

Medicare Part D: ການຍົກເວັ້ນແລະການອຸທອນ

ຂ້າພະເຈົ້າຄວນເຮັດແນວໃດ ຖ້າວ່າ ໂຄງການຢາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງຈ່າຍ ຄ່າຢາຕ່າງໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການ ຫລືຖ້າວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຮ້ອງຮຽນ ຕົ້ນກັບໂຄງການຢາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

ການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັບຄຸ້ມຄອງ

ການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັບຄຸ້ມຄອງແມ່ນຫຍັງ?

ຖ້າວ່າ ແຜນການຢາຂອງທ່ານວ່າ ໂຄງການຢາຂອງທ່ານຈະບໍ່ໃຫ້ຢາ ເຊິ່ງທ່ານໝໍຂອງທ່ານເວົ້າວ່າ ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ ຫລືຈະໃຫ້ຢາແກ່ທ່ານ ສະເພາະຢາທີ່ມີລາຄາແພງກວ່າທີ່ທ່ານຄິດວ່າຈະຈ່າຍ, ທ່ານ ມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ທາງໂຄງການຈັດຫາຢາຕ່າງໆ ແກ່ທ່ານ ຫລືຂໍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານຈ່າຍໜ້ອຍລົງ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ທາງໂຄງການຢາພິຈາລະນາກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ອັນນີ້ແມ່ນເອີ້ນວ່າ ການພິຈາລະນາ ໃຫ້ປະກັນພັບຄຸ້ມຄອງ.

ເມື່ອໃດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຂໍເອົາການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັບຄຸ້ມຄອງ?

ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ໂຄງການຢາຂອງທ່ານພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັບຄຸ້ມຄອງໄດ້ ຖ້າວ່າ:

- ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໂຄງການຢາຈັດຫາຢາຕົວໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ມີຢູ່ໃນລາຍຊື່ຢາຂອງໂຄງການ (ເອີ້ນວ່າ ຢາຕາມສູດ) ;
- ໂຄງການຂອງທ່ານຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລອງໃຊ້ຢາຕົວອື່ນກ່ອນ;
- ໂຄງການເວົ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍເອົາຢາທີ່ທ່ານໝໍຂອງທ່ານສັ່ງໄດ້ຫລາຍ ຫລືຢາໃນຮູບແບບອື່ນໆ; ຫລື
- ທ່ານຕ້ອງສາມາດໄດ້ຢາທີ່ມີຄ່າຈ່າຍຮ່ວມຕໍ່າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊ່ວຍເຫລືອບໍ່?

ທ່ານຄວນໂທ ຫລືຂຽນໄປຫາໂຄງການຂອງທ່ານເພື່ອຖາມເຂົາເຈົ້າວ່າ ຈະເລີ້ມດຳເນີນການແນວໃດ. ທ່ານຍັງ ຄວນຂໍໃຫ້ໂຄງການສົ່ງຟອມທີ່ທ່ານຕ້ອງການດ້ວຍ. ທ່ານຍັງສາມາດນຳໃຊ້ຟອມທີ່ຢູ່ຕອນທ້າຍຂອງໃບຂໍ້ມູນນີ້, ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ “ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັບຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງ Medicare (“Request for Medicare Prescription Drug Coverage Determination”).”

ຖ້າວ່າ ແຜນການຢາ ຂອງທ່ານວ່າ ໂຄງການຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງຈ່າຍຄ່າຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍຊື່ຢາທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານ ຕ້ອງຕິດຕໍ່ໂຄງການຂອງທ່ານໂດຍກົງເພື່ອເລີ້ມດຳເນີນການ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລືບຸກຄົນ ໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້ ໂທ ຫລືຂຽນຈົດໝາຍເຖິງໂຄງການແທນທ່ານ.



ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊ່ວຍເຫລືອບໍ່?

