



YÊU CẦU XÁC ĐỊNH PHẠM VI BẢO HIỂM THUỐC THEO 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 **1-855-463-0933 (TTY: 711)** hoặc thông qua trang web của chúng tôi tại <http://aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp>. Quý vị, bác sĩ hay bác sĩ kê toa của quý vị hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị có thể đưa ra yêu cầu này.

Người ghi danh vào chương trình

Tên họ	Ngày sinh
Địa chỉ đường phố	Thành phố
Tiểu bang	MÃ BƯU ĐIỆN
Điện thoại	Số ID của hội viên

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

Tên của người yêu cầu
Mối quan hệ với người ghi danh vào chương trình
Địa chỉ đường phố (bao gồm Thành Phố, Tiểu Bang và mã ZIP)
Điện thoại
☐ Nộp tài liệu 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 đến số 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Tên thuốc được yêu cầu xác định (bao gồm thông tin về liều lượng và số lượng, nếu có)

Loại yêu cầu

☐ Chương trình thuốc của tôi tính phí cho tôi một 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 bao trả mà tôi đã tự trả
- ☐ Tôi đang yêu cầu cho phép trước đối với một loại thuốc được kê toa (yêu cầu này có thể đòi hỏi thông tin chứng minh)

Đối với các loại yêu cầu được liệt kê bên dưới, bác sĩ kê toa của quý vị PHẢI cung cấp một tuyên bố chứng minh cho yêu cầu. Bác sĩ kê toa của quý vị có thể hoàn thành trang 3 và 4 của mẫu này, "Thông Tin Chứng Minh Cho Yêu Cầu Ngoại Lệ Hoặc Cho Phép Trước".

- ☐ Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình (ngoại lệ về danh mục thuốc)
- ☐ Tôi đã sử dụng một loại thuốc nằm trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình trước đây, nhưng đã hoặc sẽ bị loại bỏ trong năm áp dụng chương trình (ngoại lệ về danh mục thuốc)
- ☐ Tôi yêu cầu một ngoại lệ đối với 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 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 số lượng thuốc được kê toa cho tôi (ngoại lệ về danh mục thuốc)
- ☐ Tôi yêu cầu một ngoại lệ đối với các quy tắc cho phép 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 cho một loại thuốc theo toa cao hơn so với khoản phí cho một loại thuốc khác điều trị tình trạng của tôi và tôi muốn trả khoản đồng thanh toán thấp hơn (ngoại lệ theo bậc)
- ☐ Tôi đã sử dụng một loại thuốc ở bậc đồng thanh toán thấp hơn trước đây, nhưng đã hoặc sẽ được chuyển sang bậc đồng thanh toán cao hơn (ngoại lệ theo bậc)

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

Quý vị có cần một quyết định nhanh?

Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cho rằng việc chờ 72 giờ để có quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng lấy lại chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu quyết định cấp tốc (nhanh). Nếu bác sĩ kê toa của quý vị chỉ ra rằng việc chờ đợi 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 ủng hộ của bác sĩ kê toa của quý vị cho yêu cầu cấp tốc, 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 cấp tốc nếu quý vị yêu cầu chúng tôi hoàn trả cho quý vị đối với một loại thuốc quý vị đã nhận.)

- ☐ **CÓ, tôi cần quyết định trong vòng 24 giờ.** Nếu quý vị có tuyên bố ủng hộ của bác sĩ kê toa của quý vị, hãy đính kèm vào yêu cầu này.

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

Cách gửi biểu mẫu này

Gửi mẫu này cùng bất kỳ thông tin chứng minh nào qua thư hoặc fax:

Địa chỉ:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Pharmacy Coverage Determination
4750 S 44th PL STE 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Số Fax:

1-877-270-0148

**Thông tin chứng minh cho yêu cầu ngoại lệ hoặc sự cho phép trước
Phần do bác sĩ kê toa hoàn thành**

☐ **YÊU CẦU XEM XÉT NHANH:** Bằng cách 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 lấy lại chức năng tối đa của người ghi danh.

