



申請 Medicare 處方藥承保裁決

本表格可採郵寄或傳真發送給我們：

地址： Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
傳真號碼： 1-866-226-1093

您也可撥打電話 1-800-275-4737, TTY: 711 或透過我們的網站 www.Wellcare.com/healthnetCA 要求我們進行承保裁決。

誰可以提出申請：您的開立處方者可以代表您要求我們進行承保裁決。如果您希望其他人（例如家人或朋友）為您提出要求，則該人士必須是您的代表。請聯絡我們，以瞭解如何指定您的代表。

計畫參加者資訊

Table with 3 columns: Name, Birth Date, Address, City, State, Zip, Phone, Member ID

僅當提出此申請的人士不是計畫參加者或開立處方者本人時，才需填妥以下部分：

Table with 3 columns: Applicant Name, Relationship, Address, City, State, Zip, Phone

非由計畫參加者或計畫參加者的開立處方者提出申請的代表書面紀錄：

請附加證明代表該計畫參加者的授權書面紀錄（填妥的代表授權表格 CMS-1696 或書面同等文件）。如需委任代表的更多資訊，請聯絡您的計畫或 1-800-Medicare。

您申請的處方藥名稱（如已知，包括所申請之每個月的劑量強度與數量）：

### 承保裁決申請的類型

- 我需要本計畫承保藥品清單上未列出的藥品（處方一覽表例外處理）。\*
- 我一直使用之前列於計畫承保藥品清單上的藥品，但在計畫年度中該藥品正從或已從該清單移除（處方一覽表例外處理）。\*
- 我要為我的開立處方者已處方的藥品，申請事先授權。\*
- 我要為我必須先嘗試其他藥品之後才能取得我的開立處方者所處方藥品的規定，申請例外處理（處方一覽表例外處理）。\*
- 我要為我能取得的藥丸數量的計畫上限（數量限制）申請例外處理，以便我能取得我的開立處方者處方的藥丸數量（處方一覽表例外處理）。\*
- 我的藥品計畫對於我的開立處方者處方的藥品收取比治療我病況的其他藥品更高的共付額，而我希望支付較低的共付額（層級例外處理）。\*
- 我一直使用之前列於較低共付額層級的藥品，但該藥品正移往或已移往更高的共付額層級（層級例外處理）。\*
- 我的藥品計畫對某項藥品收取了比正常情況更高的共付額。
- 我希望我已自費支付的受承保處方藥獲得退款。

**\*附註：如果您申請處方一覽表或層級例外處理，您的開立處方者必須提供您的申請的佐證聲明。受事先授權（或任何其他利用管理規定）規範的申請可能需要佐證資訊。您的開立處方者得使用隨附的「例外處理申請或事先授權之佐證資訊」來佐證您的申請。**

我們應考慮的額外資訊（請附上任何佐證文件）：

---

---

---

---

### 重要備註：特急決定

若您或您的開立處方者認為等待 72 小時進行標準決定可能嚴重傷害您的生命、健康或重獲最大機能的能力時，您可要求進行特急（快速）決定。如果您的開立處方者指出等待 72 小時可能會嚴重危害

您的健康，則我們將會自動在 24 小時內給予您決定。若您未取得您的開立處方者對特急申請的佐證，我們將決定您的案例是否需要快速決定。如果您欲要求我們償還您已獲得之藥品的費用，則您不能提出特急承保裁決。

