

طلب إعادة الفصل في رفض الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare

رفضت Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) طلبك بتغطية (أو دفع ثمن) [اسم الدواء الموصوف طبيًا]. لديك الحق في أن تطلب منا إعادة النظر (تقديم التماس) في قرارنا. استخدم هذا النموذج للاعتراض على هذا القرار.

- يمكنك تقديم طلب التماس خلال 65 يومًا من تاريخ إشعارنا برفض تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا لبرنامج Medicare.
- يمكنك أيضًا تقديم التماس عبر موقعنا الإلكتروني على AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp.
- يمكن تقديم طلبات التماس العاجل عبر الهاتف على الرقم 1-855-463-0933، (الهاتف النصي: 711).

يمكن للطبيب الذي وصف لك الدواء أن يطلب الالتماس نيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقوم شخص آخر (مثل أحد أفراد العائلة أو صديق) بتقديم التماس نيابة عنك، فيجب أن يكون هذا الشخص ممثلك. اتصل بنا على الرقم 1-855-463-0933، (الهاتف النصي: 711) لمعرفة كيفية تسمية ممثل.

معلومات المسجلين في الخطة

اسم المسجل: _____
رقم معرف العضو: _____ تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة): _____
العنوان البريدي: _____
المدينة والولاية والرمز البريدي: _____
الهاتف: _____

الوصفة الطبية ومعلومات الطبيب

اسم الدواء الذي طلبته: _____
القوة/الكمية/الجرعة: _____
اسم الوصف للأدوية الطبية: _____
عنوان العيادة: _____
المدينة والولاية والرمز البريدي: _____
هاتف المكتب: _____ فاكس المكتب: _____
مسؤول الاتصال بالعيادة: _____

هل قمت بشراء هذا الدواء بالفعل؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا أجبت بنعم:

تاريخ الشراء: _____ المبلغ المدفوع (أرفق نسخة من الإيصال)

اسم الصيدلية: _____

رقم هاتف الصيدلية التي أتعامل معها: _____

هل تحتاج إلى قرار عاجل (سريع)؟

□ قم بتحديد هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى قرار خلال 72 ساعة. وإذا كان لديك بيان داعم من الطبيب الذي وصف الدواء، فأرفقه بهذا الطلب.

- إذا كنت أنت أو الطبيب الذي وصف لك الدواء تعتقد أن الانتظار لمدة 7 أيام للحصول على قرار قياسي قد يضر حياتك أو صحتك أو قدرتك على استعادة الحد الأقصى من الوظيفة بشكل خطير، فيمكنك طلب قرار سريع.
- إذا أشار الوصف الخاص بك إلى أن الانتظار لمدة 7 أيام قد يضر بصحتك ضررًا جسيمًا، فسوف نمحك القرار تلقائيًا في غضون 72 ساعة. لا يمكنك طلب التماس سريع إذا كنت تطلب منا سداد ثمن الدواء الذي حصلت عليه بالفعل.
- إذا لم تحصل على دعم الطبيب الذي وصف لك الدواء للالتماس السريع، فسنقرر ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا.

اشرح لماذا تعتقد أن هذا الدواء يجب أن يكون مشمولاً بالتغطية

- قم بإرفاق أي معلومات إضافية تعتقد أنها قد تساعد قضيتك، مثل بيان من طبيبك أو السجلات الطبية.
- قم بإدراج نسخة من إخطار رفض تغطية الأدوية الموصوفة من برنامج Medicare
- سيتعين على الطبيب الوصف للأدوية أن يشرح لك سبب عدم قدرتك على تلبية قواعد التغطية الخاصة بخططنا و/أو سبب عدم ملائمة الأدوية المطلوبة بموجب الخطة لك طبيًا.
- معلومات أخرى ينبغي علينا أن نأخذها في الاعتبار:

معلومات الممثل

أكمل هذا القسم فقط إذا كان الشخص الذي يقدم هذا الطلب ليس هو المسجل أو الطبيب الذي وصف له الدواء. يجب عليك إرفاق المستندات التي توضح سلطتك لتمثيل المشترك (مثل النموذج المكتمل CMS-1696 أو ما يعادله كتابيًا) إذا لم يتم تقديمه في مستوى تحديد التغطية. لمزيد من المعلومات حول تعيين ممثل، اتصل بنا على 1-855-463-0933، (الهاتف النصي: 711).

اسم الممثل:

العلاقة بالمسجل:

عنوان الشارع:

المدينة والولاية والرمز البريدي:

الهاتف:

قم بالتوقيع على هذا النموذج وإرساله

توقيع الشخص الذي يطلب الالتماس (المسجل أو الطبيب أو الممثل):

التوقيع:

التاريخ:

قم بإرسال النموذج المكتمل وأي معلومات داعمة بالفاكس أو البريد إلى:

رقم الفاكس:

1-877-270-0148

العنوان:

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

لعاية: Part D Appeals

Pharmacy Department

4750 S 44th PL STE 150

Phoenix, AZ 85040-4015

انظر إلى دليل التغطية للحصول على وصف كامل لمزايا الخطة واستثناءاتها وقيدوها وظروف التغطية. قد تختلف مزايا الخطة ومدى التوفر حسب منطقة الخدمات.

Y0001_NR_4399955_2025_AR_C