

**Health Net Cal MediConnect Plan  
(Medicare-Medicaid Plan)**



申請對 Medicare 處方藥承保事項予以裁決

本表格可郵寄或傳真給我們：

地址：  
Medicare Pharmacy Prior  
Authorization Department  
P.O. Box 31397  
Tampa, FL 33631-3397

傳真號碼：  
1-877-941-0480

您也可以撥打 1-855-464-3571 ( Los Angeles County ) 或 1-855-464-3572 ( San Diego County ) ( TTY: 711 ) 或透過我們的網站 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 要求我們對承保事項予以裁決。會員服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下一個工作日回電給您。

**誰可以提出申請**：您的開立處方者可以代表您要求我們對承保事項予以裁決。如果您希望其他人 ( 例如家人或朋友 ) 代您提出申請，則該人士必須是您的代表。請聯絡我們，以瞭解如何指定您的代表。

**計畫參加者的資訊**

計畫參加者的姓名		出生日期
計畫參加者的地址		
城市	州	郵遞區號
電話	計畫參加者的會員識別編號	

僅當提出此申請的人士不是計畫參加者或開立處方者本人時，才需填妥以下部分：

申請人的姓名
申請人與計畫參加者的關係

申請人的姓名		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

**非由計畫參加者本人或計畫參加者的開立處方者提出申請的呈情書面紀錄：**

請附上可證明代表該計畫參加者的授權書面紀錄（填妥的代表授權表格 **CMS-1696** 或書面同等文件）。如需委任代表的更多資訊，請聯絡您的計畫或 **1-800-Medicare (1-800-633-4227)** (**TTY: 1-877-486-2048**)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

您申請的處方藥名稱（如已知，包括所申請之每個月的劑量強度與數量）：

**承保事項裁決申請的類型**

- 我需要本計畫承保藥品清單上未列出的藥品（處方一覽表例外處理）。\*
- 我一直使用之前列於計畫承保藥品清單上的藥品，但在計畫年度中該藥品正從或已從該清單移除（處方一覽表例外處理）。\*
- 我要為我的開立處方者已開出的藥品申請事先授權。\*
- 我要為我必須先嘗試其他藥品之後才能取得我的開立處方者所開藥品的規定，申請例外處理（處方一覽表例外處理）。\*
- 我要為我能取得的藥丸數量的計畫上限（數量限制）申請例外處理，以便我能取得我的開立處方者所開出的藥丸數量（處方一覽表例外處理）。\*
- 我的藥品計畫對於我的開立處方者所開出的藥品收取比治療我病況的其他藥品更高的共付額，而我希望支付較低的共付額（層級例外處理）。\*

我一直使用之前列於較低共付額層級的藥品，但該藥品正移往或已移往更高的共付額層級（層級例外處理）。\*

我的藥品計畫對某項藥品收取了比正常情況更高的共付額。

我希望我已自費支付的受承保處方藥獲得退款。

**\*附註：**如果您申請處方一覽表或層級例外處理，您的開立處方者必須出具一份聲明以為您的申請提供佐證。受事先授權（或任何其他利用管理規定）規範的申請可能需要提供佐證資訊。您的開立處方者可使用隨附的「例外處理申請或事先授權之佐證資訊」來佐證您的申請。

我們應考慮的額外資訊（請附上任何佐證文件）：

---

---

---

---

#### 重要備註：特急決定

若您或您的開立處方者認為等待 72 小時進行標準決定有可能嚴重損害您的生命、健康或重獲最大機能的能力時，您可要求進行特急（快速）決定。如果您的開立處方者指出等待 72 小時可能會嚴重損害您的健康，則我們將會自動在 24 小時內給予您決定。若您未取得您的開立處方者對特急申請的佐證，我們將決定您的申請是否需要快速決定。如果您要求我們償還您已獲得之藥品的費用，則您不能要求對承保事項予以特急裁決。

