

درخواست تعیین پوشش داروهای نسخه ای Medicare

این فرم را می‌توانید از طریق پست یا نمابر برای ما ارسال کنید:

شماره نمابر:
(888) 697-8122

نشانی:
Blue Shield of California
Pharmacy Services
PO Box 2080
Oakland, CA 94604-9716

همچنین، می‌توانید از طریق شماره تلفن (800) 535-9481 یا وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/medicare از ما درخواست کنید تا پوشش بیمه را تعیین کنیم.

چه کسی می‌تواند درخواست بدهد: تجویزکننده دارو شما می‌تواند از جانب شما از ما درخواست کند پوشش بیمه‌تان را تعیین کنیم. اگر می‌خواهید فرد دیگری (مانند یکی از اعضای خانواده یا دوست) از جانب شما درخواست کند، آن فرد باید نماینده شما باشد. برای اطلاع از نحوه تعیین نماینده، با ما تماس بگیرید.

اطلاعات ثبت‌نام‌کننده

نام ثبت‌نام‌کننده	تاریخ تولد	
نشانی ثبت‌نام‌کننده		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن	شماره شناسایی عضویت ثبت‌نام‌کننده	

بخش زیر را فقط در صورتی تکمیل کنید که شخصی که این درخواست را انجام می‌دهد ثبت‌نام‌کننده یا تجویزکننده نباشد:

نام درخواست‌کننده		
نسبت درخواست‌کننده با عضو		
نشانی		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن		

اسناد نمایندگی برای درخواست‌هایی که شخصی غیر از ثبت‌نام‌کننده یا تجویزکننده داروی فرد ثبت‌نام‌کننده ارائه کرده است:

اسنادی را که دال بر اختیار قانونی نماینده ثبت‌نام‌شونده است ضمیمه کنید (فرم تکمیل‌شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل کتبی آن). برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تعیین نماینده، با طرح خود یا 1-800-Medicare تماس بگیرید.

نام داروی نسخه‌ای که درخواست می‌کنید (در صورت اطلاع، میزان شدت و مقدار درخواستی در هر ماه را درج کنید):

نوع درخواست تعیین پوشش

- به دارویی نیاز دارم که در فهرست داروهای تحت پوشش طرح نیست (استثنای دارونامه‌ای).*
 - از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در فهرست داروهای تحت پوشش طرح قرار داشت، اما در طول سال طرح از این فهرست حذف شده است یا حذف خواهد شد (استثنای دارونامه‌ای).*
 - درخواست مجوز قبلی برای دارویی دارم که تجویزکننده داروی من تجویز کرده است.*
 - درخواست استثنا قائل شدن برای شرط الزامی امتحان کردن یک داروی دیگر قبل از دریافت داروی تجویز شده را دارم (استثنای دارونامه‌ای).*
 - درخواست استثنا برای محدودیت طرح در مورد تعداد قرص‌هایی که می‌توانم دریافت کنم (محدودیت مقدار) دارم تا بتوانم تعداد قرص‌هایی را که برای من تجویز شده است دریافت کنم (استثنای دارونامه‌ای).*
 - هزینه پرداخت مشترک در طرح دارویی من برای دارویی که تجویزکننده برای من تجویز کرده است نسبت به داروی دیگر مربوط به درمان بیماری‌ام بیشتر است و می‌خواهم هزینه پرداخت مشترک کمتری بپردازم (استثنای ردیف‌بندی).*
 - از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در ردیف پرداخت مشترک پایین‌تری قرار داشت، اما در حال انتقال به ردیف بالاتر پرداخت مشترک است یا به آن منتقل شده است (استثنای ردیف‌بندی).*
 - طرح دارویی من برای یک دارو هزینه پرداخت مشترک بیشتری نسبت به آنچه باید باشد از من دریافت می‌کند.
 - می‌خواهم هزینه‌های پرداختی‌ام برای یک داروی نسخه‌ای تحت پوشش با زپرداخت شود.
- *توجه: اگر درخواست استثنای دارونامه‌ای یا استثنای ردیف‌بندی دارید، تجویزکننده شما باید اظهاریه‌ای در تأیید درخواست شما ارائه دهد. درخواست‌هایی که مشمول مجوز قبلی (یا هر شرط مدیریت استفاده دیگر) هستند، ممکن است به اطلاعات تأییدکننده نیاز داشته باشند. تجویزکننده داروی شما می‌تواند از «اطلاعات تأییدکننده برای درخواست استثنا یا مجوز قبلی» پیوسته شده برای تأیید درخواست شما استفاده کند.

