

MEDICARE-Ի ԴԵՂԱՏՈՄՍՈՎ ԲԱՑ ԹՈՂՆՎՈՂ ԴԵՂԵՐԻ ՓՈԽՂԱՏՈՒՑՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՅՑ

Այս ձևը կարող էք ուղարկել մեզ փոստով կամ ֆաքսով՝

Հասցե՝
Blue Shield of California
Pharmacy Services
PO Box 2080
Oakland, CA 94604-9716

Ֆաքսի համարը՝
(888) 697-8122

Դուք կարող եք նաև փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման հարցով դիմել մեզ հեռախոսով **(800) 535-9481** կամ մեր վեբկայքի միջոցով՝ blueshieldca.com/medicare:

Ով կարող է հայց ներկայացնել. Ձեզ դեղեր նշանակող բժիշկը կարող է ձեր անունից խնդրել մեզ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնել: Եթե ցանկանում եք, որպեսզի մեկ այլ անձ (օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ընկերը) ձեզ համար հայց ներկայացնի, ապա այդ անձը պետք է լինի ձեր ներկայացուցիչը: Կապ հաստատեք մեզ հետ՝ տեղեկանալու համար, թե ինչպես են ներկայացուցիչ նշանակում:

Ծրագրի մասնակցի տվյալները

Ծրագրի մասնակցի անունը		Ծննդյան ամսաթիվը
Ծրագրի մասնակցի հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքս
Հեռախոսահամար	Ծրագրի մասնակցի Անդամի ID #	

Լրացրեք այս բաժինը ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, եթե այս հայցը ներկայացնող անձը ծրագրի մասնակիցը կամ դեղերը նշանակող բժիշկը չէ.

Հայցողի անունը		
Հայցողի կապը ծրագրի մասնակցի հետ		
Հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքս
Հեռախոսահամար		

Ծրագրի մասնակցից կամ ծրագրի մասնակցի դեղերը նշանակող բժշկից բացի այլ անձի կողմից հայց ներկայացնելու լիազորության փաստաթղթեր

Կցեք փաստաթղթեր, որտեղ նշված է ծրագրի մասնակցի անունից հանդես գալու լիազորության մասին տեղեկատվություն (Որպես ներկայացուցիչ հանդես գալու լիազորության CMS-1696 լրացված ձևը կամ համարժեք գրավոր փաստաթուղթ): Ներկայացուցիչ նշանակելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կապ հաստատեք ձեր պլանի հետ կամ զանգահարեք 1-800-Medicare:

Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղամիջոցի անվանումը, որը դուք հայցում եք (եթե գիտեք, նշեք նաև դեղամիջոցի ամենամսյա չափաբաժինը և քանակը).

