

طلب تحديد تغطية أدوية الوصفات الطبية من MEDICARE

يمكن إرسال هذا النموذج إلينا عبر البريد أو الفاكس:

العنوان: OneCare Connect Customer Service
 505 City Parkway West
 Orange, CA 92868
رقم الفاكس: 1-858-357-2556

يمكنك أيضاً أن تطلب منا تحديد تغطية عن طريق الهاتف على **1-855-705-8823** أو من خلال موقعنا على www.caloptima.org/onecareconnect.

من الذي قد يقدم طلباً: قد يطلب منا واصف أدويتك تحديد التغطية نيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقوم شخص آخر (مثل أحد أفراد العائلة أو صديق) بتقديم طلب لك، فيجب أن يكون هذا الشخص ممثلك. اتصل بنا لمعرفة كيفية تسمية ممثل.

معلومات المُسجِّل

تاريخ الميلاد	اسم المُسجِّل	
عنوان المُسجِّل		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم تعريف المُسجِّل		الهاتف

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

اسم مقدم الطلب		
علاقة مقدم الطلب بالمُسجِّل		
العنوان		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم تعريف المُسجِّل		الهاتف

وثائق التمثيل للطلبات المقدمة من شخص آخر بخلاف المُسجِّل أو واصف المُسجِّل:

أرفق الوثائق التي تظهر صلاحية تمثيل المُسجِّل (نموذج تفويض التمثيل الكامل CMS-1696 أو ما يعادله كتابياً). لمزيد من المعلومات حول تعيين ممثل، اتصل بخطتك أو **1-800-Medicare**.

اسم الدواء الذي تطلبه (إذا كان معروفاً، يُرجى ذكر القوة والكمية المطلوبة شهرياً):

نوع طلب تحديد التغطية

- أحتاج إلى دواء غير مدرج على قائمة الأدوية المغطاة من الخطة (استثناء كتيب الوصفات). *
- لقد كنت أستخدم دواءً تم تضمينه مسبقاً في قائمة الأدوية المغطاة في الخطة، ولكن ستم إزالته أو تمت إزالته من هذه القائمة خلال سنة الخطة (استثناء كتيب الوصفات). *
- أطلب تصريحاً مسبقاً للدواء الذي وصفه لي الوصف. *
- أطلب استثناءً لشرط أن أجرب دواءً آخر قبل أن أحصل على الدواء الذي وصفه لي الوصف (استثناء كتيب الوصفات). *
- أطلب استثناءً من حد الخطة على عدد الأقرص (حد الكمية) الذي يمكنني الحصول عليه حتى أتمكن من الحصول على عدد الأقرص الموصوفة من قبل الوصف (استثناء كتيب الوصفات). *
- تكلف خطة الأدوية الخاصة بي دفعات أعلى من مشاركة الدفع للدواء الذي وصفه الوصف مقارنةً بتكلفة دواء آخر يعالج حالتي، وأريد أن أدفع الدفعة الأقل (استثناء الدرجات). *
- لقد كنت أستخدم دواءً تم تضمينه مسبقاً في فئة أقل تكلفة من مشاركة الدفع، ولكن سيتم نقله أو تم نقله إلى مستوى أعلى من مشاركة الدفع (استثناء الدرجات). *
- كلفتني خطتي الدوائية دفعة مشتركة أعلى للدواء عما ينبغي.
- أرغب في الحصول على تعويض عن دواء موصوف مغطى دفعت مقابله من الجيب.

***ملاحظة:** إذا كنت تطلب استثناءً من كتيب الوصفات أو الدرجات، فيجب على الوصف أن يقدم بياناً يدعم طلبك. الطلبات التي تخضع لعملية الترخيص المسبق (أو أي متطلبات أخرى لإدارة الاستخدام)، قد تتطلب معلومات داعمة. قد يستخدم الوصف الخاص بك "المعلومات الداعمة لطلب استثناء أو ترخيص مسبق" المرفقة لدعم طلبك.

