

Health Net Cal MediConnect Plan  
(Medicare-Medicaid Plan)



طلب تحديد مدى تغطية دواء في وصفة طبية من Medicare

يمكن إرسال هذا النموذج إلينا عن طريق البريد أو الفاكس:

العنوان: رقم الفاكس:  
Medicare Pharmacy Prior 1-877-941-0480  
Authorization Department  
P.O. Box 31397  
Tampa, FL 33631-3397

يمكنك أيضًا مطالبتنا بتحديد مدى التغطية عبر الهاتف على الرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County) أو 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) أو عن طريق موقعنا الإلكتروني [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). ساعات عمل قسم خدمات الأعضاء من يوم الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل، وفي عطلات نهاية الأسبوع، وفي أيام الأعياد. وسنعاود الاتصال بك في يوم العمل التالي.

**من يجوز له تقديم طلب:** قد يطلب طبيبك تحديد مدى التغطية بالنيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقوم فرد آخر (مثل أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء) بتقديم الطلب بالنيابة عنك، فيجب أن يكون هذا الشخص وكيلًا عنك. اتصل بنا لمعرفة كيفية تعيين وكيل عنك.

معلومات المُسجِّل

اسم المُسجِّل	تاريخ الميلاد
عنوان المُسجِّل	
المدينة	الولاية
الهاتف	الرمز البريدي
	رقم هوية العضو المُسجِّل

أكمل القسم التالي فقط إذا كان الشخص الذي يقدم هذا الطلب ليس المُسجِّل أو الطبيب:

اسم المتقدم بالطلب	
علاقة المتقدم بالطلب بالمُسجِّل	
العنوان	
المدينة	الولاية
الهاتف	الرمز البريدي

**مستندات الوكالة للطلبات المقدمة من شخص آخر غير المُسجّل أو طبيب المُسجّل:**

أرفق المستندات التي توضح سلطة تمثيل المُسجّل (نموذج تفويض مكتمل بتمثيل المشترك CMS-1696 أو إقرار مكتوب يفيد ذلك).  
لمزيد من المعلومات حول كيفية تعيين ممثل لك، يُرجى الاتصال بخطتك أو الاتصال على الرقم  
1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)، متوفر على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

اسم الدواء الذي لا يُصرف إلا بوصفة طبية الذي تطلبه (إذا كان معروفًا، فأدرج القوة والكمية المطلوبة شهريًا):

**نوع طلب تحديد مدى التغطية**

- أحتاج إلى دواء غير موجود في قائمة خطة الأدوية المشمولة بالتغطية (استثناء الوصفات الطبية).\*
  - أستخدم دواءً أدرج سابقًا في قائمة الأدوية المشمولة بتغطية الخطة، ولكن تمت إزالته أو حذفه من هذه القائمة خلال سنة الخطة (استثناء الوصفات الطبية).\*
  - أطلب الحصول على إذن مسبق للدواء الذي وصفه لي طبيبي المعالج.\*
  - أطلب استثناءً من شرط تجربة دواء آخر قبل الحصول على الدواء الذي وصفه لي طبيبي المعالج (استثناء الوصفات الطبية).\*
  - أطلب استثناءً من حد الخطة فيما يتعلق بعدد الحبوب (حد الكمية) التي يمكنني استلامها حتى أحصل على عدد الحبوب التي وصفها لها طبيبي (استثناء الوصفات الطبية).\*
  - خطة أدويتي تفرض عليّ رسوم مشاركة في الدفع للدواء الذي وصفه لي طبيبي أعلى من الرسوم التي تفرضها لدواء آخر يعالج حالتي، وأريد دفع رسوم المشاركة في الدفع الأقل (استثناء الفئات).\*
  - أستخدم دواءً أدرج سابقًا في فئة مشاركة في الدفع أقل، ولكن يجري نقله أو نُقل بالفعل إلى فئة مشاركة في الدفع أعلى (استثناء الفئات).\*
  - خطة أدويتي فرضت عليّ لأحد الأدوية رسوم مشاركة في الدفع أعلى مما ينبغي.
  - أريد استرداد المبالغ المالية لدواء لا يُصرف إلا بوصفة طبية دفعت ثمنه من جيبتي الخاص.
- \*ملاحظة: إذا كنت تطلب استثناءً للوصفات الطبية أو الفئات، فيجب على طبيبك تقديم بيان لدعم طلبك. قد تستلزم الطلبات التي تتطلب إذنًا مسبقًا (أو أي متطلبات إدارية أخرى خاصة باستخدام الأدوية)، معلومات داعمة. بإمكان طبيبك استخدام "المعلومات الداعمة الخاصة بطلب استثناء أو إذن مسبق" المرفقة لدعم طلبك.

