

MEDICARE 처방약 혜택 보장 판단 요청

본 양식을 우편 또는 팩스로 저희에게 보내시면 됩니다.

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

팩스 번호: 1-877-941-0480

혜택 보장 판단은 1-855-464-3571 (Los Angeles County) 또는 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) 번호로 전화하시거나 당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com를 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 약품** 양식 앞부분의 약품 이력 섹션에서 기술하지 않은 경우 아래에 명시하십시오. (1) 시도한 약품 및 약품 시도 결과, (2) 부작용인 경우, 약품과 각 부작용, (3) 치료 실패인 경우, 시도한 약품의 최대 용량과 치료 기간, (4) 선호 약품/기타 처방집 약품의 사용이 금지된 특정 이유를 작성하십시오.

□ **환자가 현재 약품에 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 약품 시도, 질환 통제에 여러 약품이 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 약품 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 약품 이력 섹션에서 기술하지 않은 경우 아래에 명시하십시오. (1) 시도한 처방집 또는 선호 약품 및 약품 시도 결과, (2) 부작용인 경우, 약품과 각 부작용, (3) 치료 실패/요청된 약품의 효과가 없는 경우, 시도한 약품의 최대 용량과 치료 기간, (4) 선호 약품/기타 처방집 약품의 사용이 금지된 특정 이유를 작성하십시오.

□ 기타 (아래에 설명하십시오)

요구되는 설명 _____
