

طلب الحصول على تحديد بخصوص تغطية الأدوية الموصوفة في MEDICARE

من الممكن إرسال هذه الاستمارة إلينا عبر البريد أو الفاكس:

رقم الفاكس:  
1-877-270-0148

العنوان:  
Aetna  
Part D Coverage Determinations  
Pharmacy Department  
4750 S. 44<sup>th</sup> PI STE 150  
Phoenix, AZ 85040-4015

كما يمكنك أن تطلب منا تحديداً للتغطية عبر الهاتف على الرقم **1-855-463-0933** أو عبر موقعنا الإلكتروني على [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](http://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp).

**من يستطيع أن يقدم الطلب:** قد يطلب منا معالجك الواصف للدواء إجراء تحديد تغطية بالنيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقدم شخص ما (أحد أفراد عائلتك أو صديق) طلباً بالنيابة عنك، يجب أن يكون هذا الشخص ممثلاً عنك. يرجى التواصل معنا لمعرفة كيفية القيام بتسمية ممثل عنك.

معلومات المسجل

اسم المسجل	تاريخ الميلاد
عنوان المسجل	
المدينة	الولاية
الهاتف	رقم تعريف (ID) العضو الخاص بالمسجل

أكمل القسم التالي فقط إذا كان الشخص الذي يقوم بهذا الطلب ليس المسجل أو المعالج الواصف للدواء:

اسم الطالب	
علاقة الطالب بالمسجل	
العنوان	
المدينة	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 خطأً) للمزيد من المعلومات عن تعيين ممثل، يرجى الاتصال بخطتك أو **1-800-MEDICARE** (هاتف TTY: **1-877-486-2048**)، على مدار 24 ساعة يومياً، و7 أيام في الأسبوع.

اسم الدواء الموصوف الذي تطلبه (إذا كان معروفاً، فيُرجى ذكر القوة والكمية المطلوبة في الشهر الواحد):

### نوع طلب تحديد التغطية

- أحتاج إلى دواء غير وارد على قائمة الخطة للأدوية المشمولة بالتغطية (الاستثناء في لائحة الأدوية الموصوفة)\*.
  - كنت أستخدم دواء كان مدرجاً في السابق في لائحة الخطة للأدوية الموصوفة، ولكن هو الآن قيد الإزالة أو تمت إزالته من القائمة في سنة الخطة (الاستثناء في لائحة الأدوية الموصوفة)\*.
  - أطلب موافقة مسبقة للدواء الذي وصفه لي المعالج الخاص بي.\*
  - أطلب استثناء لشرط أن أجرب دواء آخر قبل أن أحصل على الدواء الذي وصفه الطبيب المعالج لي (استثناء لائحة الأدوية الموصوفة)\*.
  - أطلب استثناء لحدّ الكمية المسموح به في الخطة من ناحية عدد الأقراص التي يمكنني استلامها، بحيث يمكنني الحصول على الكمية التي وصفها طبيبي (استثناء لائحة الأدوية الموصوفة)\*.
  - تفرض خطة الدواء الخاصة بي مشاركة أعلى بالدفع للدواء الذي وصفه لي الطبيب بالمقارنة مع دواء آخر يعالج حالتي، وأود أن أدفع مبلغ المشاركة بالدفع الأقل (استثناء التصنيف)\*.
  - كنت أستخدم دواء كان مدرجاً في السابق في مستوى مشاركة بالدفع أقل انخفاضاً، ولكن تم نقله أو تم نقله إلى مستوى مشاركة أعلى بالدفع (استثناء في التصنيف)\*.
  - فرضت خطة الدواء الخاصة بي مشاركة أعلى بالدفع مما كان ينبغي للحصول على دواء.
  - أود أن تتم إعادة الدفع لي مقابل دواء موصوف مشمول بالتغطية قمت بدفعه من جيبتي الخاص.
- \*ملاحظة: إذا كنت تطلب استثناء خاصاً بلائحة الأدوية الموصوفة أو استثناء التصنيف، فعلى معالجك الواصف للدواء تقديم بيان يدعم طلبك. قد تتطلب الطلبات الخاضعة للموافقة المسبقة (أو أي شرط إدارة استخدام آخر) معلومات داعمة. يمكن للمعالج الواصف للدواء استخدام نموذج «معلومات داعمة لطلب استثناء أو موافقة مسبقة» لدعم طلبك.