معلومات إضافية للإعتبار (أرفق أي مستندات داعمة):

ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت تعتقد أنت أو الوصف الخاص بك أن الانتظار لمدة 72 ساعة لاتخاذ قرار اعتيادي قد يضر بشدة بحياتك أو صحتك أو قدرتك على استعادة الحد الأقصى من الوظائف، فيمكنك طلب قرار عاجل (سريع). إذا أشار الوصف الخاص بك إلى أن الانتظار لمدة 72 ساعة قد يضر بصحتك بشكل خطير، فسنصدر لك قراراً خلال 24 ساعة تلقائياً. إذا لم تحصل على دعم من الوصف الخاص بك لطلب عاجل، فسنقرر ما إذا كانت حالتك تتطلب قراراً عاجلاً. لا يمكنك طلب تحديد تغطية عاجلة إذا كنت تطلب منا أن ندفع لك مقابل دواء قد تلقته بالفعل.

- ضع علامة بهذا المربع إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى قرار في غضون 24 ساعة (إذا كنت قد حصلت على بيان داعم من الوصف الخاص بك، فقم بإرفاقه إلى هذا الطلب).

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

معلومات الدعم لطلب استثناء أو ترخيص مسبق

لا يمكن معالجة طلبات كتيب الوصفات و الاستثناء من الدرجات بدون بيان دعم من الوصف. قد تتطلب طلبات الترخيص المسبق معلومات داعمة.

طلب لمراجعة عاجلة: من خلال وضع علامة بهذا المربع والتوقيع أدناه، أشهد أن تطبيق الإطار الزمني الإعتيادي للمراجعة لمدة 72 ساعة قد يهدد حياة أو صحة المُسجِّل أو قدرة المُسجِّل على استعادة الوظائف القصوى بشكل خطير.

معلومات الوصف		
الاسم		
العنوان		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هاتف المكتب	Fax	
توقيع الوصف	التاريخ	

التشخيص والمعلومات الطبية		
الدواء	القوة وطريقة الإدارة	التكرار
تاريخ البدء <input type="checkbox"/> بداية جديدة	طول المدة المتوقعة للعلاج	الكمية لكل 30 يوم
الطول/ الوزن:	الحساسية للأدوية	
رمز (رموز) ICD-10	التشخيص - يرجى ذكر جميع التشخيصات التي تتم معالجتها بالعقاقير المطلوبة ورموز ICD-10 المقابلة. (إذا كانت الحالة التي يتم علاجها بالدواء المطلوب عبارة عن أعراض مثل فقدان الشهية، فقدان الوزن، ضيق التنفس، ألم في الصدر، الغثيان وما إلى ذلك، قدم التشخيص الذي يسبب الأعراض إذا كان معروفاً).	
رمز (رموز) ICD-10	تشخيصات أخرى ذات صلة:	
تاريخ الأدوية: (لعلاج الحالة (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب)		

نتائج تجارب الأدوية السابقة <u>الفشل</u> مقابل <u>عدم التحمل</u> (اشرح)	تواريخ فترة تجربة الأدوية	الأدوية المجربة (إذا كان الحد من الكمية مشكلة، فقم بإدراج وحدة الجرعة/إجمالي الجرعة اليومية التي تمت تجربتها)

نتائج تجارب الأدوية السابقة الفشل مقابل عدم التحمل (اشرح)	تواريخ فترة تجربة الأدوية	الأدوية المجربة (إذا كان الحد من الكمية مشكلة، فقم بإدراج وحدة الجرعة/إجمالي الجرعة اليومية التي تمت تجربتها)
ما هو نظام الدواء الحالي للمُسجّل للحالة (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب؟		

سلامة الدواء	
هل توجد أي موانع استعمال مشار إليها من FDA للدواء المطلوب؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل هناك أي مخاوف من تفاعل أدوية مع إضافة الدواء المطلوب إلى نظام الدواء الحالي للمُسجّل؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه بنعم، فيرجى (1) توضيح المشكلة، (2) مناقشة الفوائد مقابل المخاطر المحتملة على الرغم من المخاوف المشار إليها، و (3) خطة المراقبة لضمان السلامة.	
إدارة المخاطر العالية للأدوية في المسنين	
إذا تجاوز عمر المُسجّل 65 عاماً، هل تشعر أن فوائد العلاج بالدواء المطلوب تفوق المخاطر المحتملة في هذا المريض المسن؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
المواد الأفيونية (يرجى إكمال الأسئلة التالية إذا كان الدواء المطلوب هو مادة أفيونية)	
ما هي جرعة المورفين المكافئة اليومية (MED)؟	<input type="text"/> /mg يوم
هل أنت على علم بواصفي أفيونيات آخرون لهذا المُسجّل؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كان الأمر كذلك، فيرجى التوضيح.	
هل جرعة MED اليومية المذكورة ضرورية من الناحية الطبية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
هل ستكون جرعة MED يومية مخفضة غير كافية للسيطرة على ألم المُسجّل؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
الأساس المنطقي للطلب	

دواء (أدوية) بديلة ذات موانع استعمال أو تمت تجربتها سابقاً، ولكن بنتيجة سلبية؛ على سبيل المثال: التسمم، الحساسية، أو الفشل العلاجي [حدد أدناه، إن لم يكن قد سبق ذكره في قسم تاريخ العقاقير سابقاً في النموذج: (1) الدواء (الأدوية) تمت تجربته ونتائج تجربة (تجارب) الدواء، (2) إذا كانت النتيجة سلبية، فقم بإدراج الدواء (الأدوية) والنتائج السلبية لكل منهما، (3) إذا كان فشل علاجي، أدرج الجرعة القصوى و مدة العلاج للعقاقير (الأدوية) التي تمت تجربتها، (4) إذا كان موانع (موانع) استخدام، يُرجى ذكر سبب محدد لماذا الدواء (الأدوية) المفضل/دواء كتيب الوصفات الآخر له موانع (موانع) استخدام].

المريض مستقر في الدواء (الأدوية) الحالية؛ ارتفاع خطر حدوث نتائج سريرية سلبية كبيرة مع تغيير دواء يلزم تقديم تفسير محدد لأي نتائج سريرية سلبية كبيرة ملحوظة ولماذا من المتوقع حدوث نتائج سلبية كبيرة — على سبيل المثال كان من الصعب السيطرة على الحالة (تم تجربة العديد من الأدوية، تلزم أدوية متعددة للسيطرة على الحالة)، كان للمريض نتيجة سلبية كبيرة عندما لم يتم التحكم في الحالة سابقاً (مثل دخول المستشفى أو زيارات طبية حادة متكررة، نوبة قلبية، سكتة دماغية، سقوط، قيود كبيرة على الوضع الوظيفي، والألم ومعاناة لا مبرر لها)، إلخ

الحاجة الطبية لشكل جرعة مختلفة و/أو جرعة أعلى [حدد أدناه: (1) شكل (أشكال) الجرعة و/أو كمية الجرعة (الجرعات) المجربة ونتائج تجربة (تجارب) الأدوية؛ (2) اشرح السبب الطبي (3) تضمن سبب كون الجرعات الأقل تكراراً ذات القوة الأعلى ليست خياراً — في حالة وجود قوة أعلى].

طلب استثناء من درجة كتيب الوصفات حدد أدناه إن لم يكن مذكوراً في قسم تاريخ العقاقير سابقاً في النموذج: (1) الدواء (الأدوية) المفضل أو العقاقير (الأدوية) التي تمت تجربتها ونتائج تجربة (تجارب) الأدوية، (2) إذا كانت النتيجة سلبية، فقم بإدراج الدواء (الأدوية) والنتيجة السلبية لكل منهما، (3) إذا كان فشل علاجي / دواء ليس فعالاً كما هو مطلوب، أدرج الجرعة القصوى وطول مدة العلاج للدواء (الأدوية) الذي تمت تجربته، (4) إذا كان موانع (موانع) استخدام، يُرجى ذكر سبب محدد لماذا الدواء (الأدوية) المفضل/دواء كتيب الوصفات الآخر له موانع (موانع) استخدام

غير ذلك (اشرح أدناه)

التفسير المطلوب

إن خطة Medicare Connect Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan) هي خطة صحية متعاقدة مع كل من Medicare و Medi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للمسجلين. تمتثل OneCare Connect لقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. يُرجى الاتصال على رقم قسم خدمة العملاء لدينا على 1-855-705-8823، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TDD/TTY الاتصال على 1-800-735-2929.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 전화해 주십시오.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).