KAHILINGAN PARA SA PAGPAPASYA SA SAKLAW NG INIRERESETANG GAMOT

Gamitin ang form na ito para humiling sa aming plano ng pasya sa saklaw. Puwede ka ring humiling ng pasya sa saklaw sa pamamagitan ng pagtawag sa **1.833.793.3767**o sa pamamagitan ng aming website sa **www.alamedaalliance.org**. Puwedeng ikaw, ang iyong doktor o tagapagreseta, o ang iyong awtorisadong kinatawan ang gumawa sa kahilingang ito.

Nagpapatala sa Plano

Pangalan	Petsa ng kapanganakan
Address ng kalye	Lungsod
Estado	ZIP
Telepono	Numero ng ID ng Miyembro

Kung hindi ang nagpapatala sa plano o tagapagreseta ang taong gumagawa sa kahilingang ito:

Pangalan ng humihiling
Kaugnayan sa nagpapatala sa plano
Address ng kalye (isama ang Lungsod, Estado, at ZIP)
Telepono
☐ Isumite ang dokumentasyon kasama ng form na ito na nagpapakita sa iyong awtoridad na ikatawan ang nagpapatala (isang nakumpletong Form CMS-1696 Pahintulot sa Representasyon o katumbas). Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagtatalaga ng kinatawan, makipag-ugnayan sa aming plano o tumawag sa 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Pangalan ng gamot kung para saan ang kahilingang ito (isama ang impormasyon ng dosis at bilang kung available)

Uri ng Kahilingan

☐ Mas malaki ang siningil na copayment sa akin ng aking plano sa gamot kaysa sa halagang nararapat

☐ Gusto kong ma-reimburse para sa isang sinasaklaw na gamot na nabayaran ko na mula sa sariling bulsa

☐ Humihiling ako ng paunang pahintulot para sa isang inireresetang gamot (puwedeng kailanganin ng kahilingang ito ng sumusuportang impormasyon)

Para sa mga uri ng mga kahilingang nakalista sa ibaba, DAPAT magbigay ang iyong tagapagreseta ng pahayag na sumusuporta sa kahilingan. Puwedeng kumpletuhin ng iyong tagapagreseta ang pahina 3 at 4 ng form na ito na “Sumusuportang Impormasyon para sa Isang Kahilingan sa Pagbubukod o Paunang Pahintulot.”

☐Kailangan ko ng gamot na wala sa listahan ng mga sinasaklaw na gamot ng plano (pagbubukod sa pormularyo)

☐ Gumagamit ako ng gamot na dating nasa listahan ng mga sinasaklaw na gamot ng plano, pero naalis o aalisin na ito sa taon ng plano (pagbubukod sa pormularyo)

☐ Humihiling ako ng pagbubukod sa pag-aatas na sumubok muna ako ng ibang gamot bago ko makuha ang isang inireresetang gamot (pagbubukod sa pormularyo)

☐ Humihiling ako ng pagbubukod sa limitasyon ng plano sa bilang ng mga pill (limitasyon sa bilang) na puwede kong kunin para makuha ko ang bilang ng mga pill na inireseta sa akin (pagbubukod sa pormularyo)

☐ Humihiling ako ng pagbubukod sa mga panuntunan sa paunang pahintulot ng plano na dapat matugunan bago ko makuha ang isang inireresetang gamot (pagbubukod sa pormularyo).

☐ Mas malaki ang copayment na sinisingil ng aking plano sa gamot para sa isang inireresetang gamot kaysa sa sinisingil nito para sa ibang gamot na gumagamot ng aking kundisyon, at ang mas mababang copayment ang gusto kong bayaran (pagbubukod sa tier)

☐ Gumagamit ako ng gamot na dating nas mas mababang tier ng copayment, pero nailipat o ililipat ito sa mas mataas na tier ng copayment (pagbubukod sa tier)

Karagdagang impormasyon na dapat naming isaalang-alang *(isumite ang anumang sumusuportang dokumento kasama ng form na ito)*:

_____

_____

_____

_____

Kailangan mo ba ng pinabilis na pasya?

Kung sa palagay mo o ng iyong tagapagreseta ay mailalagay sa matinding panganib ang iyong buhay, kalusugan, o ang kakayahan mong maibalik ang maximum na function ng iyong pangangatawan kapag naghintay ka ng 72 oras, puwede kang humiling ng pinabilis (mabilis) na pasya. Kung isasaad ng iyong tagapagreseta na mailalagay sa matinding panganib ang iyong kalusugan kapag naghintay ka ng 72 oras, awtomatiko ka naming bibigyan ng pasya sa loob ng 24 na oras. Kung hindi mo matatanggap ang suporta ng iyong tagapagreseta para sa isang pinabilis na kahilingan, kami ang magpapasya kung kinakailangan ng iyong kaso ng mabilis na pasya (Hindi ka puwedeng humiling ng pinabilis na pasya kung hinihiling mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na natanggap mo na.)