ແມ່ນ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍໃຫ້ທາງໂຄງການຢາຂອງທ່ານຈັດຫາຢາຕົວໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍຊື່ຢາ ຫລືເພື່ອຄຸ້ມຄອງຈ່າຍຄ່າຢາ ຕ່າງໆ ຂອງທ່ານໃນລາຄາຄ່າຈ່າຍຮ່ວມທີ່ຖືກກວ່າ, ທ່ານກໍຕ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈາກທ່ານໝໍຂອງທ່ານ. ປະເພດຂອງການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງນີ້ແມ່ນເອີ້ນວ່າ *ການຍົກເວັ້ນ*. ໂຄງການຢາຈະຮຽກຮ້ອງເອົາຂໍ້ມູນນີ້ ຈາກທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະພິຈາລະນາຕັດສິນໃຈໃຫ້ການຍົກເວັ້ນແກ່ທ່ານ. ຈິ່ງບອກທ່ານໝໍຂອງທ່ານວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈິ່ງຂໍເອົາການຍົກເວັ້ນ. ຈາກນັ້ນ ຈິ່ງຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍລິ້ງຈິດໝາຍບອກທາງໂຄງການວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈິ່ງ ຕ້ອງການການຍົກເວັ້ນ, ຫລືຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍປະກອບຟອມເຊິ່ງລວມຢູ່ໃນໃບຂໍ້ມູນນີ້. ທ່ານຍັງອາດຕ້ອງການຖາມທ່ານໝໍວ່າ ມີຢາອື່ນອີກບໍ່ທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ແທນຢາທີ່ໂຄງການຢາຂອງທ່ານບໍ່ຕ້ອງການສະໜອງໃຫ້. ທ່ານຄວນຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍ ຊ່ວຍເຫລືອ ເຖິງແມ່ນວ່າ ໂຄງການຢາບໍ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງແນວນັ້ນ.

ໂຄງການຢາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະໃຊ້ເວລາດົນປານໃດ ໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບ ການພິຈາລະນາໃຫ້ ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງ?

ໂຄງການຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາຕັດສິນໃຈດົນນານກວ່າ 72 ຊົ່ວໂມງໄດ້ ນັບແຕ່ເວລາທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການ ພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ໃນການທີ່ຈະຕັດສິນວ່າ ໂຄງການຈະສະໜອງຢາທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໄດ້ບໍ່.

ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດລໍຖ້າ 72 ຊົ່ວໂມງເພື່ອເອົາຢາຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້?

ຖ້າວ່າ ທ່ານຄິດວ່າມັນຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫລືວ່າທ່ານຕ້ອງລໍຖ້າໃຫ້ໂຄງການຕັດສິນໃຈ, ຈິ່ງຂໍໃຫ້ ທ່ານໝໍຂອງທ່ານບອກໂຄງການຂອງທ່ານວ່າ ຊີວິດຫລືສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະມີອັນຕະລາຍ ແລະວ່າ ທ່ານບໍ່ສາມາດລໍຖ້າໄດ້ ແລະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນທັນທີ. ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ *ການກວດກາຄົນແບບເລັ່ງດ່ວນ*. ຖ້າວ່າໄດ້ມີການເລັ່ງການກວດກາ ຄົນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ, ໂຄງການຈະຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕັດສິນແກ່ທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຮັດຫຍັງໄດ້ອີກແດ່ ຖ້າວ່າໂຄງການຢາຂອງຂ້າພະເຈົ້າຍັງຄົງເວົ້າວ່າ “ບໍ່ໄດ້”?

ຖ້າວ່າ ໂຄງການຂອງທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງແກ່ທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮຽກຮ້ອງ ໃຫ້ມີການ ທົບທວນຄໍາຕັດສິນໄດ້. ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ *ການອຸທອນ*. ມີຫ້າຂັ້ນຕອນທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມ ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການອຸທອນ ຄໍາຕັດສິນຂອງໂຄງການ (ບັນຍາຍໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ). ທ່ານຍັງອາດມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ຂັ້ນຕອນການອຸທອນຢູ່ໃນປຶ້ມຄູ່ມືຜົນປະໂຫຍດ ຂອງທ່ານ. ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການອຸທອນ, ກະຮຸນາໂທຣຫາພວກເຮົາທີ່ເລກໂທຣຢູ່ທ້າຍສຸດຂອງເອກະສານຂໍ້ມູນສະບັບນີ້.

ການອຸທອນ

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່ ໂດຍທາງໂຄງການ

ຂັ້ນທຳອິດຂອງການອຸທອນ ແມ່ນການຂໍໃຫ້ທາງໂຄງການກວດກາຄືນໃໝ່ອີກເທື່ອໜຶ່ງ. ອັນນີ້ແມ່ນເອີ້ນວ່າ *ການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່*. ທ່ານ, ຫລືທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລືໃຜກໍໄດ້ທີ່ທ່ານໄດ້ເລືອກໄວ້ຕ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່ ນີ້ໂດຍຮຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 60 ວັນນັບແຕ່ ວັນທີ່ຂອງການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັຍການຄຸ້ມຄອງຂອງໂຄງການ. ໂຄງການມີເວລາຈັດວັນ ນັບແຕ່ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ທີ່ຈະບອກທ່ານເຖິງການຕັດສິນໃຈຂອງໂຄງການ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຄິດວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບອັນຕະລາຍ ຍ້ອນວ່າຕ້ອງລໍຖ້າເອົາຄໍາຕັດສິນຈາກໂຄງການ 7 ວັນ, ຈິ່ງຂໍໃຫ້

