[***Note****: Instructions for sponsors appear below in italicized text. Text in square brackets must be included if the text accurately describes the plan’s benefit structure. Carets are placeholders for variable fields that must be filled in accurately.*

*Below is a template that may be used for an abridged or comprehensive formulary except when noted as applicable to one form or the other. When indicated as “mandatory,” sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS marketing name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with “plan” or “our plan” and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms “we,” “us”, or “our,” to refer to themselves. Sponsors may also change references to Member Services and Pharmacy Directory with the appropriate name your plan uses.*

*This form may also be used for defined standard plans, whose marketing materials are required to reflect a single tier regardless of whether the formulary submitted to CMS is also associated with a multi-tier formulary.*

*Plans should also consult the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 5 and 6), and 42 CFR Part 423 Subpart V (Part D Communication Requirements).*]

[*The following items must appear on the cover page:*]

**< *mandatory* Plan/Sponsor Name>**

**<연도>[<요약>]처방집**

**([<일부>]보장 의약품 목록)**

**꼭 읽어 주십시오. 본 문서에는 다음에 대한 정보가 포함되어 있습니다.**

**이 플랜에서 보장하는 [***insert the following when applicable:* **<일부>] 의약품**

[*Insert* <HPMS 승인 처방집 파일 제출 ID, 버전 번호>]

[*The following information must appear on both the front and back covers of abridged formularies:* [*Insert one* <이 요약 처방집은 <MM/DD/YYYY>에 업데이트되었습니다.> <이 요약 처방집은 MM/DD/YYYY에 마지막으로 변경되었습니다.] 이 목록은 당사 플랜이 보장하는 의약품의 전체 목록이 아닙니다. 전체 목록을 확인하거나 기타 질문이 있는 경우 [*Optional insert <당사>,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* <고객/가입자> 서비스 (<phone number>, TTY 사용자는 <TTY 전화번호>번으로 전화)로 <days/hours of operation>에 문의하거나 <웹 주소>에 방문하십시오.]

[*The following information must appear on both the front and back covers of comprehensive formularies*. *Insert one* <이 처방집은 <MM/DD/YYYY>에 업데이트되었습니다.> <이 처방집은 MM/DD/YYYY에 마지막으로 변경되었습니다.] [*Insert* <이 처방집은 <MM/DD/YYYY>에 업데이트되었습니다.> 최신 정보를 확인하거나 기타 질문이 있는 경우 [*Optional insert <당사>,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* <고객/가입자> 서비스부 (<phone number>, TTY 사용자는 <TTY 전화번호>번으로 전화)로 <days/hours of operation>에 문의하거나 <웹 주소>에 방문하십시오.]

[*The rest of the language need not appear on the cover page.*]

**기존 가입자 참고 사항:** 이 처방집은 작년부터 변경되었습니다. 본 문서를 검토하여 복용 중인 의약품이 계속 포함되어 있는지 확인해 주십시오.

이 의약품 목록(처방집)에서 "당사", "저희" 또는 "우리"라고 칭하는 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>] 을(를) 의미합니다. "플랜" 또는 "당사 플랜"이라고 칭하는 경우, [*Insert* <2023 Plan Name>을(를) 의미합니다.]

본 문서에는 [*Insert* <formulary revision date>] 현재 최신 상태인 당사 플랜의 [*For abridged formularies insert* <일부>] 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. [*For abridged formularies insert* <완전한>] [*For comprehensive formularies insert* <>] 업데이트된 처방집이 필요한 경우 당사에 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

처방약 혜택을 이용하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 혜택, 처방집, 약국 네트워크 및/또는 코페이/공동보험액은 [*Insert* <benefit year>] 1월 1일, 그리고 연중 수시로 변경될 수 있습니다.

