



## طلب إعادة النظر في رفض الأدوية الموصوفة من Medicare

نظرًا لرفضنا، كممثلين لخطة (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)، طلبك لتغطية (أو دفع مُقابل) دواء موصوف، لديك الحق في توجيه طلب لنا لإعادة النظر في قرارنا (تقديم استئناف). أمامك 60 يومًا من تاريخ هذا الإخطار برفض Medicare تغطية الدواء الموصوف لتقديم طلب لنا لإعادة النظر في القرار. يمكن إرسال هذا النموذج إلينا عن طريق البريد أو الفاكس:

العنوان:	رقم الفاكس:
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Attention: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383	1-866-383-1766

يمكنك أيضًا طلب تقديم استئناف من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) يمكن التقدم بطلبات استئناف عاجلة من خلال الاتصال هاتفياً على الرقم (Los Angeles County) 1-855-464-3571 or (San Diego County) 1-855-464-3572 (TTY: 711). ساعات العمل من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً 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 منا التقدم باستئناف بالنيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقوم فرد آخر (مثل أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء) بتقديم استئناف بالنيابة عنك، يجب أن يكون هذا الشخص وكيلًا عنك. اتصل بنا لمعرفة كيفية تعيين وكيل عنك.

## معلومات المُسجِّل

اسم المُسجِّل \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

عنوان المُسجِّل \_\_\_\_\_

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

هاتف \_\_\_\_\_

رقم مُعرف عضوية المُسجِّل \_\_\_\_\_

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

اسم المتقدم بالطلب \_\_\_\_\_

علاقة المتقدم بالطلب بالمُسجِّل \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

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

هاتف \_\_\_\_\_

### مستندات الوكالة للطلبات المقدمة من شخص آخر غير المُسجِّل أو طبيب المُسجِّل:

أرفق المستندات التي توضح سلطة تمثيل المُسجِّل (نموذج تفويض مكتمل بتمثيل المُسجِّل CMS-1696 أو إقرار مكتوب يفيد ذلك) إذا لم يكن قد تم إرسالها أثناء تحديد مستوى التغطية. لمزيد من المعلومات حول كيفية تعيين وكيلك عنك، يُرجى الاتصال بخطتك أو 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

### الأدوية الموصوفة التي تطلبها:

اسم الدواء: \_\_\_\_\_ القوة/الكمية/الجُرعة: \_\_\_\_\_

هل اشتريت الدواء أثناء انتظار الاستئناف؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم":

تاريخ الشراء: \_\_\_\_\_ المبلغ المدفوع: \$ \_\_\_\_\_ (أرفق نسخة من الإيصال)

اسم الصيدلية ورقم هاتفها: \_\_\_\_\_

## معلومات الطبيب

الاسم

العنوان

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

هاتف العيادة \_\_\_\_\_ الفاكس \_\_\_\_\_

جهة الاتصال بالعيادة

## ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيبك أن الانتظار لمدة 7 أيام 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 7 أيام قد يشكل ضررًا بالغًا على صحتك، فسوف نمحك قرارًا تلقائيًا خلال 72 ساعة. إذا لم تحصل على دعم طبيبك بخصوص استئنافك العاجل، فسوف نقرر ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا أم لا. لا يمكنك طلب استئناف عاجل إذا كنت تطلب منا دفع ثمن الدواء الذي حصلت عليه بالفعل.

حدد هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى قرار خلال 72 ساعة (إذا كان لديك بيان داعم من طبيبك، فأرفقه بهذا الطلب).

يرجى توضيح أسباب التقدم باستئناف. أرفق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر. أرفق أي معلومات إضافية تعتقد أنها قد تساعد في حالتك، مثل بيان من طبيبك والسجلات الطبية ذات الصلة. قد ترغب في مراجعة الشرح الذي قدمناه في إشعار رفض Medicare لتغطية الدواء الموصوف واطلب من طبيبك مراجعة معايير تغطية الخطة، إن أمكن، كما هو موضح في خطاب رفض الخطة أو مستندات الخطة الأخرى. سيلزم تقديم آراء من طبيبك لشرح سبب عدم قدرتك على استيفاء معايير تغطية الخطة و/أو السبب في أن الأدوية التي تتطلبها الخطة ليست مناسبة لك من الناحية الطبية.

توقيع طالب الاستئناف (المُسَجَّل أو الممثل عنه):

التاريخ: