ЗАПРОС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКРЫТИЯ РЕЦЕПТУРНОГО ПРЕПАРАТА ПО ПРОГРАММЕ MEDICARE

Используйте эту форму, чтобы обратиться в наш план с запросом на определение покрытия. Вы также можете подать запрос по телефону 503-416-4279 или бесплатно по номеру 888-712-3258, а также через наш веб-сайт: careoregonadvantage.org. Запрос может подать вы, ваш врач или назначивший препарат специалист, либо ваш уполномоченный представитель.

Участник плана

Полное имя	Дата рождения
Адрес	Город
Штат	Почтовый индекс
Телефон	Идентификационный номер участника

Если лицо, подающее запрос, не является участником плана или назначившим врачом:

Имя заявителя
Отношение к участнику плана
Адрес (включая город, штат и почтовый индекс)
Телефон
☐ Предоставьте вместе с этой формой документы, подтверждающие ваши полномочия представлять участника плана (заполненная форма CMS-1696 «Назначение представителя» или эквивалент). Для получения дополнительной информации о назначении представителя обратитесь к нашему плану или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по телефону 1-877-486-2048.

Наименование рецептурного препарата, к которому относится запрос (укажите дозировку и количество, если известно)

Тип запроса

☐ Мой план лекарственного обеспечения взял с меня более высокую сумму доплаты, чем должен был

☐ Я прошу возмещения стоимости покрываемого препарата, за который я уже заплатил (-а) самостоятельно

☐ Я запрашиваю предварительное разрешение на назначенный препарат (данный запрос может требовать подтверждающей информации)

Для следующих типов запросов врач ОБЯЗАН предоставить подтверждающее обоснование. Ваш лечащий врач может заполнить стр. 3 и 4 формы «Подтверждающая информация для запроса на исключение или предварительное разрешение».

☐Мне требуется препарат, который не входит в перечень покрываемых препаратов плана (исключение из формуляра)

☐ Я ранее принимал (-а) препарат, входивший в перечень покрываемых, но он был или будет исключен в течение года действия плана (исключение из формуляра)

☐ Я запрашиваю исключение из требования сначала попробовать другой препарат, прежде чем принимать назначенный (исключение из формуляра)

☐ Я запрашиваю исключение из ограничения плана на количество таблеток (ограничение по количеству), чтобы получить количество таблеток, назначенное мне врачом (исключение из формуляра)

☐ Я запрашиваю исключение из требований плана о предварительном разрешении, которые должны быть выполнены до получения рецептурного препарата (исключение из формуляра).

☐ Мой план лекарственного обеспечения взимает более высокую доплату за рецептурный препарат, чем за другой препарат, применяемый для лечения моего состояния, и я хочу вносить более низкую доплату (исключение по уровню доплаты)

☐ Я ранее принимал (-а) препарат, который относился к более низкому уровню доплаты, но был или будет переведен на более высокий уровень доплаты (исключение по уровню доплаты).

Дополнительная информация, которую следует учесть *(приложите все подтверждающие документы к этой форме)*:

_____

_____

_____

_____

Требуется ли ускоренное решение?

Если вы или назначающее лицо считаете, что стандартное 72-часовое ожидание решения может привести к серьезным последствиям для вашей жизни, здоровья или восстановления максимальной работоспособности, вы можете запросить ускоренное принятие решения. Если назначающее лицо указывает, что 72-часовое ожидание может причинить серьезный вред вашему здоровью, мы автоматически предоставим вам ответ в течение 24 часов. Если назначающее лицо не указывает на необходимость ускоренной апелляции, мы самостоятельно решим, требует ли ваше дело ускоренного рассмотрения. (Вы не можете запросить ускоренное решение, если вам необходимо вернуть средства за уже полученный препарат.)

☐ **ДА, мне требуется решение в течение 24 часов.** При наличии подтверждающего заключения врача приложите его к запросу.

Подпись:	**Дата:**

Как подать эту форму

Отправьте эту форму и подтверждающие документы по почте или факсу.

Адрес:
CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy PA Department
315 SW 5th Avenue
Portland, OR 97204

Номер факса:
503-416-8109

Подтверждающая информация для запроса на исключение или предварительное разрешение
(заполняется врачом)

☐ **ЗАПРОС НА УСКОРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ. Подписываясь ниже, я подтверждаю, что применение стандартного 72-часового срока рассмотрения может серьезно поставить под угрозу жизнь или здоровье участника плана либо его способность восстановить максимальную работоспособность.**

Информация о враче, выписавшем рецепт

Полное имя	
Адрес (включая город, штат и почтовый индекс)	
Телефон медицинского учреждения	
Факс	
Подпись	Дата

Диагноз и медицинская информация

Лекарственный препарат:	Дозировка и путь введения:
частота приема:	Дата начала: ☐ **НОВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ**
Ожидаемая продолжительность терапии:	Количество на 30 дней:
Рост / вес:	Аллергии на лекарственные препараты:

