



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

<DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

您的藥物不在我們的承保藥物清單（處方藥目錄）  
或受到某些限制

尊敬的 <MEMBER NAME>：

我們想要告知您，<Plan Name> 臨時為您提供了以下處方藥物：<list medication here>。

該藥物不包括在我們的承保藥物清單（稱為處方藥目錄）內，或在處方藥目錄上但是受到某些限制，本信函將會在以下更詳盡地進行解釋。<Plan Name> 按規定須為您提供此藥物的臨時供應，具體如下：

*[Insert for members who do not reside in an LTC facility:* 在門診中，我們按要求須提供最多為 [XX] 天的藥物。如果您的處方列明了比之較少的天數，我們將允許您多次取藥並提供至最多為 [XX] 天的藥物。

*[Insert for members who reside in a LTC facility:* 對於住在長期護理設施的會員，我們按要求須提供最多為 [XX] 天的藥物。如果您的處方列明了比之較少的天數，我們將允許您多次取藥並提供至最多為 [XX] 天的藥物。（請注意，長期護理藥房可能會每次較小量地提供藥物以防止浪費）。

請您務必明白這僅為臨時的藥物供應。在您用完此藥物之前，您應該與 <Plan Name> 和／或處方醫生聯繫，以討論：

- 將該藥物更換為另一種在我們處方藥目錄上的藥；或
- 通過證明您符合我們的承保標準以請求對該藥物批准；或
- 請求我們承保標準的例外處理。

當你請求批准承保或承保標準的例外處理，這稱之為承保範圍判定。請不要假定因為您收到更多的藥物，則您所請求或上訴的任何承保範圍判定，包括任何例外處理，即可獲得批准。如果我們批准承保，我們會向您發出另一份書面通知。

如果您需要援助以請求承保範圍判定，包括例外處理，或如果您想獲得更多關於我們何時會承保藥物臨時供應的資訊，請致電 <toll free phone number> 與我們聯繫。TTY 用戶應致電 <TTY number>。我們的代表從 <days/hours of operations when live representatives take calls> 開始提供服務。您可以隨時向我們請



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

求承保範圍判定。本信函結尾將會介紹如何更改您現在的處方，如何請求承保範圍判定，包括例外處理，以及如果您不同意我們的承保範圍判定，如何對拒絕進行上訴的方法。

以下是為什麼您的藥物不受承保或受到限制的具體解釋。

<藥物名稱：<name of drug>

取藥日期：<date filled>

通知原因：此藥不在我們的處方藥目錄。在您收到我們按規定所須承保的最多 [insert number] 天的臨時供應後，我們將不會繼續支付此藥物的費用，除非您從我們獲得處方藥例外處理。

您可以在以下查找替代藥物。請參閱您的承保證明以了解關於您自付費用的詳情。

替代藥物名稱

層級

<Alternative Drug Name>

<層級 1 / 層級 2 / 層級 3 / 層級 4>

藥物名稱：<name of drug>

取藥日期：<date filled>

通知原因：此藥不在我們的處方藥目錄。此外，我們不能提供處方要求的全部分量，因為我們限制了我們每次提供此藥物的分量。這稱為數量限制，且我們是出於安全考慮所以施加這些限制。除了此藥物的配藥因安全考慮而受到數量限制之外，在您收到我們按規定所須承保的最多 [insert number] 天的臨時供應後，我們將不會繼續支付此藥物的費用，除非您從 <Plan Name> 獲得處方藥例外處理。

藥物名稱：<name of drug>

取藥日期：<date filled>

通知原因：此藥物在我們的處方藥目錄，但需要事先授權。除非您通過向我們表明您滿足某些要求而獲得事先授權，或我們批准您對事先授權的例外處理請求，在您收到我們按規定所須承保的最多 [insert number] 天的臨時供應後，我們將不會繼續支付此藥物的費用。>

藥物名稱：<name of drug>

取藥日期：<date filled>

通知原因：此藥物在我們的處方藥目錄。但是，我們通常僅在您首先嘗試其他藥物後，即 <Insert Step drug(s)>，才會支付此藥，這是我們稱為階段性療法計劃的一部分。階段性療法是指先以我們認為安全、有效且費用較低的藥物開始藥物治療，然後才進展至使用其他費用更高的藥物。除非您首先嘗試我們處方藥目錄上的其他藥物，或我們批准您的請求獲得階段性療法的例外處理，在您收到我們按規定所須承保的最多 [insert number] 天的臨時供應後，我們將不會繼續支付此藥物的費用。

藥物名稱：<name of drug>

取藥日期：<date filled>

<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

**通知原因：**此藥物在我們的處方藥目錄。但是，我們通常僅在您首先嘗試此藥物的副廠版本後才會支付此藥。除非您首先嘗試我們處方藥目錄上的副廠藥，或我們批准您的請求獲得例外處理，在您收到我們按規定所須承保的最多 [insert number] 天的臨時供應後，我們將不會繼續支付此藥物。

