Yêu Cầu Tái Xét Quyết Định Từ Chối Thuốc Theo Toa Medicare

Alameda Alliance Wellness đã từ chối yêu cầu của quý vị về bảo hiểm cho (hoặc khoản thanh toán cho) [tên thuốc theo toa]. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi tái xét (khiếu nại) quyết định của chúng tôi. **Sử dụng biểu mẫu dưới đây để khiếu nại quyết định này.**

- Quý vị có thể yêu cầu khiếu nại trong vòng 65 ngày kể từ ngày chúng tôi đưa ra Thông Báo Từ Chối Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare.
- Quý vị cũng có thể khiếu nại thông qua trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ **www.alamedaalliance.org**.
- Quý vị có thể đưa ra yêu cầu khiếu nại cấp tốc qua điện thoại theo số **1.833.793.3767**.

Người kê toa của quý vị có thể yêu cầu khiếu nại thay mặt quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (như thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) nộp đơn khiếu nại cho mình thì cá nhân đó phải là người đại diện cho quý vị. Gọi cho chúng tôi theo số 1.844.411.0579 để tìm hiểu cách chỉ định một người đại diện.

Thông tin người ghi danh tham gia chương trình

Tên người ghi danh: _____

Số ID Hội Viên:_____ Ngày sinh (MM/DD/YYYY): _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, mã bưu chính: _____

Điện Thoại: _____

Thông tin về thuốc theo toa và người kê toa

Tên của loại thuốc mà quý vị yêu cầu: _____

Hàm lượng/số lượng/liều lượng: _____

Tên người kê toa: _____

Địa chỉ văn phòng: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, mã bưu chính: _____

Điện thoại văn phòng:_____ Fax văn phòng:_____

Người liên hệ tại văn phòng: _____

Quý vị đã mua loại thuốc này rồi đúng không? ☐ Có ☐ Không

Nếu CÓ:

Ngày mua:_____ Số tiền đã trả:_____ (đính kèm bản sao biên lai)

Tên nhà thuốc: _____

Số điện thoại nhà thuốc: _____

Quý vị có cần quyết định cấp tốc (nhanh) không?

☐ **Đánh dấu vào ô này nếu quý vị cho rằng mình cần có quyết định trong vòng 72 giờ.** Nếu quý vị có tuyên bố ủng hộ từ người kê toa, hãy gửi kèm theo yêu cầu này.

- Nếu quý vị hoặc người kê toa cho rằng việc chờ đợi 7 ngày để nhận được quyết định tiêu chuẩn có thể gây nguy hại nghiêm trọng đối với tính mạng, sức khỏe, hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị, thì quý vị có thể yêu cầu một quyết định cấp tốc (nhanh).
- Nếu người kê toa cho thấy rằng việc chờ đợi 7 ngày có thể gây nguy hại nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ. Quý vị không thể yêu cầu khiếu nại cấp tốc nếu đang yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho loại thuốc quý vị đã nhận.
- Nếu quý vị không nhận được tài liệu từ người kê toa ủng hộ khiếu nại cấp tốc, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần một quyết định nhanh hay không.

Giải thích lý do quý vị cho rằng thuốc này cần được đài thọ

- Gửi kèm mọi thông tin bổ sung mà quý vị cho rằng có thể hỗ trợ cho trường hợp của mình, như tuyên bố từ người kê toa hoặc hồ sơ bệnh án.
- Gửi kèm bản sao của Thông Báo Từ Chối Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare
- Người kê toa sẽ cần phải giải thích lý do quý vị không thể đáp ứng quy tắc về phạm vi bảo hiểm của chương trình chúng tôi và/hoặc lý do thuốc theo yêu cầu của chương trình không phù hợp về mặt y tế với quý vị.
- Thông tin khác mà chúng tôi nên cân nhắc: _____

_____

Thông tin về người đại diện

CHỈ điền phần này nếu người đưa ra yêu cầu không phải là người ghi danh hoặc người kê toa cho người ghi danh. Quý vị phải đính kèm tài liệu chứng minh thẩm quyền đại diện cho người ghi danh (như Mẫu CMS-1696 đã điền đủ thông tin hoặc văn bản có giá trị tương đương) nếu tài liệu đó không được nộp ở cấp xác định phạm vi bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, hãy gọi cho chúng tôi theo số **1.844.411.0579**.

Tên người đại diện:_____

Mối quan hệ với người ghi danh:_____

Địa chỉ đường phố: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, mã bưu chính: _____

Điện Thoại: _____

Ký tên và gửi biểu mẫu này

Chữ ký của người yêu cầu khiếu nại (người ghi danh, người kê toa hay người đại diện cho người ghi danh):

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Gửi biểu mẫu đã điền đủ thông tin của quý vị và mọi thông tin hỗ trợ qua fax hoặc qua đường bưu điện tới:

Địa Chỉ:	**Số Fax:**
200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113	Tiêu Chuẩn: **1.855.350.0544** Khẩn Cấp: **1.855.350.0447**