درخواست تجدیدنظر درخصوص رد داروهای تجویزی Medicare

Alameda Alliance Wellness درخواست شما برای پوشش (یا پرداخت هزینه) [نام داروی تجویزی] را رد کرد. شما حق دارید از ما بخواهید در مورد تصمیم‌مان (تجدیدنظر) کنیم. **برای تجدیدنظر درباره این تصمیم، از این فرم استفاده کنید.**

- می‌توانید ظرف 65 روز از تاریخ اطلاعیه «رد پوشش داروهای تجویزی Medicare»، درخواست تجدیدنظر کنید.
- همچنین می‌توانید از طریق وب‌سایت ما به نشانی **www.alamedaalliance.org**درخواست تجدیدنظر خود را ثبت کنید.
- درخواست‌های تجدیدنظر تسریع‌شده را می‌توان ازطریق تلفن با شماره **1.833.793.3767** انجام داد.

تجویزکننده شما می‌تواند ازسوی شما درخواست تجدیدنظر کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری (مانند یکی از اعضای خانواده یا دوستتان) از طرف شما درخواست تجدیدنظر بدهد، آن شخص باید نماینده شما باشد. برای آگاهی از نحوه ثبت نام نماینده، با ما با شماره 1.844.411.0579 تماس بگیرید.

اطلاعات ثبت‌نام‌کننده طرح

نام ثبت‌نام‌کننده: _____

شماره شناسه عضو:_____ تاریخ تولد(ماه/روز/سال): _____

نشانی پستی: _____

شهر، ایالت و کدپستی: _____

تلفن: _____

اطلاعات تجویزکننده و داروهای تجویزی

نام دارویی که درخواست کردید: _____

مقدار/تعداد/دوز _____

نام تجویزکننده: _____

نشانی دفتر: _____

شهر، ایالت و کدپستی: _____

تلفن دفتر:_____ دورنگار دفتر:_____

فرد مخاطب در دفتر: _____

قبلاً این دارو را خریده بودید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله:

تاریخ خرید:_____ مقدار پرداختی:_____ (پیوست نسخه‌ای از رسید)

نام داروخانه: _____

شماره تلفن داروخانه: _____

نیاز به تصمیم‌گیری تسریع‌شده (سریع) دارید؟

☐ **اگر فکر می‌کنید که نیاز به تصمیم‌گیری ظرف 72 ساعت دارید، این کادر را علامت بزنید.** اگر از پزشک معالج خود، گواهی کتبی دارید، آن را به این درخواست پیوست کنید.

- اگر شما یا پزشک معالجتان معتقدید که انتظار 7 روزه برای تصمیم‌گیری استاندارد می‌تواند به‌طور جدی به زندگی، سلامت یا توانایی شما در بازیابی حداکثر عملکرد آسیب برساند، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری تسریع‌شده (سریع) کنید.
- اگر پزشک تجویزکننده شما اعلام کند که انتظار 7 روزه می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی برساند، ما به‌طور خودکار ظرف 72 ساعت تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد. اگر از ما می‌خواهید هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر تسریع‌شده بدهید.
- اگر پزشک تجویزکننده دارو از درخواست تجدیدنظر سریع شما حمایت نکند، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا پرونده شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع دارد یا خیر.

توضیح دهید که چرا این دارو باید تحت پوشش قرار گیرد

- هرگونه اطلاعات اضافی که فکر می‌کنید ممکن است به پرونده شما کمک کند، مانند بیانیه تجویزکننده یا سوابق پزشکی خود را پیوست کنید.
- یک نسخه از «اطلاعیه رد پوشش داروهای تجویزی Medicare» را پیوست کنید
- پزشک معالج شما باید توضیح دهد که چرا نمی‌توانید قوانین پوشش طرح ما را رعایت کنید و/یا چرا داروهای مورد نیاز طرح از نظر پزشکی برای شما مناسب نیستند.
- سایر اطلاعاتی که باید مد نظر قرار دهیم: _____

_____

اطلاعات نماینده:

این بخش را «فقط» در صورتی تکمیل کنید که فرد درخواست‌دهنده، خود فرد ثبت‌نام‌شده یا تجویز کننده دارو برای فرد ثبت‌نام‌شده نباشد. اگر در مرحله تعیین پوشش ارائه نشده باشد، باید مدارکی را که نشان‌دهنده صلاحیت شما برای نمایندگی از فرد ثبت‌نام‌شده است (مانند فرم تکمیل شده خدمات مدیکر و مدیکال 1696- (CMS،Medicare & Medicaid Services) یا معادل کتبی آن) پیوست کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر برای تعیین نماینده، با ما به شماره **1.844.4110579 تماس بگیرید.**

نام نماینده: _____

ارتباط با ثبت‌نام‌کننده: _____

نشانی خیابان: _____

شهر، ایالت و کدپستی: _____

تلفن: _____

این فرم را امضا و ارسال کنید

امضای شخص درخواست کننده تجدیدنظر (فرد ثبت نام شده، پزشک تجویز کننده یا نماینده):

امضا: _____ **تاریخ:** _____

فرم تکمیل‌شده و هرگونه اطلاعات تکمیلی خود را به نشانی زیر دورنگار یا پست کنید:

نشانی: شماره
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

دورنگار:
استاندارد: **1.855.350.0544**
اضطراری: **1.855.350.0447**