YÊU CẦU QUYẾT ĐỊNH PHẠM VI BẢO HIỂM THUỐC CỦA MEDICARE

Sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu chương trình của chúng tôi đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định về phạm vi bảo hiểm bằng cách gọi đến số điện thoại **1.833.793.3767** hoặc qua trang mạng của chúng tôi tại **www.alamedaalliance.org**. Quý vị, bác sĩ, người kê toa, hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể đưa ra yêu cầu này.

Người Ghi Danh Tham Gia Chương Trình

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ đường	Thành phố
Tiểu bang	Mã bưu chính
Điện thoại	Số ID Hội Viên

Nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là người ghi danh tham gia chương trình hoặc người kê toa:

Tên người yêu cầu
Mối quan hệ với người ghi danh tham gia chương trình
Địa chỉ đường (bao gồm Thành phố, Tiểu bang và Mã bưu chính)
Điện thoại
☐ Gửi giấy tờ chứng minh quyền đại diện cho người ghi danh (một Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 đã điền hoặc tài liệu tương đương) kèm với mẫu đơn này. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, hãy liên hệ với chương trình của chúng tôi hoặc gọi số 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tên loại thuốc liên quan đến yêu cầu này (bao gồm thông tin về liều lượng và số lượng nếu có)

Loại Yêu Cầu

☐ Chương trình bảo hiểm thuốc của tôi tính khoản tiền đồng trả đối với một loại thuốc cao hơn mức mà lẽ ra họ nên tính

☐ Tôi muốn được bồi hoàn cho một loại thuốc được đài thọ mà tôi đã tự trả

☐ Tôi yêu cầu sự cho phép trước cho một loại thuốc theo toa (yêu cầu này có thể cần cung cấp thông tin hỗ trợ)

Đối với các loại yêu cầu được liệt kê dưới đây, người kê toa của quý vị PHẢI cung cấp một tuyên bố hỗ trợ cho yêu cầu đó. Người kê toa của quý vị có thể hoàn thành trang 3 và 4 của mẫu đơn này: "Thông Tin Hỗ Trợ cho một Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước".

☐Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)

☐ Tôi đã sử dụng một loại thuốc nằm trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình trước đây, nhưng đã hoặc sẽ bị loại bỏ trong năm chương trình này (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)

☐ Tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với điều kiện rằng tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi tôi được nhận thuốc theo toa (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)

☐ Tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với giới hạn số viên thuốc (giới hạn số lượng) mà chương trình cho phép nhận, để tôi có thể nhận được số viên thuốc được kê toa cho tôi (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)

☐ Tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc cho phép trước của chương trình mà tôi phải đáp ứng trước khi nhận được thuốc theo toa (ngoại lệ đối với danh mục thuốc).

☐ Chương trình bảo hiểm thuốc của tôi tính một khoản tiền đồng trả cao hơn đối với thuốc theo toa so với một loại thuốc khác để trị liệu bệnh trạng của tôi và tôi muốn trả khoản tiền đồng trả thấp hơn (ngoại lệ đối với bậc quyền lợi)

☐ Tôi vẫn đang dùng một loại thuốc mà trước kia thuộc bậc tiền đồng trả thấp hơn, nhưng đã hoặc sẽ được chuyển lên một bậc tiền đồng trả cao hơn (ngoại lệ đối với bậc quyền lợi)

Thông tin bổ sung chúng tôi nên xem xét *(gửi mọi giấy tờ hỗ trợ kèm với mẫu đơn này)*:

_____

_____

_____

_____

Quý vị có cần quyết định cấp tốc không?

Nếu quý vị hoặc người kê toa cho rằng việc chờ đợi 72 giờ để nhận được quyết định tiêu chuẩn có thể gây nguy hại nghiêm trọng đối với tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị, thì quý vị có thể yêu cầu một quyết định cấp tốc (nhanh). Nếu người kê toa cho thấy rằng việc chờ đợi 72 giờ có thể gây nguy hại nghiêm trọng đối với sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định cho quý vị trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị không nhận được tài liệu từ người kê toa ủng hộ yêu cầu cấp tốc, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần một quyết định nhanh hay không. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định cấp tốc nếu đang yêu cầu chúng tôi hoàn trả chi phí cho loại thuốc quý vị đã nhận.)

☐ **CÓ, tôi cần quyết định trong vòng 24 giờ.** Nếu quý vị có tuyên bố ủng hộ từ người kê toa, hãy gửi kèm theo yêu cầu này.

Chữ ký:	**Ngày:**

Các gửi mẫu đơn này

Gửi mẫu đơn này và bất kỳ thông tin hỗ trợ nào qua đường bưu điện hoặc fax:

Địa Chỉ:
Alameda Alliance Wellness

200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

Số Fax:
Tiêu chuẩn: **1.855.508.1714**
Khẩn cấp: **1.855.806.6237**

Thông Tin Hỗ Trợ cho một Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước
Do bác sĩ kê toa điền

☐ **YÊU CẦU XÉT DUYỆT CẤP TỐC: Bằng cách đánh dấu vào ô này và ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng việc áp dụng thời hạn xét duyệt tiêu chuẩn 72 giờ có thể gây rủi ro nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của người tham gia hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của người tham gia.**

Thông Tin Về Người Kê Toa

Tên
Địa Chỉ Đường (Bao gồm Thành phố, Tiểu bang và Mã bưu chính)
Điện thoại văn phòng
Fax
Chữ ký Ngày tháng

