

Medicare 처방약 혜택 적용 여부 판단 청구

메일 또는 팩스로 이 양식을 보내주시기 바랍니다.

주소:

OneCare Connect 고객 서비스 센터
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

팩스 번호:

1-858-357-2556

혜택 적용 여부 판단을 원하시면 **1-855-705-8823** 으로 전화하시거나 웹사이트 www.caloptima.org/onecareconnect 를 통해서도 요청하실 수 있습니다.

대리 요청 가능 여부: 처방인은 귀하를 대신하여 혜택 적용 여부 판단을 요청할 수 있습니다. 만약 다른 사람(가족 또는 친구)이 귀하를 대신해 혜택 적용 여부 판단을 청구해주기를 원하신다면, 대신 청구하려는 사람을 대리인으로 임명하셔야 합니다. 대리인 임명 방법을 알아보시려면 저희에게 문의해주시기 바랍니다.

등록자 정보

등록자 성명	생년월일:	
등록자 주소		
도시	주	우편 번호
전화	등록자 회원 ID #	

다음 란은 등록자 본인 또는 처방인이 아닌 사람이 대신 청구를 작성하는 경우에만 작성하시기 바랍니다.

청구인 성명		
등록자와의 관계		
주소		
도시	주	우편 번호
전화		

등록자 또는 등록자의 처방인이 아닌 다른 사람이 청구 하는 경우 대리 문서:

등록자를 대리할 권한이 있음을 보여주는 문서를 첨부하십시오(대리권 양식 CMS-1696 또는 이에 준하는 서면). 대리인 임명에 관한 자세한 정보를 확인하려면, 플랜을 참조하시거나 1-800-Medicare 로 문의하십시오.

요청하는 처방약의 이름(이름을 안다면, 월별 처방 수량 및 약효의 강도 포함):

혜택 적용 여부 판단 요청 유형

- 플랜의 혜택 약품 목록에 포함되지 않은 약품이 필요합니다(처방 예외).*
- 플랜의 혜택 약품 목록에 포함되어 있었으나 올해 플랜 년도에 목록에서 제외되었거나 제외될 예정인 약품을 이용해 왔습니다(처방 예외).*
- 처방인이 처방한 약품의 사전 승인을 요청합니다.*
- 처방인이 처방한 약품을 받기 전에 기타 약품 시도 필요 조건의 예외를 요청합니다(처방 예외).*
- 처방인이 처방한 알약의 수를 전부 수령할 수 있도록 플랜 상의 알약 수량 제한(수량 제한)의 예외를 요청합니다(처방 예외).*
- 현재 약품 플랜은 처방인이 처방해 준 약품에 현재 증상을 치료하는 다른 약품에 부과하는 것보다 더 높은 자기 부담금액을 부과하고 있으므로, 더 낮은 부담금액을 원합니다(계층 예외).*
- 낮은 부담금액 계층에 포함되어 있었으나, 더 높은 부담금액을 부담하는 계층으로 옮겨졌거나 옮겨질 예정인 약품을 이용해 왔습니다(계층 예외).*
- 약품 플랜에서 정당한 부담금액보다 더 높은 부담금액을 부과했습니다.
- 혜택 적용 처방약에 대한 자비 지불 금액에 대한 환불을 원합니다.

***참고 사항:** 처방 예외 또는 계층 예외를 요청하는 경우, 처방인이 반드시 해당 청구를 뒷받침하는 내역서를 제공해야 합니다. 사전 승인(또는 기타 사용 관리부 필요 조건)의 적용 대상이 되는 청구 시에는 증빙 정보 제출이 요구될 수 있습니다. 처방인은 첨부된 "예외 청구 또는 사전 승인을 위한 증빙 정보"를 작성하여 귀하의 청구를 뒷받침할 수 있습니다.

고려 대상이 되는 추가 정보 (모든 증빙 문서 첨부):

중요 참고 사항: 신속 결정

귀하 또는 처방인의 판단하에 72 시간을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강, 최대 기능 회복 능력을 중대하게 저해할 수 있다고 생각되는 경우, 신속(빠른) 결정을 요청할 수 있습니다. 처방인이 72 시간을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다는 의견을 적시하는 경우, 자동으로 24 시간 이내에 결정을 내려 통지해드립니다. 처방인이 신속한 결정 요청을 위한 지원을 제공하지 않는 경우, 저희가 귀하의 케이스에 빠른 결정이 필요한지 여부를 결정하게 됩니다. 이미 수령한 약품에 대한 비용 환불을 요청하시는 경우에는 신속한 혜택 적용 여부 판단을 요청할 수 없습니다.

24 시간 이내에 결정이 필요하다고 생각하시는 경우 체크 박스에 표시하십시오(처방인의 증빙내역서를 받은 경우, 본 청구 양식에 첨부 요망).

서명:	날짜:
-----	-----

예외 청구 또는 사전 승인 증빙 정보

처방 예외 또는 계층 예외 청구 요청시에는 반드시 처방인의 증빙 정보가 있어야 처리될 수 있습니다. 사전 승인 청구에는 증빙 정보가 요구될 수 있습니다.

신속 검토 요청: 이 체크 박스에 표시하고 서명함으로써, 나는 72 시간의 표준 검토 기간의 적용이 등록자의 생명 또는 건강이나 최대 기능 회복 능력을 심각하게 위태롭게 할 수 있음을 증명합니다.

