



YÊU CẦU XÁC ĐỊNH PHẠM VI BẢO HIỂM THUỐC MEDICARE

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu chương trình của chúng tôi xác định phạm vi bảo hiểm. Quý vị cũng có thể yêu cầu xác định phạm vi bảo hiểm qua điện thoại theo số 1-833-546-0796, TTY 711, hoặc qua trang web của chúng tôi tại <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>. Quý vị, bác sĩ hoặc bác sĩ kê đơn, hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể đưa ra yêu cầu này.

Người Đăng Ký Chương Trình

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ đường phố	Thành Phố
Tiểu Bang	Mã ZIP
Số Điện Thoại	Mã Số Hội Viên

Nếu người yêu cầu không phải là người đăng ký chương trình hoặc bác sĩ kê đơn:

Tên của người yêu cầu
Mối quan hệ với người đăng ký chương trình
Địa chỉ đường phố (bao gồm Thành Phố, Tiểu Bang và mã ZIP)
Số Điện Thoại
<input type="checkbox"/> Gửi tài liệu với biểu mẫu này để chứng minh quý vị có quyền đại diện cho người đăng ký (Biểu Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 đã hoàn thiện hoặc tương đương). Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, hãy liên hệ với chương trình của chúng tôi hoặc gọi 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Người dùng Chế Độ Điện Thoại Bằng Văn Bản (TTY) có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tên thuốc trong yêu cầu này (bao gồm liều lượng và số lượng, nếu có)

Loại Yêu Cầu

- Chương trình thuốc của tôi tính phí đồng thanh toán cho một loại thuốc cao hơn mức quy định
- Tôi muốn được bồi hoàn cho loại thuốc vốn được đài thọ mà tôi đã tự thanh toán
- Tôi đang yêu cầu sự cho phép trước đối với một loại thuốc kê đơn (yêu cầu này có thể cần thêm thông tin hỗ trợ)

Đối với các loại yêu cầu được liệt kê bên dưới, bác sĩ kê đơn của quý vị PHẢI cung cấp bản thông tin hỗ trợ cho yêu cầu. Bác sĩ kê đơn của quý vị có thể điền vào trang 3 và 4 của biểu mẫu này, "Thông Tin Hỗ Trợ cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước".

- Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được đòi hỏi của chương trình (ngoại lệ trong danh mục thuốc)
- Tôi đã từng sử dụng một loại thuốc nằm trong danh sách thuốc được đòi hỏi của chương trình, nhưng đã hoặc sẽ bị loại bỏ trong năm chương trình này (ngoại lệ trong danh mục thuốc)
- Tôi yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với yêu cầu rằng tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi dùng thuốc kê đơn (ngoại lệ trong danh mục thuốc)
- Tôi đang yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với giới hạn số lượng thuốc của chương trình (giới hạn số lượng) mà tôi có thể nhận được để có thể nhận được số lượng thuốc đã được kê đơn cho tôi (ngoại lệ trong danh mục thuốc)
- Tôi đang yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc cho phép trước của chương trình vốn được đáp ứng trước khi tôi nhận được thuốc kê đơn (ngoại lệ trong danh mục thuốc).
- Chương trình thuốc của tôi tính phí đồng thanh toán cho thuốc kê đơn cao hơn so với mức phí cho một loại thuốc khác có thể điều trị tình trạng bệnh của tôi và tôi muốn trả khoản đồng thanh toán thấp hơn (ngoại lệ theo bậc)
- Tôi đã sử dụng một loại thuốc ở bậc đồng thanh toán thấp hơn trước đây, nhưng loại thuốc này đã hoặc sẽ được chuyển sang bậc đồng thanh toán cao hơn (ngoại lệ theo bậc)

Thông tin bổ sung mà chúng tôi nên xem xét (*gửi bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào kèm theo biểu mẫu này*):

Quý vị có cần nhận được quyết định gấp không?

Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê đơn của quý vị tin rằng việc đợi 72 giờ cho quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu quyết định gấp (nhANH). Nếu bác sĩ kê đơn của quý vị báo rằng việc chờ 72 giờ có thể gây hại nghiêm trọng cho sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị không nhận được sự ủng hộ từ bác sĩ kê đơn đối với yêu cầu gấp, chúng tôi sẽ quyết định liệu trường hợp của quý vị có cần quyết định nhanh hay không. (Quý vị không thể yêu cầu quyết định gấp nếu quý vị đang đề nghị chúng tôi hoàn tiền cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận).

- CÓ, tôi cần quyết định trong vòng 24 giờ.** Nếu quý vị có bản thông tin hỗ trợ từ bác sĩ kê đơn, vui lòng đính kèm cùng yêu cầu này.

Chữ Ký:	Ngày:
----------------	--------------

Phương thức nộp biểu mẫu này

Gửi biểu mẫu này và bất kỳ thông tin hỗ trợ nào khác qua thư hoặc fax:

Địa chỉ: MedImpact
10181 Scripps Gateway Court
San Diego, CA 92131

Số fax: 858-790-7100

**Thông Tin Hỗ Trợ cho một Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước sẽ
được chuẩn bị bởi bác sĩ kê đơn**

YÊU CẦU ĐÁNH GIÁ GẤP: Bằng cách chọn ô này và ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng việc áp dụng khung thời gian xem xét tiêu chuẩn là 72 giờ có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của người đăng ký hoặc khả năng khôi phục chức năng tối đa của họ.

