

MEDICARE 처방약 혜택 보장 판단 요청

본 양식을 우편 또는 팩스로 저희에게 보내시면 됩니다.

주소: Medicare Part D
Prior Authorization Department
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

팩스 번호:
1-800-977-8226

혜택 보장 판단은 1-855-464-3571 (Los Angeles County) 또는 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) 번호로 전화하시거나 당사 웹사이트(healthnet.com/calmediconnect)를 통해 요청하실 수 있습니다. 가입자 서비스 운영시간은 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 영업 외 시간과 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일/업무일 내로 귀하께 답신 전화를 드릴 것입니다.

요청을 할 수 있는 사람: 처방자가 귀하를 대신하여 저희에게 혜택 보장 판단을 요청할 수 있습니다. 다른 사람(예: 가족 또는 친구)이 귀하를 대신해 요청해 주기를 원하신다면 그 사람은 귀하의 대리인이어야 합니다. 대리인 지명 방법에 대해 알아보려면 문의해 주십시오.

가입자 정보

가입자 성명		생년월일
가입자 주소		
시	주	우편번호
전화	가입자 ID 번호	

요청자가 가입자 또는 처방자가 아닌 경우에만 다음 섹션을 작성하십시오.

요청자 성명
요청자와 가입자의 관계

요청자 성명		
주소		
시	주	우편번호
전화		

가입자 또는 가입자의 처방자가 아닌 다른 사람이 요청을 하는 경우 대리 문서:

가입자를 대리할 권한이 있음을 보여주는 문서를 첨부하십시오(대리 권한 양식 **CMS-1696** 또는 이에 준하는 서면 문서). 대리인 임명에 대한 자세한 정보는 귀하의 플랜을 참조하시거나 **1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)** 번호로 문의하십시오. 연중무휴 **24** 시간 통화 가능합니다.

요청하고 있는 처방약의 이름(알고 있는 경우, 매달 요청된 수량 및 약효의 강도 포함):

혜택 보장 판단 요청의 유형

- 플랜의 혜택 약품 목록에 포함되지 않은 약품이 필요합니다(처방서 예외).*
- 플랜의 혜택 약품 목록에 포함되어 있었으나 이번 플랜 년도 중에 목록에서 제외되었거나 제외될 예정인 약품을 이용해 왔습니다(처방서 예외).*
- 처방자가 처방해 준 약품에 대한 사전 승인을 요청합니다.*
- 처방자가 처방해 준 약품을 갖기 전에 다른 약품을 시도해 보는 요건에 대해 예외를 요청합니다(처방서 예외).*
- 처방자가 처방해 준 알약 개수를 모두 받을 수 있도록 내가 받을 수 있는 알약 개수와 관련된 플랜의 제한(수량 제한)에 대해 예외를 요청합니다(처방서 예외).*
- 내 약품 플랜은 내 증상을 치료하는 다른 약품에 부과하는 것보다 더 높은 코페이먼트를 처방자가 처방해 준 약품에 부과하므로, 더 낮은 코페이먼트 지불을 원합니다(군 예외).*

□ 더 낮은 코페이먼트 군에 포함되어 있었으나 더 높은 코페이먼트 군으로 옮겨졌거나 옮겨질 예정인 약품을 이용해 왔습니다(군 예외).*

□ 내 약품 플랜이 약품에 대해 정해진 것보다 더 높은 코페이먼트를 나에게 부과했습니다.

□ 자비로 지불한 보장된 처방약에 대해 환급을 원합니다.

***참고:** 처방서 또는 군 예외를 요청하는 경우, 반드시 처방자는 귀하의 요청을 뒷받침하는 내역서를 제공해야 합니다. 사전 승인이 (또는 이용도 관리 요건이) 적용되는 요청은 증빙 정보가 요구될 수 있습니다. 처방자는 첨부된 "예외 요청 또는 사전 승인을 위한 증빙 정보"를 이용하여 귀하의 요청을 뒷받침할 수 있습니다.