Փոխհատուցման վերաբերյալ որոշման հայցի տեսակը

- Ինձ այնպիսի դեղամիջոց է անհրաժեշտ, որը պլանի փոխհատուցվող դեղերի ցանկում ընդգրկված չէ (դեղամիջոցի բացառություն):*
 - Ես ընդունում եմ այնպիսի դեղամիջոց, որը նախկինում ներառված է եղել պլանի փոխհատուցվող դեղերի ցանկում, սակայն հեռացվել է պլանի ցանկից տարվա ընթացքում (դեղամիջոցի բացառություն):*
 - Ես հայցում եմ նախնական թույլտվություն՝ ինձ դեղատոմս դուրս գրող բժշկի կողմից նշանակված դեղամիջոցը ստանալու համար:*
 - Ես խնդրում եմ ինձ համար բացառություն անել և թույլ տալ փորձել մեկ այլ դեղամիջոց՝ նախքան ինձ դեղատոմս դուրս գրող բժշկի կողմից նշանակված դեղը ստանալը (դեղամիջոցի բացառություն):*
 - Ես խնդրում եմ բացառություն անել ինձ համար՝ պլանով սահմանված դեղահաբերի քանակի սահմանաչափի հետ կապված (քանակի սահմանափակում), որը ես կարող եմ ստանալ, որպեսզի կարողանամ ստանալ ինձ դեղատոմս դուրս գրող բժշկի կողմից նշանակված դեղահաբերի քանակը (դեղամիջոցի բացառություն):*
 - Իմ դեղերի պլանը ավելի շատ համալճար է գանձում ինձ նշանակված դեղամիջոցի համար, քան իմ առողջական խնդիրը բուժող մեկ այլ դեղամիջոցի համար, և ես ցանկանում եմ ավելի քիչ համալճար վճարել (դեղամիջոցի կարգի հետ կապված բացառություն):*
 - Ես ընդունում եմ դեղամիջոց, որը նախկինում ներառված էր ավելի քիչ համալճարով դեղերի կարգում, բայց այժմ այն տեղափոխել են ավելի շատ համալճարով դեղերի կարգ (դեղամիջոցի կարգի հետ կապված բացառություն):*
 - Իմ դեղերի պլանը դեղի համար ինձնից ավելի շատ համալճար է գանձել, քան նախատեսված էր:
 - Ես ցանկանում եմ, որպեսզի ինձ փոխհատուցեն ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղատոմսով բաց թողնվող դեղի համար, որի համար վճարել եմ իմ գրպանից:
- *ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք հայցում եք դեղամիջոցի կամ դեղամիջոցի կարգի հետ կապված բացառություն, ձեզ դեղատոմս դուրս գրող բժիշկը ՊԵՏՔ է տրամադրի ձեր հայցը հիմնավորող հայտարարություն: Նախնական թույլտվության հետ կապված հայցերի (կամ ապահովագրական ծածկույթի կառավարման հետ կապված այլ հայցերի) համար կարող է պահանջվել լրացուցիչ տեղեկատվություն: Ձեզ դեղատոմս դուրս գրող բժիշկը կարող է կցել ձեր հայցը հիմնավորող փաստաթուղթ՝ «Հիմնավորող տեղեկատվություն բացառության հայցի կամ նախնական թույլտվության համար»:**

Լրացուցիչ տեղեկատվություն, որը մենք պետք է հաշվի առնենք (կցեք ցանկացած հիմնավորող փաստաթուղթ):

Կարևոր նշում. Արագացված կարգով որոշումների կայացում

Եթե դուք կամ ձեզ դեղատոմս դուրս գրող բժիշկը կարծում եք, որ ստանդարտ որոշման համար 72 ժամ սպասելը կարող է լուրջ վնաս հասցնել ձեր կյանքին, առողջությանը կամ օրգանի ֆունկցիայի առավելագույն վերականգնման կարողությանը, կարող եք պահանջել արագացված (արագ) կարգով որոշման կայացում: Եթե ձեզ դեղեր նշանակող բժիշկը նշում է, որ 72 ժամ սպասելը կարող է լուրջ վնաս հասցնել ձեր առողջությանը, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ համար որոշում կկայացնենք 24 ժամվա ընթացքում: Եթե դուք չեք ներկայացնում ձեզ դեղեր նշանակող բժշկի հիմնավորումը արագացված կարգով որոշման կայացման համար, մենք կորոշենք ձեզ համար կիրառել արագ որոշման կայացման ընթացակարգ, թե ոչ: Դուք չեք կարող փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում պահանջել, եթե մեզնից պահանջում եք փոխհատուցել ձեր արդեն ստացած դեղի համար:

ՆՇԵՔ ԱՅՍ ՎԱՆԴԱԿԸ, ԵԹԵ ԿԱՐԾՈՒՄ ԵՔ, ՈՐ ԶԵՉ ՀԱՄԱՐ ՈՐՈՇՈՒՄԸ ՊԵՏՔ Է ԿԱՅԱՑՎԻ 24 ԺԱՄՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ (Եթե ունեք հիմնավորող փաստաթուղթ ձեզ դեղեր նշանակող բժշկի կողմից, կցեք այն այս հայցին):

Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝
-----------------	----------

Հիմնավորող տեղեկատվություն՝ բացառության հայցի կամ նախնական թույլտվության համար

ԴԵՂԱՍԻԶՈՑԻ և ԴԵՂԱՍԻԶՈՑԻ ԿԱՐԳԻ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅԱՆ հետ կապված հայցերին ընթացք չի կարող տրվել՝ առանց դեղերը նշանակող բժշկի հիմնավորող հայտարարության: ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԹՈՒՅՆՎՈՒԹՅԱՆ հետ կապված հայցերի համար կարող է պահանջվել հիմնավորող տեղեկատվություն:

ԱՐԱԳԱՑՎԱԾ ԿԱՐԳՈՎ ՎԵՐԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՅՑ. Նշելով այս վանդակը և ստորագրելով ստորև՝ ես հավաստում եմ, որ 72 ժամ ստանդարտ վերանայման ժամկետի կիրառումը կարող է լուրջ վնաս հասցնել ծրագրի մասնակցի կյանքին կամ առողջությանը կամ օրգանի ֆունկցիայի առավելագույն վերականգնման կարողությանը:

Դեղերը նշանակող բժշկի տվյալները		
Անուն		
Հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքս
Աշխատավայրի հեռախոսահամարը		Ֆաքս
Դեղերը նշանակող բժշկի ստորագրությունը		Ամսաթիվ

Ախտորոշում և բժշկական տեղեկատվություն		
Դեղորայք	Չափաբաժինը և ընդունման եղանակը	Հաճախությունը
Ընդունումը սկսելու ամսաթիվը <input type="checkbox"/> ՆՈՐ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ	Բուժման ակնկալվող տևողությունը	Քանակը 30 օրվա ընթացքում
Հասակ/քաշ	Դեղորայքային պերզիա	
ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ – Նշեք այն բոլոր ախտորոշված հիվանդությունները, որոնք բուժվում են հայցվող դեղամիջոցով և ICD-10 կոդերի համաձայն: (Եթե հայցվող դեղամիջոցը հետևյալ հիվանդությունների բուժման համար է՝ անորեքսիա, քաշի կորուստ, շնչահեղձություն, կրծքավանդակի ցավ, սրտխառնոց և այլն, ներկայացրեք հիվանդության ախտորոշումը, եթե հայտնի է)		ICD-10 կոդ(եր)
Այլ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐ՝		ICD-10 կոդ(եր)
ԴԵՂԱՄԻՋՈՑԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ (առողջական խնդրի(խնդիրների) բուժման համար, որոնց համար պահանջվում է հայցվող դեղը)		
ՓՈՐՁՎԱԾ ԴԵՂԵՐ (եթե քանակի սահմանափակումն է խնդիրը, նշեք միավորի չափաբաժինը/փորձված օրական ընդհանուր չափաբաժինը)	Դեղի փորձարկման ԱՄՍԱԹԻՎԸ	Դեղի նախորդ փորձարկումների ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԱՆԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆ կամ ԱՆՀԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ (բացատրեք)
Նշեք ծրագրի մասնակցի կողմից դեղորայքի ընդունման ներկայիս ռեժիմը այն առողջական խնդրի համար, որի համար պահանջվում է հայցվող դեղը:		

ԴԵՂԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ
Արդյոք ք հայցվող դեղի հետ կապված ՈՐԵՎԷ ՀԱԿԱՑՈՒՑՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ՆՇՎԵԼ Է FDA ԿՈՂՄԻՑ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
Կա մտավախություն ծրագրի մասնակցի կողմից ներկայումս ընդունվող դեղերի և ՀԱՅՑՎՈՂ ԴԵՂԻ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ
Եթե վերոնշյալ հարցերից որևէ մեկի պատասխանը «այո» է, խնդրում ենք 1) բացատրել խնդիրը, 2) համեմատել օգուտներն ու հնարավոր ռիսկերը՝ չնայած մտավախությանը, և 3) վերահսկման պլան մշակել՝ անվտանգությունն ապահովելու համար:

ՏԱՐԵՑՆԵՐԻ ԽՄԲՈՒՄ ԴԵՂԵՐԻ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

Եթե ծրագրի մասնակիցը 65 տարեկանից բարձր է, արդյո՞ք կարծում եք, որ հայցվող դեղամիջոցով բուժման օգուտները գերակշռում են հնարավոր ռիսկերին:

ԱՅՈ ՈՉ

ՕՓԻՈՒԴՆԵՐ - (լրացնել հետևյալ հարցաշարը, եթե հայցվող դեղը օֆիոիդ է)

Նշեք մորֆինի օրական համարժեք չափաբաժինը (MED)

մգ/օրական

Դուք տեղյակ եք ծրագրի մասնակցի համար օֆիոիդներ նշանակող այլ բժիշկների մասին:

ԱՅՈ ՈՉ

Եթե այո, բացատրեք իրավիճակը:

Արդյո՞ք նշված MED օրական չափաբաժինը բժշկական առումով անհրաժեշտ է:

