Medicare 聯邦醫療保險方案處方藥拒批重新裁定請求

Alameda Alliance Wellness 拒絕了您要求承保（或支付）[處方藥名稱] 的請求。您有權要求我們重新裁定（上訴）我們的決定。**請使用此表格上訴該裁定。**

- 您可在我們的《Medicare 處方藥承保拒批通知》發出之日起計 65 日內提出上訴。
- 您也可以透過我們的網站 **www.alamedaalliance.org** 提出上訴。
- 您可以致電 **1.833.793.3767**，提出加快上訴請求。

您的處方者可代表您提出上訴。如果您希望請其他人（例如您的家庭成員或朋友等）代您提出上訴，此人必須是您的代表。請致電 1.844.411.0579 與我們聯絡，以便瞭解如何指定一名代表。

保險計劃入保者資訊

入保者姓名：_____

計劃成員 ID 號碼：_____ 出生日期（月/日/年）：_____

郵寄地址：_____

市、州、郵政編碼：_____

電話號碼：_____

處方藥與處方者資訊

您要求的藥物名稱：_____

強度/數量/劑量：_____

處方者姓名：_____

診所地址：_____

市、州、郵政編碼：_____

診所電話：_____ 診所傳真：_____

診所聯絡人：_____

您是否已購買此藥物？☐ 是 ☐ 否

如果答案為「是」：

購買日期：_____ 已支付金額：_____（請附上收據副本）

藥房名稱：_____

藥房電話號碼：_____

您是否需要加快（快速）裁定？

☐ **如果您認為您需要在 72 小時內獲得裁定，請勾選此框。** 如果您有處方者的支持聲明，請將其附於本請求後。

- 如果您本人或您的處方者認為，等待 7 天的標準裁定會嚴重威脅您的生命、健康或主要身體機能之重新恢復能力，則您可以提出加快（快速）裁定的請求。
- 如果您的處方者指明，等待 7 天會嚴重威脅您的健康，我們將自動在 72 小時內做出裁定。如果您請我們向您補償您已經獲得的藥物之費用，則您不可提出加快上訴請求。
- 如果您並未獲得處方者對加快上訴的證實，我們將決定是否需就您的情況做出快速裁定。

請解釋您認為此藥物應獲承保的原因

- 請附上任何您認為對您的個案有幫助的其他資訊，例如您的處方者的聲明或醫療記錄。
- 請附上《Medicare 處方藥承保拒批通知》的副本
- 您的處方者將需要解釋您為何不能符合我們保險計劃的承保規定，和/或為何保險計劃要求的藥物在醫療上不適合您。
- 我們應考慮的其他資訊：_____

_____

代表資料

僅在提出此項請求者並非入保者或其處方者的情況下，才需要填寫本部分內容。請務必隨附證明文檔，用以在並非以承保裁定層級遞交時，證明對代表入保者之授權（例如填寫完整的表格 CMS-1696 或者等效書面證明文檔）。有關指定代表的詳細資訊，請致電 **1.844.411.0579** 與我們聯絡。

代表姓名：_____

與入保者的關係：_____

街道地址：_____

市、州、郵政編碼：_____

電話號碼：_____

簽署並提交此表格

上訴請求者（入保者、處方者或代表）的簽名：

簽名：_____ **日期：**_____

請將填妥的表格及任何佐證資訊傳真或郵寄至：

地址：	**傳真號碼：**
200 Stevens Drive	標準：**1.855.350.0544**
Philadelphia, PA 19113	加急：**1.855.350.0447**