



طلب إعادة نظر في رفض تغطية الأدوية الموصوفة في Medicare

ونظرًا لأننا في Aetna® قد رفضنا طلبك لتغطية (أو الدفع مقابل) دواء موصوف، لديك الحق بأن تطلب منا إعادة النظر في (استئناف) قرارنا. لديك 60 يوماً من تاريخ إشعار برفض تغطية الأدوية الموصوفة في Medicare الخاص بنا لتطلب منا إجراء إعادة النظر. يمكن إرسال هذه الاستمارة عبر البريد أو الفاكس:

رقم الفاكس:
1-877-270-0148

العنوان:
Aetna
Attn: Part D Appeals
4750 S 44th Place Suite 150
Phoenix, AZ 85040-4015

كما يمكنك أن تطلب منا استئنافاً عبر موقعنا الإلكتروني على AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp يمكن تقديم طلبات الاستئناف المعجل عبر الهاتف على الرقم (TTY: 711) 1-855-463-0933.

من يستطيع أن يقدم الطلب: قد يطلب معالجك الواصف للدواء منا إجراء الاستئناف بالنيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقوم شخص آخر (أحد أفراد عائلتك أو صديق) بتقديم طلب استئناف نيابةً عنك، فيجب أن يكون هذا الشخص ممثلك. يرجى التواصل معنا لمعرفة كيفية القيام بتسمية ممثل عنك.

معلومات المسجل	
اسم المسجل	تاريخ الميلاد
عنوان المسجل	
الرمز البريدي	المدينة
الهاتف	الولاية
رقم تعريف (ID) العضو الخاص بالمسجل	
أكمل القسم التالي فقط إذا كان الشخص الذي يقوم بهذا الطلب ليس المسجل:	
اسم الطالب	
علاقة الطالب بالمسجل	
العنوان	
لمدينة	الولاية
الهاتف	الرمز البريدي

وثائق التمثيل لطلبات الاستئناف التي يقدمها شخص غير المسجل أو المعالج الذي وصف الدواء للمسجل:

أرفق وثائق تظهر تفويضاً لتمثيل المسجل (نموذج كامل لإذن بالتمثيل CMS-1696 أو ما يعادله خطياً) إذا لم يُقدّم ذلك في مرحلة تحديد التغطية. للمزيد من المعلومات عن تعيين ممثل، يُرجى الاتصال بخطتك أو 1-800 Medicare. (TTY: 1-877-486-2048)، على مدار 24 ساعة يومياً، و 7 أيام في الأسبوع.

الدواء الموصوف الذي تطلبه:

اسم الدواء: _____

القوة/الكمية/العيار: _____

هل اشتريت الدواء بانتظار الاستئناف؟ نعم كلا

إذا كانت الإجابة «نعم»:

تاريخ الشراء: _____ المبلغ المدفوع: \$ _____ (يُرجى إرفاق نسخة عن الإيصال)

اسم الصيدلية ورقم هاتفها: _____

معلومات عن المعالج الواصف للدواء

الاسم _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم هاتف العيادة _____ فاكس _____

جهة الاتصال في العيادة _____

ملحوظة مهمة: القرارات المعجلة

إذا كنت أنت أو المعالج تعتقدان أن الانتظار لمدة 7 أيام لاتخاذ قرار قياسي قد يؤدي إلى خطر جدي على حياتك أو صحتك أو القدرة على استعادة وظائفك إلى الحد الأقصى، فيمكنك طلب اتخاذ قرار معجل (سريع). إذا أشار المعالج الذي وصف الدواء أن الانتظار لمدة 7 أيام قد يعرض صحتك لخطر جدي، فسنعطيك تلقائياً قراراً في غضون 72 ساعة. إذا لم تحصل على دعم معالجك لاستئناف معجل، فسنقرر ما إذا كانت حالتك تستدعي قراراً سريعاً. لا يمكنك طلب استئناف معجل إذا كنت تطلب إلينا أن نعيد التسديد إليك لدواء تلقيته بالفعل.

ضع علامة صح في هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك تحتاج إلى قرار في غضون 72 ساعة (إذا كان لديك بيان داعم من المعالج الواصف للدواء، يُرجى إرفاقه مع هذا الطلب).

يُرجى شرح أسباب الاستئناف الخاصة بك. أرفق صفحات إضافية إذا كان ذلك ضرورياً. أرفق أي معلومات إضافية تعتقد أنها تساعد حالتك، كبيان من المعالج الذي وصف الدواء وأي سجلات طبية ذات صلة. قد ترغب في الرجوع إلى التفسير الذي قدّمناه في إشعار رفض تغطية الدواء الموصوف في Medicare والطلب إلى المعالج الواصف للدواء التطرّق إلى معايير التغطية الخاصة بالخطّة، إن توقّرت، كما هو مذكور في رسالة رفض الخطّة أو في وثائق أخرى خاصة بالخطّة. نحتاج إلى مدخلات من الطبيب المعالج الخاص بك لشرح لماذا لا يمكنك استيفاء معايير التغطية للخطّة و/أو لماذا الأدوية المطلوبة من قبل الخطّة غير مناسبة طبيّاً لك.

توقيع الشخص الطالب للاستئناف (المسجّل، أو المعالج الخاص بالمسجّل أو ممثله):

التاريخ: _____

قائمة اللغات المتعددة
خدمات المترجمين الفوريين المتعددة اللغات

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中啐工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中啐的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương tranh thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الـأوربي المجبنة لإلجابة عن أي أسئلة تتعلق ببلصحة أو جدول الأدوية لدينب. للحصول على مترجم أوري، ليس عليك سوى التصلبل بنب على 1-855-463-0933. سيقوم شخص مب يتحدث الغريبة بمسبعتك. هذه خدمة مجبنة.

Hindi: हमारक ारक म िंका भा प्र जवाब दारक िंिए योजना कर हमारक पास माJ दाJभाििया सकवाँ रिप ह. एक दाJभाििया प्रा करनक करिंिए बस हम 1-855-463-0933 फोन कर. कोई िं जो िंह मेिंता ह आपका मदद कर सकता ह. यह एक माJ सकवा ह.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.