ທ່ານໝໍຂອງທ່ານບອກທາງໂຄງການຂອງທ່ານວ່າ ຊີວິດ ຫລືສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບອັນຕະລາຍ ແລະວ່າ ທ່ານບໍ່ສາມາດ
ລໍຖ້າໄດ້ ແລະຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນທັນທີ. (ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ ຄໍາຮ້ອງເພື່ອໃຫ້ມີການເລັ່ງການທົບທວນໃຫ້ໄວຂຶ້ນ). ຖ້າວ່າ
ມີການເລັ່ງລັດການທົບທວນເລື້ອງຂອງທ່ານ, ໂຄງການຈະຕ້ອງຜ່າງໃຫ້ທ່ານຮູ້ ເຖິງການຕັດສິນຂອງໂຄງການພາຍໃນ 72
ຊົ່ວໂມງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ການໄຕ່ຕອງໃໝ່ ໂດຍບຸກຄົນຈາກພາຍນອກ

ຖ້າວ່າ ທາງໂຄງການຍັງບໍ່ເຫັນດີນໍາທ່ານ ໃນເວລາຂໍການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດກາຄືນ
ໂດຍບຸກຄົນຈາກພາຍນອກ ຫລື IRE. ການເຮັດແນວນີ້ເອີ້ນວ່າ ການຂໍໃຫ້ໄຕ່ຕອງໃໝ່. ທ່ານ ຫລືທ່ານໝໍຂອງທ່ານ
ຫລືໃຜຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້ຕ້ອງຂໍເອົາການໄຕ່ຕອງໃໝ່ນີ້ໂດຍຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 60 ວັນນັບຈາກວັນທີຂອງ
ການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່. ຄໍາຮ້ອງຂໍຕ້ອງຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ທາງໂຄງການມີເວລາຈັດວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ໄດ້ຮັບ
ຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານທີ່ຈະບອກທ່ານເຖິງການຕັດສິນຂອງໂຄງການ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຄິດວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະເປັນອັນຕະລາຍ
ຖ້າຫາກ ຕ້ອງລໍຖ້າຄໍາຕັດສິນ 7 ວັນ, ຈິ່ງຂໍໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການເລັ່ງການທົບທວນໃຫ້ໄວຂຶ້ນ. ຖ້າວ່າ
ມີການເລັ່ງລັດການທົບທວນເລື້ອງຂອງທ່ານ, ໂຄງການຈະຕ້ອງຜ່າງໃຫ້ທ່ານຮູ້ ເຖິງການຕັດສິນຂອງໂຄງການ ພາຍໃນ
72 ຊົ່ວໂມງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ການພິຈາລະນາຄະດີໂດຍຜູ້ພິພາກສາກ່ຽວກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການບໍລິຫານ (ALJ)

ຖ້າວ່າ IRE ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງທາງໂຄງການຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຫລືທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລືໃຜກໍໄດ້ທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້
ສາມາດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໂດຍ ALJ. ທ່ານຕ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີອັນໜຶ່ງໂດຍການຂຽນເປັນ
ລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 60 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີ່ມີການຕັດສິນຂອງ IRE. ໂດຍທົ່ວໄປ ALJ ມີເວລາ 90 ວັນ ນັບຈາກ
ວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ເພື່ອທີ່ຈະບອກທ່ານເຖິງການຕັດສິນຂອງເພິ່ນ. ເພື່ອໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໂດຍ ALJ,
ຈໍານວນລວມຂອງຄ່າຢາຂອງທ່ານ ຫລືມູນຄ່າຂອງຢາຕ້ອງຢ່າງໜ້ອຍ \$100. ຈໍານວນນີ້ຈະເພີ່ມຂຶ້ນໃນແຕ່ລະປີ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ການກວດກາຄືນໂດຍສະພາດູແລເລື້ອງການອຸທອນຂອງ Medicare (MAC)

ຖ້າວ່າ ALJ ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງທາງໂຄງການຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຫລືທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫລືໃຜກໍໄດ້ທີ່ທ່ານເລືອກໄວ້
ຕ້ອງຂໍເອົາການກວດກາຄືນໂດຍ MAC ໂດຍຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 60 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີ່ມີການຕັດສິນ
ເພື່ອຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີໂດຍ ALJ. ຄໍາຮ້ອງຕ້ອງຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນເຖິງ ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການ
ຄໍາຕັດສິນຂອງ IRE. ໂດຍທົ່ວໄປ MAC ມີເວລາ 90 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ເພື່ອທີ່ຈະບອກທ່ານ
ເຖິງການຕັດສິນຂອງເພິ່ນ.

