

**ЗАПРОС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКРЫТИЯ РАСХОДОВ НА РЕЦЕПТУРНЫЕ ЛЕКАРСТВА ПО ПРОГРАММЕ
MEDICARE**

Эту форму можно отправить нам по почте или факсу:

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

Номер факса:
(888) 697-8122

Вы также можете запросить у нас определение покрытия по номеру (800) 535-9481 или через наш сайт по адресу blueshieldca.com/medicare.

Кто может подать запрос: Ваш врач может запросить у нас определение покрытия от вашего имени. Если вы хотите, чтобы другое лицо (например, член семьи или друг) подал запрос от вашего имени, это лицо должно быть вашим представителем. Свяжитесь с нами, чтобы узнать, как назначить представителя.

Информация участника

Имя участника		Дата рождения
Адрес участника		
Город	Штат	Почтовый индекс
Тел.	Идентификатор зарегистрированного участника	

Заполните следующий раздел ТОЛЬКО в том случае, если лицо, подающее этот запрос, не является участником или врачом, назначающим препарат:

Имя запрашивающего		
Отношение запрашивающего к участнику		
Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс
Тел.		

Документация, подтверждающая запросы, сделанные кем-то, кроме участника или врача, назначающего препарат участнику:

Прикрепите документацию, подтверждающую полномочия представлять участника (заполненную форму разрешения на представительство CMS-1696 или ее письменный эквивалент). Для получения дополнительной информации о назначении представителя свяжитесь со своим планом или по телефону 1-800-Medicare.

Название рецептурного препарата, который вы запрашиваете (если известно, укажите дозировку препарата и количество, запрашиваемое в месяц):

Запрос на определение типа покрытия

- Мне нужен препарат, которого нет в списке покрываемых планом препаратов (исключение из справочника).*
- Я принимал(-а) препарат, который ранее был включен в список покрываемых планом препаратов, но был исключен или был удален из этого списка в течение года действия плана (исключение из справочника).*
- Я запрашиваю предварительное разрешение на использование препарата, назначенного моим врачом.*
- Я запрашиваю исключение из требования о том, чтобы я попробовал(-а) другой препарат, прежде чем получу препарат, назначенный врачом (исключение из справочника).*
- Я запрашиваю исключение из ограничения плана на количество таблеток (ограничение количества), которые я могу получить, чтобы я мог(-ла) получить количество таблеток, прописанных моим врачом (исключение из справочника).*
- Мой план по лекарственным препаратам взимает более высокую доплату за препарат, выписанный мне врачом, чем за другой препарат, предназначенный для лечения моего заболевания, и я хочу платить меньшую доплату (исключение из уровня).*
- Я принимал(-а) препарат, который ранее был включен в более низкий уровень доплаты, но сейчас переводится или был переведен на более высокий уровень доплаты (исключение из уровня).*
- Мой план по лекарствам взимал с меня более высокую доплату за препарат, чем следовало бы.
- Я хочу, чтобы мне возместили расходы на покрываемый страховкой рецептурный препарат, за который я заплатил(-а) из своего кармана.

***ПРИМЕЧАНИЕ:** если вы запрашиваете исключение из справочника или уровня, ваш врач **ДОЛЖЕН** предоставить заявление, подтверждающее ваш запрос. Запросы, подлежащие предварительному одобрению (или любому другому требованию управления использованием), могут потребовать подтверждающей информации. Ваш врач может использовать прилагаемую «Подтверждающую информацию для запроса об исключении или предварительного разрешения» для обоснования вашего запроса.

Y0118_24_465A_RU_C 08092024

H2819_24_465A_RU_C Approved 08202024

A53821MADD-RU_0724

Дополнительная информация, которую следует учитывать (*приложите подтверждающие документы*).

Важное примечание: Ускоренные решения

Если вы или ваш врач считаете, что ожидание стандартного решения в течение 72 часов может серьезно нанести вред вашей жизни, здоровью или способности восстановить максимальную функциональность, вы можете попросить об ускоренном (быстром) решении. Если ваш лечащий врач укажет, что ожидание в течение 72 часов может нанести серьезный вред вашему здоровью, мы автоматически примем решение в течение 24 часов. Если вы не получите поддержку врача, назначающего вам препарат, для подачи ускоренного запроса, мы решим, требует ли ваш случай быстрого решения. Вы не можете запросить ускоренное решение о страховом покрытии, если вы просите нас вернуть вам деньги за лекарство, которое вы уже получили.

ПОСТАВЬТЕ ЗДЕСЬ ГАЛОЧКУ, ЕСЛИ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО РЕШЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ (если у вас есть подтверждающее заявление от врача, назначающего препарат, приложите его к этому запросу).

Подпись:

Дата:

Вспомогательная информация для запроса на исключение или предварительного разрешения

Запросы на ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СПРАВОЧНИКА и УРОВНЯ не могут быть обработаны без подтверждающего заявления врача, назначающего препарат. При подаче запросов на ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ может потребоваться подтверждающая информация.

ЗАПРОС НА УСКОРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ: Поставив галочку в этом поле и подписавшись ниже, я подтверждаю, что применение 72-часового стандартного срока проверки может поставить под угрозу жизнь или здоровье участника или его способность восстановить максимальную функциональность.

