



درخواست برای تجدیدنظر در زمینه رد درخواست داروی تجویزی Medicare

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan درخواست شما برای پوشش (یا پرداخت هزینه) برای این مورد را رد کرده است. شما این حق را دارید که از ما برای تجدیدنظر (استیناف) در زمینه تصمیم ارائه شده درخواست نمایید. از این فرم برای ارائه درخواست تجدیدنظر در مورد این تصمیم استفاده کنید.

- شما می توانید ظرف 65 روز از تاریخ نامه رد درخواست پوشش داروی تجویزی Medicare درخواست تجدیدنظر را ارائه کنید.
- شما همچنین می توانید از طریق وب سایت ما درخواست تجدیدنظر ارسال کنید www.caloptima.org/onecare.
- درخواست های تجدیدنظر سریع را می توان از طریق تلفن با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) ارسال کرد.

تجویز کننده داروی شما می تواند از طرف شما درخواست تجدیدنظر کند. اگر می خواهید شخص دیگری (مثلاً یکی از بستگان یا دوستان) از طرف شما درخواست تجدیدنظر را ارائه کند، آن شخص باید نماینده رسمی شما باشد. با ما با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید تا در مورد چگونگی نحوه تعیین نماینده اطلاعات لازم را دریافت نمایید.

اطلاعات ثبت نام کننده در طرح

نام ثبت نام کننده: _____
شماره شماره عضویت: _____ تاریخ تولد (سال/روز/ماه): _____
آدرس پستی: _____
شهر، ایالت، کد پستی: _____
تلفن: _____

اطلاعات داروی تجویزی و تجویز کننده نسخه

نام دارویی که درخواست کردید: _____
قدرت دارو / مقدار / دوز: _____
نام تجویز کننده: _____
آدرس دفتر: _____
شهر، ایالت، کد پستی: _____
تلفن دفتر: _____ فکس دفتر: _____
مسئول تماس دفتر: _____

آیا در حال حاضر این دارو را خریداری کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است:

تاریخ خرید: _____ مبلغ پرداختی: _____ (کپی رسید را پیوست کنید)

نام داروخانه: _____

شماره تلفن داروخانه: _____

آیا به یک تصمیم گیری فوری (سریع) نیاز دارید؟

اگر فکر می‌کنید در عرض 72 ساعت نیاز به نتیجه تصمیم گیری دارید، این کادر را علامت بزنید. اگر مدارک توضیحات پشتیبانی از طرف تجویز کننده خود دارید، □ را به این درخواست پیوست کنید.

- اگر شما یا تجویز کننده شما معتقد هستید که انتظار 7 روزه برای یک تصمیم گیری استاندارد می‌تواند به زندگی، سلامت یا توانایی شما برای بازیابی حداکثر عملکرد آسیب جدی وارد کند، می‌توانید درخواست یک تصمیم گیری سریع (فوری) کنید.
- اگر تجویز کننده شما نشان □ دهد که انتظار 7 روزه می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی وارد کند، ما به طور خودکار در عرض 72 ساعت نتیجه تصمیم گیری خود را به شما ارائه می‌دهیم. اگر از ما می‌خواهید که هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده اید را بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدید نظر فوری کنید.
- اگر پشتیبانی تجویز کننده خود را برای درخواست سریع دریافت نکردید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا پرونده شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع دارد یا خیر.

توضیح دهید که چرا فکر می‌کنید این دارو باید تحت پوشش قرار گیرد

- هر گونه اطلاعات اضافی که فکر می‌کنید ممکن است به پرونده شما کمک کند، مانند بیانیه پشتیبانی تجویز کننده یا سوابق پزشکی خود را پیوست کنید.
- یک کپی از نامه تصمیم رد پوشش داروی تجویزی Medicare را ضمیمه کنید
- برای توضیح داد □ اینکه چرا قادر به رعایت معیار طرح نیستید و/یا چرا دارو مورد نیاز طرح از نظر پزشکی برای شما مناسب نیستند، به نظر تجویز کننده شما نیاز خواهد بود.
- سایر اطلاعاتی که باید در نظر بگیریم:

اطلاعات نماینده

این بخش را فقط در صورتی تکمیل کنید که شخصی که این درخواست را ارائه می‌دهد، ثبت نام کننده یا تجویز کننده داروی ثبت نام کننده نباشد. اگر در سطح تعیین پوشش یا سطح بازنگری ارائه نشده باشد، باید اسنادی را ضمیمه کنید که صلاحیت شما را برای نمایندگی فرد ثبت نام کننده (مانند فرم تکمیل شده CMS-1696 یا معادل کتبی □) نشان □ دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تعیین نماینده، با ما با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید.

نام نماینده:

نسبت با عضو:

خیابان □:

شهر، ایالت، کد پستی:

تلفن:

این فرم را امضا کرده و ارسال کنید

امضای فرد ارائه کننده اعتراض (فرد ثبت نام کننده، یا تجویز کننده دارو یا نماینده):

امضا:

تاریخ:

فرم تکمیل شده خود و هر گونه اطلاعات پشتیبانی کننده را فکس یا پست کنید:

شماره فکس:

1-858-357-2588

آدرس:

CalOptima Health OneCare Flex Plus

Pharmacy Management Appeals

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

تحت Medicare Advantage □ یک سازمان، CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با خدمات مشتری □ CalOptima Health OneCare به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما مراجعه کنید www.caloptima.org/OneCare.

ضمیمه ها:

- اعلامیه عدم تبعیض و اطلاعیه دسترسی