



درخواست برای تعیین پوشش داروی نسخه‌ای MEDICARE

این فرم را می‌توان با پست یا فکس برای ما ارسال کرد:

آدرس:

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

شماره فکس:

1-858-357-2556

شما همچنین می‌توانید از طریق خط تلفن رایگان 1-877-412-2734 یا وبسایت www.caloptima.org/onecare درخواست تعیین پوشش‌دهی کنید.

کسانی که می‌توانند درخواست دهند: تجویزکننده شما می‌تواند از جانب شما از ما درخواست تعیین پوشش‌دهی کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری (مثلاً عضوی از خانواده یا دوستان) از طرف شما درخواست ارائه کند، آن شخص باید نماینده شما باشد. با ما تماس بگیرید تا از نحوه تعیین نماینده مطلع شوید.

اطلاعات ثبت‌نام‌کننده

نام ثبت‌نام‌کننده		تاریخ تولد
نشانی ثبت‌نام‌کننده		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن	شناسه عضویت ثبت‌نام‌کننده	

تنها در صورتی قسمت زیر را تکمیل نمایید که شخص ارائه‌دهنده این درخواست فرد ثبت‌نام‌کننده یا تجویزکننده نیست:

نام درخواست‌دهنده		
نسبت درخواست‌دهنده با ثبت‌نام‌کننده		
نشانی		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن		

اسناد نمایندگی مربوط به درخواست‌های ارائه‌شده از سوی افرادی غیر از ثبت‌نام‌کننده یا پزشک تجویزکننده فرد ثبت‌نام‌کننده:

اسناد نشان‌دهنده نمایندگی فرد ثبت‌نام‌کننده را ضمیمه کنید (فرم پرشده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل مکتوب آن). برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتصاب نماینده، با طرح خود یا 1-800-Medicare تماس بگیرید.

نام داروی نسخه شده مورد درخواست شما (مقاومت و میزان درخواستی در ماه را در صورت دانستن شامل کنید):

نوع درخواست تعیین پوشش‌دهی

- ☐ من به دارویی نیاز دارم که در لیست داروهای تحت پوشش طرح نیست (استثنای فرمولاری).*
 - ☐ من دارویی استفاده می‌کنم که قبلاً در لیست داروهای تحت پوشش طرح بود، اما در حال برداشته شدن از لیست است یا در طول سال از لیست طرح برداشته شده است (استثنای فرمولاری).*
 - ☐ من درخواست اجازه قبلی برای دارویی را که تجویزکننده‌ام تجویز کرده است دارم.*
 - ☐ من درخواست دارم برای این الزام که داروی دیگری را قبل از دریافت دارویی که تجویزکننده‌ام تجویز کرده است مصرف کنم استثنایی قائل شوید (استثنای فرمولاری).*
 - ☐ من درخواست استثنا در خصوص محدودیت طرح درباره تعداد قرصی (محدودیت کمی) که مصرف می‌کنم دارم تا بتوانم تعداد قرصی را که تجویزکننده‌ام تجویز کرده است دریافت کنم (استثنای فرمولاری).*
 - ☐ طرح دارویی من پرداخت سهم بیمه شده بالاتری را برای دارویی که تجویزکننده‌ام تجویز کرده است نسبت به داروی دیگری که بیماری من را درمان می‌کند قرار داده است، و من تمایل دارم پرداخت سهم بیمه شده کمتری را متحمل شوم (استثنای رده‌بندی).*
 - ☐ من دارویی مصرف می‌کنم که قبلاً در رده پرداخت سهم بیمه شده پایین‌تر شامل می‌شد، اما در حال جابجایی به رده بالاتر پرداخت سهم بیمه شده است یا جابجا شده است (استثنای رده‌بندی).*
 - ☐ طرح دارویی من پرداخت سهم بیمه شده بالاتر از آنچه باید باشد را برای یک دارو تحمیل می‌کند.
 - ☐ من درخواست دارم که مبلغی را برای داروی نسخه شده تحت پوشش که از جیب خود آن را پرداخت کردم به من بازگردانده شود.
- *توجه: اگر درخواست استثنای فرمولاری یا رده‌بندی را دارید، تجویزکننده شما باید بیانه‌ای ارائه دهد که درخواست شما را پشتیبانی کند. درخواست‌هایی که منوط به اجازه قبلی هستند (یا هر الزامی در رابطه با مدیریت استفاده از منابع) ممکن است به اطلاعات پشتیبانی‌کننده نیاز داشته باشند. تجویزکننده شما ممکن است از پیوست «اطلاعات پشتیبانی‌کننده برای درخواست استثنا یا اجازه قبلی» برای پشتیبانی درخواست خود استفاده کرد.

