



Health Net®

درخواست تصمیگی بهره ویش ادوی نسلخ Medicare

زادفرم را می‌تویا با پستیاف کس لی ما بفرستید:

نشانی:

شوره کفن:
1-800-977-8226

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

از طق مشوره 1-855-464-3571 (Los Angeles County) و 1-855-464-3572 (San Diego County) از طق وب‌سلیو ما به نشانی www.healthnet.com/calmediconnect یز می‌تویا درخواست تصمیگی بهره ویش بیصرا ارانه کنی کارینا TY باید با مشوره 711 ملس بگیزاز سلس 8 صیتا هب روزای دوشفتنا جص می‌تویا با شمارهی فوق ت ماس بگیزو بعد از ساغا ادین، در تعطیلا آخر هفته و تعطیلات سوی می‌توا نیی یام بگذازیبه ت ماس مشدر نخستی روز کلی بعد پاسخانه می‌شو

چه کسانی می‌توانند درخواست ارانه کنند: یزک تجویزکنه متواند از طرف مشدر درخواست تصمیگی بهره ویش را ارانه کندگرا خواهی شخص دیگی (لذیکی از بستنگایا سوتان) از طرف مشدر درخواست ارانه کنان شخص باید نفلیه مشدر بشد لی کسه اطلاعاتا بهره تعیی نفلیه با مات ماس بگیریید.

اطلاعات فرد ثبت‌نام کننده

ام رف ثبت‌نام کند		تاریخ تولد	
نشانی رف ثبت‌نام کند			
شهر	ایالت	کد زیپ	
تلف		شماره عضو رف ثبت‌نام کننده	

قسمت زیر را فقط در صورتی پر کنید که فرد ارائه‌دهنده درخواست همان فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده نباشد:

ام رف درخواست‌کننده			
نمبر رف درخواست‌کننده با رف ثبت‌نام کند			
نشانی:			
شهر	ایالت	کد زیپ	
تلف			

اسناد نمایندگی مربوط به درخواست‌های ارانه شده از سوی افرادی غیر از فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده فرد ثبت‌نام کننده: اسناد نشان‌دهنده نمایندگی فرد ثبت‌نام کننده را پیوست کنید (فرم پر شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل مکتوب آن). برای کسب اطلاعات درباره تعیین نماینده، با پلان بیمه خود به شماره 1-800-Medicare تماس بگیریید.

نام داروی نسخه‌ای که خواستار آن هستید (صورت مشخص بون قوتی ملود درخولی بی هر ماه رکوز نیک):

نوع درخواست تعیین پوشش

مان دلری می‌خوم که در فهرست داروهای تحت پوشش پلان بیمه نیته (استلق فهرست دارویی)*.

مان از دلری لغده می‌کم که اقدر فهرست داروهای تحت پوشش پلان بیببود لی طی لیا جلی پلاز این فهرست خاچ شده استیادر حال خاچ شدن لته (استلق فهرست دارویی)*.

مان بی دلری که پزشکی تجو کرده است، درخواست مجوز لقی دارم*.

مان بی شرط مصرف ردوی گوریشی از دریافتاریوی تجو شده به وسیله پزشک، درخواست اعمال اثنت اریم (استلق فهرست دلری)*.

من بی محدودیت پلان بیمه یلره تعداد قرصی فید دریافت (محدودیت هوق) درخواست اعمال استننارم تا ب توانم تعداد قرصهای تجو شده به وسیله پزشک را دریافت کنم (استلق فهرست دلری)*.

منغ سهم بیوی که پلان بیمن بابتاریوی تجو شده به وسیله پزشک مطالب می‌کند بئلا از مبلغی لته که بابتاریوی گور درمان کنه بیوی من مطالب می‌کند و من می‌خوم سهم بیممن کاهش یابد (استلق رده زبدی)*.

مان از دلری لغده می‌کم که اقدر رده سهم ب بیمار پایین قی بو لی به رده سهم ب بیمار بالاقی ملتفنده لته یا در حال منتقل لته (استلق رده زبدی)*.

منغ سهم بیوی که پلاناریوی من مطالب کرده استاق آنجیاید بشه بالاتراست.

مان می‌خوم هزینه‌اریوی نسخ اعی تحت پوشش که لوان را نتق پرداخت کرده به من بازگرنده شود.

*توجه: اگر خواستار اعمال استثنای فهرست دارویی یا رده بندی هستید، پزشک تجویزکننده باید درخواست شما را به صورت کتبی تایید کند. رسیدگی درخواست‌های مشمول مجوز قبلی (یا دیگر الزامات مدیریت مصرف)، ممکن است مستلزم دریافت اطلاعات پشتیبان باشد. پزشک تجویزکننده می‌تواند از برگه پیوست «اطلاعات پشتیبان درخواست اعمال استننا یا مجوز قبلی» برای تایید درخواست شما استفاده کند.