☐ **OO, kailangan ko ng pasya sa loob ng 24 na oras.** Kung mayroon kang sumusuportang pahayag mula sa iyong tagapagreseta, ilakip ito sa kahilingang ito.

Lagda:	**Petsa:**

Paano isumite ang form na ito

Isumite ang form na ito at ang anumang sumusuportang impormasyon sa pamamagitan ng koreo o fax:

Address:
Alameda Alliance Wellness

200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

Numero ng Fax:
Standard: **1.855.508.1714**
Urgent: **1.855.806.6237**

Sumusuportang Impormasyon para sa Isang Kahilingan sa Pagbubukod o Paunang Pahintulot Kukumpletuhin ng tagapagreseta

☐ **KAHILINGAN PARA SA PINABILIS NA PAGSUSURI: Sa paglalagay ng check sa kahong ito at paglagda sa ibaba, kinukumpirma kong posibleng mailagay sa matinding panganib ang buhay o kalusugan ng nagpapatala o ang kakayahan niyang maibalik ang maximum na function ng kanyang pangangatawan kapag inilapat ang 72 oras na karaniwang timeframe para sa pagsusuri.**

Impormasyon ng Tagapagreseta

Pangalan
Address ng Kalye (Isama ang Lungsod, Estado, at Zip)
Telepono ng tanggapan
Fax
Petsa ng Lagda

Diagnosis at Medikal na Impormasyon

Gamot:	Tapang at ruta ng pagbibigay:
dalas:	Petsa ng pagsisimula: ☐ **BAGONG SIMULA**
Inaasahang tagal ng therapy:	Bilang bawat 30 araw:
Taas/Timbang:	Mga allergy sa gamot:

DIAGNOSIS – Ilista ang lahat ng diagnosis na ginagamot gamit ang hinihiling na gamot at ang mga kaukulang ICD-10 code **(**Kung sintomas ang kundisyong ginagamot gamit ang hinihiling na gamot hal. anorexia, pagbaba ng timbang, pangangapos ng hininga, pananakit ng dibdib, pagduruwal, atbp., ibigay ang diagnosis na nagdudulot sa (mga) sintomas kung alam)	**(Mga) ICD-10 Code**
Iba pang NAUUGNAY NA DIAGNOSIS:	**(Mga) ICD-10 Code**

KASAYSAYAN NG GAMOT: (para sa paggamot ng (mga) kundisyong nangangailangan sa hinihiling na gamot)

MGA NASUBUKAN NANG GAMOT (kung may isyu sa limitasyon sa bilang, ilista ang nasubukan nang dosis ng unit/kabuuang pang-araw-araw na dosis)	**MGA PETSA ng Mga Pagsubok sa Gamot**	**MGA RESULTA ng mga nakaraang pagsubok sa gamot PAGPALYA vs INTOLERANCE (ipaliwanag)**

Ano ang kasalukuyang regimen sa gamot ng nagpapatala para sa (mga) kundisyong nangangailangan sa hinihiling na gamot?

KALIGTASAN NG GAMOT
Anumang **KONTRAINDIKASYON NA ISINAAD NG PANGASIWAAN NG MGA PAGKAIN AT GAMOT (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA)** sa hinihiling na gamot? ☐ **MAYROON** ☐ **WALA**
Anumang alalahanin na magkaroon ng **INTERAKSYON SA GAMOT** kapag idinagdag ang hinihiling na gamot sa kasalukuyang regimen ng gamot ng nagpapatala? ☐ **MAYROON** ☐ **WALA**
Kung mayroon ang sagot sa alinman sa mga tanong sa itaas, 1) ipaliwanag ang isyu, 2) talakayin ang mga benepisyo vs posibleng panganib sa isinaad na alalahanin, at 3) ang plano sa pagsubaybay para matiyak ang kaligtasan

PAMAMAHALA NG MGA GAMOT SA NAKATATANDA NA MAY MALAKING PANGANIB
Kung mahigit 65 taon na ang nagpapatala, sa palagay mo ba ay mas matimbang ang mga benepisyo ng paggamot gamit ang hinihiling na gamot kaysa sa ga posibleng panganib sa nakakatandang pasyenteng ito? ☐ **OO** ☐ **HINDI**

