

MEDICARE 药物保障资格认定申请

使用此表申请我们计划项下的药物保障认定。您可以通过拨打电话 833-998-5351 (TTY: 711), 每周 7 天, 每天 24 小时为您服务 或访问我们的网站 emblemhealth.com/Medicare 申请。您本人、您的医生或处方医生, 或您的授权代表均可提出申请。

参保人

姓名	出生日期
街道地址	城市
州	邮编
电话号码	会员 ID:

如果申请人不是参保人或处方医生:

申请人姓名
与参保人的关系
街道地址 (包括城市、州和邮编)
电话号码
☐ 随此表提交表明您有权代表参保人的文件 (填妥的代表授权书 CMS-1696 或同等文件)。有关指定代表的更多信息, 请联系我们的计划或致电 1-800-MEDICARE。(1-800-633-4227)。TTY 用户可致电 1-877-486-2048。

申请药物名称 (请尽可能提供剂量和数量信息)

申请类型

- ☐ 我的药物计划向我收取的某种药物的共付额高于应收取的共付额
- ☐ 我想就我已经自付的承保药物获得报销
- ☐ 我想申请处方药的事先授权 (此请求可能需要提供支持信息)

对于以下类型的申请，您的处方医生必须提供一份支持申请的声明。您的处方医生可以填写此表格的第 3 页和第 4 页“例外申请或事先授权的支持信息”。

- ☐ 我需要使用不在计划承保药物清单中的药物（处方集例外）
- ☐ 我一直在使用一种以前在计划承保药物清单中的药物，但该药物在计划年度内已被或将被移除（处方集例外）
- ☐ 我申请豁免在获得处方药之前尝试其他药物的要求（处方集例外）
- ☐ 我申请豁免计划对我可获得的药片数量的限制（数量限制），以便我能够获得医生给我开具的药片数量（处方集例外）
- ☐ 我申请豁免计划的事先授权规则，该规则必须在我获得处方药之前满足（处方集例外）。
- ☐ 我的药物计划对开具的药物收取的共付额高于对另一种用于治疗我疾病的药物所收取的共付额，而我想支付较低的共付额（分级例外）
- ☐ 我一直在使用之前包括在较低共付额级别的药物，但该药物已被或将被转移至较高的共付额级别（分级例外）

其他需要我们考虑的信息（*请将任何支持文件与此表格一起提交*）：

您是否需要加急裁定？

如果您本人或您的处方医生认为，等待 72 小时获得标准裁定结果可能会严重危害您的生命、健康或恢复最佳机能的能力，那么您可要求执行加急（快速）裁定。如果您的处方医生表示等待 72 小时可能会严重损害您的健康，我们将在 24 小时内自动做出裁定。如果您未获得处方医生对加急申请的支持，我们将决定您的案例是否需要快速裁定。（如果您要求我们偿还您已经收到的药物的费用，则不能要求加急裁定。）

☐ 是，我需要在 24 小时内做出裁定。如果您有处方医生的支持声明，请附在此申请表之后。

签名：	日期：
-----	-----

如何提交此表格

通过邮件或传真提交此表格和任何支持信息：

地址:

Clinical Review

Attn: Medicare Part D

2900 Ames Crossing Road Suite 200

Eagan, MN 55121

传真号码:

877-898-6093

例外申请或事先授权的支持信息
由处方医生填写

☐ 加急审查申请：勾选此框并在下方签名，即表示我证明，应用 72 小时的标准审查时间范围可能会严重危害参保人的生活或健康或参保人恢复最佳机能的能力。

处方医生信息

姓名	
街道地址（包括城市、州和邮编）	
办公电话	
传真号码	
签名	日期

诊断和医疗信息

药物：	规格和给药途径：
用药频次：	开始日期： ☐ 新开始
预期治疗时长：	每 30 天的数量：
身高/体重：	药物过敏：
诊断 - 请列出用所申请药物治疗的所有诊断和相应的国际疾病分类第 10 版 (ICD-10) 代码 (如果用所申请药物治疗的是一种症状，例如厌食、体重减轻、呼吸短促、胸痛、恶心等，请提供导致症状的诊断（如已知）	ICD-10 代码
其他相关诊断：	ICD-10 代码

药物史：（用于治疗需要接受所申请药物的疾病）

尝试的药物 (如果存在数量限制问题，请列出尝试的单位剂量/每日总剂量)	药物尝试日期	既往药物尝试的结果 失败与不耐受（请说明）

尝试的药物 (如果存在数量限制问题, 请列出尝试的单位剂量/每日总剂量)	药物尝试日期	既往药物尝试的结果 失败与不耐受 (请说明)

对于需要所申请药物治疗的疾病, 参保人目前的药物方案是什么?

药物安全性

是否存在美国食品药品监督管理局 (FDA) 指出的所申请药物的禁忌症? ☐ 是 ☐ 否

对于在参保人当前药物方案中添加所申请药物, 是否存在药物相互作用的顾虑? ☐ 是 ☐ 否

如果对上述任一问题的回答为“是”, 请 1) 解释问题, 2) 讨论存在上述已指出顾虑前提下的获益与潜在风险, 以及 3) 用于确保安全性的监测计划

老年人的高风险药物管理

如果参保人年龄超过 65 岁, 您认为使用所申请药物治疗的获益是否大于该老年患者面临的潜在风险? ☐ 是 ☐ 否

阿片类药物 - (如果所申请药物是阿片类药物, 请回答以下 4 个问题)

每日累积吗啡等效剂量 (MED) 是多少? mg/天

您是否知道该参保人有阿片类药物的其他处方医生? ☐ 是 ☐ 否
如果是, 请说明。

所述的每日 MED 剂量在医学上是否有必要? ☐ 是 ☐ 否

较低的每日 MED 总剂量是否不足以控制参保人的疼痛? ☐ 是 ☐ 否

申请理由

☐ 替代药物既往已尝试过, 但有不良结局 (如毒性、过敏或治疗失败) [如果在“药物史”部分中未注明, 请在下面说明: (1) 已尝试的药物和尝试结果 (2) 如果出现不良结局, 列出每种药物和不良结局, (3) 如果治疗失败, 列出所尝试药物的最大剂量和治疗时长]

☐ 替代药物禁忌, 效果不如所申请药物或可能导致不良结局。需要具体解释为什么替代药物效果不如所申请药物或预期会出现重大不良临床结局, 以及为什么预期会出现这种结局。如果存在禁忌症, 请列出为什么首选药物/其他处方集药物禁忌的具体原因。

☐ 如果要求患者满足事先授权要求, 患者将遭受不良反应。需要对任何预期的重大不良临床结局进行具体解释, 以及为什么预期会出现这种结局。

☐ **患者稳定使用当前药物；药物变化会导致重大不良临床结局的高风险** 需要对任何预期的重大不良临床结局做具体解释，以及为什么预期会出现这种结局- 例如，病情难以控制（尝试许多药物，控制病情需要多种药物），当患者之前病情未得到控制时，出现重大不良结局（例如，住院治疗或频繁的紧急就诊、心脏病发作、中风、跌倒、功能状态显著受限、过度疼痛和痛苦）等

☐ **对不同剂型和/或更大剂量的医疗需求** [请在下面说明：(1) 已尝试的剂型和/或剂量以及药物尝试的结局；(2) 解释医学原因 (3) 包括为什么不选择更高剂量规格和较低给药频率-如果存在更高剂量规格]

☐ **处方集/分级例外申请**如果在“药物史”部分中未注明，在下面说明：(1) 已尝试的处方集药物或首选药物和尝试结果 (2) 如果出现不良结局，列出每种药物和不良结局，(3) 如果治疗失败/不如所申请药物那样有效，列出所尝试药物的最大剂量和治疗时长，(4) 如果为禁忌药物，列出禁用首选药物/其他处方集药物的具体原因]

☐ **其他**（请在下面说明）

语言协助服务及辅助设施和服务的可用性通知

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **833-998-5351** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **833-998-5351** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **833-998-5351** (文本电: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **833-998-5351** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **833-998-5351** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **833-998-5351** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **833-998-5351** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און ב. דינונגס פ. ר. פראווידינג ינפ. רמאציע אין צוטריטלעך פארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן) **833-998-5351** (TTY: **711**) דער רעדן מיט דיין טרעגער.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **833-998-5351** (TTY: **711**) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **833-998-5351** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **833-998-5351** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **833-998-5351** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ **833-998-5351** (TTY: **711**) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **833-998-5351** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παρ χή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τ **833-998-5351** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **833-998-5351** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

反歧视政策通告

歧视是违法的

安保健康保险遵守联邦民权法，不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别（包括性别特征，包括双性人特征；怀孕或相关状况；性取向；性别认同和性别刻板印象）而歧视他人。安保健康保险不会因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而排斥他人或对其不利。

安保健康保险：

- 为残疾人士提供合理的通融及免费的适当的辅助设施和服务，以便他们与我们有效沟通，例如：
 - 合格的手语翻译。
 - 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问电子格式和其他格式）。
- 为母语非英语的人士提供免费语言协助服务，其中可能包括：
 - 合格的口译员。
 - 用其他语言编写的信息。

如果您需要合理的通融、适当的辅助设施和服务，或语言协助服务，请致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）贵宾专属服务 **877-344-7364**（TTY: **711**；服务时间是 10 月 1 日至 3 月 31 日：每周七天、每天 8 a.m. 至 8 p.m.；4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周六 8 a.m. 至 8 p.m.）联系民权协调员。

如您认为安保健康保险未能提供这些服务，或因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到其他方面的歧视，您可以通过写信给安保健康保险申诉和上诉部（地址是 **EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2807, New York, NY 10116-2807**）向民权协调员提出申诉；通过 **866-854-2763** 它们发送 传真，或者致电 **877-344-7364** 联系联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）贵宾专属服务。（如需使用 TTY 服务，请拨 **711**。）您可以亲自、通过邮件、传真或通过您的安全会员平台提出申诉。如果您需要帮助来提交申诉，安保健康保险的申诉和上诉部门可以帮助您。您也可以通过公民权利投诉门户网站 **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** 向美国卫生与公众服务部公民权利办公室提交公民权利投诉，或者通过写信或电话方式联系美国卫生与公众服务部：**U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019 (TTY: 800-537-7697)**。

投诉表格可于 **hhs.gov/ocr/office/file/index.html** 获取。

本通知可在安保健康保险的网站 **zt.emblemhealth.com/legal/nondiscrimination** 上获取。