

*Instructions: This model should be used to notify beneficiaries within 3 business days after adjudication of the first temporary fill that they have received a transition supply of a drug because the Part D transition requirements apply. Plans should include the appropriate specific explanation(s) for the limited coverage from the choices below. The sponsor may replace <Plan name> with either “the Plan”, “our Plan”, or “your plan” throughout notice. The sponsor should use the term “compound” in <list medications here> or <name of drug> when a transition supply applies to a compound.*

您的藥物未列於我們的承保藥物清單（處方藥一覽表）內  
或受到某些條件限制

<DATE>  
<MEMBER NAME>  
<ADDRESS>  
<CITY, STATE ZIP>

尊敬的 <MEMBER NAME>：

我們想要告訴您，<Plan Name> 已向您提供以下處方藥的臨時性供藥：<list medication[s] here>。

上述藥物可能未列於我們的承保藥物清單（亦稱為處方藥一覽表）上，或者雖然在處方藥一覽表上但受到某些條件限制，本函隨後將進行詳細說明。<Plan Name> 需向您提供該藥物的臨時性供藥，具體如下：

*[Insert for members who do not reside in an LTC facility: 在門診環境中，我們必須提供最多[insert supply limit (must be at least a 30-day supply)] 天的藥量。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥以提供最多 [insert supply limit (must be at least a 30-day supply)] 天的藥量。[Insert for members who reside in a LTC facility: 對居住在長期護理機構的會員而言，我們必須提供最多 [insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply, depending on the dispensing increment)] 天的藥量。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥以提供最多 [insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply)] 天的藥量。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費）。]*

請務必瞭解這只是上述藥物的臨時性供藥。在您用完該藥物之前，應與 <Plan Name> 和/或處方醫師聯絡以：

- 更換為我們處方藥一覽表所列的其他藥物；或
- 證明您符合我們的承保標準，以要求批准藥物；或
- 申請對承保標準的例外處理。

當您申請獲得承保或承保標準例外處理的批准時，即稱為申請承保範圍裁決。不得僅因您獲得更多次數的配藥而假設您申請或提出的任何承保裁決（包括任何例外處理）已獲得批准。如果我們批准了承保範圍，隨後將向您寄送另一份書面通知。

如果您需要協助以申請承保裁決（包括例外處理），或如果您想深入瞭解我們在什麼情況下會承保臨時性供藥，請致電 <toll free phone number> 與我們聯絡。聽障人士可致電 <TTY number>。人工服務代表的工作時間為 <days/hours of operations when live representatives take calls>。您可隨時要求我們為您作出承保範圍裁決。關於如何更換您當前的處方藥、申請承保範圍裁決（包括例外處理）以及就被拒申請提出上訴（如果您不同意我們的承保範圍裁決）的說明載於本函末尾。

下文具體解釋了不承保或限制您的藥物的原因。

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

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的處方藥一覽表上。[Insert where applicable:另外，您之前就此藥物承保獲得的例外處理最近已過期。] 在您已獲得我們必須承保的最多 [insert number] 天份量的臨時性供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費，除非您獲得我們的<一次><額外的>處方藥一覽表例外處理。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的處方藥一覽表上。此外，由於我們限制一次性提供此藥物的數量，我們無法提供開處的全部數量。這稱為數量限制，我們施加該限制是出於安全方面的原因。除在配發藥物時出於安全原因施加數量限制外，在您已獲得我們必須承保的最多 [insert number] 天份量的供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費，除非您從 <Plan Name> 獲得處方藥一覽表例外處理。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：儘管此藥物在我們的處方藥一覽表上，但是仍需要事先授權。除非您向我們證明您滿足特定要求，獲得我們的事先授權，或我們批准您對事先授權要求的例外處理申請，否則我們在您獲得最多 [insert number] 天我們須承保的臨時性補給後，不會繼續支付此藥物費用。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的處方藥一覽表上。然而，我們通常為此藥物付費的前提條件是您先嘗試其他的藥物，即 <Insert Step drug(s)>，這是我們所稱的「階段療法」計劃的一部分。階段療法是指先採用我們認為安全有效且價格便宜的藥物進行治療，然後再採用其他較貴的藥物進行治療。除非您先嘗試我們處方藥一覽表上的其他藥物，或我們批准您對階段療法要求的例外處理申請，否則在您已獲得我們必須承保的最多 [insert number] 天份量的供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的處方藥一覽表上。然而，我們為此藥物付費的前提條件是您必須先嘗試此藥物的副廠藥。除非您先嘗試我們處方藥一覽表上的副廠藥，或我們批准您的例外處理申請，否則在您已獲得我們必須承保的最多 [insert number] 天份量的供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物列於我們的處方藥一覽表內，但有數量限制 (QL)。除非您從 <Plan Name> 獲得例外處理，否則我們將不再繼續提供超出我們數量限制（即 <insert the QL>）准許範圍的藥物。

*[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>

發出通知的原因：此藥物不在我們的處方藥一覽表上。在您尋求從 <Plan Name> 獲得處方藥一覽表例外處理時，我們將承保此藥物 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 天。若您正在尋求例外處理，我們將考慮允許在作出裁決之前繼續承保。

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的處方藥一覽表上並需要事先授權。在您向我們表明您符合事先授權要求而希望獲得承保時，我們將承保此藥物 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 天。如果您出於醫療理由認為事先授權對您不適用，您還可向我們申請事先授權要求的例外處理。

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的處方藥一覽表上，但通常承保此藥物的前提條件是您先嘗試某些其他藥物，這是我們所稱的「階段療法」計劃的一部分。階段治療是指先採用我們認為安全有效且價格便宜的藥物進行治療，然後再採用其他較貴的藥物進行治療。在您向我們表明您符合階段療法標準而請求獲得承保時，我們將承保此藥物 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 天。如果您出於醫療理由認為階段療法對您不適用，您還可向我們申請階段療法要求的例外處理。

### 如何更改處方藥？

如果您的藥物未列於我們的處方藥一覽表內，或列於處方藥一覽表內，但我們對其設立限制，則您可詢問我們的處方藥一覽表中有哪些其他藥物可用於治療您的病症，向我們證明您符合我們的標準以要求我們批准承保，或向我們申請例外處理。建議您諮詢您的處方醫師，我們承保的其他藥物是否適合您。您有權向我們申請例外處理，要求我們承保最初開處的藥物。如果您要求例外處理，您的處方醫師將需要

向我們提供聲明，解釋我們對您藥物所設定的事先授權、數量限制或其他限制對治療您的病症不具有醫療適當性的原因。

### 如何申請承保裁決（包括例外處理）？

您或您的處方醫師可聯絡我們來申請承保範圍裁決（包括例外處理）。<Provide the necessary address, fax number, and phone number>.

如果您正在申請處方一覽表之外藥物的承保，或者承保規定的例外處理，則您的處方醫師須提供一份聲明來支持您的申請。在看處方醫師時順便將本通知拿給醫生或將副本交到醫生診室也許會有幫助。如果例外處理申請涉及我們處方藥一覽表之外的藥物，則處方醫師的聲明中必須說明，因為我們處方藥一覽表中所有藥物的療效沒有所申請的藥物那麼有效，或者其可能對您產生副作用，因此申請的藥物對治療您的病症具有醫療必要性。如果例外處理申請涉及事先授權或我們對處方藥一覽表所列藥物施行的其他承保規則，處方醫師聲明必須指明，鑒於您的病情，承保規則不適用於您或對您有不利影響。

如果是加急申請，我們須在 24 小時內告知您我們的決定；如果是標準申請，則會在 72 小時內告知我們的決定。就例外處理而言，時間從我們收到您的處方醫師的聲明後開始計算。若我們認為或您的處方醫師告訴我們，等待標準裁決可能會嚴重傷害您的生命、健康或完全康復的能力，那麼您的申請將變為加急申請。

### 如果承保申請被拒該怎麼辦？

如果您的承保申請被拒，您有權透過要求審核之前的裁決（即重新裁決）提出上訴。您必須在我們對您的承保裁決申請作出書面裁決之日起的 60 個曆日內申請上訴。[Insert one: <您必須提交書面標準申請> 或<我們接受透過電話和書面方式提交的標準申請。>我們接受透過電話和書面方式提交的加急申請。<Provide the necessary address, fax number, and phone number>.

如果您需要協助以申請承保裁決（包括例外處理），或如果您想深入瞭解我們在什麼情況下會承保臨時性供藥，請致電 <Toll-free Number> 與我們聯絡，服務時間：<Days/Hours of Operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。人工服務代表工作時間：<days/hours of operations when live representatives take calls>。您隨時可以要求我們為您作出承保範圍裁決。您還可以瀏覽我們的網站 <insert web address>。

謹致，

<Plan Representative>

*Pursuant to §30.5 of the Medicare Marketing Guidelines, this notice must be made available in any language that is the primary language of at least five (5) percent of the plan sponsor's PBP service area.*