



طلب إعادة إصدار قرار بخصوص رفض دواء مقرر بوصفة طبية من خلال برنامج Medicare

لأننا نحن، CalOptima Health OneCare Flex Plus، a Medicare-Medi-Cal Plan CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP)، قمنا برفض طلبك بتغطية (الدفع مقابل) دواء مقرر بوصفة طبية، يحق لك أن تطلب منّا إعادة إصدار قرار (استئناف) لقرارنا. لديك 65 يوم من تاريخ إشعار رفض تغطية دواء الوصفة الطبية من خلال Medicare لكي تطلب منّا إعادة إصدار قرار. يمكن إرسال هذا النموذج إلينا بواسطة البريد أو الفاكس:

العنوان: **CalOptima Health OneCare Flex Plus
Pharmacy Management Appeals
505 City Parkway West
Orange, CA 92868**

رقم الفاكس: **1-858-357-2588**

يمكنك أيضًا أن تطلب منّا استئنافًا من خلال موقعنا الإلكتروني على www.caloptima.org/onecare.

يمكن إجراء طلبات الاستئناف العاجلة عبر الهاتف على الرقم **1-877-412-2734** رقم الهاتف النصي (TTY 711).

من يمكنه تقديم طلب: المسؤول عن وصف الأدوية الخاص بك يمكنه أن يطلب منّا استئنافًا بالنيابة عنك. وأما إذا أردت أن يقوم شخص آخر (كأحد أفراد الأسرة أو صديق) بطلب استئناف لك، 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 _____ الرمز البريدي _____

الهاتف _____

رقم بطاقة تعريف المُسجِّل _____

قم بتعبئة القسم التالي فقط إذا كان الشخص الذي يقوم بتقديم هذا الطلب ليس هو المُسجِّل:

اسم مقدم الطلب _____

صلة مُقدم الطلب بالمُسجِّل _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

الهاتف _____

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

قم بإرفاق وثائق تثبت صلاحيتك لتمثيل المُسجِّل (نموذج تصريح التمثيل CMS-1696 مكتمل أو نموذج كتابي يعادله) إذا لم تكن هذه الوثائق قد قُدمت سابقاً لمستويات إصدار قرار التغطية في القرار. للمزيد من المعلومات بخصوص تعيين ممثل، اتصل بخطتك أو على الرقم 1-800-Medicare.

الدواء المقرر بوصفة طبية الذي تطلبه:

اسم الدواء: _____ التركيز/الكمية/الجرعة: _____

هل قمت بشراء الدواء بانتظار الاستثناء؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم":

تاريخ الشراء: _____ المبلغ المدفوع: \$ _____ (إرفاق نسخة من الإيصال)

اسم ورقم هاتف الصيدلية: _____

معلومات حول المسؤول عن وصف الأدوية

الاسم _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

هاتف المكتب _____ الفاكس _____

الشخص المسؤول عن الاتصال بالمكتب _____

ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت أنت أو من يصف لك الدواء يعتقد بأن الانتظار لمدة 7 أيام لقرار عادي يمكن أن يتسبب بضرر خطير على حياتك أو صحتك أو على قدرتك على استعادة الوظائف القسوى، فيمكنك طلب قرار عاجل (مستعجل). إذا أشار من يصف لك الدواء بأن الانتظار لمدة 7 أيام يمكن أن يتسبب بضرر خطير على صحتك، فسوف نقوم تلقائياً بإعطائك قراراً خلال 72 ساعة. إذا لم تحصل على دعم من يصف لك الدواء للحصول على استئناف مستعجل، فسوف نقرر فيما إذا كانت حالتك تتطلب قراراً مستعجلاً. لا يمكنك طلب استئناف مستعجل إذا كنت تطلب منّا أن ندفع لك مقابل دواء حصلت عليه أصلاً.

ضع إشارة في هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك تحتاج قراراً خلال 72 ساعة (إذا كان لديك بيان دعم من المسؤول عن وصف الأدوية، فقم بإرفاق البيان بهذا الطلب).

يرجى شرح أسبابك لتقديم الاستئناف. قم بإرفاق صفحات إضافية، إذا كان ذلك ضرورياً. قم بإرفاق أي معلومات إضافية تتعلق بحالتك، مثل بيان من المسؤول عن وصف الأدوية والسجلات الطبية ذات الصلة. قد ترغب في الرجوع إلى التوضيح الذي قمنا بتزويده في إشعار رفض Medicare لتغطية الدواء المقرر بوصفه طبية والطلب من المسؤول عن وصف الأدوية تناول معايير التغطية الخاصة بالخطة، إذا توفرت، كما هو منصوص عليه في خطاب رفض الخطة أو في وثائق الخطة الأخرى. ستكون هناك حاجة إلى تدخلات من المسؤول عن وصف الأدوية لشرح سبب عدم استيفاء معايير التغطية الخاصة بالخطة و/أو سبب عدم ملاءمة الأدوية المطلوبة في الخطة لك من الناحية الطبية.

توقيع الشخص الذي يقوم بتقديم طلب الاستئناف (المسجل أو الممثل):

التاريخ: _____

Medicare 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.

المرفقات:

- إشعار التوفر وإشعار عدم التمييز