



## ЗАПРОС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКРЫТИЯ ЛЕКАРСТВ ПО MEDICARE

**Используйте эту форму, чтобы запросить у нашего плана решение о покрытии.** Вы также можете запросить решение о покрытии по телефону 1-877-412-2734 (TTY 711) или через наш веб-сайт [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare). Вы, ваш врач или назначающий специалист, либо ваш уполномоченный представитель могут подать этот запрос.

### Зарегистрированный участник плана

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| Имя         | Дата рождения                     |
| Адрес улицы | Город                             |
| Штат        | Почтовый индекс                   |
| Телефон     | Идентификационный номер участника |

**Если лицо, подающее этот запрос, не является застрахованным по плану или назначающим специалистом:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Имя заявителя                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Отношение к участнику плана                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Уличный адрес (включая город, штат и почтовый индекс)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Телефон                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Представьте вместе с этой формой документы, подтверждающие ваше полномочие представлять застрахованного (заполненную форму полномочия на представительство CMS-1696 или ее эквивалент). Для получения дополнительной информации о назначении представителя свяжитесь с нашим планом или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Пользователи TTY могут позвонить по номеру 1-877-486-2048. |

**Название лекарства, к которому относится этот запрос** (включая информацию о дозировке и количестве, если имеется)

### Тип запроса

☐ Мой план лекарственного обеспечения взял с меня более высокую сумму соплаты за лекарство, чем должен был.

☐ Я хочу получить возмещение за покрываемое лекарство, которое я уже оплатил из собственного кармана.

☐ Я прошу предварительного одобрения на назначенный препарат (этот запрос может потребовать сопроводительную информацию)

**Для указанных ниже типов запросов ваш лечащий врач ОБЯЗАН предоставить обоснование в поддержку запроса.** Ваш лечащий врач может заполнить страницы 3 и 4 этой формы «Сопроводительная информация для запроса на исключение или предварительное одобрение».

☐ Мне нужен препарат, который не входит в перечень покрываемых планом препаратов (исключение из формуляра)

☐ Я принимал(а) препарат, который ранее входил в перечень покрываемых планом препаратов, но был или будет исключён в течение планового года (исключение из формуляра)

☐ Я прошу сделать исключение из требования попробовать другой препарат перед получением назначенного лекарства (исключение из формуляра)

☐ Я прошу сделать исключение из ограничения плана на количество таблеток (ограничение по количеству), чтобы получить количество таблеток, назначенное мне врачом (исключение из формуляра)

☐ Я прошу сделать исключение из правил предварительного одобрения плана, которые необходимо выполнить перед получением назначенного лекарства (исключение из формуляра).

☐ Мой план лекарственного обеспечения взимает более высокую соплату за назначенный препарат, чем за другой препарат для лечения моего заболевания, и я хочу платить более низкую соплату (исключение из уровней оплаты)

☐ Ранее я использовал(а) препарат, который находился в категории с более низкой соплатой, но он был или будет переведен в категорию с более высокой соплатой (исключение из уровней оплаты)

Дополнительная информация, которую нам следует учесть (*пожалуйста, приложите все подтверждающие документы к этой форме*):

---

---

---

### Вам нужно ускоренное решение?

Если вы или ваш лечащий врач считаете, что ожидание стандартного решения в течение 72 часов может серьезно навредить вашей жизни, здоровью или способности восстановить максимальную функцию, вы можете запросить ускоренное (быстрое) решение. Если ваш лечащий врач укажет, что ожидание в течение 72 часов может серьезно навредить вашему здоровью, мы автоматически примем решение в течение 24 часов. Если вы не получите поддержку вашего лечащего врача для запроса на ускоренное рассмотрение, мы сами

решим, требует ли ваше дело быстрого решения. (Вы не можете запросить ускоренное решение, если просите нас возместить расходы за препарат, который вы уже получили.)

☐ **ДА, мне нужно решение в течение 24 часов.** Если у вас есть подтверждающее заявление от вашего лечащего врача, приложите его к этому запросу.

