

對聯邦醫保處方藥承保決定的請求

此表格可通過郵寄或傳真發送給我們：

地址：  
 OneCare Connect Customer Service  
 505 City Parkway West  
 Orange, CA 92868

傳真號碼：  
**1-858-357-2556**

您也可以通過電話詢問承保決定情況，撥打 **1-855-705-8823** 或通過我們的網站查詢 [www.caloptima.org/onecareconnect](http://www.caloptima.org/onecareconnect)。

**誰可以提出請求：** 您的處方醫生可以代表您對我們提出承保決定的請求。如果您希望其他人 (如家庭成員或朋友) 為您提出請求，那個人必須是您的代表人。請聯繫我們以瞭解如何指定代表人。

**參保者資訊：**

參保者姓名：		生日：
參保者地址：		
城市：	州：	郵編：
電話號碼：	參保者會員號碼 #	

僅在提出此請求的人不是登記者本人或開處方者時才填寫以下部分：

請求人姓名：		
與登記者的關係：		
地址：		
城市：	州：	郵編：
電話號碼：		

**參保者或參保者處方醫生以外的人提出請求所需的代表文件：**

請附上可顯示您能代表參保人的許可文件 (一份完整填寫的代表授權表格 **CMS-1696** 或一份等同的書面文件)。 需要了解有關任命代表人的更多資訊，請聯繫您的健保計劃或撥打 **1-800-Medicare**。

您請求的處方藥名稱 (如果知道, 請列出藥物強度和每月需求的數量) :

### 承保決定的請求類型

- 我需要的藥物不在計劃的承保藥物清單上 (處方集例外) 。\*
- 我一直在使用的藥物之前在承保藥物清單內, 但在計劃年度內被刪除或從該清單中刪除 (處方集例外) 。\*
- 我要求事先批准我的處方醫生給我開據處方藥 。\*
- 我請求一個在我得到的處方藥物之前嘗試另一種藥物的規定例外。(處方集例外) 。\*
- 我請求一個計劃對藥物數量 (數量限制) 的例外, 以取得處方醫生開據的藥物數量。(處方集例外) 。\*
- 我的藥物計劃對處方醫生開據的處方藥物收取比另一種治療我病情的藥物更高的自付額, 我想支付較低的自付額。(層級例外) 。\*
- 我一直在使用一種藥物, 以前包括在一個較低的自付額層級, 但現在被轉移到或被轉移到一個更高的自付額層級 (層級例外) 。\*
- 我的藥物計劃向我收取了高於應收取的共付額。
- 我希望為我個人已支付的承保處方藥物報銷。

**\*注意：** 如果您要申請處方集或層級的例外, 您的處方醫生必須為您的申請提供支持證明。預先獲得授權的請求 (或任何其它醫療服務的應用管理要求), 可能需要證明訊息。您的開處方醫生可以使用隨附的 "例外請求或預先授權的支持訊息" 來支持您的請求。

我們應該考慮的其他信息 (附上任何證明文件) :

---

---

---

---

### 重要提示：加急決定

如果您或您的開處方醫生認為等待 72 小時的標準決定可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力, 您可以要求加急 (快速) 決定。如果您的開處方醫生表明等待 72 小時可能會嚴重損害您的健康, 我們將在 24 小時內自動給您一個決定。如果您沒有獲得您的處方醫生對快速請求的支持證明, 我們將為您的案件是否需要加急處理做出決定。如果您要求我們為您已經收到的藥物報銷, 則您不能要求快速承保確認。

如果您相信您需要在 24 小時之內得到決定，勾劃此處。(如果您有開處方醫生的支持證明, 請附加到此函中)。

簽字：	日期：
-----	-----

**例外請求或預先授權的輔助資訊**

處方集和等級例外請求必需有醫生得支持證明訊息才能處理。預先授權可能需要證支持訊息。

請求加急審閱：勾劃這個方格並在下方簽字。我證明，使用 72 小時標準審查時間範圍可能會嚴重危及登記者的生命或健康或登記者恢復最大功能的能力。

開處方者資訊 Prescriber's Information			
姓名			
地址			
城市	州	郵編	
辦公室電話		傳真	
處方醫生簽名			日期

診斷和藥物信息		
藥物	藥物強度和管理	次數：
開始日期 <input type="checkbox"/> 新的開始	預期治療長度	每 30 天用量
身高 / 體重：	藥物過敏	
<b>診斷 – 請列出所有使用所需藥物治療的診斷和 ICD-10 代碼</b> 如果使用所請求的藥物治療的病情症狀是, 如厭食、體重減輕、呼吸急促、胸痛、噁心等, 提供導致症狀的診斷 (如果已知)		ICD-10 代碼
其他相關診斷：		ICD-10 代碼