若您認為您需要在 24 小時內獲得決定，請勾選此方框（若您有來自您的開立處方者的佐證聲明，請附加在本申請書）。

簽名：

日期：

#### 例外處理申請或事先授權之佐證資訊

處方一覽表和層級例外處理申請必須有開立處方者的佐證聲明方可處理。事先授權申請可能需要提供佐證資訊。

申請特急審查：勾選此方框並在下方簽名，即表示我證實採取 72 小時標準審查的時限可能會嚴重損害計畫參加者的生命或健康或計畫參加者重獲最大機能的能力。

#### 開立處方者的資訊

姓名

開立處方者的資訊			
地址			
城市	州	郵遞區號	
辦公室電話		傳真	
開立處方者簽名			日期

診斷與醫療資訊			
藥物：	劑量強度和用藥途徑：	頻率：	
開始用藥日期： <input type="checkbox"/> 新開始	預期的治療時長：	每 30 天的數量：	
身高 / 體重：	藥品過敏：		
<b>診斷 – 請列出所有用所申請之藥品治療的疾病診斷和對應的 ICD-10 代碼。</b> ( 如果用所申請之藥品治療的病況是某種症狀，例如厭食症、體重減輕、呼吸短促、胸痛、噁心等，則請提供引起該症狀的疾病診斷 ( 若已知曉 ) )			ICD-10 代碼
其他相關診斷：			ICD-10 代碼

**用藥紀錄：( 針對需要以所申請之藥品來治療的病症 )**

試用過的藥品 ( 如果數量限制會造成問題，則請列出所嘗試的單位劑量 / 每日總劑量 )	藥品試用日期	先前的藥品試用結果 無效或不耐受 ( 請說明 )

對於計畫參加者需要用所申請的藥品來治療之病症，目前使用了哪種用藥方案？

**藥品安全**

所申請的藥品是否有任何 <b>FDA 註明的禁忌症</b> ？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在計畫參加者目前的用藥方案中加用所申請的藥品，是否有顧慮這樣做會引起任何 <b>藥物交互作用</b> ？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果上述任何一個問題的答案為「是」，請 (1) 說明問題、(2) 討論上述顧慮外的效益與潛在風險，以及(3) 擬定監測計畫以確保安全。	
<b>老年人用藥的高風險控管</b>	
如果計畫參加者年齡超過 65 歲，您是否認為對這位老年患者使用所申請的藥品來治療，其效益會大於潛在的風險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>鴉片類藥物 – ( 如果所申請的藥品是鴉片類藥物，請回答以下問題 )</b>	
每日累積嗎啡等效劑量 ( <b>MED</b> ) 為多少？	<input type="text"/> 毫克 / 天
您是否知道此計畫參加者有其他鴉片類藥物開立處方者？ 如果知道，請解釋。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
所述的每日 MED 劑量是否在醫療上是必要的？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
較低的每日 MED 總劑量是否不足以控制計畫參加者的疼痛？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 提出申請的理由

**病況對於替代藥品為禁忌症，或之前試用過但有不良結果，例如毒性、過敏或治療無效。**如果尚未在本表格前面的「用藥紀錄」欄目中註明這個情況，請具體說明於下：(1) 試用過的藥品和藥品試用的結果，(2) 如果發生不良結果，請列出每種藥品和不良結果，(3) 如果治療無效，請列出所試用藥品的最大劑量和治療時長，(4) 如果存在禁忌症，請列出為何首選藥品 / 其他處方一覽表藥品禁忌使用的具體原因

**患者對目前的藥品為穩定；藥品改變會有重大的不良臨床結果的高風險。**必須具體解釋任何預期的重大不良臨床結果，以及為何會預期出現重大的不良結果 – 例如：病症一直難以控制（已試過許多藥品、需要多重藥品來控制病症），患者在先前病症未獲控制時曾發生重大的不良結果（例如住院或經常因急症就醫、心臟病發作、中風、跌倒、功能狀態重大受限、過度疼痛和痛苦）等

**對於不同劑型和 / 或較高劑量有醫療上的需求。**請具體說明於下：(1) 所試用的劑型和 / 或劑量以及藥品試用的結果；(2) 解釋醫療上的理由；(3) 包括為何不宜選用較高強度搭配較不頻繁的用藥 – 如果用了較高強度

**申請處方一覽表層級例外處理。**如果未在本表格前面的「用藥紀錄」欄目中註明，請具體說明於下：(1) 已試用過的處方一覽表藥品或首選藥品以及藥品試用的結果，(2) 如果發生不良結果，請列出每種藥品和不良結果，(3) 如果治療無效 / 未如所申請的藥品一樣有效，請列出已試用藥品的最大劑量和治療時長，(4) 如果有禁忌症，請列出禁用首選藥品 / 其他處方一覽表藥品的具體原因

**其他**（請在下方說明）

**必要的解釋** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---