Информация для врача

Имя

Адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Офисный телефон

Факс

Y0118_24_465A_RU_C 08092024

H2819_24_465A_RU_C Approved 08202024

A53821MADD-RU_0724

Информация для врача	
Подпись врача	Дата

Диагностика и медицинская информация

Препарат:	Дозировка и способ введения:	Частота:
Дата начала: <input type="checkbox"/> НОВОЕ НАЧАЛО	Ожидаемая продолжительность лечения:	Количество за 30 дней
Рост/вес:	Аллергия на препараты:	

ДИАГНОЗ. Пожалуйста, перечислите все диагнозы, которые лечатся запрошенным препаратом, и соответствующие коды ICD-10. (Если заболевание (состояние), которое лечат запрошенным препаратом, является симптомом, например, анорексия, потеря веса, одышка, боль в груди, тошнота и т. д., укажите диагноз, вызывающий симптом(-ы), если он известен)	Код(-ы) ICD-10
Другие СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДИАГНОЗЫ:	Код(-ы) ICD-10

ИСТОРИЯ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ: (для лечения заболеваний (состояний), требующих запрошенного препарата)

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОБОВАЛИ (если проблема заключается в ограничении количества, укажите разовую дозу/общую суточную дозу)	ДАТЫ испытаний препаратов	РЕЗУЛЬТАТЫ предыдущих испытаний препарата НЕУДАЧА vs НЕПЕРЕНOSИМОСТЬ (объясните)

Какова текущая схема лечения участника при условии(-ях), требующем(-их) запрошенного препарата?

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ

Есть ли ОТМЕЧЕННОЕ FDA ПРОТИВООКАЗАНИЕ к запрошенному препарату? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Есть ли сомнение или беспокойство о ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПРЕПАРАТОВ с добавлением запрошенного препарата к текущему режиму приема лекарств участника? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Y0118_24_465A_RU_C 08092024

H2819_24_465A_RU_C Approved 08202024

A53821MADD-RU_0724

Если ответ на любой из вопросов, указанных выше, положительный, пожалуйста, 1) объясните проблему, 2) обсудите преимущества и потенциальные риски, несмотря на отмеченное сомнение или беспокойство, и 3) отследите план для обеспечения безопасности.

УПРАВЛЕНИЕ ВЫСОКИМ РИСКОМ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Если участник старше 65 лет, считаете ли вы, что польза от лечения запрошенным препаратом перевешивает потенциальные риски для этого пожилого пациента?

ДА **НЕТ**

ОПИОИДЫ – (пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, если запрошенный препарат является опиоидом)

Какова суточная совокупная доза морфина? (MED)? мг/день

Знаете ли вы о других лицах, назначивших опиоиды этому участнику? ДА НЕТ
Если да, пожалуйста, объясните.

Является ли указанная суточная доза MED медицинской необходимостью?

ДА НЕТ

Будет ли более низкая общая суточная доза MED недостаточной для управления болью у участника?

ДА НЕТ

ОБОСНОВАНИЕ ЗАПРОСА

Альтернативный препарат(-ы) противопоказан или ранее опробован, но имеет неблагоприятный результат, например, токсичность, аллергию или неэффективность лечения. [Укажите ниже, если это еще не указано в разделе «ИСТОРИЯ ПРЕПАРАТОВ» ранее в форме: (1) Испытанный(-ые) препарат(-ы) и результаты испытаний(-ий) препарата(-ов), (2) если неблагоприятный исход, перечислить препарат(ы) и неблагоприятный исход для каждого, (3) если неэффективность лечения, перечислить максимальную дозу и продолжительность приема опробованного препарата, (4) если есть противопоказания, укажите конкретную причину, по которой предпочтительный препарат(-ы)/другие препараты из справочника противопоказаны]

Состояние пациента стабильно при приеме текущего препарата(-ов); высокий риск значительного неблагоприятного клинического исхода при смене препарата Требуется конкретное объяснение любого ожидаемого значительного неблагоприятного клинического результата и того, почему следует ожидать значительного неблагоприятного результата – например, состояние было трудно контролировать (перепробовано много препаратов, для контроля состояния требовалось несколько препаратов), у пациента был значительный неблагоприятный результат когда состояние ранее не контролировалось (например, госпитализация или частые визиты к врачу, сердечный приступ, инсульт, падения, значительное ограничение функциональности, чрезмерная боль и страдания) и т. д.

Медицинская необходимость в другой лекарственной форме и/или более высокой дозировке [Укажите ниже: (1) Испытанная(-ые) лекарственная форма(-ы) и/или дозировка(-и) и результаты испытаний(-ий) препарата, (2) объяснить медицинскую причину, (3) указать, почему менее частый прием более высокой дозировки невозможен – если существует более высокая дозировка]

Запрос на исключение из справочника/уровня [Укажите ниже, если это не указано ранее в разделе «ИСТОРИЯ ПРЕПАРАТОВ» в форме: (1) препарат из справочника или предпочтительный препарат(-ы) и результаты испытаний препарата(-ов), (2) в случае неблагоприятного исхода перечислите препарат(-ы) и неблагоприятный исход для каждого, (3) если имеет место терапевтическая неудача/препарат не столь эффективен, как запрошенный препарат, укажите максимальную дозу и продолжительность приема исследуемого препарата(-ов), (4) если имеет место противопоказание(-я), укажите конкретную причину, по которой предпочтительный препарат(-ы)/другой препарат(-ы) из справочника противопоказан]

Другое (объясните ниже)

Требуемое объяснение _____

<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, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or

Y0118_24_465A_RU_C 08092024

H2819_24_465A_RU_C Approved 08202024

A53821MADD-RU_0724

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。>