

YÊU CẦU XÁC ĐỊNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA MEDICARE

Có thể gửi mẫu này cho chúng tôi qua bưu chính hoặc điện sao:

Địa chỉ:
CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy PA Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Số điện sao:
503-416-8109

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi xác định bảo hiểm qua điện thoại theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn phí 888-712- 3258 hoặc qua mạng lưới của chúng tôi tại careoregonadvantage.org

Người Nào Có Thể Yêu Cầu: Người kê toa có thể thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi xác định phạm vi bảo hiểm. Nếu quý vị muốn một người khác (như người trong gia đình hoặc bạn bè) yêu cầu cho quý vị thì người này phải là đại diện của quý vị. Liên lạc với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông tin của người ghi danh:

Tên của người ghi danh		Ngày sinh
Địa chỉ người ghi danh		
Thành phố	Tiểu bang	Bưu chính
Điện thoại	Số ID hội viên của người ghi danh	

CHỈ hoàn tất đoạn sau đây nếu người yêu cầu này không phải là người ghi danh hoặc người kê toa:

Tên của người yêu cầu:		
Mối quan hệ của người yêu cầu với người ghi danh		
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	Bưu chính
Điện thoại		

Tài liệu về người đại diện cho các yêu cầu do người khác, không phải là người ghi danh hoặc người kê toa cho người ghi danh, thực hiện:

Đính kèm tài liệu cho thấy ủy quyền đại diện cho người ghi danh (Mẫu CMS-1696 Ủy Quyền Đại Diện đầy đủ hoặc văn bản tương đương). Liên lạc với chương trình của quý vị hoặc 1-800-Medicare để biết thêm thông tin về chỉ định người đại diện.

Tên thuốc theo toa quý vị đang yêu cầu (nếu biết, nêu cả hàm lượng và số lượng yêu cầu mỗi tháng):

Loại Yêu Cầu Bảo Hiểm

- Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình (ngoại lệ trong danh mục formulary (thuốc khuyến cáo)).*
- Tôi đang sử dụng một loại thuốc trước đây có trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình nhưng hiện bị loại bỏ hoặc xóa khỏi danh sách này trong năm của chương trình (ngoại lệ trong danh mục formulary).*
- Tôi yêu cầu giấy cho phép trước cho loại thuốc người kê toa đã kê cho tôi.*
- Tôi yêu cầu một ngoại lệ đối với đòi hỏi tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi được loại thuốc người kê toa đã kê cho tôi (ngoại lệ trong danh mục formulary).*
- Tôi yêu cầu một ngoại lệ đối với giới hạn của chương trình về số lượng viên thuốc (giới hạn số lượng) cho tôi, để tôi có thể được số lượng thuốc đã kê cho tôi (ngoại lệ trong danh mục formulary).*
- Chương trình thuốc của tôi tính tiền đồng trả cao hơn cho loại thuốc người kê toa đã kê cho tôi so với loại thuốc khác chữa trị bệnh trạng của tôi và tôi muốn trả tiền đồng trả thấp hơn (ngoại lệ đối với ngạch bảo hiểm).*
- Tôi đang sử dụng một loại thuốc trước đây có trong ngạch đồng trả thấp hơn nhưng hiện đang hoặc đã được chuyển sang ngạch đồng trả cao hơn (ngoại lệ về ngạch bảo hiểm).*
- Chương trình thuốc của tôi tính tiền đồng trả cho một loại thuốc cao hơn mức lẽ ra nên có.
- Tôi muốn được hoàn trả cho loại thuốc theo toa tôi đã trả bằng tiền xuất túi.

***LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu một ngoại lệ về danh mục formulary hoặc ngạch thuốc, người kê toa PHẢI cung cấp văn bản hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Các yêu cầu phải có giấy cho phép trước (hoặc bất kỳ đòi hỏi quản lý sử dụng nào khác) có thể cần thông tin hỗ trợ. Người kê toa cho quý vị có thể sử dụng “Thông Tin Hỗ Trợ cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Giấy Cho Phép Trước” đính kèm để hỗ trợ yêu cầu của quý vị.**

Chúng tôi sẽ cứu xét thông tin thêm (đính kèm các tài liệu hỗ trợ):

Lưu ý quan trọng: Quyết Định Cấp Tốc

Nếu quý vị hoặc người kê toa thấy nếu chờ 72 giờ để lấy quyết định tiêu chuẩn có thể hại nghiêm trọng đến tánh mạng, sức khỏe hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa cho quý vị thì quý vị có thể yêu cầu quyết định cấp tốc (nhanh). Nếu người kê toa cho biết chờ 72 giờ có thể hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động lấy quyết định cho quý vị trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị không được hỗ trợ của người kê toa cho yêu cầu cấp tốc thì chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần quyết định nhanh hay không. Quý vị không thể yêu cầu quyết định nhanh về bao trả bảo hiểm nếu đang yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho loại thuốc quý vị đã nhận.

ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ NGHĨ MÌNH CẦN CÓ QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 24 GIỜ (nếu quý vị có văn bản hỗ trợ từ người kê toa thì đính kèm văn bản với yêu cầu này).

Chữ ký:

Ngày:

Thông Tin Hỗ Trợ cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Giấy Cho Phép Trước

Các yêu cầu NGOẠI LỆ TRONG DANH MỤC FORMULARY và NGÁCH THUỐC không thể được cứu xét nếu không có văn bản hỗ trợ của người kê toa. Các yêu cầu GIẤY CHO PHÉP TRƯỚC có thể phải có 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 nếu áp dụng khung thời gian duyệt xét thông thường 72 giờ có thể nguy hiểm nghiêm trọng đến tánh mạng hoặc sức khỏe hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của người ghi danh.

Thông Tin của Người Kê Toa

Họ tên

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Bưu chánh

Điện thoại văn phòng

Fax

Chữ ký của người kê toa

Ngày

Chẩn đoán và thông tin y tế		
Các loại thuốc:	Mức liều và lộ trình dùng thuốc:	Số lần:
Ngày bắt đầu <input type="checkbox"/> MỚI BẮT ĐẦU	Thời gian trị liệu dự kiến	Số lượng mỗi 30 ngày
Chiều cao/Cân nặng:	Dị ứng thuốc:	
CHẨN ĐOÁN – Xin liệt kê tất cả các chẩn đoán đang được chữa trị bằng thuốc yêu cầu và mã ICD-10 tương ứng. (Nếu bệnh trạng đang được chữa trị bằng loại thuốc yêu cầu là một triệu chứng, ví dụ như chán ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn ói, v.v..., cho biết chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng nếu đã biết)		(các) Mã ICD-10
CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN khác:		(các) Mã ICD-10
QUÁ TRÌNH DÙNG THUỐC: (để chữa trị (các) bệnh trạng cần dùng thuốc được yêu cầu)		
THUỐC ĐÃ THỬ (nếu có vấn đề về giới hạn số lượng, hãy liệt kê mức liều đơn vị/tổng mức liều hàng ngày đã thử)	NGÀY Thử nghiệm thuốc	KẾT QUẢ của các thử nghiệm thuốc trước đó THẤT BẠI so với KHÔNG DUNG NẠP THUỐC (giải thích)
Chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh đối với (các) bệnh trạng cần loại thuốc yêu cầu là gì?		
AN TOÀN VỀ THUỐC		
Có bất kỳ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NÀO ĐƯỢC FDA LƯU Ý đối với loại thuốc yêu cầu không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Quý vị có quan tâm nào về TƯƠNG TÁC THUỐC khi thêm loại thuốc yêu cầu vào chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Nếu câu trả lời cho một trong các câu hỏi nêu trên là có, xin hãy 1) giải thích vấn đề, 2) bàn thảo về lợi ích so với nguy cơ khả dĩ dù có quan tâm nêu ở trên và 3) chương trình giám sát để bảo đảm an toàn		
QUẢN LÝ NGUY CƠ CAO VỀ THUỐC Ở LÃO NIÊN		
Nếu người ghi danh trên 65 tuổi, quý vị có thấy lợi ích chữa trị bằng loại thuốc yêu cầu lớn hơn những nguy cơ khả dĩ cho bệnh nhân lão niên này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
OPIOIDS – (xin hoàn tất các câu hỏi sau đây nếu loại thuốc yêu cầu là thuốc phiện)		
Mức Liều Tương đương Morphine (Morphine Equivalent Dose, hay MED) <input type="text"/> mg/ngày tích lũy hàng ngày là bao nhiêu?		
Quý vị có biết những người khác kê toa thuốc opioid cho người ghi danh này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu vậy, xin giải thích.		
Mức liều MED hàng ngày đã nêu có cần thiết về mặt y tế không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Tổng mức liều MED hàng ngày thấp hơn có không đủ để điều quản cơn đau cho người ghi danh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		

