

联邦医疗保险处方药承保裁决申请表

此表格可通过邮寄或传真发送给我们：

地址：
EmblemHealth Medicare PPO
Clinical Pharmacy Services
55 Water Street
New York, NY 10041

传真号码：
877-300-9695

您也可以通过致电 **877-444-7097(TTY:711)** 向我们申请承保裁决，每周7天，每天8 am到8 pm，或通过我们的网站申请 emblemhealth.com/medicare。

谁可以提出申请： 您的处方医生可以代表您向我们申请承保裁决。如果您想让另一个人（如家人或朋友）为您提出申请，则此人必须是您的代表。请联系我们，了解如何任命一位代表。

投保人信息

投保人姓名		出生日期
投保人地址		
城市	州	邮政编码
电话	投保人会员身份号	

只有在提出此申请的人并非投保人或处方医生时，才填写以下部分：

申请者姓名		
申请者与投保人的关系		
地址		
城市	州	邮政编码
电话		

由投保人或其处方医生以外的人提出申请时所用的代理文件：

附上证明其有权代表投保人的文件(填妥的代表授权书**CMS-1696**或同等书面文件)。有关指定代表的更多信息，请联系您的健保计划或**1-800-MEDICARE**。

您申请的处方药名称（如果已知，包括每月申请的剂量和数量）：

承保裁决申请的类型

- 我需要的药物不在健保计划的承保药物清单上（药物名册例外）。*
- 我一直在使用的药物原本包含在健保计划的承保药物清单上，但在本计划年度内即将或已经从该清单上删除（药物名册例外）。*
- 我为处方医生开的药物申请事先授权。*
- 我申请要求豁免：在获得处方医生开的药物之前要先尝试另一种药物（药物名册例外）。*
- 我申请豁免健保计划对我所能获取的药片数量的限制（数量限制），让我能获得处方医生开的药片数量（药物名册例外）。*
- 我的药物计划对处方医生开给我的药物收取的自付款高于能治疗我病情的另一种药物，我希望支付较低的自付款（级别例外）。*
- 我一直在用的药物以前列于较低自付款级别，但即将或已经被移到较高的自付款级别(级别例外)。*
- 我的药物计划向我收取的药物自付款高于原本应该支付的自付款。
- 我想报销我自费购买的承保处方药。

***注：**如果您申请药物名册或级别例外，处方医生必须提供一份支持该申请的声明。需要事先授权（或任何其他用途管理要求）的申请，可能需要支持信息。处方医生可以使用随附的“例外申请或事先授权的支持信息”来支持您的申请。

我们应该考虑的其他信息（附上任何支持文件）：

重要提示：加急裁定

如果您或处方医生认为等待72小时的标准裁定可能会严重损害您的生命、健康或最大限度恢复功能的能力，那么您可以要求加急（快速）裁定。如果处方医生指出等待72小时可能会严重损害您的健康，我们会自动在24小时内给您做出裁定。如果您没有获得处方医生对加急申请的支持，我们会决定您的病例是否需要加急裁定。如果您要求我们就您已经获得的药物向您退款，您不能申请加急承保裁定。

如果您认为您需要在24小时内收到裁定，请勾选此框（如果您有处方医生的支持声明，请将其随附于此申请中）。

签名：

日期：

例外申请或事先授权的支持信息

没有处方医生的支持声明，不能受理药物名册例外和级别例外申请。事先授权申请可能需要支持信息。

加急审查申请：本人勾选此框并在下面签名，即表示本人证明采取72小时标准审查期限可能会严重危害投保人的生命或健康，或投保人最大限度恢复功能的能力。

处方医生的信息

姓名		
地址		
城市	州	邮区号码
办公室电话	传真	
处方医生签名		日期

诊断和医疗信息

药物：	剂量和给药途径：	用药频率：
新处方或治疗开始日期：	预期治疗时间：	数量：
身高/体重：	药物过敏：	诊断：

申请理由

- 禁忌或以前尝试过但结果不良的替代药物，例如，毒性、过敏或治疗失败[详细说明如下：(1)禁忌或试用过的药物；(2)每种药物的不良结果；(3)如果治疗失败，说明每种药物的治疗时间]
- 患者使用当前药物期间状况稳定；药物变更会有很大风险导致重大不良临床结果[具体说明如下：预期的重大不良临床结果]
- 不同剂型和/或更高剂量的医疗需求[具体说明如下：(1)尝试过的剂型和/或剂量；(2)解释医学理由]
- 药物名册等级例外申请[具体说明如下：(1)药物名册或首选药物禁忌或试用失败，或试用效果不如所申请的药物；(2)如果治疗失败，说明每种药物的治疗时间和不良结果；(3)如果效果不佳，说明每种药物的治疗时间和结果]
- 其他（解释如下）
必需填写解释 _____