# [*Insert mandatory* <플랜/스폰서 이름>] [*Insert when applicable*<요약>] 처방집이란 무엇입니까?

처방집은 [*Insert* <plan/sponsor name>] 이(가) 의료 서비스 제공자 팀과 협의하여 선택한 보장 의약품 목록으로, 양질의 치료 프로그램에 꼭 필요한 처방 요법을 의미합니다. [*Insert* <plan/sponsor>] 은(는) 의약품이 의학적으로 필요하고 처방전이 [*Insert* <plan/sponsor name>] 네트워크 약국에서 조제되며 기타 플랜 규칙을 준수하는 한, 일반적으로 당사 처방집에 수록된 의약품을 보장합니다. 처방전 조제 방법에 대한 자세한 정보는 보장 증명서를 검토하십시오.

[*Insert for abridged formularies* <본 문서는 부분 처방집이며 [*Insert*<plan/sponsor name>] 에 의해 보장되는 의약품 중 일부만을 포함합니다. [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서 보장하는 모든 처방약의 전체 목록을 확인하려면 당사의 웹사이트를 방문하시거나 당사에 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

# 처방집(의약품 목록)이 바뀔 수 있습니까?

대부분의 의약품 보장 변경은 1월 1일에 이루어지지만, [*Insert one* <당사> <plan/sponsor name>] 은(는) 연중 의약품 목록에 있는 의약품을 추가 또는 제거하거나, 다른 비용 분담 단계로 이동하거나, 새로운 제한을 추가할 수 있습니다. 당사는 이러한 변경에 대해 Medicare 규정을 준수해야 합니다.

**올해 가입자에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항:** 다음 의약품의 경우, 연중에 이루어지는 보장 변경의 영향을 받게 됩니다. [*Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand-name drugs with their new generic equivalents must provide the following advance general notice of changes in the bullet entitled “New generic drugs” below.*]

* **새로운 복제약.** 당사는 비용 분담 단계가 동일하거나 낮거나 제한이 동일하거나 더 적은 새로운 복제약으로 대체하는 경우 의약품 목록에 있는 브랜드 의약품을 즉시 제거할 수 있습니다. 또한 새로운 복제약을 추가할 때 당사는 의약품 목록에 브랜드 의약품을 계속 유지하기로 결정할 수 있지만 즉시 다른 비용 분담 단계로 이동하거나 새로운 제한을 추가할 수 있습니다. 현재 브랜드 의약품을 복용 중일 경우 변경 사항이 적용되기 전에 미리 귀하에게 알리지 않을 수 있지만, 이후 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 제공할 것입니다.
  + 당사가 그러한 변경을 할 경우, 귀하 또는 처방자는 당사에 예외를 요청하고 귀하에게 브랜드 의약품을 계속 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 이 안내문에는 예외 요청 방법에 대한 정보도 포함되어 있으며 아래의 "[*Insert mandatory* < plan/sponsor name>] 처방집에 대한 예외를 요청하는 방법" 섹션에서 정보를 확인할 수 있습니다.

**시장에서 제거된 의약품.** 식약청에서 처방집의 의약품이 안전하지 않다고 판단하거나 의약품의 제조업체가 시장에서 의약품을 제거하는 경우, 당사는 처방집에서 해당 의약품을 즉시 제거하고 해당 의약품을 복용하시는 가입자에게 통지할 것입니다.

