

Medicare 聯邦醫療保險 處方藥承保範圍 裁決請求



該表格可以透過郵件或傳真發送給我們：

地址： CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

傳真號碼：1-855-633-7673

您也可以透過電話 1-866-490-2102，TTY：711 要求我們作出承保範圍裁決，
服務時間為每週 7 天，每天 24 小時，或透過我們的網站 www.elderplan.org 要求。

誰可以提出申請：您的處方醫生可代您要求我們作出承保範圍裁決。若您想要其他人士（例如：家人或朋友）代您提出申請，則該人士必須是您的代表。請聯絡我們以瞭解如何指定代表。

參保者資訊

參保者姓名 _____ 出生日期 _____

參保者地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

電話號碼 _____ 參保者 ID 號碼 _____

僅在提出本申請的人士並非參保者或處方醫生時填寫以下部分：

申請者姓名 _____

申請者與參保者的關係 _____

申請者地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

電話號碼 _____

由非參保者或參保者處方醫生之他人提出申請的代表文件：

請附上文件表明代表該參保者之權利（已填妥的代表授權書 CMS-1696 或其他等效書面文件）。如需瞭解指定代表的更多資訊，請聯絡您的計劃或 1-800-Medicare，TTY：1-877-486-2048，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

您申請的處方藥名稱（如知曉，請註明每月所需的劑型規格和數量）：

承保範圍裁決請求類型

- ☐ 本人需要一種未列於計劃承保藥物清單之藥物（處方藥一覽表例外）。*
- ☐ 本人一直使用一種以往曾包含於計劃承保藥物清單之藥物，但該藥物將於或已於本年度內從該清單中移除（處方藥一覽表例外）。*
- ☐ 本人為本人之處方醫生已經開具處方之藥物申請事先授權。*
- ☐ 本人申請對有關本人於獲得本人處方醫生開具處方之藥物之前可嘗試其他藥物之要求執行例外處理（處方藥一覽表例外）。*
- ☐ 本人申請對計劃中有關本人可獲得藥片數量之限制（數量限制）執行例外處理，以便本人獲得本人之處方醫生已開具處方之藥片數量（處方藥一覽表例外）。*
- ☐ 本人之藥物計劃對本人之處方醫生已開具處方之藥物收取的共付額高於另一種同樣可治療本人病情之藥物，本人希望支付較低的共付額（等級例外）。*
- ☐ 本人一直使用某種藥物，該藥物之前曾屬於較低共付額等級，但現在或之前已被移至較高共付額等級（等級例外）。*
- ☐ 本人之藥物計劃為某種藥物向本人收取之共付額高於應收水平。

*注意：如果您申請處方藥一覽表例外或等級例外，您的處方醫生必須提供支援您請求的聲明。需要事先授權（或符合任何其他使用管理要求）的申請可能需要支援資訊。您的處方醫生可使用隨附的「例外請求或事先授權之支援資訊」支援您的請求。

我們應考慮的其他資訊（附上任何證明文件）：

重要須知：加急決定

若您或您的處方醫生認為等待 72 小時的標準裁決可能嚴重危害您的生命、健康或使您的身體機能難以恢復至最佳狀態，您可要求加急（快速）決定。若您的處方醫生指出等待 72 小時的時間可能嚴重危害您的健康，我們將自動在 24 小時內為您作出決定。如果您未就加快申請獲得您的處方醫生的支援，我們將決定您的個案是否要求快速決定。若您正在要求我們償付您已收到的藥物，則您不能申請加急承保範圍決定。

- ☐ 如果您認為您需要於 24 小時內獲得決定，請勾選本方塊（如果您擁有您的處方醫生提供的支援說明，請將其附在此請求中）。

上訴申請者（參保者或代表）簽名：

_____ 日期 _____

例外請求或事先授權的支援資訊

沒有處方醫生的支援聲明，概不受理處方藥一覽表及等級例外請求。事先授權請求可能需要支援資訊。

☐ 申請加急審查：本人透過勾選此方框，證明採用 72 小時標準審核時間框架可能會嚴重損害參保者的生命或健康，或參保者恢復最大機能之能力。

處方醫生資訊

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

辦公電話 _____ 傳真 _____

辦公室處方醫生簽名 _____ 日期 _____

診斷與醫療資訊

藥物：	給藥強度及途徑：	頻率：
開始日期： ☐ 新開立處方	預期治療時長：	每 30 天用量：
身高/體重：	藥物過敏：	
診斷 - 請列出所有正在使用申請的藥物治療的診斷及對應的 ICD-10 代碼。 (如果使用申請的藥物治療的疾病是某種症狀，例如食慾不振、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等，請提供已知的症狀成因診斷)		ICD-10 代碼
其他相關診斷：		ICD-10 代碼

