



如果您的D部分處方藥保險被拒絕

對於您可能會遇到的與您的Medicare處方藥物計劃相關的各種問題,您可以採取以下幾個層次的行動:

- 保險範圍的確定
- 例外
- 上訴
- 投訴/申訴

請注意,投訴/申訴是不包括在下文中討論的上訴過程中。它只適用於您的Part D計劃下不涉及保險範圍和付款的問題。

保險範圍的確定

如果您的藥劑師告訴您,您的醫療藥物計劃不包括您認為應被覆蓋的藥物,或收取比您以為應支付價更高的價格,您有權利:

- 向您的計劃要求“保險範圍的決定”。如果您的計劃有以下規定,您可提出此要求:
 - 您必須為您的藥物得到事先批准
 - 在支付您的處方藥物之前,您必須試用另一種藥物
 - 您的處方藥物有數量或劑量的限制
 - 您或您的醫生不同意上述任何一項。
- 支付處方,然後要求您的計劃給您報銷,並要求保險範圍的確定。

您,您的醫生,家庭成員,或其他有權的代理人,都可以與您的計劃聯繫要求覆蓋您所需的處方藥。您可以打電話或寫信來提出要求。該計劃一旦收到您的要求,根據要求的不同類型,將在72小時或24小時通知您它所作的決定:

標準要求: 如果您提交了標準要求或要求給您回付,該計劃將在72小時內作出回答。

加快要求: 如果您提交了“加快要求”,該計劃有24小時來作出回答。如果您的醫生指出,等待標準決定將對您的生命或健康造成嚴重損害,您的要求將會被加快處理。如果你雖沒有醫生的聲明,但要求加快答复,您的要求也可能被允許。

該計劃可能先在24小時內電話通知您。但它必須在其後的三天內郵寄給您書面的保險範圍的確定。

如果該計劃在上述的時間內沒有給您提供書面的決定,它則必須將您的要求提交給獨立審查實體(IRE)。這將在下述的第2步上訴過程概述中討論。

例外處理

“例外”是一種保險範圍的確定。如果您要求這種決定,您需要提交醫生證明支持您的要求。該證明必須解釋您需要該藥物的原因。

在下列情況下,您可以要求例外處理:

- 您正在服用的藥物被從處方單中除去;
- 您的非處方藥是醫療必要的;
- 您所用藥物自付費改變了,而您無法負擔新的金額;
- 您要求的計劃以首選藥物的費用來收取您的非首選藥物。

一般情況下,計劃必須允許例外處理的要求:

1) 如果該計劃確定該藥物是“醫療必要的”; 2) 如果您的醫生認定下列三個情況中的至少一個:

- 沒有任何處方藥物與該非處方藥同樣有效
- 任何其他藥物都會產生不利副作用
- 該計劃下用於治療同樣病情的首選藥物,沒有該藥物有效或將有不良副作用。

注: 醫療保險處方藥計劃對藥物有一套分級的自付額。計劃首選的非專利藥品的自付額通常是最低的,而非首選藥物具有更高的自付額。

一旦一個例外處理被允許了,它將在計劃的當年內一直有效(只要您的醫生開處方)。如果您在年底重新加入相同的計劃,您可能會被要求為明年提交一份新的例外處理的要求。

如果您的計劃拒絕您的要求,該計劃必須以書面形式在72小時內通知您(和你的醫生,如果他是作例外要求的人)。計劃必須解釋拒絕的理由,以及如何繼續上訴的過程。

上訴

如果該計劃保險範圍的確定或例外處理的決定於您不利,您可以上訴。當您加入醫保藥物計劃時,該計劃將寄給您該計劃上訴程序的信息。保存好這方面的資料。您也可以打電話給你的藥物計劃要求這方面的資料。

有五個級別的上訴,概述如下。

第1步:計劃的重新確定

上訴的第一步是通過您的計劃。您必須在確定後的60天內提出上訴的(如果您有合理的原因,這個時間限制可以延長)。除非您的計劃接受電話的要求,您,您的有權代理,或你的醫生,必須提交一份書面申請。

如果該計劃認為,或您的醫生指出,等待標準決定將對您的生命或健康造成嚴重損害,您的要求將會被加快處理。一旦收到您的要求,該計劃會在七天(標準)或72小時(快速)內通知你其所作決定。