ԱՅՈ ՈՉ

Արդյո՞ք ավելի քիչ օրական MED չափաբաժինը բավարար չի լինի ծրագրի մասնակցի ցավը վերահսկելու համար

ԱՅՈ ՈՉ

ՀԱՅՑԻ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ

Այլընտրանքային դեղամիջոց(ներ), որոնք հակացուցված են կամ նախկինում փորձվել են, բայց անբարենպաստ ազդեցություն են թողել, օրինակ գրանցվել է թունավորություն, ալերգիա կամ բուժման անարդյունավետություն [Նշեք ստորև, եթե դեռ չեք նշել այս ձևի ԴԵՂԱՄԻՋՈՑԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅԱՆ բաժնում. (1) Փորձարկված դեղը(երը) և դեղերի փորձարկումների արդյունքները (2) անբարենպաստ արդյունքի դեպքում նշեք դեղամիջոցը(ները) և անբարենպաստ արդյունքը յուրաքանչյուրի համար, (3) եթե գրանցվել է բուժման անարդյունավետություն, նշեք փորձարկված դեղամիջոցի առավելագույն չափաբաժինը և բուժման տևողությունը, (4) եթե հակացուցումները կան, նշեք կոնկրետ պատճառը, թե ինչու է նախընտրելի դեղը/դեղացանկում ընդգրկված մեկ այլ դեղամիջոց հակացուցված]

Հիվանդի վիճակը կայուն է ընթացիկ դեղերի օգտագործմամբ, դեղորայքի փոփոխության հետ կապված կա անբարենպաստ բուժման արդյունքի բավականին բարձր ռիսկ: Ավելացրեք ցանկացած ակնկալվող բժշկական անբարենպաստ արդյունքի մասին կոնկրետ բացատրություն, և թե ինչու պետք է գրանցվի այդ անբարենպաստ արդյունքը, օրինակ վիճակը դժվար է վերահսկել (փորձվել են շատ դեղամիջոցներ, վիճակը վերահսկելու համար պահանջվում են բազմաթիվ դեղամիջոցներ), հիվանդի վիճակը վատացել է նախկինում, երբ չի վերահսկվել (հոսպիտալացվել է կամ բժշկի մոտ այցելությունները հաճախացել են վիճակի սրացման պատճառով, սրտի կաթված կամ ինսուլտ է տարել, վայր է ընկնել, ֆունկցիաների զգալի սահմանափակում է նկատվել, շատ ցավեր է ունեցել և տանջվել է) և այլն:

Բժշկական առումով պահանջվում է այլ դեղաչափի և/կամ ավելի մեծ դեղաչափի ընդունում [Նշեք ստորև (1) Դեղաչափը և/կամ փորձված դեղաչափը և փորձարկված դեղամիջոցի արդյունքը, (2) բացատրեք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտությունը (3) ավելացրեք, թե ինչու ավելի մեծ դեղաչափի ավելի քիչ հաճախականությամբ ընդունումը հնարավոր չէ (եթե գոյություն ունի դեղամիջոցի ավելի մեծ դեղաչափը)]

Դեղացանկում ընդգրկված դեղամիջոցի կարգի բացառության հայց Նշեք ստորև, եթե դեռ չեք նշել այս ձևի ԴԵՂԱՄԻՋՈՑԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅԱՆ բաժնում. (1) Դեղացանկում ընդգրկված կամ փորձված նախընտրելի կամ փորձարկված դեղամիջոցի արդյունքները (2) անբարենպաստ արդյունքի դեպքում նշեք դեղամիջոցը(ները) և անբարենպաստ արդյունքը յուրաքանչյուրի համար, (3) եթե գրանցվել է բուժման անարդյունավետություն, նշեք փորձարկված դեղամիջոցի առավելագույն չափաբաժինը և բուժման տևողությունը, (4) եթե հակացուցումները կան, նշեք կոնկրետ պատճառը, թե ինչու է նախընտրելի դեղը/դեղացանկում ընդգրկված մեկ այլ դեղամիջոց հակացուցված]

Այլ (բացատրեք ստորև)

Պահանջվող բացատրություն _____

<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
Y0118_24_465A_AM_C 08092024
H2819_24_465A_AM_C Approved 08202024
A53821MADD-AM_0724

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。>