

درخواست تعیین پوشش هزینه دارو توسط مدیگر

شما می‌توانید این فرم را برای ما فکس یا پست نمایید:

شماره فکس:
1-858-357-2556

آدرس:
 OneCare Connect Customer Service
 505 City Parkway West
 Orange, CA 92868

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره **1-855-705-8823** یا مراجعه به وبسایت www.caloptima.org/onecareconnect درخواست تعیین پوشش نمایید.

چه کسی می‌تواند درخواست کند: شخص تجویز کننده می‌تواند از طرف شما درخواست نماید. اگر مایل هستید شخص دیگری (مثلاً خویشاوند یا دوست) از طرف شما درخواست کند، این شخص باید نماینده قانونی شما باشد. برای اطلاعات در مورد انتخاب نماینده با ما تماس بگیرید.

اطلاعات عضو

نام عضو		تاریخ تولد
آدرس عضو		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن	شماره شناسایی عضو ID #	

این بخش را تنها در صورتی تکمیل نمایید که درخواست کننده، عضو یا تجویز کننده نیست:

نام درخواست کننده		
نسبت درخواست کننده با عضو		
آدرس		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن		

مدارک مورد نیاز برای درخواستهایی که توسط شخصی غیر از عضو یا تجویز کننده دارو ارائه میشود:

مدارک مربوط به انتخاب شما به عنوان نماینده قانونی توسط عضو (فرم تکمیل شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا مدرک کتبی مشابه) را پیوست نمایید. برای اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب نماینده با برنامه درمانی خود یا خط تلفن Medicare 1-800 تماس بگیرید.

نام داروی نسخه ای مورد درخواست شما (اگر قدرت دارو و مقدار مورد لزوم در هر ماه را میدانید ، لطفاً در این محل بنویسید):

نوع درخواست تعیین پوشش

- من به دارویی احتیاج دارم که در فهرست داروهای تحت پوشش برنامه نیست (استثنا در فهرست). *
- من از دارویی استفاده میکنم که قبلاً در فهرست داروهای تحت پوشش برنامه بود. اما امسال از فهرست داروهای تحت پوشش حذف شده یا حذف خواهد شد(استثنا در فهرست). *
- من برای دارویی که پزشکم تجویز کرده به مجوز پیشین احتیاج دارم. *
- من خواستار استثنا جهت امتحان یک دارو قبل از دریافت داروی اصلی که تجویز کننده برایم نسخه کرده است هستم(استثنا در فهرست). *
- من درمورد محدودیت تعداد قرصهایی (محدودیت کمی) که میتوانم در هر نسخه دریافت نمایم درخواست استثنا دارم (استثنا در فهرست). *
- برنامه دارویی من ، برای دارویی که تجویز کننده نسخه کرده سهم هزینه بیشتر از داروی مشابه دیگر که بیماری من را درمان میکند از من میگیرد و من درخواست کاهش سهم هزینه را دارم (استثنا در ردیف دارو). *
- من در حال استفاده از دارویی هستم که قبلاً در ردیف پایین تری بود، اما به ردیف بالاتر انتقال یافته و سهم هزینه آن زیادتیر شده است (استثنا در ردیف دارو). *
- برنامه دارویی من سهم هزینه بیشتری از آنچه معمول است از من دریافت کرده.
- من درخواست باز پرداخت هزینه داروی نسخه ای تحت پوششی را دارم که شخصاً هزینه آن را پرداخت نموده ام.

*** نکته:** اگر درخواست استثنا در فهرست یا در ردیف دارو دارید، تجویز کننده شما باید بیانیه ای برای پشتیبانی از درخواست شما ارائه کند. ممکن است درخواستهای مربوط به مجوز پیشین (یا الزام مدیریت بهره وری) به مدارک پشتیبانی احتیاج داشته باشند. تجویز کننده شما میتواند برای حمایت از درخواست شما از "اطلاعات پشتیبانی از درخواست استثنا و مجوز پیشین" پیوست این نامه استفاده نماید.