처방인 정보		
성명		
주소		
도시	주	우편 번호

처방인 정보	
사무실 전화번호	팩스
처방인의 서명	날짜

진단 및 의료 정보		
의약품	약효 강도 및 복용 방법	빈도:
개시일자 <input type="checkbox"/> 신규	예상 치료 기간	30 일간 수량
신장/몸무게:	약품 알레르기	

진단 - 청구 약품을 이용한 모든 치료가 이루어진 진단명을 ICD-10 코드에 따라 기재해주시기 바랍니다. (청구된 약물로 대증 치료 중인 경우(예: 거식증, 체중 감소, 호흡 곤란, 가슴 통증, 메스꺼움 등), 해당 증상을 유발하는 진단명을 적시하십시오.)	ICD-10 코드
기타 관련 진단:	ICD-10 코드

약품 복용 경력: (요청 약물을 필요로 하는 증상 치료를 위해 필요한 것)

시도했던 약품 (수량 제한이 문제인 경우, 시도했던 1회 복용량/총 복용량을 기재)	약품시험 일자	기존 약물시험 결과 실패 vs 알레르기 (설명)

등록자가 청구하고 있는 약물로 현재 등록자가 치료받는 중인 약물 요법은 무엇입니까?

약품 안전	
청구 약물에 FDA가 통제한 사용 금지 사유에 해당하는 사유가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
청구 약물을 현재 등록자에게 적용 중인 약물 요법에 추가함으로써 약물 상호작용의 문제가 발생할 우려가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

만약 위의 질문 중 어느 하나에 대한 답변이 '예'일 경우, 1) 사정을 설명하고, 2) 상기 우려에도 불구하고 편익과 잠재적 위험을 비교하여 논하고, 3) 안전성 확보 모니터링 계획을 설명하십시오.

노년층 약물 고위험 관리

등록자가 65 세 이상인 경우, 청구 약물로 인한 치료의 편익이 노년층 환자에 대한 잠재적 위험을 능가한다고 보십니까? 예 아니요

오피오이드 (청구 약물이 오피오이드인 경우에만 다음 질문에 답변을 기재하시기 바랍니다)

일일 누적 모르핀 동등 투여량(MED)은 얼마입니까?

mg/일

해당 등록자에게 오피오이드를 처방하는 다른 처방인에 대해 알고 계십니까? 예 아니요
알고 계시다면 설명을 부탁드립니다.

표기된 일일 모르핀 동등 투여량에 의학적 필요성이 인정됩니까? 예
아니요

더 낮은 일일 모르핀 동등 투여량은 등록자의 통증을 경감하는데 부족합니까? 예
아니요

요청의 근거

□ **사용이 금지되었거나 이전에 시도한 적이 있지만 부정적 결과(예: 독성, 알레르기, 치료 실패)가 있었던 대체 약물** [약품 복용 경력란이나 위에 기재하지 않으신 경우 아래에 다음을 구체적으로 작성해주시기 바랍니다: (1) 시도했던 약물 및 약물시험의 결과, (2) 부정적 결과가 있었다면, 부정적인 결과가 발생한 각 약품명 기재, (3) 치료 실패의 경우, 각 약품의 최대 복용량 및 약품을 시험한 치료 기간, (4) 사용 금지 사유가 있는 경우, 권장 의약품/기타 처방 약품이 사용금지된 이유].

□ **환자가 현재 약품에 대해 안정적 상태를 유지하고 있으며, 의약품 변경과 함께 상당한 부정적 임상 결과를 초래할 위험이 높음** 예상되는 상당한 부정적 임상 결과에 대한 구체적인 설명과 상당한 부정적 결과가 예상되는 이유를 설명해주시시오(예: 해당 증상이 통제되기 어려운 경우(많은 종류의 약품을 시도한 경우, 증상을 다스리기 위해 여러 가지 약물이 필요한 경우), 환자의 증상을 사전에 조절하지 않았을 때 상당한 부정적 결과가 있었던 경우(예: 입원 또는 잦은 응급 의료기관 방문, 심장마비, 뇌졸중, 추락, 기능적 상태의 상당한 제약, 과도한 통증과 고통 호소), 기타.)

□ **다른 용량 형태 및/또는 더 높은 용량에 대한 의학적 필요성**[아래에 구체적으로 기재: (1) 시도한 용량 형태 및/또는 용량 및 약물시험의 결과, (2) 의학적 이유 - (3) 더 높은 약효 강도 처방이 가능한 경우 더 적은 횟수의 높은 약효 강도의 처치를 선택하지 않는 이유를 포함한 설명].

□ **처방 예외 또는 계층 예외 청구** 약물 복용 경력란이나 위에 기재하지 않으신 경우 아래에 다음을 구체적으로 작성해주시기 바랍니다: (1) 시도했던 처방약 및 권장 의약품의 결과, (2) 부정적 결과가 있었다면, 부정적인 결과가 발생한 각 약품명 기재, (3) 치료 실패/청구 약품처럼 효과적이지 않은 경우, 각 약품의 최대 복용량 및 약품을 시험한 치료 기간, (4) 사용 금지 사유가 있는 경우, 권장 의약품/기타 처방 약품이 사용금지된 이유]

□ **기타 (이하 설명)**

필요한 설명 _____

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 Medicare 및 Medi-Cal 모두와 계약을 맺은 건강보험으로서 가입자들에게 양쪽 프로그램의 혜택을 모두 제공합니다. OneCare Connect 는 연방 민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애여부 또는 성별에 근거해 차별대우를 하지 않습니다. 하루 24 시간 연중무휴로 연락할 수 있는 저희 고객지원부, **1-855-705-8823** 번으로 전화주시시오. TDD/TTY 사용자는 **1-800-735-2929** 번으로 전화주시기 바랍니다.

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 على الرقم **1-855-705-8823** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).