第2步:獨立審查實體(IRE)復議

如果您對保險範圍的確定不滿意,您可以要求獨立審查實體(IRE)來重新處理。你必須在決定的60天內提出標準的或加快的要求。您的要求,會加快,如果IRE認定,或者您的醫生表明,等待標準的決定將對您的生命或健康造成嚴重損害。要求必須以書面形式直接發送給IRE。

一旦該要求被提出,IRE會在七天(標準)或72小時(加快)內將其決定通知給您。IRE必須向您的醫生徵詢他的有關您上訴的意見,並必須將

書面的醫生意見包括在重確定的文檔中。

IRE在加利福尼亞州被稱為Maximus Federal Services (醫療健康爭端解決中心), 如需更多信息, 可以參見他們的網站:
medicarepartdappeals.com。

第3步：與行政法官 (ALJ) 的聽證

如果你對複議決定不滿意, 您可以要求與聯邦衛生署和人類服務的一位ALJ舉行聽證。您必須在IRE決定的60天內提出書面的聽證要求。

您必須向IRE復議中指定的實體提出要求。若想得到ALJ聽證, 您被拒絕的保險預計值必須達到一個最低金額。(您可以將幾個索賠金額結合起來, 以滿足這個最低限度) 在2009年, 該最低金額是120元 (這個數額通常會每年上漲)。IRE的決定應包括這一數額。

ALJ一般在收到要求的90天內作出決定, 但此時間可能因幾個原因而延長, 包括新證據的提交, 以及您對現場聽證的要求。聽證一般是在電話上, 或通過視像會議而進行。

滿足所需的最低金額的幾種方法有:

- 使用藥物在上訴過程年份中的預計值
- 將您兩個或兩個以上的上訴結合起來,
- 兩個或兩個以上的在同一藥物計劃中的不同的人的上訴, 如果都涉及同一藥物, 確也可以結合起來,

第4步：醫療上訴委員會 (MAC) 審查

如果您不滿意ALJ的決定, 您可以要求醫療上訴

委員會的再審查。您必須在ALJ通知您其決定的60天內以書面形式向醫療上訴委員會提出要求。醫療上訴委員會一般在接受要求的90天內作出決定。一般情況下, 在這一階段將不會聽證。

第5步：聯邦法院審查

如果您仍不滿意, 您可以要求聯邦法院的審查。您必須在醫療上訴委員會通知其決定的60天內作出書面要求。

您必須向MAC決定中指定的實體提出要求。若想得到聯邦法院審查, 您被拒絕的保險預計值必須達到一個最低金額。(例如, 在2009年為\$1,220)。聯邦法院的決定將包括這一數額。

注：在向行政法官, 醫療上訴委員會或聯邦法院上訴之前, 您應考慮徵詢法律意見和幫助。

投訴/申訴

如果您對Medicare藥物計劃的投訴不涉及保險範圍或款項支付, 您有權利提出投訴 (也稱為“申訴”)

你應在導致投訴的事件發生的60天內提交投訴。投訴可以源自對藥物計劃的任何運營, 活動, 或行為的不滿。你可能投訴的例子包括:

- 你必須為處方等很久,
- 該計劃沒有在指定的時間作出決定
- 您認為計劃的客戶服務時段應有所不同
- 你不能用您首選語言與客戶服務代表交談

- 藥房向您收取的金額比您認為應付的高
(在這種情況下，致電您的藥物計劃，
以獲得最新的價格)

如果該計劃不處理您的投訴，您可以致電1-800-Medicare (或1-800-633-4227)。

該計劃必須在收到投訴/申訴的30天內通知您它的決定，但您可要求延長該時間，該計劃也可能因證明於您有利而延長時間。

對有關您接受的護理質量的申訴作出的回復必須是書面形式，且必須包括有關您提交書面投訴的權利的描述。

有關護理質量的投訴，也可以提交Health Services Advisory Group (HSAG), 加利福尼亞州的質量改進組織 (QIO)，您可致電1-800-841-1602，或1-800 -881-5980 (聽覺有障礙者有 TDD)，或參見lumetra.com。

#

健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 為醫療保險和其他相關問題提供免費和客觀的信息和諮詢。你可以致電**1-800-434-0222**與您的問題或作出的任命在HICAP離您最近的辦公。找到HICAP辦公室在您的地區，訪問cahealthadvocates.org