



MEDICARE 處方藥承保裁決要求

您可以郵寄或傳真本表格給我們：

地址：
IEHP DualChoice
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

傳真號碼：
(909) 890-5877

您也可以致電向我們提出承保裁決要求，電話 1-877-273-IEHP (4347) (聽語障專線 1-800-718-4347)，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST)) 或透過我們的網站提出要求，網址 www.iehp.org

誰可以提出要求：您的開立處方者可以代表您向我們提出承保裁決要求。如果您想請其他人 (例如家人或朋友) 代您提出要求，該人士必須是您的代表。請與我們聯絡，瞭解如何指定代表。

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	會員卡號碼	

若提出本要求的人不是會員或開立處方者本人，才需要填寫以下部分：

提出要求者姓名		
提出要求者和會員的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

由會員或其開立處方者以外人士所提出要求的代表委任文件：

請附上證明文件，證實該人士有權代表會員 (填妥的代表授權書 **CMS-1696** 或具同等效力的書面文件)。如需更多關於委任代表的資訊，請聯絡您的計畫或 **1-800-Medicare**

您所要求的處方藥名稱 (若已知劑量和每個月所要求的數量，請一併列出)：

承保裁決要求類型

- 我需要的藥物未列於計畫承保藥物清單 (處方一覽表例外處理)。^{*}
- 我一直有在使用先前列於計畫承保藥物清單的藥物，但該藥物在計畫年度期間正要或已經從該清單移除 (處方一覽表例外處理)。^{*}
- 我要求為開立處方者所開立的處方藥物取得事先授權。^{*}
- 計畫規定我必須先試另一種藥物才能取得開立處方者所開立的處方藥物，我要求對此規定進行例外處理 (處方一覽表例外處理)。^{*}
- 我要求對計畫限制我能取得的藥量 (數量限制) 進行例外處理，這樣我才能取得開立處方者所開立處方的藥量 (處方一覽表例外處理)。^{*}
- 我的藥物計畫針對開立處方者所開立的處方藥物收取的共付額高於另一種可治療我的病況的藥物，而我希望支付較低的共付額 (層級例外處理)。^{*}
- 我一直有在使用先前列於較低共付額層級的藥物，但該藥物正要或已經移到較高共付額層級 (層級例外處理)。^{*}
- 我的藥物計畫針對應該承保的藥物向我收取較高的共付額。
- 我希望針對我自費支付的承保處方藥取得補償。

***備註：**如果您要求進行處方一覽表或層級例外處理，您的開立處方者必須為您的要求提供佐證聲明。需要取得事先授權 (或須遵守任何其他使用管理規定) 的要求可能需有佐證資訊。您的開立處方者得使用隨附的「例外處理要求或事先授權之佐證資訊」來為您的要求提供佐證。

我們應該考慮的額外資訊 (請附上任何佐證文件)：

重要備註：特急決定

如果您或您的開立處方者認為，等候 72 小時才做標準決定可能會使您的生命、健康或恢復身體最佳機能的能力嚴重受損，您可以要求特急 (快速) 決定。如果您的開立處方者指出，等候 72 小時可能會使您的健康嚴重受損，我們將會自動在 24 小時內做出決定。如果您沒有取得您的開立處方者就特急要求所提供的佐證，我們將會判定您的個案是否需要快速決定。如果您欲要求我們償還您已取得之藥物的費用，您不得要求特急承保裁決。

如果您認為您需要在 24 小時內得到決定，請勾選此方框 (如果您有獲得開立處方者的佐證聲明，請連同此要求一起附上)。

簽名：	日期：
-----	-----

例外處理要求或事先授權之佐證資訊

處方一覽表和層級例外處理要求必須有開立處方者的佐證聲明方可處理。事先授權要求可能需有佐證資訊。

要求特急審查：勾選此方框並在下方簽名，即表示本人證明採用 72 小時標準審查期限可能會使會員的生命、健康或恢復身體最佳機能的能力嚴重受損。

開立處方者資訊			
姓名			
地址			
城市	州	郵遞區號	
診所電話		傳真	
開立處方者簽名			日期

診斷和醫療資訊		
藥物：	劑量和用藥途徑：	頻率：
開始用藥日期： <input type="checkbox"/> 新開始	預計治療時間長度：	每 30 天的數量
身高 / 體重：	藥物過敏：	