ຂັ້ນຕອນທີ 5: ການກວດກາຄືນໂດຍສານຮັຖບານກາງ

ຖ້າວ່າ MAC ເຫັນດີກັບການຕັດສິນຂອງທາງໂຄງການຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຫລືຕົວເຫັນທີ່ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງໄວ້ມີເວລາ 60
ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີ່ຂອງແຈ້ງການທີ່ບອກເຖິງການຕັດສິນຂອງ MAC ເພື່ອທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດກາຄືນໂດຍສານຂອງ
ຮັຖບານກາງ. ຄໍາຮ້ອງຕ້ອງໄດ້ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນເຖິງ ບຸກຄົນທີ່ບິ່ງໄວ້ໃນແຈ້ງການຄໍາຕັດສິນຂອງ MAC. ເພື່ອ
ໃຫ້ມີການກວດກາຄືນໂດຍສານຂອງຮັຖບານກາງ, ຈໍານວນຂອງຄ່າຢາ ຫລືມູນຄ່າຂອງປະກັນພັຍທີ່ຖືກປະຕິເສດຕ້ອງມີ
ຈໍານວນຢ່າງໜ້ອຍ \$1050. ທ່ານຄວນຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຈາກທະນາຍຄວາມ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະນໍາໃຊ້ຂັ້ນຕອນນີ້.

ການຮ້ອງທຸກອື່ນໆ

ຈະເປັນແນວໃດຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຮ້ອງທຸກແນວອື່ນກ່ຽວກັບໂຄງການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບໂຄງການຢາຂອງທ່ານ, ແຕ່ວ່າຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບການເອົາຢາ ຫລືຄ່າຢາອື່ນໆ ຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບໂຄງການໄດ້. ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ “ການຮ້ອງຮຽນ”. ຕໍ່ໄປນີ້ ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງສິ່ງຕ່າງໆ ເຊິ່ງທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບໄດ້:

- ພະແນກການບໍລິການລູກຄ້າຂອງໂຄງການຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ານລໍຖ້າການຊ່ວຍເຫລືອດົນໄພດ ຫລືເຂົາເຈົ້າບໍ່ສຸພາບ ຫລືບໍ່ເວົ້າພາສາຂອງທ່ານ .
- ໂຄງການຂອງທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ເຂົາເຈົ້າຄວນເອົາໃຫ້ທ່ານ .
- ໂຄງການຂອງທ່ານເຮັດໃຫ້ທ່ານລໍຖ້າເອົາໃບສັ່ງຢາດົນເກີນໄປ .

ເພື່ອເລີ່ມເຮັດການຮ້ອງຮຽນ, ຈົ່ງໂທໄປທີ່ເລກໂທຂອງພະແນກບໍລິການລູກຄ້າສໍາລັບໂຄງການຢາຂອງທ່ານແລະຂໍຍື່ນ ເລື້ອງຮ້ອງຮຽນ .

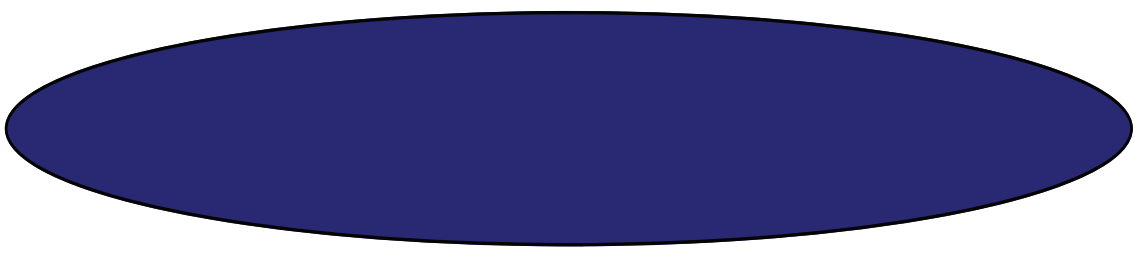
ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໂຄງການຢາໃນເວລາໃດກໍໄດ້ແນ່ນອນ ຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມັກໂຄງການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລືບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນຂອງໂຄງການ?

