

**ЗАПРОС О ПРИНЯТИИ СТРАХОВОГО РЕШЕНИЯ, КАСАЮЩЕГОСЯ ОПЛАТЫ ЛЕКАРСТВ
ПО ПРОГРАММЕ "МЕДИКЕАР"**

Эту форму вы можете послать нам по факсу или по почте:

Адрес:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.

Кому: PA Department

10181 Scripps Gateway Ct

San Diego, CA 92131

Номер факса:

1-858-790-7100

Запрос, касающийся принятия нами страхового решения, вы также можете подать по телефону 1-888-807-6806 или через наш веб-сайт: www.villagecaremax.org.

Кто имеет право подавать запрос: Лицо, которое выписывает вам лекарства, имеет право подать нам, действуя от вашего имени, запрос на принятие страхового решения. Если вы хотите, чтобы какое-либо другое лицо (например - член семьи или друг) подало запрос от вашего имени, в таком случае указанное лицо должно обладать статусом вашего представителя. Чтобы узнать о том, как вы можете назначить себе представителя, обращайтесь к нам.

Информация об участнике

Имя и фамилия участника		Дата рождения
Адрес участника		
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	Номер участника в плане	

Заполните нижеуказанный раздел ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, если этот запрос подает какое-либо другое лицо (не участник и не лицо, которое выписывает вам лекарства):

Имя и фамилия запрашивающего лица		
Отношение запрашивающего лица к участнику плана		
Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон		

Документ подтверждающий наличие статуса представителя, для таких запросов, которые подают какие-либо другие лица (не являющиеся участником или лицом, которое выписывает вам лекарства):

Приложите документы, которые подтверждают наличие полномочий представлять интересы участника (заполненная форма CMS-1696 ("Назначение представителя") или иной эквивалент такого документа, составленный в письменном виде). Для получения дополнительной

информации о назначении представителя обращайтесь в свой план или звоните по телефону: 1-800-Medicare.

Название рецептурного лекарства, в отношении которого вы подаете запрос (если название известно; укажите дозировку и запрашиваемый объем, в перерасчете на месяц):

Тип запроса о принятии страхового решения

☐ Мне необходимо лекарство, которое не внесено в "Список оплачиваемых планом лекарств" (исключение в отношении формуляра).*

☐ Я пользовался таким лекарством, которое раньше входило в "Список оплачиваемых планом лекарств", но его удаляют, или уже удалили, из этого списка в течение установленного планом страхового года (исключение в отношении формуляра).*

☐ Я подаю запрос о принятии предварительного разрешения на такое лекарство, которое назначило лицо выписывающее мне лекарства.*

☐ Я подаю запрос о снятии требования, касающегося попыток принимать другое лекарство, прежде чем я смогу получить то лекарство, которое назначило лицо выписывающее мне лекарства (исключение в отношении формуляра).*

☐ Я подаю запрос о предоставлении исключения из установленного планом лимита на количество таблеток (или лимита на объем лекарства), которое мне разрешается получать, чтобы я смог получить такой объем лекарства, который назначило лицо выписывающее мне лекарства (исключение в отношении формуляра).*

☐ В плане обеспечения меня лекарствами взимается более высокая доплата за такое лекарство, которое назначило мне лицо выписывающее лекарства, чем доплата которая взимается за другое лекарство, применяемое для лечения моего заболевания, и я хочу платить более низкую доплату (исключение в отношении группы лекарств).*

☐ Я пользовался таким лекарством, которое раньше входило в более дешевую группу по доплате, но его переносят, или уже перенесли, в более высокую группу по доплате (исключение в отношении группы лекарств).*

☐ В плане обеспечения меня лекарствами взимается более высокая сумма доплаты за лекарство, чем установленная сумма.

☐ Я хочу, чтобы мне возместили расходы, касающиеся оплачиваемого планом рецептурного лекарства, за которое мне пришлось заплатить из собственного кармана.

*** ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы просите, чтобы вам предоставили исключение в отношении формуляра или в отношении группы лекарств, в таком случае лицо, которое выписывает вам лекарства, **ОБЯЗАНО** предоставить заявление в поддержку вашего запроса. Если запрос связан с получением предварительного разрешения (или какого-либо иного требования, касающегося управления объемом услуг), в таком случае может потребоваться предоставление подтверждающей информации. Лицо, которое выписывает вам лекарства, может использовать

прилагаемую форму "Информация в подтверждение запроса о предоставлении исключения или предварительного разрешения", чтобы выразить поддержку для вашего запроса.

Дополнительная информация, которую нам необходимо рассмотреть (приложите все подтверждающие документы):

Важное примечание: принятие решений в ускоренном порядке

Если вы, или лицо которое выписывает вам лекарства, считаете, что ожидание в течение 72 часов (при принятии решений в обычном порядке) может создавать серьезную опасность для вашей жизни, здоровья или способности полностью возобновить свои максимальные функции, в таком случае вы имеете право попросить, чтобы решение было принято в ускоренном (быстром) порядке. Если лицо, которое выписывает вам лекарства, сообщит о том, что ожидание в течение 72 часов может создавать серьезную опасность для вашего здоровья, в таком случае мы автоматически предоставим вам свое решение в течение 24 часов. Если вы не получите поддержки со стороны лица, которое выписывает вам лекарства, в отношении запроса на рассмотрение дела в ускоренном порядке, в таком случае мы будем принимать решение о том, требует ли ваша ситуация принятия решения в ускоренном порядке. Вы не имеете права подавать запрос о принятии страхового решения в ускоренном порядке в том случае, если вы просите нас возместить вам расходы за лекарство, которые вы уже получили.

☐ **ПОСТАВЬТЕ ЗДЕСЬ ФЛАЖОК В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ РЕШЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ** (если у вас имеется заявление в поддержку вашей позиции от лица, которое выписывает вам лекарства - приложите такое заявление к этому запросу).

Подпись:

Дата:

Подтверждающая информация для запроса о предоставлении исключения или предварительного разрешения

Запросы о предоставлении ИСКЛЮЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ФОРМУЛЯРА и ИСКЛЮЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ГРУППЫ не будут рассматриваться без наличия заявления в поддержку вашей позиции от лица, которое выписывает вам лекарства. Для запросов о предоставлении ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ может требоваться наличие подтверждающей информации.

☐ **ЗАПРОС О РАССМОТРЕНИИ ДЕЛА В УСКОРЕННОМ ПОРЯДКЕ:** Поставив здесь флажок и поставив ниже свою подпись я подтверждаю, что использование обычной процедуры рассмотрения дела, в течение 72 часов, может создавать серьезную опасность для жизни или здоровья участника, или для возможности участника максимально восстановить свои функции.

Информация о лице, которое выписывает лекарства

Имя

Информация о лице, которое выписывает лекарства		
Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс
Рабочий телефон	Факс	
Подпись лица, которое выписывает лекарства		Дата

Диагноз и медицинская информация		
Лекарство:	Дозировка и способ введения:	Периодичность:
Дата начала: ☐ НОВЫЙ КУРС	Предполагаемая продолжительность терапии:	Кол-во в течение 30 дней
Рост/вес:	Аллергии к лекарствам:	
ДИАГНОЗ. Укажите все диагнозы, которые лечат с помощью запрашиваемого лекарства, а также соответствующие коды МКБ-10. (Если заболевание, которое лечат запрашиваемым лекарством, это симптом - например, анорексия, потеря веса, одышка, боли в груди, тошнота и пр., укажите диагноз, который вызывает такие симптомы, если известен)		Код(ы) МКБ-10
Другие СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДИАГНОЗЫ:		Код(ы) МКБ-10
ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ: (для лечения заболевания (заболеваний), требующих использования запрашиваемого лекарства)		

ЛЕКАРСТВА КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ (если вопрос касается объема - укажите дозировку лекарства и полную суточную дозу во время предыдущего приема)	ДАТЫ, когда проводилось пробное лечение лекарством	РЕЗУЛЬТАТЫ, полученные во время предыдущих проб лечения лекарством ОТСУТСТВИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА или НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ (предоставьте объяснение)

Какой режим приема лекарства использует участник плана сейчас для лечения заболевания (заболеваний), требующих использования запрашиваемого лекарства?

