



ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងថ្នាំ MEDICARE

សូមប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងតាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-833-546-0796, TTY 711 ឬតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>។ អ្នក គ្រូពេទ្យ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ឬគំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក អាចធ្វើការស្នើសុំនេះបាន។

អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ក្រុង
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
ទូរសព្ទ	លេខសម្គាល់សមាជិក #

ប្រសិនបើបុគ្គលដែលធ្វើការស្នើសុំនេះ មិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាទេ:

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង
អាសយដ្ឋានផ្លូវ (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដ ZIP)
ទូរសព្ទ
<input type="checkbox"/> ដាក់បញ្ជូនឯកសារជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ ដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកក្នុងការតំណាងឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះ (ទម្រង់បែបបទការអនុញ្ញាតតំណាង CMS-1696 ដែលបានបំពេញរួចរាល់ ឬសមមូល)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការតែងតាំងតំណាង សូមទាក់ទងគម្រោងរបស់យើង ឬហៅទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ឈ្មោះថ្នាំដែលការស្នើសុំនេះចង់បាន (រួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីកម្រិតប្រើប្រាស់ និងបរិមាណ ប្រសិនបើមាន)

ប្រភេទសំណើ

- គម្រោងថ្នាំរបស់ខ្ញុំបានកើតថ្លៃបង្អស់លើថ្នាំខ្ពស់ជាងអ្វីដែលគួរមាន
- ខ្ញុំចង់ទទួលបានការទូទាត់សងវិញសម្រាប់ថ្នាំដែលមានការរ៉ាប់រង ដែលខ្ញុំបានបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនរួចហើយ
- ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន សម្រាប់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា (ការស្នើសុំនេះអាចទាមទារព័ត៌មានគាំទ្រ)

**ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់ការស្នើសុំករណីលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន ត្រូវបំពេញដោយអ្នក
ចេញវេជ្ជបញ្ជា**

ការស្នើសុំសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យពន្លឺនេះ តាមរយៈការគូសឆែកក្នុងប្រអប់នេះ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ការអនុវត្តតាមក្របខ័ណ្ឌពេលវេលាត្រួតពិនិត្យស្តង់ដារ 72 ម៉ោង អាចនឹងបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរមាឡើងវិញ។

ព័ត៌មានអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា

ឈ្មោះ:	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដ ZIP)	
ទូរសព្ទការិយាល័យ	
ទូរសារ	
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ

រោគវិនិច្ឆ័យ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ

ការប្រើថ្នាំ:	កម្រិតថ្នាំ និងវិធីប្រើប្រាស់:	
ភាពញឹកញាប់:	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម: <input type="checkbox"/> ការចាប់ផ្តើមថ្មី	
រយៈពេលព្យាបាលដែលរំពឹងទុក:	បរិមាណក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ:	
កម្ពស់/ទម្ងន់:	អាឡែស៊ីថ្នាំ:	
រោគវិនិច្ឆ័យ – សូមរាយបញ្ជីរោគវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ដែលកំពុងត្រូវបានព្យាបាលដោយថ្នាំដែលបានស្នើសុំ និងលេខកូដ ICD-10 ដែលពាក់ព័ន្ធ (ប្រសិនបើស្ថានភាពដែលកំពុងត្រូវបានព្យាបាលដោយថ្នាំដែលបានស្នើសុំគឺជា រោគសញ្ញា ឧទាហរណ៍: ការមិនចង់ញ៉ាំអាហារ ការស្រកទម្ងន់ ការដកដង្ហើមដង្ហក់ ការឈឺទ្រូង ការចង្អោរ ជាដើម សូមផ្តល់រោគវិនិច្ឆ័យដែលបង្កឱ្យមានរោគសញ្ញានោះ ប្រសិនបើដឹង)		លេខកូដ ICD-10
រោគវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត:		លេខកូដ ICD-10

ប្រវត្តិថ្នាំ: (សម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពដែលទាមទារថ្នាំដែលបានស្នើសុំ)

ថ្នាំដែលបានសាកល្បង (ប្រសិនបើមានបញ្ហាលើផែនការណែនាំបរិមាណ សូមរាយបញ្ជីកម្រិតប្រើប្រាស់ក្នុងមួយឯកតា/កម្រិតសរុបប្រចាំថ្ងៃដែលបានសាកល្បង)	កាលបរិច្ឆេទនៃការសាកល្បងថ្នាំ	លទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំពីមុនបរាជ័យ ធៀបនឹង ការមិនត្រូវនឹងថ្នាំ (ពន្យល់)

តើរបបថ្នាំបញ្ចប់ប្រព័ន្ធរបស់អ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់ស្ថានភាពដែលទាមទារថ្នាំដែលបានស្នើសុំនេះមានយ៉ាងណាដែរ?