ແມ່ນ. ຖ້າວ່າທ່ານມີ Medi-Cal ແລະ Medicare ທ່ານສາມາດປ່ຽນເປັນໂຄງການອື່ນທີ່ແຕກຕ່າງໄດ້ ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການ ຢາມໃດກໍໄດ້. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະປ່ຽນໂຄງການ, ຈົ່ງຢ່າລືມກວດກາເບິ່ງວ່າ ໂຄງການຢາອັນໃໝ່ທີ່ທ່ານ ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມນັ້ນ ຄຸ້ມຄອງຈ່າຍຄ່າຢາຕ່າງໆ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການຫລືບໍ່. ແຕ່ໃຫ້ລະມືກໄວ້ສະເໝີວ່າ ຖ້າວ່າ ທ່ານປ່ຽນໄປເຂົ້າ ໂຄງການຢາອື່ນ, ໂຄງການຢາອັນໃໝ່ນັ້ນຈະບໍ່ເລີ່ມຈ່າຍຄ່າຢາໃຫ້ທ່ານ ຈົນກວ່າຈະຮອດເດືອນຖັດໄປ .

- ໃບຂໍ້ມູນ# 1: Medicare Part D ແບບພື້ນຖານ (Medicare Part D Basics)
- ໃບຂໍ້ມູນ# 2: Medicare Part D ແລະ Medi-Cal ພ້ອມກັບຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ
(Medicare Part D and Medi-Cal with a Share of Cost)
- ໃບຂໍ້ມູນ# 3: Medicare Part D: ການຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເພື່ອຈ່າຍສໍາລັບຢາຕາມໃບສັ່ງ
(Medicare Part D: Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)

ພວກເຮົາຢູ່ນີ້ເພື່ອຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ !

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂໍເອົາການພິຈາລະນາໃຫ້ປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ ຫລືຂໍເອົາຂໍ້ມູນ ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ສູນຜູ້ບໍລິໂພກດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຍິ່ງໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ .



Plan Name _____

Phone # _____

Fax # _____

Medicare Part D Coverage Determination Request Form

This form cannot be used to request:

- Medicare non-covered drugs, including barbiturates, benzodiazepines, fertility drugs, drugs prescribed for weight loss, weight gain or hair growth, over-the-counter drugs, or prescription vitamins (except prenatal vitamins and fluoride preparations).
- **Biotech or other specialty drugs for which drug-specific forms are required. [See <Part D plan website.>] OR [See links to plan websites at http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/04_Formulary.asp]**

Patient Information			Prescriber Information		
Patient Name:			Prescriber Name:		
Member ID#:			NPI# (if available):		
Address:			Address:		
City:		State:	City:		State:
Home Phone:		Zip:	Office Phone #:	Office Fax #:	Zip:
Sex (circle):	M	F	DOB:		Contact Person:

Diagnosis and Medical Information				
Medication:		Strength and Route of Administration:		Frequency:
<input type="checkbox"/> New Prescription OR Date Therapy Initiated:		Expected Length of Therapy:		Qty:
Height/Weight:	Drug Allergies:		Diagnosis:	
Prescriber's Signature:				Date:

Rationale for Exception Request or Prior Authorization FORM CANNOT BE PROCESSED WITHOUT REQUIRED EXPLANATION

- Alternate drug(s) contraindicated or previously tried, but with adverse outcome (eg, toxicity, allergy, or therapeutic failure)
➔ Specify below: (1) Drug(s) contraindicated or tried; (2) adverse outcome for each; (3) if therapeutic failure, length of therapy on each drug(s);
- Complex patient with one or more chronic conditions (including, for example, psychiatric condition, diabetes) is stable on current drug(s); high risk of significant adverse clinical outcome with medication change
➔ Specify below: Anticipated significant adverse clinical outcome
- Medical need for different dosage form and/or higher dosage
➔ Specify below: (1) Dosage form(s) and/or dosage(s) tried; (2) explain medical reason
- Request for formulary tier exception
➔ Specify below: (1) Formulary or preferred drugs contraindicated or tried and failed, or tried and not as effective as requested drug; (2) if therapeutic failure, length of therapy on each drug and adverse outcome; (3) if not as effective, length of therapy on each drug and outcome
- Other: _____ ➔ Explain below

REQUIRED EXPLANATION: _____

Request for Expedited Review

- REQUEST FOR EXPEDITED REVIEW [24 HOURS]
➔ BY CHECKING THIS BOX AND SIGNING ABOVE, I CERTIFY THAT APPLYING THE 72 HOUR STANDARD REVIEW TIME FRAME MAY SERIOUSLY JEOPARDIZE THE LIFE OR HEALTH OF THE MEMBER OR THE MEMBER'S ABILITY TO REGAIN MAXIMUM FUNCTION

Information on this form is protected health information and subject to all privacy and security regulations under HIPAA.