

طلب تحديد تغطية Medicare للعقاقير الموصوفة طبيًا

يمكن إرسال هذا النموذج إلينا عبر البريد أو الفاكس:

رقم الفاكس:
(888) 697-8122

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

يمكنك أيضًا أن تطلب منا تحديد التغطية عبر الهاتف على (800) 535-9481 أو من خلال موقعنا على

blueshieldca.com/medicare

من يمكنه تقديم الطلب: قد يطلب منا الطبيب الذي يصف الدواء لك تحديد التغطية نيابةً عنك. إذا كنت تريد أن يقوم شخص آخر (مثل أحد أفراد العائلة أو صديق) بتقديم الطلب نيابةً عنك، فيجب أن يكون هذا الشخص هو ممثل عنك. اتصل بنا لمعرفة كيفية تحديد ممثل عنك.

معلومات المسجل

اسم المسجل	تاريخ الميلاد
عنوان المسجل	
المدينة	الولاية
الهاتف	الرمز البريدي
	رقم معرف العضو المسجل

أكمل القسم التالي فقط إذا لم يكن الشخص الذي يقدم هذا الطلب هو المسجل أو الطبيب الذي يصف الدواء:

اسم صاحب الطلب	
علاقة صاحب الطلب بالمسجل	
العنوان	
المدينة	الولاية
الهاتف	الرمز البريدي

Y0118_24_465A_AR_C 08092024

H2819_24_465A_AR_C Approved 08202024

A53821MADD-AR_0724

وثائق التمثيل بالنسبة للطلبات المقدمة من شخص آخر غير المسجل أو الطبيب الذي يصف الدواء للمسجل:

أرفق المستندات التي توضح صلاحية تمثيل المسجل (نموذج التصريح للتمثيل المكتمل CMS-1696 أو ما يعادله كتابياً). لمزيد من المعلومات حول تعيين ممثل، اتصل بخطتك أو بالهاتف 1-800-Medicare.

اسم الدواء الموصوف الذي تطلبه (أضف التركيز والكمية المطلوبة شهرياً، إذا كنت تعرف ذلك):

نوع طلب تحديد التغطية

- أحتاج إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية المغطاة في الخطة (استثناء من كتيب الوصفات الدوائية).*
 - كنت أستخدم عقاراً تم تضمينه سابقاً في قائمة الأدوية المغطاة في الخطة، ولكن تجرى إزالته أو تمت إزالته من هذه القائمة خلال سنة الخطة (استثناء من كتيب الوصفات الدوائية).*
 - أطلب تصريحاً مسبقاً لاستخدام الدواء الذي وصفه لي الطبيب.*
 - أطلب استثناءً من شرط تجربة دواء آخر قبل أن أحصل على الدواء الذي وصفه لي الطبيب (استثناء من كتيب الوصفات الدوائية).*
 - أطلب استثناءً من حد الخطة بشأن عدد الحبوب (حد الكمية) التي يمكنني الحصول عليها حتى أتمكن من الحصول على عدد الحبوب التي وصفها لي الطبيب (استثناء من كتيب الوصفات الدوائية).*
 - تتقاضى خطة الأدوية الخاصة بي مدفوعات مشتركة أعلى للدواء الذي وصفه لي الطبيب أكثر من مقابل دواء آخر يعالج حالتي، وأريد أن أدفع مدفوعات مشتركة أقل (استثناء من مستوى المدفوعات المشتركة).*
 - لقد كنت أستخدم عقاراً كان متضمناً في السابق في مستوى مدفوعات مشتركة أقل، ولكن يجري نقله أو تم نقله إلى مستوى مدفوعات مشتركة أعلى (استثناء مستوى المدفوعات المشتركة).*
 - كلفتني خطة الأدوية الخاصة بي مدفوعات مشتركة أعلى مما ينبغي مقابل الدواء.
 - أريد أن أحصل على تعويض عن دواء موصوف طبي دفعت ثمنه من جيبِي.
- *ملاحظة: إذا كنت تطلب استثناء من كتيب وصفات الدوائية أو من مستوى المدفوعات المشتركة، فيجب على الطبيب الذي يصف الدواء تقديم بيان يدعم طلبك. قد تتطلب الطلبات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً (أو أي متطلبات أخرى لإدارة الاستخدام) معلومات داعمة. يجوز للطبيب الذي يصف الأدوية لك استخدام استمارة "المعلومات الداعمة لطلب الاستثناء أو التصريح المسبق" المرفقة لدعم طلبك.