اطلاعات تکمیلی که باید در نظر بگیریم (هر سند تأییدکننده را پیوست کنید):

نکته مهم: تصمیمات تسریع شده

اگر از نظر شما یا تجویزکننده دارو انتظار 72 ساعته برای تصمیم استاندارد احتمال وارد آوردن آسیب جدی به جان، سلامتی یا توانایی شما برای بازیابی حداکثر عملکرد را در پی داشته باشد، می‌توانید درخواست تصمیم تسریع شده (سریع) کنید. اگر تجویزکننده داروی شما بیان کند که انتظار 72 ساعته ممکن است به سلامت شما آسیب جدی وارد کند، ما به‌طور خودکار تصمیم را در عرض 24 ساعت به شما اعلام می‌کنیم. اگر تأییدیه تجویزکننده را برای درخواست تسریع شده خود دریافت نکنید، لزوم تصمیم‌گیری سریع برای پرونده شما به تشخیص ما خواهد بود. اگر از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده اید به شما برگردانیم، نمی‌توانید تعیین تسریع شده پوشش بیمه را درخواست کنید.

اگر فکر می‌کنید که نیاز دارید تصمیم در عرض 24 ساعت گرفته شود، این کادر را علامت بزنید (اگر اظهاریه تأییدکننده از تجویزکننده داروی خود دارید، آن را به این درخواست پیوست کنید).

امضا:	تاریخ:
-------	--------

اطلاعات تأییدکننده برای درخواست استثنا یا مجوز قبلی

به درخواست‌های «استثنای دارونامه ای» و «استثنای ردیف‌بندی» که اظهاریه تأییدکننده از تجویزکننده دارو ندارند رسیدگی نمی‌شود. درخواست‌های مجوز قبلی ممکن است نیازمند اطلاعات تأییدکننده باشند.

درخواست بازبینی تسریع شده: با علامت زدن این کادر و امضا کردن قسمت زیر، گواهی می‌دهم که به‌کارگیری چارچوب زمانی بازبینی استاندارد 72 ساعته ممکن است به‌طور جدی جان یا سلامت ثبت‌نام‌کننده یا توانایی ثبت‌نام‌کننده برای بازیابی حداکثر عملکرد را به خطر بیندازد.

Y0118_24_465A_FA_C 08092024

H2819_24_465A_FA_C Approved 08202024

A53821MADD-FA_0724

اطلاعات تجویزکننده			
نام			
نشانی			
شهر	ایالت	کد پستی	
تلفن مطب	نمابر		
امضای تجویزکننده			تاریخ

تشخیص و اطلاعات پزشکی		
دارو:	میزان شدت دارو و روش مصرف آن:	تناوب مصرف:
تاریخ شروع: <input type="checkbox"/> شروع جدید	مدت مورد انتظار درمان:	مقدار در 30 روز
قد/وزن:	آرژهای دارویی:	
تشخیص - لطفاً تمام بیماری‌های تشخیص داده شده‌ای را که با داروی درخواستی درمان می‌شوند همراه با کدهای ICD-10 مربوطه ذکر کنید. (اگر داروی درخواست شده برای درمان بیماری‌ای است که علائم آن بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، حالت تهوع و غیره باشد، چنانچه تشخیصی برای علت این علائم داده شده است، آن تشخیص را ارائه کنید.)		
سایر تشخیص‌های مرتبط:		کد(های) ICD-10

سابقه دارویی: (برای درمان بیماری(های) که مستلزم داروی درخواستی است)		
داروهای امتحان شده (اگر مشکل شما محدودیت مقدار است، دوز واحد/کل دوز روزانه امتحان شده را ذکر کنید)	تاریخ‌های کارآزمایی‌های دارویی	نتایج کارآزمایی‌های دارویی قبلی (ناموفق بودن در مقابل عدم تحمل (توضیح دهید))
رژیم دارویی فعلی ثبت‌نام‌کننده برای بیماری(های) که به داروی درخواستی نیاز دارند چیست؟		

Y0118_24_465A_FA_C 08092024

H2819_24_465A_FA_C Approved 08202024

A53821MADD-FA_0724

ایمنی دارو

آیا FDA موردی برای منع مصرف داروی درخواستی اعلام کرده است؟

بله خیر

آیا نگرانی‌ای در مورد **تداخل دارویی** با اضافه شدن داروی درخواستی به رژیم دارویی فعلی ثبت‌نام‌کننده وجود دارد؟

بله خیر

اگر پاسخ هر یک از سؤالات ذکر شده در بالا مثبت است، لطفاً (1) مشکل را توضیح دهید، (2) در مورد مزایا و خطرات احتمالی با وجود نگرانی ذکر شده صحبت کنید و (3) طرح نظارتی برای اطمینان از ایمنی داشته باشید

