MEDICARE 處方藥承保決定申請

請使用本表單向我們的計畫申請承保決定。您也可以透過電話 **1.833.793.3767** 或我們的網站 **www.alamedaalliance.org 申請承保決定**。您、您的醫生或處方開立者，或您的授權代表都可以提出此申請。

計畫入保者

姓名	出生日期
街道地址	城市
州	郵遞區號
電話	會員 ID 編號

若申請人並非計畫入保者或處方開立者本人：

申請人姓名
與計畫入保者之關係
街道地址（包括城市、州與郵遞區號）
電話
☐ 請隨本表單提交文件，以證明您有權代表該入保者（填妥的代表授權書 CMS-1696 表單或同等效力文件）。如需更多關於指定代表的資訊，請聯絡我們的計畫或致電 1-800-MEDICARE。（1-800-633-4227）。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

本申請相關的處方藥名稱（若有，請包含劑量與數量資訊）

申請類型

☐藥物計畫對某一藥物向本人收取的共付額高於應付金額

☐為本人已自付費用的承保藥物申請理賠

☐我在為一種處方藥申請事先授權（此申請可能需要證明資訊）

下列申請類型，您的處方開立者必須提供證明聲明以支持申請。您的處方開立者可以填寫本表單的第 3 頁和第 4 頁，「例外要求或事先授權之證明資訊」。

☐本人需要的藥物未列入計劃承保藥物清單（處方集例外情形）

☐我一直在使用之前在計畫承保藥物清單上的藥物，但它在計畫年度期間已被或將被移除（處方集例外情形）

☐ 我正在要求對於「在我取得處方藥之前必須先嘗試另一種藥物」之要求的例外情形（處方集例外情形）

☐我正在要求對於計畫對我能取得的藥丸數量所設之限制（數量限制）的例外情形，以便我能取得處方給我的藥丸數量（處方集例外情形）

☐我正在要求對於在我取得處方藥之前必須滿足的計畫事先授權規定的例外情形（處方集例外情形）。

☐我的藥物計畫對一種處方藥收取的共付額，高於它對另一種治療我病情的藥物所收取的費用，而我希望能支付較低的共付額（分級例外情形）

☐我一直在使用一種先前在較低共付額級別的藥物，但它已被或將被移至較高的共付額級別（分級例外情形）

我們應考量的額外資訊（請隨本表單提交任何佐證文件）：

_____

_____

_____

_____

您是否需要加急決定？

若您或您的處方開立者認為，等待 72 小時的標準決定可能嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力，您可以要求加急（快速）決定。若您的處方開立者表明等待 72 小時可能嚴重損害您的健康，我們將自動在 24 小時內給予您決定。若您在沒有處方開立者支持的情況下要求加急申請，我們將會判斷您的案件是否需要加急決定。（若您是要求我們給付您已收到藥物的費用，則不能要求加急決定。）

☐**是，我需要在 24 小時內取得決定。**若您有處方開立者出具的證明聲明，請將其附於本申請之後。

簽名：	**日期：**

如何提交本表單

請將本表單及任何證明資訊透過郵寄或傳真提交：

地址：
Alameda Alliance Wellness

傳真號碼：
標準： **1.855.508.1714**
加急：**1.855.806.6237**

200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

例外要求或事先授權之證明資訊 由處方開立者填寫

☐加急審查申請：勾選此方塊並在下方簽名，即表示我證明採用 **72** 小時標準審查時限可能嚴重危及該入保者的生命、健康或其恢復最大功能的能力。

處方開立者資訊

姓名	
街道地址（包括城市、州與郵遞區號）	
診所電話	
傳真	
簽名	日期

診斷結果與醫療資訊

藥物：	劑量強度與給藥途徑：
頻率：	開始日期： ☐新用藥
預期治療時長：	每 30 天數量：
身高/體重：	藥物過敏史：

診斷 – 請列出所有使用申請藥物治療的診斷及對應的 ICD-10 代碼 （若使用申請藥物治療的病況為一種症狀，例如厭食、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：（針對需要使用申請藥物治療的病況）

曾嘗試的藥物 （若有數量限制問題，請列出曾嘗試的單位劑量/每日總劑量）	**藥物試用日期**	**先前藥物試用結果** **無效或不耐受（請說明）**

該入保者目前針對需要申請藥物之病況的用藥方案為何？

藥物安全
申請的藥物是否有任何 **FDA 註明的禁忌症**？ ☐ 是 ☐ 否
將申請的藥物加入入保者目前的用藥方案中，是否有**藥物交互作用**的疑慮？ ☐ 是 ☐ 否
若上述任一問題的答案為是，請 1) 解釋問題，2) 討論儘管存在疑慮但治療的益處與潛在風險，以及 3) 確保安全的監測計畫

老年人高風險藥物管理
若入保者年齡超過 65 歲，您是否認為使用申請藥物治療的益處大於這位年長患者的潛在風險？☐ 是 ☐ 否

鴉片類藥物 –（若申請藥物為鴉片類藥物，請回答這 4 個問題）
每日累積嗎啡當量劑量（**MED**）是多少？**毫克/天**
您是否知悉此入保者有其他鴉片類藥物處方開立者？☐ 是 ☐ 否 若知道，請說明。
所述的每日 MED 劑量是否具醫療必要性？☐ 是 ☐ 否 較低的每日總 MED 劑量是否不足以控制入保者的疼痛？☐ 是 ☐ 否

申請理由

☐ **先前曾嘗試過替代藥物，但出現不良結果，例如毒性、過敏或治療無效** [若未在用藥史部分註明，請在下方具體說明：(1) 曾嘗試的藥物與試用結果 (2) 若為不良結果，請列出藥物及各自的不良結果 (3) 若為治療無效，請列出曾試用藥物的最大劑量與治療時長]

☐**替代藥物有禁忌症、效果可能不彰或可能導致不良結果。**必須具體解釋為何替代藥物效果不彰或預期會產生顯著不良臨床結果，以及為何預期會產生此結果。若有禁忌症，請列出首選藥物/其他處方集藥物有禁忌症的具體原因

☐ **若患者被要求滿足事先授權要求，將會遭受不良影響。**必須具體解釋任何預期的顯著不良臨床結果，以及為何預期會產生此結果。

☐**患者目前用藥情況穩定；更換藥物有導致顯著不良臨床結果之高度風險** 必須具體解釋任何預期的顯著不良臨床結果，以及為何預期會產生此結果，例如：病情一直難以控制（曾嘗試多種藥物、需要多種藥物才能控制病情）、患者先前在病情未受控制時曾出現顯著不良結果（例如住院或頻繁急診、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態顯著受限、過度疼痛與痛苦）等。

☐ **因醫療需要而需不同劑型及/或更高劑量** [請在下方具體說明：(1) 曾嘗試的劑型及/或劑量與藥物試用結果；(2) 解釋醫療原因 (3) 若存在更高劑量強度，請說明為何無法選擇以較低頻率服用較高劑量強度的選項]

☐ **申請處方集分級例外情形** [若未在用藥史部分註明，請在下方具體說明：(1) 曾嘗試的處方集或首選藥物與試用結果 (2) 若為不良結果，請列出藥物及各自的不良結果 (3) 若為治療無效/效果不如申請的藥物，

請列出曾試用藥物的最大劑量與治療時長 (4) 若有禁忌症，請列出首選藥物/其他處方集藥物有禁忌症的具體原因]

☐ **其他**（請在下方說明）

_____
_____
_____
_____
_____