

MEDICARE 처방약 보장 적용 결정 요청서

이 양식은 우편이나 팩스로 보낼 수 있습니다.

주소: Blue Shield of California Pharmacy Services PO Box 2080 Oakland, CA 94604-9716
팩스 번호: (888) 697-8122

(800) 535-9481 번으로 문의하거나 웹사이트 blueshieldca.com/medicare 를 방문하여 보장 적용 결정을 요청하실 수도 있습니다.

요청 대상자: 귀하의 처방자가 귀하를 대신하여 보장 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 다른 사람(예: 가족 또는 친구)이 귀하를 대신하여 요청하기를 원하는 경우 그 사람은 귀하의 대리인이어야 합니다. 대리인 지명 방법은 당사에 문의해 주시기를 바랍니다.

가입자 정보

Form with fields for member name, birth date, address, city, state, zip, phone, and ID number.

다음 섹션은 요청자가 가입자나 처방자가 아닌 경우에만 작성해 주십시오.

Form with fields for requester name, relationship to member, address, city, state, zip, and phone.

요청자가 가입자나 가입자의 처방자가 아닌 다른 사람의 경우 필요한 대리 서류:

가입자의 대리인 권한을 증명하는 서류(작성한 대리 승인 양식 CMS-1696 또는 이에 상응하는 서면)를 첨부해 주십시오. 대리인 지정에 관한 자세한 내용은 해당 플랜이나 1-800-Medicare 에 문의해 주십시오.

요청하는 처방약 이름(이름을 알고 있는 경우 월별 요청 함량 및 수량 포함):

**보장 적용 결정 요청 유형**

- 본인은 플랜의 보장 의약품 목록에 없는 의약품이 필요합니다(처방집 예외).\*
- 본인은 이전에 플랜의 보장 의약품 목록에 포함된 의약품을 사용해 왔지만, 해당 의약품이 플랜 연도 동안 해당 목록에서 삭제 중이거나 삭제되었습니다(처방집 예외).\*
- 본인은 처방자가 처방한 의약품에 대해 사전 승인을 요청합니다.\*
- 본인은 처방자가 처방한 의약품을 받기 전에 다른 의약품을 시도해야 하는 요구 사항에 대한 예외를 요청합니다(처방집 예외).\*
- 본인은 처방자가 처방한 알약 수를 받을 수 있도록 받을 수 있는 알약 수에 대한 플랜 제한(수량 제한)에 대한 예외를 요청합니다(처방집 예외).\*
- 본인의 의약품 플랜에서는 본인의 질환을 치료하는 다른 의약품보다 처방자가 처방한 의약품에 대해 더 높은 본인 부담금을 청구하며, 본인은 더 낮은 본인 부담금을 지불하고 싶습니다(등급화 예외).\*
- 본인은 이전에 본인 부담금이 더 낮은 등급에 포함된 의약품을 사용해 왔지만, 해당 의약품이 본인 부담금이 더 높은 등급으로 전환 중이거나 전환되었습니다(등급화 예외).\*
- 본인의 의약품 플랜에서는 의약품에 대해 원래보다 더 높은 본인 부담금을 청구했습니다.
- 본인이 자비로 지불한 보장 처방약에 대한 비용을 환급받고 싶습니다.

\*참고: 처방집이나 단계화 예외를 요청하는 경우 귀하의 처방자는 이러한 요청을 뒷받침하는 진술서를 제공해야 합니다. 사전 승인(또는 기타 활용 관리 요구 사항)이 적용되는 요청에는 증빙 정보가 필요할 수 있습니다. 처방자는 귀하의 요청을 뒷받침하기 위해 첨부된 '예외 요청 또는 사전 승인에 대한 증빙 정보'를 사용할 수 있습니다.

당사에서 고려해야 할 추가 정보(증빙 서류 첨부):


**중요 참고 사항: 신속 결정**

귀하 또는 귀하의 처방자가 표준 결정이 내려질 때까지 72 시간을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 생각하는 경우 신속(빠른) 결정을 요청하실 수 있습니다. 처방자가 72 시간을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 알리면 24 시간 이내에 자동으로 결정이 내려집니다. 귀하가 신속 요청을 위한 처방자의 지원을 받지 못하는 경우에는 당사에서 귀하의 사례에 신속 결정이 필요한지를 결정할 것입니다. 이미 받은 의약품의 비용 환급을 요청하는 경우 신속 보장 적용 결정을 요청하실 수 없습니다.

24 시간 이내에 결정이 내려져야 한다고 생각하는 경우 이 확인란을 선택해 주십시오(처방자의 증빙 진술서가 있는 경우 본 요청서에 첨부해 주십시오).

서명:	날짜:
-----	-----

**예외 요청 또는 사전 승인에 대한 증빙 정보**

처방집 및 단계화 예외 요청은 처방자의 증빙 진술서가 없이는 처리할 수 없습니다. 사전 승인 요청 시 증빙 정보가 필요할 수 있습니다.

신속 검토 요청: 본인은 이 확인란을 선택하고 아래에 서명함으로써 72 시간의 표준 검토 기간 적용 시 가입자의 생명이나 건강 또는 최대 기능 회복 능력이 심각하게 위태로워질 수 있다는 사실을 증명합니다.

<b>처방자 정보</b>		
이름		
주소		
도시	주	우편 번호
사무실 전화	팩스	
처방자 서명	날짜	

진단 및 의료 정보		
약:	투약 함량 및 경로:	빈도:
시작일: <input type="checkbox"/> 새로운 시작	예상 치료 기간:	30 일당 수량
키/몸무게:	약물 알레르기:	
진단 - 요청한 의약품으로 치료 중인 모든 진단과 해당 ICD-10 코드를 나열해 주십시오. (요청한 의약품으로 치료 중인 질환이 식욕 부진, 체중 감소, 호흡 곤란, 흉통, 구역 등의 증상에 해당하면 알려진 경우 증상을 유발하는 진단을 제공해 주십시오)		ICD-10 코드
기타 관련 진단:		ICD-10 코드
의약품 복용력: (요청한 의약품이 필요한 질환을 치료하기 위한 목적)		
시도한 의약품 (수량 제한이 문제인 경우 시도한 단위 복용량/일일 총복용량을 나열해 주십시오.)	의약품 시도 날짜	이전 의약품 시도 결과 실패와 불내성 비교(설명)
가입자가 현재 요청한 의약품이 필요한 질환에 사용하는 의약품 요법은 무엇입니까?		

의약품 안전성	
요청한 의약품에 FDA 에서 명시한 금기 사항이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
가입자의 현재 의약품 요법에 요청한 의약을 추가할 경우 의약품 상호 작용에 대한 우려 사항이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
위 질문 중 하나에 '예'라고 답한 경우 1) 문제를 설명하고, 2) 명시된 우려 사항을 제외한 이점과 잠재적 위험을 비교 및 논의하고, 3) 안전성을 보장하기 위한 모니터링 계획을 알려 주십시오.	

**노인 의약품의 고위험 관리**

65 세 이상의 가입자인 경우 요청한 의약품을 사용하여 치료했을 때의 이점이 노인 환자에게 발생할 수 있는 위험보다 크다고 생각하십니까?

예  아니요

**오피오이드 - (요청한 의약품이 오피오이드인 경우 다음 질문을 작성해 주십시오)**

일일 누적 모르핀 동등 복용량(MED)는 얼마입니까?  mg/일

이 가입자의 다른 오피오이드 처방자를 알고 있습니까?  예  아니요  
알고 있는 경우 설명해 주십시오.

명시한 일일 MED 복용량이 의학적으로 필요합니까?  예  아니요

일일 총 MED 복용량이 더 적으면 가입자의 통증을 조절하기가 어렵습니까?  예  아니요

**요청 사유**

**사용이 금지되었거나 이전에 시도했지만, 부작용(예: 독성, 알레르기)이 발생하거나 치료에 실패한 대체 의약품** [본 양식의 앞부분에 나오는 의약품 복용력 섹션에 아직 명시하지 않은 경우 아래에 명시해 주십시오. (1) 시도한 의약품과 의약품 시도 결과, (2) 부작용이 있는 경우 각각에 대한 의약품과 부작용, (3) 치료에 실패한 경우 시도한 의약품의 최대 복용량과 치료 기간, (4) 금기 사항이 있는 경우 선호 의약품/기타 처방집 의약품 사용이 금지된 구체적인 이유를 명시해 주십시오.]

**환자는 현재 의약품에 안정적인 반응을 보이며 약 변경 시 중대한 부정적 임상 결과가 발생할 위험이 높음** 예상되는 중대한 부정적 임상 결과와 그러한 결과가 예상되는 이유를 구체적으로 설명해 주십시오. 예: 질환을 조절하기가 어려움(많은 의약품을 시도했으며 질환을 조절하는 데 여러 의약품이 필요함), 이전에 질환을 조절하지 않았을 때 환자에게 중대한 부작용이 발생함(예: 입원 또는 잦은 급성 병원 진료, 심장 마비, 뇌졸중, 낙상, 중대한 기능 상태 제한, 극심한 통증, 고통) 등.

**다양한 제형 및/또는 더 많은 복용량에 대한 의학적 필요성** [아래에 명시해 주십시오. (1) 시도한 제형 및/또는 복용량과 의약품 시도 결과를 명시하고, (2) 의학적 이유를 설명하고, (3) 함량이 더 높은 의약품이 있는 경우 더 높은 함량으로 복용 횟수가 더 적은 것이 선택 사항이 아닌 이유를 알려 주십시오.]

**처방집 등급 예외 요청** [본 양식의 앞부분에 나오는 의약품 복용력 섹션에 명시하지 않은 경우 아래에 명시해 주십시오. (1) 시도한 처방집 또는 선호 의약품과 의약품 시도 결과, (2) 부작용이 있는 경우 각각에 대한 의약품과 부작용, (3) 치료에 실패하거나 요청한 의약품만큼 효과가 없는 경우 시도한 의약품의 최대 복용량과 치료 기간, (4) 금기 사항이 있는 경우 선호 의약품/기타 처방집 의약품 사용이 금지된 구체적인 이유를 명시해 주십시오.]

**기타(아래에 설명해 주세요.)**

필수 설명 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。