



DualChoice

Medicare 處方藥拒絕決定重新裁決要求

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 拒絕您針對 [name of prescription drug] 的承保（或給付）要求。您有權要求我們針對我們的決定進行重新裁決（上訴）。使用本表格對此決定提出上訴。

- 您可以在我們 Medicare 處方藥承保拒絕通知之日起的 65 天內要求上訴。
- 您也可以透過我們的網站提出上訴，網址為 www.iehp.org。
- 特急上訴要求可透過電話提出，電話：1-877-273-IEHP (4347)。

您的處方師可代您提出上訴要求。如果您想請其他人（例如家人或朋友）為您提出上訴，該人士必須是您的代表。請致電聯絡我們以瞭解如何指定代表，電話 1-877-273-IEHP (4347)。

計劃參加者資訊

計劃參加者姓名： _____

會員卡號碼： _____ 出生日期 (MM/DD/YYYY)： _____

通訊地址： _____

城市、州、郵遞區號： _____

電話： _____

處方箋與處方師資訊

您要求的藥物名稱： _____

單位含量/藥量/劑量： _____

處方師姓名： _____

診所地址： _____

城市、州、郵遞區號： _____

診所電話： _____ 診所傳真： _____

診所聯絡人： _____

您已經購買此藥物了嗎？ 是 否

如回答是：

購買日期： _____ 支付金額： _____ (請附上收據副本)

藥房名稱： _____

藥房電話號碼： _____

您是否需要特急（快速）決定？

如果您認為自己需要在 72 小時內獲得決定，請勾選此方框。如果您有處方師的佐證聲明，請隨附於此要求中。

- 如果您或您的處方師認為等候標準決定 7 天的時間可能會使您的生命、健康或恢復身體最佳機能的能力嚴重受損，您可提出特急（快速）決定要求。
- 如果您的處方師指出等候 7 天的時間可能會使您的健康嚴重受損，我們將會自動在 72 小時內向您提供我們的決定。如果您想要求我們償付您已獲藥物的費用，則不得提出特急上訴要求。
- 如果您沒有取得處方師針對特急上訴所提供的佐證，我們將會判定您的個案是否需要獲得快速決定。

解釋為何您認為此藥物應屬於承保範圍

- 請附上您認為可能對您個案有幫助的任何額外資訊，例如處方師的聲明或病歷。
- 請附上一份「Medicare 處方藥承保拒絕通知」的副本
- 您的處方師將需說明為何您無法滿足本計劃的承保規則及/或為何計劃所規定的藥物對您而言不具備醫療適當性。
- 我們應考慮的其他資訊： _____

代表資訊

僅有在提出要求的人士非計劃參加者或計劃參加者之處方師的情況下才需填寫下列部分：如果未在承保裁決等級提交，您必須附上證明文件，證明您有權代表計劃參加者（例如填妥的表格 CMS-1696 或具有同等效力的書面文件）。如需有關指定代表的進一步資訊，請致電 **1-877-273-IEHP (4347)** 與我們聯絡。

代表姓名： _____

與計劃參加者的關係： _____

街道地址： _____

城市、州、郵遞區號： _____

電話： _____

簽名與提交本表格

上訴要求者（計劃參加者、計劃參加者的處方師或代表）簽名：

簽名： _____

日期： _____

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：

IEHP DualChoice
Grievance Department
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

(909) 890-5748

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。