

**Health Net Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)**



ՀԱՅՑ՝ MEDICARE-Ի ԿՈՂՄԻՑ ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԾԱԾԿՈՒՅԹԻ
ՍԱՀՄԱՆՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Այս ձևաթուղթը կարող էք մեզ ուղարկել էլեկտրոնային փոստով կամ ֆաքսով.

Հասցեն՝
Medicare Pharmacy Prior
Authorization Department
P.O. Box 31397
Tampa, FL 33631-3397

Ֆաքսի համարը՝
1-877-941-0480

Դուք կարող եք ծածկույթի սահմանման վերաբերյալ դիմել մեզ՝ զանգահարելով 1-855-464-3571 (Los Angeles County-ում) 1-855-464-3572 (San Diego County-ում) հեռախոսահամարներով (TTY՝ 711) կամ մեր կայքի միջոցով՝ mmp.healthnetcalifornia.com: Աշխատանքային ժամերն են՝ 8:00-ից մինչև 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Աշխատանքային ժամերից դուրս կամ շաբաթ-կիրակի և տոն օրերին Դուք կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Ով կարող է դիմել հայցով. Ձեզ դեղամիջոցներ նշանակողը կարող է ծածկույթի սահմանման վերաբերյալ հայց ներկայացնել Ձեր անունից: Եթե ցանկանում եք, որպեսզի մեկ այլ անձ ներկայացնի հայցը (օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ընկերը), այդ անձը պետք է լինի Ձեր ներկայացուցիչը: Դիմեք մեզ՝ իմանալու, թե ինչպես նշել ներկայացուցչին:

Ապահովագրական պլանի մասնակցի վերաբերյալ տեղեկություններ

Անդամագրվածի անունը		Ծննդյան ամսաթիվը
Անդամագրվածի հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային դասիչը
Հեռախոսահամարը	Անդամագրվածի նույնականացման (ID) #	

Այս հատվածը լրացրեք ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, եթե դիմող անձն անդամագրվածը կամ նշանակողը չէ:

Դիմողի անունը		
Դիմողի փոխհարաբերությունը անդամագրվածի հետ		
Հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային դասիչը
Հեռախոսահամարը		

Փաստաթղթերի ներկայացումը՝ հայցը անդամագրված անձից կամ անդամագրվածին դեղամիջոցներ նշանակող անձից գատ այլ անձի կողմից ներկայացնելու դեպքում.

Կցեք փաստաթղթերը՝ նշելով այն մարմինը, որը պետք է ներկայացնի անդամագրվածին (լրացված Ներկայացուցչի լիազորման **CMS-1696** ձևաթուղթ կամ գրավոր համարժեք փաստաթուղթ): Ներկայացուցիչ նշանակելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկությունների համար դիմեք Ձեր պլանին կամ **1-800-Medicare (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարներով **(TTY՝ 1-877-486-2048)**՝ շուրջօրյա և առանց հանգստյան օրերի:

Ձեր կողմից պահանջվող դեղատոմսով նշանակված դեղամիջոցի անվանումը (եթե հայտնի է, ներառեք դեղաչափը և ամսական կտրվածքով պահանջվող քանակը).

Ծածկույթի սահմանման հայցի տեսակը

- Ես կարիք ունեմ մի դեղամիջոցի, որը պլանի՝ ապահովագրությամբ ծածկվող դեղամիջոցների ցանկում ներառված չէ (դեղացանկից բացառություն):*
- Ես օգտագործում եմ մի դեղամիջոց, որը նախկինում ներառված է եղել պլանի՝ ապահովագրությամբ ծածկվող դեղամիջոցների ցանկում, սակայն հանվում է կամ հանվել է այս ցանկից ապահովագրական պլանի գործելու տարվա ընթացքում (դեղացանկից բացառություն):*
- Ես նախնական թույլտվություն եմ խնդրում՝ նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղամիջոցի համար:*
- Ես խնդրում եմ բացառություն անել մեկ այլ դեղամիջոց փորձելու պահանջից՝ նախքան նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղամիջոցը ստանալը (դեղացանկից բացառություն):*
- Ես խնդրում եմ բացառություն անել պլանի՝ իմ դեղահաբերի այն քանակի սահմանափակման (քանակային սահմանաչափի) վերաբերյալ, որը կարող եմ ստանալ, որպեսզի կարողանամ ստանալ նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղահաբերի քանակը (դեղացանկից բացառություն):*

