

[Logo]

聯邦醫療保險 D 部分藥物拒絕承保通知

日期：

申請者姓名：

會員編號：

您的藥物承保被拒絕

對於您或您的處方提供者要求的以下藥物，我們拒絕了聯邦醫療保險 D 部分的承保：

為什麼這種藥物的承保被拒絕？

我們拒絕承保該藥物，因為{請提供拒絕的具體理由，包括任何適用的聯邦醫療保險承保規則或 D 部分計劃政策。有關更多詳細信息，請參閱說明。}：

與您的處方提供者分享此通知並討論後續步驟。如果您的處方提供者代表您要求承保該藥物，我們已經與他們分享了此拒絕通知。

[要插入的語言，適用時，適用於聯邦醫療保險 A 或 B 部分承保或可能承保的處方藥]：

[同時提供 D 部分承保的聯邦醫療保險優勢計劃 (MA-PD)：] {聯邦醫療保險 D 部分拒絕了此請求；但是，所請求藥物的承保/付款已根據聯邦醫療保險 A/B 部分獲得批准{以可讀且可理解的格式解釋批准條件}。{如果您認為聯邦醫療保險 D 部分應該為您承保該藥物，您可以提出申訴。}

[獨立 D 部分計劃 (PDP)：] {此請求根據 Medicare D 部分被拒絕；但是，它可能受 Medicare A 部分或 B 部分的承保。如需了解更多信息，請諮詢您的處方醫生或致電 1-800-MEDICARE。}

您有權對此決定提出申訴

您有權要求我們在本通知發出之日起 65 個日曆日內提出申訴，以要求我們審查我們的決定。如果您在 65 天後要求申訴，您必須解釋申訴遲到的原因。

您或您的處方提供者有權要求我們提供一種稱為「例外」的特殊類型的申訴。您的處方提供者必須提供一份聲明來支持您的例外請求。例外的例子有：

- **處方集例外：**您需要的藥物不在我們的核保藥物清單（處方集）中。
- **核保規則例外：**您認為出於醫療原因，核保規則（例如事先授權或數量限制）不應適用於您。
- **分級例外：**您需要服用處於較高費用分攤等級的非首選藥物，並且您希望我們的計劃以較低的費用分攤金額承保該藥物。

誰可以提出申訴？

您、您的處方提供者或您的代表可以要求申訴。您可以指定親戚、朋友、辯護人、律師、醫生或其他人作為您的代表。其他人可能已根據州法律被授權擔任您的代表。若要了解如何任命代表，請致電我們在：() _____。TTY 用戶來電：() _____。

有關您申訴權利的重要訊息

有兩種申訴：標準申訴或加急（快速）

標準申訴：您將在 7 天內收到書面決定（如果您的申訴涉及您已收到的藥物的付款，則需要 14 天）。

加急申訴（快速）：您將在 72 小時內收到書面決定。

- 當您或您的處方提供者認為等待標準決定可能會嚴重損害您的健康時，您可以要求加急申訴。
- 如果您要求我們償還您已收到的藥物費用，則您不能要求加急申訴。
- 如果您的處方提供者要求為您提供一份（或支持您的請求）並表明等待標準決定可能會嚴重損害您的健康，我們將自動加快您的申訴。如果您在沒有處方提供者支持的情況下要求加急申訴，我們將決定您的健康狀況是否需要緊急申訴。如果我們不給您加急申訴，我們將處理標準申訴。

如何提出申訴

對於**加急**（快速）申訴，電話是最快的詢問方式：

電話：

TTY：

對於**標準**申訴：[對於接受口頭標準請求的計劃：]{您可以透過電話、傳真、線上或郵寄信件至以下地址提出申訴。}

[對於不接受口頭標準請求的計劃：]{您可以透過傳真、線上或郵寄信件至以下地址提出申訴。}

[對於不接受口頭標準請求的計劃，請省略計劃電話號碼和 TTY]

{電話：}

{電傳打字機：}

傳真：

上網：

地址：

您的申訴請求中應包含哪些內容

- 您的姓名、地址和會員號碼
- 您提出申訴的原因
- 您想要附加來支持您的案件的任何證據
- 您的處方提供者的支持聲明

接下來會發生什麼

您申訴後，我們將審查您的案件並給您決定。如果您要求的任何藥物仍然被拒絕，您可以要求下一級申訴，即由我們計劃之外的審核員對您的案件進行獨立審核。如果您不同意該決定，您將有權進一步申訴。如果發生這種情況，您將收到有關您申訴權利的通知。

獲取幫助和更多信息

- {計劃名稱} 免費電話： TTY 用戶撥打：
{插入呼叫中心的營業時間}
{插入計劃網站}
- **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227)，TTY 使用者請撥：1-877-486-2048
- 聯邦醫療保險權利中心：1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)
- 老年護理定位器：1-800-677-1116 或 [Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](https://eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx) 在您的社區尋求協助
- 州健康保險計劃：致電您的州健康保險援助計劃以獲得免費、個人化的健康保險諮詢。請訪問 SHIPhelp.org 或致電 1-877-839-2675 以取得當地 SHIP 的電話號碼。

取得另一種格式的信息

您有權以可訪問的格式獲取聯邦醫療保險信息，例如大字體、盲文或音訊。如果您認為自己受到歧視，您也有權利提出申訴。請造訪 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以了解更多資訊。

TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

根據 1995 年《減少文書工作法案》，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-0976。此資訊收集是為了在藥物請求全部或部分被拒絕時 Medicare 藥物計劃必須提供的通知。完成此資訊收集所需的時間預計每次回覆平均不到 30 分鐘，其中包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料、審查和完成資訊收集的時間。根據該法案第 1860D-4(g)(h) 條以及 42 CFR 423.568 和 423.572 第 423 部分 M 子部分規定的監管機構，必須強制收集此類資訊。如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850。