ДИАГНОЗ – Перечислите все диагнозы, для лечения которых запрашивается рецептурный препарат, с соответствующими кодами ICD-10 (Если состояние, для лечения которого запрашивается препарат, является симптомом (например, анорексия, потеря веса, одышка, боль в груди, тошнота и т. д.), укажите диагноз, вызывающий этот симптом (если он известен))	**Код (-ы) ICD-10**
Другие ЗНАЧИМЫЕ ДИАГНОЗЫ:	**Код (-ы) ICD-10**

ИСТОРИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ: (для лечения состояния, требующего запрашиваемого рецептурного препарата)

ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЛИСЬ (если ограничение по количеству является проблемой, укажите дозу за прием / общую суточную дозу, которые применялись)	**ДАТЫ курсов лечения**	**РЕЗУЛЬТАТЫ предыдущей терапии** **НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ или НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ (опишите)**

Какова текущая схема лекарственной терапии участника плана для состояния (-ий), требующего (-их) назначения запрашиваемого препарата?

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ
Имеются ли **ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ УПРАВЛЕНИЕМ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ И МЕДИКАМЕНТАМИ (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA) ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** к запрашиваемому препарату? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Существует ли риск **ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ** при добавлении запрашиваемого препарата к текущей схеме лекарственной терапии участника плана? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если на любой из вышеуказанных вопросов дан ответ «Да», 1) поясните проблему; 2) обсудите ожидаемую пользу по сравнению с потенциальными рисками, несмотря на указанное обстоятельство; 3) укажите план мониторинга для обеспечения безопасности

УПРАВЛЕНИЕ ВЫСОКИМИ РИСКАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
Если участнику плана более 65 лет, считаете ли вы, что польза лечения запрашиваемым препаратом превышает потенциальные риски для данного пожилого пациента? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ОПИОИДЫ – (ответьте на следующие 4 вопроса, если запрашиваемый препарат является опиоидом)
Какова суточная суммарная морфиновая эквивалентная доза **(Morphine Equivalent Dose, MED)**? **мг/сутки**
Известно ли вам о других врачах, назначающих опиоидные препараты данному участнику плана? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** Если да, поясните.
Является ли указанная суточная доза MED медицински обоснованной? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ** Будет ли более низкая суммарная суточная доза MED недостаточной для контроля боли у участника плана? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

ОБОСНОВАНИЕ ЗАПРОСА

☐ **Альтернативные препараты ранее применялись, но привели к неблагоприятному исходу (например, токсичность, аллергическая реакция или терапевтическая неэффективность)** [Если это не указано в разделе «ИСТОРИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ», укажите ниже: (1) препараты, которые применялись, и результаты курсов терапии; (2) при неблагоприятном исходе — перечислите препараты и характер неблагоприятного исхода для каждого; (3) при терапевтической неэффективности — укажите максимальную дозу и продолжительность терапии для каждого применявшегося препарата]

☐**Альтернативные препараты противопоказаны, были бы менее эффективны или с высокой вероятностью привели бы к неблагоприятному исходу.** Требуется конкретное объяснение причин, по которым альтернативные препараты были бы менее эффективны, либо ожидается клинически значимый неблагоприятный исход, а также обоснование того, почему такой исход является вероятным. При наличии противопоказаний укажите конкретную причину, по которой предпочтительные препараты / другие формулярные препараты противопоказаны

☐ **У пациента возникли бы неблагоприятные эффекты, если бы от него требовалось соблюдение требования о предварительном разрешении.** Требуется конкретное объяснение любого ожидаемого клинически значимого неблагоприятного исхода, а также обоснование того, почему такой исход является ожидаемым.

☐ **Состояние пациента стабильно на текущих препаратах; при изменении медикаментозной терапии существует высокий риск клинически значимого неблагоприятного исхода.** Требуется конкретное объяснение любого ожидаемого клинически значимого неблагоприятного исхода и причин, по которым такой исход является вероятным, например: состояние было трудно поддающимся контролю (было испробовано множество препаратов, для контроля состояния требовалось применение нескольких препаратов); у пациента ранее наблюдался клинически значимый неблагоприятный исход при недостаточном контроле состояния (например, госпитализация или частые экстренные медицинские обращения, инфаркт, инсульт, падения, выраженное ограничение функционального статуса, чрезмерная боль и страдание и т. п.).

☐ **Медицинская необходимость применения иной лекарственной формы и (или) более высокой дозировки.** [Укажите ниже: (1) лекарственные формы и (или) дозировки, которые применялись, и результаты терапии; (2) медицинское обоснование; (3) причину, по которой более редкий прием препарата с большей дозировкой невозможен (если существует более высокая дозировка).]

☐ **Запрос на исключение по уровню формуляра.** Если это не указано в разделе «ИСТОРИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ», укажите ниже: (1) формулярные или предпочтительные препараты, которые применялись, и результаты курсов терапии; (2) при неблагоприятном исходе — перечислите препараты и характер неблагоприятного исхода для

каждого; (3) при терапевтической неэффективности или недостаточной эффективности по сравнению с запрашиваемым препаратом — укажите максимальную дозу и продолжительность терапии для каждого применявшегося препарата; (4) при наличии противопоказаний — укажите конкретную причину, по которой предпочтительные препараты / другие формулярные препараты противопоказаны.

☐ **Другое** (поясните ниже)

_____

_____

_____

_____

_____