معلومات إضافية يجب أخذها بعين الاعتبار (إرفاق أي مستندات داعمة):

---

---

---

---

### ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيبك أن الانتظار لمدة 72 ساعة للحصول على قرار بالشكل المعتاد قد يشكل ضررًا بالغًا على حياتك أو صحتك أو قدرتك على استعادة كامل وظائف جسمك، فيمكنك طلب قرار عاجل (سريع). إذا أشار طبيبك إلى أن الانتظار لمدة 72 ساعة قد يشكل ضررًا بالغًا على صحتك، فسنمنحك قرارًا تلقائيًا خلال 24 ساعة. إذا لم تحصل على دعم طبيبك بخصوص الطلب العاجل، فسنتقرر ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا أم لا. لا يمكنك إرسال طلب عاجل لتحديد مدى التغطية إذا كنت تطلب منا رد ثمن دواء استلمته بالفعل.

حدد هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى قرار خلال 24 ساعة (إذا كان لديك بيان داعم من طبيبك، فأرفقه بهذا الطلب).

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

### المعلومات الداعمة الخاصة بطلب استثناء أو إذن مسبق

لا يمكن معالجة طلبات استثناء الوصفات الطبية أو الفئات بدون بيان داعم من الطبيب. قد تتطلب طلبات الإذن المسبق معلومات داعمة.

طلب لإجراء مراجعة عاجلة: من خلال تحديد هذا المربع والتوقيع أدناه، أقر بأن تطبيق الإطار الزمني للمراجعة القياسي البالغ 72 ساعة قد يعرض حياة أو صحة المسجل أو قدرته على استعادة كامل وظائف جسمه للخطر بصورة بالغة.

بيانات الطبيب	
الاسم	
العنوان	
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	
هاتف المكتب	الفاكس
توقيع الطبيب	التاريخ

### التشخيص والمعلومات الطبية

الأدوية:	القوة وطريقة إعطاء الدواء:	التكرار:
تاريخ البدء:	المدة المتوقعة للعلاج:	الكمية لمدة 30 يومًا:
<input type="checkbox"/> بداية جديدة	الحساسية تجاه الأدوية:	
الطول/الوزن:	التشخيص - يرجى إدراج جميع التشخيصات التي تُعالج بالدواء المطلوب والأكواد المقابلة ICD-10. (إذا كانت الحالة التي تُعالج بالدواء المطلوب عبارة عن عرض مثل فقدان الشهية، أو فقدان الوزن، أو ضيق في التنفس، أو ألم في الصدر، أو غثيان وما إلى ذلك، فيرجى تقديم التشخيص المُسبب للعرض (الأعراض) إذا كان معلومًا)	
تشخيصات أخرى ذات صلة:	كود (أكواد) ICD-10	

**سجل الدواء: (لعلاج الحالة (الحالات) التي تحتاج الدواء المطلوب)**

نتائج تجارب الدواء السابقة الفشل مقابل عدم التحمل (وضّح)	تواريخ تجارب الدواء	الدواء المُجرَّب (إذا كانت هناك مشكلة في حد الكمية، فأدرج وحدة الجرعة/إجمالي الجرعات اليومية المُجرَّبة)

ما النظام الدوائي الحالي للمُسجِّل في الحالة (الحالات) التي تحتاج الدواء المطلوب؟

**سلامة الدواء**

هل هناك أي موانع استعمال سجلتها إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للدواء المطلوب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل هناك أي مخاوف بخصوص تفاعل الدواء عند إضافة الدواء المطلوب إلى النظام الدوائي الحالي للمُسجِّل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة هي نعم على كلا السؤالين المذكورين أعلاه، فيرجى (1) توضيح المشكلة، و(2) مناقشة الفوائد مقابل المخاطر المُحتملة بالرغم من المخاوف الملحوظة، و(3) وضع خطة مراقبة لضمان السلامة

