



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

關於您 <DRUG NAME(S)> 處方的 兩項 Part D 承保事項通知

<DATE>

<ENROLLEE NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

尊敬的 <ENROLLEE NAME>：

我們想告知您關於下列處方的 2 項重要承保事項：

藥物名稱：<DRUG NAME(S)>

配藥日期：<DATE FILLED>

處方醫生：<PRESCRIBER NAME>

這 2 項獨立的事項均需要您的重視。為了繼續獲得承保以從 <PRESCRIBER NAME> 獲得您的處方 <DRUG NAME(S)>，您需要處理這兩項問題：

事項 1：此藥物不在我們的承保藥物清單（稱為處方藥目錄）或該藥物在處方藥目錄上，但受限於某些限制，本信函下文將會有更詳細的說明。<PLAN NAME> 按規定須為您提供此藥物的臨時供應。在您獲得 <insert transition supply limit> 天的臨時供應之後，我們將會停止支付此藥物，除非您改用我們處方藥目錄上的別種藥物、證明您符合我們的標準或您獲得例外處理。（請閱讀本信函的 <PAGE #> 頁以了解您能夠如何處理此事項。）

事項 2：您的服務提供者沒有註冊 Medicare。即使您改用我們處方藥目錄上的另一種藥物或獲得此藥物的授權，<PLAN NAME> 只能承保由 <PRESCRIBER NAME> 開立的處方藥，並最多提供 3 個月或直到 <DATE> 的供應量，以時間發生較早者為準，除非 <PRESCRIBER NAME> 註冊 Medicare。（請閱讀本信函的 <PAGE #> 頁以了解您能夠如何處理此事項 2。）

- 請閱讀以下幾頁，以獲得這些事項的更多資訊，以及您能採取哪些措施解決這些問題。在閱讀本信函後，如果您仍然有問題或需要幫助，請聯繫：

- 請在 <DAYS>，<TIME> 至 <TIME> <TIME_ZONE(S)> 致電 <NUMBER> 或 <NUMBER>（TTY 用戶）聯繫 <PLAN NAME>。

- <STATE> 州健康保險計劃 (SHIP) 也可以為 Medicare 受益人提供幫助，其電話為 <NUMBER>。



<Address Line 1>, <Address Line 2>
<City>, <State> <Zip>

- Medicare 隨時為您提供服務，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。

此致，

<PLAN NAME>



<Address Line 1>, <Address Line 2>
<City>, <State> <Zip>

事項 1： 您的藥物不在我們的承保藥物清單（處方藥目錄）或受限於某些限制

事項 1 是什麼？

我們想告知您，<PLAN NAME> 已為您提供下列藥物的臨時供應：<list medications[s] here>。

此藥物不在我們的承保藥物清單（稱為處方藥目錄），或此藥物在處方藥目錄但受限於某些限制，本信函下文將會有更詳細的說明。<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 [insert supply limit (must be at least a 30-day supply)] 的藥物。如果您收到的處方少於此天數，我們允許您多次配藥，直至達到最多 [insert supply limit (must be at least a 30-day supply)] 的藥物供應。> [Insert for members who reside in an LTC facility: <對於居住在長期照護設施的病人，我們按規定須提供最多 [insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply, depending on dispensing increment)] 的藥物，如果您收到的處方少於此天數，我們允許您多次配藥，直至達到最多 [insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply)] 的藥物供應。（請注意，長期照護藥房可能會以較少的數量提供藥物以防止浪費。>）

您了解此為該藥物的臨時供應非常重要。在您用完此種藥物之前，您應與 <PLAN NAME> 和／或您的處方醫生就下列事項進行聯繫：

- 改用在我們處方藥目錄上的另一種藥；或
- 通過證明您符合我們的承保資格，請求藥物授權；或
- 請求獲得對我們承保標準的例外處理。

當您請求承保批准或對承保標準的例外處理，這被稱為承保範圍判定。請不要因為您獲得某種藥物的更多配給，就認為承保範圍判定獲得了批准，包括任何您請求或上訴的例外處理。如果我們批准了承保，我們會向您寄出另一份書面通知。**關於如何更改您目前處方、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，如何對否決進行上訴，將在本信函文末說明。**

以下是為什麼您的藥物不受承保的具體解釋。

[Note: Plans may include information about multiple temporary supplies in the same notice.]