* **기타 변경 사항.** 현재 의약품을 복용하고 있는 가입자에게 영향을 미치는 의약품 변경을 할 수 있습니다. 예: [*Plan sponsors that are not choosing to immediately substitute new generics insert* <당사는 새로운 복제약을 추가하여 현재 처방집에 있는 브랜드 의약품을 대체하거나 새로운 제한을 브랜드 의약품에 추가하거나 다른 비용 분담 단계로 이동하거나 두 가지 모두를 시행할 수 있습니다.>] [*Plan sponsors that otherwise meet requirements to immediately substitute new generic drugs insert* <당사는 기존 복제약을 추가하여 현재 처방집에 있는 브랜드 의약품을 대체하거나 새로운 제한을 브랜드 의약품에 추가하거나 다른 비용 분담 단계로 이동하거나 두 가지 모두를 시행할 수 있습니다.>] [*All plan sponsors insert* <또는 당사는 새로운 임상 지침에 따라 의약품을 변경할 수 있습니다. 당사가 처방집에서 의약품을 제거하거나, 사전 허가, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한을 추가하거나 [*Insert if plan has multiple tiers* <또는 더 높은 비용 부담 단계로 이동>]하는 경우, 변경 사항이 발효되기 최소 30일전 또는 가입자가 해당 의약품 리필을 요청할 때 해당 변경 사항으로 인해 영향을 받는 가입자에게 통지해야 합니다. 이때 가입자는 [*Insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month supply)*] 일분의 의약품을 받게 됩니다.
  + 당사가 그러한 변경을 할 경우, 귀하 또는 처방자는 당사에 예외를 요청하고 귀하에게 브랜드 의약품을 계속 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 이 안내문에는 예외 요청 방법에 대한 정보도 포함되어 있으며 아래의 "[*Insert mandatory* <plan/sponsor name>] 처방집에 대한 예외를 요청하는 방법" 섹션에서 정보를 확인할 수도 있습니다.

**현재 의약품을 복용하고 있는 가입자에게 영향을 미치지 않는 변경 사항.** 일반적으로, 연초에 보장되었던 [*Insert* <contract year>] 처방집의 의약품을 복용하고 계신 경우, 당사는 위에 설명된 경우를 제외하고 [*Insert* < contract year>] 보장 연도 동안 해당 의약품의 보장을 중단하거나 줄이지 않습니다. 즉, 이러한 의약품을 동일한 비용 분담금으로 계속 이용할 수 있으며 나머지 보장 연도 동안 해당 의약품을 복용하는 가입자들에게 적용되는 새로운 제한은 없습니다. 당사는 올해 가입자에게 영향을 미치지 않는 변경 사항에 대해서는 직접 통지하지 않습니다. 그러나, 내년 1월 1일부로 이러한 변경이 가입자에게 영향을 미칠수 있으므로 새로운 혜택 연도의 의약품 목록을 확인하여 약에 대한 변경 사항이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

동봉된 처방집은 [*Insert* <formulary date*>*] 현재최신 상태입니다. [*Insert* <plan/sponsor name>] 에 의해 보장되는 의약품에 대한 최신 정보를 확인하려면 당사에 연락해 주십시오. 연락처 정보는 앞표지 및 뒤표지에 나와 있습니다. [*Insert information about plan’s process for updating print formularies (e.g. via formulary errata sheets) in the event of mid-year non-maintenance formulary changes.*]

# 처방집은 어떻게 사용합니까?

처방집에서 가입자의 의약품을 찾는 방법은 두 가지가 있습니다.

## 질병

처방집은 [*Insert* <table page number>] 페이지에서 시작됩니다. 이 처방집의 의약품은 치료할 질병 유형에 따라 범주별로 분류되어 있습니다. 예를 들어, 심장 질병의 치료에 사용되는 의약품은 [*Insert* <category name example>]범주아래에 나열됩니다. 가입자의 의약품의 용도를 알고 있다면 [*Insert* < page number >] 페이지에서 시작되는 목록에서 범주명을 찾으십시오 . 그런 다음 가입자 의약품의 범주명 아래를 확인하십시오.

## 알파벳 순서의 목록

찾아야 할 범주가 확실하지 않다면 [*Insert* <index page number>] 페이지에서 시작되는 색인에서 가입자의 의약품이 있는지 확인해야 합니다. 본 문서에 포함되는 모든 의약품 목록은 알파벳 순서로 제공됩니다. 브랜드 의약품 및 복제약 모두 색인에 나열됩니다. 색인에서 가입자 의약품을 찾으십시오. 가입자 의약품 옆에 페이지 번호가 표시되어 있으므로 해당 페이지에서 보장 정보를 확인할 수 있습니다. 색인에 나와 있는 페이지로 가서 목록의 첫 번째 열에서 가입자 의약품 이름을 찾으십시오.

