



**YÊU CẦU XÁC ĐỊNH PHẠM VI BẢO HIỂM THUỐC MEDICARE**

**Sử dụng 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 1-800-788-2949, người dùng TTY nên gọi số 711 hoặc thông qua trang mạng của chúng tôi tại <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination>. Quý vị, bác sĩ hoặc người kê toa hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể đưa ra yêu cầu này.

**Người Ghi Danh Chương Trình**

|            |                   |
|------------|-------------------|
| Tên        | Ngày Sinh         |
| Địa Chỉ    | Thành Phố         |
| Tiểu Bang  | Mã bưu điện (ZIP) |
| Điện Thoại | Số Thẻ Hội Viên   |

**Nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là người ghi danh chương trình hoặc người kê toa:**

|                                             |
|---------------------------------------------|
| Tên người yêu cầu                           |
| Mối quan hệ với người ghi danh chương trình |

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| Tên người yêu cầu                                               |
| Địa chỉ Tên đường (bao gồm Thành phố, Tiểu bang và Mã bưu điện) |
| Điện thoại                                                      |

- ☐ Nộp các giấy tờ kèm theo mẫu này để chứng minh thẩm quyền của quý vị trong việc đại diện cho người ghi danh (Mẫu ủy quyền đại diện CMS-1696 đã hoàn thành hoặc mẫu 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 số 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

**Tên loại thuốc mà yêu cầu này đề cập đến** (bao gồm thông tin về liều lượng và số lượng nếu có)

#### Loại yêu cầu

- ☐ Chương trình thuốc của tôi tính cho tôi khoản đồng thanh toán cao hơn mức đáng lẽ phải trả cho một loại thuốc
- ☐ Tôi muốn được hoàn trả cho một loại thuốc được bảo hiểm mà tôi đã trả tiền túi
- ☐ Tôi đang yêu cầu sự ủy quyền trước đối với một loại thuốc theo toa (yêu cầu này có thể yêu cầu thông tin hỗ trợ)

**Đối với các loại yêu cầu được liệt kê dưới đây, người kê toa của quý vị PHẢI cung cấp một tuyên bố hỗ trợ cho yêu cầu.** Người kê toa của quý vị có thể hoàn thành trang 3 và 4 của mẫu đơn này, “Thông tin hỗ trợ cho Yêu cầu ngoại lệ hoặc Ủy quyền trước”.

- ☐ Tôi cần một loại thuốc không có trong danh mục thuốc được đài thọ của chương trình (ngoại lệ về danh mục thuốc)

- ☐ Tôi đã sử dụng một loại thuốc nằm trong danh mục thuốc được đài thọ của chương trình trước đây nhưng đã hoặc sẽ bị loại khỏi danh sách trong năm của chương trình (ngoại lệ về danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đang yêu cầu một ngoại lệ cho yêu cầu tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi tôi nhận được một loại thuốc theo toa (ngoại lệ về danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đang yêu cầu một ngoại lệ đối với giới hạn của chương trình về số lượng thuốc (giới hạn số lượng) mà tôi có thể nhận được để tôi có thể nhận được số lượng thuốc được kê toa cho tôi (ngoại lệ về danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đang yêu cầu một ngoại lệ đối với các quy tắc ủy quyền trước của chương trình mà phải được đáp ứng trước khi tôi nhận được thuốc theo toa (ngoại lệ về danh mục thuốc).
- ☐ Chương trình thuốc của tôi tính phí đồng thanh toán cao hơn cho một loại thuốc theo toa so với loại thuốc khác điều trị tình trạng bệnh của tôi và tôi muốn trả mức đồng thanh toán thấp hơn (ngoại lệ cấp bậc thuốc)
- ☐ Tôi đã từng sử dụng một loại thuốc có mức đồng thanh toán thấp hơn trước đây nhưng đã hoặc sẽ được chuyển sang mức đồng thanh toán cao hơn (ngoại lệ cấp bậc thuốc)

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

---

---

---

---

### Quý vị có cần quyết định nhanh chóng không?

Nếu quý vị hoặc người kê toa cho rằng việc chờ 72 giờ để nhận được quyết định thông thường có thể gây 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 nhanh chóng. Nếu người kê toa cho biết việc chờ 72 giờ có thể gây hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị không nhận được sự hỗ trợ của người kê toa cho yêu cầu nhanh chóng, 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 chóng nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại tiền cho loại thuốc mà quý vị đã nhận được.)

