< 편지 날짜 삽입 >

< 가입자 이름 삽입 >
< 가입자 주소 1 삽입 >
< 가입자 주소 2 삽입 >
< 가입자 시, 주, 우편번호 삽입 >

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

*< 회원 이름 삽입 >*님께

*< CMR 날짜 삽입 >*에 건강과 약품에 대하여 저와 이야기해 주셔서 감사합니다. 대화에 대한 후속 조치로 두 개의 문서를 포함했습니다.

1. 귀하의 **권장하는 할 일 목록**에는 약품을 사용해 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 단계가 나와 있습니다.

2. 귀하의 **약품 목록**은 복용하는 약을 추적하고 복용 방법을 알려주는 데 도움이 됩니다.

이 문서에 대해 이야기하고 싶다면 *< MTM 제공자/부서 이름 입력 >*에 *< MTM 제공업체/플랜, 전화번호, 요일/시간, TTY 등에 대한 연락처 정보 삽입>*번으로 연락해 주십시오.

저는 귀하 및 귀하의 의사와 협력하여 복용하시는 약이 귀하에게 효과가 있도록 하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

감사합니다.

< MTM 제공자 이름 삽입 >
< MTM 제공자 직책 삽입>, *< 파트 D 플랜/약국 이름/조직 이름 삽입 >*

1995년 Paperwork Reduction Act(PRA, 서류감소법)에 따르면 유효한 Office of Management and Budget(OMB, 관리예산국) 관리 번호가 표시되지 않은 정보 수집에 응답할 의무는 누구에게도 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 번호는 0938-1154입니다. 이러한 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 40분으로 추정됩니다. 시간 추정의 정확성에 대한 의견이 있거나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 다음 주소로 편지를 보내주십시오. CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-KO_0926
Y0118_26_362A_PHA_C 09182026
H2819_26_362A_PHA_C 09182026

권장하는 할 일 목록

준비일: *< CMR 날짜 삽입 >*

이 **"할 일 목록"**에 있는 항목을 완료하면 약품으로부터 최상의 결과를 얻을 수 있습니다.



의사에게 진료를 받으러 갈 때 **할 일 목록**을 참조하십시오.
그리고 이 목록을 가족이나 간병인에게 공유하십시오.

내 할 일 목록

우리가 이야기한 내용:	내가 해야 할 일:
< 주제 1에 대한 논의 요약 삽입 >	❑ *< 주제 1에 대한 작업 항목 삽입 >* ❑ *< 주제 1에 대한 작업 항목 삽입 >*

우리가 이야기한 내용:	내가 해야 할 일:
< 주제 2에 대한 논의 요약 삽입 >	❑ *< 주제 2에 대한 작업 항목 삽입 >* ❑ *< 주제 2에 대한 작업 항목 삽입 >*

우리가 이야기한 내용:	내가 해야 할 일:
< 주제 3에 대한 토론 요약 삽입 >	❑ *< 주제 3에 대한 작업 항목 삽입 >* ❑ *< 주제 3에 대한 작업 항목 삽입 >*

우리가 이야기한 내용:	내가 해야 할 일:
< 주제 4에 대한 논의 요약 삽입 >	❑ *< 주제 4에 대한 작업 항목 삽입 >* ❑ *< 주제 4에 대한 작업 항목 삽입 >*

사용하지 않은 처방약을 안전하게 폐기하는 방법

준비일: < *CMR 날짜 삽입* >

약품 목록

준비일: *< CMR 날짜 삽입 >*



의사에게 진료를 받으러 가거나 병원 또는 응급실에 갈 때 약품 목록을 지참하십시오. 그리고 이 목록을 가족이나 간병인에게 공유하십시오.



약을 복용하는 방법에 변화가 있는지 확인하십시오.
더 이상 사용하지 않는 약에는 선을 그어 지워 주십시오.

약품	복용 방법	사용 이유	처방자
< 현재/활성 약품에 대한 일반의약품명 및 브랜드명, 강도 및 복용 형태 삽입 >	*< 적절한 경우 처방(예: 매일 1 정 경구 복용), 관련 장치 사용 및 추가 지침 삽입 >*	*< 표시 또는 의도된 의료 용도 삽입 >*	*< 처방자 이름 삽입 >*



아래의 빈 줄에 새로운 약품, 일반의약품, 한약, 비타민 또는 미네랄을 추가하십시오.

약품	복용 방법	사용 이유	처방자

알레르기:

< 알레르기 정보 입력 >

내가 겪은 부작용:

< 부작용 정보 삽입 >

기타 정보:

<선택 사항>

내 메모 및 질문: