



طلب إعادة نظر في رفض Medicare لأدوية موصوفة

يمكنك تقديم طلب استئناف خلال 65 يومًا من تاريخ إشعارنا برفض Medicare تغطية الأدوية الموصوفة. يمكنك أيضًا تقديم استئناف من خلال موقعنا الإلكتروني على www.caloptima.org/onecare. يمكنك تقديم طلبات الاستئناف العاجل عبر الهاتف على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711). يمكنك أيضًا تقديم طلبات الاستئناف العاجل عبر الهاتف على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711). يمكنك أيضًا تقديم طلبات الاستئناف العاجل عبر الهاتف على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711).

معلومات مسجل في خطة

اسم المسجل: _____
معرف العضو: _____ تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY): _____
عنوان المراسلة: _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____
الهاتف: _____

معلومات وصفة طبية ومقدم وصفة

اسم الدواء الذي طلبته: _____
القوة/الكمية/الجرعة: _____
اسم مقدم الوصفة: _____
عنوان العيادة: _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: _____
هاتف العيادة: _____ فاكس العيادة: _____
الشخص المسؤول عن الاتصال في العيادة: _____

هل قمت بشراء هذا الدواء بالفعل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم: _____

تاريخ الشراء: _____ المبلغ المدفوع: _____ (أرفق نسخة من الإيصال)

اسم الصيدلية: _____

رقم هاتف الصيدلية: _____

هل تحتاج إلى قرار سريع (مُعجل)؟

قم بتحديد هذا مربع إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى قرار خلال 72 ساعة. إذا كان لديك بيان داعم من مقدم الوصفة الطبية الخاص بك، قم بإرفاقه بهذا الطلب.

- إذا كنت تعتقد أنك أو مقدم الوصفة الطبية الخاص بك أن الانتظار لمدة 7 ساعة للحصول على قرار عادي قد يضر بحياتك، أو صحتك، أو قدرتك على استعادة الحد الأقصى من الوظائف، فيمكنك طلب قرار سريع (مُعجل).
- إذا أشار مقدم الوصفة الطبية الخاص بك إلى أن الانتظار لمدة 7 ساعة قد يضر بصحتك بشكل خطير، فسندم لك قرارًا تلقائيًا خلال 72 ساعة. لا يمكنك طلب استئناف عاجل إذا طلبت منا أن نرد لك ثمن دواء تلقينته بالفعل.
- إذا لم تحصل على دعم من مقدم الوصفة الطبية الخاص بك لتقديم طلب سريع، فسندم ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا.

اشرح ماذا تعتقد أن هذا دواء يجب أن يكون مشمولاً بتغطية

- قم بإرفاق أي معلومات إضافية تعتقد أنها قد تساعد قضيتك، مثل بيان من طبيبك أو السجلات الطبية.
- قم بإدراج نسخة من إشعار رفض Medicare تغطية الأدوية الموصوفة
- سيتعين على مقدم الوصفة الطبية الخاص بك أن يشرح لك سبب عدم قدرتك على تلبية قواعد التغطية الخاصة بخططك و/أو سبب عدم ملائمة الأدوية المطلوبة بموجب الخطة لك طبيًا.
- معلومات أخرى ينبغي علينا أخذها في الاعتبار:

معلومات ممثلة

أكمل هذا القسم فقط إذا لم يكن الشخص الذي يقدم هذا الطلب هو المسجل أو مقدم الوصفة الطبية. يجب عليك إرفاق المستندات التي توضح سلطتك في تمثيل المسجل (مثل النموذج المكتمل CMS-1696 أو ما يعادله كتابيًا) إذا لم يتم تقديمه في مستوى تحديد التغطية. لمزيد من المعلومات حول تعيين ممثل، اتصل بنا على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711).

اسم الممثل

العلاقة بالمسجل:

عنوان الشارع:

المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

الهاتف:

قم بتوقيع على هذا نموذج وقدمه

توقيع الشخص الذي يقوم بتقديم طلب الاستئناف (المسجل أو مقدم الوصفة أو ممثل عن المسجل):

تاريخ:

توقيع:

قم بإرسال نموذج مكتمل خاص بك وأي معلومات داعمة بـ فاكس أو بريد إلكتروني:

رقم الفاكس:

CalOptima Health OneCare Complete
Pharmacy Management Appeals
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

العنوان:

1-858-357-2588

Medicare Advantage هي منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan مع Medicare و Medi-Cal. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. تمتثل CalOptima Health لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) مجاناً، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

المرفقات:

- إدراج إشعار التوفر وإشعار عدم التمييز