

[로고]

Medicare Part D 약품 보장 거부 통지

날짜:

가입자명:

회원 번호:

귀하의 약품 보장이 거부되었습니다.

귀하 또는 처방 제공자가 요청한 다음 약품에 대해 Medicare Part D에 따른 보장이 거부되었습니다:

해당 약품의 보장이 거부된 사유?

저희는 이 약품에 대한 보장을 거부하였으며, 이는 {해당 Medicare 보장 규칙 또는 Part D 보험 정책을 포함해 거부에 대한 구체적 근거 제시. 자세한 내용은 지침 참조.} 때문입니다:

이 통지서를 귀하의 처방 제공자에게 공유하고 다음 단계를 논의하십시오. 처방 제공자가 귀하를 대신해 이 약품에 대한 보장을 요청한 경우, 이미 이 거부 통지를 처방 제공자와 공유했습니다.

[Medicare Part A 또는 B에 따라 보장되거나 보장될 수 있는 처방약에 대해 해당되는 경우 삽입할 언어]:

[Part D 보장도 제공하는 Medicare 어드밴티지 플랜(MA-PD):] { 이 요청은 Medicare Part D에 따라 거부되었습니다. 다만, 요청된 약품에 대한 보장/지급은 Medicare Part A/B에 따라 승인되었습니다 {읽고 이해할 수 있는 형식으로 승인 조건 명시}. {Medicare Part D에서 이 약품을 보장해야 한다고 생각되시면, 이에 대해 이의제기를 할 수 있습니다.}

결정에 대해 이의제기를 할 권리 보유

귀하는 이 통지일로부터 65일(역일) 이내에 이의제기를 요청하여 결정을 검토하도록 요청할 권리가 있습니다. 65일 이후에 이의제기를 요청하는 경우, 이의제기가 지체된 사유를 설명해야 합니다.

귀하 또는 처방 제공자는 “예외” 라고 하는 특별한 유형의 이의제기를 요청할 권리가 있습니다. 처방 제공자는 예외 요청을 뒷받침하는 진술서를 제출해야 합니다. 예외의 예는 다음과 같습니다.

- **전문의약품 목록 예외:** 보장약품 목록(전문의약품 목록)에 없는 약품이 필요
- **보장규칙 예외:** 의학적 사유로 보장규칙(사전 승인 또는 수량 제한 등)이 적용되지 않아야 한다고 판단
- **계층화(Tiering) 예외:** 상위의 비용 부담 계층에 있는 비우대 약품을 복용해야 하며, 보험사에서 하위의 비용분담금으로 약품을 보장하기를 원하는 경우.

누가 이의제기를 요청할 수 있나요?

귀하, 처방 제공자 또는 귀하의 대리인이 이의제기를 요청할 수 있습니다. 친척, 친구, 옹호자, 변호사, 의사 또는 타인을 귀하의 대리인으로 지명할 수 있습니다. 타인은 이미 주법에 따라 귀하의 대리인이 되도록 승인되었을 수 있습니다. 대리인 지명 방법은 다음으로 전화해 주십시오: () _____. TTY 사용자 전화: () _____

이의제기 권리에 대한 중요 정보

표준 또는 신속(빠른) 두 종류의 이의제기 방법

표준 이의제기: 7일(또는 귀하가 이미 수령한 약품의 지급에 대한 이의제기일 경우, 14일) 이내에 서면 결정을 받게 됩니다.

신속(빠른) 이의제기: 72시간 이내에 서면 결정을 받게 됩니다.

- 귀하 또는 처방 제공자가 표준 결정을 기다리는 동안 귀하의 건강에 심각한 해가 발생할 수 있다고 판단하는 경우 귀하는 신속(빠른) 이의제기를 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 이미 받으신 약품에 대한 환급을 요청하는 경우, 신속 이의제기를 요청할 수 없습니다.
- 처방 제공자가 귀하를 대신해 신속 이의제기를 요청(또는 귀하의 요청을 뒷받침)하고 표준 결정을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 명시하는 경우, 자동으로 귀하의 이의제기는 신속 처리됩니다. 귀하가 처방 제공자의 증빙 없이 신속 이의제기를 요청하는 경우, 저희는 귀하의 건강에 신속 이의제기가 필요한지 여부를 결정합니다. 신속 이의제기를 제공하지 않는 경우, 표준 이의제기로 처리합니다.

이의제기 요청 방법

신속(빠른) 이의제기의 경우 전화가 가장 빠른 요청 방법입니다.

전화:

TTY:

표준 이의제기: [보험사에서 구두로 표준 요청을 허용하는 경우:] {전화, 팩스, 온라인 또는 아래 주소로 서신을 보내 이의제기를 할 수 있습니다.}

[보험사에서 구두로 표준 요청을 허용하지 않는 경우:] {팩스, 온라인 또는 아래 주소로 서신을 보내 이의제기를 할 수 있습니다.}

[보험사에서 구두로 표준 요청을 허용하지 않는 경우, 보험사 전화번호와 TTY 생략]

{전화:}

{TTY:}

팩스:

온라인:

주소:

이의제기 요청에 포함할 내용

- 귀하의 성명, 주소 및 회원 번호
- 이의제기를 하는 이유
- 케이스 증빙을 위해 첨부하려는 증거
- 처방 제공자의 증빙 진술서

향후 진행상황

귀하의 이의제기 후, 저희가 귀하의 케이스를 검토하고 결정을 드립니다. 귀하가 요청한 약품이 여전히 거부되는 경우, 다음 단계의 이의제기를 요청할 수 있습니다. 이는 플랜 외부 심사자가 귀하의 케이스를 독립적으로 검토하는 것입니다. 해당 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 추가로 이의제기할 권리가 있습니다. 이 경우 이의제기 권리에 대해 고지해 드립니다.

도움 및 추가 정보 얻기

- {플랜명} 무료상담전화: TTY 사용자 전화:
{콜센터 운영시간 입력}
{플랜 웹사이트 입력}
- **1-800-MEDICARE**(1-800-633-4227), TTY 사용자는 다음으로 전화: 1-877-486-2048
- **Medicare** 권리센터: 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)
- **노인돌봄(Elder Care) 찾기:** 1-800-677-1116 또는
[Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](https://eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx)(지역사회에서 도움이 필요한 경우)
- **주립건강보험프로그램:** 무료의 개인별 건강보험 상담은 관할 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에

문의. 지역 SHIP 전화번호는 SHIPhelp.org 참조 또는 1-877-839-2675로 전화

다른 형식으로 정보 구하기

큰 활자체, 점자, 오디오 등과 같은 장애인 편의 형태로 Medicare 정보를 받을 수 있는 권리가 있습니다. 또한, 차별을 당했다고 판단될 경우 민원을 제기할 권리도 있습니다. Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice를 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 자세한 정보를 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하실 수 있습니다.

1995년 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시된 경우를 제외하고 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 통제번호는 0938-0976입니다. 이 정보 수집은 약품에 대한 요청이 전부 또는 일부 거부될 때 Medicare 약품 플랜에서 제공해야 하는 통지용입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 검토 및 완료 시간을 포함하여 응답당 평균 30분으로 추정됩니다. 이 정보 수집은 법률 제1860D-4(g)(h)조 및 42 CFR 423.568 및 423.572의 제423편 M 하위편에 명시된 규제 기관에 따라 필수입니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 본 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우 다음으로 서신을 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.