

申請重新裁決Medicare處方藥拒絕決定

Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP) 拒絕了您要求承保（或支付）處方藥的申請。您有權要求我們對我們的決定進行重新裁決（上訴）。使用本表格針對此決定提出上訴。

- 您可以在Medicare處方藥承保拒絕通知之日起的65天內提出上訴。
- 您也可以透過我們的網站[wellcare.healthnetcalifornia.com](https://www.wellcare.healthnetcalifornia.com)提出上訴。
- 您可致電1-833-236-2366 (TTY 711) 與保戶服務部聯絡以提出加急上訴申請。從10月1日起至隔年的3月31日止，您可在每週7天的上午8點至晚上8點致電與我們聯絡。從4月1日起至9月30日止，您可在週一至週五的上午8點至晚上8點致電與我們聯絡。非營業時間、週末和聯邦假日會使用電話留言系統。

處方醫師可以代您提出上訴。如果您想請其他人（例如家人或朋友）代您提出上訴，該人士必須是您的代表。請致電1-833-236-2366 (TTY 711) 與保戶服務部聯絡，以瞭解如何指定代表。從10月1日起至隔年的3月31日止，您可在每週7天的上午8點至晚上8點致電與我們聯絡。從4月1日起至9月30日止，您可在週一至週五的上午8點至晚上8點致電與我們聯絡。非營業時間、週末和聯邦假日會使用電話留言系統。

計畫投保人資訊

投保人姓名：_____

保戶ID號碼：_____ 出生日期 (MM/DD/YYYY)：_____

郵寄地址：_____

城市、州、郵遞區號：_____

電話：_____

處方和處方醫師資訊

您申請的藥物名稱：_____

單位含量／數量／劑量：_____

處方醫師姓名：_____

診所地址：_____

城市、州、郵遞區號：_____

診所電話：_____ 診所傳真：_____

診所聯絡人：_____

您是否已經購買此藥物？ ☐ 是 ☐ 否

如回答「是」：

購買日期：_____ 支付金額：_____（附上收據副本）

藥房名稱：_____

藥房電話號碼：_____

您是否需要加急（快速）決定？

☐ 如果您認為自己需要在72小時內得知決定，請勾選此方框。如果您有您處方醫師的支持聲明，請將其隨附在本申請中。

- 如果您或您的處方醫師認為等待7天作出標準決定可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復身體最佳機能的能力，您可申請加急（快速）決定。
- 如果您的處方醫師表示等待7天可能會嚴重損害您的健康，我們將會自動在72小時內為您提供決定。如果您要求我們償付您已獲得的藥物，則您不能申請加急上訴。
- 如果您沒有獲得處方醫師對加急上訴的支持，我們將會決定您的個案是否需要快速決定。

請說明您認為該藥物應獲得承保的原因

- 請附上您認為可能對您個案有幫助的任何其他資訊，例如處方醫師的聲明或醫療記錄。
- 請附上Medicare處方藥承保拒絕通知的副本。
- 您的處方醫師將需要解釋您為何無法符合我們計畫的承保規定和／或計畫要求的藥物對您來說在醫療上不適當的原因。
- 我們應該考慮的其他資訊：_____

代表資訊

僅有在提出此申請的人不是投保人或投保人的處方醫師時，才需填寫此部分。如果您尚未在承保裁定階段提交，則您必須附上文件證明您有權代表投保人（例如填妥的CMS-1696表格或同等書面文件）。如需更多有關指定代表的資訊，請致電1-833-236-2366 (TTY 711) 與保戶服務部聯絡。

代表姓名：_____

與投保人的關係：_____

街道地址：_____

城市、州、郵遞區號：_____

電話：_____

簽名並提交此表格

上訴申請者（投保人、處方醫師或代表）簽名：

簽名：_____ 日期：_____

請將填妥的表格和任何支持資訊傳真或郵寄至：

地址：

Attn: Medicare Pharmacy Appeals

P.O. Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

傳真號碼：

1-866-388-1766