



針對重新決定 Medicare 處方藥物否決決定的請求

由於我們 OneCare (HMO D-SNP) Medicare-Medi-Cal 計劃否決您針對承保 (或支付) 處方藥物所提出的申請，所以您有權利要求我們重新決定 (上訴) 我們的決定。自我們發出拒絕 Medicare 處方藥承保通知當日起，您有 60 天的時間可以要求我們重新決定。此表格可透過郵件或是傳真方式寄送給我們：

地址：
**OneCare
Pharmacy Management Appeals
505 City Parkway West
Orange, CA 92868**

傳真號碼：
1-858-357-2588

您也可以透過我們的網站向我們提出上訴，網址是 www.caloptima.org/onecare。

撥打 **1-877-412-2734** (TTY 專線 **711**) 可提出加急上訴。

可以提出申請的人： 您的開處方者可代替您向我們提出上訴。如果您希望由另一位人士 (例如家庭成員或朋友) 為您提出上訴申請，則該位人士必須是您的代表人。與我們聯絡以瞭解如何指定一名代表人。

入保人資訊

入保人姓名 _____ 出生日期 _____

入保人地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

入保人的會員 ID 號碼 _____

只有在提出此申請的人員並非是入保人時，才需完成下列部分：

申請者姓名 _____

申請者與入保人的關係 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

由入保人或入保人之處方開立者以外的某位人士提出上訴申請時的代表證明文件：

若未在承保決定層面提交證明經授權代表入保人的證明文件 (已填妥的 CMS-1696 代表授權表格或是同等的書面文件)，請隨附此證明文件。如需更多有關任命代表人的資訊，請聯絡您的計劃或是 **1-800-Medicare**。

您所申請的處方藥物：

藥物名稱： _____ 強度/數量/劑量： _____

您是否購買了上訴中的藥物？ 是 否

如果選擇「是」：

購買日期： _____ 支付金額：\$ _____ (附上收據影本)

藥房名稱和電話號碼： _____

處方開立者資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

辦公室電話 _____ 傳真 _____

辦公室聯絡人 _____

重要注意事項：加急決定

如果您或您的處方開立者認為，等待 7 天的標準決定可能會對您的生命、健康或恢復最佳機 的能力造成嚴重損害，則您可以要求進行加急 (快速) 決定。如果您的處方開立者指出等待 7 天可能對您的健康造成嚴重傷害，我們將會自動在 72 小時內做出決定。如果您在加急上訴方面沒有獲得處方開立者的支持，我們將會決定您的個案是否需要加急決定。如果您欲要求我們償還您已取得之藥物的費用，您不得申請加急上訴。

若您認為您需要在 72 小時內獲得決定，請勾選本方框 (如果您有您的處方開立者提供的支援聲明，請將其隨附至本項申請)。

請說明您的上訴理由。必要時請附加其他頁面。請隨附您認為可能對您的上訴有幫助的任何額外資訊，例如來自於您的開處方醫生的聲明以及相關的醫療記錄。您可參考我們在「拒絕 Medicare 處方藥承保通知」中所提供的說明，並依照計劃否決書或其他計劃文件，由您的開處方者處理計劃的承保條件 (若有的話)。您的開處方者必須提供意見，以解釋為什麼您不符合該計劃的承保標準，和/或為什麼該計劃要求的藥物在醫學上對您不適用。

申請上訴之人士簽名 (入保人或代表人)：

_____ 日期： _____

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 是與 Medicare 簽有合約的 Medicare Advantage 組織。投 OneCare 需要視合約的續約情況而定。OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而歧視他人。請聯絡 OneCare 客戶服務部門免費電話 1-877-412-2734 (聽障人士專線 711)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

附件：

- 反歧視聲明插頁
- 多語言插頁