Իմ՝ դեղամիջոցների ապահովագրական պլանը նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղամիջոցի համար ավելի բարձր համավճար է գանձում, քան իմ հիվանդությունը բուժող մեկ այլ դեղամիջոցի համար, և ես ցանկանում եմ ավելի ցածր համավճար վճարել (բացառություն դեղերի կարգերից):*

Ես օգտագործում եմ մի դեղամիջոց, որը նախկինում ներառված է եղել համավճարի ավելի ցածր կարգում, սակայն տեղափոխվում է կամ տեղափոխվել է համավճարի ավելի բարձր կարգ (բացառություն դեղերի կարգերից):*

Իմ՝ դեղամիջոցների ապահովագրական պլանն ինձնից նախատեսվածից ավելի մեծ համավճար է գանձել:

Ես ցանկանում եմ փոխհատուցում ստանալ նշանակված ծածկվող դեղամիջոցի համար, որի համար ինքս եմ վճարել:

***ՆՇՈՒՄ. Եթե Դուք դիմում եք դեղացանկից կամ դեղերի կարգերից բացառության համար, Ձեր նշանակողը ՊԵՏՔ է Ձեր պահանջը հաստատող հայտարարություն տրամադրի: Նախնական թույլտվության ստացման ենթակա հայցերի (կամ օգտագործման կառավարման որևէ այլ պահանջի) համար կարող է անհրաժեշտ լինել օժանդակ տեղեկատվություն: Ձեր նշանակողը Ձեր հայցին օժանդակելու համար կարող է օգտագործել կից «Բացառության հայցի կամ նախնական թույլտվության համար անհրաժեշտ օժանդակ տեղեկատվությունը»:**

Լրացուցիչ տեղեկատվությունը, որ պետք է ի նկատի ունենանք (կցեք ցանկացած աջակցող փաստաթղթեր).

Կարևոր նշում. Արագացված որոշումներ

Եթե Ձեր նշանակողը կարծում է, որ ստանդարտ որոշման համար 72 ժամ սպասելը կարող է լրջորեն վտանգել Ձեր կյանքը, առողջությունը կամ առավելագույն գործառույթը վերականգնելու կարողությունը, Դուք կարող եք արագացված (արագ) որոշում խնդրել: Եթե Ձեր նշանակողը նշում է, որ 72 ժամ սպասելը կարող է լրջորեն վտանգել Ձեր առողջությունը, մենք 24 ժամվա ընթացքում ավտոմատ կերպով Ձեզ որոշում կտրամադրենք: Եթե արագացված որոշում ստանալու հարցում չստանաք Ձեր նշանակողի աջակցությունը, մենք կորոշենք, թե արդյո՞ք Ձեր դեպքի համար արագ որոշման կարիք կա: Դուք չեք կարող պահանջել արագացված կարգով ծածկույթի սահմանում, եթե մեզ խնդրում եք հետ վճարել մի դեղամիջոցի համար, որն արդեն ստացել եք:

ՆՇԵՔ ԱՅՍ ՎԱՆԴԱԿԸ, ԵԹԵ ԿԱՐԾՈՒՄ ԵՔ, ՈՐ 24 ԺԱՄՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՈՐՈՇՄԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ (եթե Ձեր նշանակողի կողմից օժանդակող հայտարարություն ունեք, այն կցեք այս հայցին):

Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝
-----------------	----------

Բացառության հայցի կամ նախնական թույլտվության համար անհրաժեշտ օժանդակ տեղեկատվություն

ԴԵՂԱՑԱՆԿԻՑ և ԴԵՂԵՐԻ ԿԱՐԳԵՐԻՑ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅԱՆ հայցերը չեն կարող դիտարկվել առանց նշանակողի օժանդակող հայտարարության: ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ հայցերի համար կարող է պահանջվել օժանդակ տեղեկատվություն:

ԱՐԱԳԱՅՎԱԾ ԴԻՏԱՐԿՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՀԱԼ ՀԱՅՑ: Նշելով այս վանդակը և ստորև ստորագրելով՝ ես հաստատում եմ, որ **72-ժամյա** ստանդարտ դիտարկման ժամանակահատվածը կարող է լրջորեն վտանգել անդամագրվածի կյանքը, առողջությունը կամ նրա՝ առավելագույն գործառույթ ստանալու կարողությանը:

Նշանակողի վերաբերյալ տեղեկատվությունը		
Անունը		
Հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային դասիչը
Գրասենյակի հետախոսահամարը		Ֆաքսի համարը
Նշանակողի ստորագրությունը		Ամսաթիվը

Ախտորոշումը և բժշկական տեղեկատվությունը		
Դեղամիջոցը՝	Դեղամիջոցի դեղաչափը և ընդունման ձևը՝	Հաճախականությունը՝
Օգտագործումը սկսելու ամսաթիվը <input type="checkbox"/> ՆՈՐ ՄԿԻԶԲ	Թերապիայի ակնկալվող տևողությունը՝	30 օրում անհրաժեշտ քանակությունը՝
Հասակը/Քաշը՝	Ալերգիա դեղամիջոցների նկատմամբ՝	

<p>ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ – Խնդրում ենք նշել բոլոր ախտորոշումները, որոնք բուժվում են պահանջվող դեղամիջոցով, և համապատասխան ICD-10 կոդերը: (Եթե պահանջվող դեղամիջոցով բուժվող հիվանդությունը ախտանիշ է, օրինակ՝ անորեքսիա, քաշի կորուստ, շնչահեղձություն, ցավ կրծքավանդակում, սրտխառնոց և այլն, նշեք այդ ախտանիշ(ներ)ը պատճառող ախտորոշումը, եթե հայտնի է)</p>	ICD-10 կոդ(եր)ը
--	-----------------

Այլ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐ՝	ICD-10 կոդ(եր)ը
---------------------------------	-----------------

ԴԵՂԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶԸ (հիվանդության (հիվանդությունների) բուժման համար անհրաժեշտ պահանջվող դեղամիջոցը)

<p>ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԸ (եթե քանակական սահմանաչափը խնդիր է, ապա նշեք օգտագործված մեկանգամյա չափաբաժինը/ընդհանուր օրական չափաբաժինը)</p>	<p>Օգտագործված դեղամիջոցների ԱՄՍԱԹՎԵՐԸ</p>	<p>Նախկինում օգտագործված դեղամիջոցների ԱՐՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԱՆՀԱՋՈՂ կամ ԱԼԵՐԳԻԱ (բացատրեք)</p>

Ինչպիսի՞ն է անդամագրվածի՝ հիվանդության (հիվանդությունների) բուժման համար անհրաժեշտ պահանջվող դեղամիջոցի ներկայիս սխեման:

ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կա՞ն **FDA-ի ԿՈՂՄԻՑ ՆՇՎԱԾ ՀԱԿԱՅՈՒՑՈՒՄՆԵՐ** պահանջվող դեղամիջոցի վերաբերյալ: ԱՅՈ ՈՉ

Կա՞ն մտահոգություններ **ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ** վերաբերյալ՝ պահանջվող դեղամիջոցը անդամագրվածի ներկայիս սխեմային ավելացնելու հետ կապված: ԱՅՈ ՈՉ

Եթե վերը նշված հարցերից որևէ մեկին տրվել է դրական պատասխան, 1) բացատրեք խնդիրը, 2) անկախ նշված մտահոգություններից՝ քննարկեք առավելությունները և հնարավոր ռիսկերը և 3) մշտադիտարկման պլանը՝ անվտանգությունն ապահովելու

ՏԱՐԵՑՆԵՐԻ ՄՈՏ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԲԱՐՁՐ ՌԻՍԿԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ

Եթե անդամագրվածը 65 տարեկանից մեծ է, կարծո՞ւմ եք, որ պահանջվող դեղամիջոցով բուժման առավելությունները կգերակշռեն հնարավոր ռիսկերը այդ տարեց հիվանդի մոտ: ԱՅՈ ՈՉ

ՕՓԻՈՒԴՆԵՐ – (խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, եթե պահանջվող դեղամիջոցը օփիոիդ է)

Ինչպիսի՞ն է մորֆինին համարժեք օրական կուտակային չափաբաժինը **Morphine Equivalent Dose, (MED):** մգ/օրական

Ձեզ հայտնի՞ են այս անդամագրվածին այլ օփիոիդներ նշանակողներ:
Եթե այո, նշեք նրանց:

