



**សំណើសុំ
ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare**

ទម្រង់បែបបទនេះអាចផ្ញើមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ៖

អាសយដ្ឋាន៖

Optum Rx

Prior Authorization Department

P.O. Box 2975

Mission, KS 66201

លេខទូរសារ៖

1-844-403-1028

អ្នកក៏អាចស្នើសុំយើងនូវការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-844-657-0494 ឬតាមរយៈ
គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ fallonhealth.org/navicare។

អ្នកដែលអាចធ្វើការស្នើសុំបាន៖ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នក
។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ) ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក
បុគ្គលនោះត្រូវតែជាតំណាងរបស់អ្នក។ ទាក់ទងមកយើងដើម្បីឈ្វេងយល់ពីរបៀបជ្រើសរើសតំណាង។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖

ឈ្មោះរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ទូរសព្ទ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួនសមាជិករបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកដែលធ្វើការស្នើសុំនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា៖

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ៖ _____

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកស្នើសុំជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

អាសយដ្ឋាន _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ទូរសព្ទ _____

ឯកសារតំណាងសម្រាប់សំណើដែលធ្វើឡើងដោយនរណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះ៖

ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖

ភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាចក្នុងការតំណាងអ្នកចុះឈ្មោះ (ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតតំណាង CMS-
1696 ដែលបានបំពេញរួច ឬឯកសារសមមូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ)។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការតែងតាំងតំណាង សូមទាក់ទងគម្រោងរបស់អ្នក ឬ 1-800-Medicare, TTY: 1-
877-486-2048, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ឈ្មោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ (ប្រសិនបើដឹង សូមរួមបញ្ចូលកម្លាំង និង បរិមាណដែលបានស្នើសុំក្នុងមួយខែ)៖

ប្រភេទនៃសំណើសុំការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

- ☐ ខ្ញុំត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង (ករណីលើកលែងចំពោះបញ្ជីឱសថ)។*
- ☐ ខ្ញុំបានប្រើប្រាស់ឱសថដែលពីមុនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង ប៉ុន្តែកំពុងត្រូវបានដកចេញ ឬត្រូវបានដកចេញពីបញ្ជីនេះក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង (ករណីលើកលែងចំពោះបញ្ជីឱសថ)។*
- ☐ ខ្ញុំស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជា។*
- ☐ ខ្ញុំស្នើសុំការលើកលែងចំពោះលក្ខខណ្ឌតម្រូវដែលខ្ញុំត្រូវសាកល្បងឱសថផ្សេងទៀតមុនពេលខ្ញុំទទួលបានឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជា (ករណីលើកលែងចំពោះបញ្ជីឱសថ)។*
- ☐ ខ្ញុំស្នើសុំការលើកលែងចំពោះដែនកំណត់របស់គម្រោងលើចំនួនឱសថគ្រាប់ (ដែនកំណត់បរិមាណ) ដែលខ្ញុំអាចទទួលបាន ដើម្បីឱ្យខ្ញុំអាចទទួលបានចំនួនឱសថគ្រាប់ដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជា (ករណីលើកលែងចំពោះបញ្ជីឱសថ)។*
- ☐ គម្រោងឱសថរបស់ខ្ញុំគិតថ្លៃសហទូទាត់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជាខ្ពស់ជាងសហទូទាត់ដែលគម្រោងបានគិតថ្លៃសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតដែលព្យាបាលស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំចង់បង់សហទូទាត់ទាបជាង (ករណីលើកលែងទៅតាមកម្រិត)។*
- ☐ ខ្ញុំបានប្រើប្រាស់ឱសថដែលពីមុនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងកម្រិតសហទូទាត់ទាបជាងប៉ុន្តែកំពុងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅ ឬត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅកម្រិតសហទូទាត់ខ្ពស់ជាង (ករណីលើកលែងទៅតាមកម្រិត)។*
- ☐ គម្រោងឱសថរបស់ខ្ញុំបានគិតថ្លៃខ្ពស់សហទូទាត់សម្រាប់ឱសថខ្ពស់ជាងសហទូទាត់ដែលគម្រោងគួរតែគិតថ្លៃ។
- ☐ ខ្ញុំចង់ទទួលបានសំណងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលខ្ញុំបានទូទាត់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង។

***ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះបញ្ជីឱសថ ឬទៅតាមកម្រិត អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។ សំណើដែលស្ថិតក្រោមការអនុញ្ញាតជាមុន (ឬលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត) អាចត្រូវការព័ត៌មានគាំទ្រ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់ “ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើសុំករណីលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន” ដែលភ្ជាប់មកជាមួយដើម្បីគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានបន្ថែមដែលយើងគួរពិចារណា (ភ្ជាប់រាល់ឯកសារគាំទ្រ)៖

ចំណាំសំខាន់៖ ការពន្លឿនសេចក្តីសម្រេច

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿថាការរង់ចាំ 72 ម៉ោងសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចស្តង់ដារអាចប៉ះពាល់ដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរមារបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចរហ័ស (លឿន)។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្ហាញថាការរង់ចាំ 72 ម៉ោងអាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នក