# 복제약이란 무엇입니까?

[*Insert* <plan/sponsor name>] 은(는) 브랜드 의약품 및 복제약 모두를 보장합니다. 복제약은 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분이 포함되어 있다는 FDA의 승인을 받은 의약품입니다. 일반적으로 복제약은 브랜드 의약품보다 저렴합니다.

# 내 보장에 어떤 제한 사항이 있습니까?

일부 보장 의약품은 추가 요건이 있거나 보장에 제한이 있을 수 있습니다. 이러한 요건 및 제한 사항에는 다음이 포함될 수 있습니다. [*Plans may omit bullets as needed in order to reflect actual utilization management procedures used by the plan.*]

* **사전 허가:** [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서는 가입자[또는 담당 의사]가 특정 의약품에 대해 사전 허가를 받도록 요구합니다. 즉, 처방전을 조제하기 전에 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 않은 경우, [*Insert*<plan/sponsor name>] 에서 약을 보장하지 않을 수도 있습니다.
* **수량 제한:** 특정 의약품의 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>] 은(는) [*Insert* <plan/sponsor name>에서 보장하는 약의 양을 제한합니다. 예를 들어, [*Insert* <plan/sponsor name>] 은(는) <drug name>의 1회 처방마다 <number of units>개만 허용합니다. 이는 표준 1개월분 또는 3개월분에 추가될 수 있습니다.
* **단계적 치료:** 경우에 따라 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서는 가입자의 질병 치료를 위한 다른 의약품을 보장하기 전에 가입자가 특정 의약품을 먼저 시도해 보도록 요구합니다. 예를 들어, 의약품 A 및 의약품 B가 모두 가입자의 질병을 치료하는 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>] 은(는) 가입자가 의약품 A를 먼저 시도해 보지 않는 한 의약품 B를 보장하지 않을 수 있습니다. 의약품 A가 효과가 없을 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>] 은(는) 의약품 B를 보장합니다.

가입자 의약품에 추가 요건 또는 제한이 있는지는 [*Insert* <table page number>] 페이지에서 시작되는 처방집을 통해 확인할 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트를 방문하면 특정 보장 의약품에 적용되는 제한 사항에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. [*Plans/sponsors that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information* <당사는 [*Insert when applicable <사전 허가 제한*> <단계적 치료 제한> <사전 허가 제한 및 단계적 치료 제한>]이 설명되어 있는 [*Insert one* <문서><문서들>]을(를) 온라인에 게시해 두었습니다. 귀하는 당사에 사본을 보내달라고 요청할 수 있습니다. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

귀하는 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에 이러한 제한이나 제약에 대한 예외를 요청하거나 귀하의 질병을 치료할 수 있는 기타 유사한 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하는 방법에 대한 정보는 [*Insert* <exception page number>] 페이지의 "[*Insert* <plan/sponsor name] 처방집에 대한 예외를 요청하는 방법" 섹션을 참조하십시오.

# [일반의약품(OTC)이란 무엇입니까?

OTC 의약품은 Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 비처방약입니다. [*Insert* <plan/sponsor name>]은(는) 특정 OTC 의약품 비용을 지급합니다. *[Note: Include a list of OTC drugs the plan pays for with administrative funds.*] [*Insert* <plan/sponsor name>]은(는) 가입자에게 무료로 이러한 OTC 의약품을 제공합니다. [*Insert* <plan/sponsor name>]에서 지급하는 이러한 OTC 의약품의 비용은 총 파트 D 의약품 비용에 포함되지 않습니다(즉, OTC 의약품의 비용은 보장 공백에 포함되지 않음].

