



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

لأننا نحن، OneCare (HMO D-SNP), a Medicare-Medi-Cal Plan، قمنا برفض طلبك بتغطية (الدفع مقابل) دواء مقرر بوصفة طبية، يحق لك أن تطلب منّا إعادة إصدار قرار (استئناف) لقرارنا. لديك 60 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:

رقم الفاكس:  
1-858-357-2588

العنوان:  
OneCare  
Pharmacy Management Appeals  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

يمكنك أيضًا أن تطلب منّا استئنافًا من خلال موقعنا الإلكتروني على [www.caloptima.org/onecare](http://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 المُسجّل

اسم المُسجّل \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

عنوان المُسجّل \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

رقم بطاقة تعريف المُسجّل \_\_\_\_\_

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

اسم مقدم الطلب \_\_\_\_\_

صلة مُقدم الطلب بالمُسجّل \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

الهاتف \_\_\_\_\_

## وثائق التمثيل لطلبات الاستئناف التي يقدمها شخص غير المُسجّل أو المسؤول عن وصف الأدوية للمُسجّل:

قم بإرفاق وثائق تثبت صلاحيتك لتمثيل المُسجّل (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 الاستئناف؟  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 منا 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 المتعاقد مع OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan هي إحدى منظمات Medicare Advantage المتعاقد مع Medicare. يعتمد التسجيل في OneCare على تجديد العقد. تمثل OneCare Connect لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 رقم الهاتف النصي (TTY 711)، على مدار اليوم وطوال أيام الأسبوع.

المرفقات:

- ملحق إشعار عدم التمييز
- ملحق متعدد اللغات