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВА	
Существуют ли какие-либо ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ АГЕНТСТВОМ FDA , в отношении запрашиваемого лекарства? ☐ ДА ☐ НЕТ	

Существуют ли какие-либо проблемы, касающиеся ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВ, при добавлении запрашиваемого лекарства к текущему режиму приема лекарств участником плана? ☐ ДА ☐ НЕТ	
Если на какой-либо из указанных выше вопросов получен положительный ответ, просим вас: 1) объяснить сущность проблемы, 2) описать пользу и потенциальные риски, несмотря на наличие указанных проблем, 3) осуществлять мониторинг за планом для обеспечения безопасности.	
ПОВЫШЕННЫЙ РИСК, СВЯЗАННЫЙ С УПРАВЛЕНИЕМ РЕЖИМОМ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ	
Если участник плана достиг 65-летнего возраста, считаете ли вы, что польза от лечения запрашиваемым лекарством превышает потенциальные риски для такого пожилого пациента? ☐ ДА ☐ НЕТ	
ОПИОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ – (просим вас дать ответы на нижеуказанные вопросы в том случае, если запрашиваемое лекарство это опиоидный препарат)	
Какая суточная совокупная доза морфинового эквивалента (MED)?	мг/день
Существуют ли другие лица, которые выписывают опиоидные препараты для этого участника? ☐ ДА ☐ НЕТ Если такие имеются - предоставьте описание.	
Считается ли указанная ежедневная доза MED необходимой с медицинской точки зрения? ☐ ДА ☐ НЕТ Может ли быть недостаточной более низкая полная ежедневная доза MED для сокращения болей у участника плана? ☐ ДА ☐ НЕТ	
ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАПРОСА	

☐ **Альтернативные лекарства, которые противопоказаны или использовались ранее с негативными результатами, например - токсичность, аллергия или безуспешность лечения** [Предоставьте ниже описание, если такое описание не указано выше в этой форме в разделе ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ: (1) Опробованные лекарства и результаты пробного лечения, (2) наличие неблагоприятного результата, укажите лекарства и неблагоприятные результаты по каждому из них, (3) если лечение было безуспешным, укажите максимальную дозу и продолжительность терапии опробованным лекарством, (4) если существуют противопоказания, укажите конкретную причину, по которой противопоказаны предпочтительные лекарства или другие лекарства из формуляра]

☐ **Состояние пациента стабильно при текущем режиме приема лекарств; высокий риск возникновения существенного неблагоприятного исхода лечения при изменении лекарства.** Требуется конкретное объяснение по каждому предполагаемому существенному неблагоприятному исходу лечения и почему он ожидается. Например, трудно управлять таким заболеванием (опробовано много лекарств, для управления заболеванием требуется много различных лекарств), в прошлом у пациента были существенные неблагоприятные результаты, когда не проводилось управление заболеванием (например, госпитализация или частые визиты к врачу с острым состоянием, инфаркт миокарда, инсульт, падения, значительное ограничение функциональных возможностей, сильные боли и страдания) и пр.

☐ **Медицинская необходимость применять другую форму дозировки и/или более высокую дозировку** [Опишите ниже: (1) Опробованные дозировки и/или формы дозировок и результаты пробного лечения лекарством; (2) укажите медицинскую необходимость (3) опишите почему нельзя использовать менее частое введение доз с повышенной эффективностью, если существуют дозы с более высокой эффективностью]

☐ **Запрос о предоставлении исключения в отношении группы, формуляра.** Предоставьте ниже описание, если такое описание не указано выше в этой форме в разделе ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ: (1) предпочитаемые лекарства или лекарства из формуляра, и результаты пробного лечения, (2) наличие неблагоприятного результата, укажите лекарства и неблагоприятные результаты по каждому из них, (3) если лечение было безуспешным или не таким эффективным, как у запрашиваемого лекарства, укажите максимальную дозу и продолжительность терапии опробованным лекарством, (4) если существуют противопоказания, укажите конкретную причину, по которой противопоказаны предпочтительные лекарства или другие лекарства из формуляра]

☐ **Прочее** (предоставьте ниже объяснение)

Требуемое объяснение _____