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| <b>Подпись:</b> | <b>Дата:</b> |
|-----------------|--------------|

### Как отправить эту форму

Отправьте эту форму и все сопроводительные документы по почте или факсом:

Адрес: Номер факса: 1-858-357-2556  
CalOptima Health OneCare *Flex Plus* (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan  
505 City Parkway West Orange, CA 92868

**Сопроводительная информация для запроса на исключение или предварительное одобрение. Заполняется лечащим врачом**

☐ **ЗАПРОС НА УСКОРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ:** Отметив этот пункт и подписав ниже, я подтверждаю, что применение стандартного срока рассмотрения в 72 часа может серьезно поставить под угрозу жизнь или здоровье застрахованного лица либо его способность восстановить максимальную функцию.

### Информация для лечащего врача

|                                                       |      |
|-------------------------------------------------------|------|
| Имя                                                   |      |
| Уличный адрес (включая город, штат и почтовый индекс) |      |
| Офисный телефон                                       |      |
| Факс                                                  |      |
| Подпись                                               | Дата |

### Диагноз и медицинская информация

|                                      |                                                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Лекарство:                           | Количество лекарства и метод применения:                    |
| частота:                             | Дата начала:<br><input type="checkbox"/> <b>НОВЫЙ СТАРТ</b> |
| Предполагаемая длительность лечения: | Количество за 30 дней:                                      |
| Рост/Вес:                            | Аллергия на лекарства:                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>ДИАГНОЗ – Пожалуйста, укажите все диагнозы, которые лечатся с помощью запрашиваемого препарата, и соответствующие коды МКБ-10</b><br>(Если состояние, лечимое запрашиваемым препаратом, является симптомом (например, анорексия, потеря веса, одышка, боль в груди, тошнота и т. д.), укажите известный диагноз, вызывающий эти симптомы) | Код(ы) МКБ-10 |
| <b>ДРУГИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДИАГНОЗЫ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Код(ы) МКБ-10 |

### ИСТОРИЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВ:

(для лечения состояния(й), требующих запрашиваемого препарата)

| ИСПЫТАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ<br>(если ограничение по количеству имеет значение, укажите пробную единичную дозу/общую суточную дозу) | ДАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ<br>ИСПЫТАНИЙ<br>ПРЕПАРАТОВ | РЕЗУЛЬТАТЫ предыдущих<br>испытаний препаратов<br><b>НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ</b> против<br><b>НЕПЕРЕНОСИМОСТИ</b><br>(объясните) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             |                                            |                                                                                                                         |
|                                                                                                                             |                                            |                                                                                                                         |
|                                                                                                                             |                                            |                                                                                                                         |
|                                                                                                                             |                                            |                                                                                                                         |

Какова текущая схема приема лекарств застрахованного лица для лечения состояния(й), требующих запрашиваемого препарата?

|                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ</b>                                                                                                                                                                                                                             |
| Есть ли <b>ЗАПИСАННЫЕ FDA ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ</b> для запрашиваемого препарата?<br><input type="checkbox"/> <b>ДА</b> <input type="checkbox"/> <b>НЕТ</b>                                                                                                   |
| Есть ли опасения по поводу <b>ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВ</b> при добавлении запрашиваемого препарата к текущей схеме приема застрахованного лица? <input type="checkbox"/> <b>ДА</b> <input type="checkbox"/> <b>НЕТ</b>                                    |
| Если на любой из приведённых выше вопросов ответ «да», пожалуйста, 1) объясните проблему, 2) обсудите преимущества по сравнению с потенциальными рисками несмотря на отмеченное опасение, и 3) представьте план мониторинга для обеспечения безопасности |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>УПРАВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВАМИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ</b>                                                                                                                                                                                     |
| Если застрахованному лицу больше 65 лет, считаете ли вы, что преимущества лечения запрашиваемым препаратом перевешивают потенциальные риски для этого пожилого пациента?<br><input type="checkbox"/> <b>ДА</b> <input type="checkbox"/> <b>НЕТ</b> |

|                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ОПИОИДЫ – (ответьте на эти 4 вопроса, если запрашиваемый препарат является опиоидом)</b>                                                                                      |
| Укажите суммарную суточную дозу морфинового эквивалента (MED)<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> в миллиграммах. |

Известны ли вам другие врачи, выписывающие опиоиды этому застрахованному лицу?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Если да, пожалуйста, объясните.