معلومات إضافية يجب أن نأخذها في الاعتبار (أرفق أي مستندات داعمة):

Y0118_24_465A_AR_C 08092024

H2819_24_465A_AR_C Approved 08202024

A53821MADD-AR_0724

ملاحظة مهمة: القرارات المعجلة

إذا كنت ترى أنت أو من يصف لك الدواء أن الانتظار لمدة 72 ساعة للحصول على قرار قياسي يمكن أن يضر بشكل خطير بحياتك أو صحتك أو قدرتك على استعادة الحد الأقصى من الوظائف، فيمكنك طلب قرار معجل (سريع). إذا أشار الطبيب الذي يصف الأدوية لك إلى أن الانتظار لمدة 72 ساعة يمكن أن يضر بصحتك بشكل خطير، فسنصدر لك تلقائيًا قرارًا في غضون 24 ساعة. إذا لم تحصل على دعم الطبيب الذي يصف الأدوية لك لطلب معجل، فسنقرر ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا. لا يمكنك طلب قرار تغطية معجل إذا طلبت منا أن نرد لك ثمن دواء تلقيته بالفعل.

ضع علامة في هذا المربع إذا كنت ترى أنك بحاجة إلى قرار خلال 24 ساعة (إذا كان لديك بيان داعم من الطبيب الذي يصف الأدوية لك، فأرفقه بهذا الطلب).

التوقيع:	التاريخ:
----------	----------

المعلومات الداعمة لطلب استثناء أو تصريح مسبق

لا يمكن معالجة طلبات الاستثناء من كتيب وصفات الدوائية أو من مستوى المدفوعات المشتركة بدون البيان الداعم من الطبيب الذي يصف الأدوية. قد تتطلب طلبات التصريح المسبق معلومات داعمة.

طلب مراجعة معجلة: من خلال وضع علامة في هذا المربع والتوقيع أدناه، أقر أن تطبيق الإطار الزمني القياسي للمراجعة الذي مدته 72 ساعة قد يعرض حياة المسجل أو صحته للخطر الشديد أو قدرته على استعادة الحد الأقصى من الوظائف.

معلومات الطبيب الذي يصف الدواء			
الاسم			
العنوان			
المدينة		الولاية	الرمز البريدي
هاتف المكتب		الفاكس	
توقيع الطبيب الذي يصف الدواء		التاريخ	

التشخيص والمعلومات الطبية		
الدواء:	التركيز وطريقة تلقي الدواء:	معدل تلقي الدواء:
موعد بدء الاستخدام:	المدة المتوقعة للعلاج:	الكمية لكل 30 يومًا
<input type="checkbox"/> بداية جديدة	الحساسية الدوائية:	
الطول/الوزن:		

Y0118_24_465A_AR_C 08092024

H2819_24_465A_AR_C Approved 08202024

A53821MADD-AR_0724

ICD-10 (أكواد)	التشخيص - يرجى إدراج جميع التشخيصات التي يتم علاجها بالدواء المطلوب ورموز ICD-10 المقابلة له. (إذا كانت الحالة التي يتم علاجها بالدواء المطلوب هي عرض من الأعراض، مثل فقدان الشهية وفقدان الوزن وضيق التنفس وألم في الصدر والغثيان وما إلى ذلك، فقدم التشخيص المسبب للعرض (الأعراض) إذا كان معروفًا)	
ICD-10 (أكواد)	التشخيصات الأخرى ذات الصلة:	
التاريخ الدوائي: (لعلاج الحالة (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب)		
نتائج تجارب الأدوية السابقة فشل الأدوية مقابل عدم القدرة على تحمل الأدوية (مع الشرح)	تواريخ تجربة الأدوية	الأدوية التي تم تجربتها (إذا كان حد الكمية يمثل مشكلة، فأدرج وحدة الجرعة/ إجمالي الجرعة اليومية التي تم تجربتها)
ما هو النظام الدوائي الحالي للمسجل لعلاج الحالة (الحالات) التي تتطلب الدواء المطلوب؟		

المأمونية الدوائية	
أي موانع للاستخدام أقرتها إدارة الغذاء والدواء الأمريكية FDA بالنسبة للدواء المطلوب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
أي مخاوف بشأن التفاعل الدوائي عند إضافة الدواء المطلوب إلى النظام الدوائي الحالي للمسجل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة عن أي من الأسئلة المذكورة أعلاه بنعم، فيرجى (1) شرح المشكلة، (2) مناقشة الفوائد مقابل المخاطر المحتملة على الرغم من المخاوف المذكورة، و(3) خطة المراقبة لضمان السلامة	

إدارة المخاطر العالية للأدوية التي تُعطى لكبار السن	
إذا كان عمر المسجل أكبر من 65 عامًا، فهل تشعر أن فوائد العلاج بالدواء المطلوب تفوق المخاطر المحتملة بالنسبة لهذا المريض المسن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

المواد الأفيونية - (يرجى إكمال الأسئلة التالية إذا كان الدواء المطلوب عبارة عن مادة أفيونية)

ما الجرعة التراكمية المكافئة اليومية من المورفين (MED)؟

ملغ/يوم

هل أنت على علم بواصفات المواد الأفيونية الأخرى لهذا المسجّل؟
إذا كان الأمر كذلك، يرجى توضيح ذلك.