☐ **CÓ, tôi cần quyết định trong vòng 24 giờ.** Nếu quý vị có giấy xác nhận hỗ trợ từ người kê toa, hãy đính kèm vào yêu cầu này.

|                |              |
|----------------|--------------|
| <b>Chữ ký:</b> | <b>Ngày:</b> |
|----------------|--------------|

## Cách gửi mẫu đơn này

Gửi mẫu này và mọi thông tin hỗ trợ qua thư hoặc fax:

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| Địa chỉ:                    | Số Fax:      |
| IEHP DualChoice (HMO D-SNP) | 858-790-7100 |
| 10181 Scripps Gateway Court |              |
| San Diego, CA 92131         |              |

**Thông tin hỗ trợ cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Ủy Quyền Trước  
Do người kê toa hoàn thành**

☐ **YÊU CẦU XEM XÉT NHANH:** Bằng cách đánh dấu vào ô này và ký tên bên dưới, tôi chứng nhận rằng việc áp dụng khung thời gian xem xét tiêu chuẩn 72 giờ có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của người ghi danh hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của người ghi danh.

### Thông Tin Người Kê Toa

|                                                            |      |
|------------------------------------------------------------|------|
|                                                            |      |
| Tên                                                        |      |
| Địa Chỉ Tên Đường (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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Độ mạnh và đường sử dụng thuốc:                              |           |
| Mức độ thường xuyên sử dụng:                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ngày Bắt Đầu:<br><input type="checkbox"/> <b>BẮT ĐẦU MỚI</b> |           |
| Thời gian điều trị dự kiến:                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Số lượng trong 30 ngày:                                      |           |
| Chiều cao/Cân nặng:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dị ứng thuốc:                                                |           |
| <b>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.</b><br>(Nếu tình trạng được điều trị bằng thuốc được yêu cầu là triệu chứng, ví dụ như chán ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn nôn, v.v., hãy cung cấp chẩn đoán gây ra triệu chứng nếu biết.) |                                                              | Mã ICD-10 |
| <b>CHẨN ĐOÁN CÓ LIÊN QUAN Khác:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              | Mã ICD-10 |

**TIỂU SỬ THUỐC:** (để điều trị tình trạng bệnh lý cần dùng loại thuốc được yêu cầu)

| THUỐC ĐÃ THỬ<br>(nếu giới hạn số lượng là vấn đề, hãy liệt kê liều đơn vị/tổng liều hàng ngày đã thử) | NGÀY Thử nghiệm thuốc | KẾT QUẢ của các thử nghiệm thuốc trước đây<br><b>KHÔNG HIỆU NGHIỆM so với KHÔNG DUNG THỨC (giải thích)</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |                       |                                                                                                            |
|                                                                                                       |                       |                                                                                                            |
|                                                                                                       |                       |                                                                                                            |
|                                                                                                       |                       |                                                                                                            |

