

請求確定 Medicare 處方藥物承保範圍

這份表格可以透過郵寄或傳真發送給我們：

地址：

CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy PA Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

傳真號碼：

503-416-8109

您也可以透過電話要求我們針對承保範圍做決定，電話號碼是 503-416-4279，或也可撥打免費電話 888-712- 3258，或透過我們網站（網址是 careoregonadvantage.org）這麼做。

誰可提出請求：開處方者可以代您要求我們針對您的承保範圍做決定。如果您希望其他人（如一名家庭成員或朋友）為您提出請求，則此人必須是您的代表。請聯絡我們來瞭解如何任命一位代表。

會員資訊

會員姓名		出生日期
會員地址		
城市	州	郵遞區號
電話	會員 ID 號	

除非提出請求者不是會員或開處方者，否則不用填寫以下這部分：

申請者姓名		
申請者和會員之間的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

由不是會員或為會員開處方者以外的其他人提出請求的代表證明：

請附上顯示有權代表會員的文件證明（完整填寫的 Authorization of Representation Form（CMS-1696 授權代表表）或其他有同等效力的書面文件）。欲瞭解更多關於如何指定一位代表的資訊，請聯絡您的計劃或 1-800-Medicare。

您請求承保的處方藥名稱（如果知道的話，請告知每月要求承保的劑量和數量）：

請求承保範圍決定的類型

- 我需要一種不在該計劃承保藥物清單上的藥物（針對藥物名冊的例外處理）。*
- 我一直在用一種以前被列入該計劃承保藥物清單上的藥物，但即將被或在這個計劃年度內已被從清單中刪除（針對藥物名冊的例外處理）。*
- 我請求預先批准一種開處方者已給我開的藥。*
- 我請求豁免在獲得開處方者開的藥前先嘗試另一種藥物的要求（針對藥物名冊的例外處理）。*
- 我請求豁免該計劃對我可拿到的藥片數量的限制（數量限制），以便讓我可以獲得開處方者開的藥片數量（針對藥物名冊的例外處理）。*
- 我的藥物計劃對開處方者開的藥物收取的自付額比治療我病情的另一種藥物的自付額高，並且我想支付較低自付額（針對層級的例外處理）。*
- 我一直在用一種以前放在較低自付額類別中的藥物，但現在即將或已移至較高自付額類別（針對層級的例外處理）。*
- 我的藥物計劃向我收取的藥物自付額高於應有的費用。
- 我希望為自費購買的承保處方藥獲得報銷。

*註：如果您要求的是針對藥物名冊的例外處理或針對層級的例外處理，開處方者必須提供聲明支援您的請求。需要預先批准（或任何其他使用管理要求）的請求可能需要佐證資訊。開處方者可用隨附的“Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization”（「請求做例外處理或獲得預先批准的佐證資訊」）表來支援您的請求。

我們應考慮的其他資訊（請附上所有佐證文件）：

重要提醒：加急處理的決定

如果您或開處方者認為，為獲得標準決定等待 72 小時可能會對您的生命、健康或恢復最大功能的能力造成嚴重傷害，您可以要求做加急（快速）決定。如果開處方者說等待 72 小時可能會嚴重損害您的健康，我們將自動在 24 小時內給您決定。如果開處方者沒有支持您加急申請，我們將決定您這個案例是否需要快速決定。如果您要求我們為您已收到的處方藥退錢，則不能請求進行加急承保範圍決定。

