



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

Vì chúng tôi, OneCare (HMO SNP), đã từ chối yêu cầu đài thọ (hoặc thanh toán cho) một loại thuốc theo toa của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại (khiếu nại) quyết định của chúng tôi. Quý vị có 60 ngày kể từ ngày chúng tôi Thông báo Từ chối Đài thọ Thuốc theo toa của Medicare để yêu cầu chúng tôi xem xét lại. Quý vị có thể gửi mẫu đơn này cho chúng tôi qua đường bưu điện hoặc fax đến:

Địa chỉ:

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

Số fax:

1-858-357-2588

Quý vị cũng có thể yêu cầu 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).

Ai Có Thể Thực Hiện Yêu Cầu: Người kê toa của quý vị có thể thay mặt cho quý vị yêu cầu khiếu nại với chúng tôi. Nếu quý vị muốn một người khác (như một thành viên trong gia đình hoặc một người bạn) yêu cầu khiếu nại cho quý vị, thì người đó phải là người đại diện của quý vị. Xin liên lạc với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông Tin của Tham Dự Viên

Tên của Tham Dự Viên _____ Ngày Sinh _____

Địa Chỉ của Tham Dự Viên _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Số Vùng _____

Điện Thoại _____

Số ID Thành Viên của Tham Dự Viên _____

CHỈ hoàn tất phần dưới đây nếu người thực hiện yêu cầu này không phải là tham dự viên:

Tên của Người Yêu Cầu _____

Mối Quan Hệ của Người Yêu Cầu với Tham Dự Viên _____

Địa Chỉ _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Số Vùng _____

Điện Thoại _____

Tài liệu về sự đại diện cho những yêu cầu khiếu nại do một người khác mà không phải là tham dự viên hoặc người kê toa của tham dự viên thực hiện:

Tài liệu đính kèm cho biết quyền được đại diện cho tham dự viên (một Mẫu đơn Cho phép được Đại diện CMS-1696 được điền hoàn tất hoặc một văn bản tương tự) nếu tài liệu đó không được nộp tại cấp độ xem xét sự đài thọ. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, xin liên lạc với chương trình của quý vị hoặc số 1-800-Medicare.

Thuốc theo toa quý vị đang yêu cầu:

Tên thuốc: _____ Độ mạnh/số lượng/liều lượng: _____

Quý vị đã mua thuốc trong thời gian chờ giải quyết khiếu nại chưa? Có Không

Nếu “Có”:

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

Tên và số điện thoại của nhà thuốc: _____

Thông Tin về Người Kê Toa

Tên _____

Địa Chỉ _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Số Vùng _____

Điện Thoại của Văn Phòng _____ Fax _____

Người Liên Hệ tại Văn Phòng _____

Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Khẩn Cấp

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 mạng sống, 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. Nếu quý vị không có sự hỗ trợ từ người kê toa của quý vị để khiếu nại khẩn cấp, chúng tôi sẽ quyết định liệu trường hợp của quý vị có cần một quyết định nhanh hay không. Quý vị không thể yêu cầu khiếu nại khẩn cấp nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho loại thuốc quý vị đã nhận.

XIN ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ TIN RẰNG QUÝ VỊ CẦN MỘT QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 72 TIẾNG (nếu quý vị có văn bản ủng hộ từ người kê toa của quý vị, xin đính kèm với yêu cầu này).

Xin giải thích lý do quý vị khiếu nại. Đính kèm thêm trang nếu cần. Xin đính kèm bất cứ thông tin bổ sung nào mà quý vị tin là có thể giúp cho trường hợp của quý vị, như văn bản từ người kê toa của quý vị và các hồ sơ y tế liên quan. Quý vị có thể muốn tham khảo phần giải thích của chúng tôi trong Thông báo Từ chối Đãi thọ Thuốc theo toa Medicare và yêu cầu người kê toa của quý vị trình bày về các tiêu chí đãi thọ của Chương trình, nếu có, như được trình bày trong thư từ chối của Chương trình hoặc các tài liệu khác của Chương trình. Người kê toa của quý vị cần cung cấp thông tin để giải thích lý do quý vị không thể đáp ứng các tiêu chí đãi thọ của Chương trình và/hoặc vì sao các loại thuốc mà Chương trình yêu cầu không phù hợp với quý vị về mặt y tế.

Chữ ký của người yêu cầu khiếu nại (tham dự viên hoặc người đại diện):

Ngày: _____

OneCare (HMO SNP) là một chương trình Medicare Advantage có Hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh gia nhập vào OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. 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, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ OneCare ở số miễn phí 1-877-412-2734 (TTY 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. This call is free.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.