

< Մուտքագրել նամակի ամսաթիվը >

< Մուտքագրել անդամի անունը >

< Մուտքագրել անդամի հասցեն 1 >

< Մուտքագրել անդամի հասցեն 2 >

< Մուտքագրել անդամի բնակության քաղաքը, նահանգը և փոստային կոդը >

< Լրացուցիչ տեղ՝ նախատեսված պլանի/բուժժառայություն մատուցողի կողմից ըստ ցանկության օգտագործման համար: Այստեղ կարող են մուտքագրվել շտրիխ կոդերը, փաստաթղթերի հղման համարները, շահառուների նույնացուցիչները, գործի համարները կամ փաստաթղթի անվանումը >

Չարգելի < Մուտքագրել անդամի անունը > ,

Շնորհակալություն, որ ինձ հետ խոսեցիք < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը > ձեր առողջության և դեղերի մասին: Որպես մեր խոսակցության շարունակություն՝ ես կցել եմ երկու փաստաթուղթ՝

1. Ձեզ **Առաջարկվող գործողությունների ցանկը**. այստեղ ներկայացված են այն քայլերը, որոնք պետք է կատարեք՝ ձեզ նշանակված դեղերից առավելագույն օգուտը քաղելու համար:
2. Ձեր **Դեղացանկը**. այստեղ նշված է, թե երբ և ինչպես պետք է ընդունեք ձեր դեղերը:

Եթե ցանկանում եք խոսել այս փաստաթղթերի մասին, զանգահարեք < Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի/բաժնի անունը > հետևյալ հեռախոսահամարով՝ < Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի /պլանի կոնտակտային տվյալները, հեռախոսահամարը, աշխատանքային օրերը/ժամերը, TTY հեռախոսակապը և այլն >:

Չուսով եմ, որ ձեր և ձեր բժիշկների հետ համագործակցության արդյունքում մենք ճիշտ լուծում կգտնենք ձեր դեղերի արդյունավետության համար:

Չարգանքով՝

< Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի անունը >
< Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի պաշտոնը >, < Մուտքագրել D բաժնի պլանի/դեղատան անվանումը/կազմակերպության անվանումը >

Համաձայն Paperwork Reduction Act of 1995-ի (1995թ. Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքել տվյալների հավաքման պահանջին, եթե նշված չէ OMB-ի (Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի) վավեր հսկիչ համարը: Սույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-1154: Այստեղ պահանջվող ինֆորմացիան լրացնելու համար անհրաժեշտ է հատկացնել մոտավորապես 40 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, որի մեջ մտնում է հրահանգները կարդալու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքման, հավաքված տվյալները լրացնելու և վերանայելու համար ծախսված ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ՝ ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ, կամ առաջարկություններ՝ այս ձևի բարելավման վերաբերյալ, կարող եք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de

género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人

Y0118_23_597A_AM_C 08292023

H2819_23_597A_AM_C 08292023

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ

Կազմվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >

Ձեր դեղերը կարող են ավելի արդյունավետ լինել, եթե լրացնեք «**Գործողությունների ցանկի**» կետերը:



Ձեզ հետ վերցրեք **Գործողությունների ցանկը** բժշկին այցելելիս: Տեղյակ պահեք ցանկի մասին նաև ձեր ընտանիքի անդամներին կամ ինսամողներին:

Իմ Գործողությունների ցանկը

<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 1-ին թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 2-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 2-րդ թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 2-րդ թեմայի հետ կապված գործողությունը >
<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 3-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 3-րդ թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 3-րդ թեմայի հետ կապված գործողությունը >
<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 4-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 4-րդ թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 4-րդ թեմայի հետ կապված գործողությունը >

Տեղեկատվություն՝ չօգտագործված դեղատոմսային դեղերի անվտանգ
օգտահանման վերաբերյալ < Մուտքագրել անդամի

անունը >, ծննդյան ամսաթիվը՝ <
Մուտքագրել անդամի ծննդյան
ամսաթիվը >

Ինչպես պետք է անվտանգ օգտահանել չօգտագործված դեղատոմսային դեղերը

Կազմվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >

Դեղացանկ

Կազմվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >



Ձեզ հետ վերցրեք Դեղացանկը, երբ այցելում եք բժշկին, հիվանդանոց կամ շտապ օգնության բաժանմունք: Տեղյակ պահեք ցանկի մասին նաև ձեր ընտանիքի անդամներին կամ խնամողներին:



Գրի առեք ձեր դեղերի ընդունման հետ կապված ցանկացած փոփոխություն: Խաչ քաշեք այն դեղերի վրա, որոնք այլևս չեք օգտագործում:

Դեղամիջոց	Ինչպես եմ այն ընդունում	Ինչու եմ այն ընդունում	Նշանակող բժիշկ
< Մուտքագրել ընթացիկ/ակտիվ դեղամիջոցների ջեներիկ և բրենդային տարբերակով անվանումը, դոզան և դեղաձևը >	< Մուտքագրել ընդունման ռեժիմը (օրինակ՝ օրական 1 դեղահատ, բերանային ընդունում), հարակից սարքերի օգտագործումը և անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ հրահանգներ >	< Մուտքագրել ցուցումները կամ նախատեսված բուժական նպատակով օգտագործումը >	< Մուտքագրել նշանակող բժշկի անունը >



Ստորև նշված դատարկ տողերում ավելացրեք նոր դեղամիջոցներ, առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր, դեղաբույսեր, վիտամիններ կամ հանքանյութեր:

Դեղամիջոց	Ինչպես եմ այն ընդունում	Ինչու եմ այն ընդունում	Նշանակող բժիշկ

⚠ Ալերգիաներ.

< Մուտքագրել ալերգիայի վերաբերյալ տեղեկություններ >

 Կողմնակի ազդեցությունները, որոնք ունեցել եմ.

< Մուտքագրել կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկություններ >

 Այլ տեղեկություններ.

< Ըստ ցանկության >



Նշումներ և հարցեր.