

طلب قرار تغطية الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية من MEDICARE

يمكن إرسال هذا النموذج إلينا بواسطة البريد أو الفاكس:

العنوان:

CalOptima Health OneCare Flex Plus  
خدمة العملاء (HMO D-SNP)  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

رقم الفاكس:

1-858-357-2556

يمكنك أيضًا طلب قرار تغطية عبر الهاتف المجاني على الرقم **1-877-412-2734** أو من خلال الموقع الإلكتروني [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare).

**من يمكنه تقديم طلب:** من يصف لك الدواء يمكنه أن يطلب منّا قرارًا بالتغطية بالنيابة عنك. وأما إذا أردت أن يقوم شخص آخر (كأحد أفراد الأسرة أو صديق) بالطلب نيابةً عنك، فإن ذلك الشخص يجب أن يكون ممثلك. قم بالاتصال بنا للتعرف على كيفية تعيين ممثل.

معلومات المُسجِّل

اسم المُسجِّل	تاريخ الميلاد
عنوان المُسجِّل	
المدينة	الولاية
الهاتف	رقم بطاقة تعريف المُسجِّل

قم بتعبئة القسم التالي فقط إذا كان الشخص الذي يقوم بتقديم هذا الطلب ليس هو المُسجِّل أو المسؤول عن وصف الأدوية:

اسم مقدم الطلب	
صلة مُقدم الطلب بالمُسجِّل:	
العنوان	
المدينة	الولاية
الهاتف	الرمز البريدي

وثائق التمثيل للطلبات التي يقدمها شخص غير المُسجِّل أو المسؤول عن وصف الأدوية للمُسجِّل:

قم بإرفاق وثائق تظهر صلاحيتك لتمثيل المُسجِّل (نموذج تصريح تمثيل مكتمل من **CMS-1696** أو نموذج خطي مماثل). للمزيد من المعلومات بخصوص تعيين ممثل، اتصل بخطتك أو على الرقم **1-800-Medicare**.

اسم الدواء الذي يُصرف بوصفة طبية الذي تطلبه (إذا كان معروفًا، فاذكر مدى تركيزه وكميته المطلوبة شهريًا):

### نوع طلب قرار التغطية

- أحتاج إلى دواء غير مُدرج في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية الخاصة بالخطوة (باستثناء كتيب الوصفات (الأدوية)).\*
- لقد كنت أنتاول دواء تم إدراجه سابقًا في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية الخاصة بالخطوة، ولكن تُجرى إزالته أو تمت إزالته من هذه القائمة خلال عام الخطوة (باستثناء كتيب الوصفات (الأدوية)).\*
- أطلب تصريحًا مُسبقًا بالدواء الذي وصفه المسؤول عن وصف الأدوية.\*
- أطلب استثناء لطلب تجربة دواء آخر قبل الحصول على الدواء الذي وصفه المسؤول عن وصف الأدوية (باستثناء كتيب الوصفات (الأدوية)).\*
- أطلب استثناء من الحد الأقصى الذي تضعه الخطوة على عدد الحبوب (الحد الأقصى للكمية) التي يمكنني استلامها حتى يمكنني الحصول على عدد الحبوب التي وصفها المسؤول عن وصف الأدوية (باستثناء كتيب الوصفات (الأدوية)).\*
- تفرض خطة الأدوية الخاصة بي رسومًا للمشاركة في الدفع مقابل الدواء الذي وصفه المسؤول عن وصف الأدوية أعلى من المفروضة على دواء آخر يعالج حالتي، وأريد أن أدفع رسوم المشاركة في الدفع الأقل (استثناء تصنيف الشرائح).\*
- لقد كنت أستخدم دواءً كان مُدرجًا مُسبقًا في شريحة أقل للمشاركة في الدفع، ولكن يُجرى نقله أو تم نقله إلى شريحة أعلى للمشاركة في الدفع (استثناء تصنيف الشرائح).\*
- قامت خطة الأدوية الخاصة بي بفرض رسوم للمشاركة في الدفع لدواء أعلى مما ينبغي.
- أريد أن أتلقى تعويضًا عن الدواء الذي يُصرف بوصفة طبية المشمول بالتغطية الذي قمت بسداد قيمته من أموالتي الخاصة.
- \*ملاحظة: إذا كنت تطلب استثناء لكتيب الوصفات (الأدوية) أو تصنيف الشرائح، يجب على المسؤول عن وصف الأدوية تقديم بيان يدعم طلبك. قد يلزم وجود معلومات داعمة للطلبات التي تخضع لتصريح مُسبق (أو أي شرط آخر لإدارة الاستخدام). قد يستخدم المسؤول عن وصف الأدوية "المعلومات الداعمة لطلب استثناء أو تصريح مُسبق" لدعم طلبك.

