



## Medicare 처방약 거절에 대한 재결정 요청

저희, OneCare (HMO D-SNP), Medicare-Medi-Cal 플랜이 처방약에 대한 귀하의 보장 요청을 거절했기 때문에 귀하는 저희에게 저희 결정의 재결정(항소)을 요청할 권리가 있습니다. 귀하는 저희 Medicare 처방약 보장 거절 통지서의 날짜로부터 60 일 이내에 저희에게 재결정을 요청하실 수 있습니다. 이 양식은 우편 또는 팩스를 통해 저희에게 보내실 수 있습니다.

**주소:**  
**OneCare**  
**Pharmacy Management Appeals**  
**505 City Parkway West**  
**Orange, CA 92868**

**팩스 번호:**  
**1-858-357-2588**

귀하는 저희 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 통해 항소를 요청하실 수 있습니다.

속결 항소 요청은 1-877-412-2734(TTY 711)번을 이용해 전화로 하실 수 있습니다.

**요청할 수 있는 사람:** 귀하의 처방인은 귀하를 대신해 저희에게 항소를 요청할 수 있습니다. 다른 사람(가족 또는 친구)이 귀하를 대신해 항소를 요청하기 원하시는 경우, 그 사람은 귀하의 대리인이어야 합니다. 대리인을 선임하는 방법에 대해 저희에게 문의하십시오.

**가입자 정보**

가입자 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

가입자 주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

전화 \_\_\_\_\_

가입자의 회원 ID 번호 \_\_\_\_\_

**요청한 사람이 가입자가 아닌 경우에만 다음 섹션을 작성하십시오:**

신청자 이름 \_\_\_\_\_

신청자의 가입자와의 관계 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

전화 \_\_\_\_\_

**가입자 또는 가입자의 처방인이 아닌 다른 사람이 하는 항소 요청에 대한 대리인 문서:**

보장 결정 단계에서 제출되지 않은 경우 가입자를 대신할 권한을 증명하는 문서(작성이 완료된 대리인 승인 양식 CMS-1696 또는 이와 동등한 서면 문서)를 첨부하십시오. 대리인 선임에 대한 더 자세한 정보는 귀하의 플랜 또는 1-800-Medicare 번으로 문의하십시오.

**귀하가 요청하는 처방약:**

약품 이름: \_\_\_\_\_ 강도/수량/복용량: \_\_\_\_\_

항소가 보류 중인 약품을 구입하십니까?  예  아니요

“예”인 경우:

구입 날짜: \_\_\_\_\_ 지불된 금액: \$ \_\_\_\_\_ (영수증 사본 첨부)

약국 이름 및 전화번호: \_\_\_\_\_

**처방인 정보**

이름 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

진료소 전화 \_\_\_\_\_ 팩스 \_\_\_\_\_

진료소 연락 담당자 \_\_\_\_\_

**중요 사항: 속결 결정**

귀하 또는 귀하의 처방인이 표준 결정을 위해 7 일을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 심각한 해가 될 수 있다고 판단하는 경우, 귀하는 속결(신속한) 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하의 처방인이 7 일을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해가 될 수 있다고 명시하는 경우, 저희는 자동적으로 72 시간 이내에 결정을 귀하에게 알려드릴 것입니다. 속결 항소에 대해 귀하가 귀하의 처방인의 증명을 받지 못하는 경우, 저희는 귀하의 케이스가 신속한 결정을 요하는지 결정할 것입니다. 귀하가 이미 받은 약품에 대해 저희에게 환불을 요청하시는 경우, 귀하는 속결 항소를 요청할 수 없습니다.

**귀하가 72 시간 이내에 결정이 필요하다고 생각하는 경우 이 박스에 표시하십시오(귀하의 처방인으로부터 증명서를 갖고 있는 경우 본 요청에 첨부하십시오).**

**항소의 이유를 설명하십시오.** 필요한 경우, 추가 용지를 첨부하십시오. 귀하의 처방인으로부터 받은 진술서 및 관련 의료 기록 등 귀하의 케이스에 도움이 될 수 있다고 생각하는 추가 정보를 첨부하십시오. Medicare 처방약 보장 거절 통지서에 제공된 설명을 참조하실 수 있으며 귀하의

처방인이 플랜 거절 서신 또는 기타 플랜 문서에 명시된 플랜 보장 기준을 명시하도록 하십시오. 귀하의 처방인의 의견은 귀하가 플랜의 보장 기준을 충족할 수 없고/없거나 플랜에서 요구하는 약품이 의학적으로 귀하에게 적합하지 않은 이유를 설명하는 데 필요합니다.

---

---

---

항소를 요청하는 사람의 서명(가입자 또는 대리인):

\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 는 Medicare 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 단체입니다. OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다. OneCare Connect 는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 무료 전화 1-877-412-2734 (TTY 711)번을 이용해 주 7 일, 하루 24 시간 OneCare 고객 서비스로 연락하십시오.

동봉:

- 차별금지 통지 삽지
- 다국어 삽지