|                                                                                                               |                              |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>THUỐC ĐÃ THỬ</b><br>(nếu giới hạn số lượng là vấn đề, hãy liệt kê liều đơn vị/tổng liều hàng ngày đã thử)  | <b>NGÀY Thử nghiệm thuốc</b> | <b>KẾT QUẢ của các thử nghiệm thuốc trước đây</b><br><b>KHÔNG HIỆU NGHIỆM so với KHÔNG DUNG THỨC (giải thích)</b> |
| Chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh đối với tình trạng bệnh cần dùng loại thuốc được yêu cầu là gì? |                              |                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AN TOÀN THUỐC</b>                                                                                                                                                                                                                                     |
| Có bất kỳ <b>CHỐNG CHỈ ĐỊNH NÀO ĐƯỢC FDA LƯU Ý</b> đối với loại thuốc được yêu cầu không?<br><input type="checkbox"/> <b>CÓ</b> <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b>                                                                                    |
| Có bất kỳ lo ngại nào về <b>TƯƠNG TÁC THUỐC</b> khi thêm loại thuốc được yêu cầu vào chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh không? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>CÓ</b>    <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b></span> |
| Nếu câu trả lời cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên là có, vui lòng 1) giải thích vấn đề, 2) thảo luận về lợi ích so với rủi ro tiềm ẩn bất chấp mối lo ngại đã nêu, và 3) kế hoạch theo dõi để bảo đảm an toàn                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>QUẢN LÝ RỦI RO CAO CỦA THUỐC Ở NGƯỜI CAO NIÊN</b>                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nếu người ghi danh trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy lợi ích của việc điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu lớn hơn những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân cao niên này không? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>CÓ</b>    <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b></span> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OPIOID – (trả lời 4 câu hỏi này nếu loại thuốc được yêu cầu là opioid)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Liều lượng tương đương Morphine tích lũy hàng ngày ( <b>MED</b> ) là bao nhiêu? <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"> </span><br><b>mg/ngày</b>                                                                                                                                                                               |
| Quý vị có biết những người kê toa thuốc opioid khác cho người ghi danh này không? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>CÓ</b>    <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b></span><br>Nếu có, vui lòng giải thích.                                                                                                                   |
| Liều lượng MED hàng ngày được nêu có cần thiết về mặt y khoa không? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>CÓ</b>    <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b></span><br>Liều MED hàng ngày thấp hơn có đủ để kiểm soát cơn đau của người ghi danh không?<br><input type="checkbox"/> <b>CÓ</b> <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b> |

## LÝ DO YÊU CẦU

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

☐ **Thuốc thay thế bị chống chỉ định sẽ không hiệu quả hoặc có khả năng gây ra kết quả bất lợi.** Cần có lời giải thích cụ thể về lý do tại sao thuốc thay thế không hiệu quả hoặc dự đoán được kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể và tại sao kết quả này được mong đợi. Nếu chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao thuốc được ưu tiên/thuốc khác trong danh mục thuốc bị chống chỉ định.

☐ **Bệnh nhân sẽ phải chịu những tác dụng phụ nếu bệnh nhân được yêu cầu đáp ứng yêu cầu ủy quyền trước.** Cần có lời giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào được dự đoán và lý do tại sao kết quả này được mong đợi.

☐ **Bệnh nhân ổn định với thuốc hiện tại; nguy cơ cao gặp phải kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc.** Cần có lời giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào được dự đoán và lý do tại sao kết quả này được mong đợi – ví dụ: tình trạng bệnh khó kiểm soát (đã thử nhiều loại thuốc, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng bệnh), bệnh nhân gặp phải kết quả bất lợi đáng kể khi tình trạng bệnh không được kiểm soát trước đó (ví dụ: nhập viện hoặc thường xuyên đến khám cấp cứu, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể về tình trạng chức năng, đau đớn và đau khổ quá mức), v.v.

☐ **Nhu cầu y tế đối với dạng bào chế khác nhau và/hoặc liều lượng cao hơn** [Hãy chỉ rõ bên dưới: (1) Dạng bào chế và/hoặc liều lượng đã thử và kết quả của thử nghiệm thuốc; (2) giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do tại sao việc dùng liều ít thường xuyên hơn với nồng độ cao hơn không phải là một chọn lựa – nếu có nồng độ cao hơn]

☐ **Yêu cầu ngoại lệ về cấp bậc thuốc** Nếu không ghi chú trong phần TIỂU SỬ THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới: (1) thuốc trong danh sách hoặc thuốc được ưu tiên đã thử và kết quả của các thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, hãy liệt kê thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu thất bại về mặt điều trị/không hiệu quả bằng thuốc yêu cầu, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho thuốc đã thử nghiệm, (4) nếu có chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao thuốc được ưu tiên/thuốc khác trong danh sách lại chống chỉ định]

☐ **Khác** (giải thích bên dưới)

---

---

---

---

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào IEHP DualChoice (HMO D-SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.*