اطلاعات اضافی که باید در نظر بگیریم (هرگونه مدارک حمایت کننده از درخواستتان را ضمیمه نمایید):

نکته مهم: تصمیم سریع

اگر شما یا تجویز کننده تان معتقد هستید که انتظار 72 ساعته برای تصمیم استاندارد میتواند بطور جدی به سلامت، زندگی شما آسیب برساند یا توانایی به دست آوردن حداکثر عملکرد شما را از بین ببرد، شما میتوانید درخواست تصمیم سریع (فوری) نمایید. اگر تجویز کننده شما اعلام کند که انتظار 72 ساعته بطور جدی به سلامت شما آسیب میرساند، ما بطور خودکار تصمیم خود را طی 24 ساعت به شما ابلاغ میکنیم. اگر شما بیانیه حمایت تجویز کننده از تصمیم سریع را دریافت نکنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که مورد شما به تصمیم سریع احتیاج دارد. برای بازپرداخت هزینه دارویی که دریافت کرده اید نمیتوانید درخواست تصمیم سریع نمایید.

اگر معتقد هستید که به تصمیم 24 ساعته نیاز دارید در این محل علامت بزنید. (اگر بیانیه پشتیبانی از طرف پزشک خود دارید، به این درخواست پیوست نمایید).

	امضاء:
تاریخ	

اطلاعات پشتیبانی از درخواست استثنا یا مجوز پیشین

درخواستهای مربوط به فهرست داروها و ردیف داروها بدون بیانیه پشتیبانی تجویز کننده بررسی نخواهند شد. ممکن است درخواست مجوز پیشین به اطلاعات حمایت کننده نیاز داشته باشند.

درخواست بررسی سریع: با علامت زدن در این محل و امضاء در زیر، من تایید میکنم که انتظار 72 ساعته برای بررسی بطور جدی سلامت و زندگی عضو را به خطر می اندازد و توانایی وی برای به دست آوردن حداکثر عملکرد را از بین خواهد برد.

اطلاعات تجویز کننده			
نام			
آدرس			
	ایالت	کد پستی	
تلفن مطب		فکس	
امضاء تجویز کننده		تاریخ	

اطلاعات و تشخیص پزشکی		
	دارو	قدرت و طریقه مصرف
تعداد مصرف در روز:		
تاریخ شروع	طول مدت درمان	مقدار برای 30 روز
<input type="checkbox"/> داروی جدید		
قد/ وزن:	حساسیت دارویی	
ICD-10 Code(s)	تشخیص — لطفاً فهرست تشخیصهایی که توسط داروی درخواست شده درمان میشود و کدهای ICD-10 مربوطه را در این محل بنویسید: (اگر مشکل تحت درمان با این دارو جزو علائم بیماری هستند، مانند؛ آنورکسی، کاهش وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، حالت تهوع، یا غیره؛ اگر تشخیص اصلی را میدانید در این محل بنویسید.)	
ICD-10 Code(s)	تشخیصهای مربوطه دیگر:	

سابقه داروهای مصرفی: (برای درمان بیماری که داروها را درخواست میکنید)

نتیجه امتحانهای قبلی دارو، عدم موفقیت در مقابل عدم تحمل دارو (توضیح دهید)	تاریخ امتحان دارو	داروی امتحان شده
		(اگر مشکل شما مقدار دارو است، قدرت (دوز) یک واحد و مقدار (دوز) مصرفی روزانه را قید نمایید)

نتیجه امتحانهای قبلی دارو، عدم موفقیت در مقابل عدم تحمل دارو (توضیح دهید)	تاریخ امتحان دارو	داروی امتحان شده (اگر مشکل شما مقدار دارو است، قدرت (دوز) یک واحد و مقدار (دوز) مصرفی روزانه را قید نمایید)
رژیم دارویی فعلی عضو توسط داروی درخواست شده، برای این وضعیت چیست؟		

