درخواست تعیین پوشش داروی MEDICARE

از این فرم برای درخواست تعیین پوشش از طرح خود استفاده کنید. همچنین می‌توانید از طریق تلفن به شماره **1.833.793.3767** یا از طریق وب‌سایت ما به نشانی **www.alamedaalliance.org** درخواست تعیین پوشش خود را **ثبت کنید.** شما، پزشک یا تجویزکننده دارو، یا نماینده مجاز شما می‌توانید این درخواست را ارائه دهید.

ثبت‌نام کننده در طرح

نام	تاریخ تولد
نشانی خیابان	شهر
ایالت	کد پستی
تلفن	شماره شناسه عضو

اگر شخص ارائه‌دهندهٔ این درخواست،عضو طرح یا پزشک تجویزکننده نیست:

نام درخواست‌کننده
نسبت با عضو طرح
نشانی خیابان (شامل شهر، ایالت و کد پستی
تلفن
☐ همراه با این فرم، مدرکی ارسال کنید که اختیار شما را برای نمایندگی از طرف عضو طرح نشان دهد (فرم تکمیل‌شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل آن). برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتصاب نماینده، با طرح ما یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران تله تایپ TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

نام داروی موضوع این درخواست (در صورت وجود، دوز و مقدار را ذکر کنید)

نوع درخواست

☐ طرح دارویی من بابت یک دارو مبلغ سهم پرداخت بالاتر از حد مقرر دریافت کرده است

☐ من درخواست بازپرداخت بابت داروی تحت پوششی را دارم که هزینه آن را از جیب خودم پرداخت کرده ام

☐ من برای داروی تجویزی، درخواست مجوز قبلی دارم (این درخواست ممکن است به اطلاعات پشتیبان نیاز داشته باشد)

برای انواع درخواست‌های زیر، پزشک تجویزکننده شما باید گواهی‌ای در حمایت از درخواست ارائه دهد. پزشک تجویزکننده شما می‌تواند صفحات 3 و 4 این فرم را با عنوان «اطلاعات پشتیبان برای درخواست معافیت یا مجوز قبلی» تکمیل کند.

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

☐ مـن از دارویی استفاده کرده‌ام که قبلاً در فهرست داروهای طرح بوده است، اما در طول سال عضویت در طرح، حذف شده یا خواهد شد (معافیت دارونامه)

☐ مـن درخواست معافیت از الزام امتحان داروی دیگری پیش از دریافت داروی تجویزشده دارم (معافیت دارونامه)

☐ مـن درخواست معافیت از محدودیت تعداد قرص‌های مجاز طرح (سقف مقدار) را دارم تا بتوانم تعداد قرص‌های تجویزشده را دریافت کنم (معافیت دارونامه)

☐ من درخواست معافیت از قوانین مجوز قبلی طرح دارم که باید پیش از دریافت داروی تجویزشده رعایت شود (معافیت دارونامه)

☐ طرح دارویی من برای داروی تجویزشده مبلغ سهم پرداخت بیشتری نسبت به داروی دیگری که همان بیماری را درمان می‌کند دریافت می‌کند، و من می‌خواهم سهم پرداخت کمتر را پرداخت کنم (معافیت دسته‌بندی)

☐ مـن ا ز دارویی استفاده می‌کرده‌ام که در دسته پایین‌تر سهم پرداخت بوده است، اما به دسته با سهم پرداخت بالاتر منتقل شده یا خواهد شد (معافیت دسته‌بندی)

اطلاعات تکمیلی که باید در نظر داشته باشیم (*هرگونه مدرک پشتیبان را ضمیمه این فرم ارسال کنید*):

_____

_____

_____

_____

نیاز به تصمیم‌گیری تسریع‌شده دارید؟

اگر شما یا پزشک تجویزکننده شما معتقدید که انتظار 72 ساعته برای تصمیم‌گیری استاندارد می‌تواند به‌طور جدی به زندگی، سلامت یا توانایی شما در بازیابی حداکثر عملکرد آسیب برساند، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری تسریع‌شده (فوری) کنید. اگر پزشک تجویزکننده شما اعلام کند که انتظار 72 ساعته می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی برساند، ما به‌طور خودکار ظرف 24 ساعت تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد. اگر پزشک تجویزکننده دارو از درخواست فوری شما حمایت نکند، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا پرونده شما نیاز به تصمیم‌گیری فوری دارد یا خیر. (اگر از ما می‌خواهید هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری تسریع‌شده بدهید.)

