MEDICARE 약물 보장 결정 요청

이 양식을 사용하여 저희 플랜에 보장 결정을 요청하십시오. 번호 1-877-412-2734(TTY 711)로 전화하거나 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare를 통해 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 귀하, 귀하의 의사 또는 처방자 또는 귀하의 공인 대리인이 이 요청을 할 수 있습니다.

플랜 가입자

이름	생년월일
주소	시
주	우편번호
전화	회원 ID 번호

이 요청을 하는 사람이 플랜 가입자 또는 처방자가 아닌 경우:

요청자의 이름
플랜 가입자와 관계
주소(도시, 주 및 우편번호 포함)
전화
☐ 가입자를 대리할 권한을 보여주는 서류를 이 양식과 함께 제출하십시오 (완성된 대리 승인 양식 CMS-1696 또는 이와 동등한 양식). 대리인 선임에 대한 더 자세한 정보는 저희 플랜 또는 1-800-MEDICARE 번으로 문의하십시오. (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

이 요청은 다음 약물의 이름에 관한 것입니다(가능하다면 복용량 및 양 정보 포함)

요청 유형

☐ 내 약물 플랜은 약물에 대해 예상보다 더 높은 부담금을 청구했음

☐ 내가 이미 자비로 지불한 보장 약물에 대한 환불을 원함

☐ 처방약에 대한 사전 승인을 요청(이 요청에는 지원 정보가 필요할 수 있음)

아래에 나열된 요청 유형의 경우 처방자는 요청을 뒷받침하는 진술을 꼭 제공해야 합니다. 처방자는 이 양식의 3페이지와 4페이지인 "예외 요청 또는 사전 승인에 대한 뒷받침 정보"를 작성할 수 있습니다.

☐ 플랜의 보장 약물 목록에 없는 약물이 필요합니다(포뮤레리 예외)

☐ 플랜의 보장 약물 목록에 있었지만 플랜 연도 중에 제거되었거나 제거될 약물을 사용하고 있습니다(포뮤레리 예외)

☐ 처방 약물을 받기 전에 다른 약물을 시도해야 하는 요구 사항에 대한 예외를 요청합니다(포뮤레리 예외)

☐ 처방된 약물 수를 받을 수 있도록 플랜의 알약 수 제한(수량 제한)에 대한 예외를 요청합니다(포뮤레리 예외)

☐ 처방 약물을 받기 전에 충족해야 하는 플랜의 사전 승인 규칙에 대한 예외를 요청합니다(포뮤레리 예외).

☐ 제 약물 플랜은 제 상태를 치료하는 다른 약물보다 처방약에 대해 더 높은 부담금을 청구하고, 저는 더 낮은 부담금을 지불하길 원합니다(단계별 예외)

☐ 저는 이전에 부담금이 낮은 단계에 있었지만 더 높은 부담금 단계로 옮겨졌거나 옮겨질 약물을 사용하고 있습니다(단계별 예외)

고려해야 할 추가 정보(*이 양식과 함께 모든 지원 서류를 제출*):

_____

_____

_____

빠른 결정이 필요하십니까?

귀하 또는 귀하의 처방인이 표준 결정을 위해 72시간 동안 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력에 심각한 해가 될 수 있다고 판단하는 경우, 귀하는 빠른(신속한) 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하의 처방인이 72시간 동안 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해가 될 수 있다고 명시하는 경우, 저희는 자동적으로 24시간 이내에 결정을 귀하에게 알려드릴 것입니다. 빠른 요청에 대해 귀하가 처방인의 지원을 받지 못한 경우, 저희가 귀하의 사례가 빠른 결정을 요하는지 결정할 것입니다. (귀하가 이미 받은 약에 대한 환불을 요청하는 경우 빠른 결정을 요청할 수 없습니다.)

☐ **예, 24시간 이내에 결정이 필요합니다.** 처방자로부터 지원하는 진술서가 있으면 이 요청서에 첨부하십시오.

서명:	**날짜:**

이 양식을 제출하는 방법

이 양식과 지원 정보를 우편이나 팩스로 제출하십시오:

주소: 팩스 번호: 1-858-357-2556
CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
505 City Parkway West Orange, CA 92868

예외 요청 또는 사전 승인을 위한 지원 정보
처방자가 작성해야 함

☐ **신속한 검토 요청: 이 상자를 체크하고 아래에 서명함으로써, 72시간 표준 검토 기간을 적용하면 가입자의 생명이나 건강 또는 가입자가 최대 기능을 회복하는 능력이 심각하게 위태로워질 수 있음을 증명합니다.**

처방인 정보

이름
주소(도시, 주 및 우편번호 포함)
진료소 전화

팩스	
서명	날짜

진단 및 의료 정보

약물:	강도 및 투여 방법:
빈도:	시작 날짜: ☐ **새로 시작**
예상 치료 기간:	30일당 수량:
키/몸무게:	약물 알레르기:

진단 - 요청한 약물로 치료 중인 모든 진단과 해당 ICD-10 코드를 나열하십시오 (요청한 약물로 치료 중인 상태가 식욕 부진, 체중 감소, 호흡 곤란, 흉통, 메스꺼움 등의 증상인 경우, 알려진 경우, 증상을 유발하는 진단을 제공하십시오)	**ICD-10 코드 (들)**
기타 관련 진단:	**ICD-10 코드 (들)**

약물 이력: (요청한 약물이 필요한 상태(들)를 치료)

시도된 약물 (수량 제한이 문제인 경우, 시도된 단위 복용량/총 1일 복용량을 나열하십시오)	**약물을 시도한 날짜들**	**이전 약물 시도 결과** **실패 대 불내성(설명)**

요청된 약물이 필요한 상태에 대한 가입자의 현재 약물 요법은 무엇입니까?

