



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

درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش داروی نسخه‌ای MEDICARE

این فرم را می‌توانید با پست یا نمابر برای ما بفرستید:

نشانی:

شماره نمابر:

1-877-941-0480

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

از طریق شماره تلفن (3571-464-855-1) در Los Angeles County (یا 3572-464-855-1) در San Diego County (TTY:711) یا از طریق وبسایت ما به نشانی mmp.healthnetcalifornia.com نیز می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه را ارائه کنید. ساعات کاری خدمات اعضا از 8 صبح تا 8 شب دوشنبه تا جمعه است. در ساعات غیر اداری، در تعطیلات آخر هفته یا روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در نخستین روز کاری با شما تماس گرفته می‌شود.

چه کسانی می‌توانند درخواست ارائه کنند: پزشک تجویزکننده می‌تواند از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش را ارائه کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری (مثلاً یکی از بستگان یا دوستان) از طرف شما درخواست ارائه کند، آن شخص باید نماینده شما باشد. برای کسب اطلاعات درباره تعیین نماینده با ما تماس بگیرید.

اطلاعات فرد ثبت‌نام کننده

نام فرد ثبت‌نام کننده		تاریخ تولد
نشانی فرد ثبت‌نام کننده		
شهر	ایالت	کد زیپ
تلفن	شناسه عضویت فرد ثبت‌نام کننده	

قسمت زیر را فقط در صورتی پر کنید که فرد ارائه‌دهنده درخواست همان فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده نباشد:

نام فرد درخواست‌کننده		
نسبت فرد درخواست‌کننده با فرد ثبت‌نام کننده		
نشانی		
شهر	ایالت	کد زیپ
تلفن		

اسناد نمایندگی مربوط به درخواست‌های ارائه شده از سوی افرادی غیر از فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده فرد ثبت‌نام کننده:

اسناد نشان‌دهنده نمایندگی فرد ثبت‌نام کننده را پیوست کنید (فرم پر شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل مکتوب آن). برای کسب اطلاعات بیشتر یا انتصاب نماینده، طی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با طرح خود یا با شماره (1-800-Medicare 1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

نام داروی نسخه‌ای که خواستار آن هستید (در صورت مشخص بودن، قوت و مقدار درخواستی برای هر ماه را ذکر کنید):

نوع درخواست تعیین پوشش

- من دارویی می‌خواهم که در فهرست داروهای تحت پوشش پلان بیمه نیست (استثنای فهرست دارویی). *
 - من از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در فهرست داروهای تحت پوشش پلان بیمه بود ولی طی سال جاری پلان از این فهرست خارج شده است یا در حال خارج شدن است (استثنای فهرست دارویی). *
 - من برای دارویی که پزشکم تجویز کرده است، درخواست مجوز قبلی دارم. *
 - من برای شرط مصرف داروی دیگر پیش از دریافت داروی تجویز شده به وسیله پزشک، درخواست اعمال استثنا دارم (استثنای فهرست دارویی). *
 - من برای محدودیت پلان بیمه درباره تعداد قرصهای قابل دریافت (محدودیت مقدار) درخواست اعمال استثنا دارم تا بتوانم تعداد قرصهای تجویز شده به وسیله پزشک را دریافت کنم (استثنای فهرست دارویی). *
 - مبلغ سهم بیماری که پلان بیمه من بابت داروی تجویز شده به وسیله پزشکم مطالبه می‌کند، بالاتر از مبلغی است که بابت داروی دیگر درمان‌کننده بیماری من مطالبه می‌کند و من می‌خواهم سهم بیمار من کاهش یابد (استثنای رده‌بندی). *
 - من از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در رده سهم بیمار پایین‌تری بود، ولی به رده سهم بیمار بالاتری منتقل شده است یا در حال منتقل شدن است (استثنای رده‌بندی). *
 - مبلغ سهم بیماری که پلان داروی من مطالبه کرده است، از آنچه باید باشد، بالاتر است.
 - من می‌خواهم هزینه داروی نسخه‌ای تحت پوشش که پول آن را نقدی پرداخت کرده‌ام، به من بازگردانده شود.
- *توجه:** اگر خواستار اعمال استثنای فهرست دارویی یا رده‌بندی هستید، پزشک تجویزکننده باید درخواست شما را به صورت کتبی تایید کند. رسیدگی درخواست‌های مشمول مجوز قبلی (یا دیگر الزامات مدیریت مصرف)، ممکن است مستلزم دریافت اطلاعات پشتیبان باشد. پزشک تجویزکننده می‌تواند از برگه پیوست «اطلاعات پشتیبان درخواست اعمال استثنا یا مجوز قبلی» برای تایید درخواست شما استفاده کند.

اطلاعات تکمیلی که ما باید مد نظر قرار دهیم (اسناد پشتیبان را پیوست کنید):

نکته مهم: تصمیم‌گیری سریع

اگر شما یا پزشک تجویزکننده تشخیص دهید که انتظار 72 ساعته برای دریافت رای استاندارد ممکن است به جان، سلامت یا توانایی بازایی عملکرد کامل لطمه بزند، می‌توانید خواستار صدور رای سریع (فوری) شوید. اگر پزشک تجویزکننده ثابت کند که انتظار 72 ساعته ممکن است به سلامت شما آسیب جدی بزند، ما به طور خودکار رای خود را ظرف 24 ساعت به شما اعلام می‌کنیم. اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما برای صدور رای سریع را تأیید نکند، ما طوری تصمیم‌گیری می‌کنیم که گویی پرونده شما نیازمند تصمیم‌گیری سریع است. برای ارائه درخواست بازپرداخت وجهی که قبلاً برای خرید دارو پرداخت کرده اید، نمی‌توانید خواستار صدور رای سریع پوشش شوید.

اگر فکر می‌کنید باید ظرف 24 ساعت درباره درخواست شما تصمیم‌گیری شود، این کادر را علامت بزنید (اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما را کتباً تأیید کرده است، تأییدیه را به این درخواست پیوست کنید).

	امضا:
	تاریخ:

اطلاعات پشتیبان برای درخواست اعمال استثنای مجوز قبلی

رسیدگی به درخواست‌های استثنای فهرست دارویی و رده‌بندی بدون تأییدیه کتبی پزشک تجویزکننده ممکن نیست. رسیدگی به درخواست‌های مجوز قبلی ممکن است مستلزم ارائه اطلاعات پشتیبان باشد.

درخواست بازبینی سریع: با علامت زدن این کادر و امضا کردن قسمت زیر، گواهی می‌کنم که اعمال بازه بازبینی استاندارد 72 ساعته ممکن است جان یا سلامت فرد ثبت‌نام‌کننده یا توانایی فرد ثبت‌نام‌کننده برای دستیابی به عملکرد کامل را به خطر بیندازد.

اطلاعات پزشک تجویزکننده			
نام			
نشانی			
شهر	ایالت	کد زیپ	
تلفن دفتر		نمابر	
امضای پزشک تجویزکننده		تاریخ	

اطلاعات تشخیصی و پزشکی			
دارو:	قوت و روش تجویز:	تناوب:	
تاریخ شروع: <input type="checkbox"/> شروع جدید	طول تخمینی دوره درمان:	مقدار در هر 30 روز:	
قد/وزن:	حساسیت‌های دارویی:		
تشخیص - لطفاً تمام تشخیص‌های تحت درمان با داروی درخواستی و کدهای ICD-10 مربوطه را ذکر کنید. (اگر بیماری تحت درمان با داروی درخواستی نوعی علامت است، نظیر آنورکسیا، از دست دادن وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، تهوع و غیره، در صورت امکان تشخیصی که باعث علائم می‌شود را ذکر کنید)	کد(های) ICD-10		
سایر تشخیص‌های مرتبط:			کد(های) ICD-10

سابقه دارو: (برای درمان بیماری(هایی) که به داروی درخواستی نیاز دارد)

نتایج کارآزمایی داروهای قبلی عدم موفقیت یا عدم تحمل (توضیح دهید)	تاریخ‌های کارآزمایی داروها	داروهای امتحان شده (اگر مشکل در مورد محدودیت مقدار است، دوز واحد/کل دوز روزانه امتحان شده را ذکر کنید)
رژیم دارویی کنونی برای بیماری(های) نیازمند داروی درخواستی چیست؟		

ایمنی دارو

آیا موارد منع مصرف توسط FDA برای داروی درخواستی ذکر شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا هیچ‌گونه نگرانی در مورد تعامل دارو با افزودن داروی درخواستی به رژیم دارویی فعلی ثبت‌نام‌کننده وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اگر پاسخ به هر یک از سؤالات ذکر شده در بالا مثبت است لطفاً (1) موضوع را توضیح دهید، (2) در مورد مزایا در مقایسه با ریسک‌های احتمالی با وجود نگرانی ذکر شده بحث کنید و (3) طرح نظارت برای اطمینان از ایمنی را شرح دهید	

مدیریت ریسک بالای داروها در سالمندان

اگر ثبت‌نام‌کننده بیش از 65 سال دارد، آیا احساس می‌کنید مزایای درمان با داروی درخواستی از ریسک‌های بالقوه آن برای این بیمار سالمند بیشتر است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مواد افیونی – (اگر داروی درخواستی جزو مواد افیونی است، لطفاً سؤالات زیر را تکمیل کنید)	

دوز معادل مورفین جمعی (MED) روزانه چقدر است؟

میلی‌گرم/روز

آیا از سایر تجویزکنندگان مواد افیونی برای این ثبت‌نام‌کننده مطلع هستید؟ در این صورت، لطفاً توضیح دهید.	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا مقدار MED روزانه اعلام شده دارای ضرورت پزشکی است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا مقدار MED روزانه کمتر برای کنترل درد ثبت‌نام‌کننده ناکافی است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

دارو(های) جایگزین منع مصرف دارند یا قبلاً امتحان شده اما نتیجه نامطلوبی داشته‌اند، نظیر سمیت، آلرژی، یا ناتوانی در درمان اگر قبلاً در بخش سابقه دارویی در این فرم ذکر نشده است، در زیر مشخص نمایید: (1) دارو(های) امتحان شده و نتایج کارآزمایی(های) دارویی (2) در صورت بروز نتایج نامطلوب، دارو(ها) و نتایج نامطلوب هر یک را ذکر کنید، (3) در صورت عدم درمان، حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(های) امتحان شده را ذکر کنید (4) در صورت منع مصرف دارو(ها)، لطفاً علت خاصی را اعلام کنید که چرا دارو(های) مورد نظر/سایر دارو(های) فهرست دارویی نیز منع مصرف دارند

وضعیت بیمار با دارو(های) فعلی پایدار است؛ ریسک بالای پیامد بالینی منفی قابل توجه در صورت تغییر دارو توضیح خاصی از هرگونه پیامد بالینی منفی قابل توجه پیش بینی شده و دلیل اینکه چرا انتظار می‌رود پیامد منفی قابل توجه رخ دهد ضروری است - به عنوان مثال کنترل بیماری دشوار بوده است (داروهای زیادی امتحان شده است، داروهای متعددی برای کنترل بیماری مورد نیاز است)، قبلاً که شرایط کنترل نشده بود بیمار پیامد منفی قابل توجهی را تجربه کرده بود (مثلاً بستری شدن یا ویزیت پزشکی حاد مکرر، حمله قلبی، سکتة مغزی، افتادن، محدودیت قابل توجه وضعیت عملکردی، درد و رنج غیرضروری) و غیره.

ضرورت پزشکی تغییر روش مصرف و/یا افزایش مقدار مصرف در این قسمت ذکر کنید: (1) فرم(های) دوز و/یا دوز(های) امتحان شده و نتیجه کارآزمایی(های) دارو؛ (2) علمی پزشکی را توضیح دهید (3) اعلام کنید چرا نمی‌توان از دوز با دفعات تکرار کمتر و قدرت بیشتر استفاده کرد - اگر قدرت بیشتری وجود داشته باشد

درخواست برای استثنای رده فهرست دارویی چنانچه قبلاً در بخش سابقه دارویی در این فرم ذکر نشده است، در زیر مشخص نمایید: (1) دارو(های) امتحان شده از فهرست دارویی یا مورد ترجیح و نتایج کارآزمایی(های) دارویی (2) در صورت بروز نتایج نامطلوب، دارو(ها) و نتایج نامطلوب هر یک را ذکر کنید، (3) در صورت عدم درمان/مؤثر نبودن به اندازه داروی درخواستی، حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(های) امتحان شده را ذکر کنید (4) در صورت منع مصرف دارو(ها)، لطفاً علت خاصی را اعلام کنید که چرا دارو(های) مورد نظر/سایر دارو(های) لیست نیز منع مصرف دارند

سایر (در این قسمت ذکر کنید)

توضیحات لازم