Thông Tin Bác Sĩ Kê Đơn

Tên	
Địa Chỉ Đường Phố (bao gồm Thành Phố, Tiểu Bang và mã ZIP)	
Điện thoại văn phòng	
Fax	
Chữ Ký	Ngày

Chẩn Đoán và Thông Tin Y Tế

Thuốc:	Liều lượng và đường uống:	
tần suất:	Ngày bắt đầu: <input type="checkbox"/> MỚI SỬ DỤNG	
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 tình trạng bệnh đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu là một triệu chứng, ví dụ như biếng ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn nôn, v.v., hãy cung cấp chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng nếu đã biết)		Mã ICD-10
CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN khác:		Mã ICD-10

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

THUỐC ĐÃ DÙNG THỬ (Nếu giới hạn số lượng là một vấn đề, hãy liệt kê liều đơn vị/tổng liều hàng ngày đã dùng thử)	NGÀY Dùng Thử Thuốc	KẾT QUẢ của các thử nghiệm thuốc trước đây, bao gồm THẤT BẠI và KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)

Phác đồ dùng thuốc hiện tại của người đăng ký cho (các) tình trạng cần dùng thuốc được yêu cầu là gì?

AN TOÀN THUỐC

Bất kỳ **CHỐNG CHỈ ĐỊNH ĐƯỢC FDA LƯU Ý** với thuốc được yêu cầu? **CÓ** **KHÔNG**

Bất kỳ lo ngại nào về **TƯƠNG TÁC THUỐC** khi thêm thuốc được yêu cầu vào phác đồ dùng thuốc hiện tại của người đăng ký? **CÓ** **KHÔNG**

Nếu câu trả lời cho một trong hai câu hỏi trên là có, vui lòng 1) giải thích vấn đề, 2) thảo luận về lợi ích và rủi ro tiềm ẩn bất kể mối lo ngại đã lưu ý và 3) kế hoạch giám sát để đảm bảo an toàn

NGUY CƠ CAO VỀ QUẢN LÝ THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI

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

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

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

Quý vị có biết những bác sĩ kê đơn opioid khác cho người đăng ký này không? **CÓ** **KHÔNG**
Nếu có, vui lòng giải thích.

Liều MED hàng ngày đã nêu có cần thiết về mặt y tế không? **CÓ** **KHÔNG**

Liều tổng liều MED hàng ngày thấp hơn có đủ để kiểm soát cơn đau của người đăng ký không?

CÓ **KHÔNG**

LÝ DO ĐƯA RA YÊU CẦU

(Các) loại thuốc thay thế đã dùng thử trước đó có kết quả bất lợi, ví dụ như độc tính, dị ứng, hoặc điều trị thất bại [Nếu không được ghi chú trong phần TIỀN SỬ THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới: (1) (Các) loại thuốc đã dùng thử và kết quả của (các) lần thử thuốc (2) nếu kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu điều trị thất bại, liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc đã dùng thử]

(Các) loại thuốc thay thế bị chống chỉ định sẽ không hiệu quả hoặc có khả năng gây ra kết quả bất lợi. Cần giải thích cụ thể lý do tại sao (các) loại thuốc thay thế sẽ không hiệu quả hoặc dự đoán được kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể và tại sao kết quả này có thể sẽ xảy ra. Trong trường hợp chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao lại chống chỉ định (các) loại thuốc ưu tiên/(các) loại thuốc trong danh mục thuốc khác

Bệnh nhân sẽ gặp tác dụng phụ nếu phải đáp ứng yêu cầu của việc cho phép trước. Cần giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào được dự đoán trước và lý do tại sao kết quả này có thể sẽ xảy ra.

Bệnh nhân ổn định khi đang sử dụng (các) loại thuốc hiện tại; nguy cơ cao xảy ra kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc Cần giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào được dự đoán trước và tại sao kết quả này có thể sẽ xảy ra – ví dụ: khó kiểm soát tình trạng bệnh (đã dùng thử nhiều loại thuốc, cần sử dụng nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng bệnh), bệnh nhân có kết quả bất lợi đáng kể khi tình trạng này không được kiểm soát trước đó (ví dụ: nhập viện hoặc thăm khám y tế cấp tính thường xuyên, đau tim, đột quỵ, trượt ngã, hạn chế đáng kể tình trạng chức năng, đau đớn và khó chịu quá mức), v.v.

Nhu cầu y tế đối với dạng bào chế khác nhau và/hoặc liều lượng cao hơn [Nêu rõ bên dưới: (1) Dạng bào chế và/hoặc liều lượng đã dùng thử và kết quả dùng thử thuốc; (2) Giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do tại sao tần suất ít thường xuyên hơn với liều dùng cao hơn không phù hợp – nếu có lựa chọn liều dùng cao hơn]

Yêu cầu ngoại lệ bậc danh mục thuốc Nếu không được ghi chú trong phần TIỀN SỬ THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới:

(1) danh mục thuốc hoặc (các) loại thuốc ưu tiên đã dùng thử và kết quả của (các) lần dùng thử thuốc
(2) nếu kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu điều trị thất bại/không hiệu quả như thuốc được yêu cầu, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc được thử nghiệm, (4) nếu chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc ưu tiên/ (các) loại thuốc khác bị chống chỉ định]

Khác (giải thích bên dưới)
