

**聯邦醫療保險 (MEDICARE) 處方藥承保內容確認申請表**

您可以透過郵寄或傳真將本表寄給我們：

地址：	傳真號碼：
EmblemHealth Medicare PDP	<b>1-877-300-9695</b>
Clinical Pharmacy Services	
55 Water Street	
New York, NY 10041	

您也可以致電向我們請求承保內容確認，電話是 **1-888-447-8175**（聽力或語言殘障人士 TTY 專線：**711**），服務時間為每週 7 天，8 am – 8 pm；或上我們的網站 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare)。

**誰可以提出申請：**您的開立處方者得代表您向我們請求承保內容確認。若您希望其他人士（例如家人或朋友）代您提出申請，該人士必須是您的代表。請聯絡我們瞭解如何任命代表。

**投保會員資訊**

投保會員姓名		出生日期
投保會員地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼	投保會員身份號碼	

若提出本申請者不是投保會員亦不是開立處方者，請填寫以下部分：

申請人姓名		
申請人與投保會員的關係		
地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼		

**投保會員或投保會員之開立處方者以外人士提出申請時所需之代表人文件：**

請附上可證明有權代表投保會員之文件（完整填妥的授權代理書 **CMS-1696** 或具同等效力的書面文件）。如需更多有關任命代表的資訊，請聯絡您的計劃或致電 **1-800-Medicare**。

您申請的處方藥名稱（如已知，請提供每月所需強度和數量）：

### 承保內容確認申請類型

- 我需要的藥物不在承保藥物的計劃清單上（藥物名冊例外處理）。\*
- 我一直以來都是使用先前列在承保藥物之計劃清單上的藥物，但該藥物在此計劃年度內遭到刪除或已刪除（藥物名冊例外處理）。\*
- 我為開立處方者開立的藥物申請事先授權。\*
- 我對於在取得開立處方者開立的藥物之前，需先嘗試另一種藥物的規定提出例外處理申請（藥物名冊例外處理）。\*
- 我對於我可以獲得的藥丸數量計劃限制提出例外處理申請，以便我可以獲得開立處方者開立的藥物數量（藥物名冊例外處理）。\*
- 對於開立處方者開立的藥物，我的藥物計劃收取的自付款高於另一款可治療我病症的藥物，而我希望支付較低的自付款（分級例外處理）。\*
- 我一直以來都是使用先前列在較低自付額層級的藥物，但該藥物遭移至或已移至較高自付款層級（分級例外處理）。\*
- 我的藥物計劃向我收取比應有金額要高的自付款。
- 我希望報銷我自付的承保處方藥。

\*注意：如果您請求的是藥物名冊或分級例外處理，您的開立處方者「必須」提供可證明此申請的聲明。需事先授權（或任何其他利用管理規定）的申請，可能需要證明資訊。您的開立處方者可以使用附件的「例外處理申請或事先授權證明資訊」來證明您的申請。

我們應考慮的其他資訊（請附上所有證明文件）：

### 重要通知：加速裁定

如果您或您的開立處方者認為，等待 72 小時獲得標準裁決可能會嚴重危害您的生命、健康或恢復身體最佳機能之能力，您可以請求加速（快速）裁定。如果您的開立處方者表示，等待 72 小時可能會嚴重危害您的健康，我們將自動在 24 小時內做出裁定。如果您沒有獲得開立處方者的加速申請證明文件，將由我們決定您的個案是否需要快速裁定。如果您是為已經取得的藥物要求我們退還費用，您不得申請加速承保內容確認。

如果您認為您需要在 24 小時內獲得裁定，請勾選此方格（如果您持有開立處方者的證明聲明，請將該文件附在本申請後）。

簽名：

日期：

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-447-8175 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 888-447-8175 (TTY: 711)

### 加速申請或事先授權證明資訊

若無開立處方者的證明聲明，無法處理藥物名冊和分級例外處理申請。事先授權申請可能會需要證明資訊。

加速審查申請：透過勾選此方格並於下方簽名，本人證實若適用 **72 小時標準審查時間表**，可能會嚴重危害投保會員的生命或健康，或投保會員恢復身體最佳機能之能力。

#### 開立處方者資訊

姓名

地址

城市

州

郵遞區號

診間電話

傳真

開立處方者簽名

日期

#### 診斷和醫療資訊

藥物治療：

服藥途徑和強度：

頻率：

新處方或治療開始日期：

預計治療時間：

數量：

身高／體重：

藥物過敏：

診斷：

#### 申請理由

替代藥物禁忌或曾嘗試但有不良效果，例如中毒、過敏或治療失敗 [請於下方具體說明：

(1) 禁忌或曾嘗試的藥物；(2) 各藥物造成的不良效果；(3) 如果治療失敗，各藥物的治療時間長度為何]

使用目前的藥物，患者表現穩定；若改變治療藥物，具嚴重不良臨床效果高風險 [請於下方具體說明：預期會造成嚴重不良的臨床效果]

不同劑量表和／或較高劑量的醫療需求 [請於下方具體說明：(1) 劑量表和／或曾嘗試的劑量；(2) 請說明醫學原因]

藥物名冊分級例外處理申請 [請於下方具體說明：(1) 藥物名冊或首選藥物禁忌或曾嘗試但失敗，或曾嘗試但不如申請藥物有效；(2) 治療失敗時的各藥物治療時間長度和不良效果；(3) 沒有效果時的各藥物治療時間長度和不良效果]

其他（請於下方說明）

必要說明\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

團體醫療保險 (Group Health Incorporated, GHI) 是與聯邦醫療保險簽有合約的獨立處方藥計劃 (PDP)。投保團體醫療保險 (GHI) 需視合約續約情況而定。團體醫療保險 (GHI) 是安保健康保險 (EmblemHealth) 公司旗下的公司。