LÝ DO YÊU CẦU

(Các) loại thuốc thay thế bị chống chỉ định hoặc đã thử dùng trước đây nhưng có kết quả bất lợi, ví dụ có độc tính, dị ứng hoặc chữa trị không hiệu quả [Ghi rõ bên dưới nếu chưa được ghi chú trong đoạn TIỂU SỬ THUỐC trước đó trên mẫu: (1) (Các) thuốc đã thử dùng và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, liệt kê (các) thuốc và kết quả bất lợi cho mỗi loại, (3) nếu chữa trị không hiệu quả, liệt kê mức liều tối đa và thời gian chữa trị cho (các) thuốc đã thử nghiệm, (4) nếu có (các) chống chỉ định, xin liệt kê lý do cụ thể (các) thuốc ưu tiên/(các) thuốc trong danh mục formulary khác bị chống chỉ định]

Bệnh nhân ổn định với (các) loại thuốc hiện tại; nguy cơ cao về kết quả y tế bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc Phải giải thích cụ thể bất kỳ kết quả y tế bất lợi đáng kể nào có thể xảy ra và lý do có thể xảy ra kết quả bất lợi đáng kể - ví dụ bệnh trạng khó điều quản (đã thử dùng nhiều loại thuốc, cần dùng nhiều loại thuốc để điều quản bệnh), bệnh nhân có kết quả bất lợi đáng kể khi bệnh trạng này không được điều quản trước đó (ví dụ, nhập viện hoặc đến khám cấp tính thường xuyên, đau tim, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể về hoạt động chức năng, tin trạng đau và chịu đựng quá mức), v.v...

Nhu cầu y tế về dạng bào chế khác và/hoặc mức liều cao hơn [Nêu rõ bên dưới: (1) (Các) dạng bào chế và/hoặc (các) mức liều đã thử dùng và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc; (2) giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do ít dùng thuốc có hàm lượng cao hơn không phải là một lựa chọn – nếu có nồng độ cao hơn]

Yêu cầu ngoại lệ đối với ngạch thuốc trong danh mục formulary Ghi rõ bên dưới nếu không được lưu ý trong đoạn TIỂU SỬ THUỐC trước đó trên mẫu: (1) (các) thuốc trong danh mục formulary thuốc ưu tiên đã dùng thử và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại thuốc, (3) nếu chữa trị thất bại/không hiệu quả như dùng thuốc yêu cầu, liệt kê mức liều tối đa và thời gian chữa trị cho (các) thuốc đã thử nghiệm, (4) nếu có chống chỉ định, xin liệt kê lý do cụ thể (các) thuốc ưu tiên/(các) thuốc trong danh mục thuốc khác bị chống chỉ định]

Khác (giải thích bên dưới)

Phải có giải thích _____