نعم لا

هل MED اليومية المذكورة ضرورية طبيًا؟

نعم لا

هل ستكون الجرعة اليومية الإجمالية الأقل من MED غير كافية لتسكين ألم العضو المسجّل؟

نعم لا

Y0118_24_465A_AR_C 08092024

H2819_24_465A_AR_C Approved 08202024

A53821MADD-AR_0724

□ عقار (عقاقير) بديل ممنوع الاستخدام أو تمت تجربته سابقًا، ولكن أدى إلى نتائج ضائرة، مثل السمية أو الفشل العلاجي [حدد أدناه إذا لم تتم الإشارة إليه بالفعل في قسم "التاريخ الدوائي" سابقًا في النموذج: (1) عقار (عقاقير) تمت تجربته ونتائج تجربة (تجارب) الدواء (2) وإذا كانت النتائج ضائرة، ضع قائمة بالدواء (الأدوية) والنتائج الضائرة لكل منها، (3) وفي حالة الفشل العلاجي، ضع قائمة بالجرعة القصوى وطول فترة العلاج بالدواء (بالأدوية) الذي تمت تجربته، (4) وفي حال وجود مانع (موانع) للاستخدام، يرجى ذكر السبب المحدد وراء منع استخدام الدواء (الأدوية) المفضل/ دواء (أدوية) أخرى من كتيب الوصفات الدوائية]

□ حالة المريض مستقرة على الدواء (الأدوية) الحالي؛ ارتفاع خطر حدوث نتائج سريرية ضائرة خطيرة مع تغيير الدواء مطلوب تفسير محدد لأي نتيجة سريرية ضائرة خطيرة متوقعة وسبب توقع نتيجة ضائرة خطيرة - على سبيل المثال: كان من الصعب السيطرة على الحالة (تم تجربة العديد من الأدوية، وتوجد حاجة إلى أدوية متعددة للسيطرة على الحالة)، وكان حدث للمريض نتيجة ضائرة خطيرة عندما لم تتم السيطرة على الحالة سابقًا (على سبيل المثال: تلقي العلاج في المستشفى أو الزيارات الطبية المتكررة في الحالات الحادة، والنوبات القلبية، والسكتة الدماغية، والسقوط، وتقييد كبير في الحالة الوظيفية، والألم والمعاناة غير المبررة)، وما إلى ذلك.

□ الحاجة الطبية لشكل مختلف من الجرعة و/أو جرعة أعلى [حدد أدناه: (1) شكل (أشكال) الجرعة و/أو الجرعة (الجرعات) المجربة ونتائج التجربة (التجارب) الدوائية؛ (2) وشرح السبب الطبي (3) وتضمنين السبب في أن الجرعات بمعدل أقل مع تركيز أعلى ليست خيارًا ممكنًا - في حالة وجود تركيز أعلى]

□ طلب استثناء من كتيب وصفات الدوائية أو من مستوى المدفوعات المشتركة [حدد أدناه ما لم يتم ذكره سابقًا في قسم "التاريخ الدوائي" في النموذج: (1) دواء (أدوية) كتيب الوصفات الدوائية أو الدواء (الأدوية) المفضل الذي تمت تجربته ونتائج تجربة (تجارب) الدواء (2) وإذا كانت النتيجة ضائرة، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتيجة الضائرة لكل منها، (3) وإذا فشل العلاج/ لم يكن يمثل فعالية الدواء المطلوب، فأدرج الجرعة القصوى ومدة العلاج بالدواء (الأدوية) الذي تمت تجربته، (4) إذا كانت هناك مانع (موانع) للاستخدام، يرجى ذكر السبب المحدد لمنع استخدام الدواء (الأدوية) المفضل/الدواء (الأدوية) الآخر في كتيب الوصفات الوصفات]

□ غير ذلك (يرجى الشرح أدناه)

الشرح المطلوب

<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 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。 >

Y0118_24_465A_AR_C 08092024

H2819_24_465A_AR_C Approved 08202024

A53821MADD-AR_0724