

Запрос на пересмотр решения об отказе в покрытии Medicare рецептурных препаратов

Так как CareOregon Advantage Plus HMO-POS-D-SNP отклонил ваш запрос на покрытие (или оплату) рецептурного препарата, у вас есть право запросить пересмотр (апелляцию) нашего решения. У вас есть 60 дней с даты получения уведомления об отказе в покрытии Medicare рецептурного препарата, чтобы запросить пересмотр этого решения. Эту форму необходимо отправить нам по почте или факсом:

Адрес:
CareOregon Advantage
Attn: Pharmacy Appeals Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Номер факса:
(503) 416-1428

Подать апелляцию также можно на нашем сайте: www.careoregonadvantage.org. Подать запрос на ускоренное рассмотрение апелляции можно по телефону 503-416-4279 или бесплатному номеру 888-712-3258 (TTY/TDD 711).

Кто может подать запрос: Подать на апелляцию от вашего имени может назначающее лицо. Если вы хотите, чтобы запрос за вас сделал другой человек (член семьи или друг), он должен быть вашим представителем. Свяжитесь с нами, чтобы узнать, как назначить представителя.

Данные участника

Имя участника _____ Дата рождения _____

Адрес участника _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Телефон _____

Идентификационный номер участника _____

Заполните следующие пункты, ТОЛЬКО если запрос подает не участник лично:

Имя заявителя _____

Кем заявитель приходится участнику _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Телефон _____

Документы, подтверждающие право представлять участника, для подачи запроса не лично участником или назначающим лицом:

Приложите документы, подтверждающие право представлять участника (заполненная форма CMS-1696 «Назначение представителя» или аналогичный письменный документ), если они не были поданы на этапе определения страхового покрытия. Чтобы получить больше информации о назначении представителя, обратитесь к своему плану или по номеру 1-800-Medicare.

Запрашиваемый рецептурный препарат:Название препарата: _____ Сила действия/количество/дозировка:
_____Вы приобрели препарат, который является предметом апелляции? Да Нет

Если «Да»:

Дата покупки: _____ Оплаченная сумма: _____ долл. США
(приложите копию чека)

Название и номер телефона аптеки: _____

Данные назначающего лица

Имя _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс
_____Рабочий телефон _____ Факс

Контактное лицо места работы _____

Важно: Ускоренное принятие решений

Если назначающее лицо считает, что стандартное 7-дневное ожидание решения может привести к серьезным последствиям для вашей жизни, здоровья или восстановления максимальной работоспособности, вы можете запросить ускоренное принятие решения. Если назначающее лицо указывает, что 7-дневное ожидание может причинить серьезный вред вашему здоровью, мы автоматически предоставим вам ответ в течение 72 часов. Если назначающее лицо не указывает на необходимость ускоренной апелляции, мы самостоятельно решим, требует ли ваше дело ускоренного рассмотрения. Если вы хотите получить компенсацию за препарат, который приобрели ранее, запросить ускоренную апелляцию невозможно.

ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ, ЕСЛИ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ РЕШЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 72 ЧАСОВ (если у вас есть обоснование от назначающего лица, приложите его к этому запросу).

Укажите причины подачи апелляции. При необходимости приложите дополнительные страницы. Приложите любую дополнительную информацию, которая может помочь при рассмотрении вашего случая, например заявление назначающего лица и соответствующие медицинские записи. Вы можете обратиться к пояснению, которое мы предоставили в уведомлении об отказе в покрытии Medicare рецептурного препарата, и, при наличии, поделиться с назначающим лицом условиями предоставления покрытия, указанными в письме об отказе или других документах вашего плана. Информация от назначающего лица понадобится, чтобы объяснить, почему вы не можете выполнить условия предоставления

покрытия и/или почему предусмотренные планом препараты не подходят вам с медицинской точки зрения.

Подпись osoby, запрашивающей апелляцию (участник или представитель):

_____ **Дата:** _____