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <date filled>

通知原因：此藥物不在我們的處方藥目錄。[Insert where applicable: 此外，您之前收到對此藥的例外處理最近已經過期。] 在您收到我們按規定所須提供的最多 [insert number] 天的臨時供應後，我們將不會繼續支付此藥物，除非您從我們獲得 <一項> <另一項> 處方藥例外處理。>

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <date filled>

通知原因：此藥物不在我們的處方藥目錄。此外，我們不能提供處方開立的全部分量，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] 天的供應後，我們將不會繼續支付此藥物，除非您從 <Plan Name> 獲得處方藥例外處理。>

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <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。除非您向我們表明您滿足了某些要求而獲得事先授權，或我們批准了您對事先授權要求的例外處理請求，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。>

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <date filled>

通知原因：此藥物在我們的處方藥目錄。但是，我們通常只在您首先嘗試其他藥物，即 <Insert Step drug(s)>，之後才會支付此藥，這是我們稱為階段性療法計劃的一部分。階段性療法是指使用我們認為安全、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。>

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <date filled>

通知原因：此藥物在我們的處方藥目錄。但是，我們通常只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>

配藥日期： <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，並且受到數量限制 (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。>

[Note: The following choices are for Emergency Fill and Level of Care Change and are optional. However, we encourage plans to notify beneficiaries of Emergency Fill and Level of Care Change temporary supplies.]

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <date filled>

通知原因：此藥物不在我們的處方藥目錄。在您嘗試向 <Plan Name> 請求獲得處方藥目錄例外處理的同時，我們將會承保此藥 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 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作出決定為止。>

<藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <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。在您向我們證明您滿足某些要求以獲得事先授權的同時，我們將會承保此藥 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 天的供應。您也可以要求我們對事先授權的條件做出例外處理，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>

配藥日期： <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。階段性療法的做法是使用我們認為安全、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。在您向我們證明您滿足階段性療法標準以獲得承保的同時，我們將會承保此藥物 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 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。>

我應該對事項 1 如何處理？

您必須改用另外的藥物或從 <PLAN NAME> 獲得授權以繼續獲得 <DRUG NAME(s)> 的承保。

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，通過證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



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

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？

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。<PROVIDE THE NECESSARY ADDRESS, FAX NUMBER, AND PHONE NUMBER>。

如果您請求的藥物承保不在我們的處方藥目錄上，或您請求對承保規定的例外處理，您的處方醫生必須提供一份聲明支持您的請求。為您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藥物對治療您的病況是在醫學上必須的，因為我們處方藥目錄上的所有藥物都不會如所請求的藥物有效，或會對您有不良效果。如果例外處理請求涉及事先授權或我們對處方藥目錄上的藥物所施加的其他承保規定，處方醫生的聲明必須指出，考慮到您的病況，該承保規定對您不適合或對您可能會產生不良效果。

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，或如果該請求為標準請求，必須在 72 小時之內。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。

如果我的承保請求被拒絕怎麼辦？

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。[Insert one: <您必須以書面形式提交標準請求。> or <我們接受通過電話和書面形式進行的標準請求。>] 我們接受通過電話和書面形式進行的加快請求。<PROVIDE THE NECESSARY ADDRESS, FAX NUMBER, AND PHONE NUMBER>。

如果我需要幫助以處理事項 1 怎麼辦？

如果您在請求承保範圍判定時需要援助，包括例外處理，或如果您想獲得更多關於我們何時承保藥物的臨時配給資訊，請在 <DAYS/HOURS OF OPERATION> 致電 <TOLL FREE



<Address Line 1>, <Address Line 2>
<City>, <State> <Zip>

NUMBER> 聯繫我們。TTY 用戶應致電 <TTY NUMBER>。我們客服代表的服務時間為 <days/hours of operations when live representative take calls>。您可以在任何時候向我們請求承保範圍判定。您可以瀏覽我們的網站 <insert web address>。

您必須採取措施處理事項 2。請閱讀下一頁對此問題以及您可以做什麼了解更多。

<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

事項 2：您的處方醫生沒有註冊 MEDICARE

關於您的藥物，除了事項 1 外，關於 <PLAN NAME> 承保該處方醫生的處方還有一個問題。為了繼續獲得由 <PRESCRIBER NAME> 開具的 <DRUGS NAME(S)> 處方的承保您也必須處理這個問題。

事項 2 是什麼？

<PRESCRIBER NAME> 沒有註冊 Medicare。除非他／她如此做，<PLAN NAME>對他／她所開具的 <DRUG NAME(S)> 處方僅能承保最多每種藥物三個月，或直到 <DATE>，以時間較早者為準。[*When prescriber is a contract provider, MAPDs and Cost plans, use this language: <我們向您發出此通知，是為了幫助您在此處方承保中防止受到任何中斷。>*] [*When prescriber is a non-contract provider, MAPDs and Cost plans, and all other Part D plans, use this language: <我們向您發出此通知，是為了讓您採取行動以在此處方承保中防止受到任何中斷。>*]

Medicare 現在要求醫生以及大部分其他開具處方的服務提供者註冊 Medicare，以讓他們的處方獲得 Medicare Part D 承保。目的是為了防止 Medicare 詐騙以及提高 Medicare 所提供照護的質量。大多數 Part D 處方醫生已經註冊；但是，<PRESCRIBER NAME> 並沒有註冊。