សុវត្ថិភាពថ្នាំ

តើមានការហាមឃាត់ដែលកត់សម្គាល់ដោយ FDA ចំពោះថ្នាំដែលបានស្នើសុំដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើមានការបារម្ភចំពោះប្រតិកម្មថ្នាំនៅពេលបន្ថែមថ្នាំដែលបានស្នើសុំទៅក្នុងរបបថ្នាំបញ្ចប់ប្រព័ន្ធរបស់អ្នកចុះឈ្មោះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះសំណួរណាមួយខាងលើគឺបាទ/ចាស សូម 1) ពន្យល់ពីបញ្ហា 2) ពិភាក្សាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ធៀបនឹងហានិភ័យដែលអាចកើតមាន បើទោះបីជាមានការបារម្ភដែលបានកត់សម្គាល់ក៏ដោយ និង 3) គម្រោងតាមដានដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព

ការគ្រប់គ្រងហានិភ័យខ្ពស់នៃថ្នាំចំពោះមនុស្សចាស់

ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលជាមួយនឹងថ្នាំដែលបានស្នើសុំមានវិសាលភាពលើសពីហានិភ័យដែលអាចកើតមានចំពោះអ្នកជំងឺវ័យចំណាស់នេះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

អុជ្ឈរម្យ (ឆ្លើយសំណួរទាំង 4 នេះ ប្រសិនបើថ្នាំដែលបានស្នើសុំគឺជាអុជ្ឈរម្យ)

តើកម្រិតថ្នាំ Morphine Equivalent Dose (MED) សរុបប្រចាំថ្ងៃមានច្រើនប៉ុនណាដែរ? mg/ថ្ងៃ

តើអ្នកបានដឹងអំពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាអុជ្ឈរម្យផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះនេះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
ប្រសិនបើមាន សូមពន្យល់។

តើកម្រិត MED ប្រចាំថ្ងៃដែលបានកត់ចំណាំនោះ ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
តើកម្រិត MED សរុបប្រចាំថ្ងៃដែលទាបជាងនេះ នឹងមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នកចុះឈ្មោះមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

