

MEDICARE 聯邦醫療保險處方藥承保範圍裁決請求

您可以透過郵件或傳真將表格發送給我們：

地址：

CVS/Caremark

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 866-490-2102 或 TTY 711 或我們的網站 www.elderplan.org 要求我們作出承保範圍裁決。

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 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____ 參保者的會員 ID 號 _____

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：

申請人姓名 _____

申請人與參保者的關係 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

電話 _____

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**。

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師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師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師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師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。
- ☐ 本人希望就本人自付費用的承保處方藥獲得補償。

***注：**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）裁決。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 小時內為您作出裁決。若您並未就加急請求獲得您處方醫生的支援，我們將決定您的個案是否需要快速裁決。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裁決。

- ☐ 若您認為需要在 **24 小時內**作出決定，請勾選此方框
（如果您有處方醫生的支援聲明，請將其附加到此申請中）。

要求作出承保範圍裁決的人士（參保者或參保者的處方醫生或代表）的簽名：

_____ 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 _____ 郵遞區號 _____

辦公電話 _____ 傳真 _____

處方醫生簽名 _____ 日期 _____

診斷及醫療資訊

藥物：	給藥強度及途徑：	頻率：
新處方或開始治療的日期：	預期治療時長：	數量：
身高/體重：	藥物過敏：	診斷：

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 [詳述如下：(1) 忌用或曾嘗試使用的藥物；(2) 每種藥物的不良後果；(3) 如果治療失敗，每種藥物的治療時長]
- ☐ 患者對當前藥物穩定；如果變更改用藥，具有較高發生嚴重不良臨床後果的風險 [詳述如下：預期的嚴重不良臨床結果]
- ☐ 對不同劑型及/或更高劑量的醫療需求 [詳述如下：(1) 曾試用過的劑型及/或劑量；(2) 說明醫療理由]
- ☐ 申請處方藥一覽表等級例外處理 [詳述如下：(1) 忌用或曾嘗試使用但無效的處方藥一覽表或首選藥物，或曾嘗試使用、但療效不如所請求的藥物的處方藥一覽表或首選藥物；(2) 如果治療失敗，每種藥物的治療時長及不良後果；(3) 如果療效不佳，每種藥物的治療時長及結果]
- ☐ 其他（說明如下）

必要說明： _____

本表上的資訊是受保護的健康資訊，並受 **HIPAA** 下所有隱私和安全法規的約束。