약물 안전성	
요청된 약물에 대한 **FDA(식약청)가 언급한 금기 사항**이 있습니까?	☐ **예** ☐ **아니요**

가입자의 현재 약물 처방에 요청한 약물을 추가할 때 **약물 상호 작용**에 대한 우려가 있습니까?

☐ **예** ☐ **아니요**

위의 질문 중 하나에 대한 답이 '예'인 경우, 1) 문제를 설명하고, 2) 언급된 우려에도 불구하고 이점과 잠재적 위험을 논의하고, 3) 안전을 보장하기 위한 모니터링 계획을 제시하십시오.

노인의 약물 고위험 관리

가입자가 65세가 넘은 경우, 요청된 약물로 치료하는 이점이 이 노인 환자의 잠재적 위험보다 더 크다고 생각하십니까? ☐ **예** ☐ **아니요**

OPIOIDS(오피오이드) – (요청한 약물이 오피오이드인 경우 이 4가지 질문에 답하십시오)

일일 누적 Morphine(모르핀) 등가 복용량(**MED**)은 얼마입니까? _____

mg/일일

이 가입자에게 다른 오피오이드 처방을 하는 의사를 알고 계십니까? ☐ **예** ☐ **아니요**

예라면, 설명하십시오.

명시된 1일 MED 복용량이 의학적으로 필요합니까? ☐ **예** ☐ **아니요**

총 1일 MED 복용량을 낮추면 가입자의 통증을 조절하기에 충분합니까? ☐ **예** ☐ **아니요**

요청 근거

☐ **이전에 시도했지만 독성, 알레르기 또는 치료 실패와 같은 부작용이 있는 대체 약물(들)** 약물 이력 섹션에 언급되지 않은 경우 아래에 명시하십시오: (1) 시도한 약물(들) 및 약물 시험 결과(들) (2) 부작용이 있는 경우 각 약물(들)과 부작용을 나열하십시오. (3) 치료 실패인 경우 시험한 약물(들)의 최대 복용량과 치료 기간을 나열하십시오.

☐**금기인 대체 약물(들)은 효과가 없거나 부작용을 일으킬 가능성이 있습니다.** 대체 약물(들)이 효과가 없거나 예상되는 중대한 부작용이 있는 임상적 결과와 이러한 결과가 예상되는 이유를 구체적으로 설명해야 합니다. 금기인 경우 선호하는 약물(들)/다른 공식 약물(들)이 금기인 구체적인 이유를 나열하십시오.

☐ **환자가 사전 승인 요건을 충족해야 하는 경우 부작용을 겪을 수 있습니다.** 예상되는 중대한 임상적 부작용 결과에 대한 구체적인 설명과 이 결과가 예상되는 이유가 필요합니다.

☐ **환자는 현재 약물로 안정적입니다. 약물을 변경하면 심각한 임상적 부작용이 발생할 위험이 높습니다** 예상되는 심각한 임상적 부작용에 대한 구체적인 설명과 이 결과가 예상되는 이유가 필요합니다. 예를 들어, 상태를 제어하기 어려웠습니다(많은 약물을 시도했고, 상태를 제어하기 위해 여러 약물이 필요했습니다), 이전에 상태를 제어하지 않았을 때 환자에게 심각한 부작용이

발생했습니다(예: 입원 또는 잦은 급성 의료 방문, 심장마비, 뇌졸중, 낙상, 기능 상태의 심각한 제한, 과도한 고통 및 괴로움) 등.

☐ **다른 복용 형태 및/또는 더 높은 복용량에 대한 의학적 필요성** 아래에 명시: (1) 시도한 복용 형태(들) 및/또는 복용량(들) 및 약물 시험의 결과; (2) 의학적 이유 설명 (3) 더 높은 강도로 덜 자주 복용하는 것이 옵션이 아닌 이유 포함 - 더 높은 강도가 있는 경우

☐ **단계층 예외 요청** 약물 내역 섹션에 언급되지 않은 경우 아래를 지정: (1) 시도한 포뮤레리 또는 선호 약물 및 약물 시험 결과 (2) 부작용이 있는 경우 각 약물 및 부작용을 나열합니다. (3) 치료 실패/요청된 약물만큼 효과적이지 않은 경우 시험된 약물의 최대 복용량 및 치료 기간을 나열합니다. (4) 금기 사항이 있는 경우 선호 약물/다른 공식 약물이 금기인 구체적인 이유를 나열하십시오.

☐ **기타** (아래 설명)

_____
_____
_____
_____
_____

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 계약을 갖춘 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라질 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시사이, (4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는) 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화해 주십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

동봉:

- 가용성 공지서 및 차별 금지 공지 삽입