Kahilingan para sa Muling Pagsasaalang-alang sa Pagtanggi sa Inireresetang Gamot sa Ilalim ng Medicare

Tinanggihan ng Alameda Alliance Wellness ang iyong kahilingan para sa coverage ng (o pagbabayad para sa) [pangalan ng inireresetang gamot]. Mayroon kang karapatang humiling sa amin ng muling pagsasaalang-alang (apela) sa aming pasya. **Gamitin ang form na ito para iapela ang pasyang ito.**

- Maaari kang humiling ng apela sa loob ng 65 araw mula sa petsa ng aming Abiso Tungkol sa Pagtanggi sa Coverage sa Inireresetang Gamot sa Ilalim ng Medicare.
- Maaari ka ring maghain ng apela sa pamamagitan ng aming website sa **www.alamedaalliance.org**.
- Maisasagawa ang mga kahilingan para sa mas mabilis na apela sa pamamagitan ng telepono sa **1.833.793.3767**.

Ang nagreseta sa iyo ay maaaring humiling ng apela sa ngalan mo. Kung gusto mong ibang tao (gaya ng kapamilya o kaibigan) ang maghain ng apela para sa iyo, dapat ay kinatawan mo ang tao na iyon. Tawagan kami sa 1.844.411.0579 para malaman kung paano magtalaga ng kinatawan.

Impormasyon ng nakatalang miyembro sa plano

Pangalan ng nakatalang miyembro: _____

Numero ng ID ng Miyembro:_____ Petsa ng kapanganakan (MM/DD/YYYY): _____

Address na padadalhan: _____

Lungsod, Estado, ZIP code: _____

Telepono: _____

Impormasyon ng reseta at nagreseta

Pangalan ng gamot na hiningi mo: _____

Tapang/dami/dosis:_____

Pangalan ng nagreseta:_____

Address ng tanggapan: _____

Lungsod, Estado, ZIP code: _____

Telepono ng tanggapan:_____ Fax ng tanggapan:_____

Contact person sa tanggapan:_____

Binili mo na ba ang gamot na ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung OO:

Petsa ng pagbili:_____ Halagang ibinayad:_____ (maglakip ng kopya ng resibo)

Pangalan ng parmasya: _____

Numero ng telepono ng parmasya:_____

Kailangan mo ba ng mas mabilis (agarang) pasya?

☐ **Lagyan ng check ang kahong ito kung sa palagay mo ay kailangan mo ng pasya sa loob ng 72 oras.** Kung mayroon kang sumusuportang pahayag mula sa nagreseta sa iyo, ilakip ito sa kahilingang ito.

- Kung sa palagay mo o ng nagreseta sa iyo na ang paghihintay nang 7 araw para sa karaniwang pasya ay maaaring magdulot ng malubhang kapahamakan sa iyong buhay, kalusugan, o kakayahang maibalik ang pinakamahusay na pag-function, maaari kang humiling ng mas mabilis (agarang) pasya.
- Kung isasaad ng nagreseta sa iyo na ang paghihintay nang 7 araw ay maaaring magdulot ng malubhang kapahamakan sa iyong kalusugan, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng pasya sa loob ng 72 oras. Hindi ka maaaring humiling ng mas mabilis na apela kung hinihiling mo sa amin na ibalik sa iyo ang ibinayad mo para sa gamot na nakuha mo na.
- Kung hindi ka masusuportahan ng nagreseta sa iyo para sa mas mabilis na apela, kami ang magpapasya kung nangangailangan ng agarang pasya ang kaso mo.

Ipaliwanag kung bakit sa tingin mo ay dapat na saklawin ang gamot na ito

- Maglakip ng anumang karagdagang impormasyon na sa palagay mo ay maaaring makatulong sa iyong kaso, gaya ng pahayag mula sa nagreseta sa iyo o mga medikal na rekord.
- Maglakip ng kopya ng Abiso Tungkol sa Pagtanggi sa Coverage sa Inireresetang Gamot sa Ilalim ng Medicare
- Kakailanganin ng nagreseta sa iyo na ipaliwanag kung bakit hindi mo matugunan ang mga panuntunan ng coverage ng aming plano at/o kung bakit hindi medikal na angkop para sa iyo ang mga gamot na hinihingi ng plano.
- Iba pang impormasyon na dapat naming isaalang-alang: _____

_____

Impormasyon ng kinatawan

Sagutan LANG ang seksyong ito kung ang taong nagsasagawa ng kahilingan na ito ay hindi ang nakatalang miyembro o ang nagreseta sa nakatalang miyembro. Kailangan mong maglakip ng dokumentong nagpapakita ng iyong pahintulot na katawanin ang nakatalang miyembro (gaya ng sinagutang Form CMS-1696 o katumbas nito na nakasulat) kung hindi ito isinumite sa yugto ng pagsasaalang-alang sa coverage. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagtatalaga ng kinatawan, tawagan kami sa **1**.**844**.**411**.**0579**.

Pangalan ng kinatawan: _____

Kaugnayan sa nakatalang miyembro: _____

Street address: _____

Lungsod, Estado, ZIP code: _____

Telepono: _____

Lagdaan at isumite ang form na ito

Lagda ng tao na humihiling ng apela (ang nakatalang miyembro, nagreseta o kinatawan):

Lagda: _____ Petsa: _____

I-fax o ipadala ang iyong sinagutang form at ang anumang sumusuportang impormasyon sa:

Address:	**Numero ng Fax:**
200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113	Karaniwan: **1.855.350.0544** Agaran: **1.855.350.0447**