



Yêu Cầu Xem Xét Lại Quyết Định Từ Chối Đài Thọ Thuốc Theo Toa của Medicare

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, đã từ chối yêu cầu đài thọ (hoặc thanh toán) cho _____. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại (khiếu nại) quyết định của chúng tôi. **Xin sử dụng mẫu đơn này để khiếu nại quyết định này.**

- Quý vị có 65 ngày kể từ ngày ghi trên Thông báo Từ chối Đài thọ Thuốc theo toa của Medicare để yêu cầu khiếu nại.
- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại thông qua trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/onecare**.
- Quý vị có thể thực hiện yêu cầu khiếu nại khẩn cấp qua điện thoại ở số **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

Người kê toa của quý vị có thể yêu cầu khiếu nại thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (như người nhà hoặc bạn bè) nộp đơn khiếu nại cho quý vị thì người đó phải là người đại diện của quý vị. Xin gọi cho chúng tôi ở số **1-877-412-2734 (TTY 711)** để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông tin về người ghi danh với chương trình

Tên của người ghi danh: _____
Số ID của Thành viên: _____ Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm): _____
Địa chỉ nhận thư: _____
Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____
Số điện thoại: _____

Thông tin về thuốc theo toa & người kê toa

Tên của loại thuốc mà quý vị yêu cầu: _____
Độ mạnh/số lượng/liều lượng: _____
Tên của người kê toa: _____
Địa chỉ của văn phòng: _____
Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____
Số điện thoại của văn phòng: _____ Số fax của văn phòng: _____
Người liên lạc tại văn phòng: _____

Quý vị đã mua loại thuốc này chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa

Nếu RỒI:

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

Tên nhà thuốc: _____

H5433_25IRPD041TV_C

Số điện thoại của nhà thuốc: _____

Quý vị có cần một quyết định khẩn cấp (nhANH) không?

☐ **Xin đánh dấu vào ô vuông này nếu quý vị tin rằng quý vị cần một quyết định trong vòng 72 giờ.** Nếu quý vị có văn bản ủng hộ từ người kê toa của quý vị, xin đính kèm văn bản ủng hộ với yêu cầu này.

- Nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị tin rằng việc chờ đợi một quyết định thông thường trong 7 ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng ở mức tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một quyết định khẩn cấp (nhANH).
- Nếu người kê toa của quý vị chỉ ra 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 tiếng. Quý vị không thể yêu cầu một khiếu nại khẩn cấp nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận.
- Nếu quý vị không nhận được sự hỗ trợ từ người kê toa của quý vị để thực hiện khiếu nại khẩn cấp, chúng tôi sẽ quyết định liệu trường hợp của quý vị có cần một quyết định nhanh hay không.

Xin giải thích lý do quý vị nghĩ rằng nên đòi hỏi cho loại thuốc này

- Xin đính kèm bất cứ thông tin bổ sung nào mà quý vị tin là có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị, như văn bản từ người kê toa của quý vị hoặc các hồ sơ y tế.
- Xin đính kèm bản sao Thông báo Từ chối Đòi hỏi Thuốc theo toa của Medicare
- Người kê toa của quý vị sẽ cần giải thích lý do quý vị không thể đáp ứng các quy định đòi hỏi của chương trình và/hoặc vì sao các loại thuốc mà chương trình yêu cầu không phù hợp với quý vị về mặt y khoa.
- Thông tin bổ sung chúng tôi cần xem xét: _____

Thông tin về người đại diện

CHỈ hoàn tất phần này nếu người thực hiện yêu cầu này không phải là người ghi danh hoặc người kê toa của người ghi danh. Quý vị phải đính kèm tài liệu cho biết quyền được đại diện cho người ghi danh (như Mẫu đơn CMS-1696 được điền đầy đủ hoặc một văn bản tương tự) nếu tài liệu đó không được nộp tại cấp độ xem xét sự đòi hỏi. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, Xin gọi cho chúng tôi ở số **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

Tên của người đại diện: _____

Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Địa chỉ đường: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã số vùng: _____

Số điện thoại: _____

Ký tên & nộp mẫu đơn này

Chữ ký của người yêu cầu khiếu nại (người ghi danh, người kê toa hoặc người đại diện):

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Xin fax hoặc gửi qua đường bưu điện mẫu đơn đã được điền đầy đủ và bất kỳ thông tin hỗ trợ nào đến:

Địa chỉ:

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

Số Fax:

1-858-357-2588

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. CalOptima Health OneCare tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính. Xin gọi văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/OneCare**.

Đính kèm:

- Phụ Trang Thông Báo về Khả Năng Cung Cấp Dịch Vụ và Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử