

请求确定 Medicare 处方药物承保范围

这份表格可以通过邮寄或传真发给我们：

地址：

CareOregon Advantage
Attention: Pharmacy PA Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

传真号码：

503-416-8109

您也可以通过电话要求我们针对承保范围做决定，电话号码是 503-416-4279 或也可拨打免费电话 888-712- 3258，或通过我们网站（网址是 careoregonadvantage.org）这么做。

谁可提出请求： 为您开处方者可以代您要求我们针对您的承保范围做决定。如果您希望其他人（如一名家庭成员或朋友）为您提出请求，则此人必须是您的代表。请联系我们了解如何任命一位代表。

会员信息

会员姓名		出生日期
会员地址		
城市	州	邮编
电话	会员 ID 号	

除非提出请求者不是会员或开处方者，否则不用填写以下这部分：

申请者姓名		
申请者和会员之间的关系		
地址		
城市	州	邮编
电话		

由不是会员或为会员开处方者以外的其他人提出请求的代表证明：

请附上显示有权代表会员的文件证明（完整填写的 **Authorization of Representation Form**（**CMS-1696** 授权代表表）或其他有同等效力的书面文件）。欲了解更多关于如何指定一位代表的信息，请联系您的计划或 **1-800-Medicare**。

您请求承保的处方药名称（如果知道的话，请告知每月要求承保的剂量和数量）：

请求承保范围决定的类型

- 我需要一种不在该计划承保药物清单上的药物（针对药物名册的例外处理）。*
- 我一直在用一种以前被列入该计划承保药物清单上的药物，但即将被或在这个计划年度内已被从清单中删除（针对药物名册的例外处理）。*
- 我请求预先批准一种开处方者已给我开的药。*
- 我请求豁免在获得开处方者开的药前先尝试另一种药物的要求（针对药物名册的例外处理）。*
- 我请求豁免该计划对我可拿到的药片数量的限制（数量限制），以便让我可以获得开处方者开的药片数量（针对药物名册的例外处理）。*
- 我的药物计划对开处方者开的药物收取的自付额比治疗我病情的另一种药物的自付额高，并且我想支付较低自付额（针对层级的例外处理）。*
- 我一直在用一种以前放在较低自付额类别中的药物，但现在即将或已移至较高自付额类别（针对层级的例外处理）。*
- 我的药物计划向我收取的药物自付额高于应有的费用。
- 我希望为自费购买的承保处方药获得报销。

***注：**如果您要求的是针对药物名册的例外处理或针对层级的例外处理，开处方者必须提供声明支持您的请求。需要预先批准（或任何其他使用管理要求）的请求可能需要佐证信息。开处方者可使用随附的“**Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization**”（“请求做例外处理或获得预先批准的佐证信息”）表来支持您的请求。

我们应考虑的其他信息（请附上所有佐证文件）：

重要提醒： 加急处理的决定

如果您或开处方者认为，为获得标准决定等待 72 小时可能会对您的生命、健康或恢复最大功能的能力造成严重伤害，您可以要求做加急（快速）决定。如果开处方者说等待 72 小时可能会严重损害您的健康，我们将自动在 24 小时内给您决定。如果开处方者没有支持您加急申请，我们将决定您这个案例是否需要快速决定。如果您要求我们为您已收到的处方药退钱，则不能请求进行加急承保范围决定。

如果您认为您需要在 24 小时内有决定，请勾选这个方框（如果您有开处方者的支持声明，请将声明附在请求中）。

签名:	日期:
-----	-----

请求做例外处理或预先批准的佐证信息

如果没有开处方者的支持声明，则无法受理针对药物名册的例外处理和针对层级的例外处理的请求。 请求预先批准可能需要佐证信息。

请求加急审理： 我勾选这个方框并在下面签名即是证明如使用 **72 小时**标准审核时间可能会对会员的生命或健康或恢复最大功能的能力造成严重伤害。

开处方者的信息		
姓名		
地址		
城市	州	邮编
办公室电话	传真	
开处方者的签名		日期

诊断及医疗信息		
药物:	服用剂量强度及方式:	频率:
开始服用的日期: <input type="checkbox"/> 新开始服用	预期治疗时间长度:	每 30 天的服用数量
身高/体重	药物过敏:	
诊断 - 请列出在用所请求的药物治疗的所有诊断及相应的 ICD-10 代码。 (如果使用所需药物治疗的病情是一种症状，例如厌食、体重减轻、呼吸短促、胸痛、恶心等，请提供导致这些症状的诊断 (如果已知病因))		ICD-10 代码
其他相关诊断:		ICD-10 代码

用药史 (用于治疗病情所需的药物)		
试过的药物 (如果数量限制是个问题，请列出已尝试过的单位剂量/每日总剂量)	药物试验日期	既往药物试验的结果 用药失败与药物不耐受 (请说明)

试过的药物 (如果数量限制是个问题, 请列出已尝试过的单位剂量/每日总剂量)	药物试验日期	既往药物试验的结果 用药失败与药物不耐受 (请说明)
对于需要所请求药物的一个或多个病症, 会员目前的药物治疗方案是什么?		

用药安全	
所请求的药物是否有任何 FDA 标明的禁忌症?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如将所请求的药物加到会员目前的药物治疗方案中, 是否会有任何 药物相互作用 的问题?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果对上述任一问题的答案是“是”, 请: 1) 说明相关问题, 2) 讨论尽管有注明的问题, 还有哪些益处与潜在风险, 以及 3) 为确保安全的监控计划	
老年人药物的高风险管理	
如果会员超过 65 岁 , 您是否认为用所要求的药物进行治疗的好处超过对这个老年患者的潜在风险?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
阿片类药物 - (如果所要求的药物是一种阿片类药物, 请填写下列问题)	
每日累积吗啡等效剂量(MED)是?	<input style="width: 80px;" type="text"/> 毫克/天
您是否知道这位会员还有其他为其开阿片类药物处方者? 如果有, 请说明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
所述每日吗啡等效剂量在医学上是否必要?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
较低的每日吗啡等效剂量总剂量是否不足以控制会员的疼痛?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
提出申请的理由	

有禁忌症或以前尝试过但有不良后果（例如，毒性、过敏或治疗失败）的替代药物 [如果未在表格中刚才的用药史部分中注明，请在下面说明：(1) 尝试过的药物和药物试验的结果 (2) 如果有不良反应，请列出每种使用的药物和不良反应，(3) 如果治疗失败，请列出所尝试的药物的最高剂量和治疗时长，(4) 如果有禁忌症，请列出首选药物/其他药物名册中的药物会有禁忌症的具体原因]

患者使用当前药物病情稳定；如果换药有导致重大不良临床反应的高风险 需要具体说明任何预期的重大不良临床反应以及预期会出现重大不良反应的原因。例如，病情一直难以控制（试过多种药物。需要多种药物来控制病情），之前病情未得到控制时，患者有显著的不良反应（例如，住院或频繁因急性病就诊、心脏病发作、中风、跌倒、功能状态显著受限、过度疼痛和痛苦）等。

有需要不同剂型及/或更高剂量的医疗需求 [请在下面具体说明：(1) 尝试过的剂量形式及/或剂量和药物试验的结果：(2) 说明医学原因 (3) 告知为何不可用更高剂量但减少用药次数（如果有更高剂量的话）]

针对药物名册的例外处理请求 如果未在表格中刚才的用药史部分中注明，请在下面具体说明：(1) 尝试过的药物名册中的药物或首选药物，以及药物试验的结果 (2) 如果有不良反应，请列出每种使用的药物和不良反应，(3) 如果治疗失败/效果不如所请求承保的药物，请列出所尝试的药物的最高剂量和治疗时长，(4) 如果有禁忌症，请列出首选药物/其他药物名册中的药物会有禁忌症的具体原因]

其他（请在下面解释说明）

需要的说明 _____
