



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

Vì chúng tôi, CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), Chương trình Medicare-Medi-Cal 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 65 ngày kể từ ngày ghi trên 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:**  
**CalOptima Health OneCare Flex Plus**  
**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](http://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 yêu cầu khiếu nại với chúng tôi thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (như một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) 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 để 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 \_\_\_\_\_

Số 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 \_\_\_\_\_

Số 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:**

**Xin đính kèm tài liệu về quyền được đại diện cho tham dự viên (một Mẫu đơn Cho phép Đại diện CMS-1696 được điền đầy đủ hoặc một văn bản tương tự) nếu tài liệu này chưa được nộp tại cấp độ quyết định về 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 mà 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 \_\_\_\_\_

Số điện thoại của Văn phòng \_\_\_\_\_ Số 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 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. Nếu quý vị không nhận được 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 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.

**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 văn bản ủng hộ với yêu cầu này).**

**Xin giải thích lý do quý vị khiếu nại.** Xin đính kèm thêm trang nếu cần. 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 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 chuẩn 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 chuẩn 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: \_\_\_\_\_

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 gia nhập 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](http://www.caloptima.org/OneCare)**.

Đính kèm:

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