



Medicare 藥物承保裁定的申請

使用此表格向我們的計劃申請承保裁定。您也可以透過撥打電話 1-877-412-2734 (TTY 711) 或透過我們的網站 www.caloptima.org/OneCare 申請承保裁定。您、您的醫生或開具處方者或您的授權代表可以提出此要求。

計劃參保人

姓名	出生日期
街道地址	城市
州	郵政編碼
電話	會員 ID 卡號碼:

如果提出此請求的人不是計劃參保人或開具處方者：

申請者姓名
與參保人的關係
街道地址 (包括城市、州和郵遞編碼)
電話
☐ 隨此表格提交文件，以表明您有權代表參保人 (已填妥的授權代表表格 CMS-1696 或同等表格)。有關指定代表人的更多信息，請聯繫我們的計劃或致電 1-800-MEDICARE。(1-800-633-4227)。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

此申請涉及的藥物名稱 (如有，請包括劑量和數量資訊)

--

申請類型

- ☐ 我的藥物計劃向我收取了高過藥物本來要付的共付額
- ☐ 我希望報銷已自行付款的承保藥物的費用

☐ 我在申請一種處方藥的事先核准（此請求可能需要支持的信息）

對於下面列出的申請類型，您的開具處方者必須提供支持該申請的聲明。您的開具處方者可以填寫此表格的第 3 頁和第 4 頁「例外請求或事先核准的支持資訊」。

☐ 我需要的藥物不在計劃承保藥物清單上 (處方藥例外處理)

☐ 我一直在使用一種先前在計劃承保藥物清單上的藥物，但這藥物在計劃年度內已經或將被刪除 (處方藥例外處理)

☐ 我請求豁免有關在獲得處方藥之前嘗試另一種藥物的要求（處方藥例外處理）

☐ 我請求對計劃中關於我可以獲得的藥片數量的限制（數量限制）進行例外處理，以便我可以獲得醫生開給我的藥片數量（處方藥例外處理）

☐ 我請求豁免有關在獲得處方藥之前必須滿足該計劃的事先核准規則的要求（處方藥例外處理）。

☐ 我的藥物計劃對某種處方藥收取的共付額高於對其他治療我病情的藥物收取的共付額，我想支付較低的共付額（等級例外處理）

☐ 我之前使用的藥物在較低的共付額等級，但已經或將會轉移到更高的共付額等級（等級例外處理）

我們應該考慮的其他資訊 (請隨此表格提交任何支持文件)：

您需要一個加急決定嗎？

如果您或您的開具處方者認為等待 72 小時的標準決定可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，您可以要求加急（快速）決定。如果您的開具處方者表示等待 72 小時可能會嚴重損害您的健康，我們將在 24 小時內自動給您一個決定。如果您沒有獲得開具處方者對加急上訴的支持，我們將決定您的案件是否需要快速決定。（如您是要求我們退還您已經收到的藥物費用，那麼您就不能提出加急決定。）

☐ 是的，我需要在 24 小時內得到決定。如果您有開具處方者的支持聲明，請將它附加到此申請中。

簽名：	日期：
-----	-----

如何提交此表格

透過郵寄或傳真提交此表格和任何支持資訊：

地址：

傳真號碼：1-858-357-2556

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
505 City Parkway West Orange, CA 92868

例外處理或事先核准的支持訊息
由開具處方者填寫

☐ 請求加急審查：透過勾選此方塊並在下方簽名，我證明採用 **72 小時標準審查時間** 可能會嚴重危及參保人的生命或健康，或危及參保人恢復最大功能的能力。

開具處方者的信息

姓名	
街道地址（包括城市、州和郵遞編碼）	
辦公室電話	
傳真	
簽名	日期

診斷和醫療訊息

藥物：	劑量和給藥途徑：	
頻率：	開始日期： ☐ 新開始	
預期治療時長：	每 30 天的數量：	
身高/體重：	藥物過敏：	
診斷 - 請列出所有使用申請藥物治療的診斷以及對應的 ICD-10 代碼 (如果使用所申請藥物治療的病症是厭食症、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等症狀，請提供導致這些症狀的診斷（如果已知）)		ICD-10 代碼
其他相關診斷：		ICD-10 代碼