مدیریت خطر بالای داروها در سالمندان

اگر سن ثبت‌نام‌کننده بالای 65 سال است، آیا احساس می‌کنید که مزایای درمان با داروی درخواستی در این بیمار مسن بر خطرات احتمالی آن می‌چربد؟

بله خیر

افیون واره ها - (اگر داروی درخواستی افیون واره است، لطفاً سؤالات زیر را تکمیل کنید)	
دوز معادل مورفین (MED) تجمعی روزانه چقدر است؟	میلی‌گرم/روز <input type="text"/>
آیا تجویزکننده دیگری می‌شناسید که برای این ثبت‌نام‌کننده داروهای افیون واره ای تجویز کند؟ اگر این‌گونه است، لطفاً توضیح دهید.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
یا دوز روزانه MED ذکرشده از نظر پزشکی ضروری است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
یا مجموع دوز روزانه MED کمتر برای کنترل درد عضو کافی نیست؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

Y0118_24_465A_FA_C 08092024

H2819_24_465A_FA_C Approved 08202024

A53821MADD-FA_0724

□ دارو(های) جایگزین منع مصرف دارد یا قبلاً آزموده شده است، اما نتیجه نامطلوب داشته است، مثل مسمومیت، آلرژی، یا ناموفق بودن از نظر درمانی [اگر قبلاً در بخش «سابقه دارویی» در فرم ذکر نشده است، این موارد را در قسمت زیر مشخص کنید: (1) دارو(های) آزموده شده و نتایج کارآزمایی(های) دارویی (2) در صورت بروز نتیجه نامطلوب، فهرست دارو(ها) و نتیجه نامطلوب برای هر کدام، (3) در صورت ناموفق بودن از نظر درمانی، حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(ها)ی آزموده شده را ذکر کنید، (4) در صورت وجود مورد (موارد) منع مصرف، لطفاً دلیل خاص منع مصرف دارو(ها)ی ترجیحی/سایر داروهای دارونامه را ذکر کنید]

□ شرایط بیمار با مصرف دارو(های) فعلی پایدار است؛ خطر بالای نتایج بالینی نامطلوب با تغییر دارو لازم است توضیح خاص هرگونه نتیجه بالینی نامطلوب پیش‌بینی شده قابل توجه و علت بروز نتیجه نامطلوب قابل توجه ذکر شود، مثل بیماری‌ای که کنترل آن دشوار بوده است (داروهای زیادی آزموده شده است، چند دارو برای کنترل بیماری لازم است)، وقتی قبلاً بیماری کنترل نشده است، نتایج نامطلوب قابل توجهی در بیمار بروز کرده است (مثل بستری شدن در بیمارستان یا ویزیت‌های پزشکی حاد مکرر، حمله قلبی، سکته، افتادن، محدودیت قابل توجه وضعیت عملکردی، درد و رنج بیش‌ازحد) و غیره.

□ نیاز پزشکی به نوع متفاوتی از دوز دارو و/یا دوز بالاتر [این موارد را در زیر مشخص کنید: (1) نوع(انواع) دوز و/یا دوز(های) آزموده شده و نتیجه کارآزمایی(های) دارویی؛ (2) دلیل پزشکی را توضیح دهید (3) قید کنید چرا تعیین دوز با تعداد دفعات کمتر و شدت بالاتر جزو گزینه‌ها نیست - در صورت وجود شدت بالاتر]

□ درخواست استثنای ردیف‌بندی دارونامه اگر قبلاً در بخش «سابقه دارویی» در فرم ذکر نشده است، این موارد را در زیر مشخص کنید: (1) دارو(های) ترجیحی یا دارونامه‌ای آزموده شده و نتایج کارآزمایی(های) دارو (2) در صورت بروز نتیجه نامطلوب، فهرست دارو(ها) و نتیجه نامطلوب برای هر کدام، (3) در صورت ناموفق بودن از نظر درمانی/مؤثر نبودن به اندازه داروی درخواستی، حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(ها)ی کارآزمایی را ذکر کنید، (4) در صورت وجود مورد (موارد) منع مصرف، لطفاً دلیل خاص منع مصرف دارو(ها)ی ترجیحی/سایر داروهای دارونامه را ذکر کنید]

□ سایر (در زیر توضیح دهید)

توضیح لازم

<The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion,

Y0118_24_465A_FA_C 08092024

H2819_24_465A_FA_C Approved 08202024

A53821MADD-FA_0724

sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。>