Является ли указанная суточная доза MED медицински обоснованной?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Была бы более низкая суточная доза MED недостаточной для контроля

боли у застрахованного лица?

☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

## ОБОСНОВАНИЕ ЗАПРОСА

☐ **Ранее пробовались альтернативные препараты, но с нежелательными последствиями, например, токсичность, аллергия или отсутствие терапевтического эффекта** Если это не указано в разделе ИСТОРИЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВ, укажите ниже: (1) Перепробованные препараты и результаты их применения (2) в случае нежелательной реакции — укажите препарат(ы) и характер нежелательной реакции для каждого, (3) в случае отсутствия терапевтического эффекта — укажите максимальную дозу и продолжительность терапии для каждого препарата

☐ **Альтернативные препараты противопоказаны, были бы менее эффективны или, вероятно, вызвали бы нежелательные реакции.** Необходимо предоставить конкретное объяснение, почему альтернативные препараты были бы менее эффективными или могли бы привести к существенным неблагоприятным клиническим последствиям, а также почему ожидается именно такой результат. Если имеются противопоказания, укажите конкретную причину, по которой предпочтительные препараты/другие препараты из формуляра противопоказаны

☐ **Пациент понёс бы нежелательные последствия, если бы ему или ей пришлось выполнять требование предварительного одобрения.** Необходимо предоставить конкретное объяснение ожидаемого существенного неблагоприятного клинического исхода и причин, по которым предполагается такой результат.

☐ **Пациент стабилен на текущих препаратах; существует высокий риск серьёзного неблагоприятного клинического исхода при смене медикаментозной терапии** Необходимо предоставить конкретное объяснение ожидаемого существенного неблагоприятного клинического исхода и причин, по которым предполагается такой результат — например, состояние трудно поддавалось контролю (перепробовано много препаратов, требуется несколько препаратов для контроля состояния), у пациента уже были серьёзные последствия при неконтролируемом состоянии (например, госпитализация или частые острые обращения за медицинской помощью, инфаркт, инсульт, падения, значительные ограничения функционального состояния, чрезмерная боль и страдания) и т. д.

☐ **Медицинская необходимость в другой форме дозировки и/или более высокой дозе** Укажите ниже: (1) Испытанные формы дозировки и/или дозы и результаты применения препаратов; (2) объясните медицинскую причину (3) укажите, почему менее частый прием с более высокой дозировкой невозможен — если такая более высокая дозировка существует

☐ **Запрос на исключение из уровня формуляра** Если это не указано в разделе ИСТОРИЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВ, укажите ниже: (1) Препараты из формуляра или предпочтительные препараты, которые пробовались, и результаты их применения (2) в случае нежелательных реакций укажите препараты и характер реакции для каждого (3) в случае неэффективности/меньшей эффективности по сравнению с запрашиваемым препаратом укажите максимальную дозу и длительность терапии для каждого (4) при наличии противопоказаний укажите конкретную причину, почему предпочтительные препараты/другие препараты из формуляра противопоказаны

☐ **Другое** (объясните ниже)

---

---

---

---

---

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, является организацией Medicare Advantage с контрактами Medicare и Medi-Cal. Запись в CalOptima Health OneCare зависит от продления контракта. CalOptima Health OneCare соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. Позвоните в службу поддержки клиентов CalOptima Health OneCare по бесплатному номеру **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Посетите наш сайт **[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)**.

Приложения:

- Уведомление о доступности и вставка уведомления о недискриминации