

YÊU CẦU XÁC ĐỊNH KHOẢN BAO TRẢ THUỐC THEO TOA MEDICARE

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

Địa Chỉ:
Aetna
Part D Coverage Determinations
Pharmacy Department
4750 S. 44th PI STE 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Số Fax:
1-877-270-0148

Quý vị cũng có thể yêu cầu xác định khoản bao trả bằng điện thoại theo số **1-855-463-0933** hoặc thông qua trang web của chúng tôi tại địa chỉ [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp).

Ai Có Thể Yêu Cầu: Người kê toa của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi xác định khoản bao trả. Nếu quý vị muốn một cá nhân khác (chẳng hạn như một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) yêu cầu thay cho quý vị thì cá nhân đó phải là người đại diện của quý vị. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông Tin của Người Đăng Ký

Họ Tên của Người Đăng Ký		Ngày Sinh
Địa Chỉ của Người Đăng Ký		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
Số Điện Thoại	Số ID Hội Viên của Người Đăng Ký	

CHỈ hoàn thành phần sau nếu người yêu cầu không phải là người đăng ký hoặc người kê toa:

Họ Tên Người Yêu Cầu		
Quan Hệ với Người Yêu Cầu với Người Đăng Ký		
Địa Chỉ		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
Số Điện Thoại		

Giấy tờ về việc đại diện gửi yêu cầu do một người khác với người đăng ký hay người kê toa của người đăng ký thực hiện:

Đính kèm giấy tờ chứng minh quyền đại diện cho người đăng ký (một Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 đã hoàn thành hoặc một văn bản tương đương). Để biết thêm thông tin về việc chỉ định một người đại diện, vui lòng liên lạc với chương trình của quý vị hoặc 1-800-Medicare (TTY: 1-877-486-2048), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.

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

Yêu Cầu Xác Định Loại Bao Trả

- Tôi cần một loại thuốc không nằm trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình (trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc).*
- Tôi đang sử dụng một loại thuốc trước đây có trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình nhưng hiện đang bị loại bỏ hoặc bị loại khỏi danh sách này trong năm chương trình (trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc).*
- Tôi yêu cầu sự cho phép trước đối với loại thuốc mà người kê toa của tôi đã kê.*
- Tôi yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với yêu cầu rằng tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi tôi nhận được loại thuốc mà người kê toa của tôi đã kê (trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc).*
- Tôi yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với giới hạn của chương trình về số lượng thuốc (giới hạn số lượng) mà tôi có thể nhận để tôi có thể nhận được số lượng thuốc mà người kê toa của tôi đã kê (trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc).*
- Chương trình thuốc của tôi tính khoản đồng thanh toán cao hơn cho loại thuốc mà người kê toa của tôi đã kê so với khoản đồng thanh toán cho loại thuốc khác điều trị tình trạng của tôi và tôi muốn thanh toán khoản đồng thanh toán thấp hơn (trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc).*
- Tôi đang sử dụng một loại thuốc trước đây nằm trong bậc đồng thanh toán thấp hơn nhưng hiện đang được chuyển sang hoặc đã được chuyển sang bậc đồng thanh toán cao hơn (trường hợp ngoại lệ về bậc thuốc).*
- Chương trình thuốc của tôi đã tính cho tôi khoản đồng thanh toán cho một loại thuốc cao hơn mức mà chương trình thuốc của tôi đáng ra phải tính.
- Tôi muốn được bồi hoàn cho loại thuốc theo toa được bao trả mà tôi đã tự bỏ tiền túi chi trả.

***LƯU Ý: Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc hoặc bậc thuốc, người kê toa PHẢI cung cấp tuyên bố ủng hộ yêu cầu của quý vị. Các yêu cầu phải được cho phép trước (hoặc bất kỳ yêu cầu quản lý sử dụng nào khác) có thể yêu cầu thông tin hỗ trợ. Người kê toa của quý vị có thể sử dụng “Thông tin hỗ trợ cho Yêu Cầu Về Trường Hợp Ngoại Lệ hoặc Sự Cho Phép Trước” đính kèm để hỗ trợ yêu cầu của quý vị.**

Thông tin bổ sung mà chúng tôi nên xem xét (đính kèm mọi tài liệu hỗ trợ):

Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Được Giải Quyết Nhanh

Nếu quý vị hoặc người kê toa của quý vị cho rằng việc chờ 72 giờ để nhận quyết định tiêu chuẩn có thể gây hại nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị thì quý vị có thể yêu cầu một quyết định được giải quyết nhanh (gấp). Nếu người kê toa của quý vị cho biết rằng việc chờ 72 giờ có thể gây hại nghiêm trọng cho 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 ủng hộ của người kê toa đối với yêu cầu kháng cáo được giải quyết nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần phải quyết định nhanh hay không. Quý vị không được yêu cầu xác định khoản bao trả được giải quyết nhanh nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn lại cho quý vị tiền thuốc quý vị đã nhận.

ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ CHO RẰNG QUÝ VỊ CẦN QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 24 GIỜ (nếu quý vị có tuyên bố ủng hộ của người kê toa, hãy đính kèm tuyên bố đó với yêu cầu này).

Chữ ký:	Ngày:
---------	-------

Thông Tin Hỗ Trợ cho Yêu Cầu về Trường Hợp Ngoại Lệ hoặc Sự Cho

Yêu cầu về DANH MỤC THUỐC và TRƯỜNG HỢP NGOẠI LỆ VỀ BẠC THUỐC không được xử lý mà không có tuyên bố ủng hộ của người kê toa. Yêu cầu về SỰ CHO PHÉP TRƯỚC có thể cần thông tin hỗ trợ.

