



申請 Medicare 處方藥拒絕承保重新判定

因為我們 Health Net 拒絕了您的處方藥承保 (或給付) 請求，您有權要求我們就我們的決定進行重新判定 (上訴)。從收到我們的 Medicare 處方藥拒絕承保通知的日期起，您可在 60 天內要求我們重新判定。本表格可採郵寄或傳真發送給我們：

地址：

Attn: Medicare
Pharmacy Appeals
P.O. Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

傳真號碼：

1-866-388-1766

您也可透過我們的網站向我們提出上訴，網址：healthnet.com。

特急上訴申請可來電提出，電話號碼：1-800-275-4737, TTY: 711。

誰可以提出申請：您的開立處方者可以代表您向我們提出上訴。如果您希望其他人 (例如家人或朋友) 為您提出上訴，則該人士必須是您的代表。請聯絡我們，以瞭解如何指定您的代表。

計畫參加者資訊

計畫參加者姓名 _____ 出生日期 _____

計畫參加者地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

計畫參加者 ID 號碼 _____

僅當提出此申請的人士不是計畫參加者本人時，才需填妥以下部分：

申請人姓名 _____

申請人與計畫參加者的關係 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

非由計畫參加者或計畫參加者的開立處方者提出上訴的代表書面紀錄：

若未在承保判定層級中提交，請附加證明代表該計畫參加者的授權書面紀錄（填妥的代表授權表格 CMS-1696 或書面同等文件）。如需委任代表的更多資訊，請聯絡您的計畫或 1-800-Medicare。

您申請的處方藥：

藥品名稱：_____ 強度 / 數量 / 劑量：_____

您是否已購買上訴尚待裁決的藥物？ 是 否

若「是」：

購買日期：_____ 支付的金額：\$ _____ (請附加收據複本)

藥房名稱和電話號碼： _____

開立處方者資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

辦公室電話 _____ 傳真 _____

辦公室聯絡人 _____

重要備註：特急決定

若您或您的開立處方者認為等待 7 天進行標準決定可能嚴重傷害您的生命、健康或重獲最大機能的能力時，您可要求進行特急 (快速) 決定。如果您的開立處方者指出等待 7 天可能會嚴重危害您的健康，則我們將會自動在 72 小時內給予您決定。若您未取得您的開立處方者對特急上訴的佐證，我們將決定您的案例是否需要快速決定。如果您欲要求我們償還您已獲得之藥品的費用，則您不能提出特急上訴。

若您認為您需要在 72 小時內獲得決定，請勾選此方框 (若您有來自您的開立處方者的佐證聲明，請附加在本申請書) 。

請說明您的上訴理由。 如有需要請額外加頁。請附加任何您認為可能有助於裁定您案例的額外資訊，例如來自您的開立處方者的聲明和相關病歷。您可能需要參照我們在「 Medicare 處方藥拒絕承保通知」中提供的解釋，並請您的開立處方者針對計劃的承保標準 (如果可取得，依計劃的拒絕函或其他計劃文件中所載明) 提供說明。需要您的開立處方者提供意見，解釋為何您無法符合計劃的承保標準，和/或為何計劃要求的藥物在醫療上不適合您。

上訴申請人簽名（計畫參加者或代理人）：

_____ 日期： _____