如果您認為您需要在 24 小時內有決定，請勾選這個方框（如果您有開處方者的支持聲明，請將聲明附在請求中）。

簽名：	日期：
-----	-----

請求做例外處理或預先批准的佐證資訊

如果沒有開處方者的支持聲明，則我們將無法受理針對藥物名冊的例外處理和針對層級的例外處理的請求。請求預先批准可能需要佐證資訊。

請求加急審理：我勾選這個方框並在下面簽名即是證明如使用 72 小時標準審核時間可能會對會員的生命或健康或恢復最大功能的能力造成嚴重傷害。

開處方者的資訊		
姓名		
地址		
城市	州	郵遞區號
辦公室電話	傳真	
開處方者的簽名		日期

診斷及醫療資訊		
藥物：	服用劑量強度及方式：	頻率：
開始服用的日期： <input type="checkbox"/> 新開始服用	預期治療時間長度：	每 30 天的服用數量
身高/體重	藥物過敏：	
診斷 - 請列出在用所請求的藥物治療的所有診斷及相應的 ICD-10 代碼。 (如果使用所需藥物治療的病情是一種症狀，例如厭食、體重減輕、呼吸短促、胸痛、噁心等，請提供導致這些症狀的診斷(如果已知病因))		ICD-10 代碼
其他相關診斷：		ICD-10 代碼
用藥史 (用於治療病情所需的藥物)		

試過的藥物 (如果數量限制是個問題，請列出已嘗試過的單位劑量/每日總劑量)	藥物試驗日期	既往藥物試驗的結果 用藥失敗與藥物不耐受 (請說明)
對於需要所請求藥物的一個或多個病症，會員目前的藥物治療方案是什麼？		

用藥安全	
所請求的藥物是否有任何 FDA 標明的禁忌症？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如將所請求的藥物加到會員目前的藥物治療方案中，是否會有任何藥物交互作用的問題？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果對上述任一問題的答案是「是」，請：1) 說明相關問題，2) 討論儘管有註明問題，還有哪些益處與潛在風險，以及 3) 為確保安全的監控計劃	
年長者藥物的高風險管理	
如果會員超過 65 歲，您是否認為用所要求的藥物進行治療的好處超過對這位年長患者的潛在風險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
阿片類藥物 - (如果所要求的藥物是一種阿片類藥物，請填寫下列問題)	
每日累積嗎啡等效劑量 (MED) 是？	<input style="width: 80px;" type="text"/> 毫克/天
您是否知道這位會員還有其他為其開阿片類藥物處方者？ 如果有，請說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
所述每日嗎啡等效劑量在醫學上是否必要？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
較低的每日嗎啡等效劑量總劑量是否不足以控制會員的疼痛？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
提出申請的理由	

有禁忌症或以前嘗試過但有不良後果（例如，毒性、過敏或治療失敗）的替代藥物 [如果未在表格中剛才的用藥史部分中註明，請在下面說明：(1) 嘗試過的藥物和藥物試驗的結果 (2) 如果有不良反應，請列出每種使用的藥物和不良反應，(3) 如果治療失敗，請列出所嘗試的藥物的最高劑量和治療時長，(4) 如果有禁忌症，請列出首選藥物/其他藥物名冊中的藥物會有禁忌症的具體原因]

患者使用當前藥物病情穩定；如果換藥有導致重大不良臨床反應的高風險 需要具體說明任何預期的重大不良臨床反應以及預期會出現重大不良反應的原因。例如，病情一直難以控制（試過多種藥物、需要多種藥物來控制病情），之前病情未得到控制時，患者有顯著的不良反應（例如，住院或頻繁因急性病就診、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。

有需要不同劑型及/或更高劑量的醫療需求 [請在下面具體說明：(1) 嘗試過的劑量形式及/或劑量和藥物試驗的結果：(2) 說明醫學原因 (3) 告知為何不可用更高劑量但減少用藥次數（如果有更高劑量的話）]

針對藥物名冊的例外處理請求 如果未在表格中剛才的用藥史部分中註明，請在下面具體說明：(1) 嘗試過的藥物名冊中的藥物或首選藥物，以及藥物試驗的結果 (2) 如果有不良反應，請列出每種使用的藥物和不良反應，(3) 如果治療失敗/效果不如所請求承保的藥物，請列出所嘗試的藥物的最高劑量和治療時長，(4) 如果有禁忌症，請列出首選藥物/其他藥物名冊中的藥物會有禁忌症的具體原因]

其他（請在下面解釋說明）

需要的說明 _____