# 내 의약품이 처방집에 없으면 어떻게 됩니까?

가입자의 의약품이 이 처방집(보장 의약품 목록)에 포함되어 있지 않은 경우, 먼저 가입자 서비스부에 연락하여 가입자의 의약품이 보장되는지 문의해야 합니다. [*Insert for abridged formularies* <이 문서에는 보장 의약품 목록의 일부만 포함되어 있으므로, [*Insert* <plan/sponsor name>] 이(가) 가입자 의약품을 보장할 수 있습니다. 자세한 정보를 확인하려면 당사에 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.>]

[*Insert* <plan/sponsor name>] 에서 가입자의 의약품을 보장하지 않는 경우, 두 가지 옵션이 있습니다.

* 가입자 서비스부에 연락하여 [*Insert* <plan/sponsor name>.]에서 보장하는 유사한 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록을 받으시면 담당 의사에게 보여주고 [*Insert* <plan/sponsor name>]에서 보장하는 유사한 의약품을 처방해 달라고 요청하십시오.
* 귀하는 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에 예외를 요청하고 가입자 의약품을 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 정보는 아래를 참조하십시오.

# [*Insert mandatory* <플랜/스폰서 이름>] 처방집에 대한 예외를 요청하는 방법

귀하는 [*Insert*<plan/sponsor name>] 에 당사 보장 규정에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 요청할 수 있는 몇 가지 유형의 예외가 있습니다.

* [당사 처방집에 없는 의약품 보장을 당사에 요청할 수 있습니다. 요청이 승인되는 경우, 해당 의약품은 사전 결정된 비용 부담 단계에서 보장됩니다. 그러면 가입자는 해당 의약품을 더 낮은 비용 부담 단계로 제공해 달라고 요청할 수 없습니다.]
* [*Insert if plan has multiple tiers with no specialty tier, or has a specialty tier but does not exclude it from the exceptions process:* 가입자는 처방집 의약품을 더 낮은 비용 부담 단계로 보장해 달라고 요청할 수 있습니다.] [*Insert if plan has only one specialty tier and chooses to exclude this tier from the tier exceptions process:* 가입자는 처방집 의약품이 특별 단계에 해당하지 않는다면 해당 처방집 의약품을 더 낮은 비용 부담 단계로 보장해 달라고 요청할 수 있습니다]. [*Insert if plan has two specialty tiers*: 가입자는 처방집 의약품이 비용 부담이 낮은 특별 단계에 해당하지 않는다면 해당 처방집 의약품을 더 낮은 비용 부담 단계로 보장해 달라고 요청할 수 있습니다. 처방집 의약품이 비용 부담이 높은 특별 단계에 해당하는 경우, 가입자는 더 낮은 비용 부담 특별 단계로 보장해 달라고 요청할 수 있습니다.] 이러한 사항이 승인되는 경우 해당 의약품 비용이 낮아질 수 있습니다.]
* 귀하는 당사에 가입자 의약품에 대한 보장 제한 또는 제약을 면제하도록 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 특정 의약품의 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서는 당사가 보장하는 약의 양을 제한합니다. 가입자의 의약품에 수량 제한이 있다면, 당사에 제한을 면제하고 용량 증량을 보장하도록 요청할 수 있습니다.

일반적으로 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서는 플랜의 처방집에 포함된 대체 의약품, [낮은 비용 부담 의약품] 또는 추가 활용 제한이 가입자의 질병을 치료하는 데 효과적이지 않거나 부작용을 야기할 수 있는 경우에만 예외 요청을 승인합니다.

