



Medicare 처방약 거부 재결정에 대한 요청

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 는 _____ 을/를 위한 적용 범위(또는 지불)에 대한 귀하의 요청을 거부했습니다. 귀하는 저희 결정에 대한 재결정(항소)을 요청할 권리가 있습니다. **이 양식을 사용하여 이 결정에 항소를 제출하십시오.**

- Medicare 처방약 보장 거부(Denial of Medicare Prescription Drug Coverage) 통지일로부터 65 일 이내에 항소를 제출할 수 있습니다.
- 또한 www.caloptima.org/onecare 웹사이트를 통해 항소를 제출할 수 있습니다.
- 신속 항소 제기는 **1-877-412-2734(TTY 711)**번으로 전화하여 신청할 수 있습니다.

처방자가 귀하를 대신하여 항소를 제기할 수 있습니다. 가족이나 친구 등 다른 사람이 귀하를 대신하여 항소를 제출하기를 원하는 경우, 그 사람이 귀하의 대리인이어야 합니다. 대리인 지정 방법은 **1-877-412-2734(TTY 711)**번으로 문의하십시오.

플랜 가입자 정보

가입자 이름: _____

회원 ID 번호: _____ 생년월일 (MM/DD/YYYY): _____

우편주소: _____

시, 주, 우편주소: _____

전화: _____

처방전 및 처방자 정보

보장을 요청한 처방약: _____

강도/수량/복용량: _____

처방자 이름: _____

사무실 주소: _____

시, 주, 우편주소: _____

H5433_25IRPD041TK_C

사무실 전화번호: _____ 사무실 팩스: _____

사무실 담당자: _____

이 약을 이미 구매하셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예라면:

구매 날짜: _____ 지불 금액: _____ (영수증 첨부)

약국 이름: _____

약국 전화번호: _____

신속(빠른) 결정이 필요하십니까?

☐ 72 시간 이내에 결정이 필요하다고 생각되시면 이 상자를 체크해 주십시오. 처방자의 증빙 서류가 있으시면 이 요청서에 첨부해 주십시오.

- 귀하 또는 귀하의 처방인이 표준 결정을 위해 7일 동안 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 심각한 해가 될 수 있다고 판단하는 경우, 귀하는 신속(빠른) 결정을 요청할 수 있습니다.
- 처방자가 7일을 기다리는 것이 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 판단하는 경우, 저희는 자동으로 72시간 이내에 결정을 내립니다. 이미 구입하신 약에 대한 환불을 요청하는 경우, 신속 항소를 요청할 수 없습니다.
- 신속 항소에 대한 처방자의 지지를 받지 못하는 경우, 저희는 귀하의 사례에 신속 결정이 필요한지 여부를 결정합니다.

이 약이 보장되어야 한다고 생각하는 이유를 설명해 주십시오.

- 처방자의 진술서나 관련 의료 기록 등 검토 요청을 뒷받침할 수 있는 모든 정보를 첨부해 주십시오.
- Medicare 처방약 보장 거부 통지서(Notice of Denial of Medicare Prescription Drug Coverage) 사본을 첨부해 주십시오.
- 처방의는 귀하가 저희 플랜의 보장 규칙을 충족할 수 없는 이유 및/또는 플랜에서 요구하는 약이 귀하에게 의학적으로 적합하지 않은 이유를 설명해야 합니다.
- 저희가 고려해야 할 수 있는 기타 정보: _____

대리인 정보

요청가 가입자 또는 가입자의 처방자가 아닌 경우에만 이 섹션을 작성해 주십시오. 보장 결정 단계에서 제출하지 않은 경우, 가입자를 대리할 권한을 증명하는 서류(작성된 CMS-1696 양식 또는 이에 상응하는 서면 서류)를 첨부해야 합니다. 대리인 지정에 대한 자세한 내용은 저희 번호 **1-877-412-2734(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

대리인 이름: _____

가입자와 관계: _____

주소: _____

시, 주, 우편주소: _____

전화: _____

이 양식에 서명하고 제출하십시오

이 항소를 요청하는 사람(가입자, 처방자 또는 대리인)의 서명:

서명: _____ 날짜: _____

작성된 양식과 증빙 자료를 다음 번호로 팩스 또는 주소로 우편으로 보내주십시오.

주소:

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

팩스 번호:

1-858-357-2588

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오. 저희 웹사이트

www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

동봉:

- 가용성 공지서 및 차별 금지 공지 삽입