用藥史：（用於治療需要申請藥物的疾病）

試過的藥物 (如果數量限制是一個問題，請列出嘗試的單位劑量/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（解釋）

參保者目前針對所申請藥物的情況所採用的藥物治療方案是什麼？

藥物安全

所申請的藥物有無 **FDA** 註明的禁忌症？ ☐ 是 ☐ 否

將請求的藥物添加到參保者目前的藥物治療方案中時，是否擔心發生藥物相互作用？

☐ 是 ☐ 否

如果以上任一問題的答案為是，請 1) 解釋問題；2) 儘管存在上述擔憂，但仍討論其益處與潛在風險；3) 制定監控計劃以確保安全

老年人的高風險藥物管理

如果參保者年齡超過 65 歲，您是否認為使用所申請的藥物治療對這位老年患者的好處大於潛在風險？

☐ 是 ☐ 否

鴉片類藥物－（如果申請的藥物是鴉片類藥物，請回答這 4 個問題）

每日累積嗎啡當量劑量 (MED) 是多少?? 毫克/天

您是否知道為該參保者開立鴉片類藥物的其他醫生？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請說明。

規定的每日 MED 劑量是否具有醫療必要性？ ☐ 是 ☐ 否

較低的每日 MED 總劑量是否不足以控制受試者的疼痛？ ☐ 是 ☐ 否

請求理由

☐ 以前嘗試過但結果不良的替代藥物，例如毒性、過敏或治療失敗如果藥物史部分未註明，請在下方具體說明：（1）嘗試過的藥物和藥物試驗的結果（2）如果出現不良反應，請列出每種藥物和不良反應，（3）如果治療失敗，請列出所嘗試藥物的最大劑量和治療時間

☐ 替代藥物有禁忌症，效果不佳或可能導致不良後果。需要具體解釋為什麼替代藥物不會那麼有效或預期會出現重大不良臨床結果以及為什麼會出現這種結果。如果有禁忌症，請列出首選藥物/其他處方藥物禁忌的具體原因

☐ 若要求患者滿足事先核准要求，患者將會遭受不利的影響。
需要對任何預期的重大不良臨床結果以及為什麼會出現這種結果做出具體解釋。

☐ 患者目前服用的藥物情況穩定；藥物改變導致嚴重不良臨床結果的風險很高。需要對任何預期的重大不良臨床結果以及為什麼會出現這種結果做出具體解釋 - 例如病情難以控制（嘗試過許多藥物，需要多種藥物來控制病情），患者在病情未得到控制時出現了嚴重的不良後果（例如住院或頻繁的急性就診、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態嚴重受限、過度疼痛和折磨）等。

☐ 因醫療需求而需要不同的劑型和/或更高的劑量 請在下方說明: 1) 試驗的劑型和/或劑量以及藥物試驗的結果；（2）解釋醫學原因（3）說明為何不能選擇較低頻率、較高劑量的藥物（如果有較高劑量的話）

☐ **請求處方藥等級例外處理** 如果「用藥史」部分未註明，請在下方說明: (1) 嘗試過的處方藥或首選藥物以及藥物試驗的結果 (2) 如果出現不良反應，請列出每種藥物及其不良反應，(3) 如果治療失敗/效果不如要求的藥物，請列出所試驗藥物的最大劑量和治療時長，(4) 如果有禁忌症，請列出首選藥物/其他處方藥禁忌的具體原因

☐ **其他** (在下面說明)

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 客戶服務部的免付費電話 **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：

- 可用性通知
- 禁止歧視聲明插頁