가입자는 당사에 문의하여 처방집, , [*insert if plan has multiple tiers:* <단계,>]에 대한 초기 보장 결정 또는 활용 제한 예외를 요청해야 합니다. **처방집,** [*insert if plan has multiple tiers:* <단계,>] **또는 활용 제한 예외를 요청하는 경우, 가입자는 해당 요청을 뒷받침하는 처방자 또는 의사의 진술서를 제출해야 합니다.** 일반적으로 당사는 처방자의 증빙 진술을 수령한 후 72시간 이내에 결정을 내려야 합니다. 귀하 또는 담당 의사가 결정을 72시간까지 기다리는 것이 귀하의 건강을 심각하게 해칠 수 있을 것으로 판단되는 경우에는 신속(빠른) 예외를 요청할 수 있습니다. 귀하의 신속 요청이 승인되는 경우, 당사는 담당 의사 또는 기타 처방자의 증빙 진술을 수령한 후 24시간 이내에 귀하에게 결정 내용을 제공해야 합니다.

# 내 의약품을 변경하거나 예외를 요청하는 것에 대해 의사와 상담하기 전에는 무엇을 해야 합니까?

당사 플랜의 신규 또는 기존 가입자로서 귀하는 처방집에 없는 의약품을 복용할 수도 있습니다. 또는 처방집에 있는 의약품을 복용할 수는 있지만 제약이 있을 수도 있습니다. 예를 들어, 처방전을 조제하기 전 당사로부터 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 당사가 보장하는 적절한 의약품으로 바꿔야 하는지 판단하기 위해 의사와 상담하거나 귀하가 복용하는 의약품을 당사가 보장할 수 있도록 처방집 예외를 요청해야 합니다. 가입자를 위한 적절한 행동 방침을 결정하기 위해 가입자가 담당 의사와 상담하는 동안, 당사는 귀하가 당사 플랜에 가입한 후 <*must be at least 90*>일 동안 특정한 경우 가입자의 의약품을 보장할 수 있습니다.

가입자 의약품 모두가 처방집에 없는 경우 또는 귀하가 의약품을 받는 데 제약이 있는 경우, 당사는 임시로 [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*]-일분을 보장합니다. 그보다 더 적은 일수로 처방전이 작성되는 경우, 당사는 최대 [*insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] 일분의 의약품을 제공하도록 리필을 허락합니다. 첫 [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*]-일분 이후에는 귀하가 플랜에 가입한지 <*must be at least 90*>일 미만이더라도 당사는 이러한 의약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

장기 치료 시설에 거주하고 있으며 처방집에 없는 의약품이 필요하거나 의약품을 받는 데 제약이 있지만 플랜에 가입한 후 <*must be at least 90*>일이 지난 경우, 당사는 귀하가 처방집 예외를 요청하는 동안 <*must be at least 31*>-일분의 긴급 용량을 보장합니다.

[***참고:*** *Plans must insert their transition policy for current enrollees with level of care changes, if applicable.*]

# 자세한 정보

[*Insert* <plan/sponsor name>] 처방약 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서 및 기타 플랜 자료를 검토해 주십시오.

[*Insert* <plan/sponsor name>에 대한 질문이 있는 경우 당사에 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

Medicare 처방약 보장에 관한 일반적인 질문이 있는 경우 Medicare에 1-800-MEDICARE (1‑800‑633‑4227) 로 연중무휴 하루 24시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1‑877‑486‑2048번으로 전화해 주십시오. 또는 http://www.medicare.gov를 방문하십시오.

# [*Insert* <플랜/스폰서 이름>] 처방집

[*Insert as applicable* <아래에> <다음 페이지에서 시작하는>][*Insert for abridged formularies* <요약>] 처방집은 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에세 보장하는 [*Insert for abridged formularies* <일부>] 의약품에 대한 정보를 제공합니다. 목록에서 가입자 의약품을 찾는 데 어려움이 있다면 [*Insert* <index page number>] 페이지에서 시작하는 색인을 확인해 주십시오.

[*Insert the following paragraph for abridged formularies only* *<주의*: 이 목록은 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에서 보장하는 의약품 목록의 일부일 뿐입니다. 처방약이 이 일부 처방집에 없는 경우, 당사에 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.>]

차트의 첫 번째 열에 의약품 이름이 나와 있습니다. 브랜드 의약품은 대문자(예: <BRAND NAME EXAMPLE>) 로 나열되며, 복제약은 소문자 기울임체(예: *<generic example>*) 로 나열되어 있습니다.

