

Medicare 处方药拒保的重新决定申请

由于 CareOregon Advantage Plus HMO-POS-D-SNP 拒绝了您的处方药承保（或付款）申请，您有权要求我们对我们的决定进行重新决定（上诉）。自我们发出 Medicare 处方药拒保通知之日起，您有 60 天的时间要求我们进行重新决定。此表可以通过邮寄或传真的方式发送给我们：

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

传真号码：
(503) 416-1428

您可以通过我们的网站 www.careoregonadvantage.org 向我们提出上诉。可通过电话 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 (TTY/TDD 711) 提出加急上诉申请。

哪些人可以提出申请： 您的处方医生可以代表您向我们提出上诉。如果您希望他人（例如家人或朋友）为您申请上诉，则此人必须是您的代表。请联系我们，了解如何提名代表。

参保人信息：

参保人姓名 _____ 出生日期 _____
参保人地址： _____
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
电话号码 _____
参保人的会员 ID 号 _____

如果提出申请的人不是参保人，请填写以下部分：

申请人姓名 _____
申请人与参保人的关系 _____
地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
电话号码 _____

由参保人或参保人处方医生以外的人员提出的上诉申请的代理文件：

如果不是在承保决定级别提交申请，请附上证明有权代表参保人的文件（填写完整的 CMS-1696 表或类似的书面文件）。有关指定代表的更多信息，请联系您的计划或 1-800-Medicare。

您申请的处方药：

药物名称： _____ 含量/数量/剂量： _____

您是否已经购买了正在等待上诉的药物？ 是 否

如果“是”：

购买日期： _____ 已支付的金额： 美元 _____ （请附上收据副本）

药房的名称和电话号码： _____

处方医生信息

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

办公室电话 _____ 传真 _____

办公室联系人 _____

重要提示：加急决定

如果您或您的处方医生认为等待 7 天的标准决定会严重损害您的生命、健康或恢复最大功能的能力，则您可以申请加急（快速）决定。如果处方医生指出等待 7 天可能会严重损害您的健康，我们会自动在 72 小时内做出决定。如果您未获得处方医生对加急上诉的支持，我们会决定您的案件是否需要快速决定。如果您要求我们退还您已获得的药物的费用，则无法申请加急上诉。

如果您认为需要在 72 小时内做出决定，请勾选此框（如果您有处方医生出具的证明，请将其附在本申请中）。

请解释您提出上诉的理由。如有必要，请附上附加页。附上您认为可能对您的案件有帮助的任何其他信息，例如处方医生的声明以及相关的医疗记录。您可能需要参阅我们在 Medicare 处方药拒保通知中提供的解释内容，并让您的处方医生说明计划的承保标准（如果有的话），正如计划的拒绝信或其他计划文件中所述的内容。将需要您的处方医生提供意见来解释您无法达到计划承保标准的原因和/或计划要求的药物在医学上不适合您的原因。

上诉人（参保人或代理人）签名：

_____ 日期： _____