고려해야 하는 추가 정보(모든 증빙 문서 첨부):

중요 메모: 신속한 결정

귀하 또는 처방자가 판단하기에 **72** 시간을 기다리는 것이 귀하의 생명이나 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 중대한 해를 끼칠 수 있다고 생각되는 경우, 신속한(빠른) 결정을 요청할 수 있습니다. **72** 시간을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 처방자가 적시하는 경우, 자동으로 **24** 시간 내에 결정을 내려 알려드립니다. 처방자로부터 신속한 결정 요청을 위한 도움을 받지 못하는 경우, 귀하의 케이스가 빠른 결정이 요구되는 것인지 저희가 결정하게 됩니다. 귀하가 이미 수령한 약품 대한 비용 환급을 저희에게 요청하는 경우, 신속한 혜택 보장 판단을 요청할 수 없습니다.

24 시간 이내에 결정이 필요하다고 생각하는 경우 이 공란에 체크 표시하십시오(처방자로부터 증빙 내역서를 받은 경우, 본 요청과 함께 첨부 요망).

서명:	날짜:
-----	-----

예외 요청 또는 사전 승인을 위한 증빙 정보

처방서 또는 군 예외 요청은 처방자의 증빙 내역서가 없는 경우 처리되지 않을 수 있습니다. 사전 승인 요청은 증빙 정보가 요구될 수 있습니다.

신속한 검토 요청: 본인은 이 공란에 체크 표시하고 아래에 서명함으로써 **72** 시간 표준 검토 기간 적용이 가입자의 생명이나 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 심각한 위협이 될 수 있음을 증명합니다.

처방자 정보		
이름		
주소		
시	주	우편번호

처방자 정보		
사무실 전화	팩스	
처방자 서명	날짜	

진단 및 의료 정보		
의약품:	약효 강도 및 복용 방법:	빈도:
시작일: <input type="checkbox"/> 신규 시작	치료법의 예상 기간:	30 일당 수량:
키/몸무게:	약품 알레르기:	
진단 - 요청된 약품으로 치료 중인 모든 진단 결과와 해당 ICD-10 코드를 작성하십시오. (요청된 약품으로 치료 중인 질환이 식용부진, 체중감소, 숨가쁨, 가슴 통증, 메스꺼움과 같은 증상이라면 해당 증상의 원인이 되는 진단 내용을 알고 있는 대로 작성하십시오)		ICD-10 코드
기타 관련 진단:		ICD-10 코드

약품 이력: (요청된 약품이 질환 치료에 필요한 경우)

시도한 약품 (수량 제한이 문제인 경우, 시도한 단위 용량/일일 총용량을 작성하십시오)	약품 시도 날짜	이전 약품 시도의 결과 실패 대 과민반응 (설명하십시오)

요청된 약품이 필요한 질환에 대해 가입자의 현재 약물 요법은 무엇입니까?

약품 안전	
요청된 약품에 FDA 가 고지한 금기사항이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

요청된 약품을 가입자의 현재 약물 요법에 추가하는 것과 관련하여 **약물 상호작용**에 대한 우려사항이 있습니까? 예 아니요

상기 기술된 질문에 대한 답변이 예인 경우, 1) 문제를 설명하고, 2) 기술된 우려사항은 빼고 혜택과 잠재적 위험에 대해 논의하고, 3) 안전을 보장하기 위한 관찰 계획을 작성하십시오

고령자에 대한 약품의 고위험 관리

가입자가 65 세 이상인 경우, 요청된 약품을 사용하는 치료의 혜택이 이 고령 환자에 대한 잠재적 위험보다 크다고 느끼십니까? 예 아니요

오피오이드 – (요청된 약품이 오피오이드인 경우, 다음 질문에 대한 답변을 작성하십시오)

일일 누적 모르핀 등가 용량(MED)은 얼마입니까? mg/일

이 가입자에게 오피오이드를 처방한 다른 처방자에 대해 알고 있습니까? 예 아니요
예인 경우, 설명하십시오.

