

## MEDICARE 處方藥承保裁決要求

您可透過郵寄或傳真將本表格傳送給我們：

地址：

10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131

傳真號碼：

858-790-7100

電話號碼：

1-800-788-2949

您可致電 1-800-788-2949 或透過我們的網站

<https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination> 向我們要求承保裁決。

**誰可提出要求：**您的處方開立者可代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) 替您提出要求，該人士必須是您的代理人。請與我們聯絡以瞭解如何指定代理人。

### 計畫參加者資訊

計畫參加者姓名		出生日期
計畫參加者地址		
城市	州	郵遞區號
電話	計畫參加者會員卡號碼	

僅有在提出此要求的人士非計畫參加者或處方開立者的情況下才需填寫下列部分：

要求者姓名		
要求者與計畫參加者的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

**由計畫參加者或計畫參加者之處方開立者以外的人士提出要求時的代理人證明文件：**

請附上證明文件證實有獲得授權可以代表計畫參加者 (填妥的代理人授權書表格 CMS-1696 或具有同等效力的書面文件)。如需有關指定代理人的進一步資訊，請與您的計畫聯絡或撥打 1-800-Medicare。

**您想要的處方藥名稱** (如知道，請註明每個月要求的劑量和藥量)：

--

## 承保裁決要求類型

- 我需要未列於計畫承保藥物清單中的藥物 (處方藥一覽表例外處理)。\*
- 我一直在使用先前有包含在計畫承保藥物清單中的藥物，但該藥物即將遭到移除或者在計畫年度期間被從該清單中移除 (處方藥一覽表例外處理)。\*
- 我想針對處方開立者開立給我的藥物要求事先授權。\*
- 我針對我必須先試用其他藥物然後才可獲得處方開立者開立給我之藥物的規定要求例外處理 (處方藥一覽表例外處理)。\*
- 我針對計畫對我可獲得之藥錠數量 (藥量) 的限制要求例外處理，以便我可以獲得處方開立者開立給我的藥錠數量 (處方藥一覽表例外處理)。\*
- 與可治療我病況的其他藥物相比，我的藥物計畫針對處方開立者開立給我的藥物收取較高的共付額，而我想支付較低的共付額 (層級例外處理)。\*
- 我一直在使用先前包含在較低共付額層級的藥物，但該藥物即將移到或之前被移到較高的共付額層級 (層級例外處理)。\*
- 我的藥物計畫針對某項藥物向我收取比正常還要高的共付額。
- 我想針對我自付費用的承保處方藥獲得補償。

**\*備註：如果您要求處方藥一覽表或層級例外處理，您的處方開立者必須提供一份聲明以為您的要求提供佐證。需要遵守事先授權規定 (或任何其他使用管理規定) 的要求可能需要佐證資訊。您的處方開立者可使用隨附的「例外處理要求或事先授權佐證資訊」來為您的要求提供佐證。**

我們應考量的其他資訊 (請附上任何佐證文件)：

---

---

---

---

### 重要注意事項：特急決定

如果您或您的處方開立者認為等候標準決定 72 小時的時間可能會使您的生命、健康或恢復身體最佳機能的能力嚴重受損，您可提出特急 (快速) 決定要求。如果您的處方開立者指出等候 72 小時的時間可能會使您的健康嚴重受損，我們將會自動在 24 小時內告知您我們的決定。如果您沒有取得處方開立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獲得快速決定。如果您想要求我們償付您已獲得之藥物的費用，您不得提出特急承保裁決要求。