ایمنی دارو
آیا FDA برای داروی درخواست شده منع مصرف اعلام کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا در مورد تداخل دارویی درخواستی و داروهایی که عضو مصرف میکند نگرانی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر به هرکدام از پرسشهای مطرح شده در بالا پاسخ مثبت داده اید، لطفاً (1) در مورد مشکل پیش آمده توضیح دهید. (2) در مورد مزایا در برابر خطر احتمالی با وجود ابراز نگرانی (3) برنامه نظارت بر درمان توضیح دهید.
مدیریت ریسک بالای داروها در سالمندان
اگر عضو بیش از 65 سال سن دارد، آیا شما معتقد هستید که مزایای درمان با داروی درخواستی بیش از خطر احتمالی این دارو برای سالمندان است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
داروهای مسکن مخدر/مرفین (اگر داروی درخواستی شما از داروهای مسکن مخدر است، لطفاً به پرسشهای زیر پاسخ دهید)
مقدار دوز معادل mg/day <input type="text"/> مرفین را ذکر نمایید (MED).
آیا در مورد مرفینها و مسکنهای مخدر دیگری که برای این عضو تجویز شده اطلاع دارید؟ اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا مقدار دوز MED ذکر شده الزام پزشکی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر مقدار دوز MED را کمتر کنید برای کنترل درد عضو کافی نیست؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
دلیل این درخواست

منع مصرف داروهای دیگر وجود دارد یا قبلاً امتحان شده و نتیجه نامطلوب داده است، بطور مثال؛ مسمومیت، حساسیت یا عدم موفقیت درمان [اگر در قسمت سابقه درمان ذکر نکرده اید،] لطفاً در این محل قید نمایید: (1) داروهای امتحان شده و نتیجه آن (2) در صورت نتیجه نامطلوب، فهرست داروها و نتیجه نامطلوب هر کدام (3) عدم موفقیت درمان، لطفاً بالاترین قدرت/دوز و مدت درمان برای داروهای امتحان شده را ذکر نمایید. لطفاً دلیل منع مصرف داروهای دیگر موجود در فهرست را توضیح دهید.

وضعیت بیمار توسط داروی فعلی ثابت است: خطر نتیجه بالینی نامطلوب در اثر تغییر دارو زیاد است. توضیح کامل نتیجه بالینی نامطلوب و دلیل پیشبینی این نتیجه بالینی لازم است. - مثال: کنترل بیماری دشوار بوده (داروهای متعددی امتحان شده اند، داروهای متعددی برای کنترل بیماری لازم است)، بدون کنترل بیماری، نتایج نامطلوب قابل توجهی در بیمار مشاهده شده است (مثال: بستری در بیمارستان یا ملاقاتهای پزشکی بحرانی، سکته قلبی، سکته مغزی، محدودیت فعالیتها، درد و رنج ناخوشایند) و غیره.

احتیاج به دوز متفاوت یا دوز بالای درمانی [در زیر توضیح دهید: (1) نوع قدرت/دوز امتحان شده دارو و نتیجه (2) دلایل پزشکی عدم استفاده از قدرت بالای دارو در دوزهای کمتر - اگر داروی قویتری موجود است، را توضیح دهید.]

درخواست استثنا در ردیف دارو اگر در قسمت سابقه درمان ذکر نکرده اید، لطفاً در این محل قید نمایید: (1) داروهای امتحان شده و نتیجه آن (2) در صورت نتیجه نامطلوب، فهرست داروها و نتیجه نامطلوب هر کدام (3) عدم موفقیت درمان، لطفاً بالاترین قدرت/دوز و مدت درمان برای داروهای امتحان شده را ذکر نمایید. (4) لطفاً دلیل منع مصرف داروهای دیگر موجود در فهرست را توضیح دهید.

دیگر (لطفاً در زیر توضیح دهید)

توضیحات لازم

برنامه OneCare Connect Cal MediConnect (برنامه مدیکر-مدیکید) یک برنامه خدمات بهداشتی و درمانی است که با هر دو بیمه مدیکر و مدیکل جهت ارائه مزایای دو برنامه به اعضا قرارداد دارد. برنامه OneCare Connect طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. لطفاً طی 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه روز با بخش خدمات مشتریان ما از طریق شماره تلفن **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره **1-800-735-2929** تماس حاصل نمایند.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم **1-855-705-8823** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).