

**ЗАПРОС НА РЕШЕНИЕ О СТРАХОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕЦЕПТУРНЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО ПРОГРАММЕ MEDICARE**

Этот документ может быть отправлен нам по почте или факсу:

Адрес:
CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy PA Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Номер факса:
503-416-8109

Вы также можете обратиться к нам по поводу решения о страховом обеспечении по телефону 503-416-4279 или бесплатному номеру 888-712- 3258 или через наш веб-сайт careoregonadvantage.org

Кто может сделать запрос. Ваш лечащий врач может обратиться к нам по поводу решения о страховом обеспечении от вашего имени. Если вы хотите, чтобы другое лицо (например, член семьи или друг) обратилось с запросом от вашего имени, это лицо должно быть вашим представителем. Свяжитесь с нами, чтобы узнать, как назначить представителя.

Информация о члене

Имя члена		Дата рождения
Адрес члена		
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	Идентифицирующий номер члена	

Заполните следующий раздел ТОЛЬКО в том случае, если лицо, подающее этот запрос, не является участником программы или лицом, выписывающим рецепт:

Имя лица, делающего запрос		
Кем запрашивающее лицо приходится члену		
Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон		

Представительская документация по запросам, сделанным кем-либо, кроме зарегистрированного лица или лица, назначающего лечение лекарственным препаратом:

Приложите документацию, подтверждающую полномочия представлять участника (заполненный формуляр разрешения на представительство CMS-1696 или его письменный эквивалент). Для получения дополнительной информации о назначении представителя свяжитесь со своим планом или позвоните по телефону 1-800-Medicare.

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

Виды запроса на решение о страховом обеспечении

- Мне нужен препарат, которого нет в списке лекарств, подпадающих под действие плана (исключение из фармакологического справочника). *
- Я принимаю препарат, который ранее был включен в список лекарств, подпадающих под действие плана, но исключается или был исключен из этого списка в течение года действия плана (исключение из фармакологического справочника). *
- Я запрашиваю предварительное разрешение на прием препарата, прописанного моим лечащим врачом. *
- Я прошу сделать исключение из требования о том, чтобы я попробовал(-а) другой препарат до того, как получу лекарство, прописанное моим лечащим врачом (исключение из фармакологического справочника). *
- Я прошу сделать исключение из плана относительно количества таблеток (количественное ограничение), которое я могу принимать, чтобы получить то количество таблеток, которое прописал мой лечащий врач (исключение из фармакологического справочника). *
- В моем фармацевтическом плане доплата за лекарственный препарат, прописанный моим лечащим врачом, выше, чем за другой препарат, который лечит мое заболевание, и я хочу платить меньшую доплату (исключение из многоуровневого режима). *
- Я использую препарат, который ранее был включен в более низкий уровень доплаты, но перемещается на более высокий уровень доплаты или был перемещен на более высокий уровень доплаты (исключение из многоуровневого режима). *
- Мой план страхового обеспечения рецептурных препаратов взимал с меня более высокую доплату за лекарственный препарат, чем следовало бы.
- Я хочу, чтобы мне возместили стоимость рецептурного лекарственного препарата, за который я заплатил из своего кармана.

***ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы делаете запрос на исключение из фармакологического плана или многоуровневого режима, ваш лечащий врач **ДОЛЖЕН** предоставить подтверждение вашего запроса. Для запросов, требующих предварительного разрешения (или любых других требований к регулированию объема страхового обеспечения), может потребоваться подтверждающая информация. Ваш лечащий врач может использовать прилагаемый документ "Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization" (Подтверждающая информация для запроса на предоставление исключения или предварительного разрешения), чтобы подтвердить ваш запрос.

Дополнительная информация, которую мы должны рассмотреть (*приложите любые подтверждающие документы*):

Важная информация: решения, принятые в ускоренном порядке

Если вы или ваш лечащий врач считаете, что ожидание стандартного решения в течение 72 часов может серьезно навредить вашей жизни, здоровью или способности восстановить максимальную работоспособность, вы можете попросить о принятии решения в ускоренном порядке (быстро принятое решение). Если ваш лечащий врач укажет, что ожидание в течение 72 часов может серьезно навредить вашему здоровью, мы автоматически примем решение в течение 24 часов. Если вы не получите поддержки вашего лечащего врача для запроса на ускоренное рассмотрение, мы решим, требует ли ваше дело быстрого решения. Вы не можете делать запрос на ускоренное решение о страховом обеспечении, если вы просите нас вернуть вам деньги за лекарственный препарат, который вы уже получили.

ОТМЕТЬТЕ ЭТУ КЛЕТКУ, ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ (если у вас есть подтверждение вашего лечащего врача, приложите его к этому запросу).

Подпись:	Дата:
Подтверждающая информация для запроса на предоставление исключения или предварительное разрешение	

Запросы на исключение из ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПЛАНА или МНОГОУРОВНЕВОГО РЕЖИМА не могут быть рассмотрены без подтверждения лечащего врача. Для запроса ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ может потребоваться подтверждающая информация.

ЗАПРОС НА УСКОРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ. Отмечая эту клеточку и подписываясь ниже, я подтверждаю, что применение стандартного 72-часового срока рассмотрения запроса может серьезно поставить под угрозу жизнь или здоровье пациента или его способность восстановить максимальную работоспособность.

