

درخواست برای تعیین پوشش دارویی MEDICARE

از این فرم برای درخواست تعیین پوشش از طرح ما استفاده کنید. همچنین می توانید از طریق تلفن با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) یا از طریق وب سایت ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare درخواست تعیین پوشش کنید. شما، پزشک یا تجویز کننده شما، یا نماینده مجاز شما می توانید این درخواست را ارائه دهید.

ثبت نام کننده در طرح

نام	تاریخ تولد
آدرس خیابان	شهر
ایالت	کد پستی
تلفن	شماره شناسه طرح

اگر شخصی که این درخواست را ارائه می کند، ثبت نام کننده یا تجویز کننده طرح نیست:

نام درخواست کننده
نسبت با ثبت نام کننده در طرح
آدرس خیابان (شامل شهر، ایالت و کد پستی)
تلفن
☐ اسنادی را همراه با این فرم ارسال کنید که نشان دهنده صلاحیت شما برای نمایندگی ثبت نام کننده است (فرم تکمیل شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل آن). برای اطلاعات بیشتر در مورد تعیین نماینده، با طرح ما تماس بگیرید یا با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. (1-800-633-4227). کاربران TTY میتوانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

نام دارویی که این درخواست در مورد آن است (در صورت موجود بودن اطلاعات مربوط به دوز و مقدار آن را ذکر کنید)

نوع درخواست

- ☐ طرح دارویی من برای یک دارو هزینه بیشتری نسبت به میزان هزینه ای که باید دریافت می نمود از من دریافت کرد
- ☐ من می خواهم هزینه داروی تحت پوششی که قبلاً از جیب پرداخت کرده ام، به من بازپرداخت شود
- ☐ من درخواست مجوز قبلی برای یک داروی تجویز شده دارم (این درخواست ممکن است نیاز به اطلاعات حمایتی داشته باشد)

برای انواع درخواست‌های فهرست‌شده در زیر، تجویزکننده داروی شما باید توضیحاتی در پشتیبانی از درخواست ارائه دهد. تجویز کننده داروی شما می‌تواند صفحات 3 و 4 این فرم را تکمیل کند، «اطلاعات حمایتی برای درخواست استثنا یا مجوز قبلی».

☐ من به دارویی نیاز دارم که در فهرست داروهای تحت پوشش طرح نیست (استثناء فهرست فرمولی)

☐ من از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در فهرست داروهای تحت پوشش طرح قرار داشت، اما در طول سال تقویمی طرح حذف شده یا خواهد شد (استثناء فهرست فرمولی)

☐ من از این شرط که قبل از دریافت داروی تجویز شده بایستی داروی دیگری را امتحان کنم، درخواست استثنا می‌کنم (استثناء فهرست فرمولی)

☐ من از محدودیت طرح در مورد تعداد قرص‌هایی که می‌توانم دریافت کنم (محدودیت مقدار) درخواست استثنا می‌کنم تا بتوانم تعداد قرص‌هایی که برای من تجویز شده را دریافت کنم (استثناء فهرست فرمولی)

☐ من در زمینه قوانین دریافت مجوز قبلی طرح که باید قبل از دریافت داروی تجویز شده رعایت شود درخواست استثنا می‌کنم (استثناء فهرست فرمولی)

☐ طرح دارویی من برای یک داروی تجویز شده، هزینه مشارکت بالاتری نسبت به داروی دیگری که بیماری من را درمان می‌کند، دریافت می‌کند، و من می‌خواهم هزینه مشارکت کمتری راپردازم (استثنای ردیفی)

☐ من از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در سطح پرداخت مشارکتی پایین‌تری قرار داشت، اما به سطح پرداخت مشترک بالاتر منتقل شده یا خواهد شد (استثنای ردیفی)

اطلاعات تکمیلی که باید در نظر بگیریم (هر گونه مدارک پشتیبانی را با این فرم ارسال کنید):

آیا به یک تصمیم‌گیری فوری نیاز دارید؟

اگر شما یا تجویز کننده شما معتقد هستید که انتظار 72 ساعت برای یک تصمیم‌گیری استاندارد می‌تواند به زندگی، سلامت یا توانایی شما برای بازیابی حداکثر عملکرد آسیب جدی وارد کند، می‌توانید درخواست یک تصمیم‌گیری سریع (فوری) کنید. اگر تجویز کننده شما نشان دهد که انتظار 72 ساعت می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی وارد کند، ما به طور خودکار در عرض 24 ساعت نتیجه تصمیم‌گیری خود را به شما ارائه می‌دهیم. اگر پشتیبانی تجویز کننده خود را برای درخواست سریع دریافت نکردید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا پرونده شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع دارد یا خیر. (اگر از ما می‌خواهید که هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده اید را بازپرداخت کنیم، نمیتوانید درخواست تجدید نظر فوری کنید.)

☐ بله، من نیاز به نتیجه تصمیم‌گیری در عرض 24 ساعت دارم. اگر مدارک توضیحات پشتیبانی از طرف تجویز کننده خود دارید، آن را به این درخواست پیوست کنید.

امضا:	تاریخ:
-------	--------

نحوه ارسال این فرم

این فرم و هرگونه اطلاعات پشتیبانی را از طریق پست یا فکس ارسال کنید:

شماره فکس: 1-858-357-2556

آدرس:

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
505 City Parkway West Orange, CA 92868

اطلاعات پشتیبان برای یک درخواست استثنا یا مجوز قبلی
توسط تجویز کننده دارو تکمیل شود

□ درخواست بررسی سریع: با علامت زدن این کادر و امضای زیر، گواهی می‌دهم که اعمال بازبینی استاندارد ۷۲ ساعته ممکن است به طور جدی جان یا سلامت ثبت‌نام‌کننده یا توانایی ثبت‌نام‌کننده را برای بازیابی حداکثر عملکرد به خطر بیاندازد.

اطلاعات تجویز کننده

نام	
آدرس خیابان (شامل شهر، ایالت و کد پستی)	
تلفن دفتر	
فکس	
امضا	تاریخ

تشخیص و اطلاعات پزشکی

دارو:	قدرت دارویی و روش استفاده از دارو:
تعداد دفعات مورد نیاز:	تاریخ شروع: □ شروع جدید
طول درمان مورد انتظار:	مقدار لازم برای 30 روز:
قد/وزن:	حساسیت دارویی:
تشخیص - لطفاً تمام تشخیص‌هایی را که با داروی درخواستی و کدهای ICD-10 مربوطه درمان می‌شوند فهرست کنید. (اگر داروی درخواستی برای درمان یک علامت مانند بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، حالت تهوع و غیره استفاده می‌شود، در صورت اطلاع، تشخیص بیماری که باعث ایجاد علائم می‌شود را ارائه دهید)	
ICD-10 Code(s)	
سایر تشخیص‌های مرتبط:	
ICD-10 Code(s)	

سابقه دارویی: (برای درمان شرایطی که به داروی درخواستی نیاز دارند)

داروهای امتحان شده (اگر مشکل اصلی محدودیت مقدار است، دوز واحد/کل دوز روزانه امتحان شده را فهرست کنید)	تاریخ امتحان داروها	نتایج امتحان داروهای قبلی ناموفق در مقابل عدم تحمل (توضیح دهید)

رژیم دارویی فعلی ثبت نام کننده برای شرایطی که به داروی درخواستی نیاز دارد چیست؟

ایمنی دارو

آیا **FDA** برای داروی درخواستی منع مصرف دارد؟

☐ بله ☐ خیر

آیا هنگام افزودن داروی درخواستی به رژیم دارویی فعلی ثبت نام کننده، نگرانی در مورد تداخل دارویی وجود دارد؟

☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ هر یک از سؤالات بالا مثبت است، لطفاً (1) مشکل را توضیح دهید، (2) در مورد مقایسه مزایا در مقابل خطرات احتمالی با وجود نگرانی ذکر شده توضیح دهید، و (3) برنامه نظارت برای اطمینان از ایمنی

مدیریت پرخطر داروها در سالمندان

اگر سن ثبت نام کننده بالای 65 سال باشد، آیا احساس می کنید که مزایای درمان با داروی درخواستی بر خطرات احتمالی برای این بیمار مسن بیشتر است؟

☐ بله ☐ خیر

مواد افیونی - (اگر داروی درخواستی یک داروی مخدر است به این 4 سوال پاسخ دهید)

دوز تجمعی روزانه مورفین (**MED**) چقدر است؟

mg/day

☐ بله ☐ خیر

آیا از سایر تجویزکنندگان مواد افیونی برای این فرد ثبت نام شده اطلاع دارید؟
a. اگر بله لطفاً توضیح دهید.

