



YÊU CẦU XÁC ĐỊNH KHOẢN ĐÀI THỌ THUỐC KÊ THEO TOA CỦA MEDICARE

Có thể gửi mẫu đơn này cho chúng tôi qua đường bưu điện hoặc fax:

Địa chỉ:
IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Số fax:
(909) 890-5877

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi xác định khoản đài thọ qua điện thoại theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (PST), 7 ngày trong tuần, kể cả các ngày lễ (TTY) 1-800-718-4347 hoặc thông qua trang web của chúng tôi tại www.iehp.org.

Ai có thể đưa ra yêu cầu: Người kê toa của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi xác định khoản đài thọ. Nếu quý vị muốn một cá nhân khác (chẳng hạn như thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) giúp quý vị đưa ra yêu cầu, thì người đó phải là người đại diện của quý vị. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định một người đại diện.

Thông tin hội viên

Tên hội viên		Ngày sinh
Địa chỉ của hội viên		
Thành phố	Tiểu bang	Mã zip
Điện thoại	Số ID hội viên của hội viên	

CHỈ hoàn thành phần sau nếu người đưa ra yêu cầu này không phải hội viên hoặc người kê toa:

Tên người yêu cầu:		
Mối quan hệ của người yêu cầu với hội viên		
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Điện thoại		

Giấy tờ, tài liệu chứng minh thẩm quyền đại diện mà một người nào đó không phải là hội viên hoặc người kê toa của hội viên cần có để yêu cầu kháng cáo:

Đính kèm giấy tờ, tài liệu chứng minh thẩm quyền để đại diện cho hội viên (Mẫu đơn cho phép đại diện CMS-1696 điền đầy đủ hoặc văn bản tương đương). Để biết thêm thông tin về việc chỉ định một người đại diện, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc **1-800-Medicare**.

Tên loại thuốc kê theo toa quý vị đang yêu cầu (bao gồm liều lượng và số lượng được yêu cầu mỗi tháng, nếu biết):

Loại yêu cầu xác định khoản đài thọ

- Tôi cần một loại thuốc không nằm trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình (ngoại lệ theo danh mục thuốc).*
- Tôi đã và đang sử dụng một loại thuốc trước đây có trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình, nhưng sắp bị loại hoặc đã bị loại khỏi danh sách này trong năm chương trình (trường hợp ngoại lệ về thuốc trong danh mục).*
- Tôi yêu cầu sự cho phép trước đối với loại thuốc mà người kê toa của tôi đã kê.*
- Tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với yêu cầu rằng tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi nhận loại thuốc mà người kê toa cho tôi đã kê (trường hợp ngoại lệ về thuốc trong danh mục).*
- Tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với giới hạn số lượng thuốc (giới hạn số lượng) của chương trình mà tôi có thể nhận, do đó tôi có thể nhận được số lượng thuốc mà người kê toa của tôi đã kê (trường hợp ngoại lệ về thuốc trong danh mục).*
- Chương trình thuốc của tôi tính khoản tiền đồng trả cho loại thuốc mà người kê toa của tôi đã kê cao hơn khoản tiền tính phí cho một loại thuốc khác điều trị bệnh trạng của tôi và tôi muốn thanh toán khoản tiền đồng trả thấp hơn (trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc).*
- Tôi đã và đang sử dụng một loại thuốc mà trước đây được đưa vào bậc khoản tiền đồng trả thấp hơn, nhưng sắp được chuyển sang hoặc đã được chuyển sang bậc khoản tiền đồng trả cao hơn (trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc).*
- Chương trình thuốc của tôi đã tính phí khoản tiền đồng trả cho một loại thuốc cao hơn mức vốn có.
- Tôi muốn được bồi hoàn cho loại thuốc kê theo toa được đài thọ mà tôi đã tự bỏ tiền túi ra thanh toán.

