Medicare處方藥被拒絕的重新裁定的申請

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 拒絕了您對_____的承保(或付款)的申請。您有權要求我們重新裁定（上訴）我們的決定。**使用此表格來對該決定提出上訴。**

- 您可以在我們發出的拒絕承保 Medicare 處方藥通知的日期的 65 天內提出上訴。
- 您也可以透過我們的網站 **www.caloptima.org/onecare** 提出上訴。
- 您可以透過撥打 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 提出加急上訴的申請。

爲您開具此處方的醫療服務者可以代表您提出上訴。如果您希望其他人（例如家人或朋友）為您提出上訴，則該人必須是您的代表人。請撥打 **1-877-412-2734**（TTY **711**）以瞭解如何指定一位代表人。

計劃參保人的信息

參保人姓名: _____

會員卡ID號碼：_____ 出生日期 (月月/日日/年年年年): _____

郵寄地址： _____

城市、州、郵政編碼： _____

電話: _____

處方和開具處方者的信息

您所要求的藥品名稱：_____

強度/數量/劑量： _____

開具處方者的姓名：_____

辦公室地址： _____

城市、州、郵政編碼： _____

辦公室電話:_____ 辦公室傳真:_____

辦公室聯絡人: _____

您已經購買了此藥嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果是：

購買日期:_____ 已付金額:_____ (附上收據副本)

藥房名稱: _____

藥房電話號碼：_____

您需要一個加急（快速）的決定嗎？

☐ **如果您認為需要一個在 72 小時內做出決定，請勾選此方格。**如果您有開具處方者的支持聲明，請將它附加到此申請中。

- 如果您或您的開具處方者認為等待 7 天的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。
- 如果您的開具處方者表示等待 7 天可能會嚴重損害您的健康，我們將在 72 小時內自動給您一個決定。如果您要求我們退還您已經獲得的藥物的費用，您就不能要求加急上訴。
- 如果您沒有獲得開具處方者對加急上訴的支持，我們將決定您的案件是否需要快速裁決。

解釋為什麼您認為這種藥物應該被承保

- 附上您認為可能對您的情況有幫助的任何其他信息，例如開具處方者的聲明或醫療記錄。
- 附上Medicare處方藥被拒絕承保的通知書的副本
- 您的開具處方者需要解釋為什麼您不能達到我們計劃的承保規則和/或為什麼該計劃要求的藥物在醫學上不適合您。
- 我們應該考慮的其他資訊：_____

  _____

代表人的信息

只有當提出此請求的人不是參保人或參保人的開具處方者的時候才填寫此部分。如果在承保裁定等級申請時未提交文件，您則必須附上顯示您可以代表參保人的權限的文件（例如已填寫完整的 CMS-1696 表格或同等的書面文件）。
有關指定代表人的更多資訊，請撥打 **1-877-412-2734**（TTY **711**）。

代表人姓名：_____

與參保人的關係：_____

街道地址：_____

城市、州、郵政編碼：_____

電話: _____

簽名與提交此表格

請求上訴的人（參保人、開具處方者或代表人）的簽名：

簽名：_____ **日期:** _____

將填妥的表格和任何支持的資訊傳真或郵寄至：

地址：	傳真號碼
CalOptima Health OneCare Complete Pharmacy Management Appeals 505 City Parkway West Orange, CA 92868	1-858-357-2588

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部的免付費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**) ， 服務時間爲每週 7 天，每天 4 小時。請瀏覽我們的網站 **www.caloptima.org/OneCare**。

內附：

- 可用性通知和禁止歧視聲明插頁