



درخواست برای تجدید نظر در عدم ارائه داروی نسخه دار Medicare

چون ، OneCare (HMO D-SNP)، یک Medicare-Medi-Cal Plan درخواست شما را برای پوشش (یا پرداخت هزینه) یک داروی نسخه دار رد کرده است، شما حق دارید که از ما برای تجدید نظر (استیناف) تصمیم ما درخواست نمایید. شما 60 روز از تاریخ اعلامیه عدم ارائه پوشش داروی نسخه دار فرصت دارید تا برای تجدید نظر درخواست نمایید. این فرم را می توان توسط پست یا نمابر ارسال نمود:

شماره نمابر:
1-858-357-2588

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

می توانید از طریق وب سایت ما به آدرس www.caloptima.org/onecare برای استیناف از ما درخواست نمایید.

درخواست های استیناف تسریع شده را می توان توسط تلفن به شماره (TTY 711) **1-877-412-2734** تسلیم نمود.

چه شخصی می تواند درخواست کند: تجویز کننده شما می تواند از سوی شما برای استیناف از ما درخواست کند. اگر می خواهید که شخص دیگری (از قبیل یک عضو خانواده یا دوست) برای شما درخواست استیناف کند، آن شخص باید نماینده شما باشد. برای اطلاع از نحوه انتصاب نماینده با ما تماس بگیرید.

اطلاعات ثبت نام کننده:

نام ثبت نام کننده _____ تاریخ تولد _____

نشانی ثبت نام کننده _____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

تلفن _____

شماره شناسه عضویت ثبت نام کننده _____

بخش زیر را تنها در صورتی پر کنید که شخصی که درخواست می کند ثبت نام کننده نمی باشد.

نام درخواست کننده _____

وابستگی درخواست کننده به ثبت نام کننده _____

نشانی _____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

تلفن _____

مدارک نمایندگی برای درخواست های استیناف تسلیم شده توسط شخص دیگری به غیر از ثبت نام کننده یا تجویز کننده ثبت نام کننده:

مدارکی را الصاق نمایید که اجازه نمایندگی از ثبت نام کننده را نشان می دهند (فرم پر شده اجازه نمایندگی CMS-1696 یا مدرک کتبی مشابه) در صورتیکه در مرحله تصمیم گیری در مورد پوشش تسلیم نشده باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتصاب نماینده، با برنامه درمانی خود یا 1-800-Medicare تماس بگیرید.

داروی نسخه داری که درخواست می کنید:

نام دارو: _____ قدرت/تعداد/دوز: _____

آیا داروی در انتظار استیناف را خریداری کرده اید؟ بله خیر

اگر "بله":

تاریخ خرید: _____ مبلغ پرداخت شده: \$ _____ (رونوشت رسید را الصاق کنید)

نام و شماره تلفن داروخانه: _____

اطلاعات تجویز کننده:

نام _____

نشانی _____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی _____

تلفن دفتر _____ نمابر _____

طرف تماس در دفتر _____

تذکر مهم: تصمیمات تسریع شده

اگر شما یا تجویز کننده شما عقیده دارید که انتظار 7 روز برای تصمیم متعارف ممکن است به جان، سلامتی یا توانایی بازیافت حداکثر عملکرد بدنی شما به طور جدی لطمه وارد کند، می توانید برای تصمیم تسریع شده (سریع) درخواست نمایید. اگر تجویز کننده شما متذکر شود که انتظار 7 روز می تواند به سلامتی شما به طور جدی لطمه وارد کند، ما تصمیم خود را به طور خودکار در ظرف 72 ساعت به شما اعلام می کنیم. اگر حمایت تجویز کننده خود را برای استیناف تسریع شده دریافت نکنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا مورد شما به تصمیم سریع نیاز دارد. اگر برای بازپردخت هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده اید درخواست می کنید، نمی توانید برای تصمیم تسریع شده درخواست نمایید.

اگر عقیده دارید که به یک تصمیم در ظرف 72 ساعت نیاز دارید، این مربع را علامت بزنید (اگر اظهاریه حمایت کننده از تجویز کننده خود دارید، آنرا به این درخواست الصاق کنید).

لطفاً دلایل خود را برای استیناف توضیح بدهید. در صورت لزوم، صفحات اضافی را الصاق کنید. هرگونه اطلاعات اضافی را که تصور می کنید ممکن است به مورد شما کمک کند الصاق کنید، از قبیل اظهاریه از سوی تجویز کننده شما و پرونده های پزشکی مربوطه. ممکن است مایل باشید به توضیحاتی که در اطلاعیه عدم ارائه پوشش داروی نسخه دار Medicare ارائه کرده ایم مراجعه کنید و از تجویز کننده خود بخواهید که معیارهای پوشش برنامه درمانی را در صورتیکه موجود باشد، همانطور که در نامه عدم ارائه برنامه درمانی یا سایر اسناد برنامه درمانی ذکر شده است، بررسی کند. برای توضیح اینکه چرا نمی توانید معیارهای پوشش برنامه درمانی را برآورده کنید و/یا چرا داروهای مورد نیاز برنامه درمانی از نظر پزشکی برای شما مناسب نیستند، به اطلاعاتی از سوی تجویز کننده شما نیاز است.

امضای شخصی که برای استیناف درخواست می کند (ثبت نام کننده یا نماینده)

تاریخ: _____

پیوست ها:

- لاورقی اعلامیه عدم تبعیض
- لاورقی چند زبانه