기술된 일일 MED 용량은 의학적으로 필요한 수준입니까? 예 아니요

일일 MED 총용량을 줄이면 가입자의 통증을 통제하기에 부족해집니까? 예 아니요

요청 근거

□ **사용이 금지되었거나 이전에 시도한 적이 있지만 독성, 알레르기와 같은 부작용이나 치료 실패가 있었던 대체 약물** 양식 앞부분의 약물 이력 섹션에서 기술하지 않은 경우 아래에 명시하십시오. (1) 시도한 약물 및 약물 시도 결과, (2) 부작용인 경우, 약물과 각 부작용, (3) 치료 실패인 경우, 시도한 약물의 최대 용량과 치료 기간, (4) 선호 약물/기타 처방집 약물의 사용이 금지된 특정 이유를 작성하십시오.

□ **환자가 현재 약물에 대해 안정적이고, 의약품 변경 시 상당한 부정적 임상 결과를 초래할 위험이 높음** 중요한 부정적 임상 결과가 예상되는 경우 구체적인 설명과 중요한 부작용이 예상되는 경우 그 이유에 대한 설명이 필요함. 예: 질환의 통제가 어려운 경우(많은 약물 시도, 질환 통제에 여러 약물이 필요), 환자에게 중요한 부작용이 있어서 질환을 통제하지 못한 이력이 있음(예: 입원 또는 잦은 응급 병원 진료, 심장마비, 뇌졸중, 낙상, 중요한 기능 제한 상태, 과도한 통증 및 고통) 등.

□ **다른 용량 형태 및/또는 더 많은 용량에 대한 의학적 필요성** 아래에 명시하십시오. (1) 용량 형태 및/또는 시도한 용량과 약물 시도 결과, (2) 의학적 이유, (3) 투약의 빈도는 줄이고 강도를 높이는 방법을 선택하지 않은 이유(더 높은 강도를 사용한 경우)를 기술하십시오.

□ **처방서 군 예외에 대한 요청** 양식 앞부분의 약물 이력 섹션에서 기술하지 않은 경우 아래에 명시하십시오. (1) 시도한 처방집 또는 선호 약물 및 약물 시도 결과, (2) 부작용인 경우, 약물과 각 부작용, (3) 치료 실패/요청된 약물의 효과가 없는 경우, 시도한 약물의 최대 용량과 치료 기간, (4) 선호 약물/기타 처방집 약물의 사용이 금지된 특정 이유를 작성하십시오.

□ 기타 (아래에 설명하십시오)

요구되는 설명 _____

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare 및 Medi-Cal 과 협약을 맺어 가입자분들께 두 프로그램의 혜택을 제공하고자 하는 건강보험입니다.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8:00 a.m. to 8:00 p.m, Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا اتصل بالرقم 1-855-464-3571 في Los Angeles County والرقم 1-855-464-3572 في San Diego County (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية.

ARMENIAN

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Ձանգահարեք 1-855-464-3571 Los Angeles County-ում կամ 1-855-464-3572 San Diego County-ում (TTY` 711) երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

CAMBODIAN (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ហៅលេខ 1-855-464-3571 ក្នុង Los Angeles County ឬ 1-855-464-3572 ក្នុង San Diego County (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពី ម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានហៅបកមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

CHINESE

請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Los Angeles County 1-855-464-3571 或 San Diego County 1-855-464-3572 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

FARSI

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 در Los Angeles County یا 1-855-464-3572 در San Diego County (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است

KOREAN

알림: 귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Los Angeles County: 1-855-464-3571 또는 San Diego County: 1-855-464-3572 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 в Los Angeles County или 1-855-464-3572 в San Diego County (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.

SPANISH

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 en Los Angeles County o 1-855-464-3572 en San Diego County (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

TAGALOG

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tawagan ang 1-855-464-3571 sa Los Angeles County o 1-855-464-3572 sa San Diego County (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

VIETNAMESE

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng gọi 1-855-464-3571 ở Los Angeles County hoặc 1-855-464-3572 ở San Diego County (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).