藥物史 (用於治療需要申請的藥物的疾病)

試用藥物 (若數量限制構成問題,請列出 嘗試過的單位劑量/每日總劑量)	試用藥物日期	既往藥物試驗結果:失敗與不 耐症(請解釋)

對於需要申請的藥物治療的疾病,參保者目前的藥物治療方案是什麼?

藥物安全

申請的藥物是否有任何**美國食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA)**
記錄的禁忌症?

☐ 是

☐ 否

將申請的藥物加入參保者現行用藥方案時,是否有對**藥物相互影響**的任何疑慮?

☐ 是

☐ 否

如果上述任一問題的答案為「是」,請 1) 說明問題,2) 儘管存在上述疑慮,仍需探討其益處與潛在風險之
間的權衡,並 3) 監測計劃以確保安全:

長者用藥高風險管理

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

☐ 是

☐ 否

鴉片類藥物 (若申請的藥物是鴉片類藥物,請完成以下問題)

每日累積嗎啡當量劑量 (MED) 是多少?

mg/天

您是否知悉該參保者尚有其他開立鴉片類藥物處方的醫生?

☐ 是

☐ 否

如果是這樣,請說明:

所列每日 MED 劑量是否具有醫療必要性?

☐ 是

☐ 否

降低每日 MED 劑量是否不足以控制參保者的疼痛?

☐ 是

☐ 否

請求的原因

- ☐ **其他藥物存在禁忌或此前嘗試過但產生不良結果，例如毒性、過敏或治療失敗** [若未在本表格前面的「藥物史」部分註明，請在下方註明：(1) 試用藥物及藥物試驗結果；(2) 若發生不良反應，請列出藥物名稱及各藥物對應的不良反應；(3) 若治療失敗，請列出試驗藥物的最大劑量及療程；(4) 若有禁忌症，請列出禁用首選藥物/其他處方藥一覽表藥物的具體原因]
- ☐ **患者目前用藥穩定；更換藥物可能導致嚴重的不良臨床後果，風險較高。** 需具體說明任何預期顯著不良臨床結果及預期顯著不良臨床結果的原因，例如疾病難以控制（嘗試多種藥物，需多種藥物控制）、患者在未受控時有顯著不良結果（例如住院或頻繁急性就診，心臟病發作、中風、跌倒、功能嚴重受限、過度疼痛與折磨）等。
- ☐ **對不同劑型和/或更高劑量的醫療需求** [詳述如下：(1) 試用的劑型和/或劑量以及藥物試驗的結果；(2) 說明醫療原因；(3) 包含說明為何無法採用較高強度但較低頻率的給藥方式 – 若存在較高強度]
- ☐ **處方藥一覽表層級例外申請** [若未在本表格前面的「藥物史」部分註明，請在下方註明：(1) 處方藥一覽表或首選藥物試用情況及藥物試驗結果；(2) 若發生不良反應，請列出藥物名稱及各藥物對應的不良反應；(3) 若治療失敗/療效不如所申請的藥物，請列出試驗藥物的最大劑量及療程；(4) 若有禁忌症，請列出禁用首選藥物/其他處方藥一覽表藥物的具體原因]
- ☐ **其他** (說明如下)

必要說明： _____

Elderplan (長老計劃) 是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否參保 Elderplan (長老計劃) 視合約續簽情況而定。處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能隨時變更。必要時您會收到通知。這不是我們計劃承保的藥物的完整清單。如需完整清單或有其他問題，請聯絡 Elderplan (長老計劃) 會員服務部，電話：1-800-353-3765，TTY/TDD 使用者應撥打 711，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天，或瀏覽 www.elderplan.org