Запрос на пересмотр решения об отказе в покрытии рецептурных препаратов в рамках Medicare

План CareOregon Advantage отклонил ваш запрос на покрытие (или оплату) рецептурного препарата. У вас есть право запросить пересмотр нашего решения (подать апелляцию). **Чтобы подать апелляцию на наше решение, используйте эту форму.**

- Вы можете подать апелляцию на решение отказать в покрытии рецептурного препарата в рамках Medicare в течение 65 дней с даты уведомления об отказе.
- Подать апелляцию также можно на нашем сайте: www.careoregonadvantage.org.
- Подать запрос на ускоренное рассмотрение апелляции можно по телефону 503-416-4279.

Сторона, выписавшая рецепт, может подать апелляцию от вашего имени. Если вы хотите, чтобы запрос за вас подал другой человек (например, член семьи или друг), его необходимо назначить вашим представителем. Чтобы узнать, как назначить представителя, свяжитесь с нами по номеру 503-416-4279.

Информация об участнике плана

Имя участника: _____

Номер Medicare: _____ Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Почтовый адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон: _____

Информация о рецептурном препарате и стороне, выписавшей рецепт

Название запрашиваемого препарата: _____

Сила действия, количество, дозировка: _____

Сторона, выписавшая рецепт: _____

Официальный адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Официальный телефон: _____ Официальный факс: _____

Официальное контактное лицо: _____

Приобретали ли вы этот препарат ранее? ☐ Да ☐ Нет

Если «ДА»:

Дата приобретения: _____ Выплаченная сумма: _____ (приложите копию чека)

Название аптеки: _____

Телефон аптеки: _____

Требуется ли ускоренное (срочное) решение?

☐ **Поставьте галочку, если считаете, что вам необходимо получить решение в течение 72 часов.** Если у вас есть подтверждающее заявление от стороны, выписавшей рецепт, приложите его к этому запросу.

- Если сторона, выписавшая рецепт, считает, что стандартное 7-дневное ожидание решения может привести к серьезным последствиям для вашей жизни, здоровья или восстановления максимальной работоспособности, вы можете запросить ускоренное (срочное) принятие решения.
- Если сторона, выписавшая рецепт, указывает, что 7-дневное ожидание может причинить серьезный вред вашему здоровью, мы автоматически предоставим вам решение в течение 72 часов. Если вы хотите получить компенсацию за препарат, который приобрели ранее, запросить ускоренную апелляцию невозможно.
- Если сторона, выписавшая рецепт, не выдаст вам подтверждающего заявления в поддержку ускоренной процедуры апелляции, мы решим, требует ли ваш случай ускоренного рассмотрения.

Объясните, почему вы считаете, что данный препарат должен покрываться

- Приложите любую дополнительную информацию, которая может помочь при рассмотрении вашего случая, например заявление стороны, выписавшей рецепт, или соответствующие медицинские записи.
- Приложите копию уведомления об отказе в покрытии рецептурного препарата в рамках Medicare.
- Стороне, выписавшей рецепт, понадобится объяснить, почему правила покрытия, предусмотренные планом, вам не подходят и/или почему препараты, которые план требует использовать, не соответствуют вашим медицинским показаниям.
- Другая информация, которую следует принять во внимание: _____

  _____

Информация о представителе

Заполните этот раздел, ТОЛЬКО если запрос подает не участник и не сторона, выписавшая рецепт. Обязательно приложите документы, подтверждающие ваше право выступать от имени участника, если такие документы не поданы на этапе определения покрытия или его пересмотра. Таким документом может быть заполненная форма от Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Центры услуг Medicare и Medicaid) CMS-1696 или аналог в письменном виде. Чтобы получить больше информации о назначении представителя, позвоните нам по номеру 503-416-4279.

Имя представителя: _____

Кем приходится участнику: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон: _____

Подпись и отправка этой формы

Подпись лица, запрашивающего апелляцию (участника, представителя или стороны, выписавшей рецепт):

Подпись: _____ **Дата:** _____

Отправьте заполненную форму и всю подтверждающую информацию по факсу или почте.

Адрес:	**Номер факса**:
CareOregon Advantage Attn: Pharmacy Appeals Department 315 SW Fifth Avenue Portland, OR 97204	503-416-1428