요건/제한 사항 열에 있는 정보를 통해 [*Insert* <plan/sponsor name>] 에 가입자 의약품 보장에 대한 특별한 요건이 있는지 확인할 수 있습니다.

[***Note:*** *Sponsors must provide information on the following items when applicable to specific drugs and explain any symbols or abbreviations used to indicate their application: utilization management restrictions; drugs that are available via mail-order, drugs that are limited to a one month supply even when the drug is on a tier that otherwise allows for an extended day supply, excluded drugs that are covered by the plan; free first fill drugs; limited access drugs’ drugs covered in the coverage gap; and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While these symbols and abbreviations must appear whenever applicable, sponsors are not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating* "이 표에 있는 기호 및 약어에 대한 정보는 [*Insert of description where information is available, such as* page number *or* end [*or*] beginning of this table*.*] 페이지로 이동하여 확인할 수 있습니다."

* *Plans that cover excluded drugs must use this column to indicate that certain drugs are available only through their benefit. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states:* "이 처방약은 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않습니다. 이 의약품의 처방전을 조제할 때 귀하가 지불하는 금액은 총 의약품 비용에 포함되지 않습니다(즉, 귀하가 지불하는 금액은 거대위험 보장의 자격을 얻는데 도움이 되지 않습니다.). 또한 처방약 비용에 대한 추가 지원을 받고 있다면 이 의약품 비용에 대한 추가 지원을 받을 수 없습니다." [***Note****: Plans must insert any additional restrictions on this coverage, including any capped benefit limit.*]
* *Plans that offer generic-use incentive programs permitting zero (or reduced) cost-sharing on first generic fills when a member agrees to use the generic rather than the brand-name version of a medication must indicate the drugs to which this program applies. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states:* "이 처방약을 처음 조제하는 경우 <제로>/<할인된> 비용 분담금으로 제공됩니다."
* *Plans that restrict access to any drugs by limiting distribution to a subset of network pharmacies must indicate these drugs. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol or footnote states:* "이 처방전은 특정 약국에서만 이용할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 명부를 참조하거나 [*Insert* <고객/가입자> 서비스부(전화번호, TTY 사용자는 <TTY 전화번호>)로 <운영 시간/날짜>에 문의하거나 <웹 주소>]에 방문하십시오."
* *Plans that provide additional coverage for certain drugs in the coverage gap must indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states*, "당사는 보장 공백 시 이 처방약에 대한 추가 보장을 제공합니다. 이 보장에 대한 자세한 정보는 보장 증명서를 참조해 주십시오."
* *Plans that provide quantity limits for certain drugs must indicate the amount (days’ supply or amount dispensed).*
* *MA-PD or cost plans choosing to provide coverage for any Part D home infusion drugs as part of a bundled payment under a Part C supplemental benefit should indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states,* "이 처방약은 당사 의료 혜택으로 보장<됩니다>/<될 수 있습니다>. 자세한 정보는 [*Insert* <고객/가입자> 서비스부(<phone number>, (TTY 사용자는 <TTY 전화번호))로 <days/hours of operation>에 문의하거나 <web address>] 에 방문하십시오."

*의약품 표 - 옵션 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **의약품 이름** | **의약품 단계**  *[Column is optional for single tier formularies.]* | **요건/제한 사항** |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| <Drug Name 1, Dosage Form A, Strength A> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B > | <Tier 3> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 3, Strength A> | <Tier 4> | <Util. Mgmt.> |
| **<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| <Drug Name 3, Dosage Form A, Strength A > | <Tier> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |

*의약품 표 - 옵션 2*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **의약품 이름** | **의약품 단계**  *[Column is optional for single tier formularies.]* | **요건/제한 사항** |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| *<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 1> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B > | <Tier 3> | <Util. Mgmt.> |
| *<Therapeutic Class Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 3> | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4 Dosage Form A, Strength B> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4, Dosage Form A, Strength B > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength C > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| **<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]** | | |
| *<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 5> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 6> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |

*General Drug Table instructions:*

*OTC drugs may not be included in the formulary table that lists drugs adjudicated at sale but must appear in a separate list or table.*

*Column headings should be repeated on each page of the table.*

*For table sub-headings, plans have the option to use either the therapeutic category only (Table Option 1) or both the therapeutic category and therapeutic class (Table Option 2). The category or class names must be the same as those found on the CMS-approved formulary.*

*Plans have the option of including a “plain-language” description of the therapeutic category/class next to the name of each category/class. For example, instead of only including the category, “Dermatological Agents,” Plans may include “Dermatological Agents – Drugs to treat skin conditions.”*

*For Table Option 1, the therapeutic categories should be listed alphabetically within the table. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic category; they should not be sorted by therapeutic class. For Table Option 2, the therapeutic categories should be listed alphabetically and the therapeutic classes listed alphabetically under the appropriate category. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic class.*

*For an abridged formulary, the chart must include at least two covered drugs for each therapeutic category/class except when only one drug exists in the category or class or when two drugs exist in the category or class but one is clinically superior to the other as per your CMS-approved formulary.*

*Drug Name column instructions:*

*Brand-name drugs should be capitalized, e.g., DRUG A. Generic drugs should be lower-case and italicized, e.g., penicillin. Plans may include the generic name of a drug next to the brand name.*

*If there are differences in formulary status, tier placement, quantity limit, prior authorization, step therapy, or other restrictions or benefit offerings (e.g., available via mail order, etc.) for a drug based on its differing dosage forms or strengths, the formulary must clearly identify how it will treat the different formulations of that same drug. For instance, if a drug has a different tier placement depending on the dosage (e.g., 20 mg is in Tier 1 and 40 mg is in Tier 4), plans must include the drug twice within the table with the varying dosage listed next to the drug name (e.g., DRUG A, 20 mg and DRUG A, 40 mg). The drug will be counted as a single drug when determining whether the plan has included two drugs within each therapeutic category/class.*

*Drug Tier column instructions:*

*For plans that provide different levels of cost-sharing for drugs depending on their tier, sponsors must include a column indicating the drug’s tier placement. For single tier plans (for instance, all defined standard plans), sponsors have the option to delete the column. Plans may choose from several methods to indicate the tier placement including tier numbers from your plan benefit package (e.g., 1/ 2/ 3), standard tier names from your plan benefit package (e.g., generic/ preferred brand/ other brand), copayment amounts (e.g., $10/$20/$35), or coinsurance percentages (e.g., 10%/25%). The latter two methods are preferred since they are generally easier for members to understand. If one of the two former methods are used, plans must provide an explanation before the table explaining the copayment amount or coinsurance percentage associated with each tier number or tier name. The above choices are also available to sponsors with single tier plans, in that plans would be expected to enter the same information in the column beside every drug listed (for instance, identifying all drugs as Tier 1 or subject to a 25% coinsurance).*

*Plans that have different copayment amounts or coinsurance percentages for retail and mail-order prescriptions may include both retail and mail order amounts within the same column or include separate columns for retail and mail order prescriptions.*

*Requirements/Limits column instructions:*

*Part D Plans must indicate any applicable utilization management procedures (e.g., prior authorization, step therapy, quantity limits, etc.), special coverage rules, and/or mail-order procedures for each drug within the Requirement/Limits column.*

*Plans may include abbreviations within this column (e.g., QL for quantity limits) but must include an explanation at the beginning of the formulary table explaining each abbreviation.*

# 의약품 색인

[*Pursuant to 42 CFR §423.2267, applicable disclaimers must be included in this document.*]

*[BACK COVER]*

*[Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.]*