



## Yêu Cầu Xác Định Lại việc Từ Chối Thuốc Theo Toa của Medicare

Chương trình IEHP DualChoice (HMO D-SNP) đã từ chối yêu cầu đài thọ cho (hoặc thanh toán bảo hiểm dành cho) [name of prescription drug] của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xem xét lại (kháng cáo) quyết định này. **Sử dụng mẫu đơn sau để kháng cáo quyết định này.**

- Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo trong vòng 65 ngày kể từ ngày nhận được Thông Báo Từ Chối Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa của Medicare.
- Quý vị cũng có thể nộp đơn kháng cáo thông qua trang web của chúng tôi tại [www.iehp.org](http://www.iehp.org).
- Yêu cầu kháng cáo nhanh có thể được thực hiện qua điện thoại theo số **1-877-273-IEHP (4347)**.

Bác sĩ kê toa có thể yêu cầu kháng cáo thay mặt quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (ví dụ thành viên gia đình hoặc bạn bè) nộp đơn kháng cáo cho quý vị, người đó phải là người đại diện của quý vị. Xin gọi cho chúng tôi theo số **1-877-273-IEHP (4347)** để tìm hiểu cách chỉ định một người đại diện.

### Thông tin người ghi danh chương trình

---

Tên người ghi danh: \_\_\_\_\_

Số ID hội viên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhận Thư: \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip (ZIP code): \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

### Thông tin thuốc kê toa & bác sĩ kê toa

---

Tên loại thuốc quý vị yêu cầu: \_\_\_\_\_

©2025 Inland Empire Health Plan. Một Tổ Chức Công. Bảo Lưu Mọi Quyền.

Nồng độ/số lượng/liều lượng: \_\_\_\_\_

Tên bác sĩ kê toa: \_\_\_\_\_

Địa chỉ văn phòng: \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip (ZIP code): \_\_\_\_\_

Điện thoại văn phòng: \_\_\_\_\_ Số fax văn phòng: \_\_\_\_\_

Người liên hệ tại văn phòng: \_\_\_\_\_

Quý vị đã mua loại thuốc này chưa?  Có  Không

Nếu "CÓ":

Ngày mua: \_\_\_\_\_ Số tiền đã trả: \_\_\_\_\_ (đính kèm bản sao hoá đơn)

Tên nhà thuốc: \_\_\_\_\_

Số điện thoại nhà thuốc: \_\_\_\_\_

**Quý vị có cần quyết định được giải quyết nhanh (gấp) không?**

---

**Đánh dấu vào ô này nếu quý vị tin rằng quý vị cần nhận được quyết định trong vòng 72 giờ. Nếu quý vị có giấy hỗ trợ bổ sung từ bác sĩ kê toa, hãy đính kèm với yêu cầu này.**

- Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cho rằng việc chờ đợi trong 7 ngày cho quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc ảnh hưởng đến khả năng có thể hồi phục chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một quyết định được giải quyết nhanh (gấp).
- Nếu bác sĩ kê toa của quý vị cho biết rằng việc chờ đợi trong 7 ngày có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến 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 cáo khẩn nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi hoàn trả tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận được.
- Nếu quý vị không nhận được sự hỗ trợ từ bác sĩ kê toa đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu trường hợp của quý vị có cần quyết định gấp hay không.

**Giải thích lý do quý vị cho rằng loại thuốc này nên được đài thọ**

---

- Đính kèm bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị cho rằng có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị, như tuyên bố từ bác sĩ kê toa hoặc hồ sơ y tế của quý vị.
- Bao gồm một bản sao của Thông báo từ chối bảo hiểm thuốc kê 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 của chương trình chúng tôi và/hoặc tại sao các loại thuốc mà chương trình yêu cầu lại không phù hợp về mặt y tế cho quý vị.
- Thông tin khác chúng tôi nên xem xét: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Thông tin người đại diện**

---

Chỉ hoàn tất mục sau nếu người đưa ra yêu cầu này không phải người ghi danh: Quý vị phải đính kèm tài liệu chứng minh thẩm quyền của mình để đại diện cho người ghi danh (như Mẫu đơn CMS-1696 đã hoàn thành hoặc văn bản tương đương) nếu tài liệu không được nộp ở mức độ xác định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định một người đại diện, hãy gọi cho chúng tôi theo số **1-877-273-IEHP (4347)**.

Tên người đại diện: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với người ghi danh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip (ZIP code): \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

### **Ký & gửi mẫu đơn này**

---

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

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Fax hoặc gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị và bất kỳ thông tin hỗ trợ  
nào đến:

**Địa chỉ:**

IEHP DualChoice  
Grievance Department  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

**Số Fax:**

**(909) 890-5748**

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia chương trình IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.*