

YÊU CẦU XÁC ĐỊNH SỰ ĐÀI THỌ THUỐC THEO TOA CỦA MEDICARE

Quý vị có thể gửi mẫu đơn này cho chúng tôi qua đường bưu điện hoặc bằng fax:

Địa chỉ: **OneCare (HMO D-SNP) Customer Service** **Số Fax:**
505 City Parkway West **1-858-357-2556**
Orange, CA 92868

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi xác định sự đài thọ bằng cách gọi số điện thoại miễn phí **1-877-412-2734** hoặc qua trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/onecare**.

Ai Có Thể Thực Hiện Yêu Cầu: Người kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xác định sự đài thọ thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (như thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) thực hiện yêu cầu cho quý vị, người đó phải là người đại diện của quý vị. Xin liên lạc với chúng tôi để biết cách chỉ định người đại diện.

Thông Tin của Tham Dự Viên

Tên của Tham Dự Viên		Ngày Sinh
Địa Chỉ của Tham Dự Viên		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Vùng
Số Điện Thoại	Số ID Thành Viên của Tham Dự Viên	

Xin hoàn tất phần sau đây CHỈ khi người thực hiện yêu cầu này không phải là tham dự viên hoặc người kê toa:

Tên của Người Yêu Cầu		
Mối Quan Hệ của Người Yêu Cầu với Tham Dự Viên		
Địa Chỉ		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Vùng
Số Điện Thoại		

Tài liệu về việc đại diện cho những yêu cầu do một người không phải là tham dự viên hoặc người kê toa của tham dự viên thực hiện:

Xin đính kèm tài liệu cho thấy sự ủy quyền để đại diện cho tham dự viên (một Mẫu Đơn Cho Phép Đại Diện CMS-1696 đã được điền đầy đủ hoặc một văn bản tương đương). Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, xin liên lạc với chương trình của quý vị hoặc số điện thoại 1-800-Medicare.

Tên của loại thuốc theo toa mà quý vị đang yêu cầu (xin bao gồm độ mạnh và số lượng yêu cầu mỗi tháng, nếu biết):

Loại Yêu Cầu Xác Định Sự Đòi Thò

- Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được đòi thò của chương trình (sự ngoại lệ với danh sách thuốc).*
- Tôi đang sử dụng một loại thuốc mà trước đây đã có trong danh sách thuốc được đòi thò của chương trình, nhưng đang bị lấy ra hoặc đã bị lấy ra khỏi danh sách này trong năm của chương trình (sự ngoại lệ đối với danh sách thuốc).*
- Tôi yêu cầu sự cho phép trước cho loại thuốc mà người kê toa của tôi đã yêu cầu.*
- Tôi yêu cầu sự ngoại lệ đối với yêu cầu tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi tôi lấy thuốc mà người kê toa thuốc của tôi đã yêu cầu (sự ngoại lệ đối với danh sách thuốc).*
- Tôi yêu cầu sự ngoại lệ với giới hạn số lượng thuốc của chương trình (giới hạn về số lượng) tôi có thể nhận, để tôi có thể nhận số lượng thuốc mà người kê toa của tôi đã yêu cầu (sự ngoại lệ đối với danh sách thuốc).*
- Chương trình thuốc của tôi tính tiền phụ phí cho loại thuốc mà người kê toa đã yêu cầu cao hơn tiền phí cho loại thuốc khác điều trị được tình trạng của tôi, và tôi muốn trả tiền phụ phí thấp hơn (sự ngoại lệ về bậc thuốc).*
- Tôi đã sử dụng một loại thuốc mà trước đây nằm trong bậc thuốc có tiền phụ phí thấp hơn, nhưng đang bị chuyển qua hoặc đã bị chuyển qua bậc thuốc có tiền phụ phí cao hơn (sự ngoại lệ về bậc thuốc).*
- Chương trình thuốc của tôi tính tiền phụ phí cho một loại thuốc cao hơn số tiền mà lẽ ra chương trình nên tính.
- Tôi muốn được hoàn trả tiền cho một loại thuốc theo toa được đòi thò mà tôi đã tự trả tiền.

***LƯU Ý: Nếu quý vị đang yêu cầu một ngoại lệ đối với danh sách thuốc hoặc bậc thuốc, người kê toa của quý vị PHẢI cung cấp một văn bản ủng hộ yêu cầu của quý vị. Những yêu cầu cần sự cho phép trước (hoặc bất cứ yêu cầu nào khác về quản trị việc sử dụng dịch vụ y tế), có thể yêu cầu thông tin hỗ trợ. Người kê toa của quý vị có thể sử dụng văn bản đính kèm “Thông Tin Hỗ Trợ cho một Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Sự Cho Phép Trước” để ủng hộ yêu cầu của quý vị.**

Thông tin bổ sung mà chúng tôi nên xem xét (xin đính kèm bất cứ tài liệu hỗ trợ nào):

Thông Tin Quan Trọng: Quyết Định Khẩn Cấp

Nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị tin rằng việc chờ 72 giờ cho một quyết định thông thường có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe, hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một quyết định khẩn cấp (nhANH). Nếu người kê toa của quý vị cho biết rằng việc chờ 72 giờ có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động cung cấp cho quý vị một quyết định trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị không được sự ủng hộ của người kê toa của quý vị cho một yêu cầu khẩn cấp, chúng tôi sẽ quyết định nếu trường hợp của quý vị cần một quyết định nhanh. Quý vị không thể yêu cầu sự xác định đài thọ khẩn cấp nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị cho loại thuốc mà quý vị đã nhận.

ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ TIN RẰNG QUÝ VỊ CẦN MỘT QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 24 GIỜ (nếu quý vị có một văn bản hỗ trợ từ người kê toa của quý vị, xin đính kèm văn bản đó với yêu cầu này).

Chữ ký:	Ngày:
---------	-------

Thông Tin Hỗ Trợ cho Yêu Cầu Khẩn Cấp hoặc Sự Cho Phép Trước

Những yêu cầu SỰ NGOẠI LỆ ĐỐI VỚI DANH SÁCH THUỐC và BÁC THUỐC không thể được tiến hành mà không có văn bản ủng hộ của người kê toa. Các yêu cầu SỰ CHO PHÉP TRƯỚC có thể cần thông tin hỗ trợ.

YÊU CẦU ĐƯỢC DUYỆT XÉT KHẨN CẤP: Bằng việc đánh dấu vào ô này và ký tên ở bên dưới, tôi xác nhận rằng việc áp dụng khoảng thời gian 72 giờ cho việc duyệt xét thông thường có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của tham dự viên hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của tham dự viên.

Thông Tin của Người Kê Toa		
Tên		
Địa Chỉ		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Số Vùng
Số Điện Thoại của Văn Phòng	Số Fax	
Chữ Ký của Người Kê Toa		Ngày

Chẩn Đoán và Thông Tin Y Tế		
Thuốc	Độ mạnh và Đường đưa thuốc vào cơ thể	Mức độ thường xuyên sử dụng
Ngày Bắt Đầu <input type="checkbox"/> NGÀY BẮT ĐẦU MỚI	Thời Gian Trị Liệu Dự Kiến	Số lượng mỗi 30 ngày
Chiều cao/Cân nặng	Tình Trạng Dị Ứng Với Thuốc	

CHẨN ĐOÁN – Xin liệt kê tất cả các chẩn đoán được điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu và các mã số ICD-10 tương ứng. (Nếu tình trạng đang được điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu là một triệu chứng như chứng biếng ăn, sụt cân, hụt hơi, đau ngực, buồn nôn, v.v..., xin cung cấp chẩn đoán gây ra (những) triệu chứng, nếu biết.)		(Các) Mã số ICD-10
NHỮNG CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN khác:		(Các) Mã số ICD-10
THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TRƯỚC ĐÂY (cho việc điều trị (các) tình trạng cần loại thuốc được yêu cầu)		
NHỮNG THUỐC ĐÃ THỬ (nếu vấn đề là giới hạn về số lượng, xin liệt kê đơn vị liều lượng/tổng liều lượng hàng ngày đã thử)	NGÀY Thử Thuốc	KẾT QUẢ của những lần thử thuốc trước đây KHÔNG THÀNH CÔNG so với KHÔNG CHỊU ĐƯỢC (xin giải thích)
Chương trình sử dụng thuốc hiện nay của tham dự viên là như thế nào cho (những) tình trạng cần loại thuốc được yêu cầu?		