اطلاعات دیگری که باید در نظر بگیریم (هر گونه سند پشتیبانی‌کننده را ضمیمه کنید):

نکته مهم: تصمیمات فوری

اگر شما یا پزشک تجویزکننده تان تشخیص دهید که 72 ساعت انتظار برای یک تصمیم استاندارد ممکن است به طور جدی به جان، سلامت یا توانایی بازیابی عملکرد بیشینه شما لطمه بزند، می‌توانید خواستار یک تصمیم فوری (سریع) شوید. اگر تجویزکننده شما نشان دهد که 72 ساعت انتظار می‌تواند به طور جدی به سلامت شما آسیب بزند، ما به طور خودکار در عرض 24 ساعت تصمیمی به شما ارائه می‌دهیم. اگر حمایت تجویزکننده خود را برای درخواست فوری کسب نکنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا پرونده شما به تصمیم سریع نیاز دارد. اگر به ما درخواست بازپرداخت دارویی را که قبلاً دریافت کرده‌اید دهید، نمی‌توانید درخواست تعیین پوشش‌دهی فوری کنید.

☐ این کادر را در صورتی علامت بزنید که معتقدید به تصمیمی در عرض 24 ساعت نیاز دارید (اگر بیانییه حمایتی از تجویزکننده خود دارید، آن را به این درخواست ضمیمه کنید).

امضا:	تاریخ:
-------	--------

اطلاعات پشتیبانی‌کننده برای درخواست استثنا یا اجازه قبلی

درخواست‌های استثنای فرمولاری و ردبندی را نمی‌توان بدون بیانییه حمایتی تجویزکننده مورد رسیدگی قرار داد. درخواست‌های اجازه قبلی ممکن است مستلزم اطلاعات پشتیبانی‌کننده باشد.

☐ درخواست بازبینی فوری: با علامت زدن این کادر و امضا کردن در زیر، اینجانب گواهی می‌دهم که اعمال مدت زمان 72 ساعت جهت بازبینی استاندارد می‌تواند به طور جدی زندگی و سلامت ثبت‌نام‌کننده یا توانایی او را در کسب مجدد عملکرد بیشینه به خطر اندازد.

اطلاعات تجویزکننده			
نام			
نشانی			
شهر	ایالت	کد پستی	
تلفن دفتر	فکس		
امضای تجویزکننده		تاریخ	

تشخیص و اطلاعات پزشکی		
دارو	تداوم و سیر مصرف	دفعات
تاریخ شروع ☐ شروع تازه	طول درمان مورد انتظار	مقدار در هر 30 روز
قد/وزن	حساسیت‌های دارویی	

ICD-10 (های)	تشخیص - لطفاً تمام تشخیص‌هایی که با داروی درخواستی درمان شده‌اند و کدهای ICD-10 متناظر را فهرست کنید. (اگر بیماری تحت درمان با داروی درخواستی یک علامت است، مثلاً بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، حالت تهوع و غیره، تشخیصی که موجب این علامت(ها) شده است را در صورت دانستن ارائه دهید.)	
ICD-10 (های)	سایر تشخیص‌های مرتبط:	
سابقه دارویی (برای درمان بیماری(هایی) که نیاز به داروی درخواستی دارند)		
نتایج دوره‌های آزمایشی قبلی دارو شکست در مقابل عدم تحمل (توضیح دهید)	تاریخ دوره‌های آزمایشی دارو	داروهای مصرف شده (اگر مشکل یک محدودیت کمی است، دوز واحد/دوز روزانه کل مصرف شده را فهرست کنید)
رژیم دارویی فعلی ثبت‌نام‌کننده برای بیماری(هایی) که به داروی درخواستی نیاز دارند چیست؟		