آیا دوز روزانه **MED** ذکر شده از نظر پزشکی ضروری است؟

☐ بله ☐ خیر

آیا یک دوز تجمعی روزانه **MED** کمتر برای کنترل درد فرد کافی نیست؟

☐ بله ☐ خیر

دلیل درخواست

☐ دارو(های) جایگزینی که قبلاً امتحان شده، اما پیامد نامطلوب داشتند، به عنوان مثال. مسمومیت، آلرژی، یا شکست درمانی اگر در بخش تاریخچه دارو ذکر نشده است، در قسمت زیر مشخص کنید: (1) دارو(های) آزمایش شده و نتایج آزمایش(های) دارو (2) در صورت پیامد نامطلوب، فهرست دارو(ها) و پیامد نامطلوب برای هر کدام، (3) در صورت شکست درمانی، فهرست حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(های) آزمایش شده

☐ دارو(های) جایگزین که منع مصرف دارند، به اندازه کافی موثر نیستند یا ممکن است باعث عواقب نامطلوب شوند. توضیح خاصی که چرا دارو(های) جایگزین به همان اندازه موثر نیستند یا پیامد بالینی نامطلوب قابل توجهی پیش بینی می شود و چرا این پیامد مورد انتظار است، مورد نیاز است. در صورت وجود موارد منع مصرف، دلایل خاصی را ذکر کنید که چرا دارو(های) ترجیحی/دیگر داروهای موجود در فهرست فرمولی دارو منع مصرف دارند.

☐ اگر بیمار ملزم به برآوردن الزامات مجوز قبلی باشد ممکن است دچار عوارض جانبی شود. توضیح مشخصی در زمینه هر پیامد بالینی نامطلوب قابل پیش بینی و اینکه چرا این پیامد مورد انتظار است، مورد نیاز است.

☐ وضعیت بیمار با استفاده از دارو(های) فعلی پایدار است. خطر بالای پیامدهای بالینی نامطلوب قابل توجه با تغییر دارو توضیح خاصی در مورد هر پیامد بالینی نامطلوب قابل توجه پیش بینی شده و اینکه چرا این پیامد انتظار می رود مورد نیاز است - به عنوان مثال. کنترل این وضعیت دشوار بوده است (بسیاری از داروها امتحان شده، داروهای متعددی برای کنترل شرایط مورد نیاز است)، زمانی که بیماری تحت کنترل نبود، بیمار پیامد نامطلوب قابل توجهی داشت (به عنوان مثال بستری شدن در بیمارستان یا ویزیت های مکرر پزشکی حاد، حمله قلبی، سکته مغزی، زمین خوردن، محدودیت قابل توجه در وضعیت عملکردی، درد و رنج بی مورد) و غیره.

☐ نیاز پزشکی به دوزهای مختلف و/یا دوزهای بالاتر در زیر مشخص کنید: (1) فرم(های) دوز و/یا دوز(های) آزمایش شده و نتیجه آزمایش(های) دارو؛ (2) دلیل پزشکی را توضیح دهید (3) شامل اینکه چرا دوز کمتر با قدرت بالاتر - در صورت وجود قدرت بالاتر گزینه مناسبی نیست

☐ درخواست برای استثنای ردیف فرمول دارویی اگر در بخش تاریخچه دارو ذکر نشده باشد، در زیر مشخص کنید: (1) دارو(های) فهرست فرمول دارویی یا داروهای ترجیحی آزمایش شده و نتایج آزمایش(های) دارو (2) در صورت پیامد نامطلوب، فهرست دارو(ها) و پیامد

نامطلوب برای هر کدام، (3) اگر شکست درمانی/به اندازه داروی درخواستی موثر نیست، لیست حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(های) آزمایش شده، (4) اگر مشکل اثرات نامطلوب دارویی مطرح است، فهرست دلایل خاصی که چرا داروهای ترجیحی// سایر داروهای فهرست فرمول دارویی منع مصرف دارند

☐ سایر موارد (در زیر توضیح دهید)

Medicare یک سازمان CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan Advantage تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما مراجعه کنید www.caloptima.org/OneCare.

ضمیمه ها:

- اعلامیه عدم تبعیض و اطلاعیه دسترسی