នូវសេចក្តីសម្រេចដោយ
ស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់សំណើរហ័សទេ យើងនឹងសម្រេចថា តើ
ករណីរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចរហ័សឬអត់។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំការសម្រេចលើការធានា
រ៉ាប់រងរហ័សបានទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

☐ ធីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវការសេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង (ប្រសិនបើអ្នកមាន
សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក
សូមភ្ជាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រនោះទៅនឹងសំណើនេះ)។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើសុំករណីលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន

សំណើសុំករណីលើកលែងចំពោះបញ្ជីឱសថ និងទៅតាមកម្រិតមិនអាចដំណើរការបានទេបើគ្មាន
សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា។
សំណើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវការព័ត៌មានគាំទ្រ។

- ☐ សំណើសុំការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័ស៖ តាមរយៈការធ្វើកម្រិតប្រអប់នេះ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម
ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ការអនុវត្តរយៈពេលពិនិត្យស្តង់ដាររយៈពេល 72 ម៉ោងអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់អាយុជីវិត
ឬសុខភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរមាឡើងវិញ។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា	
ឈ្មោះ: _____	
អាសយដ្ឋាន _____	
ក្រុង _____	រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____
ទូរសព្ទការិយាល័យ _____	ទូរសារ _____
ហត្ថលេខារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____	

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ		
ឱសថ៖	កម្លាំង និងវិធីទទួលទានឱសថ៖	ភាពញឹកញាប់៖
កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម៖ ☐ ការចាប់ផ្តើមថ្មី	រយៈពេលនៃការព្យាបាលដែលរំពឹងទុក៖	បរិមាណក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ៖
កម្ពស់/ទម្ងន់៖	អាឡែស៊ីនិងឱសថ៖	
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ – សូមរាយបញ្ជីរោគវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ដែលកំពុងត្រូវបានព្យាបាលដោយឱសថដែលបានស្នើសុំ និងលេខកូដ ICD-10 ដែលត្រូវគ្នា។ (ប្រសិនបើស្ថានភាពដែលកំពុងត្រូវបានព្យាបាលដោយឱសថដែលបានស្នើសុំគឺជា រោគសញ្ញា ឧទាហរណ៍ ការខ្លាចភាពធាត់ ស្រកទម្ងន់ ដង្ហើមខ្លី ឈឺច្រូង ចង្កេះរលាក សូមផ្តល់រោគវិនិច្ឆ័យដែលបណ្តាលឱ្យមានរោគសញ្ញា ប្រសិនបើដឹង)		លេខកូដ ICD-10
រោគវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត៖		លេខកូដ ICD-10
ប្រវត្តិឱសថ៖ (សម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពដែលត្រូវការឱសថដែលបានស្នើសុំ)		
ឱសថដែលបានសាកល្បង (ប្រសិនបើដេនកំណត់បរិមាណគឺជាបញ្ហា សូមរាយបញ្ជីកម្រិតឱសថជាងកក/កម្រិតឱសថសរុបប្រចាំថ្ងៃដែលបានសាកល្បង)	កាលបរិច្ឆេទនៃការសាកល្បងឱសថ	លទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថពីមុន ការបរាជ័យ ធៀបនឹងភាពពុំអាចប្រើឱសថបាន (ពន្យល់)

តើរបបឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះមានលក្ខណៈដូចម្តេចសម្រាប់ស្ថានភាព ឱសថដែលបានស្នើសុំ? ដែលត្រូវការ		
សុវត្ថិភាពឱសថ		
តើមានការហាមឃាត់ណាមួយដែលបានកត់សម្គាល់ដោយ FDA ចំពោះឱសថដែលបានស្នើសុំទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
តើមានក្តីបារម្ភណាមួយចំពោះអន្តរកម្មឱសថជាមួយនឹងការបន្ថែមឱសថដែលបានស្នើសុំទៅ ក្នុងរបបឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះសំណួរណាមួយដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើគឺបាទ/ចាស សូម 1) ពន្យល់ពីបញ្ហា 2) ពិភាក្សាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ធៀបនឹងហានិភ័យដែលអាចកើតមានទោះបីជាមានក្តីបារម្ភដែលបាន កត់សម្គាល់ក៏ដោយ និង 3) ត្រួតពិនិត្យគម្រោងដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព		
ការគ្រប់គ្រងឱសថមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះមនុស្សចាស់		
តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថដែលបានស្នើសុំ មានសារសំខាន់ជាងហានិភ័យ ដែលអាចកើតមានចំពោះអ្នកជំងឺវ័យចំណាស់នេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ឱសថមានជាតិអាភៀន - (សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោមប្រសិនបើឱសថ ដែលបានស្នើសុំគឺជាឱសថមានជាតិអាភៀន)		
តើកម្រិតឱសថសមមូលមីហ្វិន (MED) ប្រចាំថ្ងៃសរុបមានប៉ុន្មាន? មីលីក្រាម/ថ្ងៃ		
តើអ្នកដឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថមានជាតិអាភៀនផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ប្រសិនបើដឹង សូមពន្យល់។		
តើកម្រិតឱសថ MED ប្រចាំថ្ងៃដែលបានបញ្ជាក់ត្រូវបានកត់សម្គាល់ថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
តើកម្រិតឱសថ MED ប្រចាំថ្ងៃសរុបទាបជាងនេះមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នកចុះឈ្មោះមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ហេតុផលសម្រាប់ការស្នើសុំ		
☐ ឱសថជំនួសដែលត្រូវបានហាមឃាត់ ឬបានសាកល្បងពីមុន ប៉ុន្តែមានលទ្ធផលមិនល្អ ឧទាហរណ៍ ពុល អាឡេស៊ី ឬការបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល [សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម ប្រសិនបើមិនទាន់បាន កត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកប្រវត្តិឱសថពីមុននៅលើទម្រង់បែបបទ៖ (1) ឱសថដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ (2) ប្រសិនបើលទ្ធផលមិនល្អ សូមរាយបញ្ជីឱសថ និងលទ្ធផលមិនល្អ សម្រាប់ឱសថនីមួយៗ (3) ប្រសិនបើបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល សូមរាយបញ្ជីកម្រិតឱសថអតិបរមា និង រយៈពេលនៃការព្យាបាលសម្រាប់ឱសថដែលបានសាកល្បង (4) ប្រសិនបើមានការហាមឃាត់ សូមរាយបញ្ជីហេតុផលជាក់លាក់ថាហេតុអ្វីបានជាឱសថដែលចង់ បាន/ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថផ្សេងទៀតត្រូវបានហាមឃាត់] ☐ អ្នកជំងឺមានស្ថេរភាពនៅពេលប្រើឱសថបច្ចុប្បន្ន ការផ្លាស់ប្តូរឱសថនឹងបង្កឱ្យមាន ហានិភ័យខ្ពស់នៃផលវិបាកផ្នែកព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ។ ត្រូវមាន ការពន្យល់ជាក់លាក់អំពីរាល់ផលវិបាកផ្នែកព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរដែលរំពឹងទុក និង មូលហេតុដែលផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរនឹងត្រូវបានរំពឹងទុក។ ឧទាហរណ៍ ស្ថានភាពនេះពិបាកគ្រប់គ្រង (បានសាកល្បងឱសថជាច្រើន ត្រូវការឱសថច្រើនមុខដើម្បីគ្រប់គ្រងស្ថានភាព) ពីមុន អ្នកជំងឺមាន ផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលដែលស្ថានភាពមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រង (ឧទាហរណ៍ ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការទៅពិនិត្យជំងឺស្រួចស្រាវញឹកញាប់ តាំងបេះដូង		

ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ដួល ដែនកំណត់ស្ថានភាពមុខងារច្រើន ការឈឺចាប់ និងទុក្ខវេទនាហួសហេតុ)។
ល។

- ☐ **តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ទម្រង់កម្រិតឱសថឧសគ្នា និង/ឬកម្រិតឱសថខ្ពស់ជាង**
[សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម៖ (1) ទម្រង់កម្រិតឱសថ និង/ឬកម្រិតឱសថដែលបានសាកល្បង និង
លទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ (2) ពន្យល់ពីហេតុផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (3) រួមបញ្ចូលមូលហេតុដែលការប្រើ
ឱសថកំណត់ជាមុនដែលមានកម្លាំងខ្ពស់ជាងមិនមែនជាជម្រើស - ប្រសិនបើមានកម្លាំងខ្ពស់ជាង]
- ☐ **សំណើសុំករណីលើកលែងទៅតាមកម្រិតឱសថ** [សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោមប្រសិនបើមិនបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែក
ប្រវត្តិឱសថមុននៅលើទម្រង់៖ (1) បញ្ជីឱសថ ឬឱសថចង់បានដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ (2)
ប្រសិនបើលទ្ធផលមិនល្អ សូមរាយបញ្ជីឱសថ និងលទ្ធផលមិនល្អសម្រាប់ឱសថនីមួយៗ (3) ប្រសិនបើការព្យាបាលបរាជ័យ
/មិនមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថដែលបានស្នើសុំ សូមរាយបញ្ជីកម្រិតឱសថអតិបរមា និងរយៈពេលនៃការព្យាបាលសម្រាប់ឱ
សថដែលបានសាកល្បង (4) ប្រសិនបើ ការហាមឃាត់ សូមរាយបញ្ជីហេតុផលជាក់លាក់ថាហេតុអ្វីបានជា
ឱសថដែលពេញចិត្ត/ឱសថដែលបានសាកល្បងផ្សេងទៀតត្រូវបានហាមឃាត់]
- ☐ **ផ្សេងៗ** (ពន្យល់ខាងក្រោម)

ការពន្យល់ដែលមាន៖ _
