបស់ការិយាល័យ៖ ____

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខ កូដ តំបន់៖ ____

ទូរសព្ទរបស់ការិយាល័យ៖ ______________________ ទូរសាររបស់ការិយា៖

____

អ្នកទំនាក់ទំនងនៅការិយាល័យ៖ ____

តើអ្នកបានទិញឱសថនេះរួចហើយឬនៅ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស៖

កាលបរិច្ឆេទដែលបានទិញ៖ ________________ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់៖ ________

(ឯកសារភ្ជាប់មកជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃ)

ឈ្មោះរបស់ឱសថស្ថាន៖ ____

លេខទូរសព្ទរបស់ឱសថស្ថាន៖ ____

តើអ្នកត្រូវការសេចក្តីសម្រេចពន្លឿន (រហ័ស) ដែរឬទេ?

☐ **សូមគូសធីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវការសេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។**

ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមភ្ជាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រនេះទៅនឹងសំណើនេះ។

- ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿថា ការរង់ចាំរយៈពេល 7 ថ្ងៃសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចស្តង់ដាដែលអាចប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរិមាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេច (រហ័ស)។
- ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្ហាញថាការរង់ចាំរយៈពេល 7 ថ្ងៃអាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ អ្នក មិន អាច ស្នើ សុំ បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន បាន ទេ ប្រសិន បើ អ្នកកំពុង ស្នើសុំ ឱ្យ យើងខ្ញុំទូទាត់ប្រាក់ឱ្យ អ្នក វិញ សម្រាប់ឱសថ ដែល អ្នក បាន ទទួល រួច ហើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿនទេ នោះយើងនឹងសម្រេចថាតើករណីរបស់អ្នកទាមទារឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចរហ័សដែរឬទេ។

សូមពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកគិតថាឱសថនេះគួរត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

- ភ្ជាប់មកជាមួយនូវព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកគិតថាអាចជួយករណីរបស់អ្នកបាន ដូចជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- រួមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare
- អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចបំពេញតាមវិធាននៃការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងរបស់យើង និង/ឬមូលហេតុដែលឱសថទាំងនោះត្រូវបានតម្រូវដោយគម្រោងនេះមិនសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក។
- ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងគួរពិចារណា៖ ____

  ____

  ____

ព័ត៌មានអំពីអ្នកតំណាង

បំពេញផ្នែកនេះលុះត្រាតែបុគ្គលនេះកំពុងធ្វើសំណើនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះ ឬជាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ។ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកដើម្បីតំណាងឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះ (ដូចជាទម្រង់បែបបទ CMS-1696 ដែលបានបំពេញ ឬសមមូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ) ប្រសិនបើវាមិនត្រូវបានដាក់ជូនទៅកម្រិតកំណត់ការធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការជ្រើសតាំងអ្នកតំណាង

សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-833-546-0796, TTY 711.។

ឈ្មោះរបស់តំណាង៖ ____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ ________________________________

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ ____

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខ កូដ តំបន់៖ ________________________________

ទូរសព្ទ៖ ____

ចុះហត្ថលេខា និងដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (អ្នកចុះឈ្មោះ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកតំណាង)៖

ហត្ថលេខា៖ ________________________________ **បរិច្ឆេទ៖**

____

ទូរសារ ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍នូវទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក និងព័ត៌មានជំនួយណាមួយទៅកាន់៖

អាសយដ្ឋាន៖ MedImpact
10181 Scripps Gateway Ct
San Diego, CA 92131

លេខទូរសារ៖ 1-858-790-6060