- 如果您認為您需要在 24 小時內獲得決定，請勾選此方框 (如果您有處方開立者的佐證聲明，請隨附於此要求中)。

簽名：

日期：

--	--

### 特急要求或事先授權的佐證資訊

在沒有處方開立者佐證聲明的情況下，我們無法處理處方藥一覽表和層級例外處理要求。事先授權要求可能需要佐證資訊。

**特急審查要求：**勾選此方框並在下方簽名即代表本人證明，使用 72 小時的標準審查期限可能會使計畫參加者的生命或健康嚴重受損，或會嚴重影響計畫參加者恢復身體最佳機能的能力。

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

診斷結果和醫療資訊		
藥物：	劑量與給藥途徑：	頻率：
開始日期： <input type="checkbox"/> <b>新藥物</b>	預計治療持續時間：	每 30 天藥量
身高 / 體重：	藥物過敏：	
<b>診斷結果 – 請列出要使用要求之藥物進行治療的所有診斷結果以及相應的 ICD-10 代碼。</b> <small>(如果要使用要求之藥物進行治療的病況是一項症狀 [例如：厭食、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等]，請提供導致該 [這些] 症狀發生的診斷結果 [如知道])</small>		ICD-10 代碼
<b>其他相關診斷結果：</b>		ICD-10 代碼

用藥史：(用於治療需要使用要求之藥物的病況)		
已試用過的藥物 <small>(如果藥量限制造成問題，請列出已嘗試過的單位劑量 / 每日總劑量)</small>	試用藥物的日期	先前試用藥物的結果 沒有療效亦或不耐受 (請說明)
針對需要使用要求之藥物的病況，計畫參加者目前的藥物療程是什麼？		

**用藥安全**

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

將要求的藥物加入計畫參加者目前的藥物療程中是否會有任何**藥物交互作用**的疑慮？  是  否

如在上述任一問題回答「是」， 1) 請說明問題； 2) 請討論益處相較於潛在風險 (不論上述疑慮)；以及 3) 確保安全的監控計畫

**老年人用藥高風險管理**

如果計畫參加者已超過 65 歲， 您是否認為使用要求之藥物對此老年患者進行治療的益處大過於其潛在風險？  是  否

**鴉片類藥物 – (如果要求的藥物是鴉片類藥物， 請填寫下列問題)**

每日累積嗎啡等效劑量 (**Morphine Equivalent Dose, MED**) 是多少？  **mg/day**  
(毫克 / 每天)

您是否知道有其他處方開立者為此計畫參加者開立鴉片類藥物？如回答「是」， 請說明。  是  否

上述每日嗎啡等效劑量 (MED) 是否具有醫療必要性？  是  否

較低的每日總計嗎啡等效劑量 (MED) 是否不足以控制計畫參加者的疼痛？  是  否

**要求理由**

**其他藥物有禁忌症或者先前曾嘗試過但出現不良結果， 例如毒性反應、過敏或沒有療效** [若尚未在表格前面的「用藥史」部分註明， 請在下方具體說明：(1) 曾試用過的藥物以及試用藥物的結果；(2) 如發生不良結果， 請列出藥物及各項不良結果；(3) 如沒有療效， 請列出試用的最高劑量以及試用藥物治療的時間長度；(4) 如有禁忌症， 請列出為何首選藥物 / 其他處方藥一覽表藥物有禁忌症的具體理由]

**患者使用目前的藥物狀況穩定；更換藥物發生嚴重不良臨床結果的風險很高。** 必須具體說明任何預期的嚴重不良臨床結果以及為何預期會發生嚴重不良結果 – 例如：病況一直難以控制 (已試用過許多藥物、需要多種藥物來控制病況)、患者先前病況未獲得控制時曾發生嚴重不良結果 (例如：住院或經常需要緊急就醫、心臟病發作、中風、跌倒、生活機能狀態受到重大限制、不必要的疼痛與痛苦) 等。

**使用不同劑型和 / 或提高劑量的醫療必要性** [請在下方具體說明：(1) 已試用過的劑型和 / 或劑量以及試用藥物的結果；(2) 說明醫療理由 (3) 註明為何不能選擇減少用藥頻率並提高劑量 – 如有較高劑量可供使用]

**要求處方藥一覽表層級例外處理。** 若未在本表格前面的「用藥史」部分註明， 請在下方具體說明：(1) 已試用過的處方藥一覽表藥物或首選藥物以及試用藥物的結果；(2) 如發生不良結果， 請列出藥物以及各項不良結果；(3) 如沒有療效 / 不如要求的藥物來得有效， 請列出試用的最高劑量以及試用藥物治療的時間長度；(4) 如有禁忌症， 請列出為何首選藥物 / 其他處方藥一覽表藥物有禁忌症的具體理由]

**其他** (請在下方說明)

**需要說明** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_