



由於我們安保健康保險拒絕了您對處方藥承保（或支付）的申請，您有權利要求我們對決定進行重新裁決（上訴）。您在收到我們的 Medicare 處方藥承保被拒絕通知後，有 60 天時間要求我們進行重新裁決。

要提出標準上訴，您可致電 888-447-8175 (TTY: 711) 週一至週日上午8點至下午8點或可透過郵寄或傳真方式將本表格發送給我們：

郵寄地址：PO Box 2807, New York, NY
10116 傳真號碼：866-854-2763>

要提出加急上訴，可將本表格傳真至 866-350-2168

您還可透過我們的網站 www.emblemhealth.com 向我們提出上訴。加急上訴申請可透過電話提出：888-447-6855 (TTY：711) 週一至週日上午8點至下午 8 點。

誰可提出申請： 您的開處方醫生可代表您向我們提出上訴。如果您希望另一位人士（比如家人或朋友）為您提出申請，則該名人士必須是您的代表。要瞭解如何指定一名代表，請與我們聯絡。

會員資訊		
會員姓名：	出生日期：	
會員地址：		
城市：	州	郵區號碼：
電話：	會員的計劃 ID 號：	
只有當申請人不是會員的情況下，才須填寫以下部份：		
申請人姓名：		
申請人與會員的關係：		
地址：		
城市：	州：	郵區號碼：
電話：		
<p>由既不是會員也不是開處方者提出上訴時的陳述文件：</p> <p>如果不是在承保裁決層級提交，請附上文件顯示代表會員的授權（填寫完整的代表授權表格 CMS-1696 或具同等效力的書面檔）。要瞭解如何指定一名代表的詳情，請聯絡您的健保計劃或致電 1-800-Medicare。（TTY：1-877-486-2048）週一至週日上午8點至下午8點。</p>		

申請使用的處方藥：		
藥名：		
劑量/數量/份量：		
您是否已購買等待上訴決定的藥品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果「是」：		
購買日期：		
所付金額：\$ (附上收據的副本)		
藥房名及電話：		
開處方者資訊：		
姓名：		
地址：		
城市：	州：	郵區號碼：
辦公室電話：	傳真：	
辦公室聯繫人：		

重要說明：加急決定

如果您或您的開處方者相信，若等待7天作出標準決定將嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，您可以申請加急（快速）決定。如果您的開處方者表明7天的等待將嚴重損害您的健康，我們將自動在72小時內給您作出決定。如果您沒有得到開處方者的支援而申請加急，我們將決定您的健康是否需要快速決定。如果您要求我們為您已經拿到的處方藥付款報銷，則您不能申請加急上訴。我們收到加急上訴的最快方式是透過電話或傳真提交您的加急上訴申請。

如果您認為需要在 72 小時內作出決定，請在框內打勾。（如果您有開處方者的支援聲明，請隨這份申請表附上）。

請說明您上訴的理由。如有必要，可另附紙張。請附上任何您認為可能有助於您上訴的其他資訊，比如開處方者的聲明及相關醫療記錄。您可能要提及我們在 Medicare 處方藥承保被拒絕通知中所提供的解釋。

上訴申請人簽名（會員、或會員的開處方者或代表）：	日期：
--------------------------	-----