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: _____

H5433_25IRPD041TK_C

시, 주, 우편주소: _____

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:	**팩스 번호:**
CalOptima Health OneCare Complete Pharmacy Management Appeals 505 City Parkway West Orange, CA 92868	1-858-357-2588

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 계약을 갖춘 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라질 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시사이, (4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는)

월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화해 주십시오. 저희 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

동봉:

- 가용성 공지서 및 차별 금지 공지 삽입