المعلومات الإضافية التي علينا النظر فيها (يُرجى إرفاق أي وثائق داعمة):

### ملحوظة مهمة: القرارات المعجلة

إذا كنت أنت أو المعالج الواصف للدواء تعتقدان أن الانتظار لمدة 72 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 الواصف للدواء أن الانتظار لمدة 72 أيام قد يعرض صحتك لخطر جدي، فسنعطيك تلقائياً قراراً في غضون 24 ساعة. إذا لم تحصل على دعم معالجك لطلب معجل، فسنقرر ما إذا كانت حالتك تستدعي قراراً سريعاً. لا يمكنك طلب تحديد تغطية معجل إذا كنت تطلب إلينا أن نعيد التسديد إليك لدواء تلقّيته بالفعل.

ضع علامة صح في هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك تحتاج إلى قرار في غضون 24 ساعة (إذا كان لديك بيان داعم من المعالج الواصف للدواء، يُرجى إرفاقه مع هذا الطلب).

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

### معلومات داعمة لطلب استثناء أو موافقة مسبقة

لا يمكن معالجة طلبات استثناء لائحة الأدوية الموصوفة واستثناء التصنيف من دون بيان داعم من المعالج الواصف للدواء. قد تتطلب طلبات الموافقة المسبقة معلومات داعمة.

طلب مراجعة عاجلة: بوضع علامة صح في هذا المربع، أشهد أن تطبيق الإطار الزمني الذي يستغرق 72 ساعة لمراجعة قياسية قد يُعرض حياة المسجل أو صحته أو قدرته على استعادة الوظيفة القصوى لخطر كبير.

### معلومات عن المعالج الواصف للدواء

الاسم		
العنوان		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم هاتف العيادة	فاكس	
توقيع الطبيب الواصف للدواء	التاريخ	

### معلومات تشخيصية وطبية

الدواء:	قوته وطريقة إعطائه:	التواتر:
تاريخ البدء:	طول العلاج المتوقع:	الكمية لكل 30 يوماً
<input type="checkbox"/> بداية جديدة	حساسية تجاه الأدوية:	
الطول/الوزن:		

رمز/رموز ICD-10

**التشخيص - يُرجى ذكر كافة التشخيصات التي تُعالج مع الدواء المطلوب ورموز ICD-10 المناسبة.**  
(إذا كانت الحالة التي تُعالج باستخدام الدواء المطلوب عبارة عن عارض مثل فقدان الشهية، فقدان الوزن، ضيق التنفس، ألم في الصدر، الغثيان، إلخ، يُرجى توفير التشخيص الذي يسبب هذا/هذه العارض/ الأعراض إن كان معروفاً)

رمز/رموز ICD-10

تشخيصات ذات صلة أخرى

### تاريخ الدواء: (لعلاج الحالة/الحالات التي تحتاج إلى الدواء المطلوب)

نتائج تجارب الدواء السابقة الفشل مقابل عدم التحمل (يُرجى الشرح)	تواريخ تجارب الدواء	الدواء المُجرَّب (إذا كان الحدّ الكمي هو المشكلة، اذكر الجرعة الفردية/الجرعة اليومية الإجمالية التي تم تجربتها)

نتائج تجارب الدواء السابقة الفشل مقابل عدم التحمل (يُرجى الشرح)	تواريخ تجارب الدواء	الدواء المُجرب (إذا كان الحدّ الكمي هو المشكلة، اذكر الجرعة الفردية/الجرعة اليومية الإجمالية التي تم تجربتها)