***LƯU Ý: Nếu quý vị đang yêu cầu một trường hợp ngoại lệ về thuốc trong danh mục hoặc về bậc thuốc, người kê toa của quý vị PHẢI cung cấp một giấy chứng nhận đồng ý hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Các yêu cầu phải được cho phép trước (hoặc tuân theo bất kỳ yêu cầu quản lý sử dụng nào khác) và có thể đòi hỏi thông tin hỗ trợ. Người kê toa của quý vị có thể sử dụng “Thông tin hỗ trợ đối với yêu cầu về trường hợp ngoại lệ hoặc cho phép trước” đính kèm để hỗ trợ yêu cầu của quý vị.**

Thông tin bổ sung mà chúng tôi nên cân nhắc (đính kèm bất kỳ giấy tờ, tài liệu hỗ trợ nào):

Lưu ý quan trọng: Quyết định được giải quyết nhanh

Nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị cho rằng việc chờ đợi trong 72 giờ cho quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc ảnh hưởng đến khả năng có thể hồi phục chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một quyết định được giải quyết nhanh (gấp). Nếu người kê toa của quý vị cho biết rằng việc chờ đợi trong 72 giờ có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến 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 sự hỗ trợ từ người kê toa đối với yêu cầu được giải quyết nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem liệu trường hợp của quý vị có cần quyết định gấp hay không. Quý vị không thể yêu cầu quyết định được giải quyết nhanh về khoản đài thọ nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho quý vị đối với loại thuốc mà quý vị đã nhận.

ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ CHO RẰNG QUÝ VỊ CẦN QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 24 GIỜ (nếu quý vị có giấy chứng nhận đồng ý hỗ trợ từ người kê toa, hãy đính kèm với yêu cầu này).

Chữ ký:	Ngày:
----------------	--------------

Thông tin hỗ trợ cho yêu cầu về trường hợp ngoại lệ hoặc cho phép trước

Không thể xử lý các yêu cầu về TRƯỜNG HỢP NGOẠI LỆ VỀ THUỐC TRONG DANH MỤC và VỀ BẬC THUỐC mà không có giấy chứng nhận đồng ý hỗ trợ của người kê toa. Các yêu cầu về CHO PHÉP TRƯỚC có thể đòi hỏi thông tin hỗ trợ.

YÊU CẦU DUYỆT XÉT NHANH: Bằng cách đánh dấu vào ô này và ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng việc áp dụng khung thời gian duyệt xét tiêu chuẩn 72 giờ có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của hội viên hoặc khả năng hồi phục chức năng tối đa của hội viên.

Thông tin về người kê toa		
Tên		
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Điện thoại văn phòng	Fax	
Chữ ký của người kê toa		Ngày

Thông tin chẩn đoán và y khoa		
Thuốc:	Liều lượng và lộ trình quản lý:	Tần suất:
Ngày bắt đầu: <input type="checkbox"/> KHỞI 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 theo yêu cầu và các mã ICD-10 tương ứng. (Nếu bệnh trạng đang được điều trị bằng thuốc theo yêu cầu là một triệu chứng, ví dụ như chán ăn, sụt cân, hụt hơi, đau ngực, buồn nôn, v.v., hãy cho biết chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng đó nếu biết)		(Các) Mã ICD-10
CÁC CHẨN ĐOÁN CÓ LIÊN QUAN khác:		(Các) Mã ICD-10
TIỀN SỬ DÙNG THUỐC: (để điều trị (các) bệnh trạng cần dùng thuốc theo yêu cầu)		
NHỮNG LOẠI THUỐC ĐÃ THỬ (nếu giới hạn số lượng là một vấn đề, hãy liệt kê liều đơn vị/tổng liều hàng ngày đã thử)	NGÀY thử nghiệm thuốc	CÁC KẾT QUẢ của những thử nghiệm thuốc trước đây KHÔNG THÀNH CÔNG so với KHÔNG DUNG NẠP (vui lòng giải thích)
Phác đồ thuốc hiện tại của hội viên đối với (các) bệnh trạng đòi hỏi thuốc theo yêu cầu là gì?		

