

MEDICARE 처방약 보장 결정에 대한 요청

이 양식은 우편 또는 팩스를 통해 저희에게 보내실 수 있습니다:

주소:

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868**

팩스 번호:

1-858-357-2556

귀하는 무료 전화 **1-877-412-2734** 번 또는 웹사이트 **www.caloptima.org/onecare** 를 통해 저희에게 보장 결정을 요청하실 수 있습니다.

요청할 수 있는 사람: 귀하의 처방인은 귀하를 대신해 저희에게 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 다른 사람(가족 또는 친구)이 귀하를 대신해 요청하기를 원하시는 경우, 그 사람은 귀하의 대리인이어야 합니다. 대리인을 선임하는 방법에 대해 저희에게 문의하십시오.

가입자 정보

| | | |
|--------|---------------|------|
| 가입자 이름 | | 생년월일 |
| 가입자 주소 | | |
| 시 | 주 | 우편번호 |
| 전화 | 가입자의 회원 ID 번호 | |

요청한 사람이 가입자 또는 처방인이 아닌 경우에만 다음 섹션을 작성하십시오:

| |
|---------------|
| 신청자 이름 |
| 신청자의 가입자와의 관계 |

| | | |
|--------|---|------|
| 신청자 이름 | | |
| 주소 | | |
| 시 | 주 | 우편번호 |
| 전화 | | |

가입자 또는 가입자의 처방인이 아닌 다른 사람이 하는 요청에 대한 대리인 문서:

가입자를 대신할 권한을 증명하는 문서(작성이 완료된 대리인 승인 양식 CMS-1696 또는 이와 동등한 서면 문서)를 첨부하십시오. 대리인 선임에 대한 더 자세한 정보는 귀하의 플랜 또는 1-800-Medicare 번으로 문의하십시오.

귀하가 요청하는 처방약 이름(알고 있는 경우, 월 단위로 요청되는 강도 및 수량 포함):

| |
|--|
| |
|--|

보장 결정 요청의 유형

- 나는 플랜의 보장된 약품 목록에 있지 않은 약품이 필요합니다(승인된 약물(포물러리) 예외).*
- 나는 플랜의 보장된 약품 목록에 이전에 포함된 약품을 이용하고 있었지만 플랜 연도 중에 본 목록에서 삭제되고 있거나 삭제되었습니다(승인된 약물(포물러리) 예외).*
- 나는 처방인이 처방한 약품에 대해 사전 승인을 요청합니다.*
- 나는 처방인이 처방한 약품을 받기 전에 다른 약품을 시도해야 한다는 요건의 예외를 요청합니다(승인된 약물(포물러리) 예외).*
- 나는 처방인이 처방한 알약 수만큼을 받을 수 있도록 알약 수에 적용되는 플랜의 제한(수량 제한)에 예외를 요청합니다(승인된 약물(포물러리) 예외).*
- 나의 약품 플랜은 나의 상태를 치료할 다른 약품에 대해 청구하는 것보다 처방인이 처방한 약품에 대해 더 높은 코페이먼트를 청구하고 나는 더 낮은 코페이먼트를 지불하기 원합니다(약품군 예외).*

나는 이전에 더 낮은 코페이먼트 군에 포함되었던 약품을 이용하고 있지만 더 높은 코페이먼트 군으로 변경되고 있거나 변경되었습니다(약품군 예외)*

나의 약품 플랜은 약품에 대해 청구되어야 할 금액보다 더 높은 코페이먼트를 청구했습니다.

나는 보장된 처방약에 대해 내가 지불한 본인 지출액을 환급받기 원합니다.