اطلاعات تکلی که ما باید مد نظر فر دهیم (الاند پشتیبان را پیوست کنید):

نکته مهم: تصمیم‌گیری سریع

گرا مثلیا پزشک تجویزکنه تشخیص دهید که نظار 72 ساعته بی دریافت ای استانولد منک لته به بیه سلامتیا توالی باولی عملک کامل لطمه بؤن می‌تول خویثار صدور ای سیع (فوری) شویدگرا پزشک تجویزکنه تلکند که نظار 72 ساعته منک استیه سلامت مث آسبیدی بؤن ما به طور خودکار ای خود را ظرف 24 ساعته به مث علام می‌کند گرا پزشک تجویزکنه درخواست شما بی صدور ای سیع رایتل نکند ما طوی تصمیم‌گیری می‌ک نیکه گوی پزنوه مث نیلرند تصمیم‌گیری سیع است. بی ارها درخواست بازپردک وجهی که اقدر بی خرید اریو پرداخت کرده دایمی توناید خویثار صدور ای سیع ویش شوید.

اگر فکر می‌کنید که باید ظرف 24 ساعت درباره درخواست شما تصمیم‌گیری شود، این کادر را علامت بزنید (اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما را کتبا تایید کرده است، تاییدیه را به این درخواست پیوست کنید).

امضا:	تاریخ:
-------	--------

اطلاعات پشتیبان برای درخواست اعمال استثنا یا مجوز قبلی

سودگی به درخواستهای استثنای فهرسته دولتی و ردیفی بنویسید تاییدیه‌تیکی پزشک تجویزکننده مندرج است. سودگی به درخواستهای مجوز لقی مندرج لسته مطبوعه ارائه اطلاعات پشتیبان باشد.

درخواست بازبینی سریع: با علامت زدن این کادر و امضا کردن قسمت زیر، گواهی می‌کنم که اعمال بازه بازبینی استاندارد 72 ساعته ممکن است جان یا سلامت فرد ثبت‌نام‌کننده یا توانایی فرد ثبت‌نام‌کننده برای دستیابی به عملکرد کامل را به خطر بیندازد.

اطلاعات پزشک تجویزکننده		
نام		
نشانی		
شماره	ایالت	کد پستی
تلف فون		شماره
امضای پزشک تجویزکننده		تاریخ

اطلاعات تشخیصی و پزشکی		
دارو:	قوت و روش تجویز:	تناوب:
نسخه جدید یا تاریخ شروع درمان:	طو تخمینی ووه درمان:	مقدار:
قد/وزن:	حساسیت‌های دارویی:	تشخیص:
منطق درخواست		

دارو(ها)ی جایگزین مشمول ممنوعیت مصرف یا قبلاً رده‌بندی شده، ولی با نتیجه نامطلوب، مثلاً مسمومیت، حساسیت، یا نقص درمانی در قسمت‌یز کوز کنی (1) دوز(ها)ی مشمول ممنوعیت مصرف یا اقب رده‌بندی شده؛ (2) نتیجه نامطلوب هر یک؛ (3) صوتی وجود نقص درمانی مدت‌صرف هر یک]

وضعیت بیمار در دوره مصرف دارو(ها)ی جاری پایدار است؛ احتمال بالای بروز نتیجه بالینی نامطلوب بر اثر تعویض دارو در قسمت‌یز کوز کنی نتیجه بلایی نامطلوب چشمگیر و پیش‌بینی شده]

ضرورت پزشکی تغییر روش مصرف و/یا افزایش مقدار مصرف در قسمت‌یز کوز کنی (1) روش(های) صرف و/ا موقد صرف امتنفاشده؛ (2) لایه پستی را شج ده]

درخواست اعمال استثنای رده‌بندی فهرست دارویدر قسمت‌یز کوز کنی (1) ردوی مندرج فهرست دوری یا داری رجیحی مشمول ممنوعیت‌صرف شده لته یا نتیج موبلی نداشت‌هست، یا به داتوه داری درخوبی ازکآمد بونده ست؛ (2) صوتی بروز نقص درمانی مدت‌صرف و نتیج نامطلوب هر یک از نهآ؛ (3) صوتی مطلوب نبود کارآبه مت درمانی نتیج‌صرف هر یک از آله]

سایر(در قسمت‌یز کوز کنی)

توضیحات لازم

Health Net Community Solutions, Inc. برنامی بهشلی لته‌که با Medi-Cal Medicare قراراد بسته استنا مزالی هر دو برنامرا به افو تحت‌ویش خود ارائه‌کنی

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:

تتحدث ال عربي، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمرحمة. 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:

جه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان در دسترس شما 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 ដោយមិនគិតល្អល 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).