

MEDICARE 處方藥承保裁決申請

此表格可透過郵件或是傳真方式寄送給我們：

地址：

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868**

傳真號碼：1-858-357-2556

您也可以透過免付費電話 **1-877-412-2734** 或是透過我們的網站 **www.caloptima.org/onecare** 要求承保裁決。

誰可以提出要求： 您的處方開立者可以代表您要求我們做出承保裁決。如果您希望由另一位人士（例如家庭成員或朋友）為您提出申請，則該位人士必須是您的代表人。與我們聯絡以瞭解如何指定一名代表人。

入保人資訊

入保人姓名		出生日期
入保人地址		
市	州	郵遞區號
電話	入保人的會員 ID 號碼	

只有在提出此申請的人員並非是入保人或是處方開立者時才需完成下列部分：

申請者姓名		
申請者與入保人的關係		
地址		
市	州	郵遞區號
電話		

由入保人或入保人之處方開立者以外的某位人士提出請求時的代表證明文件：

附上經授權代表入保人的證明文件（已填妥的代表授權表 **CMS-1696** 或是同等書面文件）。如需更多有關任命代表人的資訊，請聯絡您的計劃或是 **1-800-Medicare**。

您所申請的處方藥名稱（如果已知，包括每月要求的藥效和數量）：

承保裁決申請的類型

- 我需要不在計劃的承保藥物清單上面的藥物（處方藥物集例外情況）。*
- 我一直在使用先前已包括在計劃的承保藥物清單上面的藥物，但是此藥在計劃年度期間正在或是已經被移出此清單（處方藥物集例外情況）。*
- 我申請獲得我的處方開立者開立之藥物的事先授權。*
- 我針對在嘗試其他藥物之後再獲得處方開立者開立之藥物的要求，提出例外申請（處方藥物集例外情況）。*
- 我針對計劃對於我可以獲得的藥片數量之限制（數量限制）提出例外申請，以便我可以獲得處方開立者所開立的藥片數量（處方藥物集例外情況）。*
- 我的藥物計劃針對我的處方開立者開立之藥物所收取的共付額費用，高於治療我的疾病的其他藥物的費用，並且我希望支付較低的共付額費用（級別例外情況）。*
- 我一直在使用先前包含在較低共付額級別的藥物，但是該藥物現在或已經移至較高的共付額級別（級別例外情況）。*
- 我的藥物計劃在藥物共付額方面向我收取高於原本應有的金額。
- 我想報銷自費支付的承保處方藥。

***注意：**如果您正在要求處方藥物集或是級別例外情況，您的處方開立者必須提供支持申請的聲明。需要事先授權（或是任何其他使用管理要求）的申請可能需要支援資訊。您的處方開立者可以使用隨附的「例外申請或事先授權的支援資訊」以支援您的申請。

我們應該考慮的其他資訊（附加任何支援文件）：

重要注意事項：加急決定

如果您或您的處方開立者認為，等待 72 小時的標準決定可能會對您的生命、健康或恢復最佳機能的能力造成嚴重損害，則您可以要求進行加急（快速）決定。如果您的處方開立者指出等待 72 小時可能會對您的健康造成嚴重傷害，我們將會自動在 24 小時內做出決定。如果您在加急申請方面沒有獲得處方開立者的支持，我們將會決定您的個案是否需要加急決定。如果您欲要求我們償還您已取得之處方藥的費用，您不得申請加急承保裁決。

若您認為您需要在 24 小時內獲得決定，請勾選本方框（如果您有您的處方開立者提供的支援聲明，請將其隨附至本項申請）。

簽名：	日期：
-----	-----

例外申請或事先授權的支援資訊

無法在沒有處方開立者支援聲明的情況下處理處方藥物集和級別例外情況申請。事先授權申請可能需要支援資訊。

申請加急審查：勾選此方框並在下方簽名，即表示本人證明採用 72 小時標準審查時間範圍，可能會嚴重危及入保人的生命或健康或入保人恢復最佳身體機能的能力。

處方開立者資訊		
姓名		
地址		
市	州	郵遞區號
辦公電話	傳真	
處方開立者簽名		日期

診斷和醫療資訊		
藥物	藥效與給藥途徑	頻率
開始日期 <input type="checkbox"/> 新開始	預期治療時間長度	每 30 天的藥量
身高/體重	藥物過敏症狀	