***주요 정보: 승인된 약물(포물러리) 또는 약품군 예외를 요청하는 경우, 귀하의 처방인은 귀하의 요청을 증명하는 진술서를 반드시 제공해야 합니다. 사전 승인(또는 기타 이용 관리 요건)에 해당되는 요청은 이를 뒷받침하는 정보가 필요할 수 있습니다. 귀하의 처방인은 귀하의 요청을 증명하기 위해 첨부된 “예외 요청 또는 사전 승인을 위한 증빙 정보”를 이용할 수 있습니다.**

저희가 고려해야 할 추가 정보(모든 증빙 정보 첨부):

중요 사항: 속결 결정

귀하 또는 귀하의 처방인이 표준 결정을 위해 72 시간을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 심각한 해가 될 수 있다고 판단하는 경우, 귀하는 속결(신속한) 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하의 처방인이 72 시간을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해가 될 수 있다고 명시하는 경우, 저희는 자동적으로 24 시간 이내에 결정을 귀하에게 알려드릴 것입니다. 속결 요청에 대해 귀하가 귀하의 처방인의 증명을 받지 못하는 경우, 저희는 귀하의 케이스가 신속한 결정을 요하는지 결정할 것입니다. 귀하가 이미 받은 약품에 대해 저희에게 환불을 요청하시는 경우, 귀하는 속결 보장 결정을 요청할 수 없습니다.

귀하가 24 시간 이내에 결정이 필요하다고 생각하는 경우 이 박스에 표시하십시오(귀하의 처방인으로부터 증명서를 갖고 있는 경우 본 요청에 첨부하십시오).

| | |
|-----|-----|
| 서명: | 날짜: |
|-----|-----|

예외 요청 또는 사전 승인을 위한 증빙 정보

승인된 약물(포물러리) 및 약품군 예외 요청은 처방인의 증명서 없이는 처리될 수 없습니다. 사전 승인 요청은 증빙 정보가 필요할 수 있습니다.

속결 검토 요청: 본인은 이 박스에 표시하고 아래 서명함으로써, 72 시간 표준 검토 기한이 적용되면 가입자의 생명 또는 건강 또는 가입자의 최대 기능 회복 능력이 심각하게 저해될 수 있음을 확인합니다.

| 처방인 정보 | | |
|--------|----|------|
| 이름 | | |
| 주소 | | |
| 시 | 주 | 우편번호 |
| 진료소 전화 | 팩스 | |
| 처방인 서명 | | 날짜 |

| 진단 및 의료 정보 | | |
|---|------------|--------------|
| 약품 | 투여 강도 및 경로 | 빈도 |
| 시작한 날짜 <input type="checkbox"/> 신규 시작 | 치료 예상 기간 | 30 일당 수량 |
| 키/체중 | 약품 알러지 | |
| 진단 - 요청한 약품 및 그에 따른 ICD-10 코드와 함께 치료 중인 모든 상태의 진단을 기재하십시오. (요청한 약품으로 치료 중인 상태가 예를 들어 거식증, 체중 감소, 호흡 곤란, 가슴 통증, 어지럼증 등의 증상인 경우, 이러한 증상(들)을 야기하는 진단이 있다면 제공하십시오.) | | ICD-10 코드(들) |
| 기타 관련 진단: | | ICD-10 코드(들) |

| |
|--|
| 약품 내역(요청한 약품을 필요로 하는 증상(들)의 치료를 위해) |
|--|

| 시도한 약품들 <small>(수량 제한이 문제인 경우, 시도했던 1회 복용량/총 하루 복용량을 기재)</small> | 약품 시도 날짜 | 이전 약품 시도 결과 실패 대 내성(설명하십시오) |
|--|-----------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| 요청한 약품을 필요로 하는 상태를 위해 가입자가 현재 복용하고 있는 약품은 무엇입니까? | | |