☐ **بله، من به تصمیم ظرف 24 ساعت نیاز دارم.** اگر گواهی پشتیبان از پزشک تجویزکننده دارید، آن را به این درخواست ضمیمه کنید.

امضا:	**تاریخ:**

نحوه ارسال این فرم

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

نشانی:
Alameda Alliance Wellness

200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

شماره دورنگار:
استاندارد: **1.855.508.1714**
فوری: **1.855.806.6237**

اطلاعات پشتیبان برای درخواست معافیت یا مجوز قبلی
این قسمت را پزشک تجویزکننده تکمیل کند

☐ **درخواست بازبینی فوری: با علامت‌زدن این گزینه و امضا در پایین، تأیید می‌کنم که اعمال بازه زمانی استاندارد 72 ساعته ممکن است زندگی یا سلامت عضو را به خطر اندازد یا توانایی وی برای بازیابی حداکثر عملکرد را مختل کند.**

اطلاعات پزشک تجویزکننده

نام
نشانی خیابان (شامل شهر، ایالت و کد پستی
تلفن مطب
دورنگار
امضاء تاریخ

تشخیص و اطلاعات پزشکی

دارو:	دوز و روش مصرف:
دفعات مصرف:	تاریخ شروع: ☐ **شروع جدید**
مدت زمان مورد انتظار درمان:	مقدار در 30 روز:
قد/وزن:	آلرژی دارویی:

تشخیص بیماری – لطفاً همه تشخیص‌هایی که با داروی درخواستی درمان می‌شوند و کدهای ICD-10 مربوطه را ذکر کنید **(**اگر عارضه تحت درمان با داروی درخواستی از جمله علائم بیماری است، مانند بی‌اشتهایی، کاهش وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، حالت تهوع و غیره، در صورت امکان، بیماری اصلی عامل علائم را ذکر کنید)	**کد(های) ICD-10**
سایر تشخیص‌های مرتبط:	**کد(های) ICD-10**

سوابق دارویی (برای درمان عارضه(هایی) که به داروی درخواستی نیاز دارند)

داروهای امتحان‌شده (اگر محدودیت مقدار وجود دارد، دوز واحد/دوز روزانهٔ امتحان‌شده را ذکر کنید)	**تاریخ‌های مصرف آزمایشی دارو**	**نتایج مصرف آزمایشی قبلی دارو** **شکست درمان یا عدم تحمل (توضیح دهید)**

رژیم دارویی فعلی عضو طرح برای درمان عارضه(های) نیازمند داروی درخواستی چیست؟

ایمنی دارو
آیا منع مصرف داروی درخواستی از سوی سازمان غذا و دارو **(Food and Drug Administration, FDA)** اعلام شده است؟ ☐**بله** ☐ **خیر**
آیا نگرانی درباره تداخل **دارویی** هنگام افزودن داروی درخواستی به رژیم فعلی عضو طرح وجود دارد؟ ☐ **بله** ☐ **خیر**
اگر پاسخ هر یک از پرسش‌های بالا بله است، لطفاً 1) مشکل را توضیح دهید، 2) مزایا را در مقایسه با خطرات احتمالی با وجود نگرانی‌های موجود بررسی کنید، 3) برنامهٔ پایش ایمنی را برای اطمینان از سلامت ذکر کنید

مدیریت خطر بالای مصرف دارو در سالمندان
اگر عضو طرح بیش از 65 سال سن دارد، آیا معتقدید مزایای درمان با داروی درخواستی از خطرات احتمالی آن برای این بیمار سالمند بیشتر است؟ ☐ **بله** ☐ **خیر**