**التعامل مع المخاطر المرتفعة للدواء لدى كبار السن**

إذا تخطى عمر المُسجِّل 65 عامًا، فهل تعتقد أن فوائد العلاج بالدواء المطلوب تُفوق المخاطر المُحتملة للمرضى كبار السن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<b>المواد الأفيونية – (يرجى إكمال الأسئلة الآتية إذا كان الدواء المطلوب عبارة عن مادة أفيونية)</b>

ما جرعة معادلة المورفين (MED) المتراكم يوميًا؟ ملغ/اليوم <input type="text"/>
--

هل لديك علم بأطباء آخرين يصفون المواد الأفيونية كعلاج لهذا المُسجِّل؟ إن كنت كذلك، فيرجى التوضيح. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

هل هناك ضرورة طبية لجرعة معادلة المورفين اليومية المُصرَّح بها؟ هل سيكون الإجمالي الأقل لجرعة معادلة المورفين اليومية كافيًا للسيطرة على الألم الذي يعاني منه المُسجِّل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
--

□ دواء (أدوية) بديل ممنوع استعماله أو سبق تجربته، ولكن بسبب ظهور نتائج عكسية، على سبيل المثال تسمم، أو حساسية، أو فشل علاجي يُرجى التحديد أدناه إذا لم يُذكر ذلك مُسبقاً في قسم سجل الدواء في النموذج: (1) الدواء (الأدوية) المُجرَّب ونتائج تجربة (تجارب) الدواء (2) إذا كانت النتيجة عكسية، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتيجة العكسية لكل منها، (3) إذا كان هناك فشل علاجي، فأدرج الحد الأقصى للجرعة ومدة العلاج للدواء (الأدوية) المُجرَّب، (4) إذا كان هناك مانع (موانع) للاستعمال، فيُرجى إدراج سبب مُحدّد لمنع استعمال الدواء (الأدوية) المُفضَّل/دواء (أدوية) آخر موصوف

□ يستخدم المريض الدواء (الأدوية) الحالي بشكل ثابت؛ ويزيد الخطر عند تغيير الدواء لاحتمال حدوث نتائج سريرية عكسية يُرجى تقديم تفسير مُحدّد لأي نتائج سريرية عكسية خطيرة متوقعة ولماذا من المتوقع حدوث نتائج سريرية عكسية خطيرة – على سبيل المثال كان من الصعب السيطرة على الحالة (أدوية كثيرة تجري تجربتها، وتلزم أدوية متعددة للسيطرة على الحالة)، ظهر على المريض نتيجة عكسية خطيرة عندما فشلت السيطرة على الحالة سابقاً (على سبيل المثال دخول المستشفى أو زيارات طبية ضرورية متكررة، ونوبة قلبية، وسكتة دماغية، وإغماء، وقصور شديد في الحالة الوظيفية، والألم غير المُبرَّر والمعاناة)، إلخ.

□ حاجة طبية إلى نمط مختلف من الجرعة و/أو جرعة أعلى يُرجى التحديد أدناه: (1) نمط (أنماط) الجرعة و/أو الجرعة (الجرعات) المُجرَّبة ونتيجة تجربة (تجارب) الدواء؛ (2) وصَحَّح السبب الطبي؛ (3) اذكر سبب عدم اعتبار تكرار جرعة منخفضة ذات قوة أعلى كاختيار – إن وُجدت قوة أعلى

□ طلب استثناء الوصفات الطبية أو الفئات يُرجى التحديد أدناه إذا لم يُذكر ذلك مُسبقاً في قسم سجل الدواء في النموذج: (1) دواء (أدوية) الوصفات الطبية أو الدواء المُفضَّل المُجرَّب ونتائج تجربة (تجارب) الدواء، (2) إذا كانت النتيجة عكسية، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتيجة العكسية لكل منها، (3) إذا كان هناك فشل علاجي/نتيجة ليست فعالة كالدواء المطلوب، فأدرج الحد الأقصى للجرعة ومدة العلاج لتجربة الدواء (الأدوية)، (4) إذا كان هناك مانع (موانع) للاستعمال، فيُرجى إدراج سبب مُحدّد لمنع استعمال الدواء (الأدوية) المُفضَّل/دواء (أدوية) آخر موصوف

□ أخرى (يُرجى الشرح أدناه)

الشرح المطلوب

---



---



---



---



---