< Մուտքագրել նամակի ամսաթիվը >

< Մուտքագրել անդամի անունը >
< Մուտքագրել անդամի հասցեն 1 >
< Մուտքագրել անդամի հասցեն 2 >
< Մուտքագրել անդամի բնակության քաղաքը, նահանգը և փոստային կոդը >

< Additional space for optional plan/provider use, such as barcodes, document reference numbers, beneficiary identifiers, case numbers or title of document >

Հարգելի *< 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 բուժծառայություն մատուցողի/բաժնի անունը >* հետևյալ հեռախոսահամարով՝ *< Մուտքագրել MTM գծով բուժծառայություն մատուցողի /պլանի կոնտակտային տվյալները, հեռախոսահամարը, աշխատանքային օրերը/ժամերը, TTY հեռախոսակապը և այլն >*:

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

Հարգանքով,

< Մուտքագրել MTM գծով բուժծառայություն մատուցողի անունը >
< Մուտքագրել MTM գծով բուժծառայություն 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 Office of Management and Budget-ի (OMB, 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

A55543MADD-AM_0926
Y0118_26_362A_PHA_C 09182026
H2819_26_362A_PHA_C 09182026

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ

Պատրաստվել 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 խնամողներին:

Իմ Գործողությունների ցանկը

Ինչի՞ մասին ենք խոսել.	**Ի՞նչ պետք է անեմ.**
< Ամփոփ ներկայացրեք 1-ին թեմայի շուրջ քննարկումը >	❑ *< Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >* ❑ *< Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >*

Ինչի՞ մասին ենք խոսել.	**Ի՞նչ պետք է անեմ.**
< Ամփոփ ներկայացրեք 2-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը >	❑ *< Մուտքագրեք 2-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >* ❑ *< Մուտքագրեք 2-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >*

Ինչի՞ մասին ենք խոսել.	**Ի՞նչ պետք է անեմ.**
< Ամփոփ ներկայացրեք 3-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը >	❑ *< Մուտքագրեք 3-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >* ❑ *< Մուտքագրեք 3-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >*

Ինչի՞ մասին ենք խոսել.	**Ի՞նչ պետք է անեմ.**
< Ամփոփ ներկայացրեք 4-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը >	❑ *< Մուտքագրեք 4-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >* ❑ *< Մուտքագրեք 4-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >*

Տեղեկատվություն՝ չօգտագործված դեղատոմսային դեղերի անվտանգ օգտահանման վերաբերյալ < *Մուտքագրել անդամի անունը* >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < *Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը* >

Ինչպես պետք է անվտանգ օգտահանել չօգտագործված դեղատոմսային դեղերը

Պատրաստվել է՝ < *Մուտքագրել CMR ամսաթիվը* >

Դեղացանկ

Պատրաստվել 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 դեղը նշանակողի 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.