معلومات إضافية يجب مراعاتها (يرجى إرفاق أي وثائق داعمة):

### ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت أنت أو من يصف لك الدواء يعتقد بأن الانتظار لمدة 72 ساعة لقرار عادي يمكن أن يتسبب بضرر خطير على حياتك أو صحتك أو على قدرتك على استعادة الوظائف القسوى، فإنه يمكنك طلب قرار عاجل (مستعجل). إذا أشار المسؤول عن وصف الأدوية بأن الانتظار لمدة 72 ساعة يمكن أن يتسبب بضرر خطير على صحتك، فسوف نقوم تلقائيًا بإعطائك قرارًا خلال 24 ساعة. إذا لم تحصل على دعم من المسؤول عن وصف الأدوية للحصول على طلب مستعجل، فسوف نقرر فيما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا مستعجلًا. لا يمكنك طلب قرار تغطية مستعجل إذا كنت تطلب منّا أن ندفع لك مقابل دواء حصلت عليه بالفعل.

- ضع إشارة في هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك تحتاج قرارًا خلال 24 ساعة (إذا كان لديك بيان دعم من المسؤول عن وصف الأدوية، فقم بإرفاق البيان بهذا الطلب).

التوقيع:	التاريخ:
----------	----------

### معلومات داعمة لطلب استثناء أو تصريح مسبق

لا يمكن إجراء طلبات استثناء كتيب الوصفات (الأدوية) وتصنيف الشرائح من دون بيان الدعم الخاص بالمسؤول عن وصف الأدوية. قد يلزم وجود معلومات داعمة لطلبات التصريح المسبق.

طلب لمراجعة عاجلة: من خلال وضع علامة في هذا المربع والتوقيع أدناه، أقر بأن تطبيق الإطار الزمني لمراجعة عادية مدتها 72 ساعة قد يُعرض حياة المُسجّل أو صحته للخطر أو قدرة المُسجّل على استعادة الحد الأقصى من الوظائف.

معلومات حول المسؤول عن وصف الأدوية	
الاسم:	
العنوان	
المدينة	الولاية
رقم هاتف المكتب	الفاكس
توقيع المسؤول عن وصف الأدوية	التاريخ

التشخيص والمعلومات الطبية	
الدواء	التركيز وطريقة تناول
تاريخ البدء	المدة المتوقعة للعلاج
<input type="checkbox"/> بداية جديدة	الكمية لكل 30 يومًا
الطول/الوزن	الحساسية الدوائية

**التشخيص - يُرجى تسجيل جميع التشخيصات التي استُخدم الدواء المطلوب لعلاجها والأكواد المتقابلة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10).**  
(إذا كانت الحالة التي يُجرى علاجها باستخدام الدواء المطلوب هي عرض من فقد الشهية، أو فقدان الوزن، أو ضيق في التنفس، أو ألم في الصدر، أو غثيان، وما إلى ذلك، فاطرح التشخيص الذي يُسبب العرض (الأعراض) إذا كان معروفًا.)

**التشخيصات الأخرى ذات الصلة:**  
كود (أكواد) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10).

سجل الأدوية (لعلاج الحالة) (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب		
الأدوية التي تمت تجربتها	تواريخ تجارب الأدوية	نتائج تجارب الأدوية السابقة الفشل مقابل عدم التحمل (يُرجى التوضيح)
(إذا كان الحد الأقصى للكمية يُعدُّ مشكلة، فأدرج الجرعة بالوحدة/إجمالي الجرعات اليومية التي تمت تجربتها)		

نتائج تجارب الأدوية السابقة الفشل مقابل عدم التحمل (يُرجى التوضيح)	تواريخ تجارب الأدوية	الأدوية التي تمت تجربتها (إذا كان الحد الأقصى للكمية يُعدُّ مشكلة، فأدرج الجرعة بالوحدة/إجمالي الجرعات اليومية التي تمت تجربتها)
ما نظام الدواء الحالي للمُسجِّل فيما يتعلق بالحالة (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب؟		

