

[Logo]

Thông báo Từ chối Bảo hiểm Thuốc Medicare Phần D

Ngày:

Tên Người ghi danh:

Mã số Thành viên:

Bảo hiểm cho thuốc của quý vị đã bị từ chối

Chúng tôi đã từ chối bảo hiểm theo Medicare Phần D cho các loại thuốc sau mà quý vị hoặc bác sĩ kê toa đã yêu cầu:

Tại sao bảo hiểm cho thuốc này bị từ chối?

Chúng tôi đã từ chối bảo hiểm cho thuốc này vì lý do sau {Cung cấp lý do cụ thể cho việc từ chối, bao gồm bất kỳ quy định bảo hiểm Medicare nào hoặc chính sách của chương trình Phần D phù hợp. Xem hướng dẫn để biết thêm chi tiết.}:

Hãy chia sẻ thông báo này với bác sĩ kê toa của quý vị và thảo luận về các bước tiếp theo. Nếu bác sĩ kê toa đã yêu cầu bảo hiểm thay quý vị, chúng tôi đã gửi thông báo từ chối này cho họ.

[Thông tin sẽ được thêm vào, nếu cần thiết, cho các loại thuốc có thể được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B]:

[Các chương trình Medicare Advantage bao gồm bảo hiểm Phần D (MA-PDs):] {Yêu cầu này đã bị từ chối theo Medicare Phần D; tuy nhiên, bảo hiểm/thanh toán cho các loại thuốc yêu cầu đã được phê duyệt theo Medicare Phần A/B {giải thích tường tận điều kiện phê duyệt}. Nếu quý vị cho rằng Medicare Phần D nên bảo hiểm thuốc này, quý vị có thể kháng nghị.}

[Chương trình Phần D độc lập (PDPs):] {Yêu cầu này đã bị từ chối theo Medicare Phần D; tuy nhiên, có thể được bảo hiểm theo Medicare Phần A hoặc Phần B. Để biết thêm thông tin, vui lòng trao đổi với bác sĩ kê toa hoặc gọi số 1-800-MEDICARE. }

Quý vị có quyền kháng nghị quyết định này

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại quyết định bằng cách gửi yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày kể từ ngày có thông báo này. Nếu yêu cầu kháng nghị sau 65 ngày, quý vị cần cung cấp lý do cho việc kháng nghị trễ.

Quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi một loại kháng nghị đặc biệt gọi là “**trường hợp ngoại lệ**.” Bác sĩ kê toa của quý vị phải cung cấp một tuyên bố để hỗ trợ yêu cầu trường hợp ngoại lệ của quý vị. Các ví dụ về trường hợp ngoại lệ bao gồm:

- **Danh mục thuốc ngoại lệ:** quý vị cần một loại thuốc không có trong danh sách các loại thuốc được đài thọ (danh mục thuốc).
- **Quy tắc bảo hiểm ngoại lệ:** quý vị cho rằng một quy tắc bảo hiểm (như yêu cầu phê duyệt trước hoặc giới hạn số lượng) không nên áp dụng cho quý vị vì lý do y khoa.
- **Bậc thuốc Ngoại lệ:** quý vị cần dùng một loại thuốc không được ưu tiên và nằm trong bậc chia sẻ chi phí cao hơn, và quý vị muốn chương trình của chúng tôi đài thọ thuốc ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn.

Ai có thể yêu cầu kháng nghị?

Quý vị, bác sĩ kê toa của quý vị, hoặc đại diện của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Quý vị có thể chỉ định một người thân, bạn bè, người biện hộ, luật sư, bác sĩ, hoặc một người nào khác làm đại diện của mình. Những người khác có thể đã được ủy quyền theo luật của tiểu bang để làm đại diện cho quý vị. Để tìm hiểu về cách chỉ định một đại diện, hãy gọi cho chúng tôi theo số:

(_____) _____. Người dùng TTY gọi: (_____) _____.

Thông tin Quan trọng Về Quyền Kháng nghị của Quý vị

Có hai loại kháng nghị: tiêu chuẩn hoặc khẩn cấp (nhanh).

Kháng nghị tiêu chuẩn: quý vị sẽ nhận được quyết định bằng văn bản trong vòng 7 ngày (hoặc 14 ngày nếu kháng nghị của quý vị liên quan đến việc thanh toán cho một loại thuốc quý vị đã nhận).

Kháng nghị khẩn (nhanh): quý vị sẽ nhận được quyết định bằng văn bản trong vòng 72 giờ.

- Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị khẩn (nhanh) khi quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cho rằng tình trạng sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại nghiêm trọng nếu phải chờ quyết định tiêu chuẩn.
- Quý vị không thể yêu cầu kháng nghị khẩn nếu quý vị đang yêu cầu hoàn lại tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận.
- Chúng tôi sẽ tự động xử lý kháng nghị khẩn nếu bác sĩ kê toa yêu cầu thay quý vị (hoặc hỗ trợ yêu cầu của quý vị) và cho biết rằng chờ quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu kháng nghị khẩn mà không có sự hỗ trợ từ bác sĩ kê toa, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu tình trạng sức khỏe của quý vị có cần kháng nghị khẩn hay không. Nếu chúng tôi không cấp cho quý vị kháng nghị khẩn, chúng tôi sẽ xử lý theo kháng nghị tiêu chuẩn.

Cách yêu cầu kháng nghị

Đối với kháng nghị **khẩn** (nhANH), gọi điện thoại là cách nhanh nhất để yêu cầu:

Điện thoại:

TTY:

Đối với kháng nghị **tiêu chuẩn**: [Đối với các chương trình chấp nhận yêu cầu tiêu chuẩn bằng hình thức lời nói:] {Quý vị có thể thực hiện kháng nghị bằng điện thoại, fax, trực tuyến hoặc gửi thư đến địa chỉ dưới đây.}

[Đối với các chương trình không chấp nhận yêu cầu tiêu chuẩn bằng hình thức lời nói:] {Quý vị có thể thực hiện kháng nghị bằng fax, trực tuyến hoặc gửi thư đến địa chỉ dưới đây.}

[Đối với các chương trình không chấp nhận yêu cầu tiêu chuẩn bằng hình thức lời nói, vui lòng bỏ qua số điện thoại và TTY của chương trình]

{Điện thoại:}

{TTY:}

Số Fax:

Trực tuyến:

Địa chỉ:

Yêu cầu kháng nghị của quý vị cần có những thông tin gì

- Tên, địa chỉ và mã số thành viên của quý vị
- Lý do quý vị kháng nghị
- Bất kỳ bằng chứng nào quý vị muốn đính kèm để hỗ trợ cho trường hợp của mình
- Tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ kê toa của quý vị

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo

Sau khi quý vị kháng nghị, chúng tôi sẽ xem xét trường hợp của quý vị và đưa ra quyết định. Nếu bất kỳ loại thuốc nào mà quý vị yêu cầu vẫn bị từ chối, quý vị có thể yêu cầu cấp kháng nghị tiếp theo, đó là việc xem xét độc lập trường hợp của quý vị bởi một cơ quan đánh giá bên ngoài chương trình của chúng tôi. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định đó, quý vị sẽ có quyền kháng nghị thêm. Quý vị sẽ được thông báo về quyền kháng nghị của mình nếu việc này xảy ra.

Nhận trợ giúp & thông tin thêm

- {Tên Chương trình} Cuộc gọi Miễn phí: Người dùng TTY gọi:
{Chèn giờ hoạt động của tổng đài}
{Chèn trang web của chương trình}
- **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227), Người dùng TTY gọi: 1-877-486-2048
- **Trung tâm Quyền lợi Medicare:** 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)
- **Hệ thống Tìm kiếm Chăm sóc Người cao niên:** 1-800-677-1116 hoặc Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx để tìm sự hỗ trợ trong cộng đồng của quý vị
- **Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe của Tiểu bang:** Gọi cho Chương trình Hỗ trợ Bảo hiểm Sức khỏe của Tiểu bang quý vị để được tư vấn về bảo hiểm sức khỏe cá nhân miễn phí. Truy cập SHIPhelp.org hoặc gọi cho số 1-877-839-2675 để lấy số điện thoại của SHIP địa phương.

Nhận thông tin ở định dạng khác

Quý vị có quyền yêu cầu thông tin về Medicare ở một định dạng có thể sử dụng được, ví dụ như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, hoặc băng ghi âm. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Truy cập Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice hoặc gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phản hồi về việc thu thập thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0976. Tập hợp thông tin này dành cho thông báo mà các chương trình thuốc Medicare phải cung cấp khi một yêu cầu về thuốc bị từ chối toàn bộ hoặc một phần. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là ít hơn 30 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết để xem xét và hoàn tất qua việc thu thập thông tin. Tập hợp thông tin này là bắt buộc theo Mục 1860D-4(g)(h) của Đạo luật và cơ quan quản lý được quy định trong Tiểu phần M của Phần 423 tại 42 CFR 423.568 và 423.572. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới tính chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề xuất cải thiện cho biểu mẫu này, vui lòng gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.