

Yêu Cầu Xác Định Lại Quyết Định Từ Chối Thuốc Theo Toa Medicare

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)* đã từ chối yêu cầu của quý vị về việc bảo hiểm (hoặc thanh toán cho) [name of prescription drug]. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xác định lại (kháng nghị) quyết định của chúng tôi. **Sử dụng mẫu đơn này để kháng cáo quyết định này.**

- Quý vị có thể yêu cầu kháng nghị trong vòng 65 ngày kể từ ngày có Thông Báo Về Quyết Định Từ Chối Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare của chúng tôi.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị thông qua trang web của chúng tôi tại AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp.
- Có thể yêu cầu kháng nghị cấp tốc qua điện thoại theo số **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.

Bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu kháng nghị thay mặt cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (như thành viên gia đình hoặc bạn bè) nộp đơn kháng nghị thay cho quý vị, người đó phải là người đại diện của quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số **1-855-463-0933 (TTY: 711)** để biết cách chỉ định người đại diện.

Thông tin về 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 Zip: _____

Điện thoại: _____

Thông tin về toa thuốc và bác sĩ kê toa

Tên thuốc quý vị yêu cầu: _____

Dược lực/số lượng/liều lượng: _____

Tên của bác sĩ kê toa: _____

Địa chỉ phòng mạch: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, mã Zip: _____

Số điện thoại của phòng mạch: _____ Số fax của phòng mạch: _____

Người liên hệ của phòng mạch: _____

Quý vị đã mua loại thuốc này chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa

Nếu RỒI:

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

Tên nhà thuốc: _____

Số điện thoại của nhà thuốc: _____

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

☐ **Đánh dấu vào ô này nếu quý vị tin mình cần có quyết định trong vòng 72 giờ.** Nếu quý vị có tuyên bố ủng hộ của bác sĩ kê toa của quý vị, hãy đính kèm vào yêu cầu này.

- Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cho rằng việc chờ 7 ngày để có quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu quyết định cấp tốc (nhANH).
- Nếu bác sĩ kê toa của quý vị cho biết việc chờ 7 ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho 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 kháng nghị cấp tốc nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị đối với một loại thuốc quý vị đã nhận.
- Nếu quý vị không nhận được sự ủng hộ của bác sĩ kê toa của quý vị cho kháng nghị cấp tốc, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần quyết định nhanh hay không.

Giải thích lý do quý vị nghĩ loại thuốc này cần được chỉ trả

- Đính kèm bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị nghĩ có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị, chẳng hạn như tuyên bố từ bác sĩ kê toa hoặc hồ sơ y tế của quý vị.
- Kèm theo một bản sao của Thông Báo Về Quyết Định Từ Chối Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare.
- Bác sĩ kê toa của quý vị sẽ cần giải thích lý do tại sao quý vị không thể đáp ứng các quy tắc bảo hiểm trong chương trình của chúng tôi và/hoặc lý do tại sao các loại thuốc mà chương trình yêu cầu lại không phù hợp về mặt y tế với quý vị.
- Thông tin khác mà chúng tôi nên xem xét: _____

Thông tin về người đại diện

CHỈ điền vào phần này nếu người lập yêu cầu này không phải là người ghi danh hoặc bác sĩ kê toa của người ghi danh. Quý vị phải đính kèm giấy tờ cho thấy thẩm quyền đại diện của người ghi danh (như Mẫu CMS-1696 đã điền hoặc một mẫu đơn tương đương bằng văn bản) nếu mẫu đơn này chưa được gửi ở cấp xác định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, Hãy gọi cho chúng tôi theo số **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.

Tên người đại diện: _____

Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Địa chỉ đường phố: _____

Thành Phố, Tiểu Bang, mã Zip: _____

Điện thoại: _____

Ký và gửi mẫu đơn này

Chữ ký của người yêu cầu kháng nghị (người ghi danh, bác sĩ kê toa hoặc người đại diện):

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Gửi fax hoặc gửi qua đường bưu điện mẫu đơn đã điền và bất kỳ thông tin hỗ trợ nào đến:

Địa chỉ:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Attn: Part D Appeals

Pharmacy Department

4750 S 44th PL STE 150

Phoenix, AZ 85040-4015

Số Fax:

1-877-270-0148

*Aetna® Medicare FIDE (HMO D-SNP) là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép kết hợp bảo hiểm Medicare và Medicaid của quý vị thành một chương trình.

Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết mô tả đầy đủ về các quyền lợi, loại trừ, giới hạn và điều kiện bảo hiểm của chương trình. Đặc điểm của chương trình và tính khả dụng có thể thay đổi theo khu vực dịch vụ.

H1610_4400601_2025_VT_C