



Запрос на пересмотр решения об отказе в предоставлении страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), план Medicare Medi-Cal, отклонил Ваш запрос на предоставление страхового покрытия (или об оплате) _____.
Вы имеете право запросить о пересмотре нами принятого решения (подать апелляцию). **Используйте эту форму, чтобы обжаловать наше решение.**

- Вы можете подать апелляцию в течение 65 дней с даты уведомления об отказе в предоставлении страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare.
- Вы также можете подать апелляцию онлайн на нашем веб-сайте **www.caloptima.org/onecare**.
- Срочную апелляцию можно подать по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: 711).

Поставщик услуг, выписавший препарат, может подать апелляцию от Вашего имени. Если Вы хотите, чтобы другой человек (например член семьи или друг) подал апелляцию от Вашего имени, этот человек должен быть назначен в качестве Вашего представителя. Чтобы узнать подробнее о том, как назначить представителя, позвоните нам по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY: 711).

Информация о зарегистрированном в плане участнике

Полное имя зарегистрированного участника: _____

Идентификационный номер участника: _____ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Почтовый адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон: _____

Информация о рецепте и поставщике услуг, выписавшем препарат

Название запрашиваемого Вами рецептурного препарата: _____

Концентрация/количество/дозировка: _____

Полное имя/название поставщика услуг, выписавшего препарат: _____

Адрес офиса: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон офиса: _____ Факс
офиса: _____

Контактное лицо в офисе: _____

Вы уже приобрели этот препарат? ☐ Да ☐ Нет

H5433_25IRPD041TR_C

Если ответ «ДА»:

Дата совершения покупки: _____ Уплаченная сумма: _____
(приложите копию чека)

Название аптеки: _____

Номер телефона аптеки: _____

Требуется ли вынесение решения по Вашей апелляции в срочном (ускоренном) порядке?

☐ **Поставьте отметку в этом поле, если Вы считаете, что Вам необходимо получить решение по апелляции в течение 72 часов.** Если у Вас есть медицинское обоснование от поставщика услуг, выписавшего препарат, подтверждающее целесообразность его применения, приложите такой документ к данному запросу.

- Если Вы или поставщик услуг, назначивший Вам рецептурный препарат, считаете, что ожидание решения в течение 7 дней, предусмотренных для стандартной процедуры вынесения решения, может составлять серьезную угрозу Вашей жизни, здоровью или способности восстановить максимальную функциональность, Вы можете запросить о вынесении решения в срочном (ускоренном) порядке.
- Если поставщик услуг, назначивший препарат, укажет, что ожидание в течение 7 дней может нанести серьезный вред Вашему здоровью, мы автоматически ускорим процедуру рассмотрения и вынесем решение в течение 72 часов. Вы не можете подать срочную апелляцию, если запрашиваете о возмещении денежных средств за уже полученный Вами рецептурный препарат.
- Если поставщик услуг, назначивший Вам рецептурный препарат, не предоставит документацию в поддержку Вашего запроса на рассмотрение апелляции в ускоренном порядке, мы самостоятельно примем решение в отношении того, требует ли Ваше дело рассмотрения в срочном порядке.

Укажите, почему, по Вашему мнению, данный рецептурный препарат должен покрываться страховкой

- Приложите любую дополнительную информацию, которая, по Вашему мнению, может оказаться полезной при рассмотрении Вашего дела, например медицинское обоснование от поставщика услуг, выписавшего препарат, или медицинскую документацию.
 - Приложите копию настоящего уведомления об отказе в предоставлении страхового покрытия рецептурного препарата по программе Medicare.
 - Поставщику услуг, выписавшему препарат, потребуется предоставить объяснение того, почему к Вам не могут применяться правила предоставления страхового покрытия плана и (или) почему препараты, требуемые планом, не подходят Вам по медицинским показаниям.
 - Другая информация, которую следует принять во внимание: _____
-

Информация о представителе

Заполните этот раздел ТОЛЬКО в том случае, если лицо, подающее этот запрос, не является зарегистрированным участником плана или поставщиком услуг, выписавшим рецепт на лекарственный препарат зарегистрированному участнику. Вам необходимо приложить документацию, подтверждающую Ваши полномочия представлять интересы зарегистрированного в плане участника (например, заполненную форму CMS-1696 или ее эквивалент в письменной форме), если она не была предоставлена на этапе определения покрытия. Чтобы узнать о процедуре назначения представителя подробнее, позвоните нам по номеру **1-877-412-2734** (линия ТТУ: **711**).

Полное имя представителя: _____

Кем приходится зарегистрированному участнику: _____

Адрес улицы: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон: _____

Подпишите и отправьте эту форму

Подпись лица, подающего апелляцию (зарегистрированного участника, поставщика услуг, выписавшего препарат, или представителя): _____

Подпись: _____ Дата: _____

Отправьте заполненную форму и информацию, подкрепляющую обоснованность запроса, по факсу или по почте по адресу:

Адрес:

CalOptima Health OneCare Complete
Pharmacy Management Appeals
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Номер факса:

1-858-357-2588

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), план Medicare Medi-Cal, — это план Medicare Advantage, заключивший договор с программами Medicare и Medi-Cal. Регистрация в плане CalOptima Health OneCare зависит от продления договора. CalOptima Health OneCare соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности и пола. Обращайтесь в отдел обслуживания клиентов плана CalOptima Health OneCare по номеру телефонной линии для бесплатных звонков **1-877-412-2734** (линия ТТУ: **711**). Звонки принимаются круглосуточно и без выходных. Наш веб-сайт: **www.caloptima.org/OneCare**.

Приложения:

- Уведомление о доступности, Уведомление о недопустимости дискриминации