

Medicare 處方藥拒保的重新決定申請

由於 CareOregon Advantage Plus HMO-POS-D-SNP 拒絕了您的處方藥承保（或付款）申請，您有權要求我們對我們的決定進行重新決定（上訴）。自我們發出 Medicare 處方藥拒保通知之日起，您有 60 天的時間要求我們進行重新決定。此表可以透過郵寄或傳真的方式發送給我們：

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

傳真號碼：
(503) 416-1428

您也可以透過我們的網站 www.careoregonadvantage.org 向我們提出上訴。可透過電話 503-416-4279 或免費電話 888-712-3258 (TTY/TDD 711) 提出加急上訴申請。

哪些人可以提出申請： 您的處方醫生可以代表您向我們提出上訴。如果您希望他人（例如家人或朋友）為您申請上訴，則此人必須是您的代表。請聯絡我們，瞭解如何提名代表。

參保人信息：

參保人姓名 _____ 出生日期 _____

參保人地址： _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話號碼 _____

參保人的會員 ID 號 _____

如果提出申請的人不是參保人，請填寫以下部分：

申請人姓名 _____

申請人與參保人的關係 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話號碼 _____

由參保人或參保人處方醫生以外的人員提出的上訴申請的代理文件：

如果不是在承保決定級別提交申請，請附上證明有權代表參保人的文件（填寫完整的 CMS-1696 表或類似的書面文件）。有關指定代表的更多資訊，請聯絡您的計劃或 1-800-Medicare。

您申請的處方藥：

藥物名稱： _____ 含量/數量/劑量： _____

您是否已經購買了正在等待上訴的藥物？ 是 否

如果「是」：

購買日期： _____ 已支付的金額： 美元 _____ （請附上收據副本）

藥房的名稱和電話號碼： _____

處方醫生資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

辦公室電話 _____ 傳真 _____

辦公室聯絡人 _____

重要提示：加急決定

如果您或您的處方醫生認為等待 7 天的標準決定會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，則您可以申請加急（快速）決定。如果處方醫生指出等待 7 天可能會嚴重損害您的健康，我們會自動在 72 小時內做出決定。如果您未獲得處方醫生對加急上訴的支持，我們會決定您的案件是否需要快速決定。如果您要求我們退還您已獲得的藥物的費用，則無法申請加急上訴。

如果您認為需要在 72 小時內做出決定，請選取此方塊（如果您有處方醫生出具的證明，請將其附在本申請中）。

請解釋您提出上訴的理由。如有必要，請附上附加頁。附上您認為可能對您的案件有幫助的任何其他資訊，例如處方醫生的聲明以及相關的醫療紀錄。您可能需要參閱我們在 Medicare 處方藥拒保通知中提供的解釋內容，並讓您的處方醫生說明計劃的承保標準（如果有的話），正如計劃的拒絕信或其他計劃文件中所述的內容。將需要您的處方醫生提供意見來解釋您無法達到計劃承保標準的原因和/或計劃要求的藥物在醫學上不適合您的原因。

上訴申請人（參保人或代理人）簽名：

_____ 日期： _____