

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保范围确定申请表

本表格可邮寄或传真至：

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

传真号码：
877-300-9695

您还可以拨打 **888-447-7097**（听力或语言障碍人士 TTY 专线：**711**），服务时间是每周七天，每天 8 am 至 8 pm，或者可以通过网站 emblemhealth.com/medicare，向我们申请确定承保范围。

谁可以申请： 您的开处方者可以代替您向我们申请确定承保范围。如果您希望另一个人（如家人或朋友）为您提出申请，这个人必须能代表您。请联系我们，了解如何提名一名代表。

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	投保人会员号	

只有申请人不是投保人或开处方者时，才完成以下部分：

申请人姓名		
申请人与投保人的关系		
地址		
城市	州	邮政编码
电话		

除投保人或投保人的开处方者外的某人申请的代表文件：

附上表明代表投保人权限的文件（已填写的授权代表表格 **CMS-1696** 或书面等效文件）。如果要了解有关指定代表的更多信息，请联系您的计划或拨打 **1-800-MEDICARE**。

您申请的处方药物的名称（如已知，还应包括每月申请的药物强度和数量）：

承保范围确定申请类型

- 我需要该计划的承保药物列表上未列出的药物（药物名册例外）。*
- 我一直在使用一种以前包含在该计划的承保药物列表中的药物，但在计划年度内将从该列表中删除或已删除（药物名册例外）。*
- 我申请对开处方者开具的药物进行事先授权。*
- 我申请对在获得开处方者开具的药物前（药物名册例外）尝试另一种药物的要求进行例外处理。*
- 我申请在该计划对我能收到的药片数量的限制（数量限制）方面进行例外处理，这样我就能得到开处方者为我开具的药片数量（药物名册例外）。*
- 我的药物计划为我的开处方者开具的药物收取了比另一种治疗我病情的药物较高的自付款，而我想支付较低的自付款（分级例外）。*
- 我一直在使用一种以前包含在较低自付款分级中的药物，但该药物正在转移到或已转移到较高的自付款分级（分级例外）。*
- 我的药物计划向我收取了比本应支付的更高的药物自付款。
- 我想报销我自掏腰包所购买的承保处方药。

***注意：**如果您请求对药物名册或分级进行例外处理，您的开处方者必须提供支持您的请求的声明。如果您的请求需要事先授权（或任何其他使用管理要求），这可能需要提供支持信息。您的开处方者可以使用随附的“例外请求或事先授权的支持信息”来支持您的请求。

我们应考虑的其他信息（随附任何支持文件）：

重要提示：加急决定

如果您或您的开处方者认为等待 72 小时做出标准决定可能会严重损害您的生命、健康或恢复最大机能的能力，您可以要求做出加急（快速）决定。如果您的开处方者表示等待 72 小时可能会严重损害您的健康，我们将在 24 小时内自动为您做出决定。如果您未获得您的开处方者对加急请求的支持，我们将决定是否需要为您的情况做出快速决定。如果您要求我们偿还您已经收到的药物费用，则您不能要求加急确定承保范围。

如果您认为您需要在 24 小时内做出决定，请勾选此框（如果您有开处方者的支持声明，请将它随附于本请求中）。

签名：

日期：

例外请求或事先授权的支持信息

如果未获得开处方者的支持声明，则无法处理药物名册和分级例外请求。事先授权请求可能需要支持信息。

加急审查请求：勾选此框并在下方签名，即表示我证明，采用 **72 小时标准审查时间范围**可能会严重损害投保人的生命或健康，或投保人恢复最大机能的能力。

开处方者信息		
姓名	国家医疗服务提供方标识符 (National Provider Identifier, NPI)	
地址		
城市	州	邮政编码
办公室电话	传真	
开处方者签名	日期	

医疗服务提供方信息		
姓名	NPI	
地址		
城市	州	邮政编码
办公室电话	传真	
开处方者签名	日期	

诊断和医疗信息		
药物治疗：	给药强度及给药途径：	频率：
新处方药或治疗开始日期：	预计治疗时长：	数量：
身高/体重：	药物过敏：	诊断：
请求理由		

禁忌或既往尝试使用的替代药物，但有不良结局，如毒性、过敏或治疗失败 [请在下面具体说明：（1）禁忌或尝试使用的药物；（2）每种药物的不良结局；（3）如果治疗失败，每种药物的治疗时长]

患者接受当前药物治疗后病情稳定；改变药物治疗后发生严重不良临床结局的风险较高 [请在下面具体说明：预期的严重不良临床结局]

不同剂型和/或更高剂量的医疗需求 [请在下面具体说明：（1）尝试使用的剂型和/或剂量；（2）解释医学原因]

药物名册分级例外请求 [请在下面具体说明：（1）禁忌或尝试使用或治疗失败的药物名册或首选药物，或尝试使用但不像所请求的药物一样有效；（2）如果治疗失败，每种药物的治疗时长和不良结局；（3）如果无效，每种药物的治疗时长和结局]

其他（请在下面解释）

所需的解释 _____