<b>سلامة الدواء</b>	
هل لاحظت إدارة الأغذية والعقاقير أي موانع للاستعمال متعلقة بالدواء المطلوب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هناك أي قلق يساورك حول التدخلات الدوائية بالإضافة إلى الدواء المطلوب في نظام الدواء الحالي للمُسجِّل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة عن أي من السؤالين المذكورين أعلاه نعم، يُرجى (1) توضيح المشكلة؛ (2) ومناقشة المنافع مقابل المخاطر المحتملة بالرغم من القلق الملحوظ؛ (3) ومراقبة الخطة لضمان السلامة.	
<b>إدارة المخاطر العالية للأدوية لدى المُسنين</b>	
إذا كان المُسجِّل يتجاوز سن 65 عامًا، فهل تشعر بأن منافع العلاج باستخدام الدواء المطلوب تفوق المخاطر المحتملة لدى المريض المُسن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<b>العقاقير الأفيونية (يُرجى إكمال الأسئلة التالية إذا كان الدواء المطلوب من ضمن العقاقير الأفيونية)</b>	
ما الجرعة المكافئة للمورفين (MED) التراكمية اليومية؟	بالمجم/يومياً <input type="text"/>
هل أنت على دراية بمسؤولي وصف العقاقير الأفيونية الآخرين؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل الجرعة اليومية المذكورة من (MED) ضرورية طبيياً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل استخدام إجمالي جرعة يومية منخفضة من (MED) غير كاف للسيطرة على ألم المسجِّل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<b>الأسباب المنطقية لطلب</b>	

**دواء (أدوية) بديل تم منع استعماله أو تمت تجربته، ولكن مع نتائج عكسية، على سبيل المثال، أو الحساسية، أو الفشل العلاجي** يُرجى التحديد أدناه في حال لم تتم الإشارة إليه بالفعل في قسم "سجل الأدوية" سابقاً في هذا النموذج: (1) دواء (أدوية) تمت تجربته ونتائج تلك التجارب، (2) إذا كانت النتائج عكسية، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتائج العكسية لكل دواء، (3) في حالة الفشل العلاجي، فأدرج الجرعة القصوى وطول فترة العلاج لكل دواء (أدوية) تمت تجربته، (4) إذا كان الدواء من موانع الاستعمال، يُرجى إدراج السبب المُحدد لسبب منع استعمال الدواء (الأدوية) المفضل/الدواء (الأدوية) المُدرج في كتيب الوصفات (الأدوية)].

**المريض مستقر على الدواء (الأدوية) الحالي؛ ارتفاع مخاطر الحصول على نتائج سريرية سلبية خطيرة بسبب تغيير الدواء** يلزم تفسير مُحدد لأي نتيجة سريرية سلبية خطيرة متوقعة وسبب توفُّع حدوث نتيجة سلبية خطيرة، على سبيل المثال أصبح من الصعب التحكم في الحالة (تمت تجربة العديد من الأدوية، ويلزم توفير عدة أدوية للتحكم في الحالة)، تعرض المريض لنتيجة سلبية خطيرة عندما لم يتم التحكم في الحالة سابقاً (على سبيل المثال، الحصول على الرعاية داخل المستشفى أو زيارات طبية للحالات الحرجة، أو أزمة قلبية، أو السكتة الدماغية، أو قصور خطير في الحالة الوظيفية، أو ألم ومعاناة مفرطة)، وما إلى ذلك.

**ضرورة طبية لشكل الجرعات المختلفة و/أو جرعة أعلى** يُرجى التحديد أدناه: (1) شكل (أشكال) الجرعات و/أو الجرعة (الجرعات) التي تمت تجربتها ونتيجة تلك التجارب، (2) وتوضيح السبب الطبي، (3) وذكر سبب عدم اختيار الجرعات الأقل تكراراً ذات معدلات التركيز الأعلى، في حالة وجود تركيز أعلى].

**طلب باستثناء شريحة كتيب الوصفات (الأدوية)** يُرجى التحديد أدناه في حال لم تتم الإشارة إليه في قسم "سجل الأدوية" سابقاً في هذا النموذج: (1) كتيب الوصفات (الأدوية) أو دواء (أدوية) مفضل تمت تجربته ونتائج تلك التجارب، (2) إذا كانت النتائج عكسية، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتائج العكسية لكل دواء، (3) في حالة الفشل العلاجي/ليس بالفعالية نفسها كالدواء المطلوب، فأدرج الجرعة القصوى وطول فترة العلاج لكل دواء (أدوية) تمت تجربته، (4) إذا كان الدواء من موانع الاستعمال، يُرجى إدراج السبب المُحدد لسبب منع استعمال الدواء (الأدوية) المفضل/الدواء (الأدوية) المُدرج في كتيب الوصفات (الأدوية)].

**سبب آخر (الرجاء التوضيح أدناه).**

**التوضيح المطلوب**

---

---

---

---

---

Medicare منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan Advantage مع عقد Medicare و Medi-Cal. التسجيل في CalOptima Health OneCare يعتمد على تجديد العقد. تمتلك CalOptima Health OneCare مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. يرجى الاتصال برقم خدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).

المرفقات:

- إشعار التوفر وإشعار عدم التمييز