

طلب تحديد تغطية أدوية Medicare

استخدم هذا النموذج لطلب تحديد التغطية من خطتنا. يمكنك أيضًا طلب تحديد التغطية عبر الهاتف على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) أو عبر موقعنا الإلكتروني www.caloptima.org/OneCare. يمكنك أنت، أو طبيبك أو مقدم الوصفة الطبية الخاص بك، أو ممثلك المفوض تقديم هذا الطلب.

المسجل في الخطة

الاسم	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي
الهاتف	رقم تعريف العضو

إذا لم يكن الشخص الذي يقدم هذا الطلب هو المسجل في الخطة أو مقدم الوصفة الطبية:

اسم مقدم الطلب
العلاقة بالمسجل
عنوان الشارع (اذكر المدينة، والولاية والرمز البريدي)
الهاتف
☐ قم بتقديم المستندات مع هذا النموذج الذي يوضح سلطتك في تمثيل المسجل (نموذج تفويض التمثيل المكتمل CMS-1696 أو ما يعادله). لمزيد من المعلومات حول تعيين ممثل، اتصل بخطتنا أو اتصل على 1-800-MEDICARE. 1-800-633-4227. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

اسم الدواء الذي يتعلق به هذا الطلب (اذكر معلومات الجرعة والكمية إذا كانت متوفرة)
--

نوع الطلب

- ☐ فرضت خطة الأدوية الخاصة بي علي مبلغًا إضافيًا أعلى من المبلغ الذي كان ينبغي أن أدفعه مقابل الدواء
- ☐ أريد أن أحصل على تعويض عن دواء مغطى دفعته بالفعل من جيبى الخاص
- ☐ أطلب الحصول على تصريح مسبق على دواء موصوف (قد يتطلب هذا الطلب معلومات داعمة)
- بالنسبة لأنواع الطلبات المذكورة أدناه، **يجب** على مقدم الوصفة الطبية الخاص بك تقديم بيان يدعم الطلب. يمكن لمقدم الوصفة الطبية الخاص بك إكمال الصفتين 3 و 4 من هذا النموذج، "المعلومات الداعمة لطلب الاستثناء أو التصريح المسبق".

☐ أحتاج إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية المغطاة في الخطة (استثناء كتيب الوصفات)

☐ كنت أستخدم دواءً كان مدرجاً في قائمة الأدوية المغطاة في الخطة من قبل، ولكن تمت إزالته أو سيتم إزالته خلال سنة الخطة (استثناء كتيب الوصفات)

☐ أطلب استثناءً من الشرط الذي يقتضي مني تجربة دواء آخر قبل الحصول على الدواء الموصوف (استثناء كتيب الوصفات)

☐ أطلب استثناءً من حد الخطة لعدد الحبوب (حد الكمية) التي يمكنني الحصول عليها حتى أتمكن من الحصول على عدد الحبوب الموصوفة لي (استثناء كتيب الوصفات)

☐ أطلب استثناءً لقواعد التصريح المسبق للخطة التي يجب استيفاؤها قبل أن أحصل على دواء موصوف (استثناء كتيب الوصفات).

☐ تفرض خطة الأدوية الخاصة بي مبلغًا إضافيًا أعلى مقابل دواء موصوف مقارنةً بدواء آخر يعالج حالتي، وأريد أن أدفع مبلغًا إضافيًا أقل (استثناء التدرج)

☐ كنت أستخدم دواءً كان ضمن فئة مشاركة بالدفع التي هي أقل من قبل، ولكن تم نقله أو سيتم نقله إلى فئة مشاركة بالدفع أعلى (استثناء التدرج)

معلومات إضافية ينبغي علينا أخذها في الاعتبار (قم بتقديم أي مستندات داعمة مع هذا النموذج):

هل تحتاج إلى قرار سريع؟

إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم الوصفة الطبية الخاص بك أن الانتظار لمدة 72 ساعة للحصول على قرار عادي قد يضر بحياتك، أو صحتك، أو قدرتك على استعادة الحد الأقصى من الوظائف، فيمكنك طلب قرار سريع (معجل). إذا أشار مقدم الوصفة الطبية الخاص بك إلى أن الانتظار لمدة 72 ساعة قد يضر بصحتك بشكل خطير، فسندم لك قرارًا تلقائيًا خلال 24 ساعة. إذا لم تحصل على دعم من مقدم الوصفة الطبية الخاص بك لتقديم طلب سريع، فسندم ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا. (لا يمكنك طلب قرار سريع إذا كنت تطلب منا سداد ثمن الدواء الذي تلقينته بالفعل).