Информация о лице, назначающем лекарственный препарат		
Имя		
Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон в офисе	Факс	
Подпись лица, назначающего лекарственный препарат		Дата

Диагноз и медицинская информация		
Лекарственный препарат:	Доза и способ приёма:	Частота:
Дата начала приёма: <input type="checkbox"/> НОВАЯ ДАТА НАЧАЛА ПРИЁМА	Ожидаемая продолжительность лечения:	Количество на 30 дней
Рост/вес:	Аллергия на лекарственные препараты:	
ДИАГНОЗ – Пожалуйста, укажите все диагнозы, при которых проводится лечение запрашиваемым препаратом, и соответствующие коды по МКБ-10. (Если состояние, лечимое запрашиваемым 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) МКБ-10
Другие СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДИАГНОЗЫ:		Код(-ы) МКБ-10

ИСТОРИЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: (для лечения состояния (состояний), требующего запрашиваемого лекарственного средства)		
ИСПЫТАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (Если проблема заключается в ограничении количества, укажите единичную дозу/общую опробованную суточную дозу)	Даты испытаний лекарственного препарата	РЕЗУЛЬТАТЫ предыдущих испытаний лекарственного препарата НЕУДАЧА против НЕТЕРПИМОСТИ (поясните)
Каков текущий режим приема лекарств пациентом при состояниях, требующих запрашиваемого препарата?		

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Какие-либо **ОТМЕЧЕННЫЕ УПРАВЛЕНИЕМ FDA** (Food and Drug Administration - Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов) **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** к запрашиваемому препарату? **ДА**

НЕТ

Какие-либо опасения по поводу **ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ** при добавлении запрашиваемого препарата к текущему режиму приема лекарств пациентом?

ДА

НЕТ

Если ответ на любой из указанных выше вопросов утвердительный, пожалуйста, 1) объясните проблему, 2) обсудите преимущества в сравнении с потенциальными рисками, несмотря на отмеченную озабоченность, и 3) составьте план мониторинга для обеспечения безопасности

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЖИЛЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

Если пациент в возрасте старше 65 лет, считаете ли вы, что преимущества лечения запрашиваемым препаратом перевешивают потенциальные риски у этого пожилого пациента?

ДА **НЕТ**

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

Какова суточная кумулятивная доза, эквивалентная морфину (**MED - Morphine Equivalent Dose** - доза, эквивалентная морфину)? **МГ В**
день

Известны ли вам другие опиоидные препараты, назначаемые этому пациенту?

Если да, пожалуйста, объясните.

ДА **НЕТ**

Является ли заявленная ежедневная доза **MED** необходимой с медицинской точки зрения?

ДА **НЕТ**

Будет ли более низкая общая суточная доза **MED** недостаточной для контроля боли у пациента?

ДА **НЕТ**

ОБОСНОВАНИЕ ЗАПРОСА

Альтернативный препарат(-ы), противопоказанный(-ые) или ранее испытанный(-ые), но с неблагоприятным исходом, например токсичностью, аллергией или неэффективностью терапии [Укажите ниже, если это еще не указано ранее в разделе ИСТОРИЯ ПРИЁМА лекарственных

препаратов в документе: (1) Опробованный(-ые) препарат(-ы) и результаты испытания(-ий) препарата(-ов) (2) если неблагоприятный исход, укажите препарат(-ы) и неблагоприятный исход для каждого, (3) в случае неэффективности терапии, укажите максимальную дозу и продолжительность терапии для опробованного препарата(-ов), (4) если имеются противопоказания, пожалуйста, укажите конкретную причину, по которой предпочтительный препарат(-ы)/другой препарат (-ы) противопоказаны]

Пациент стабильно принимает препарат(-ы) в настоящее время; высокий риск значительного неблагоприятного клинического исхода при смене препарата

Требуется конкретное объяснение любого ожидаемого значительного неблагоприятного клинического исхода и причин, по которым можно было бы ожидать значительного неблагоприятного исхода, например, состояние было трудно контролировать (было испытано много лекарств, для контроля состояния требовалось несколько препаратов), у пациента был значительный неблагоприятный исход, когда состояние ранее не контролировалось (например, госпитализация или частые неотложные визиты к врачу, сердечный приступ, инсульт, падения, значительное ограничение функционального состояния, чрезмерная боль и страдания) и т.д.

Медицинская потребность в другой форме дозировки и/или более высокой дозировке

[Укажите ниже: (1) Форма(-ы) дозировки и/или дозировка(-и), которые были опробованы и результат испытания(-ий) лекарственных препаратов; (2) объясните медицинскую причину (3) укажите, почему менее частое дозирование с более высокой концентрацией не является вариантом – если существует более высокая доза]

Запрос на исключение из многоуровневого режима. [Укажите ниже, если ранее в документе в разделе "ИСТОРИЯ ПРИЁМА ЛЕКАРСТВ" это не было указано: (1) опробованный из фармакологического справочника или предпочтительный препарат(-ы) и результаты испытания(-ий)

препарата (2) при неблагоприятном исходе укажите лекарственный препарат(-ы) и неблагоприятный исход для каждого, (3) если терапия неэффективна/не столь эффективна, пожалуйста, укажите максимальную дозу и продолжительность терапии при помощи опробованного препарата(-ов), (4) если имеются

противопоказания, пожалуйста, укажите конкретную причину, по которой предпочтительный препарат(-ы)/другие препараты из фармакологического справочника противопоказаны]

Другое (поясните ниже)

Требуемое объяснение

