



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 <VillageCareMAX Medicare Health Advantage or VillageCareMAX Medicare Total Advantage> (HMO D-SNP) 拒絕了您請求獲得處方藥的承保（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** 處方藥承保拒絕通知》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.	傳	1-858-790-6060
	Attn: Appeals/Grievance Department	真：	
	10181 Scripps Gateway Ct		
	San Diego, CA 92131		

您也可以透過我們的網站 www.mp.medimpact.com 要求上訴。
若要提出加急上訴的請求，請撥打電話 **1-888-807-6806 (TTY: 711)**。

誰可以提出請求： 您的開藥者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 _____

參保者的計劃 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 _____

非參保者本人或參保者的開藥者提出的上訴請求之代表證明文件：

如果不是在承保裁定級別提交的，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》**CMS-1696** 或同等書面表格）。若需要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？ Yes No

如果「是」：

購買的日期：_____ 支付的金額：\$ _____ （附上收據副本）

藥房的名稱和電話號碼：_____

開藥者資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

辦公室電話 _____ 傳真 _____

辦公室聯絡人 _____

重要備注： 加急決定

如果您或您的開藥者認為，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。如果您的開藥者指明，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。如果您未獲得開藥者的加急上訴支援，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，那麼您不得請求加急上訴。

CHECK THIS BOX IF YOU BELIEVE YOU NEED A DECISION WITHIN 72 HOURS
If you have a supporting statement from your prescriber, attach it to this request.

請解釋您上訴的原因。如需要，請附上額外紙張。請附上您認為可能對您的情況有幫助的任何額外資訊，比如開藥者的陳述以及相關病歷。建議您參閱我們在《Medicare 處方藥承保拒絕通知》中給出的解釋。

上訴請求者（參保者或參保者的開藥者或代表）簽名：

_____ 日期： _____

VillageCareMAX 是一項與 Medicare 和紐約州 Medicaid 簽訂合約的 HMO 計劃。
參保 VillageCareMAX 取決於續約狀態。

[Insert if Plan is VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan]

紐約州已設立名為獨立消費者倡權網路 (ICAN) 的申訴專員計劃，旨在針對 VillageCareMAX Medicare Total Advantage 提供的任何服務為會員提供免費且保密的援助。您也可以獲得有關會員權利、申訴（投訴）和上訴的資訊。如需聯絡 ICAN，請撥打免費電話 1-844-614-8800 或線上瀏覽 www.icannys.org（TTY 使用者請撥打 711，然後根據提示撥打 844-614-8800。）

非歧視通知

VillageCareMAX 符合聯邦民權法。**VillageCareMAX** 不會排斥或區別對待不同種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別人員。

VillageCareMAX 提供以下服務：

- 為殘障人士提供免費援助與服務，使其有效與我們進行交流，例如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、可存取的電子格式或其他格式）
- 為非英語母語人員提供免費語言服務，比如：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言版本的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 **VillageCareMAX** 會員服務部，電話 **1-800-469-6292**。獲取 TTY/TDD 服務，請致電 **711**。

如果您認為 **VillageCareMAX** 沒有提供這些服務或者根據種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而歧視，您可以透過以下方式向 **VillageCareMAX** 進行申訴：

郵件： 112 Charles Street, New York, NY 10014
電話： 1-800-469-6292, TTY 711
傳真： 347-226-5181
親自前往： 112 Charles Street, New York, NY 10014
電子郵件：complaints@villagecare.org

您還可以向美國衛生及公共服務部的民權辦公室提出投訴，透過以下方式向民權辦公室進行電子投訴：

網址： 民權辦公室投訴入口網站網址
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
郵件： U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington,
D.C. 20201
投訴表格下載地址為 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
電話： 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-469- 6292 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-469-6292 (TTY: 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-008-964-2926 (رقم هاتف الصم والبكم: 117).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-469-6292 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-469-6292 (телетайп: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-469-6292 (ATS : 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-469-6292 (TTY: 711).	French Creole
אויפֿמערקזאָם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Tagalog
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-469-6292	Bengali
KUNDËSI Nëse jehet shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-469-6292 (TTY: 711).	Urdu