診斷 - 請列出使用所要求藥物治療的所有診斷以及對應的國際疾病分類第十版 (ICD-10) 代碼。 (如果使用所要求藥物治療的病況是一種症狀 (例如：厭食症、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等)，請提供導致該症狀的診斷 (若已知))	ICD-10 代碼
其他相關診斷：	ICD-10 代碼

用藥史：(用於治療需要所要求藥物治療的病況)

嘗試過的藥物 (如果問題出在數量限制，請列出嘗試過的單位劑量 / 總計每日劑量)	藥物試用日期	先前的藥物試用結果 失敗與無法耐受 (請說明)

對於需要所要求藥物治療的病況，會員目前的藥物療程為何？

藥物安全

所要求的藥物是否有任何**食品藥物管理局 (FDA)** 註明的禁忌症？ 是 否

將所要求的藥物加入會員目前的藥物療程是否有任何**藥物交互作用**的疑慮？ 是 否

如果上述任一問題的答案為「是」，請 (1) 說明問題、(2) 討論上述疑慮之外的效益和潛在風險，以及 (3) 擬定監測計畫以確保安全性

老年人用藥的高風險管控

如果會員年齡超過 65 歲，您認為對這位老年病患而言，所要求藥物的治療效益是否大於潛在風險？ 是 否

鴉片類藥物 - (如果所要求的藥物是鴉片類藥物，請填寫以下問題)

每日累積嗎啡等效劑量 (MED) 為何？ 毫克 / 天

您是否知道此會員有其他鴉片類藥物開立處方者？

是 否

如為「是」，請說明。

所述的每日 MED 劑量是否為醫療所需？

是 否

較低的每日 MED 總劑量是否不足以控制會員的疼痛？

是 否

要求理由

替代藥物為禁忌藥物，或先前嘗試過但有不良結果 (例如：毒性、過敏)，或治療失敗 [如果尚未在表格稍早的「用藥史」部分中註明，請在下方指明：(1) 嘗試過的藥物和藥物試用結果；(2) 如果發生不良結果，請列出藥物和各種藥物的不良結果；(3) 如果治療失敗，請列出試用藥物的最大劑量和治療時間長度；(4) 若有禁忌症，請列出首選藥物 / 其他處方一覽表藥物為禁忌藥物的具體原因]

病患使用目前藥物情況穩定；改變藥物有發生重大不良臨床結果的高風險 必須具體說明任何預期的重大不良臨床結果，以及為何會預期發生重大不良結果 - 例如病況一直難以控制 (已嘗試過許多藥物、需要多種藥物來控制病況)、病患在先前病況未獲得控制時曾發生重大不良結果 (例如：住院或經常急性就醫、心臟病發作、中風、跌倒、身體機能狀態嚴重受限、過度疼痛和痛苦) 等

不同劑型和 / 或較高劑量為醫療所需 [請在下方指明：(1) 嘗試過的劑型和 / 或劑量以及藥物試用結果；(2) 說明醫療上的理由，(3) 包括為何不該降低用藥頻率並提高劑量 (若有較高劑量)]

要求處方一覽表層級例外處理 如果尚未在表格稍早的「用藥史」部分中註明，請在下方指明：(1) 嘗試過的處方一覽表藥物或首選藥物以及藥物試用結果；(2) 如果發生不良結果，請列出藥物和各種藥物的不良結果；(3) 如果治療失敗 / 治療效果不如所要求的藥物，請列出試用藥物的最大劑量和治療時間長度；(4) 若有禁忌症，請列出首選藥物 / 其他處方一覽表藥物為禁忌藥物的具體原因]

其他 (請在下方說明)

必要的說明