☐ نعم، أحتاج إلى قرار خلال 24 ساعة. إذا كان لديك بيان داعم من مقدم الوصفة الطبية الخاص بك، قم بإرفاقه بهذا الطلب.

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

كيفية تقديم هذا النموذج

قم بإرسال هذا النموذج وأي معلومات داعمة عن طريق البريد أو الفاكس:

رقم الفاكس: 1-858-357-2556

العنوان:

CalOptima Health OneCare **Flex Plus** (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

505 City Parkway West Orange, CA 92868

معلومات داعمة لطلب استثناء أو تصريح مسبق
ليتم إكماله من قبل مقدم الوصفة

☐ طلب مراجعة سريعة: من خلال تحديد هذا المربع والتوقيع أدناه، أقر بأن تطبيق إطار زمني عادي للمراجعة لمدة 72 ساعة قد يعرض حياة أو صحة المسجل أو قدرته على استعادة الحد الأقصى من الوظائف للخطر بشكل كبير.

معلومات مقدم الوصفة

الاسم

عنوان الشارع (اذكر المدينة، والولاية والرمز البريدي)	
هاتف العيادة	
الفاكس	
التوقيع	التاريخ

التشخيص والمعلومات الطبية

الدواء:	القوة وطريقة تناول الدواء:
التكرار:	تاريخ البدء: ☐ بداية جديدة
المدة المتوقعة للعلاج:	الكمية لكل 30 يومًا:
الطول/الوزن:	الحساسية الدوائية:
التشخيص - يرجى إدراج جميع التشخيصات التي يتم علاجها بالدواء المطلوب ورموز ICD-10 المقابلة (إذا كانت الحالة التي يتم علاجها بالدواء المطلوب هي أحد الأعراض مثل فقدان الشهية، أو فقدان الوزن، أو ضيق التنفس، أو ألم الصدر، أو الغثيان، وما إلى ذلك، فيجب تقديم التشخيص المسبب للأعراض إذا كان معروفًا)	
ICD-10 Code(s)	
التشخيصات الأخرى ذات الصلة: ICD-10 Code(s)	

تاريخ تناول الدواء: (لعلاج الحالة) (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب

الأدوية التي تم تجربتها (إذا كان حد الكمية يمثل مشكلة، قم بإدراج جرعة الوحدة/الجرعة اليومية الإجمالية التي تم تجربتها)	تواريخ التي تم فيها تجربة الأدوية	نتائج التجارب السابقة للأدوية الفشل مقابل عدم التقبل (قم بالشرح)

ما هو النظام الدوائي الحالي للمسجل للحالة (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب؟
--

سلامة الأدوية
هل لاحظت إدارة الغذاء والدواء أي موانع للدواء المطلوب؟ ☐ نعم ☐ لا
هل هناك أي قلق بشأن تضارب الأدوية عند إضافة الدواء المطلوب إلى نظام الدواء الحالي للمسجل؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة أعلاه بنعم، فيرجى (1) شرح المشكلة، (2) مناقشة الفوائد مقابل المخاطر المحتملة على الرغم من المخاوف المذكورة، و(3) خطة المراقبة لضمان السلامة

إدارة المخاطر العالية للأدوية لدى كبار السن

إذا كان عمر المسجل يزيد عن 65 عامًا، فهل تشعر أن فوائد العلاج بالدواء المطلوب تفوق المخاطر المحتملة لدى هذا المريض المتقدم بالعمر؟
☐ نعم ☐ لا

المواد الأفيونية – (أجب عن هذه الأسئلة الأربعة إذا كان الدواء المطلوب عبارة عن مادة أفيونية)

ما هي الجرعة التراكمية اليومية المكافئة للمورفين (Morphine Equivalent Dose, **MED**)
ملغ / يوم

☐ نعم ☐ لا

هل أنت على علم بمقدمي وصفة آخرين يصفون المواد الأفيونية لهذا المسجل؟
 إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى التوضيح؟