AN TOÀN VỀ THUỐC	
Có bất kỳ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NÀO THEO LƯU Ý CỦA FDA đối với loại thuốc được yêu cầu không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Có bất kỳ quan ngại gì về SỰ TƯƠNG TÁC GIỮA THUỐC với việc bổ sung thuốc được yêu cầu vào phác đồ thuốc hiện tại của hội viên không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nếu câu trả lời cho một trong các câu hỏi nêu trên là có, vui lòng 1) giải thích vấn đề, 2) thảo luận về các lợi ích và rủi ro tiềm ẩn bất chấp mối quan ngại đã được lưu ý và 3) kế hoạch giám sát để đảm bảo an toàn	
QUẢN LÝ RỦI RO CAO CỦA THUỐC ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI	
Nếu hội viên trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy rằng các lợi ích của việc điều trị bằng loại thuốc theo yêu cầu cao hơn những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân cao tuổi này không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
OPIOIDS - (vui lòng hoàn thành các câu hỏi sau nếu loại thuốc được yêu cầu là opioid)	
Liều lượng morphine tương đương (Morphine Equivalent Dose, MED) tích lũy hàng ngày là bao nhiêu?	<input type="text"/> mg/ngày
Quý vị có biết về những người kê toa khác đã kê opioid cho hội viên này không? Nếu có vui lòng giải thích.	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Liều MED hàng ngày đã nêu có cần thiết về mặt y tế không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Tổng liều MED hàng ngày thấp hơn có đủ để kiểm soát cơn đau của hội viên không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
CƠ SỞ LÝ LUẬN ĐỂ YÊU CẦU	
<input type="checkbox"/> (Các) loại thuốc thay thế bị chống chỉ định hoặc đã thử trước đó, nhưng gây kết quả bất lợi, ví dụ: nhễm độc, dị ứng hoặc điều trị không thành công [Ghi rõ bên dưới nếu chưa được ghi chú trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC trước đó trong mẫu đơn: (1) (Các) loại thuốc đã thử và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc (2) nếu gặp kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi tương	

ứng với mỗi loại, (3) nếu điều trị không thành công, hãy liệt kê liều và thời gian điều trị tối đa tương ứng với (các) thuốc đã dùng thử, (4) nếu có (các) chống chỉ định, vui lòng liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) thuốc ưu tiên/(các) thuốc trong danh mục thuốc khác bị chống chỉ định]

Bệnh nhân ổn định sau khi dùng (các) loại thuốc hiện tại; có nguy cơ cao gặp kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc Cần giải thích cụ thể về kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể theo dự liệu và tại sao lại cần dự kiến về kết quả bất lợi đáng kể – ví dụ: bệnh trạng khó kiểm soát (dùng nhiều loại thuốc, dùng cùng lúc nhiều thuốc để kiểm soát bệnh trạng), bệnh nhân gặp kết quả bất lợi đáng kể khi bệnh trạng trước đó không được kiểm soát (ví dụ như nhập viện hoặc thường xuyên thăm khám về bệnh cấp tính, đau tim, đột quỵ, ngã, hạn chế đáng kể về trạng thái chức năng, đau đớn và chịu đựng quá sức), v.v.

Nhu cầu y tế đối với các dạng bào chế khác nhau và/hoặc liều lượng cao hơn [Ghi rõ bên dưới: (1) (Các) dạng bào chế và/hoặc (các) liều lượng đã thử và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc; (2) giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do tại sao không chọn dùng thuốc ít thường xuyên hơn với liều lượng cao hơn - nếu có thuốc với liều lượng cao hơn]

Yêu cầu về trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc trong danh mục thuốc Ghi rõ bên dưới nếu chưa được ghi chú trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC trước đó trong mẫu đơn: (1) (các) loại thuốc theo danh mục thuốc hoặc (các) loại thuốc ưu tiên đã 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 tương ứng với mỗi loại, (3) nếu điều trị không thành công/không hiệu quả do loại thuốc được yêu cầu, hãy liệt kê liều lượng và thời gian điều trị tối đa đối với (các) loại thuốc đã thử, (4) nếu có (các) chống chỉ định, vui lòng liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc được ưu tiên/(các) thuốc trong danh mục thuốc khác bị chống chỉ định]

Khác (vui lòng giải thích bên dưới)

Giải thích bắt buộc _____