SỰ AN TOÀN CỦA THUỐC
Có bất kỳ SỰ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NÀO MÀ CƠ QUAN KIỂM SOÁT THỰC PHẨM VÀ DƯỢC PHẨM HOA KỲ (FDA) ĐÃ LƯU Ý cho loại thuốc được yêu cầu không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Có bất kỳ quan ngại nào về SỰ TƯƠNG TÁC THUỐC khi thêm loại thuốc được yêu cầu vào chương trình sử dụng thuốc hiện nay của tham dự viên không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nếu câu trả lời cho một trong những câu hỏi được ghi ở trên là có, xin 1) giải thích vấn đề; 2) thảo luận về các lợi ích so với những nguy cơ tiềm ẩn dù đã có những quan ngại được lưu ý, và 3) kế hoạch theo dõi để bảo đảm an toàn.
KIỂM SOÁT RỦI RO CAO CHO NHỮNG LOẠI THUỐC DÀNH CHO NGƯỜI CAO NIÊN
Nếu tham dự viên trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy rằng những lợi ích của việc điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu cao hơn những nguy cơ tiềm ẩn cho bệnh nhân cao niên này hay không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
THUỐC CÓ CHỨA CHẤT GÂY NGHIỆN OPIOIDS (Xin hoàn tất những câu hỏi sau đây nếu thuốc được yêu cầu có chất gây nghiện opioid)
Liều Lượng Tương Đương Morphine (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 thuốc có chất gây nghiện opioid khác cho tham dự viên này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, xin giải thích.

Liều Lượng Tương Đương Morphine (MED) hàng ngày đã ghi lại có cần thiết về mặt y khoa không?

CÓ **KHÔNG**

Tổng Liều Lượng Tương Đương Morphine (MED) hàng ngày thấp hơn sẽ không đủ để kiểm soát cơn đau của tham dự viên phải không? **CÓ** **KHÔNG**

CƠ SỞ CHO YÊU CẦU

(Các) thuốc thay thế chống chỉ định hoặc đã thử trước đây, nhưng cho kết quả không có lợi, thí dụ như độc tính, dị ứng, hoặc điều trị không thành công [Xin ghi rõ bên dưới nếu chưa được ghi chú trong phần THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TRƯỚC ĐÂY ở phần trước của mẫu đơn: (1) (Những) loại thuốc đã thử và kết quả của (những) lần thử, (2) nếu kết quả không có lợi, xin liệt kê (những) loại thuốc và kết quả không có lợi của từng loại, (3) nếu việc điều trị không thành công, xin liệt kê liều lượng tối đa và thời gian điều trị cho (những) loại thuốc đã thử, (4) nếu có (những) sự chống chỉ định, xin liệt kê lý do cụ thể tại sao (những) loại thuốc ưu tiên/(những) thuốc khác trong danh sách thuốc là chống chỉ định].

Bệnh nhân ổn định với (những) loại thuốc hiện tại; nguy cơ cao đáng kể về kết quả lâm sàng không có lợi với việc thay đổi thuốc Cần một sự giải thích cụ thể về bất cứ kết quả lâm sàng không có lợi đáng kể nào được dự đoán và tại sao lại dự đoán nguy cơ cao đáng kể về kết quả không có lợi — thí dụ như tình trạng khó kiểm soát (đã thử nhiều loại thuốc, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng), bệnh nhân có kết quả không có lợi đáng kể khi tình trạng không được kiểm soát trước đây (thí dụ như việc nằm viện hoặc các buổi khám y khoa cấp tính thường xuyên, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, té ngã, hạn chế đáng kể về tình trạng chức năng, cơn đau và sự đau đớn không đáng có), v.v...

Nhu cầu y tế cho dạng liều lượng khác và/hoặc liều lượng cao hơn [Xác định sau đây: (1) (Những) dạng liều lượng và/hoặc (những) liều lượng đã thử và kết quả của (những) lần thử thuốc; (2) giải thích lý do y khoa (3) bao gồm lý do tại sao việc sử dụng thuốc ít thường xuyên hơn với độ mạnh cao hơn không phải là một chọn lựa — nếu có độ mạnh cao hơn].

Yêu cầu cho ngoại lệ đối với bậc thuốc trong danh sách thuốc Xác định sau đây nếu chưa ghi chú trong phần THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TRƯỚC ĐÂY ở phần trước của mẫu đơn: (1) thuốc có trong danh sách thuốc hoặc (những) thuốc ưu tiên đã thử và kết quả của (những) lần thử, (2) nếu kết quả không có lợi, xin liệt kê (những) loại thuốc và kết quả không có lợi của từng loại, (3) nếu điều trị không thành công/không hiệu quả như thuốc được yêu cầu, xin liệt kê liều lượng tối đa và thời gian điều trị cho (những) thuốc đã thử, (4) nếu có (những) sự chống chỉ định, xin liệt kê lý do cụ thể tại sao (những) loại thuốc ưu tiên/(những) thuốc khác có trong danh sách thuốc là chống chỉ định].

Lý do khác (xin giải thích ở dưới).

Yêu cầu Giải thích _____

OneCare (HMO D-SNP), Chương trình Medicare Medi-Cal là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh gia nhập vào OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. OneCare tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Đính kèm:

- Phụ Trang Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử
- Phụ Trang Nhiều Ngôn Ngữ