



SEE WHAT'S
POSSIBLE WHEN
HEALTH CARE
GETS PERSONAL.

尊敬的會員，

隨函附是您的對 **Medicare** 處方藥拒絕進行重新裁定請求表。為了確保處理過程中不會出現延遲，請按照以下說明進行操作：

1. 完全填寫表格。
2. 請填寫第 1 部分：會員/參保人的資訊，第 2 部分：您申請的處方藥。第 3 部分：處方者資訊和第 4 部分，請提供您的簽名和日期。
3. 本表格的郵寄地址：

郵件：*MedImpact Healthcare Systems Inc.*

Attention: Appeals /Grievances Department

10181 Scripps Gateway Ct. San Diego CA 92131

傳真：*858-790-6060*

電話：*1-888-807-6806*

如果您在填寫本表格時有任何問題或需要其他幫助，請致電我們的會員服務部，電話：**1-800-469-6292 (TTY 711)**，上午 8 時至晚上 8 時，全週無休。

VillageCareMAX 會員服務部

或者

您的 **VillageCareMAX** 團隊



10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
(888) 807-6806 (TTY: 711) www.mp.medimpact.com

請求對 Medicare 處方藥拒絕進行重新裁定

因為我們，即 VillageCareMAX，拒絕了您請求獲得處方藥的給付（或付款），您有權利要求我們對該決定進行重新裁定（上訴）。自我們的《Medicare 處方藥給付拒絕的通知》之日起，您有 60 天時間要求我們做出重新裁定。您可以透過郵件或傳真向我們傳送此表：

地址：MedImpact Healthcare Systems, Inc.
Attn: Appeals/Grievance Department
10181 Scripps Gateway Ct
San Diego, CA 92131

傳真號碼：1-858-790-6060

您也可以透過我們的網站 www.mp.medimpact.com 要求上訴。
想要請求加急上訴，您可以撥打電話 1-888-807-6806 (TTY: 711)。

誰可以提出請求：您的處方醫師可以代表您向我們提出上訴。如果您希望其他人（比如家庭成員或朋友）為您請求上訴，那麼此人必須是您的代表。請聯絡我們，瞭解如何指定代表。

參保者資訊

參保者姓名 _____ 出生日期 _____

參保者地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

參保者的會員 ID 號碼 _____

僅當非參保者本人提出請求時才完成以下部分：

請求者姓名 _____

請求者與參保者的關係 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

本函可能包含受 1996 年《健康保險流通與責任法案》（「HIPAA」）及其他法規保護的
保密個人身分健康資訊。

A 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

P 800.788.2949

MedImpact.com

非參保者本人或參保者的處方醫師提出上訴請求的代表證明文件：

如果不是在給付裁定級別提交，請附上代表參保者行事的授權證明文件（完整填寫的《代表授權書》C MS-1696 或同等書面表格）。如欲獲取關於指定代表的更多資訊，請聯絡您的計劃或 1-800-Medicare。

您正在請求的處方藥：

藥名：_____濃度/數量/劑量：_____

您是否購買過正等待上訴的藥物？ ☐ 是 ☐ 否

如果「是」：

購買的日期：_____支付的金額：\$ _____（附上收據副本）

藥房的名稱與電話號碼：_____

處方醫師資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

辦公室電話 _____ 傳真 _____

辦公室聯絡人 _____

重要提示：加急決定

如果您或您的處方醫師認為，等待標準決定 7

天可能嚴重傷害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，那麼您可以要求加急（快速）決定。如果您的處方醫師指出，等待 7 天可能嚴重傷害您的健康，那麼我們將自動在 72

小時內做出決定。如果您未獲得處方醫師的加急上訴支持，那麼我們將決定您的情況是否需要快速決定。如果您要求我們返還您已獲得的藥物的費用，那麼您不能請求加急上訴。

☐ 如果您認為您需要在 72

小時內獲得決定，請在此方塊打勾（如果您獲得了處方醫師的佐證聲明，請附於此請求）。

本函可能包含受 1996 年《健康保險流通與責任法案》（「HIPAA」）及其他法規保護的
保密個人身分健康資訊。

A 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

P 800.788.2949

MedImpact.com

請解釋您上訴的原因。如需要，請另附頁面。請附上您認為可能對您的情況有幫助的任何額外資訊，比如處方醫師的陳述以及相關病歷。建議您參閱我們在《Medicare

處方藥給付拒絕的通知》給出的解釋，並請您的處方醫師解釋計劃的拒絕函或其他計劃文件陳述的計劃給付標準（如可用）。為了解釋為什麼您不能滿足計劃的給付標準，和/或為什麼計劃要求的藥物在醫療上不適合您，您需要尋求處方醫師的意見。

上訴請求者（參保者或代表）的簽名：

_____ 日期：_____

本函可能包含受 1996 年《健康保險流通與責任法案》（「HIPAA」）及其他法規保護的
保密個人身分健康資訊。

A 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

P 800.788.2949

MedImpact.com

H2168_DAG24-13c_C