診斷結果 – 請列出正在使用所申請之藥物進行治療的所有診斷結果以及相應的 ICD-10 代碼。 (如果使用申請的藥物治療例如厭食、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等症狀，請提供導致症狀的診斷結果(如果已知)。)	ICD-10 代碼
其他相關診斷結果：	ICD-10 代碼

藥物歷史 (用於治療需要所申請之藥物的疾病)

試驗的藥物 (如果在數量限制方面有問題，請列出嘗試過的單位劑量/每日總劑量)	藥物試驗日期	先前藥物試驗的結果 失敗與不耐受的對照 (請說明)

對於需要所申請之藥物的疾病，入保人目前的藥物方案為何？

藥物安全性

對申請的藥物是否有任何**美國食品藥物監督管理局 (Food and Drug Administration, FDA)** 註明的禁忌症？ 有 沒有

對將申請的藥物加入入保人目前的藥物治療方案中，是否有任何關於**藥物交互作用**的疑慮？ 有 沒有

如果上述任一問題的答案為是，請：(1)說明問題；(2)討論好處與潛在風險，儘管有明顯的疑慮；以及(3) 監控計劃以確保安全。

年長者藥物的高風險管理

倘若入保人年滿 65 歲，您是否認為該年長患者使用所申請之藥物進行治療的好處超過潛在風險？ 是 否

OPIOIDS (如果申請的藥物是阿片類藥物，請填寫以下問題)

每日累積嗎啡等效劑量(MED)為何？ mg/日

您是否知道該入保人的其他阿片類藥物處方開立者？ 是 否
如果是，請說明。

規定的每日 MED 劑量是否為醫療上所必要？ 是 否

降低每日總 MED 劑量是否會不足以控制入保人的疼痛？ 是 否

申請理由

替代藥物為禁忌藥物或先前試驗過，但是出現不良結果，例如毒性、過敏症狀或是治療失敗 [如果先前尚未在表格的「藥物歷史」一節中註明，請在下面註明：(1)試驗的藥物以及藥物試驗結果 (2) 如果出現不良結果，列出每種藥物以及不良結果 (3) 如果治療失敗，列出試驗藥物的最大劑量以及治療期間長度 (4) 如果為為禁忌藥物，請列出偏好藥物/其他處方藥物集藥物為為禁忌藥物的原因]。

患者使用當前藥物的狀況穩定；更換藥物有帶來顯著不良臨床結果的高風險 需要具體說明任何預期的顯著不良臨床結果以及預期會出現嚴重不良結果的原因 — 例如病情已經難以控制（嘗試過許多藥物，需要多種藥物來控制病情）、患者曾在病情未獲得控制時出現嚴重的不良後果（例如住院治療或頻繁急性就診、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態顯著受限、過度疼痛和痛苦）等。

不同劑型和/或更高劑量的醫療需求 [在下面註明：(1) 試驗劑型和/或劑量以及藥物試驗的結果 (2) 說明醫療理由 (3) 包括為什麼不能選擇藥效較強的較低頻率劑量的原因 — 如果有較高藥效可供選擇]。

申請處方藥物集級別例外情況 如果先前並未在表格的「藥物歷史」一節中註明，請在下面註明：(1) 處方藥物集或是偏好的試驗藥物以及試驗藥物的結果 (2) 如果出現不良結果，列出每種藥物以及不良結果 (3) 如果治療失敗/藥效不如申請的藥物，列出試驗藥物的最大劑量以及治療期間長度 (4) 如果為禁忌藥物，請列出偏好藥物/其他處方藥物集藥物為禁忌藥物的原因]。

其他（在下面說明）。

需要的說明 _____

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部門免費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。請瀏覽我們的網站 **www.caloptima.org/OneCare**。

內附：

- 禁止歧視聲明和可用性通知插頁