



就 Aetna Medicare Advantage 計劃 拒絕授權提出上訴申請

由於 Aetna（或我們的代表之一）拒絕了您就一個醫療項目或服務或 Medicare B 部分處方藥提出的承保申請，您有權要求對我們的決定向我們提出上訴。自您的申請被拒之日起，您有 65 個曆日的時間向我們提出上訴。您可透過郵寄或傳真將本表傳送給我們：

地址：
Aetna Medicare Appeals
PO Box 14067
Lexington, KY 40512

傳真號碼：
1-724-741-4953

您亦可透過我們的網站向我們提出上訴，網址：www.aetnamedicare.com。若要提出加急上訴申請，請致電 [1-888-267-2637 \(TTY: 711\)](tel:1-888-267-2637)。

可提出申請之人士：您的醫師可代您向我們提出上訴。若您想要另一名個人（例如家人或朋友）代您提出上訴，則該名個人必須是您的代表。若需瞭解如何指定代表，請聯絡我們，電話：[1-888-267-2637 \(TTY 711\)](tel:1-888-267-2637)，服務時間為週一至週日早上 8 點至晚上 9 點。

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
主要電話 ()	參保者計劃 ID 號碼	
手機 ()	備用電話 ()	

僅在提出本申請之人士並非參保者時填寫以下部分：

申請人姓名		申請人與參保者的關係
地址		
城市	州	郵遞區號
電話 ()	傳真號碼 ()	
手機 ()	備用電話 () 分機號	

由參保者或參保者醫師以外人士提出上訴申請的代表文件：請附上文件表明代表該名參保者之權限（已填妥的「代表授權書 CMS-1696」或其他等效書面文件）。若需瞭解有關委任代表的更多資訊，請聯絡您的計劃或 **1-800-Medicare**，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者請撥打 **1-877-486-2048**。

重要注意事項：加急裁決

若您或您的醫師認為等待 30 個曆日的醫療項目或服務標準裁決或等待 7 個曆日的 Medicare B 部分處方藥標準裁決會嚴重危害您的生命、健康或恢復最大機能的能力，您可以申請加急（快速）裁決。若您的醫師指出等待 30 個曆日的醫療項目或服務標準裁決或等待 7 個曆日的 Medicare B 部分處方藥標準裁決會嚴重危害您的健康，我們將自動在 72 小時內作出裁決。若您並未取得醫師的加急上訴支持，我們將決定您的個案是否需要快速裁決。

若您認為您需要在 72 小時內獲得裁決，請勾選此方塊。若您擁有醫師的支持聲明，請隨附於本申請。

請說明您上訴的原因。

若有必要，請另附頁面。請附上您認為可能對您的個案有所幫助的任何其他資訊，例如您醫師的聲明及相關病歷。建議您參閱我們在拒絕您的申請通知函中提供的說明。

上訴申請人簽名 (參保者、參保者醫師或代表)	日期
---------------------------	----