Yêu cầu Xác định lại việc Từ chối Thuốc Theo toa của Medicare

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) từ chối yêu cầu bảo hiểm (hoặc thanh toán) _____. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xác định lại (kháng nghị) quyết định của chúng tôi. **Sử dụng mẫu này để kháng nghị quyết định này.**

- Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày kể từ ngày Thông báo Từ chối Bảo hiểm Thuốc Theo toa Medicare của chúng tôi.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị thông qua trang web của chúng tôi tại https://www.hpsj.com/member-appeal/#top.
- Yêu cầu kháng nghị cấp tốc có thể được thực hiện qua điện thoại theo số 1-833-546-0796, TTY 711.

Bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị thay mặt quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (như thành viên gia đình hoặc bạn bè) nộp đơn kháng nghị cho quý vị, người đó phải là người đại diện của quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số 1-833-546-0796, TTY 711 để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông tin người đăng ký chương trình

Tên người ghi danh: _____

Số ID Thành viên: _____ Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố, Tiểu bang, mã Zip: _____

Điện thoại: _____

Thông tin về đơn thuốc &; người kê toa

Tên loại thuốc quý vị yêu cầu: _____

Nồng độ/số lượng/liều dùng: _____

Tên người kê đơn: _____

Địa chỉ văn phòng: _____

Thành phố, Tiểu bang, mã Zip: _____

Điện thoại văn phòng: _____ Fax văn phòng: _____

Người liên hệ của văn phòng: _____

Quý vị đã mua thuốc này? ☐ Có ☐ Không

Nếu CÓ:

Ngày mua: _____ Số tiền đã trả: _____ (đính kèm bản sao biên nhận)

Tên nhà thuốc:_____

Số điện thoại hiệu thuốc:_____

Quý vị có cần quyết định cấp tốc (nhanh) không?

☐ **Đánh dấu ô này nếu quý vị cho rằng mình cần một quyết định trong vòng 72 giờ.** Nếu quý vị có tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ kê toa, hãy đính kèm nó với yêu cầu này.

- Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị tin rằng việc chờ 7 ngày để có một quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một quyết định cấp tốc (nhanh).
- Nếu bác sĩ kê toa cho quý vị biết rằng việc chờ đợi 7 ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ. Quý vị không thể yêu cầu kháng nghị cấp tốc nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho loại thuốc quý vị đã nhận.
- Nếu quý vị không nhận được sự hỗ trợ của bác sĩ kê toa cho kháng nghị nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem vụ việc của quý vị có cần quyết định cấp tốc hay không.

Giải thích tại sao quý vị cho rằng loại thuốc này nên được bao trả

- Đính kèm bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị nghĩ có thể giúp ích cho hồ sơ của mình, như tuyên bố từ bác sĩ kê toa hoặc hồ sơ y tế.
- Gửi kèm bản sao Thông báo Từ chối Bảo hiểm Thuốc Theo toa của Medicare
- Người kê đơn của quý vị sẽ cần giải thích lý do tại sao quý vị không thể đáp ứng các quy định bảo hiểm của chương trình chúng tôi và/hoặc tại sao các loại thuốc mà chương trình yêu cầu lại không phù hợp về mặt y tế cho quý vị.
- Thông tin khác mà chúng tôi nên xem xét:

  _____

  _____

Thông tin người đại diện

CHỈ hoàn thành phần này nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là người ghi danh hoặc người kê toa của người ghi danh. Quý vị phải đính kèm tài liệu thể hiện thẩm quyền đại diện cho người ghi danh (như Mẫu CMS-1696 đã điền đầy đủ hoặc văn bản tương đương) nếu tài liệu không được nộp ở cấp xác định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, Gọi cho chúng tôi theo số 1-833-546-0796, TTY 711.

Tên người đại diện: _____

Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Địa chỉ đường phố: _____

Thành phố, Tiểu bang, mã Zip: _____

Điện thoại: _____

Ký tên & gửi mẫu này

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

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Fax hoặc gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị và bất kỳ thông tin hỗ trợ nào đến:

Địa chỉ: MedImpact
10181 Scripps Gateway Ct
San Diego, CA 92131

Số Fax: 1-858-790-6060