ما هو نظام الدواء الحالي للمسجّل للحالة/الحالات التي تحتاج إلى الدواء المطلوب؟

سلامة الدواء	
هل من موانع ملحوظة من إدارة الغذاء والدواء (FDA) للدواء المطلوب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
هل من خوف من تفاعل أدوية مع إضافة الدواء المطلوب إلى نظام الأدوية الحالي الخاص بالمسجّل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
إذا كانت الإجابة بنعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، فيرجى (1) شرح المشكلة، (2) مناقشة الفوائد مقابل المخاطر المحتملة على الرغم من الخوف الملحوظ، و(3) خطة المراقبة لضمان السلامة.	
إدارة المخاطر العالية للأدوية بين المسنين	
إذا كان سن المشترك فوق 65 عاماً، فهل تعتقد أن فوائد العلاج بالدواء المطلوب تضاهاي المخاطر المحتملة في هذا المريض المسن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
الأفيونات - (يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية إذا كان الدواء المطلوب أفيونياً)	
ما هي الجرعة التكافؤية التراكمية اليومية للمورفين (MED)؟	مج/اليوم
هل تعرف ما إذا كان هناك معالجون آخرون واصفون للأفيون لهذا المسجّل؟ إن كان الأمر كذلك، يُرجى التوضيح.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
هل جرعة MED اليومية المذكورة ضرورية من الناحية الطبية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
هل ستكون جرعة أقل من جرعة MED اليومية الإجمالية غير كافية للتحكم في ألم المسجّل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا

دواء/أدوية بديل(ة) يُمنع استعمالها أو تم تجربتها سابقاً، لكن مع نتائج غير مرغوب فيها، على سبيل المثال، أو السمية، أو الحساسية، أو فشل علاجي [حدد أدناه إذا لم يُذكر بالفعل في قسم تاريخ الدواء أعلاه في النموذج: (1) الدواء/الأدوية التي تمت تجربتها ونتائج التجربة/التجارب الدوائية، (2) في حال وجود نتيجة سلبية، اذكر الدواء/الأدوية والنتيجة السلبية لكل منها، (3) إذا كان هناك فشل علاجي، اذكر الجرعة القصوى ومدة العلاج للدواء/الأدوية التي تمت تجربتها، (4) إذا كانت هناك موانع للاستعمال، يرجى ذكر السبب المحدد لماذا يُمنع استعمال الدواء/الأدوية المفضل(ة) أو أي أدوية أخرى في لائحة الأدوية الموصوفة.

المريض مستقر على الدواء/الأدوية الحالي(ة)؛ هناك مخاطر عالية لحدوث نتيجة سريرية سلبية كبيرة مع تغيير الدواء. يتطلب شرح محدد لأي نتيجة سريرية سلبية متوقعة بشكل كبير ولماذا يمكن توقع حدوث نتيجة سريرية سلبية كبيرة - على سبيل المثال، كانت الحالة صعبة التحكم (تمت تجربة العديد من الأدوية، الحاجة إلى استخدام العديد من الأدوية للسيطرة على الحالة)، عانى المريض من نتيجة سلبية كبيرة عندما لم يتم التحكم في الحالة سابقاً (على سبيل المثال، الاستشفاء أو الزيارات الطبية الحادة المتكررة، نوبة قلبية، سكتة دماغية، سقوط، قيود كبيرة على الحالة الوظيفية، ألم ومعاناة غير مبررين)، وما إلى ذلك.

الحاجة الطبية إلى شكل جرعة مختلف و/أو جرعة أعلى [حدد أدناه: (1) شكل(أشكال) الجرعة و/أو الجرعة(ات) التي تمت تجربتها ونتائج التجربة/التجارب الدوائية؛ (2) شرح السبب الطبي؛ (3) ذكر سبب عدم إمكانية استخدام جرعة أعلى بشكل أقل تكراراً - إذا كانت هناك جرعة أعلى متاحة]

طلب استثناء التصنيف في لائحة الأدوية الموصوفة حدد أدناه إذا لم يُذكر ذلك سالفاً في قسم تاريخ الدواء في النموذج: (1) دواء/أدوية من لائحة الأدوية الموصوفة أو الدواء/الأدوية المفضل(ة) التي تمت تجربتها ونتائج التجربة/التجارب الدوائية، (2) في حال وجود نتيجة سلبية، اذكر الدواء/الأدوية والنتيجة السلبية لكل منها، (3) إذا كان هناك فشل علاجي/عدم فعالية كالدواء المطلوب، اذكر الجرعة القصوى ومدة العلاج للدواء/الأدوية التي تمت تجربتها، (4) إذا كانت هناك موانع للاستعمال، يرجى ذكر السبب المحدد لماذا يُمنع استعمال الدواء/الأدوية المفضل(ة) أو أي أدوية أخرى في لائحة الأدوية الموصوفة.

غيرها (اشرح أدناه)

الشرح المطلوب

---



---



---



---



---

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**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。我们的中文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。我們講中文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 trình 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 답해 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 الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**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、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.

Y0001\_NR\_30475b\_2023\_C