

Tên Người ghi danh: \_\_\_\_\_ (không bắt buộc)

Số thuốc và toa thuốc: \_\_\_\_\_ (không bắt buộc)

## **Bảo hiểm thuốc Medicare và Quyền lợi của Quý vị**

**Quý vị có quyền yêu cầu một quyết định bảo hiểm** từ chương trình thuốc Medicare của mình để cung cấp hoặc chi trả cho một loại thuốc mà quý vị cho là nên được đài thọ, cung cấp hoặc tiếp tục. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một loại quyết định bảo hiểm đặc biệt gọi là **"trường hợp ngoại lệ"** nếu quý vị:

- Cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được đài thọ trong chương trình của quý vị
- Tin rằng quy tắc bảo hiểm (như ủy quyền trước hoặc giới hạn số lượng) không nên áp dụng với quý vị vì lý do y tế
- Cần sử dụng một loại thuốc không ưu tiên và muốn chương trình chi trả cho loại thuốc đó với giá thuốc ưu tiên

### **Cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm**

Để yêu cầu một quyết định bảo hiểm, quý vị hoặc bác sĩ kê đơn của quý vị có thể gọi số điện thoại miễn phí của chương trình thuốc Medicare của quý vị trên mặt sau thẻ thành viên của chương trình, hoặc truy cập trang web của chương trình. Quý vị có thể yêu cầu một quyết định khẩn cấp (trong vòng 24 giờ) nếu sức khỏe của quý vị có thể bị tổn hại nghiêm trọng do phải chờ đến 72 giờ để có quyết định.

Hãy sẵn sàng thông báo với chương trình thuốc Medicare của quý vị:

- Tên loại thuốc kê đơn, bao gồm liều lượng và nồng độ (nếu biết)
- Tên của nhà thuốc đã cung cấp thuốc kê đơn
- Ngày mà quý vị cố gắng lấy thuốc kê đơn
- Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, bác sĩ kê đơn của quý vị sẽ cần giải thích lý do tại sao quý vị cần loại thuốc ngoài danh mục hoặc không ưu tiên, hoặc tại sao quy tắc bảo hiểm không được áp dụng cho quý vị.

Chương trình thuốc Medicare của quý vị sẽ gửi cho quý vị một quyết định bằng văn bản. Nếu bảo hiểm không được phê duyệt và quý vị không đồng ý với quyết định này, quý vị có quyền kháng nghị. Thông báo của chương trình sẽ giải thích lý do bảo hiểm bị từ chối và cách yêu cầu kháng nghị.

### **Nhận trợ giúp và thêm thông tin**

Xem tài liệu chương trình của quý vị hoặc gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin về cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm. Người dùng TTY có thể gọi theo số 1-877-486-2048. Để được hỗ trợ liên lạc với chương trình của quý vị, vui lòng gọi số 1-800-MEDICARE.

Để nhận được mẫu này dưới định dạng dễ tiếp cận (như chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh), hãy liên hệ với chương trình thuốc Medicare của quý vị. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu cảm thấy mình bị phân biệt đối xử. Vui lòng truy cập [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), hoặc gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi theo số 1-877-486-2048.

**Tuyên bố Tiết lộ Thông tin PRA** Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào được yêu cầu phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi việc này hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Mã số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0975. Thông tin thu thập này được sử dụng để thông báo cho những người ghi danh về cách liên lạc với chương trình Phần D của họ để yêu cầu quyết định bảo hiểm. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 1 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết để xem xét và hoàn tất qua việc thu thập thông tin. Việc thu thập thông tin này là bắt buộc theo § 423.562(a)(3) và quy định liên quan tại § 423.128(b)(7)(iii). Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.