

Medicare 處方藥物承保範圍確定請求

可透過郵件或傳真將該表格傳送給我們：

地址：

MedImpact Healthcare Systems, Inc.

收件人：PA Department

10181 Scripps Gateway Ct

San Diego, CA 92131

傳真號碼：

1-858-790-7100

您還可以透過致電 1-888-807-6806 或透過我們的網站 www.villagecaremax.org 請求確定承保範圍。

誰可以提出請求： 您的處方者可代您向我們提出確定承保範圍請求。如果您希望其他人（例如家庭成員或朋友）代您提出請求，該人必須是您的代表。聯絡我們以瞭解如何指定代表。

參保者資料

參保者姓名		出生日期
參保者地址		
城市	州	郵遞區號
電話	參保者的會員 ID 號碼	

僅在提出此請求之人不是參保者或處方者的情況才需填寫以下部分：

請求者姓名		
請求者與參保者的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

適用於參保者或參保者的處方者以外之人提出請求的陳述文件：

附上證明代表參保者之授權的文件（填妥的代表授權表 **CMS-1696** 或同等書面文件）。有關指定代表的更多資訊，請聯絡您的計劃或 **1-800-Medicare**。

您請求的處方藥名稱（如果已知，請包括每月請求劑量和數量）：

承保範圍確定請求類型

- 我需要不在計劃承保藥物清單上的藥物（處方集例外）。*
- 我一直在使用之前包含在計劃承保藥物清單中的藥物，但該藥物現在或已在計劃年度期間被刪除或從此清單中刪除（處方集例外）。*
- 我請求對我的處方者開具的藥物進行事先授權。*
- 我請求對在獲得處方者開具的藥物之前嘗試另一種藥物之要求進行例外處理（處方集例外）。*
- 我請求對計劃對我可以獲得的藥物數量施加的限制（數量限制）進行例外處理，以便我可以獲得處方者開具的藥物數量（處方集例外）。*
- 我的藥物計劃對我的處方者開具的藥物收取的共付款高於用於治療我病情的另一種藥物共付款，並且我想支付較低的共付款（分級例外）。*
- 我一直在使用以前包含在較低共付款層級的藥物，但該藥物現在或已移至較高的共付款層級（分級例外）。*
- 我的藥物計劃向我收取的藥物共付款高於應收的費用。
- 我希望就自費購買的承保處方藥獲得費用報銷。

***注意：如果您請求處方集或分級例外，您的處方者必須提供證明您請求的聲明。需要事先授權的請求（或任何其他利用管理請求）可能需要證明資訊。您的處方者可以使用隨附的「例外請求或事先授權的證明資訊」來證明您的請求。**

我們應該考慮的其他資訊（附上任何證明文件）：

重要提示：加急決定

如果您或您的處方者認為等待 72 小時的標準決定時間可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，您可以請求加急（快速）決定。如果您的處方者表示等待 72 小時可能會嚴重損害您的健康，我們將自動在 24 小時內為您決定。如果您沒有獲得處方者提供的加急請求證明，我們將決定您的案件是否需要快速做出決定。如果您要求我們償還您已收到的藥物費用，則您不能請求加急確定承保範圍。

如果您認為需要在 **24** 小時內作出決定，請勾選此方框（如果您有處方者的證明聲明，請將其隨附於此請求）。

簽名：	日期：
-----	-----

例外請求或事先授權的證明資訊

如果沒有處方者的證明聲明，則我們無法處理處方集和分級例外請求。 事先授權請求可能需要證明資訊。

加急審核請求： 勾選此方框並在下方簽名即表明，本人證明實施 **72** 小時標準審核時間範圍可能會嚴重危害參保者的生命或健康或其恢復最大功能的能力。

處方者資料			
姓名			
地址			
城市	州	郵遞區號	
辦公室電話		傳真	
處方者簽名			日期

診斷和醫療資訊		
藥物：	劑量和給藥途徑：	頻率：
開始日期： <input type="checkbox"/> 新開始	預計治療時間：	每 30 天藥量
身高/體重：	藥物過敏：	
診斷 - 請列出正在使用請求藥物治療的所有診斷以及相對應的 ICD-10 代碼。 （如果使用請求藥物治療的病症是一種症狀，例如厭食、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等，如果已知的話，則請提供導致該症狀的診斷）		ICD-10 代碼
其他相關診斷：		ICD-10 代碼
藥物史：（用於治療需要請求藥物的病症）		

嘗試過的藥物 (如果問題是數量限制，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 失敗或不耐受(說明)

對於需要請求藥物的病症，參保者目前的藥物治療方案是什麼？

藥物安全	
請求藥物是否有任何 FDA 注意禁忌症 ？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否擔心將所需藥物新增至參保者目前的藥物治療方案會發生 藥物相互作用 ？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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（儘管存在上述問題），以及 3) 確保安全的監控計劃	
老年人藥物使用高風險管理	
如果參保者年齡超過 65 歲，您是否認為這位老年患者使用請求藥物治療的益處大於潛在風險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
鴉片類藥物 - （如果請求的藥物是鴉片類藥物，請填寫以下問題）	
每日累計嗎啡當量劑量 (MED) 是多少？	<input type="text"/> 毫克/天
您是否知悉該參保者有沒有其他鴉片類藥物處方者？ 如果是，請說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
規定的每日 MED 劑量是否具醫療必要性？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
較低的每日 MED 總劑量是否不足以控制參保者的疼痛？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
請求理由	

禁忌或以前嘗試過但有不良後果之藥物的替代藥物，例如毒性、過敏或治療失敗 [如果表格前面的「藥物歷史」部分中尚未註明，請在下方註明：(1) 嘗試的藥物和藥物試驗的結果，(2) 如果為不良後果，則請列出每種藥物和不良後果，(3) 如果為治療失敗，則請列出試用藥物的最大劑量和治療時間，(4) 如果為禁忌症，請列出首選藥物/其他處方集藥物禁忌的具體原因]

患者對目前藥物的治療效果穩定；藥物改變有導致顯著不良臨床後果的高風險 請具體說明任何預期顯著不良臨床後果以及為什麼預期會出現顯著不良後果 - 例如，病症難以控制（嘗試了多種藥物，需要多種藥物來控制病症）；當先前病症未得到控制時，患者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、功能狀態的顯著限制、過度的疼痛和痛苦）等

對不同劑型和/或更高劑量有醫療需求[請註明：(1) 嘗試的劑型和/或劑量以及藥物試驗的後果；(2) 說明醫學原因(3) 包括為什麼不能選擇以較低頻率給用較高劑量的藥物（如果存在較高劑量）]

處方集分級例外請求 如果表格前面的「藥物歷史」部分中未註明，請在下方註明：(1) 已嘗試的處方集或首選藥物以及藥物試驗結果(2) 如果出現不良後果，請列出每種藥物和不良後果，(3) 如果治療失敗/不如請求藥物有效，則請列出試驗藥物的最大劑量和療程，(4) 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]

其他（請在下方說明）

說明為必填_____