若您認為您需要在 24 小時內獲得決定，請勾選此方框（若您有來自您的開立處方者的佐證聲明，請附加在本申請書）。

簽名：	日期：
-----	-----

### 例外處理申請或事先授權之佐證資訊

處方一覽表和層級例外處理申請必須有開立處方者的佐證聲明方可處理。事先授權申請可能需有佐證資訊。

申請特急審查：勾選此方框並在下方簽署，即表示我證實採取 72 小時標準審查的時限可能嚴重損害計畫參加者生命或健康或計畫參加者重獲最大機能的能力。

### 開立處方者資訊

姓名		
地址		
城市	州	郵遞區號
辦公室電話	傳真	
開立處方者簽名	日期	

### 診斷與醫療資訊

藥物：	劑量強度和用藥途徑：	頻率：
開始用藥日期： <input type="checkbox"/> 新開始	預期療法時間長度：	每 30 天的數量
身高 / 體重：	藥品過敏：	
<b>診斷 – 請列出所有以所要求的藥品治療的診斷和對應的 ICD-10 碼。</b> （如果以所要求的藥品治療的病況是某種症狀，例如厭食症、體重減輕、呼吸短促、胸痛、噁心等，請提供引起症狀的診斷（如果已知））		ICD-10 碼
其他相關診斷：		ICD-10 碼

**用藥紀錄：(需要以所要求的藥品治療的病症)**

嘗試的藥品 (如果數量限制會造成問題，則列出嘗試的單位劑量/每日總劑量)	藥品試用日期	先前的藥品試用結果 失敗或不耐受(請說明)
計畫參加者目前需以所要求的藥品治療之病症的藥物療程為何？		

**藥品安全**

是否所要求的藥品有任何 <b>FDA 註明的禁忌症</b> ？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否在計畫參加者目前的藥物療程中加入所要求的藥品有任何 <b>藥物交互作用</b> 的疑慮？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果上述任何一個問題的答案為「是」，請 (1) 說明問題、(2) 討論上述疑慮外的效益與潛在風險，以及(3) 擬定監測計畫確保安全。	

**老年人用藥的高風險控管**

如果計畫參加者年齡超過 65 歲，您是否認為對這位老年患者而言以所要求的藥品治療效益大於的潛在風險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	---

**鴉片類藥物 – (如果所要求的藥品是鴉片類藥物，請填寫以下問題)**

每日累積嗎啡等效劑量 (MED) 為多少？	毫克 / 天		
您是否知道此計畫納保人有其他鴉片類藥物開立處方者？ 如為是，請解釋：		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
所述的每日 MED 劑量是否在醫療上是必要的？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
較低的每日 MED 總劑量是否不足以控制計畫納保人的疼痛？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

## 申請理由

**其病況對於替代藥品為禁忌症，或之前嘗試過，但有不良結果，例如毒性、過敏或治療失敗** [如果尚未在表格前面的「用藥紀錄」部分中註明，請在下方指明：(1) 嘗試的藥品和藥品試用結果，(2) 如果發生不良結果，請列出每種藥品和不良結果，(3) 如果治療失敗，請列出試用藥品治療的最大劑量和時間長度，(4) 如果存在禁忌症，請列出為何首選藥品 / 其他處方一覽表藥品禁忌使用的具體原因]

**患者對目前的藥品為穩定；藥品改變會有重大的不良臨床結果的高風險** 必須具體解釋任何預期的重大不良臨床結果，以及為何會預期出現重大的不良結果 – 例如：病症一直難以控制（已試過許多藥品、需要多重藥品來控制病症），患者在先前病症未獲控制時曾發生重大的不良結果（例如住院或經常急症就醫、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態重大受限、過度疼痛和痛苦）等。

**對於不同劑型和/或較高劑量有醫療上的需求** [請在下方指明：(1) 嘗試的劑型和/或劑量以及藥品試用的結果；(2) 解釋醫療上的理由；(3) 包括為何不該選擇用較高強度搭配較不頻繁的給藥 – 如果較高強度存在]

**申請處方一覽表層級例外處理** 如果未在表格前面的「用藥紀錄」部分中註明，請在下面指明：(1) 已嘗試過的處方一覽表或首選藥品以及藥品試用結果，(2) 如果發生不良結果，請列出每種藥品和不良結果，(3) 如果治療失敗/未如所要求的藥品一樣有效，請列出已試用藥品治療的最大劑量和時間長度，(4) 如果有禁忌症，請列出禁用首選藥品/其他處方一覽表藥品的具體原因]

**其他**（請在下方說明）

必要的解釋 \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---