藥物歷史：(用於治療病症請求所需要的藥物)		
嘗試過的藥物 (如果數量限制是一個問題, 列出單位劑量/ 嘗試的每日總劑量)	藥物試驗的日期	以往藥物試驗的結果 失敗 對比. 不兼容 (解釋)

嘗試過的藥物 (如果數量限制是一個問題, 列出單位劑量/ 嘗試的每日總劑量)	藥物試驗的日期	以往藥物試驗的結果 失敗 對比. 不兼容 (解釋)

對於需要所需藥物的情況, 參保者目前的藥物方案是什麼?

<b>藥物安全</b>	
<b>FDA 對所需藥物的有任何限制規定?</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
對於所請求的藥物添加到參保者目前的藥物治療方案中, 會擔心有 <b>藥物衝突</b> 嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果對上述任何一個問題做出的答案是肯定的, 請 1) 解釋問題, 2) 儘管注意到了這一問題, 也請討論益處與潛在風險, 與 3) 監控計畫, 以確保安全。	
<b>老年藥品的高風險管理</b>	
如果參保者年齡在 65 歲以上, 您覺得用請求的藥物治療的好處大於這個老年患者的潛在風險嗎?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>阿片類藥物 (如果所要求的藥物是阿片類藥物, 請填寫以下問題)</b>	
每日累計嗎啡等效劑量 (MED) 是多少?	毫克/天
您是否知道這名參保者還有其他阿片類藥物開處方者嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果有, 請注釋。	
每日的 MED 劑量是否表明了醫藥上是必要的?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
較低的每日 MED 總劑量是否不足以控制參保者的疼痛。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>請求理由</b>	

替代藥物被禁忌使用或以前嘗試過,但結果不良,例如:毒性,過敏,或治療失敗。[如果在表單上前面的"藥物歷史"部分中尚未注明,請在下面指定:(1)嘗試過的藥物和藥物試驗的結果,(2)如果有不良結果,列出藥物和每種不良結果,(3)如果治療失敗,列出試驗藥物的最大劑量和治療時間,(4)如果禁忌使用,請列出首選藥物/其他處方藥物被禁忌使用的具體原因]。

患者在目前的藥物上是穩定的;藥物改變導致重大不良臨床結果的高風險。需要對任何預期的重大不良臨床結果以及預計會出現重大不良結果的具體解釋—例如:情況一直難以控制(嘗試了許多藥物,需要多種藥物來控制病情),當以前的病情沒有得到控制時,患者出現嚴重的不良結果。(例如:住院或頻繁的急性就診、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態嚴重限制、過度疼痛和痛苦),等。

不同劑型和更高劑量的醫療需求 [請在下面指定:(1)藥物試驗的劑量形式/劑量及結果(2)解釋醫療原因(3)包括為什麼更少的次數與更高的藥物強度不是一個選擇—如果藥物存在更高的強度]。

請求處方集層級例外:如果在表單前面的"藥物歷史"部分中沒有指出,請在下面說明:(1)處方集或首選藥物和藥物試驗的結果,(2)如果有不良結果,列出藥物和每一個不良結果(3)如果治療失敗/沒有像請求的藥物那樣有效,列出試驗藥物的最大劑量和治療時間長度(4)如果有禁忌症,請列出首選藥物/其他處方藥物禁忌的具體原因]

其它(請在下面解釋)

#### 所需說明

OneCare Connect Cal MediConnect 計劃 ( Medicare-Medicaid計劃 ) 是一個與 Medicare 和 Medi-Cal 簽署合約的計劃,其將兩項計劃合並為一個計劃並綜合了兩項計劃的共同福利提供給會員。OneCare Connect 遵循所有適用的聯邦公民權利法律並不因種族,膚色,原國籍,年齡,殘疾,或性別而歧視。請致電我們的客戶服務電話 **1-855-705-8823**,一週7天,一天24小時。TDD/TTY 會員電話 **1-800-735-2929**。

**English:** ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

**Chinese:** 注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم **1-855-705-8823** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).