

## **Yêu Cầu Quyết Định Lại về việc Từ Chối Thuốc Kê Toa Medicare**

Vì CareOregon Advantage Plus HMO-POS-D-SNP từ chối yêu cầu bao trả (hoặc thanh toán) thuốc kê toa của quý vị, nên quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xác định lại (kháng cáo) quyết định của chúng tôi. Quý vị có 60 ngày kể từ ngày của Thông Báo Từ Chối Bao Trả Thuốc Kê Toa Medicare để yêu cầu chúng tôi quyết định lại. Có thể gửi biểu mẫu này đến cho chúng tôi qua đường bưu điện hoặc chuyển fax:

Địa chỉ:

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

Số fax:

(503) 416-1428

Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo thông qua trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.careoregonadvantage.org](http://www.careoregonadvantage.org). Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo nhanh qua điện thoại theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712-3258 (TTY/TDD 711).

**Ai có thể yêu cầu:** Người kê toa thuốc của quý vị có thể yêu cầu kháng cáo thay mặt quý vị. Nếu quý vị muốn người khác (như một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) yêu cầu kháng cáo cho quý vị, thì người đó phải là người đại diện của quý vị. Hãy liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

### **Thông tin của Người ghi danh**

Tên của Người ghi danh \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Người ghi danh \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

Điện thoại \_\_\_\_\_

Số ID thành viên của Người ghi danh \_\_\_\_\_

**Điền đầy đủ thông tin vào phần sau đây CHỈ khi người yêu cầu không phải là người ghi danh:**

Tên của Người yêu cầu \_\_\_\_\_

Mối quan hệ của người yêu cầu với người ghi danh \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

Điện thoại \_\_\_\_\_

**Hồ sơ đại diện để yêu cầu kháng cáo của một người không phải người ghi danh hoặc người kê toa thuốc của người ghi danh:**

**Đính kèm hồ sơ nêu rõ quyền hạn đại diện người ghi danh (Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 hoàn chỉnh hoặc văn bản tương đương) nếu không được nộp ở cấp quyết định bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc 1-800-Medicare.**

**Thuốc kê toa mà quý vị đang yêu cầu:**

Tên thuốc: \_\_\_\_\_ Cường độ/số lượng/liều dùng: \_\_\_\_\_

Quý vị có mua thuốc trong khi chờ quyết định kháng cáo không?  Có  Không

Nếu "Có":

Ngày mua: \_\_\_\_\_ Số tiền thanh toán: \$ \_\_\_\_\_ (đính kèm một bản sao biên nhận)

Tên và số điện thoại của nhà thuốc: \_\_\_\_\_

**Thông tin của Người kê toa thuốc**

Tên \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã zip \_\_\_\_\_

Số điện thoại văn phòng \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Người liên hệ văn phòng \_\_\_\_\_

**Lưu ý quan trọng: Quyết định nhanh**

Nếu quý vị hoặc người kê toa thuốc của quý vị tin rằng việc đợi 7 ngày để có quyết định tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến cuộc sống, sức khỏe hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của quý vị, thì quý vị có thể yêu cầu quyết định nhanh. Nếu người kê toa thuốc của quý vị cho thấy rằng việc đợi 7 ngày có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, thì chúng tôi sẽ tự động ra quyết định cho quý vị trong vòng 72 giờ. Nếu quý vị không có được sự hỗ trợ từ người kê toa thuốc của quý vị đối với kháng cáo nhanh, chúng tôi sẽ quyết định liệu trường hợp của quý vị có yêu cầu quyết định nhanh không. Quý vị không thể yêu cầu kháng cáo nhanh nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi thanh toán lại cho quý vị loại thuốc mà quý vị đã nhận được.

**ĐÁNH DẤU CHỌN Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ TIN RẰNG QUÝ VỊ CẦN MỘT QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 72 GIỜ (nếu quý vị có bản trình bày hỗ trợ từ người kê toa thuốc của quý vị, hãy đính kèm với yêu cầu này).**

**Vui lòng giải thích lý do kháng cáo của quý vị.** Đính kèm thêm trang nếu cần thiết.

Đính kèm thêm bất kỳ thông tin nào mà quý vị tin rằng có thể giúp ích cho trường hợp của quý vị như bản trình bày từ người kê toa thuốc của quý vị hoặc hồ sơ y tế liên quan. Quý vị có thể muốn tham khảo phần giải thích mà chúng tôi cung cấp trong Thông Báo Từ Chối Bảo Trả Thuốc Kê Toa Medicare và người kê toa thuốc của quý vị trình bày tiêu chí bao trả của Chương Trình, nếu thích hợp, như được nêu trong thư từ chối của Chương Trình hoặc trong hồ sơ khác của Chương Trình. Thông tin từ người kê toa thuốc của quý vị sẽ cần thiết để giải thích lý do tại sao quý vị không thể đáp ứng tiêu chí bao trả của Chương Trình và/hoặc tại sao thuốc mà Chương Trình yêu cầu không thích hợp với quý vị về mặt y tế.

**Chữ ký của người yêu cầu kháng cáo (người ghi danh hoặc người đại diện):**\_\_\_\_\_  
Ngày: \_\_\_\_\_