ԱՅՈ ՈՉ

Նշված օրական MED չափաբաժինը անհրաժե՞շտ է բժշկական նկատառումներով: ԱՅՈ ՈՉ
Ընդհանուր օրական ավելի փոքր MED չափաբաժինը բավականաչափ չէ՞ր լինի ցավի վերահսկման համար: ԱՅՈ ՈՉ

ՀԱՅՑԻ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ

Այլընտրանքային դեղամիջոց(ներ), որոնք հակացուցված են կամ նախկինում փորձել եք, բայց եղել է անբարենպաստ արդյունք, օրինակ՝ թունավորում, ալերգիա կամ բուժման ձախողում Ստորև նշեք, եթե ավելի վաղ չեք նշել այս ձևաթղթի ԴԵՂԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶ բաժնում. (1) Օգտագործված դեղամիջոցները և օգտագործման արդյունքները (2) անբարենպաստ արդյունքի դեպքում թվարկեք դեղամիջոցները և ամեն մեկի անբարենպաստ արդյունքը, (3) բուժման ձախողման դեպքում նշեք օգտագործված դեղամիջոց(ներ)ի մաքսիմալ չափաբաժինը և բուժման տևողությունը, (4) հակացուցում(ներ)ի դեպքում նշեք կոնկրետ պատճառը, թե ինչու են հակացուցված նախընտրելի դեղամիջոց(ներ)ը/դեղացանկի այլ դեղամիջոց(ներ)ը

Հիվանդի վիճակը կայուն է ներկայումս ընդունվող դեղամիջոց(ներ)ով; դեղամիջոց(ներ)ի փոփոխությունը հղի է զգալի անբարենպաստ կլինիկական արդյունքի բարձր ռիսկայնությամբ անհրաժեշտ է որևէ ակնկալվող զգալի անբարենպաստ կլինիկական արդյունքի կոնկրետ բացատրությունը և թե ինչու է ակնկալվում զգալի անբարենպաստ կլինիկական արդյունք, օրինակ՝ հիվանդությունը դժվար էր վերահսկել (օգտագործվել են շատ դեղամիջոցներ, հիվանդության վերահսկման համար անհրաժեշտ են եղել բազմաթիվ դեղամիջոցներ), հիվանդն ունեցել է զգալի անբարենպաստ արդյունքի նախկինում հիվանդությունը չվերահսկելու ժամանակ (օրինակ՝ հոսպիտալացում կամ շտապ օգնության հաճախակի կանչեր, սրտի կաթված, ինսուլտ, անկումներ, ֆունկցիոնալ կարգավիճակի զգալի սահմանափակում, անհարկի ցավ և տառապանք) և այլն

Այլ դեղաչափային ձևի և/կամ ավելի բարձր դեղաչափի բժշկական անհրաժեշտություն Ստորև նշեք. (1) Օգտագործված դեղաչափային ձև(եր)ը և/կամ օգտագործված դեղամիջոցների արդյունքը; (2) բացատրեք բժշկական պատճառը (3) ներառեք, թե ինչու ավելի բարձր դեղաչափով պակաս հաճախականությամբ չափաբաժինը տարբերակ չէ՝ եթե ավելի բարձր դեղաչափ գոյություն ունի

Դեղացանկի կարգերից բացառության հայց Ստորև նշեք, եթե եթե ավելի վաղ չեք նշել այս ձևաթղթի ԴԵՂԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶ բաժնում. (1) դեղացանկից կամ նախընտրելի դեղամիջոց(ներ)ը և օգտագործված դեղամիջոցների արդյունքը (2) անբարենպաստ արդյունքի դեպքում թվարկեք դեղամիջոց(ներ)ը և ամեն մեկի անբարենպաստ արդյունքը, (3) բուժման ձախողման/պահանջվող դեղամիջոցի համեմատ անարդյունավետության դեպքում նշեք օգտագործված դեղամիջոց(ներ)ի մաքսիմալ չափաբաժինը և բուժման տևողությունը, (4) հակացուցում(ներ)ի դեպքում նշեք կոնկրետ պատճառը, թե ինչու են հակացուցված նախընտրելի դեղամիջոց(ներ)ը/դեղացանկի այլ դեղամիջոց(ներ)ը

Այլ (բացատրել ստորև)

Պահանջվող բացատրություն