ایمنی دارو	
آیا موردی از موارد منع مصرف سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) در خصوص داروی درخواستی وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر	
نگرانی‌ای در خصوص تداخل دارویی با افزودن داروی درخواستی به رژیم دارویی فعلی ثبت‌نام‌کننده وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر	
اگر پاسخ شما به هر یک از پرسش‌های بالا بله است، لطفاً: (1) مشکل را توضیح دهید؛ (2) مزایا و خطرات بالقوه را علیرغم نگرانی مذکور شرح دهید؛ و (3) برای تضمین ایمنی خود، بر طرح نظارت داشته باشید.	
مدیریت خطر بالای داروها در افراد مسن	
اگر ثبت‌نام‌کننده بالای 65 سال سن دارد، آیا فکر می‌کنید که مزایای درمان با داروی درخواستی بیش از خطرات بالقوه در این بیمار مسن است؟ ☐ بله ☐ خیر	
مواد افیونی (لطفاً اگر داروی درخواستی یک ماده افیونی است، به سوالات زیر پاسخ دهید)	
دوز تجمعی روزانه معادل مورفین (MED) آن چیست؟	میلی‌گرم/روز
آیا از تجویزکننده‌های دیگر افیون برای این ثبت‌نام‌کننده آگاه هستید؟ ☐ بله ☐ خیر اگر چنین است، لطفاً توضیح دهید.	

☐ بله ☐ خیر

☐ بله ☐ خیر

آیا دوز روزانه MED بیان شده از لحاظ پزشکی ضروری است؟

آیا مجموع دوز روزانه MED پایین تر برای کنترل درد ثبت نام کننده ناکافی خواهد بود؟

دلیل درخواست

☐ دارو(های) جایگزینی که منع مصرف دارد یا قبلاً امتحان شده، اما پیامد نامطلوبی مثل مسمومیت، حساسیت یا شکست دارویی داشته است [اگر قبلاً در قسمت سابقه دارویی این فرم ذکر نکرده اید، در زیر مشخص کنید: (1) دارو(های) امتحان شده و نتایج دوره(های) آزمایشی دارویی، (2) در صورت وجود پیامد نامطلوب، دارو(ها) و پیامد نامطلوب هر یک را فهرست کنید، (3) در صورت وقوع شکست دارویی، دوز بیشینه و طول درمان با دارو(های) آزمایش شده را فهرست کنید، (4) در صورت وجود مورد(های) منع مصرف، لطفاً دلیل مشخصی بیاورید که چرا دارو(های) ترجیحی/دارو(های) فرمولاری دیگر منع مصرف دارند].

☐ بیمار با دارو(های) فعلی وضعیت پایداری دارد؛ خطر بالای پیامد بالینی نامطلوب قابل توجه با تغییر دارو لازم است برای هر پیامد بالینی نامطلوب قابل توجه و چرایی انتظار بروز یک پیامد نامطلوب قابل توجه، توضیح مشخصی ارائه دهید — مثلاً بیماری مورد نظر به سختی کنترل شده است (داروهای زیادی آزمایش شده اند و چندین دارو برای کنترل آن مورد نیاز است)، زمانی که بیماری از قبل کنترل نشده بود، بیمار از پیامد نامطلوب قابل توجهی رنج می برد (مثلاً بستری شدن یا ملاقات های پزشکی حاد مکرر، حمله قلبی، سکتة مغزی، افت، محدودیت چشمگیر وضعیت عملکردی، درد بی مورد و رنج کشیدن) و غیره.

☐ نیاز پزشکی به اشکال مختلف دوز و/یا دوز بالاتر [موارد زیر را تعیین کنید: (1) شکل(های) دوز و/یا دوز(های) آزمایش شده و پیامد آزمایش(های) دارویی، (2) دلیل پزشکی را توضیح دهید، (3) شرح دهید که چرا دوز غیرمتداول تر با مقاومت بالاتر انتخاب نمی شود — اگر مقاومت بالاتری وجود دارد].

☐ درخواست برای استثنای رده فرمولاری اگر قبلاً در قسمت سابقه دارویی این فرم ذکر نکرده اید، در زیر مشخص کنید: (1) دارو(های) فرمولاری یا ترجیح آزمایش شده و نتایج دوره(های) آزمایشی دارویی، (2) در صورت وجود پیامد نامطلوب، دارو(ها) و پیامد نامطلوب هر یک را فهرست کنید، (3) در صورت وقوع شکست دارویی/عدم اثربخشی مشابه داروی درخواستی، دوز بیشینه و طول درمان با دارو(های) آزمایش شده را فهرست کنید، (4) در صورت وجود مورد(های) منع مصرف، لطفاً دلیل مشخصی بیاورید که چرا دارو(های) ترجیحی/دارو(های) فرمولاری دیگر منع مصرف دارند].

☐ سایر (در زیر توضیح دهید).

توضیح لازم

Medicare Advantage تحت قرارداد 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، اصالت 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 www.caloptima.org/OneCare مراجعه کنید.

ضمیمه ها

• اعلامیه عدم تبعیض و اطلاعیه دسترسی به خدمات زبانی