



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

Vì chúng tôi Aetna® đã từ chối yêu cầu bảo hiểm (hoặc thanh toán) thuốc theo toa của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xác định lại (kháng cáo) quyết định của chúng tôi. Quý vị phải yêu cầu chúng tôi xác định lại trong vòng 60 ngày kể từ ngày chúng tôi đưa ra Thông Báo Từ Chối Khoản Bao Trả Thuốc Theo Toa Medicare. Quý vị có thể gửi cho chúng tôi mẫu đơn này qua đường bưu điện hoặc fax:

**Địa chỉ:**

Aetna  
Attn: Part D Appeals  
4750 S 44th Place Suite 150  
Phoenix, AZ 85040-4015

**Số Fax:**

1-877-270-0148

Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo thông qua trang web của chúng tôi tại địa chỉ

[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](http://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp)

Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo được giải quyết nhanh bằng điện thoại theo số **1-855-463-0933** (TTY: 711).

**Ai Có Thể Yêu Cầu:** Người kê toa của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu kháng cáo. Nếu quý vị muốn một cá nhân khác (chẳng hạn như một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) yêu cầu kháng cáo thay cho quý vị thì cá nhân đó phải là người đại diện của quý vị. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

### Thông Tin của Người Đăng Ký

Họ Tên Người Đăng Ký \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Địa Chỉ của Người Đăng Ký \_\_\_\_\_

Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại \_\_\_\_\_

Số ID Hội Viên của Người Đăng Ký \_\_\_\_\_

### CHỈ hoàn thành phần sau nếu người yêu cầu không phải là người đăng ký:

Họ Tên Người Yêu Cầu \_\_\_\_\_

Quan Hệ của Người Yêu Cầu với Người Đăng Ký \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_

Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại \_\_\_\_\_

**Giấy tờ về việc đại diện gửi yêu cầu kháng cáo do một người khác với người đăng ký hay người kê toa của người đăng ký thực hiện:**

**Đính kèm giấy tờ chứng minh quyền đại diện cho người đăng ký (Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 đã hoàn thành hoặc một văn bản tương đương) nếu giấy tờ đó chưa được nộp ở cấp xác định khoản bao trả. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định một người đại diện, vui lòng liên lạc với chương trình của quý vị hoặc 1-800-Medicare. (TTY: 1-877-486-2048), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.**

**Thuốc theo toa mà quý vị đang yêu cầu:**

Tên thuốc: \_\_\_\_\_

Hàm lượng/số lượng/liều lượng: \_\_\_\_\_

Quý vị đã mua loại thuốc đang chờ kháng cáo?  Có  Không

Nếu “Có”:

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

Tên và số điện thoại của nhà thuốc: \_\_\_\_\_

**Thông Tin của Người Kê Toa**

Tên \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_

Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Của Văn Phòng \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Người Liên Hệ của Văn Phòng \_\_\_\_\_

**Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Được Giải Quyết Nhanh**

Nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị cho rằng việc chờ 7 ngày để nhận quyết định tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị thì quý vị có thể yêu cầu một quyết định được giải quyết nhanh (gấp). Nếu người kê toa của quý vị cho biết rằng việc chờ 7 ngày có thể gây 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. Nếu quý vị không được người kê toa hỗ trợ trong việc yêu cầu kháng cáo được giải quyết nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần phải quyết định nhanh hay không. Quý vị không được yêu cầu kháng cáo được giải quyết nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị tiền thuốc quý vị đã nhận.

**ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ CHO RẰNG QUÝ VỊ CẦN QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 72 GIỜ (nếu quý vị có tuyên bố ủng hộ của người kê toa, hãy đính kèm tuyên bố đó với yêu cầu này).**

**Vui lòng giải thích lý do quý vị kháng cáo.** Đính kèm các trang bổ sung, nếu cần. Đính kèm bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị cho rằng có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị, chẳng hạn như tuyên bố của người kê toa và hồ sơ y tế liên quan. Quý vị có thể muốn tham khảo phần giải thích mà chúng tôi đã cung cấp trong Thông Báo Từ Chối Khoản Bảo Trả Thuốc Theo Toa Medicare và yêu cầu người kê toa của quý vị giải quyết các tiêu chí bao trả của Chương Trình, nếu có, như đã nêu trong thư từ chối của Chương Trình hoặc trong các tài liệu khác của Chương Trình. Cần có ý kiến từ người kê toa của quý vị để giải thích lý do tại sao quý vị không thể đáp ứng các tiêu chí bao trả của Chương Trình và/hoặc tại sao các loại thuốc mà Chương Trình yêu cầu lại không phù hợp về mặt y tế với quý vị.

*Chữ ký của người yêu cầu kháng cáo (người đăng ký, người kê toa của người đăng ký hoặc người đại diện của người đăng ký):*

\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Tờ Thông Tin Đa Ngôn Ngữ**  
**Dịch Vụ Thông Dịch Đa Ngôn Ngữ**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中啐工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中啐的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương tranh thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الـآوري المجبنة لإجبنة عن أي أسئلة تتعلق ببصحة أو جدول الأدوية لدينب. للحصول على مترجم آوري، ليس عليك سوى االتصلب بنب على 1-855-463-0933. سيقوم شخص مب بتحدث الغريبة بمسبعذك. هذه خدمة مجبنة.

**Hindi:** हमारक ढा दवाका बाराक म ढा िंकासा भा प्र जवाब दारक िंिए योजना कर ह हमारक पास मा ढा दाभा िंिया सकवाँ रिप ह ह. एक दाभा िंिया प्रा करन कर िंिए, बस हम 1-855-463-0933 फोन कर. कोई िं जो िं ह ढे िंता ह आपका मदद कर सकता ह. यह एक मा ढा सकवा ह.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Hawaiian:** He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.