MGA OPIOID – (sagutin ang apat na tanong na ito kung opioid ang hinihiling na gamot)
Ano ang pang-araw-araw na cumulative na Katumbas na Dosis ng Morphine **(MED)**? _____ **mg/araw**
May alam ka bang iba pang tagapagreseta ng opioid para sa nagpapatalang ito? ☐ **MAYROON** ☐ **WALA** Kung mayroon, ipaliwanag.
Medikal bang kinakailangan ang nakasaad na pang-araw-araw na dosis ng MED? ☐ **OO** ☐ **HINDI** Magiging sapat ba ang mas mababang kabuuang pang-araw-araw na dosis ng MED para makontrol ang pananakit ng nagpapatala? ☐ **OO** ☐ **HINDI**

DAHILAN NG KAHILINGAN

☐ **(Mga) nasubukan nang alternatibong gamot, pero may hindi kanais-nais na resulta, hal. toxicity, allergy, o pumalya sa paggamot** [Kung hindi nakasaad sa seksyong KASAYSAYAN NG GAMOT, tukuyin sa ibaba: (1) (Mga) nasubukan nang gamot at ang mga resulta ng (mga) pagsubok ng gamot (2) kung may hindi kanais-nais na resulta, ilista ang (mga) gamot at ang hindi kanais-nais na

resulta ng bawat isa, (3) kung pumalya sa paggamot, ilista ang maximum na dosis at tagal ng therapy para sa (mga) sinubukang gamot]

☐**Ang (mga) alternatibong gamot na may kontraindikasyon ay hindi magiging kasimbisa o malamang ay magdulot ng hindi kanais-nais na resulta.** Kinakailangan ng partikular na paliwanag ng kung bakit hindi magiging kasimbisa o malamang ay magdulot ng hindi kanais-nais na klinikal na resulta ang (mga) alternatibong gamot, at kung bakit inaasahan ang resultang ito. Kung (mga) kontraindiskasyon, maglista ng partikular na dahilan kung bakit kontraindiskasyon ang (mga) mas gustong gamot/iba pang gamot sa pormularyo

☐ **Makakaranas ang pasyente ng mga hindi kanais-nais na epekto kapag inatasan siyang tugunan ang kinakailangan sa paunang pahintulot.** Kinakailangan ng partikular na paliwanag ng anumang inaasahang hindi kanais-nais na klinikal na resulta at kung bakit inaasahan ang resultang ito.

☐ **Stable ang pasyente sa (mga) kasalukuyang gamot; malaki ang posibilidad na magkaroon ng hindi kanais-nais na klinikal na resulta kapag nagpalit ng gamot**
Kinakailangan ng partikular na paliwanag ng anumang inaasahang hindi kanais-nais na klinikal na resulta at kung bakit inaasahan ang resultang ito – hal. mahirap kontrolin ang kundisyon (marami nang nasubukang gamot, maraming kinakailangang gamot para makontrol ang kundisyon), dati nang nagkaroon ang pasyente ng hindi kanais-nais na resulta nang hindi makontrol ang kundisyon (hal. pagpapaospital o madalas na medikal na pagpapatingin para sa malalang sakit, atake sa puso, stroke, pagkatumba, malaking limitasyon sa function, matinding pananakit at paghihirap, atbp.)

☐ **Medikal na pangangailangan ng ibang uri ng dosis at/o mas mataas na dosis** [Tukuyin sa ibaba: (1) (Mga) uri ng dosis at/o nasubukan nang dosis at resulta ng (mga) pagsubok ng gamot; (2) ipaliwanag ang medikal na dahilan (3) isama kung bakit hindi opsyon ang mas madalang na dosis gamit ang mas matapang na gamot – kung may mas matapang na gamot]

☐ **Kahilingan para sa pagbubukod sa tier ng pormularyo** Kung hindi nakasaad sa seksyong KASAYSAYAN NG GAMOT, tukuyin sa ibaba: (1) (mga) nasubukan nang gamot sa pormularyo o mas gustong gamot at ang mga resulta ng (mga) pagsubok ng gamot (2) kung may hindi kanais-nais na resulta, ilista ang (mga) gamot at ang hindi kanais-nais na resulta ng bawat isa, (3) kung pumalya sa paggamot/hindi kasimbisa ng hinihiling na gamot, ilista ang maximum na dosis at tagal ng therapy para sa (mga) sinubukang gamot, (4) kung (mga) kontraindinikasyon, maglits ng partikular na dahilan kung bakit kontraindikasyon ang (mga) mas gustong gamot/iba pang gamot sa pormularyo]

☐ **Iba pa** (ipaliwanag sa ibaba)

_____
_____
_____
_____
_____