Thông Tin của Bác Sĩ Kê Toa

Tên họ	
Địa Chỉ Đường Phố (Bao Gồm Thành Phố, Tiểu Bang Và Mã Zip)	
Điện thoại phòng khám	
Fax	
Ngày	Ký

Chẩn Đoán Và Thông Tin Y Tế

Thuốc	Nồng độ và đường dùng:	
tần suất:	Ngày bắt đầu: ☐ KHỞI ĐẦU MỚI	
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 thuốc được yêu cầu và mã ICD-10 tương ứng (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))		(Các) mã ICD-10
CHẨN ĐOÁN CÓ LIÊN QUAN KHÁC:		(Các) mã ICD-10

TIỀN SỬ DÙNG THUỐC: (để điều trị (các) tình trạng cần dùng thuốc theo yêu cầu)

THUỐC ĐÃ THỬ (nếu giới hạn số lượng là một 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 THẤT BẠI vs KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)

THUỐC ĐÃ THỬ (nếu giới hạn số lượng là một 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 THẤT BẠI vs KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)

Phác đồ thuốc hiện tại của người ghi danh cho (các) tình trạng yêu cầu thuốc được yêu cầu là gì?

AN TOÀN KHI DÙNG THUỐC

Có **CHỐNG CHỈ ĐỊNH NÀO** được FDA GHI CHÚ đối với loại thuốc được yêu cầu không?

☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Quý vị có lo ngại về **TƯƠNG TÁC THUỐC** khi thêm thuốc được yêu cầu vào phác đồ thuốc hiện tại của người ghi danh không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Nếu câu trả lời cho một trong hai câu hỏi 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 quan ngại đã nêu và 3) kế hoạch giám sát để đảm bảo an toàn.

KIỂM SOÁT NGUY CƠ 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 thuốc được yêu cầu lớn hơn những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân cao tuổi này không?

☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

OPIOID - (trả lời 4 câu hỏi này nếu thuốc được yêu cầu là opioid)

Liều tương đương Morphine Tích Lũy Hằng Ngày (**MED**) là bao nhiêu?
mg/ngày

Quý vị có biết về các bác sĩ kê toa opioid khác cho người ghi danh này không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**
Nếu có, vui lòng giải thích.

Liều MED hằng ngày đã nêu có cần thiết về mặt y tế không? ☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Tổng liều MED hằng 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 đã thử trước đó, nhưng có kết quả bất lợi, ví dụ như độc tính, dị ứng hoặc thất bại điều trị [Nếu không được ghi chú trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới: (1) (Các) loại thuốc đã thử và kết quả thử nghiệm thuốc (2) nếu có kết quả bất lợi, hãy liệt kê (các) loại thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu điều trị thất bại, liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị cho (các) loại thuốc được thử nghiệm]

☐ (Các) loại thuốc thay thế 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 thuốc thay thế không hiệu quả hoặc dự đoán được

kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể và tại sao kết quả này lại được dự kiến. Nếu chống chỉ định, hãy liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc ưu tiên/(các) loại thuốc khác bị chống chỉ định

☐ **Bệnh nhân sẽ phải chịu tác dụng phụ nếu họ được yêu cầu phải đáp ứng yêu cầu cho phép 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 dự kiến – ví dụ: tình trạng khó kiểm soát (đã thử nhiều loại thuốc, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng), bệnh nhân gặp kết quả bất lợi đáng kể khi tình trạng không được kiểm soát trước đó (ví dụ: nhập viện hoặc thường xuyên đến khám cấp cứu, đau 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 về dạng bào chế khác và/hoặc liều lượng cao hơn** [Nêu 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 liều lượng cao hơn không phải là một lựa chọn – nếu có liều lượng cao hơn]

☐ **Yêu cầu ngoại lệ về bậc thuốc** Nếu không được ghi chú trong phần TIỀN SỬ DÙNG THUỐC, hãy ghi rõ bên dưới: (1) thuốc trong danh mục 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 được 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 mục lại chống chỉ định]

☐ **Khác** (giải thích bên dưới)

Aetna® Medicare FIDE (HMO D-SNP) là Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Đủ Điều Kiện Kép giúp gộp bảo hiểm Medicare và Medicaid vào một chương trình.

©2025 Aetna Inc.

H1610_NR_6237450_2026_VI_C

Notice of Availability

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document.
(English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በዚህ ሰነድ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على هذا المستند.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。(Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf diesem Dokument an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, इस दस्तावेज़ पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero indicato su questo documento. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、本書に記載の番号にお電話ください。
(Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 본 서류에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오.
(Korean)

(Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی این نوشته تماس بگیرید.

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, proszę zadzwonoć numer telefonu w tym dokumencie. (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta neste documento. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, номер которого приведен в этом документе. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en este documento. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Notice of Availability

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اس دستاویز پر درج نمبر پر بات کریں۔

(Dari) برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره این سند تماس بگیرید.

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, ఈ ప్రతంపె ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na dọkụment a. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নথিতে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

(Pashto) د ژبې خدمتونو ته د لاسرسي لپاره پرته له کوم لګښت څخه په دې سند کې شمیرې ته زنگ ووهئ.

H1610_2025_V3