

YÊU CẦU QUYẾT ĐỊNH BẢO HIỂM THUỐC THEO TOA MEDICARE

Có thể gửi biểu mẫu này cho chúng tôi bằng thư hoặc fax:

Địa chỉ:
**Blue Shield of California
Pharmacy Services
PO Box 2080
Oakland, CA 94604-9716**

Số Fax:
(888) 697-8122

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi quyết định bảo hiểm qua điện thoại theo số **(800) 535-9481** hoặc thông qua trang web của chúng tôi tại địa chỉ blueshieldca.com/medicare.

Người Có Thể Nộp Yêu Cầu: Bác sĩ kê toa của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi quyết định bảo hiểm. Nếu quý vị muốn một cá nhân khác (chẳng hạn như một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) thực hiện yêu cầu 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 một người đại diện.

Thông Tin của Người Ghi Danh

Tên của Người Ghi Danh		Ngày Sinh
Địa Chỉ của Người Ghi Danh		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Điện Thoại	Số ID Thành Viên của Người Ghi Danh	

CHỈ hoàn thành phần sau nếu người gửi yêu cầu này không phải là người ghi danh hay 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	Mã Zip
Điện Thoại		

Giấy tờ, tài liệu chứng minh thẩm quyền đại diện mà một người nào đó không phải là người ghi danh hay bác sĩ kê toa cho người ghi danh cần có để yêu cầu:

Đính kèm giấy tờ, tài liệu chứng minh thẩm quyền đại diện cho người ghi danh (Biểu Mẫu CMS-1696 Giấy Chỉ Định Người Đại Diện đã điền đầy đủ thông tin hoặc văn bản tương đương). Để biết thêm thông tin về việc chỉ định người đại diện, xin quý vị vui lòng liên lạc với chương trình bảo hiểm của quý vị hoặc gọi số 1-800-Medicare.

Tên thuốc theo toa quý vị đang yêu cầu (nếu biết, hãy ghi rõ độ mạnh và số lượng yêu cầu mỗi tháng):

Loại Yêu Cầu Quyết Định Bảo Hiểm

- Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được bảo hiểm của chương trình (ngoại lệ trong danh mục thuốc).*
- Tôi đã và đang sử dụng một loại thuốc trước đây có trong danh sách thuốc được bảo hiểm của chương trình nhưng hiện đang bị loại bỏ hoặc đã bị loại khỏi danh sách này trong năm chương trình (ngoại lệ trong danh mục thuốc).*
- Tôi yêu cầu cho phép trước đối với loại thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi đã kê toa.*
- Tôi yêu cầu một ngoại lệ đối với yêu cầu rằng tôi phải thử một loại thuốc khác trước khi nhận được loại thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi đã kê toa (ngoại lệ trong danh mục thuốc).*
- Tôi 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 để tôi có thể nhận được số lượng thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi đã kê toa (ngoại lệ trong danh mục thuốc).*
- Chương trình thuốc của tôi tính khoản đồng thanh toán cao hơn cho loại thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi kê toa so với loại thuốc khác điều trị tình trạng của tôi và tôi muốn trả khoản đồng thanh toán thấp hơn (ngoại lệ phân cấp).*
- Tôi đã và đang sử dụng một loại thuốc trước đây được bao gồm trong cấp đồng thanh toán thấp hơn, nhưng sẽ được chuyển sang hoặc đã được chuyển sang cấp đồng thanh toán cao hơn (ngoại lệ phân cấp).*
- Chương trình thuốc của tôi tính cho tôi khoản đồng thanh toán cho một loại thuốc cao hơn mức lẽ ra phải có.
- Tôi muốn được hoàn tiền cho loại thuốc theo toa được bảo hiểm mà tôi đã tự trả.

Y0118_24_465A_VI_C 08092024

H2819_24_465A_VI_C Approved 08202024

A53821MADD-VI_0724

***LƯU Ý:** Nếu quý vị đang yêu cầu một ngoại lệ trong danh mục thuốc hoặc phân cấp, bác sĩ kê toa của quý vị PHẢI đưa ra văn bản xác nhận yêu cầu của quý vị. Các yêu cầu phải có cho phép trước (hoặc bất kỳ yêu cầu quản lý sử dụng nào khác), có thể cần thông tin xác nhận. Bác sĩ kê toa của quý vị có thể sử dụng "Thông Tin Xác Nhận cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước" đính kèm để xác nhận yêu cầu của quý vị.

Thông tin bổ sung chúng tôi nên xem xét (*đính kèm tất cả giấy tờ, tài liệu xác nhận*).

Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Cấp Tốc

Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị nghĩ là nếu quý vị phải chờ 72 giờ cho đúng thủ tục quyết định theo hình thức tiêu chuẩn thì tính mạng, tình trạng sức khỏe của quý vị có thể trầm trọng hơn, hoặc khả năng quý vị đạt lại được chức năng tối đa sẽ nguy hại, quý vị hãy yêu cầu được cấp một quyết định cấp tốc (nhanh). Nếu bác sĩ kê toa của quý vị xác định rằng tình trạng sức khỏe của quý vị có thể bị nguy hiểm trầm trọng nếu phải chờ đến 72 giờ, chúng tôi sẽ tự động ra quyết định cho quý vị trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị nộp yêu cầu cấp tốc mà không có sự xác nhận của bác sĩ kê toa của quý vị, 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 bảo hiểm cấp tốc nếu quý vị yêu cầu chúng tôi trả lại cho quý vị tiền thuốc quý vị đã nhận được.

ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ CẦN CHÚNG TÔI QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 24 GIỜ (nếu quý vị có văn bản xác nhận của bác sĩ kê toa của quý vị, xin đính kèm với yêu cầu này).

