



Health Net®

طلب تحديد مدى تغطيدواء في وصفه طبيين Medicare

يوك إرلها هذا النموذج يبل عن طيق برليد أو الفاكس:

قم الفاكس:
1-800-977-8226

العنق:
Medicare Part D
Prior Authorization Department
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

يفك أيضا مطنلا بتحديد مدى التغطية بو التهل على رقم 3571-464-855-1 (Los Angeles County) عن طيق موقا الإلكتروني www.healthnet.com/calmediconnect ليضعاف السع وطلق الاتصال تهل طلم يكلم (TTY) رقم 711. ساغا الهمن الساع 8:00 صباحتي الساع 8:00 مسامن يوم الإثنين إلى الجمعة بود ساعات الهم وفي عطلات نهاية الأسبوع أيام العطت، يملكترك رسقا ونعاود الاتصاليك في يوم الهم التالي.

من يجوز له تقديم طلب: يطلب طلبك تحديد مدى التغطية بالنيابة نك. إذا كنت تريد أن ي قوم فرد آخر (مثل أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء) تقديم الطلب بالنيابة نك، فيج أن يكو هذا لشخص وكي نك. اتطينا لمعرفة كيفية تعيد وكي عنك.

بيانات المشترك

اسم المشترك	تاريخ الميلاد
عنوان المشترك	
المنطقة	الولاية
التهل	رقم هوية العضو المشترك

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

اسم المنتج بالطلب	
علاقة المنتج بالطلب بالمشلي	
العنوان	
المنطقة	الولاية
التهل	

مستندات الوكالة للطلبات المقدمة من شخص آخر غير المشترك أو طبيب المشترك:

أرفق المستندات التي توضح سلطة تمثيل المشترك (نموذج تفويض مكتمل بتمثيل المشترك CMS-1696 أو إقرار مكتوب يفيد ذلك). لمزيد من المعلومات حول تعيين وكيل، اتصل بخطتك أو برقم 1-800-Medicare.

اسم الدواء الذي لا يصرف إلا بوصفة طبية الذي تطلب إذا رجا معروفا فأرجو إلقاء الكمية المطلوب شهرها):

نوع طلب تحديد مدى التغطية

- أحتاج إلى دواء يوجد في قائمة الخطة الخاصة بالأدوية المشمولة بالتغطية (استثناء الوصفات الطبية). *
- أستخدم دوائهم إدراجهم سابقى قائمة الأدوية المشمولة بتغطية الخطة ولكن تم إنجائهم هذه القامه خلال نفذ الخطة (استثناء الوصفه الطبيه). *
- أطلب الحصول على إذن مبق لدواء ذلى وصفه طبى المعالج *
- أطلب استثناء شرط تجو بدواء آخر قبل الحصول على لدواء الذى وصفه طبى المعالج (استثناء الوصفه الطبيه). *
- أطلب استثناء من حد الخطة فيما يتعلق به الحبوب (لكية) التى يفنى استهلاكه حتى أحصل على عدد الحبو التى وصفهها طبى (استثناء الوصفه الطبيه). *
- رسوم المشاركة دفع لخط أبى لدواء الذى وصفه طبى لى من رسوم وله آخر يعالج حالى وأريد دفع رسوم المشاركة دفع الأقس (استثناء الفئات). *
- أستخدم دوائهم إدراجهم سابقى درج مشاركتى دفع لى ولكى نغلا وتم نقله بالفعل لى درج مشاركتى دفع لى (استثناء الفئات). *
- رسوم المشاركة دفع لخط أبى على لدواء كان يبنى أن يكون ضمن الخطة.
- أريد استرداد المبلغ المالية الخاص بدواء لا ي صرف لى بوصفه طبي دفعتم ثمنه جيبى الخل.
- *ملاحظة: إذا كنت تطلب استثناء للوصفات الطبية أو الفئات، فيجب على طبيبك تقديم بيان لدعم طلبك. قد تستلزم الطلبات التي تتطلب إذا مسبقا (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 يجر لها بعين النظر (إرفاق أي مستندات داعمة):

ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت تتعد نفذ أو طلبك أن الأظار مدة 72 ساعة للحصول على قر بالتيك المعتقد يشكل ضررا بالغالى ختك أو صتك أو فتك لى إعادة كلام وظك جتك، فيملك طلب قر عالج (سبع). إذا أوتد طبيكى لى أن الأظار مدة 72 ساعة يشكل ضرار بالغالى صتك، فستحك قرار تلقائى خلال 24 ساعة لى لم تحصل لى عم جتك بخصوص الطلب العالج فقور ما إذا كانت حالتك تتطلب قرار سرليعلم لا. لا يملك إرلبا طلب عالج لتحديد دوى التغطية إذا كند تطلب منارد ثم دواء استلعت بالوى

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

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

المعلومات الداعمة الخاصة بطلب استثناء أو إذن مسبق

لا يمكن معالجه طلبات استثناء التركيبات أو طلبات استثناء 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		
المنطقة	الولاية	البريد
تلف المكتب	الفاكس	
توقيع الطبيب	التاريخ	

التشخيص والمعلومات الطبية

الأدوية	وَلق وطريقة لطء الدواء:	التكرار:
الوصف الطبي الجيدة أو تاخيدء علاج:	ملءة المتوقع للعلاج:	الكمية:
الطول/الوزن:	الحساسيتجاه الأدوية:	التشخيص:
سبب الطلب		

- دواء (أدوية) بديل ممنوع استعماله أو سبق تجربته، ولكن مع ظهور نتائج عكسية، على سبيل المثال، سمية، أو حدوث حساسية، أو فشل علاجي [يرجى التحديد نأله: (1)أواء (وأية) ممض استعمالاً أو تمّ تجريبه (2) نتيجاً عكسيف للكدواء؛ (3)إذا حت فش علاجي طومدة العلاج الكدواء (أدوية)]
- حالة المريض مستقرة على الدواء (الأدوية) الحالي؛ مخاطر عالية من نتائج سريرية سلبية جسيمة مع تغيير الدواء [يرجى التحديد نأله: نتيجاً سريرية سلبية جسيمة متوقفة]
- حاجة طبية إلى نمط مختلف من الجرعة و/أو جرعة أعلى [يرجى التحديد نأله: (1)ظ (أنطا) الجرعة/أو الجرعة (الجرعاً) المجوة؛ (2) شح العبيد الطبي]
- طلب استثناء وصفات طبية أو فئات [حدد نأله: (1) الوصفا أو الأدوية المفضل الممض استعمالاً أو التي تمّ تجهل فثلت، أو تمّ تجريبه لم تكن فعالة مثل اللو المولب؛ (2)إذا حدثت في علاجي طومدة العلاج لكدواء والنتيجة السلبية التي حدثت؛ (3)إذا لم ينك العلاج فذا بالشيك المتوقفة طومدة العلاج لكدواء والنتيجة]
- أخرى (يرجى الشح أهما)
- الشرح المطلوب

مزايا كلا البرنامجين للمشاركين
Health Net Community Solutions, Inc. خطة رعايا صحية تتفهم كل من برنامجي Medi-Cal و Medicare لتقديم

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).