Health Net

Medicare 處方藥承保判定申請表

本表格可採郵寄或傳真發送給我們：

地址：
Medicare Part D
Prior Authorization Department
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

傳真號碼：
1-800-977-8226

您也可以撥打 1-855-464-3571（適用於 Los Angeles County）、1-855-464-3572（適用於 San Diego County）或透過我們的網站 www.healthnet.com/calmediconnect 要求我們進行承保判定。聽障專線使用者請撥 711。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 。在非營業時間、週末及假日，您可能必須留下留言。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進行承保判定。如果您希望其他人（例如家人或朋友）為您提出要求，則該人士必須是您的代表。請聯絡我們，了解如何指定您的代表。

計畫參加者資訊

計畫參加者姓名		出生日期
計畫參加者地址		
城市	州	郵遞區號
電話	計畫參加者會員識別編號	

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，才須填妥以下部分：

申請人姓名		
申請人與計畫參加者的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話		

非由計畫參加者或計畫參加者的開立處方者提出申請的代表書面紀錄：

請附加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。

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）：

承保判定申請的類型

☐ 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，但在計畫年度中該清單正在移除或已移除該藥品（處方一覽表例外處理）。***

☐ 我對於我的開立處方者已處方的藥品申請事先授權。*

☐ 對於必須先嘗試其他藥品之後才能取得開立處方者所處方之藥品的規定，我申請例外處理（處方一覽表例外處理）。*

☐ 我對於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處方的藥丸數量（處方一覽表例外處理）。*

☐ 我的藥品計畫對於我的開立處方者處方的藥品收取比治療我病況的其他藥品更高的共付額，且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）。***

☐ 我的藥品計畫對於藥品收取比正常情況更高的共付額。

☐ 我希望針對我自費支付的受承保處方藥獲得費用補償。

***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提供您的申請的佐證聲明。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佐證資訊。您的開立處方者得使用隨附的「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 小時進行標準決定可能嚴重傷害您的生命、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 小時可能會嚴重危害您的健康，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，我們將決定您的案例是否需要快速決定。如果您欲要求我們償還您已獲得之藥品的費用，則您不能提出特急承保判定。

☐ 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有佐證資訊。

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

開立處方者資訊		
姓名		
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：
新的處方或啟用療法的日期：	預期療法時間長度：	數量：
身高／體重：	藥品過敏：	診斷：
申請理由		

☐ **其病況對於替代藥品為禁忌症，或之前嘗試過但有不良結果，例如毒性、過敏或治療失敗** [請在下方說明：(1) 屬於禁忌症或已嘗試過的藥品；(2) 任一種的不良結果；(3) 若為治療失敗，請說明每種藥品的療法時間長度]

☐ **病人對於目前藥品的用藥保持穩定；對於藥物變更有重大不良臨床結果的高度風險** [請在下方說明：預期重大不良臨床結果]

☐ **對於不同劑型和/或較高劑量有醫療上的需求** [請在下方說明：(1) 嘗試過的劑型和/或劑量；(2) 請說明醫學理由]

☐ **申請處方一覽表層級例外處理** [請在下方說明：(1) 其病況對於處方一覽表或首選藥品為禁忌症或已嘗試過且失敗，或嘗試過且未如同申請的藥品有效；(2) 若治療失敗，請說明每種藥品的療法時間長度和不良結果；(3) 若沒有同等療效，請說明每種藥品的療法時間長度和結果]

☐ **其他**（請在下方說明）

必要說明 _____

_____

_____

_____

_____

Health Net Community Solutions, Inc. 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的健保計畫，同時為計畫參加者提供此兩項方案的福利。

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

• Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).

• Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800–368–1019, (TDD: 1-800–537–7697). Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego)（TTY: 711）。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).