☐ نعم ☐ لا

هل الجرعة اليومية المذكورة ضرورية من الناحية الطبية؟

☐ نعم ☐ لا

هل ستكون الجرعة اليومية الإجمالية الأقل من MED غير كافية للسيطرة على ألم المسجل؟

الأساس المنطقي للطلب

☐ **دواء (أدوية) بديلة تم تجربته سابقًا، ولكن بنتائج عكسية، مثل السمية، أو الحساسية، أو الفشل العلاجي** إذا لم يتم ذكر ذلك في قسم تاريخ تناول الدواء، حدد أدناه: (1) الدواء (الأدوية) التي تم تجربتها ونتائج تجربة (تجارب) الدواء (2) إذا كانت النتيجة عكسية، قم بإدراج الدواء (الأدوية) والنتيجة العكسية لكل منها، (3) في حالة فشل العلاج، قم بإدراج الجرعة القصوى ومدة العلاج للدواء (الأدوية) التي تم تجربتها

☐ **الدواء (الأدوية) البديلة تمنع، ولن تكون فعالة أو من المحتمل أن تسبب نتائج عكسية.** مطلوب توضيح محدد لماذا لن يكون الدواء (الأدوية) البديلة فعالة أو من المتوقع أن تكون هناك نتيجة سريرية سلبية كبيرة ولماذا من المتوقع أن تكون هذه النتيجة. إذا كان هناك مانع (موانع)، قم بإدراج سبب محدد لماذا الدواء (الأدوية) المفضلة/الدواء (الأدوية) الأخرى المدرجة في القائمة هي موانع

☐ **قد يعاني المريض من آثار سلبية إذا طُلب منه استيفاء متطلبات التصريح المسبق.** مطلوب توضيح محدد لأي نتيجة سريرية سلبية كبيرة متوقعة ولماذا من المتوقع حدوث هذه النتيجة.

☐ **المريض مستقر على الدواء (الأدوية) الحالية؛ هناك خطر كبير من حدوث نتائج سريرية سلبية كبيرة مع تغيير الدواء** مطلوب شرح محدد لأي نتيجة سريرية سلبية كبيرة متوقعة ولماذا من المتوقع حدوث هذه النتيجة - على سبيل المثال كان من الصعب السيطرة على الحالة (تم تجربة العديد من الأدوية، وتتطلب أدوية متعددة للسيطرة على الحالة)، كان لدى المريض نتيجة سلبية كبيرة عندما لم يتم السيطرة على الحالة مسبقًا (على سبيل المثال دخول المستشفى أو زيارات طبية حادة متكررة، أو نوبة قلبية، أو سكتة دماغية، أو سقوط، أو تقييد كبير للحالة الوظيفية، أو ألم ومعاونة غير مبررة)، إلخ.

☐ **الحاجة الطبية لصيغة جرعة مختلفة و/أو جرعة أعلى** حدد أدناه: (1) صيغة (صيغ) الجرعة و/أو الجرعة (الجرعات) التي تم تجربتها ونتيجة تجربة (تجارب) الدواء؛ (2) شرح السبب الطبي (3) تضمين سبب عدم كون الجرعات الأقل تكرارًا بقوة أعلى خيارًا - إذا كانت هناك قوة أعلى

☐ **طلب استثناء من فئة كتيب الوصفات** إذا لم يتم ذكر ذلك في قسم تاريخ تناول الدواء، فحدد أدناه: (1) الوصفات المدرجة أو المفضلة التي تم تجربتها ونتائج تجربة (تجارب) الأدوية (2) إذا كانت النتيجة عكسية، قم بإدراج الدواء (الأدوية) والنتيجة العكسية لكل منها، (3) إذا فشل العلاج/لم يكن فعالاً مثل الدواء المطلوب، قم بإدراج الجرعة القصوى ومدة العلاج للدواء (الأدوية) التي تم تجربتها، (4) إذا كانت هناك موانع، قم بإدراج سبب محدد لماذا يتم موانع الدواء (الأدوية) المفضلة/دواء (أدوية) أخرى مدرجة في القائمة

☐ **غير ذلك (شرح أدناه)**

Medicare هي منظمة CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan Advantage ذات عقد 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) مجانًا، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على **www.caloptima.org/OneCare**.

المرفقات:

- إدراج إشعار التوفر
- وإشعار عدم التمييز