

申请 MEDICARE 处方药的承保范围确定

本表格可以邮寄或传真给我们：

地址：

**Blue Shield of California**  
**PO Box 70850 Oakland, CA 94612-0850**

传真号码：

**1 (888) 697-8122**

您亦可致电 1 (800) 535-9481 要求我们进行保险范围确定。您可以在线浏览处方集，网址：  
<http://www.blueshieldca.com/medicare>。

**可以提出申请的对象：** 您的处方医生可能会要求我们为您确定保险范围。如果您希望他人（例如家庭成员或朋友）为您提出请求，那么该人士必须是您的代表。请联系我们，了解如何指派一位代表。

**投保人信息**

投保人姓名		出生日期
投保人地址		
城市	州	邮递区号
电话	投保人会员 ID 编号	

**仅当提出此请求的人士并非投保人或处方医生时，请填写以下部分：**

申请人姓名		
申请人与投保人的关系		
地址		
城市	州	邮递区号
电话		

**由投保人或投保人的处方医生以外的人士提出请求的代表证明文件：**

随附证明授权代表投保人的文件（一份填妥的授权代表表格 **CMS-1696** 或书面等效文件）。有关指派代表的更多信息，请联系您的计划或致电 **1-800-Medicare**。

您所请求的处方药名称（如果您知晓，那么请包括每月要求的剂量和数量）：

### 承保范围确定请求的类型

- 本人所需的药物，是一种不在该计划的承保药物清单上的药物（处方集例外）。\*
- 本人持续服用的一种药物，这种药物先前被收录在该计划的药物清单中，但在本计划年度内将被移除或已从该清单中移除（处方集例外）。\*
- 本人申请用于本人处方医生所开具的药物的事先授权。\*
- 针对有关本人在获得本人处方医生开具的药物前尝试另外一种药物的要求，本人申请一次例外处理（处方集例外）。\*
- 本人申请一次例外处理该计划对本人可收到的药片数量的限制（数量限制），以便本人可得到本人处方医生所开具的药片数量（处方集例外）。\*
- 本人的药物计划对本人处方医生所开具的药物收取的共付额，比治疗本人疾病的其他药物的共付额更高，本人要求支付共付额更低些（分级例外）。\*
- 本人持续服用的一种药物，先前属于较共付额层级但现在已被转移到或转移到较高的共付额层级上（分级例外）。\*
- 本人的药物治疗计划向本人收取的药物共付额比应支付的高。
- 本人需要报销本人支付用于承保处方药的付现额。

**\*注意：如果您要求处方集或分级例外，那么您的处方医生必须提供支持您请求的声明。需要事先授权（或任何其他效用管理要求）的请求可能需要支持性信息。您的处方医生可利用随附的“例外请求或事先授权的支持性信息”来支持您的请求。**

我们应考虑的其他信息（随附任何支持性文件）：

---

---

---

---

### 重要说明：加急裁决

如果您或您的处方医生认为，等待 72 小时才能得到标准裁决，可能会严重损害您的生命、健康或恢复最大身体机能的能力，您可以请求加急裁决。如果您的处方医生指示等待 72 小时会严重损害您的健康，我们将自动在 24 小时内给予您一项裁决。如果您未获得处方医生对加急请求的支持，我们将决定您的个案是否需要快速裁决。如果您要我们报销您已经收到的药物，那么您无法请求快速确定承保范围。

如果您认为需要在 **24 小时内**做出裁决，请勾选此框（如果您有您处方医生提供的支持性声明，请将其附在此申请中）。

签名:	日期:
-----	-----

**例外请求或事先授权的支持性信息**

未提供处方医生的支持性声明时，无法受理处方集和分级例外请求。事先授权请求可能需要支持性信息。

关于加急审查的申请：通过勾选此复选框并在下方签名，本人证明适用 **72 小时标准审查时间框架可能严重危害投保人的生命或健康，或投保人恢复最大身体机能的能力。**

诊断和医疗信息		
药品:	剂量和给药途径:	给药次数:
开始日期: <input type="checkbox"/> 刚刚开始	预期疗程:	每 30 天的数量
身高/体重:	药物过敏:	
<b>诊断 – 请列出所有使用所申请药物和相应 ICD-10 代码治疗的诊断。</b> (如果使用所请求的药物治疗的是一种症状，如厌食、体重减轻、气短、胸痛、恶心等，如果已知，应提供导致该症状的诊断)		ICD-10 代码
其他相关诊断:		ICD-10 代码
用药史: (用于治疗需要所请求的药物的疾病)		
已试用的药物 (如果存在数量限制问题，请列出单位剂量/每日总剂量)	药物试验日期	先前药物试验的结果 无效或不耐受 (说明)
对于需要所请求的药物的疾病情况，投保人当前的药物治疗方案是什么？		

用药安全	
所请求的药物是否有 <b>FDA 注明的禁忌症</b> ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
将所请求的药物添加到了目前的药物治疗方案中，是否有任何对 <b>药物交互作用</b> 的顾虑?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果对以上任何一个问题的回答为“是”，请 1) 说明问题，2) 讨论益处与潜在风险（尽管已存在所注明的顾虑），3) 确保安全的监控计划	
老年人药物的高风险管理	
如果投保人年龄超过 65 岁，您是否认为使用所请求的药物进行治疗的益处大于该老年患者的潜在风险?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**阿片类药物 - (如果所请求的药物属于阿片类药物, 请填写以下问题)**

每日累积的吗啡当量剂量 (MED) 是多少?  mg/天

您是否知道该投保人的其他阿片类药物处方药?  是  否  
如果是, 请说明。

规定的每日 MED 剂量是否具有医疗必要性?  是  否

较低的每日总 MED 剂量不足以控制投保人的疼痛吗?  是  否

**请求的理由**

**存有禁忌症或以前试用过的其他药物, 但有不良后果, 如毒性、过敏或治疗无效** [如果在表格前面的用药史部分没有注明, 请在下方注明: (1) 试用过的药物及药物试验的结果; (2) 如果存在不良结果, 列出每种药物及不良结果; (3) 如果治疗无效, 列出所试用过的药物的最大剂量和疗程; (4) 如果有禁忌症, 请列出禁止使用首选药物/其他处方药的具体原因]

**患者目前用药情况稳定; 改变药物治疗有显著不良临床结果的高风险** 需要对任何预期的显著不良临床预后以及为什么预期会出现显著不良预后进行详细说明——例如, 病情难以控制 (试用过多种药物, 需要多重药物来控制病情); 当先前病情没有得到控制时, 患者出现了明显的不良预后 (例如住院或频繁的急症就诊、心脏病发作、中风、跌倒、身体机能严重受限、过多疼痛和折磨) 等等。

**针对不同剂型和/或更高剂量的医疗需求** [指定如下: (1) 试用过的剂型和/或剂量, 以及药物试验结果; (2) 说明医疗原因; (3) 包括为什么不能选择较低给药次数的较高规格——如果存在较高规格时]

**适用于处方集层级例外的请求** 如果在表格前面的用药史部分没有注明, 请在下方注明: (1) 试用过的处方集或首选药物及药物试验的结果; (2) 如果存在不良结果, 列出每种药物及不良结果; (3) 如果治疗无效/效果不如所请求的药物, 列出所试用过的药物的最大剂量和疗程; (4) 如果有禁忌症, 请列出禁止使用首选药物/其他处方药的具体原因]

**其他** (在下方说明)

必填说明 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

