



### ការស្នើសុំការសម្រេចឡើងវិញនូវការបដិសេធឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare

ពីព្រោះយើង, Neighborhood INTEGRITY, បានបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើ (ឬការបង់ ប្រាក់សម្រាប់) ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឲ្យយើងធ្វើការសម្រេចឡើងវិញ (បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍) នៃការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ អ្នកមានពេល 60 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធនៃការរ៉ាប់រង លើថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដើម្បីស្នើសុំឲ្យយើងធ្វើការសម្រេចឡើងវិញ។ ទម្រង់នេះអាចផ្ទេរមកយើងវិញតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ៖

អាស័យដ្ឋាន:  
CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions  
PO BOX 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85072-2000

លេខទូរសារ៖  
1-855-633-7673

អ្នកក៏អាចស្នើសុំយើងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើង នៅ [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY)។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿនអាចត្រូវបានធ្វើឡើងតាមទូរស័ព្ទ លេខ 1-844-812-6896, TTY: 711, ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ និងពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

**អ្នកអាចធ្វើសំណើមួយ៖** អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំឲ្យយើងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យបុគ្គលផ្សេងទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារឬមិត្តភក្តិ) ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នកនោះ បុគ្គលនោះត្រូវតែជាអ្នកតំណាងអ្នក។ សូមទាក់ទងមកយើងដើម្បីរៀនយល់អំពីរបៀបស្វែងរកអ្នកតំណាង ម្នាក់។

**ព័ត៌មានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ:**

ឈ្មោះអ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទកំណើត: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋានអ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីបកូដ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_

លេខអែឌីសមាជិករបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

**បំពេញផ្នែកដូចខាងក្រោម:ប្រសិនបើអ្នកដែលស្នើសុំនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះ:**

ឈ្មោះរបស់អ្នកស្នើសុំ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងអ្នកស្នើសុំនឹងអ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីបកូដ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_

**ឯកសារកំណត់សម្រាប់ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលធ្វើឡើងដោយនរណាម្នាក់ ក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ**

ភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាចដើម្បីកំណត់ឱ្យទម្រង់ (ការអនុញ្ញាតឱ្យកំណត់ដែលបាន បំពេញទម្រង់ CMS-1696 ឬសមមូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ) ប្រសិនបើវាមិនត្រូវបានដាក់ជូននៅ កម្រិត កំណត់ ការរ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចាត់តាំងអ្នកកំណត់ សូមទាក់ទងផែន ការរបស់អ្នក ឬ 1-800-Medicare 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY ទូរស័ព្ទទៅលេខ៖ 1-877-486-2048

**ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាអ្នកកំពុងស្នើសុំ៖**

ឈ្មោះឱសថ៖ \_\_\_\_\_ កម្លាំង/ចំនួន/កម្រិត៖ \_\_\_\_\_

តើអ្នកបានទិញឱសថដែលកំពុងរង់ចាំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស"៖ កាលបរិច្ឆេទបានទិញ៖ \_\_\_\_\_ តម្លៃចំណាយ៖ \$ \_\_\_\_\_  
(ភ្ជាប់សំណៅនៃបង្កាន់ដៃ)

ឈ្មោះនិងលេខទូរស័ព្ទរបស់ឱសថស្ថាន៖ \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា**

ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីបកូដ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទការិយាល័យ \_\_\_\_\_ ទូរសារ \_\_\_\_\_

បុគ្គលិកទាក់ទងនៅការិយាល័យ \_\_\_\_\_

**កំណត់សារសំខាន់៖ ការសម្រេចចិត្តពន្លឿន**

ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿថាការរង់ចាំ 7 ថ្ងៃសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តស្តង់ដារអាច ធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកដើម្បីមានដំណើរការពេញលេញ ម្តងទៀត អ្នកអាចស្នើសុំនូវការសម្រេចចិត្តពន្លឿន (ឆាប់រហ័ស)។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ចង្អុលបង្ហាញថាការរង់ចាំរយៈពេល 7 ថ្ងៃអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពអ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងធ្វើ ការសំរេចចិត្តអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបាន ការគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន យើងនឹងសម្រេចចិត្តប្រសិនបើ ករណីរបស់អ្នកតម្រូវនូវការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿនទេ ប្រសិន បើអ្នកស្នើសុំអោយយើងសងអ្នកវិញចំពោះថ្នាំ ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

ពិនិត្យកញ្ចប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា អ្នកត្រូវការការសំរេចចិត្ត ដោយប្រើរយៈពេល 72 ម៉ោង។  
(ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ភ្ជាប់វានឹងសំណើនេះ)  
។

សូមពន្យល់មូលហេតុរបស់អ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។ ភ្ជាប់

ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកជឿថាអាចជួយករណីរបស់អ្នក ដូចជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់អ្នកចេញ  
វេជ្ជបញ្ជានិងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពាក់ព័ន្ធ។ អ្នកប្រហែលជាចង់យោងទៅលើការពន្យល់ដែលយើង  
បានផ្តល់ជូន នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធនៃការធានារ៉ាប់រង លើថ្លៃថ្នាំពេទ្យតាម  
វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ហើយមានអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក បញ្ជាក់ពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការ  
រ៉ាប់រងរបស់ផែនការ ប្រសិនបើមានដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងលិខិតបដិសេធរបស់ផែនការ ឬនៅ  
ក្នុងឯកសារផែនការផ្សេងទៀត។ ការបញ្ជូលពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវការជាចាំបាច់  
ដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃផែនការនិង / ឬហេតុអ្វីថ្នាំ  
ដែលត្រូវបានគម្រួរដោយផែនការថាមិនសមស្របសម្រាប់អ្នក។

---

---

---

---

**ហត្ថលេខារបស់ជនដែលស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (អ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកកំណត់)៖**  
\_\_\_\_\_ **កាលបរិច្ឆេទ៖** \_\_\_\_\_

ផែនការ Neighborhood Health Plan of Rhode Island  
គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយ Medicare និង Rhode Island Medicaid  
ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូលរួម។

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  
Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on  
Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your  
call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están  
disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8  
pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y  
feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La  
llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala Português, os serviços de assistência ao idioma estão disponíveis de forma  
gratuita. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h  
às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e  
feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil  
seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា  
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)  
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍  
ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។  
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។