



MEDICARE 藥物承保裁決申請表

請使用此表格向本計劃要求承保裁決。您也可以致電 1-800-788-2949，TTY 使用者請致電 711，或透過我們的網站 <https://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination> 要求承保裁決。您本人、您的醫生、處方師或您的授權代表均可提出此要求。

計劃參加者

姓名	出生日期
街道地址	城市
州	郵遞區號
電話	會員號碼

如果提出此要求的人不是計劃參加者或處方師：

要求者姓名
與計劃參加者的關係
街道地址 (包括城市、州及郵遞區號)
電話

- 請連同本表格提交證明您有權代表計劃參加者的文件 (填妥的代表授權書表格 CMS-1696 或具有同等效力的表格)。如需有關指定代表的進一步資訊，請與本計劃聯絡或致電 1-800-MEDICARE。(1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

此要求涉及的藥物名稱 (如有, 請提供劑量和數量資訊)

### 要求的類型

- 本人的藥物計劃向本人收取的藥物共付額高於本人應支付的共付額
- 本人想要獲得本人已自付費用之承保藥物的補償
- 本人要求對開立處方的藥物取得事先授權 (此要求可能需要佐證資訊)

對於下列類型的**要求, 您的處方師必須提供支持該要求的聲明**。您的處方師可填寫本表格第 3 頁和第 4 頁「例外處理要求或事先授權的佐證資訊」。

- 本人需要使用不在計劃承保藥物清單上的藥物 (處方集例外處理)
- 本人一直在使用某種藥物, 這種藥物之前曾列於該計劃的承保藥物清單上, 但在計劃年度內已經移除或將被移除 (處方集例外處理)
- 本人要求對下列規定做出例外處理: 在取得處方藥之前先試用另一種藥物 (處方集例外處理)
- 本人要求對計劃關於本人可以取得之藥錠數量的限制 (藥量限制) 進行例外處理, 以便本人可以取得為本人開立的藥錠數量 (處方集例外處理)
- 本人要求對計劃的事先授權規定做出例外處理, 本人原本必須滿足該規定才能取得處方藥 (處方集例外處理)。
- 本人的藥物計劃針對處方藥收取的共付額高於其收取治療本人病況之其他藥物的費用, 且本人想要支付較低的共付額 (層級例外處理)
- 本人之前使用的藥物屬於較低的共付額層級, 但已經或將要轉移到更高的共付額層級 (層級例外處理)

我們應考慮的額外資訊 (請隨本表格提交任何佐證文件):

---

---

---

---

### 您是否需要特急決定?

如果您或您的處方師認為等候 72 天時間獲得標準決定可能會使您的生命、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。如果您的處方師指出等候 72 天時間可能會使您的健康嚴重受損, 我們將會自動在 24 小時內向您提供我們的決定。如果您沒有取得處方師針對特急

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取得之藥物的費用，則不得提出特急決定要求。)

是，本人需要在 **24 小時內獲得決定**。如果您有處方師的佐證聲明，請隨附於此要求中。

簽名：	日期：
-----	-----

### 如何提交本表格

請透過郵寄或傳真提交本表格及佐證資訊：

地址：  
IEHP DualChoice (HMO D-SNP)  
10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131

傳真號碼：  
858-790-7100

例外處理要求或事先授權的佐證資訊  
由處方師填寫

要求特急審查：勾選此方塊並在下方簽名，即表示本人證明應用 **72 小時標準審查時限** 可能會嚴重危及計劃參加者的生命或健康，或計劃參加者恢復最大機能的能力。

### 處方師資訊

姓名	
街道地址 (包括城市、州及郵遞區號)	
診所電話	
傳真	
簽名	日期

### 診斷和醫療資訊

藥物：	單位含量及給藥途徑：
-----	------------

頻率:	開始日期: <input type="checkbox"/> 新的開始
預計治療時長:	每 30 天的藥量:
身高/體重:	藥物過敏:
診斷 – 請列出使用所要求之藥物治療的所有確診病況以及相應的 ICD-10 代碼。 (如果使用所要求的藥物治療的病況是某個症狀, 例如厭食症、體重減輕、呼吸短促、胸痛、噁心等, 請提供導致症狀的診斷結果 (如果知道))	ICD-10 代碼
其他相關診斷:	ICD-10 代碼

**藥物史: (用於治療需要所要求之藥物的病況)**

試用過的藥物 (如果問題涉及藥量限制, 請列出試用過的單位劑量/每日總劑量)	藥物試用日期	先前藥物試用結果 無效或不耐受 (請解釋)

針對需要所要求之藥物的病況, 計劃參加者目前的用藥方案是什麼?

<b>藥物安全</b>	
所要求的藥物是否有任何 <b>FDA 註明的禁忌症?</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
將要求的藥物新增至計劃參加者目前的藥物治療方案中時, 是否擔心會出現 <b>藥物交互作用?</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果針對上述任一問題的答案是肯定的, 請 1) 解釋問題, 2) 儘管存在上述疑慮, 但請討論其好處與潛在風險, 以及 3) 擬定監控計劃以確保安全	

**老年人用藥的高風險管理**

如果計劃參加者已年滿 65 歲，您是否覺得使用所要求之藥物進行治療的好處多過藥物對此年長者患者帶來的潛在風險？  是  否

**鴉片類藥物 - (如果所要求的藥物是鴉片類藥物，請回答這 4 個問題)**

每日累積嗎啡當量劑量 (Morphine Equivalent Dose, **MED**) 是多少？   
毫克/天

您是否知道有其他為該計劃參加者開立鴉片類藥物的處方師？  是  否  
如為「是」，請說明。

所述的每日 MED 劑量是否具有醫學必要性？  是  否  
較低的每日 MED 劑量是否足以控制計劃參加者的疼痛？  是  否

**要求的理由**

之前曾試用過替代藥物，但出現不良反應，例如毒性、過敏或治療失敗 [如果「藥物史」部分沒有註明，請於下方說明：(1) 試用過的藥物及藥物試用結果 (2) 如有不良反應，請列出每項藥物及不良反應；(3) 如治療失敗，請列出所試用之藥物的最大劑量及治療時長]

替代藥物有禁忌症，不會那麼有效或可能導致不良反應。需要具體解釋替代藥物為何不那麼有效，或預期會出現重大不良臨床結果，以及為何會出現這種結果。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

如果患者必須滿足事先授權要求，患者可能會出現不良反應。需要對任何預期的重大不良臨床結果以及為什麼會出現這種結果做出具體解釋。

患者在使用目前的藥物時病情穩定；藥物改變可能會使出現重大不良臨床結果的風險較高需要具體解釋任何預期重大不良臨床結果，以及預期會出現此結果的原因 - 例如：病況一直難以控制 (試用過多種藥物，需要多種藥物來控制病況)；病況以前沒有得到控制時，患者出現重大不良反應 (例如住院或頻繁急性醫療就診、心臟病發作、中風、跌倒、重大機能狀態限制、過度疼痛和痛苦等)。

需要不同劑型和/或更高劑量的醫療需求 [請於下方說明：(1) 所試用的劑型和/或劑量以及藥物試用的結果；(2) 解釋醫療原因 (3) 包括為何不能選擇較低頻率、較高劑量的藥物 (如果存在較高單位含量的藥物)]

要求處方集層級例外處理 如果未在「藥物史」部分註明，請於下方說明：(1) 所試用的處方集藥物或首選藥物以及藥物試用的結果 (2) 如果有不良反應，請列出每種藥物及其不良反應，(3) 如果治療失敗/效果不如所要求的藥物，請列出所試用之藥物的最大劑量和治療時長，(4) 如果有禁忌症，請列出首選藥物/其他處方集藥物有禁忌症的具體原因]

其他 (請於下方解釋)

---

---

---

---

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。參加 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。