

Medicare 聯邦醫療保險 處方藥被拒之 重新裁決申請



由於我們 Elderplan (長老計劃) 拒絕您提出的處方藥承保 (或支付) 申請, 您有權就該決定向我們提出重新裁決申請 (上訴)。自我們發出拒絕 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保通知之日起, 您有 60 天的時間要求我們重新裁決。該表格可以透過郵件或傳真發送給我們:

地址: CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

傳真號碼: 1-855-633-7673

您還可以透過我們的網站 www.elderplan.org 向我們提出上訴。

若要提出加急上訴申請, 請致電 1-866-490-2102, TTY: 711, 服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。

誰可以提出申請: 您的處方醫生可代表您向我們提出上訴。如果您希望其他人 (例如家庭成員或朋友) 為您申請上訴, 該人必須是您的代表。若需瞭解如何指定代表人, 請聯絡我們。

參保者資訊

參保者姓名 _____ 出生日期 _____

參保者地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

電話號碼 _____ 參保者 ID 號碼 _____

僅當提出此申請之人士並非參保者時才填寫以下部分:

申請者姓名 _____

申請者與參保者的關係 _____

申請者地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

電話號碼 _____

由參保者或其處方醫生以外的人士提出上訴申請的聲明文檔記錄:

若未在承保範圍裁決等級提交, 請附上顯示參保者代表授權的文檔 (完整的代表授權表 CMS-1696 或同等書面文檔)。欲瞭解有關委任代表的更多資訊, 請聯絡您的計劃或 1-800-Medicare, 每週 7 天、每天 24 小時可致電。TTY 使用者請致電: 1-877-486-2048

您要求的處方藥

藥物名稱 _____ 規格/數量/劑量 _____

您是否已購買有待上訴的藥物？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答「是」：購買日期 _____ 已支付的金額 \$ _____ （請附上收據副本）

藥房名稱及電話號碼 _____

處方醫生資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

辦公電話 _____ 傳真 _____

辦公室聯絡人 _____

重要須知：加急決定

如果您或您的處方醫生認為等待 7 天以獲得標準決定可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，您可以要求加急（快速）決定。如果您的處方醫生表示等待 7 天可能會嚴重損害您的健康，我們將自動在 72 小時內為您決定。若您並未取得處方醫生的加急上訴支援，我們將決定您的個案是否需要快速決定。如果您要求我們償還您已收到的藥物費用，您不能申請加急上訴。

☐ 如果您認為需要在 72 小時內做出決定，請勾選此框。（如果您有處方醫生的支持聲明，請將其附加到此申請中）。

請解釋您上訴的理由。必要時附加更多頁。請附上您認為可能對您的案件有幫助的任何額外資訊，例如您的處方醫生的聲明和相關醫療記錄。您可能需要參考我們在拒絕 Medicare 聯邦醫療保險處方藥承保通知中提供的解釋，並讓您的處方醫生說明計劃的承保標準（如果有），如計劃的拒絕函或其他計劃文件所述。需要您的處方醫生提供意見來解釋為什麼您不能滿足計劃的承保標準和/或為什麼計劃要求的藥物在醫學上不適合您。

上訴申請者（參保者或代表）簽名：

_____ 日期 _____

Elderplan（長老計劃）是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否參保 Elderplan（長老計劃）視合約續簽情況而定。處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療護理提供者網絡可能隨時變更。必要時您會收到通知。這不是我們計劃承保的藥物的完整清單。如需完整清單或有其他問題，請聯絡 Elderplan（長老計劃）會員服務部，電話：1-800-353-3765，TTY/TDD 使用者應撥打 711，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天，或瀏覽 www.elderplan.org。