مواد افیونی – (در صورتی‌که داروی‌درخواستی از نوع مواد افیونی است، به 4 پرسش زیر پاسخ دهید)			
جمع دوز معادل مورفین روزانه **(MED)**چقدر است؟		**میلی‌گرم/روز**	
آیا از وجود سایر پزشکان تجویزکننده داروی افیونی برای این عضو، مطلع هستید؟ ☐ **بله** ☐ **خیر** اگر بله، لطفاً شرح دهید.			
آیا دوز MED روزانه ذکر شده از نظر پزشکی ضروری است؟	☐	بله	☐ خیر
آیا جمع دوز MED روزانه کمتر برای کنترل درد عضو طرح کافی نخواهد بود؟	☐	بله	☐ خیر

استدلال درخواست

☐ **دارو(های) جایگزین قبلاً امتحان شده‌اند، اما منجر به عوارض نامطلوب شده‌اند، از جمله مسمومیت، آلرژی، یا شکست درمان** [در صورتی‌که در بخش سوابق دارویی ذکر نشده است، در زیر مشخص کنید: (1) نام دارو(های) امتحان‌شده و نتایج مصرف آزمایشی داروها (2) در صورت بروز عارضه، نام دارو(ها) و نوع عارضه هر مورد، (3) در صورت شکست درمان، حداکثر دوز و مدت درمان دارو(های) امتحان‌شده]

☐ **دارو(های)جایگزین دارای موارد منع مصرف هستند، اثربخشی مشابهی نخواهند داشت یا احتمال بروز عوارض ناخواسته در آن‌ها زیاد است.** الزامی است توضیح مشخصی ارائه شود که چرا دارو(های) جایگزین اثربخشی مشابهی نخواهند داشت یا چه نوع پیامد بالینی قابل توجهی پیش‌بینی می‌شود، و دلیل انتظار چنین نتیجه‌ای چیست. در صورت وجود منع مصرف، دلایل دقیق منفع مصرف دارو(های) ترجیحی/سایر دارو(های) موجود در دارونامه را بیان کنید.

☐ **در صورتی‌که بیمار ملزم به رعایت الزامات مجوز قبلی شود، دچار عوارض ناخواسته خواهد شد.** باید توضیح مشخصی درباره هرگونه پیامد بالینی نامطلوب پیش‌بینی‌شده و دلیل احتمال بروز آن ارائه شود.

☐ **بیمار در حال حاضر با دارو(های) موجود وضعیت پایداری دارد؛ تغییر دارو خطر بروز پیامد بالینی نامطلوب جدی را در پی دارد** لازم است توضیح مشخصی درباره پیامد بالینی نامطلوب پیش‌بینی‌شده و دلیل احتمال بروز آن ارائه شود – مثلاً کنترل عارضه دشوار بوده است (داروهای متعدد امتحان شده یا چند دارو برای کنترل عارضه لازم بوده‌اند)، بیمار هنگام کنترل‌نشدن عارضه، دچار پیامد شدید شده است (مانند بستری در بیمارستان، مراجعات مکرر اورژانسی، حمله قلبی، سکته مغزی، زمین خوردن، کاهش چشمگیر عملکرد، درد و رنج شدید) و غیره.

☐ **نیاز پزشکی به شکل دارویی متفاوت و/یا دوز بالاتر** [درزیر مشخص کنید: (1) شکل(اشکال) دارویی و/یا دوز(های) امتحان‌شده و نتیجه مصارف آزمایشی دارو؛ (2) توضیح دلیل پزشکی، (3) ذکر کنید چرا مصرف در دفعات کمتر با دوز قوی‌تر ممکن نیست – در صورتی‌که دوز قوی‌تر وجود داشته باشد]

☐ **درخواست معافیت دسته‌بندی دارونامه** در صورتی‌که در بخش سوابق دارویی ذکرنشده است، در زیر مشخص کنید: (1) دارونامه یا دارو(های) موجود ترجیحی که امتحان شده‌اند و نتایج مصارف آزمایشی دارو (2) در صورت بروز پیامد نامطلوب، نام دارو(ها) و پیامد نامطلوب

هر یک از آن‌ها، (3) در صورت شکست درمان/اثربخشی کمتر نسبت به داروی درخواستی، حداکثر دوز و مدت درمان دارو(های) امتحان‌شده، (4) در صورت وجود منع مصرف، دلیل دقیق اینکه چرا دارو(های) ترجیحی/سایر دارو(های) دارونامه قابل مصرف نیستند]

☐ **سایر** (در زیر شرح دهید)

_____

_____

_____

_____