



YÊU CẦU XÁC ĐỊNH SỰ ĐÀİ THỌ CỦA MEDICARE CHO THUỐC

Xin sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu chương trình của chúng tôi xác định sự đài thọ. Quý vị cũng có thể yêu cầu xác định sự đài thọ qua điện thoại ở số 1-877-412-2734 (TTY 711) hoặc thông qua trang mạng của chúng tôi tại www.caloptima.org/OneCare. Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị, hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể thực hiện yêu cầu này.

Tham dự viên của Chương trình

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ đường	Thành phố
Tiểu bang	Mã số vùng
Số điện thoại	Số ID Thành viên

Nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là tham dự viên hoặc người kê toa của chương trình:

Tên của người yêu cầu
Mối quan hệ với tham dự viên của chương trình
Địa chỉ đường (bao gồm Thành phố, Tiểu bang và Mã số vùng)
Số điện thoại
☐ Xin nộp giấy tờ cho biết quyền được đại diện cho tham dự viên của quý vị (Mẫu đơn Cho phép Đại diện CMS-1696 hoặc một văn bản tương tự) cùng với mẫu đơn này. Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, xin liên lạc với chương trình của chúng tôi hoặc gọi 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tên của loại thuốc trong yêu cầu này là (ghi thông tin về liều lượng và số lượng nếu có)

Loại Yêu Cầu

☐ Chương trình thuốc của tôi đã tính cho tôi số tiền phụ phí cho một loại thuốc cao hơn mức phải trả

H5433_25IRPD039TV_C

CalOptima Health, A Public Agency

- ☐ Tôi muốn được hoàn tiền cho một loại thuốc được đài thọ mà tôi đã tự chi trả
- ☐ Tôi đang yêu cầu được chấp thuận trước cho một loại thuốc kê toa (yêu cầu này có thể cần thông tin hỗ trợ)

Đối với các loại yêu cầu được liệt kê dưới đây, người kê toa của quý vị **PHẢI cung cấp văn bản ủng hộ cho yêu cầu.** Người kê toa của quý vị có thể hoàn tất trang 3 và 4 của mẫu đơn này, “Thông tin Hỗ trợ cho Yêu cầu Ngoại lệ hoặc Chấp thuận trước.”

- ☐ Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)
- ☐ Trước đây, tôi đã sử dụng một loại thuốc có trong danh sách thuốc được đài thọ của chương trình, nhưng loại thuốc này đã hoặc sẽ bị lấy ra khỏi danh sách trong năm của chương trình (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đang yêu cầu một sự ngoại lệ đối với yêu cầu tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi tôi nhận được một loại thuốc được kê toa (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đang yêu cầu một sự ngoại lệ đối với giới hạn của chương trình về số lượng thuốc (giới hạn về số lượng) mà tôi có thể nhận được để tôi có thể nhận được số lượng thuốc được kê toa (ngoại lệ đối với danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đang yêu cầu một sự ngoại lệ đối với các quy định của chương trình về việc chấp thuận trước mà phải được đáp ứng trước khi tôi nhận được một loại thuốc được kê toa (ngoại lệ đối với danh mục thuốc).
- ☐ Chương trình thuốc của tôi tính mức tiền phụ phí cao hơn cho một loại thuốc được kê toa so với mức tiền phụ phí cho một loại thuốc khác điều trị tình trạng của tôi, và tôi muốn trả khoản tiền phụ phí thấp hơn (ngoại lệ đối với bậc thuốc)
- ☐ Trước đây, tôi đã sử dụng một loại thuốc ở bậc có mức tiền phụ phí thấp hơn, nhưng đã hoặc sẽ được chuyển sang bậc có mức tiền phụ phí cao hơn (ngoại lệ đối với bậc thuốc)

Thông tin bổ sung mà chúng tôi cần xem xét (*xin gửi bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào cùng với mẫu đơn này*):

Quý vị có cần một quyết định khẩn cấp không?

Nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị tin rằng việc chờ đợi trong 72 giờ để nhận một quyết định thông thường có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe, hoặc khả năng phục hồi chức năng ở mức tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu quyết định khẩn cấp (nhANH). 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 của người kê toa cho một yêu cầu khẩn cấp, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần một quyết định nhanh hay không. (Quý vị không thể yêu cầu một quyết định khẩn cấp nếu quý vị đang yêu cầu chúng tôi trả lại tiền cho quý vị cho một loại thuốc mà quý vị đã nhận.)

- ☐ **CÓ, tôi cần một quyết định trong vòng 24 giờ.** Nếu quý vị có văn bản ủng hộ từ người kê toa của mình, xin đính kèm với yêu cầu này.

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

Cách nộp mẫu đơn này

Xin nộp mẫu đơn này và bất kỳ thông tin hỗ trợ nào qua đường bưu điện hoặc fax:

Địa chỉ: Số Fax: 1-858-357-2556
 CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
 505 City Parkway West Orange, CA 92868

**Thông tin Hỗ trợ cho Yêu cầu Ngoại lệ hoặc Chấp thuận trước
 Người kê toa cần hoàn thành phần này**

☐ **YÊU CẦU XEM XÉT KHẨN CẤP:** Khi đánh dấu vào ô này và ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng việc áp dụng khoảng thời gian xem xét thông thường trong 72 giờ có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe hoặc khả năng hồi phục chức năng tối đa của tham dự viên.

Thông tin về Người kê toa

Tên	
Địa chỉ Đường (Bao gồm Thành phố, Tiểu bang và Mã số vùng)	
Điện thoại của văn phòng	
Số fax	
Chữ ký	Ngày

Chẩn đoán và Thông tin Y khoa

Thuốc:	Liều lượng và cách dùng thuốc:	
tần suất:	Ngày bắt đầu dùng thuốc: ☐ LOẠI THUỐC MỚI	
Thời gian điều trị 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 điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu và mã ICD-10 tương ứng (Nếu tình trạng đang được điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu là một triệu chứng như chán ăn, giảm cân, khó thở, tức ngực, buồn nôn, v.v..., xin cung cấp chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng nếu biết)		(Các) Mã ICD-10

Những CHẨN ĐOÁN khác CÓ LIÊN QUAN:	(Các) Mã ICD-10
------------------------------------	-----------------

THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TRƯỚC ĐÂY: (dành cho việc điều trị (các) tình trạng cần dùng 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)	NHỮNG NGÀY Dùng thử Thuốc	KẾT QUẢ của những lần thử thuốc trước đây KHÔNG THÀNH CÔNG so với KHÔNG CHỊU ĐƯỢC (xin giải thích)

Phác đồ dùng thuốc hiện tại của tham dự viên cho (những) tình trạng cần dùng loại thuốc đang được yêu cầu là như thế nào?

AN TOÀN VỀ THUỐC

Có bất kỳ **THÔNG TIN 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? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Có bất kỳ quan ngại nào về **SỰ TƯƠNG TÁC THUỐC** khi thêm loại thuốc được yêu cầu vào phác đồ dùng thuốc hiện tại của tham dự viên không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Nếu câu trả lời cho một trong những câu hỏi 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 cần 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?
☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

THUỐC CÓ CHỨA CHẤT GÂY NGHIỆN OPIOID - (trả lời 4 câu câu hỏi sau đây nếu thuốc được yêu cầu có chứa chất gây nghiện opioid)

Liều Lượng Tương Đương Morphine (Morphine Equivalent Dose, MED) tích lũy hàng ngày là bao nhiêu? mg/ngày

Quý vị có biết về những người kê toa thuốc có chất gây nghiện opioid khác cho tham dự viên này không?

☐ **CÓ** ☐ **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**

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

LÝ DO CHO VIỆC YÊU CẦU

☐ **(Các) loại thuốc thay thế đã thử trước đây, nhưng cho kết quả không có lợi, thí dụ như độc tính, dị ứng, hoặc điều trị không thành công** Nếu không được ghi chú trong phần THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TRƯỚC ĐÂY, xin ghi rõ bên dưới: (1) (Các) loại thuốc đã thử và kết quả của (những lần) thử dùng thuốc (2) nếu kết quả bất lợi, liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi của từng loại, (3) nếu thất bại trong việc điều trị, xin liệt kê liều lượng tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc đã thử

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

☐ **Bệnh nhân sẽ bị các tác dụng phụ nếu ông ấy hoặc bà ấy phải đáp ứng yêu cầu chấp thuận trước.** Cần giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào có thể xảy ra và tại sao kết quả này sẽ xảy ra.

☐ **Bệnh nhân ổn định khi dùng (những) loại thuốc hiện đang dùng; kết quả lâm sàng có nguy cơ cao đáng kể là sẽ không có lợi khi thay đổi thuốc** Cần giải thích cụ thể về bất cứ kết quả lâm sàng không có lợi đáng kể nào được dự đoán sẽ xảy ra 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, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể về tình trạng chức năng, cơn đau nhức và sự đau đớn không đáng có), v.v...

☐ **Nhu cầu y khoa cho dạng liều lượng khác và/hoặc liều lượng cao hơn** Xin xác định sau đây: (1) (Những) dạng liều lượng và/hoặc (những) liều lượng đã thử và kết quả của (những) lần dùng thử thuốc; (2) giải thích lý do y khoa (3) trình bày 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 về ngoại lệ đối với bậc thuốc trong danh sách thuốc** Xin xác định sau đây nếu chưa ghi chú trong phần THUỐC ĐÃ SỬ DỤNG TRƯỚC ĐÂY: (1) thuốc có trong danh sách thuốc hoặc (những) thuốc ưu tiên đã dùng thử và kết quả của (những) lần dùng thử, (2) nếu kết quả không có lợi, xin liệt kê (những) loại thuốc và kết quả không có lợi của từng loại thuốc, (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) loại thuốc đã thử, (4) nếu có (các) chống chỉ định, xin trình bày lý do cụ thể tại sao (những) loại thuốc ưu tiên/(những) loại thuốc khác trong danh mục thuốc lại chống chỉ định

☐ **Khác** (xin giải thích bên dưới)

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh gia nhập CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. CalOptima Health 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 liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/OneCare**.

Đính kèm:

- Phụ trang Thông Báo về Khả Năng Cung Cấp Dịch Vụ và Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử