

申請 MEDICARE 處方藥承保範圍確定

本表可透過郵件或傳真寄送給我們：

地址：
Blue Shield of California
Pharmacy Services
PO Box 2080
Oakland, CA 94604-9716

傳真號碼：
(888) 697-8122

您也可藉由致電 (800) 535-9481 或透過我們的網站 blueshieldca.com/medicare 要求我們進行承保範圍確定。

可提出申請的人員：您的開具處方者可以要求我們代表您進行承保範圍確定。如果您希望另一位人員（例如家庭成員或朋友）替您提出申請，則該人員必須為您的代表。聯絡我們以瞭解如何指定您的代表。

參保人資訊

參保人姓名		出生日期
參保人地址		
城市	州	郵遞區號
電話	參保人會員 ID #	

「僅」當提出此申請的人員非參保人或開具處方者時，才需填寫以下部分：

申請人姓名		
申請人與參保人的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

參保人或參保人的開具處方者以外的人員提出申請的代表文件：

附上證明有權代表參保人的授權文件（填寫完成的代表授權表 CMS-1696 或等效書面文件）。如欲瞭解有關指定代表的更多資訊，請聯絡您的計劃或致電 1-800-Medicare。

您申請的處方藥名稱（如果已知的話，包括每月申請的劑型規格和數量）：

承保範圍確定申請類型

- 我需要的是一種不在承保藥物計劃清單中的藥物（處方集例外處理）。*
- 我一直在使用先前包含在承保藥物計劃清單中的藥物，但在計劃年度期間將刪除此藥物或已將此藥物從清單中刪除（處方集例外處理）。*
- 對於我的開具處方者已開具的藥物，我申請事先授權。*
- 在我取得開具處方者開具的藥物前，我申請例外處理嘗試另一種藥物的要求（處方集例外處理）。*
- 對於該計劃規定的我可以收到的藥片數量限制（數量限制），我申請例外處理，以便我可以取得開具處方者開具的藥片數量（處方集例外處理）。*
- 我的藥物計劃對於開具處方者開具之藥物收取的共付額高於治療我病情的另一種藥物共付額，而我想支付較低的共付款（層級例外處理）。*
- 我一直在使用先前包含在較低共付額層級中的藥物，但現在正將或已將此藥物移至較高共付額層級（層級例外處理）。*
- 我的藥物計劃向我收取高於計劃應有的藥物共付額。
- 我希望取得自費支付之承保處方藥的費用報銷。

*備註：如果您要求處方集或層級例外處理，您的開具處方者「必須」提供支援您申請的聲明。需要事先授權（或任何其他使用管理要求）的申請可能要求支援資訊。您的開具處方者可使用隨附的「例外處理申請或事先授權的支援資訊」來支援您的申請。

我們應考慮的其他資訊（附上任何證明文件）：

重要提示：加急裁決

如果您或您的開具處方者認為，等待 72 小時以取得標準裁決可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最佳身體機能的能力，您可以要求加急（快速）裁決。如果您的開具處方者表示，等待 72 小時可能會嚴重損害您的健康，我們將在 24 小時內自動通知您裁決結果。如果您的加急申請沒有獲得開具處方者支援，將由我們決定您的案件是否需要快速裁決。如果您要我們償還您已獲得的藥物費用，則不能申請加急承保範圍確定。

如果您認為需要在 24 小時內收到裁決，請勾選此方框（如果您有開具處方者的支援聲明，請將其附至此申請）。

簽名：	日期：
-----	-----

例外處理申請或事先授權的支援資訊

若無開具處方者的支援聲明，則無法繼續進行「處方集」和「層集例外處理」請求。「事先授權」申請可能需要支援資訊。

加急審查申請：透過勾選此方框並於下方簽名，本人保證申請 72 小時標準審查時限可能會嚴重危害參保人的生命或健康或參保人恢復最佳身體機能的能力。

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

診斷及醫療資訊		
藥物：	劑型規格及給藥途徑：	服藥頻率：
起始日期： <input type="checkbox"/> 全新開始	預計治療時間：	每 30 天的藥量
身高/體重：	藥物過敏：	

診斷：請列出正在使用申請藥物治療的所有診斷以及相對應的 ICD-10 代碼。 （如果使用申請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，若已知，請提供引發該症狀的診斷）		ICD-10 代碼
其他相關診斷：		ICD-10 代碼
藥物史：（對於治療病症所需的申請藥物）		
已嘗試藥物 （如果數量限制是個問題，請列出已嘗試的單位劑量/每日總劑量）	藥物試驗「日期」	先前藥物試驗「結果」 「失敗」與「不耐受性」（請說明）
對於需要申請藥物進行治療的病症，參保人目前的藥物治療方案是什麼？		

藥物安全	
對於申請藥物，是否有任何 FDA 註明的禁忌症？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否擔心將申請藥物新增至參保人目前的藥物治療方案中會產生藥物相互作用？ <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) 討論利益與潛在風險（儘管存在上述疑慮），以及 3) 監控計劃以確保安全	
老年人藥物的高風險管理	
如果參保人年齡超過 65 歲，您認為此老年人患者使用申請藥物治療的益處是否大於潛在風險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
阿片類藥物 - （如果申請藥物為阿片類藥物，請填寫下列問題）	
每日累積 Morphine Equivalent Dose（MED，嗎啡當量劑量）是多少？	<input type="text"/> mg/天
您是否知道此參保人有其他的阿片類藥物開具處方者？ 如果是，請說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
醫藥上註明的每日 MED 劑量是否必要？	<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人的疼痛？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申請理由

禁忌或此前已嘗試但產生不良效應的替代藥物，例如毒性、過敏或治療失敗 [如果表單上述的「藥物史」部分中尚未註明，請於下方註明：(1) 已嘗試的藥物和藥物試驗的結果；(2) 若產生不良效應，請列出藥物和每種藥物的不良效應；(3) 若治療失敗，請列出試驗藥物的最大劑量和治療時間；(4) 若有禁忌症，請列出禁忌首選藥物/其他處方藥的具體原因]

患者使用目前藥物治療的效果穩定；藥物變更導致重大不良臨床效應的風險很高 需要對任何預期的重大不良臨床結果以及需要預期出現重大不良效應的原因進行具體說明，例如：病情已難以控制（已嘗試多種藥物，需要多種藥物控制病情）、當先前無法控制病情時，患者已出現重大的不良效應（例如住院或頻繁的急性醫療就診、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態明顯受限、過度的疼痛和痛苦）等。

對不同劑型及/或更高劑量的醫療需求 [請於下方註明：(1) 已嘗試的劑型及/或劑量以及藥物試驗的結果；(2) 說明醫學原因；(3) 包括無法選擇服用頻率較低但劑型規格較高之藥物的原因（若存在較高的劑型規格）]

處方集層級例外處理申請 [如果表單上述的「藥物史」部分中未註明，請於下方註明：(1) 已嘗試的處方集或首選藥物以及藥物試驗的結果；(2) 若產生不良效應，請列出藥物和每種藥物的不良效應；(3) 若治療失敗/不如申請藥物有效，請列出試驗藥物的最大劑量和治療時間；(4) 若有禁忌症，請列出禁忌首選藥物/其他處方藥的具體原因]

其他（請於下方說明）

所需說明 _____

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。