Medicare 处方药拒保的重新决定申请

CareOregon Advantage 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）。**请使用本表对该决定提出上诉。**

- 您可以在 Medicare 处方药拒保通知日期起的 65 天内提出上诉。
- 您也可以通过我们的网站 www.careoregonadvantage.org 提出上诉。
- 可通过电话 503-416-4279 提出加急上诉申请。

您的处方医生可以代表您提出上诉。如果您希望他人（如家人或朋友）为您提出上诉，则此人必须是您的代表。请致电 503-416-4279 联系我们，了解如何提名代表。

计划参保人信息

参保人姓名：_____

会员 ID 号：_____ 出生日期 (MM/DD/YYYY)：_____

邮寄地址：_____

城市、州、邮政编码：_____

电话号码：_____

处方及处方医生信息

您申请的药品名称：_____

含量/数量/剂量：_____

处方医生姓名：_____

办公室地址：_____

城市、州、邮政编码：_____

办公室电话：_____ 办公室传真：_____

办公室联系人：_____

您是否已经购买此药？ ☐ 是 ☐ 否

如果“是”：

购买日期：_____ 已支付的金额：_____ （请附上收据副本）

药房名称：_____

药房电话号码：_____

您是否需要加急（快速）决定？

☐ **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。

- 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。

请说明您认为该药物应被承保的理由

- 附上您认为可能对您的案件有帮助的任何其他信息，如处方医生的声明或医疗记录。
- 附上 Medicare 处方药拒保通知的副本。
- 您的处方医生需要说明您无法满足我们的计划承保规则的原因，以及/或计划要求的药物在医学上不适合您的原因。
- 我们还应考虑的其他信息：_____

_____

代表信息

仅在提出申请的人不是参保人或参保人的处方医生时填写此部分。如果在承保决定阶段未提交过授权代表的相关文件，您必须附上能够证明您有权代表参保人的文件（如填写完整的 Centers for Medicare & Medicaid Services（CMS，Medicare 和 Medicaid 服务中心）-1696 表或类似的书面文件）。有关指定代表的更多信息，请致电 503-416-4279 联系我们。

代表姓名：_____

与参保人的关系：_____

街道地址：_____

城市、州、邮政编码：_____

电话号码：_____

签署与提交此表

上诉申请人（参保人、处方医生或代表）签名：

签名：_____ **日期：**_____

请将填写完整的表格及相关证明材料传真或邮寄至：

地址：	**传真号码：**
CareOregon Advantage Attn: Pharmacy Appeals Department 315 SW Fifth Avenue Portland, OR 97204	503-416-1428