| 약품 안전 | |
|--|---|
| 요청한 약품에 FDA 에서 주의하는 금기 사항이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 요청한 약품이 가입자가 현재 복용하는 약품에 추가되는 경우 약품 상호작용 에 대한 우려사항이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 상기의 질문 중 하나에 예라고 답하는 경우, (1) 문제를 설명하십시오, (2) 언급된 우려사항에도 불구하고 혜택과 잠재적 부작용에 대해 논의하십시오, 그리고 (3) 안전을 보장하기 위해 플랜을 모니터링하십시오. | |
| 노인의 경우 고위험 약품 관리 | |
| 가입자가 65 세 이상인 경우, 요청한 약품을 이용한 치료의 혜택이 노인 환자에게 발생할 잠재적 위험보다 더 크다고 생각합니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 오피오이드(요청한 약품이 오피오이드인 경우 다음 질문에 답하십시오) | |
| 일일 누적되는 몰핀동등량(Morphine Equivalent Dose, MED)은 얼마입니까? | <input style="width: 80px;" type="text"/> mg/일 |
| 본 가입자의 다른 오피오이드 처방인에 대해 알고 있습니까? 그렇다면 설명하십시오. | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 명시된 일일 몰핀동등량(MED)이 명시된 의학적 필요성을 충족합니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 더 낮은 일일 총 몰핀동등량(MED)이 가입자의 통증을 관리하는 데 비효율적입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 요청 근거 | |

□ **사용이 금지되거나 이전에 시도했지만 독성, 알러지 또는 치료 실패 등의 부작용이 있던 대안 약품(들)**[본 양식의 이전 약품 내역 섹션에 기재되지 않은 경우 아래에 명시: (1) 시도했던 약품(들) 및 약품 시도(들)의 결과, (2) 부작용의 경우, 약품(들) 및 각 약품에 대한 부작용 기재, (3) 치료 실패의 경우, 시도했던 약품(들)의 최대 복용량 및 치료 기간 기재, (4) 사용 금지의 경우, 선호 약품(들)/기타 승인된 약물(포물러리) 약품(들)이 사용 금지되는 구체적인 이유 기재].

□ **환자는 현재 약품(들)에 안정적 상태이며 약품 변경으로 인해 심각한 부작용을 야기할 위험이 높음** 예상되는 심각한 부정적인 임상 결과에 대한 구체적인 설명 및 심각한 부작용이 예상되는 이유를 명시해야 함 - 예를 들어 상태를 통제하기 어려워졌거나(많은 약을 시도했고 상태를 통제하기 위해 다수의 약품이 필요), 이전에 상태를 통제할 때 환자가 심각한 부작용을 갖게 되었거나(예를 들어 입원 또는 잦은 급성 의료 방문, 심장마비, 뇌졸중, 낙상, 심각한 기능적 제한, 과도한 통증 및 고통) 기타 등등.

□ **다른 복용 형태 및/또는 복용량 증가에 대한 의학적 필요**[아래에 명시: (1) 복용 형태(들) 및/또는 시도된 복용(들) 및 약품 시도의 결과, (2) 의학적 이유 설명, (3) 더 센 강도가 존재하는 경우, 강도를 높이고 복용 빈도를 줄이는 것이 선택사항이 될 수 없는 이유 포함].

□ **승인된 약물(포물러리) 군 예외 요청** 본 양식의 이전 약품 내역 섹션에 기재되지 않은 경우 아래에 명시: (1) 시도했던 승인된 약물(포물러리) 또는 선호 약품(들) 및 약품 시도(들)의 결과, (2) 부작용의 경우, 약품(들) 및 각 약품에 대한 부작용 기재, (3) 치료 실패/요청한 약품만큼 효과가 없었던 경우, 시도했던 약품(들)의 최대 복용량 및 치료 기간 기재, (4) 사용 금지의 경우, 선호 약품(들)/기타 승인된 약물(포물러리) 약품(들)이 사용 금지되는 구체적인 이유 기재].

□ 기타(아래에 설명)

설명 필요 _____

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP)는 Medicare Medi-Cal Plan 으로서 Medicare 및 Medi-Cal 과 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 등록은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객서비스부 무료 전화 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24 시간, 주 7 일 운영합니다. www.caloptima.org/OneCare 를 방문해 주십시오.

동봉:

- 가용성 공지 및 차별 금지 공지 삽입