Chẩn Đoán và Thông Tin Y Tế

Thuốc:	Liều và cách dùng:	
tần suất:	Ngày bắt đầu: ☐ **BẮT ĐẦU MỚI**	
Thời gian điều trị dự kiến:	Số lượng mỗi 30 ngày:	
Chiều cao/Cân nặng:	Dị ứng thuốc:	
CHẨN ĐOÁN – Vui lòng liệt kê tất cả các chẩn đoán đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu và mã ICD-10 tương ứng **(**Nếu bệnh trạng đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu là triệu chứng, ví dụ như chán ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn nôn, v.v., hãy cung cấp chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng đó, nếu biết)		**(Các) Mã ICD-10**
CÁC CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN khác:		**(Các) Mã ICD-10**

TIỀN SỬ DÙNG THUỐC: (để điều trị (các) bệnh trạng cần dùng loại thuốc được yêu cầu)

CÁC LOẠI THUỐC ĐÃ DÙNG THỬ (nếu giới hạn số lượng là vấn đề, hãy liệt kê liều đơn vị/tổng liều hàng ngày đã dùng thử)	**NGÀY Thử Nghiệm Thuốc**	**KẾT QUẢ của lần thử nghiệm thuốc trước** **THẤT BẠI và KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)**

Chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh đối với (các) bệnh trạng cần dùng loại thuốc được yêu cầu là gì?

TÍNH AN TOÀN CỦA THUỐC

Có **CHỐNG CHỈ ĐỊNH ĐƯỢC CƠ QUAN QUẢN LÝ THỰC PHẨM VÀ DƯỢC PHẨM (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, FDA) LƯU Ý** đối với loại thuốc được yêu cầu không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Có lo ngại nào về **TƯƠNG TÁC THUỐC** khi thêm loại thuốc được yêu cầu vào chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Nếu câu trả lời cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên là có, vui lòng 1) giải thích vấn đề, 2) thảo luận về lợi ích so với rủi ro tiềm ẩn bất chấp mối lo ngại đã nêu và 3) kế hoạch giám sát để đảm bảo an toàn

QUẢN LÝ RỦI RO CAO CỦA THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nếu người ghi danh trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy lợi ích của việc điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu lớn hơn những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân lớn tuổi này không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

OPIOIDS – (hãy trả lời 4 câu hỏi này nếu loại thuốc được yêu cầu là opioid)

Liều Tương Đương Morphine (Morphine Equivalent Dose, **MED**) tích lũy hàng ngày là bao nhiêu? _____ **mg/ngày**

Quý vị có biết người kê toa thuốc opioid nào khác cho người ghi danh này không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**
Nếu có, vui lòng giải thích.

Liều MED hàng ngày được nêu có cần thiết về mặt y tế không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**
Liều MED hàng ngày thấp hơn có phải là liều chưa đủ để kiểm soát cơn đau của người ghi danh không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

LÝ DO YÊU CẦU

☐ **(Các) loại thuốc thay thế đã từng dùng thử, nhưng với kết quả bất lợi, ví dụ như có độc tố, gây dị ứng, hoặc trị liệu thất bại** [Nếu chưa ghi chú trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới: (1) (Các) loại thuốc đã dùng thử và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu trị liệu thất bại, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc đã thử nghiệm]

☐**(Các) loại thuốc thay thế bị chống chỉ định, sẽ kém hiệu quả hơn hoặc có khả năng gây ra kết quả bất lợi.** Cần có lời giải thích cụ thể về lý do tại sao (các) loại thuốc thay thế sẽ kém hiệu quả hoặc có khả năng gây ra kết quả lâm sàng bất lợi nghiêm trọng và tại sao kết quả này được dự đoán trước. Nếu có chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc ưu tiên/(các) loại thuốc khác có trong danh mục bị chống chỉ định

☐ **Bệnh nhân sẽ phải chịu những tác dụng phụ nếu họ phải đáp ứng yêu cầu về sự cho phép trước.** Cần có lời giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi nghiêm trọng nào được dự đoán và tại sao kết quả này lại có thể dự đoán.

☐ **Bệnh nhân ổn định khi dùng (các) loại thuốc hiện tại; có nguy cơ cao gặp phải kết quả lâm sàng bất lợi nghiêm trọng khi thay đổi thuốc** Cần có lời giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi nghiêm trọng nào được dự đoán và lý do tại sao kết quả này được dự đoán trước – ví dụ: bệnh trạng khó kiểm soát (đã dùng thử nhiều loại thuốc, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát bệnh

trạng), bệnh nhân gặp kết quả bất lợi nghiêm trọng khi bệnh trạng không được kiểm soát trước đó (ví dụ: nhập viện hoặc thường xuyên đến khám bệnh cấp tính, đau tim, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể về tình trạng chức năng, đau đớn và đau khổ quá mức chịu đựng), v.v.

☐ **Nhu cầu y tế về hình thức liều lượng khác và/hoặc liều cao hơn** [Ghi rõ bên dưới: (1) (Các) hình thức liều lượng và/hoặc (các) liều đã dùng thử và kết quả của (các) lần thử nghiệm thuốc; (2) giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do tại sao việc dùng liều ít thường xuyên hơn với liều cao hơn không phải là một lựa chọn – nếu có liều cao hơn]

☐ **Yêu cầu trường hợp ngoại lệ về bậc trong danh mục thuốc** Nếu chưa ghi chú trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới: (1) (các) loại thuốc trong danh mục thuốc hoặc thuốc ưu tiên đã dùng thử và kết quả của (các) lần thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu trị liệu thất bại/không hiệu quả bằng thuốc yêu cầu, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian trị liệu cho (các) loại thuốc đã thử nghiệm, (4) nếu có chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc ưu tiên/(các) loại thuốc khác trong danh mục thuốc bị chống chỉ định]

☐ **Khác** (giải thích bên dưới)

_____
_____
_____
_____
_____