YÊU CẦU ĐÁNH GIÁ ĐƯỢC GIẢI QUYẾT NHANH: Bằng cách đánh dấu vào ô này và ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng việc áp dụng khung thời gian đánh giá tiêu chuẩn 72 giờ có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của người đăng ký hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của người đăng ký.

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

Thông Tin Chẩn Đoán và Y Tế

Thuốc:	Hàm Lượng và Đường Dùng Thuốc:	Tần Suất:
Ngày Bắt Đầu: <input type="checkbox"/> MỚI BẮT ĐẦU	Thời Gian Điều Trị Dự Kiến:	Số lượng mỗi 30 ngày
Chiều Cao/Cân Nặng:	Dị Ứng Thuốc:	

CHẨN ĐOÁN – Vui lòng 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, ví dụ: chán ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn nôn, v.v., hãy cung cấp chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng nếu biết)

(Các) Mã ICD-10

CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN khác:

(Các) Mã ICD-10

LỊCH SỬ DÙNG THUỐC: (để điều trị cho (các) tình trạng cần loại thuốc đã được yêu cầu)

THUỐC ĐÃ THỬ DÙNG (nếu gặp vấn đề về giới hạn số lượng, hãy liệt kê đơn vị liều/tổng liều hàng ngày đã thử dùng)	NGÀY Thử Nghiệm Thuốc	KẾT QUẢ của các thử nghiệm thuốc trước đó THẤT BẠI so với KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)

Phác đồ dùng thuốc hiện tại của người đăng ký đối với (các) tình trạng cần loại thuốc được yêu cầu là gì?

TÍNH AN TOÀN CỦA THUỐC

Có bất kỳ **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** nào được **FDA LƯU Ý** đối với loại thuốc được yêu cầu **CÓ** **KHÔNG** không?

Có lo ngại gì về **TƯƠNG TÁC THUỐC** khi bổ sung loại thuốc được yêu cầu vào phác đồ dùng thuốc hiện tại của người đăng ký không? **CÓ** **KHÔNG**

Nếu câu trả lời cho một trong các câu hỏi nêu trên là có, vui lòng 1) giải thích vấn đề, 2) thảo luận về lợi ích và rủi ro tiềm ẩn bất chấp mối lo ngại đã nêu và 3) kế hoạch giám sát để đảm bảo an toàn

QUẢN LÝ NGUY CƠ CAO KHI DỪNG THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nếu người đăng ký trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy rằng lợi ích của việc điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu lớn hơn những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân cao tuổi này không? CÓ KHÔNG

NHÓM THUỐC OPIOID – (vui lòng hoàn thành các câu hỏi sau nếu thuốc được yêu cầu là thuốc opioid)

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

Quý vị có biết những người kê toa thuốc opioid khác cho người đăng ký này không? CÓ KHÔNG
Nếu biết, vui lòng giải thích.

Liều MED hàng ngày được nêu trên có cần thiết về mặt y tế không? CÓ KHÔNG

Liều tổng liều MED hàng ngày thấp hơn có đủ để kiểm soát cơn đau của người đăng ký không? CÓ KHÔNG

LÝ DO ĐƯA RA YÊU CẦU

Các) loại thuốc thay thế bị chống chỉ định hoặc đã thử trước đây nhưng có kết quả bất lợi, ví dụ: có độc tính, gây dị ứng hoặc điều trị thất bại [Ghi rõ bên dưới nếu chưa được nêu trong phần LỊCH SỬ DỪNG THUỐC trước đó trên mẫu đơn này: (1) (Các) loại thuốc đã thử dùng và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) thuốc và kết quả bất lợi đối với mỗi loại thuốc, (3) nếu điều trị thất bại, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc đã thử nghiệm, (4) nếu có (các) chống chỉ định, vui lòng liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) thuốc ưu tiên/(các) thuốc khác trong danh mục thuốc bị chống chỉ định]

Tình hình của bệnh nhân ổn định khi dùng (các) loại thuốc hiện tại; nguy cơ cao xảy ra kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc Cần phải có lời giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào được dự đoán trước và lý do tại sao lại có kết quả bất lợi đáng kể đó – ví dụ: tình trạng hiện khó kiểm soát (đã thử nhiều loại thuốc, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng), bệnh nhân đã có kết quả bất lợi đáng kể khi tình trạng này không được kiểm soát trước đó (ví dụ: nhập viện hoặc thăm khám cấp tính thường xuyên, đau tim, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể về tình trạng chức năng, đau đớn và chịu đựng quá mức), v.v.

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

Yêu cầu ngoại lệ về bậc thuốc trong danh mục thuốc Ghi rõ bên dưới nếu không được nêu trong phần LỊCH SỬ DỪNG THUỐC trước đó trên mẫu đơn này: (1) danh mục thuốc hoặc (các) loại thuốc ưu tiên đã thử dùng và kết quả của (các) thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) thuốc và kết quả bất lợi đối với mỗi loại thuốc, (3) nếu điều trị thất bại/không hiệu quả như loại thuốc đã được yêu cầu, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc đã thử nghiệm, (4) nếu có (các) chống chỉ định, vui lòng liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) thuốc ưu tiên/(các) thuốc khác trong danh mục thuốc khác bị chống chỉ định]

Khác (giải thích bên dưới)

Phần Giải Thích Bắt Buộc _____

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C