



有关 Medicare 处方药拒保结果的重新裁定申请

由于我们即 EmblemHealth 拒绝了您关于处方药物承保（或支付）的请求。您有权要求我们对该决定进行重新裁定（申诉）。

- 您可以在收到我们的《Medicare 处方药拒保通知》之日起 65 天内提出申诉。
- 此外，您还可以通过我们的网站
<https://www.emblemhealth.com/resources/medicare/grievances-appeals>，向我们提出申诉。
- 如需提出加急申诉申请，可在 每周 7 天，每天 24 小时为您服务 期间拨打 888-447-8175（听障专线：711）。

本表可通过邮寄或传真方式发送给我们：

地址：	传真号码：
PO Box 2807	标准申诉：866-854-2763
New York, NY 10116-2807	加急申诉：866-350-2168

谁可以提出申请：您的处方医生可以代表您提出申诉。如果您希望其他人士（例如家属或朋友）代表您提出申诉，那么您必须指定该人士为您的代表。联系我们，了解如何指定代表。

参保人信息：		
参保人姓名：		出生日期：
参保人地址：		
城市：	州：	邮编：
电话：	参保人会员 ID 编号：	
仅当提出本申请的人士并非参保人本人时，才需要填写以下部分：		
申请人姓名：		
申请人与参保人之间的关系：		
地址：		
城市：	州：	邮编：
电话：		
如果由除参保人或其处方医生以外的其他人士提出申诉申请，需提供代理授权文件： 如果在承保裁定阶段未提交相关文件，请随附可证明您有权代表参保人行事的证明材料（一份完整填写的 CMS-1696《代表授权表》或具有同等效力的书面文件）。如需了解有关指定代表的更多信息，可联系您的计划工作人员或致电 1-800-MEDICARE 。		
您申请的处方药：		

药品名称:		
规格/数量/剂量:		
您是否已在申诉处理期间购买了该药品? ☐ 是 ☐ 否 如果“是”: 购买日期: 付款金额: (附上收据)		
药房名称与电话号码:		
处方医生信息:		
姓名:		
地址:		
城市:	州:	邮编:
诊所电话:	传真号码:	
诊所联系人:		

您是否需要加急（快速）裁定？

- ☐ 如果您认为您需要在 **72 小时内** 获得裁定，请勾选此框。如果您有处方医生的支持声明，请附在此申请表之后。
- 如果您本人或您的处方医生认为，等待 **7 天** 获得标准裁定结果可能会严重危害您的生命、健康或恢复最佳机能的能力，那么您可要求执行加急（快速）裁定。
 - 如果您的处方医生表示等待 **7 天** 可能会严重损害您的健康，我们将在 **72 小时内** 自动做出裁定。如果您是要求我们为您已获取的药物报销费用，则不得申请加急申诉。
 - 如果您未获得处方医生对加急申诉的支持，我们将决定您的案例是否需要快速裁定。

请说明您认为该药物应该承保的原因。

- 请附上您认为可能对您的情况有帮助的任何其他信息，例如处方医生声明或医疗记录。
- 提供一份 **Medicare** 处方药拒保通知
- 您的处方医生需要解释您为何无法满足我们的计划承保规定和/或计划规定的药物为何在医学上不适用于您。

申诉人（参保人或代表）签名:	日期:
----------------	-----

语言协助服务及辅助设施和服务的可用性通知

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **833-998-5351** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **833-998-5351** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **833-998-5351** (文本电: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **833-998-5351** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **833-998-5351** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **833-998-5351** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **833-998-5351** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און ב. דינונגס פ. ר. פראווידינג ינפ. רמאציע אין צוטריטלעך פארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן) **833-998-5351** (TTY: **711**) דער רעדן מיט דיין טרעגער.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **833-998-5351** (TTY: **711**) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **833-998-5351** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **833-998-5351** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **833-998-5351** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ **833-998-5351** (TTY: **711**) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **833-998-5351** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παρ χή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τ **833-998-5351** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **833-998-5351** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

反歧视政策通告

歧视是违法的

安保健康保险遵守联邦民权法，不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别（包括性别特征，包括双性人特征；怀孕或相关状况；性取向；性别认同和性别刻板印象）而歧视他人。安保健康保险不会因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而排斥他人或对其不利。

安保健康保险：

- 为残疾人士提供合理的通融及免费的适当的辅助设施和服务，以便他们与我们有效沟通，例如：
 - 合格的手语翻译。
 - 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问电子格式和其他格式）。
- 为母语非英语的人士提供免费语言协助服务，其中可能包括：
 - 合格的口译员。
 - 用其他语言编写的信息。

如果您需要合理的通融、适当的辅助设施和服务，或语言协助服务，请致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）贵宾专属服务 **877-344-7364**（TTY: **711**；服务时间是 10 月 1 日至 3 月 31 日：每周七天、每天 8 a.m. 至 8 p.m.；4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.）联系民权协调员。

如您认为安保健康保险未能提供这些服务，或因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到其他方面的歧视，您可以通过写信给安保健康保险申诉和上诉部（地址是 **EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2807, New York, NY 10116-2807**）向民权协调员提出申诉；通过 **866-854-2763** 它们发送 传真，或者致电 **877-344-7364** 联系联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）贵宾专属服务。（如需使用 TTY 服务，请拨 **711**。）您可以亲自、通过邮件、传真或通过您的安全会员平台提出申诉。如果您需要帮助来提交申诉，安保健康保险的申诉和上诉部门可以帮助您。您也可以通过公民权利投诉门户网站 **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** 向美国卫生与公众服务部公民权利办公室提交公民权利投诉，或者通过写信或电话方式联系美国卫生与公众服务部：**U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697)**。

投诉表格可于 **hhs.gov/ocr/office/file/index.html** 获取。

本通知可在安保健康保险的网站 **zt.emblemhealth.com/legal/nondiscrimination** 上获取。