មូលហេតុនៃការស្នើសុំ

- ថ្នាំជំនួសដែលបានសាកល្បងពីមុន ប៉ុន្តែផ្តល់លទ្ធផលមិន ឧទាហរណ៍៖ ការពុល ការអាឡែស៊ី ឬការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ប្រសិនបើមិនបានកត់សម្គាល់ក្នុងផ្នែក ប្រវត្តិថ្នាំ ទេ សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម៖
(1) ថ្នាំដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ (2) ប្រសិនបើលទ្ធផលអវិជ្ជមាន សូមរាយបញ្ជីថ្នាំនិងលទ្ធផលអវិជ្ជមានសម្រាប់ថ្នាំនីមួយៗ (3) ប្រសិនបើបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល សូមរាយបញ្ជីកម្រិតអតិបរមានិងរយៈពេលនៃការព្យាបាលសម្រាប់ថ្នាំដែលបានសាកល្បង]
- ថ្នាំជំនួសត្រូវបានហាមឃាត់ នឹងមិនមានប្រសិទ្ធភាព ឬទំនងជាបង្កឱ្យមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន។
ការពន្យល់ជាក់លាក់អំពីមូលហេតុដែលថ្នាំជំនួសនឹងមិនមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា ឬការរំពឹងទុកពីលទ្ធផលគ្លីនិកអវិជ្ជមានខ្លាំង និងមូលហេតុដែលលទ្ធផលនេះត្រូវបានរំពឹងទុក ត្រូវបានទាមទារ។ ប្រសិនបើមានការហាមឃាត់សូមរាយបញ្ជីហេតុផលជាក់លាក់ដែលនាំឱ្យថ្នាំដែលពេញចិត្ត/ថ្នាំផ្សេងទៀតក្នុងបញ្ជីថ្នាំត្រូវបានហាមឃាត់
- អ្នកជំងឺនឹងទទួលបានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមាន ប្រសិនបើគាត់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការអនុញ្ញាតជាមន។ ការពន្យល់ជាក់លាក់អំពីលទ្ធផលគ្លីនិកអវិជ្ជមានខ្លាំងណាមួយដែលត្រូវបានរំពឹងទុក និងមូលហេតុដែលលទ្ធផលនេះត្រូវបានរំពឹងទុក គឺត្រូវបានទាមទារ។
- អ្នកជំងឺមានស្ថានភាពនឹងនរជាមួយថ្នាំបញ្ចប់ប្រព័ន្ធ។ មានហានិភ័យខ្ពស់នៃលទ្ធផលគ្លីនិកអវិជ្ជមានខ្លាំងប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរថ្នាំការពន្យល់ជាក់លាក់អំពីលទ្ធផលគ្លីនិកអវិជ្ជមានខ្លាំងណាមួយ ដែលត្រូវបានរំពឹងទុក និងមូលហេតុដែលលទ្ធផលនេះត្រូវបានរំពឹងទុក ត្រូវបានទាមទារ - ឧទាហរណ៍៖ ស្ថានភាពពិបាកគ្រប់គ្រង (បានសាកល្បងថ្នាំច្រើនប្រភេទ ត្រូវការថ្នាំច្រើនមុខដើម្បីគ្រប់គ្រងស្ថានភាព) អ្នកជំងឺមានលទ្ធផលអវិជ្ជមានខ្លាំងនៅពេលដែលស្ថានភាពមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រងពីមុន (ឧទាហរណ៍៖ ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការទៅពិនិត្យសុខភាពកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរកញ្ចប់ ការកាំងបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ការដួល ការដាក់កម្រិតមុខងារសរីរាង្គខ្លាំង ការឈឺចាប់ និងការរងទុក្ខខ្លាំង) ជាដើម។
- តម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ទម្រង់កម្រិតថ្នាំខ្ពស់ និង/ឬកម្រិតថ្នាំខ្ពស់ជាង សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម៖
(1) ទម្រង់កម្រិតថ្នាំ និង/ឬកម្រិតថ្នាំដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ (2) ពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ (3) រូបមណ្ឌមូលហេតុដែលការប្រើកម្រិតថ្នាំមិនសូវញឹកញាប់ជាមួយនឹងកម្រិតខ្លាំង មិនមែនជាជម្រើស - ប្រសិនបើមានកម្រិតខ្លាំងជាងនេះ]

ការស្នើសុំករណីលើកលែងកម្រិតថ្នាក់ក្នុងបញ្ជីថ្នាំប្រសិនបើមិនបានកត់សម្គាល់ក្នុងផ្នែក ប្រវត្តិថ្នាំ ទេ សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម៖ (1) ថ្នាំក្នុងបញ្ជី ឬថ្នាំដែលពេញចិត្តដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ (2) ប្រសិនបើលទ្ធផលអវិជ្ជមាន សូមរាយបញ្ជីថ្នាំ និងលទ្ធផលអវិជ្ជមានសម្រាប់ថ្នាំនីមួយៗ (3) ប្រសិនបើបរាជ័យ ក្នុងការព្យាបាល/មិនមានប្រសិទ្ធភាពដូចថ្នាំដែលបានស្នើសុំ សូមរាយបញ្ជីកម្រិតអតិបរមា និងរយៈពេលនៃការ ព្យាបាលសម្រាប់ថ្នាំដែលបានសាកល្បង (4) ប្រសិនបើមានការហាមឃាត់ សូមរាយបញ្ជីហេតុផលជាក់លាក់ដែល នាំឱ្យថ្នាំដែលពេញចិត្ត/ថ្នាំផ្សេងទៀតក្នុងបញ្ជីត្រូវបានហាមឃាត់]

ផ្សេងទៀត (ពន្យល់ខាងក្រោម)