[*When prescriber is a contract provider, MAPDs and Cost plans use this language: <<PLAN NAME> 會立刻聯繫 <PRESCRIBER NAME> 以詢問他／她是否會註冊 Medicare，以使您將來從他／她處獲得的 <drug name(s)> 處方能夠繼續得到 <PLAN NAME> 承保。即使他／她不想接受 Medicare 的醫療服務，<PRESCRIBER NAME> 仍然可以僅為了開具處方而註冊 Medicare。如果 <PRESCRIBER NAME> 不願意註冊 Medicare，而您想在 <DATE> 後繼續獲得 <DRUG NAME(S)> 處方的承保，我們會幫助您在 <PLAN NAME> 網絡內尋找註冊 Medicare 的處方醫生。>*]

[*When prescriber is a non-contract provider, MAPDs and Cost plans, and all other Part D plans, use this language:*

<關於事項 2 我需要做什麼？

如果您認為您可能需要從 <PRESCRIBER NAME> 獲得更多的 <DRUG NAME(S)> 處方，您有 **3 個主要選擇**：

- 1) 立刻聯繫 <PRESCRIBER NAME> 以詢問他／她是否會註冊 Medicare Part D，以使您將來從他／她處獲得的 <DRUG NAMES> 處方能夠繼續得到 <PLAN NAME> 承保。即使他／她不想接受 Medicare 的醫療服務，他／她仍然可以僅



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

為了開具處方而註冊 Medicare。您應立刻與 <PRESCRIBER NAME> 聯繫，這非常重要，因為 Part D 的註冊過程需要一些時間。

- 2) 如果 <PRESCRIBER NAME> 不願意註冊 Medicare，而您想在 <DATE> 後繼續獲得 <DRUG NAME(S)> 處方的承保，您必需找其他註冊 Medicare 的處方醫生。之後您將會需要盡早聯繫新的處方醫生以探討此處方藥物。
- 3) 如果 <PRESCRIBER NAME> 不願意註冊 Medicare，而您想繼續通過他／她獲得 <DRUG NAME(S)> 處方，您將需要在將來為藥物支付全額自付費用。

我們想要您知道，Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 已經進行了超過一年的廣泛宣傳活動，以確保 Part D 處方醫生了解此項新規定。<OPTIONAL: 此外，<PLAN NAME> <在 <DATE(s)>> 就此新規定 <提前> 聯繫了 <PRESCRIBER NAME>。> 但是，根據最新的紀錄，<PRESCRIBER NAME> 並未註冊 Medicare。

如果我對事項 2 有問題或需要幫助怎麼辦？

- 請在 <DAYS>，<TIME> 至 <TIME> <TIME ZONE> 致電 <NUMBER> 或 <NUMBER> (TTY 用戶) 聯繫 <PLAN NAME>。[PDPs use this language: <我們可以幫助您查詢您服務提供者最新的 Medicare 狀態。>]
- <STATE> 州健康保險計劃 (SHIP) 的電話為 <PHONE>，其可以為 Medicare 受益人提供幫助。
- 如果您對 Medicare 的新規定有任何問題或在查找註冊 Medicare 的新服務提供者方面需要幫助，請隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。(TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。) 您還可以通過瀏覽 <https://www.medicare.gov/physiciancompare/search.html> 查找新的服務提供者。注意：轉到一個不同的 Medicare Part D 計劃不能解決事項 #2，因為 <PRESCRIBER NAME> 並沒有註冊 Medicare。



<Address Line 1>, <Address Line 2>

<City>, <State> <Zip>

<‘Ohana Health Plan 為 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. 所提供的一項計劃。>
<WellCare/Easy Choice Health Plan> (HMO) <，一家 WellCare 公司，> 是一家與 Medicare 簽有合約的 Medicare Advantage 機構。投保 <WellCare/‘Ohana/EasyChoice> (HMO) 取決於續約情況。

<WellCare (PDP) 為 Medicare 核准的 Part D 贊助單位。投保 WellCare (PDP) 取決於續約情況。> 此資訊並非完整的福利說明。欲獲得更多資訊，請與本計劃聯繫。限額、共付款和限制規定可能適用。<福利、保費和/或共付款/共同保險費> 可能於每年一月 1 日變更。<處方藥目錄、藥房網絡和/或服務提供者網絡> 可能隨時變更。必要時您會收到通知。<WellCare/‘Ohana/Easy Choice> 使用處方藥目錄。詳情請聯絡 <WellCare/‘Ohana/Easy Choice>。

†我們的網絡提供其他的 <藥房/醫生/服務提供者>。

<COMPANY> 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak <Spanish><or><Chinese>, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx)。