Chữ ký:

Ngày:

Thông Tin Xác Nhận cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước

Chúng tôi không thể xử lý các yêu cầu NGOẠI LỆ TRONG DANH MỤC THUỐC và PHÂN CẤP nếu không có văn bản xác nhận của bác sĩ kê toa. Các yêu cầu CHO PHÉP TRƯỚC có thể cần thông tin xác nhận.

YÊU CẦU XEM XÉT CẤP TỐC: Thông qua đánh dấu vào ô này và ký tên bên dưới, tôi xác 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 người ghi danh đạt lại được chức năng tối đa.

Y0118_24_465A_VI_C 08092024

H2819_24_465A_VI_C Approved 08202024

A53821MADD-VI_0724

Thông Tin của Bác Sĩ Kê Toa		
Tên		
Địa Chỉ		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Điện Thoại Văn Phòng	Fax	
Chữ Ký của Bác Sĩ Kê Toa		Ngày

Thông Tin Chẩn Đoán và Y Tế		
Thuốc:	Độ Mạnh và Đường Dùng:	Tần Suất:
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 – Vui lòng liệt kê tất cả các chẩn đoán đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu và mã ICD-10 tương ứng. (Nếu tình trạng đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu là một triệu chứng, ví dụ: chán ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn nôn, v.v., cung cấp chẩn đoán nguyên nhân gây ra (các) triệu chứng nếu biết)		(Các) Mã ICD-10
CÁC CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN khác:		(Các) Mã ICD-10

TIỀN SỬ DỪNG THUỐC: (để điều trị (các) tình trạng cần thuốc được yêu cầu)		
CÁC THUỐC ĐÃ THỬ DỪNG (nếu giới hạn số lượng là vấn đề cần giải quyết, hãy liệt kê đơn vị liều/tổng liều hàng ngày đã thử dùng)	NGÀY Thử Dùng Thuốc	KẾT QUẢ của các lần thử dùng thuốc trước đây KHÔNG THÀNH CÔNG hay KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)

Y0118_24_465A_VI_C 08092024
 H2819_24_465A_VI_C Approved 08202024
 A53821MADD-VI_0724

CÁC THUỐC ĐÃ THỬ DỪNG (nếu giới hạn số lượng là vấn đề cần giải quyết, hãy liệt kê đơn vị liều/tổng liều hàng ngày đã thử dùng)	NGÀY Thử Dùng Thuốc	KẾT QUẢ của các lần thử dùng thuốc trước đây KHÔNG THÀNH CÔNG hay KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)
Phác đồ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh để điều trị (các) tình trạng cần loại thuốc được yêu cầu là gì?		

AN TOÀN THUỐC
Có bất kỳ CHỐNG CHỈ ĐỊNH nào được FDA LƯU Ý đối với loại thuốc được yêu cầu không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Có lo ngại nào về TƯƠNG TÁC THUỐC với việc bổ sung loại thuốc được yêu cầu vào phác đồ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Nếu câu trả lời cho một trong những câu hỏi nêu 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 lưu ý và 3) kế hoạch theo dõi để đảm bảo an toàn
QUẢN LÝ RỦI RO CAO VỀ THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI
Nếu người ghi danh trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy rằng lợi ích của việc điều trị bằng loại thuốc được yêu cầu cao hơn những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân cao tuổi này không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

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

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

Quý vị có biết những bác sĩ kê toa opioid khác cho người ghi danh này không?

CÓ **KHÔNG**

Nếu vậy, vui lòng giải thích.

Liều MED hàng ngày đã nêu có cần thiết về mặt y tế không?

CÓ **KHÔNG**

Tổng liều MED hàng ngày thấp hơn có đủ để kiểm soát cơn đau của người ghi danh không?

CÓ **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: độc tính, dị ứng hoặc điều trị không thành công [Ghi rõ bên dưới nếu chưa được ghi trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC trước đó trên biểu mẫu: (1) (Các) loại thuốc đã thử dùng và kết quả của (các) lần dùng thử thuốc (2) nếu kết quả bất lợi, liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi của từng loại, (3) nếu điều trị không thành công, liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị dùng (các) thuốc thử, (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]

Bệnh nhân ổn định khi dùng (các) loại thuốc hiện tại; có nguy cơ cao về kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc Cần phải có 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 khó kiểm soát (đã thử nhiều loại thuốc, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng), bệnh nhân có kết quả bất lợi đáng kể khi tình trạng này không được kiểm soát trước đó (ví dụ: nhập viện hoặc thăm khám bệnh trạng cấp tính thường xuyên, đau tim, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể về tình trạng chức năng, đau đớn và khó chịu quá mức), v.v.

Nhu cầu y tế về dạng bào chế khác và/hoặc liều lượng cao hơn [Nêu rõ dưới đây: (1) (Các) dạng bào chế và/hoặc (các) liều lượng đã dùng thử và kết quả của (các) lần dùng thử thuốc; (2) giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do tại sao không chọn liều lượng ít thường xuyên hơn với độ mạnh cao hơn - nếu có độ mạnh cao hơn]

Yêu cầu ngoại lệ trong danh mục thuốc hoặc phân cấp [Ghi rõ bên dưới nếu chưa được ghi trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC trước đó trên biểu mẫu: (1) (các) thuốc trong danh mục thuốc hoặc thuốc ưu tiên đã thử dùng và kết quả của (các) lần dùng thử thuốc (2) nếu kết quả bất lợi, liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi của từng loại, (3) nếu điều trị không thành công/không hiệu quả như thuốc được yêu cầu, liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị dùng (các) thuốc thử, (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]

Khác (giải thích bên dưới)

Giải Thích Bắt Buộc _____

<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,

Y0118_24_465A_VI_C 08092024

H2819_24_465A_VI_C Approved 08202024

A53821MADD-VI_0724

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。>