**藥物名稱：** <name of drug>

**取藥日期：** <date filled>

**通知原因：**此藥物在我們的處方藥目錄並且受藥量限制 (QL)。我們將不會繼續提供超出我們 QL 允許的數量，該數量為 <insert the QL>，除非您從 <Plan Name> 獲得例外處理。

**藥物名稱：** <name of drug>

**取藥日期：** <date filled>

**通知原因：**此藥物不在我們的處方藥目錄。在您嘗試通過 <Plan Name> 獲得處方藥目錄例外處理的同時，我們將會承保此藥 <XX> 天的供應。如果您正在尋求獲得例外處理，我們會考慮允許繼續承保直到決定作出為止。

**藥物名稱：** <name of drug>

**取藥日期：** <date filled>

**通知原因：**此藥物在我們的處方藥目錄並要求事先授權。在您通過向我們表明您滿足事先授權而嘗試獲得承保的同時，我們將會承保此藥 <XX> 天的供應。您也可以向我們請求獲得事先授權的例外處理，如果您相信由於醫學上的理由，該規定不應對您適用。

**藥物名稱：** <name of drug>

**取藥日期：** <date filled>

**通知原因：**此藥物在我們的處方藥目錄，但通常只有在您首先嘗試某些其他藥物作為我們階段性療法計劃的一部分之後才會被承保。階段性療法是指以我們認為安全、有效且費用較低的藥物開始藥物治療，然後才進展至使用其他費用更高的藥物。在您通過向我們表明您滿足階段性療法標準以獲得承保的同時，我們將會承保此藥 <XX> 天的供應。您也可以向我們請求獲得階段性療法要求的例外處理，如果您相信由於醫學上的理由，該規定不應對您適用。

## 如何更改我的處方？

如果您的藥物不在我們的處方藥目錄上，或在我們的處方藥目錄上，但被我們設置了限制，那麼您可以向我們諮詢有什麼其他治療您醫療病況的藥物在我們的處方藥目錄上，通過表明您滿足我們的標準向我們請求批准承保，或向我們請求獲得例外處理。我們鼓勵您諮詢您的處方醫生，我們承保的另一種藥對您是否適用。您有權向我們請求獲得例外處理以支付您最初處方上的藥物。如果您請求例外處理，您的處方醫生將需要向我們提供一份聲明，向我們解釋我們對您的藥物所設置的事先授權、數量限制或其他限制為何在醫學上對您不合適。

## 如何請求承保範圍判定，包括例外處理？



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

您或您的處方醫生可以與我們聯繫以請求承保範圍判定，包括例外處理。<Exceptions Name>  
<Exceptions Address 1> <Exceptions Address 2> <Exceptions City>, <Exceptions State> <Exceptions Zip>,  
電話：<Exceptions Phone Number>, TTY: <Exceptions TTY Number>，傳真：<Exceptions Fax Number>,  
<Exceptions Hours of Operation>。

如果您請求獲得不在我們處方藥目錄上的藥物承保，或承保規定的例外處理，您的處方醫生必須提供一份聲明以支持您的請求。為你的處方醫生帶上這份通知可能會有幫助，或者您可以向他或她的辦公室發送一份副本。如果例外處理請求涉及到不在我們處方藥目錄上的藥物，處方醫生的聲明必須指出所請求的藥物對治療您的狀況在醫學上是必須的，因為所有我們處方藥目錄上的藥物都不會如所請求的藥物有效，或會對您有不良影響。如果例外處理請求涉及事先授權或其他我們對在我們處方藥目錄上的藥物所施加的承保規定，處方醫生的聲明必須指出，考慮到您的狀況或對您可能會產生的不良影響，該承保規定對您不適合。

在收到您的請求之後，如果該請求被加快處理，我們必須在 24 小時之內通知您我們的決定；如果該請求為標準請求，必須在 72 小時之內通知您我們的決定。對於例外處理，時間從我們收到您處方醫生的聲明開始計算。如果我們認為，或您的處方醫生向我們告知，您的生命、健康或獲得最大康復的能力可能會因等待標準決定而受到嚴重危害，您的請求將會被加快處理。

### 如果我請求承保被拒絕怎麼辦？

如果您的承保請求被拒絕，您有權通過請求對之前的決定進行複審而進行上訴，這稱為再判定。在我們對您的承保範圍判定請求作出書面決定後，您必須在該書面決定日期的 60 個日曆天內請求上訴。您必須以書面形式提交標準請求。我們接受通過電話和書面形式進行的加快請求。 <Appeals Name>  
<Appeals Address 1> <Appeals Address 2> <Appeals City>, <Appeals State> <Appeals Zip>, 電話：  
<Appeals Phone Number>, TTY: <Appeals TTY Number>，傳真：<Appeals Fax Number>, <Appeals Hours of Operation>。

如果您需要援助以請求承保範圍判定，包括例外處理，或如果您想獲得更多關於我們何時會承保藥物臨時供應的資訊，請於 <Days/Hours of Operation> 致電 <Toll-free Number> 與我們聯繫。TTY 用戶應致電 <TTY number>。我們的代表從 <days/hours of operations when live representatives take calls> 開始提供服務。您可以隨時向我們請求承保範圍判定。您也可以瀏覽我們的網站，網址為 <insert web address>。

此致，

<Plan Representative>



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

### <Federal Contracting Disclaimer>

此資訊並非完整的福利說明。欲知詳情，請與本計劃聯繫。限額、共付款和限制規定可能適用。福利可能於每年一月 1 日發生變更。處方藥目錄可能會隨時發生變更。必要時您會收到通知。<Plan Name> 使用處方藥目錄。詳情請聯絡 <Plan Name>。