*說明︰在由於 D 部分過渡要求適用而裁決受益人接受藥物過渡供給的首次臨時抓藥後，本模本用於在三個工作日內通知受益人。計劃應包括從以下選擇中相應有限承保的具體解釋。贊助者可在整個通知中用「計劃」、「我們的計劃」或「您的計劃」替換 <計劃名稱>。當過渡適用於一種化合物時，贊助者應在 <於此處列出藥物> 或 <藥物名稱> 中使用術語「化合物」。*

**您的藥物未列於我們的《承保藥物》（處方藥物表）上的 D 部分藥物**

**或受到某些限制**

<日期>

<會員姓名>

<地址>

<城市，州，郵區編號>

尊敬的 <會員姓名>︰

本函件旨在告知您，<計劃名稱> 已向您提供以下處方藥的臨時供給：<於此處列出藥物>。

此／這些藥物不包括在承保藥物清單（稱為處方藥物表），或者在處方藥物表上，但受到某些限制，如下方內容進一步的詳述。要求<計劃名稱>按如下所示為您提供此／這些藥物的臨時供給：

[*為未入住長期護理設施的會員插入：*因此，在醫院門診中，我們需要提供最多 *[插入供給限量（必須至少為 30 天的供給）]*] 的藥量。若處方的適用天數更少，我們將允許多次抓藥，提供最多 [*插入供給限量（必須至少為 30 天的供給）*]的藥量。][*為入住長期護理設施的會員插入：*因此，對於入住長期護理設施的人士，我們需要提供最多 [*插入供給限量（必須至少為 91 天的供給，可能最多不超過 98 天的供給，取決於配藥增量）*] 的藥量。若處方的適用天數更少，我們允許多次抓藥，提供最多 [*插入供給限量（必須至少為 91 天的供給，可能為多達 98 天的供給）*] 的藥量。（請注意，為杜絕浪費，長期護理藥房每次提供的藥量可能會更少)。]

請務必瞭解，這是此／這些藥物的臨時供給。在您用完了此／這些藥物之前，您應儘早與<計劃名稱>和／或處方醫生討論以下事項：

* 將此／這些藥物換為在我們的處方藥物表上的另一種／多種藥物；或者
* 透過證明您符合我們的標準來申請批准此／這些藥物的承保；或者
* 申請批准我們承保準則的例外情況。

當你申請批准承保或承保準則例外情況時，這些被稱為承保範圍確定。不要假設，僅因抓了更多藥物，您申請或上訴的任何承保範圍確定（包括任何例外情況）已經獲批。如果我們批准了承保範圍，就會給您寄一份書面通知。

如果您需要協助申請承保範圍（包括例外情況）確定，或者如果您想得到我們何時將承保某種藥物的暫時供給的更多資訊，請撥打 <免費電話號碼> 與我們聯絡。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 [TTY 號碼>。工作時間為<有人接聽電話的日期/時間>。您可以隨時要求我們做出承保範圍確定。**本函件的結尾說明了如何變更目前的處方藥、申請承保範圍（包括例外情況）確定及在不同意我們的承保範圍確定时如何上訴。**

下文解釋了您的藥物為何没有承保或有限制。

*[****注意****︰計劃可在同一通知内包含有關多個過渡供給的資訊。]*

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物不在我們的處方藥物表上。[*適用時插入：*此外，您以前收到的有關此藥物承保的例外批准最近已過期。]除非您從我們這裡取得 <一個> <額外> 的處方藥物表例外情況批准，否則在您接受我們需要承保的最多 *[插入數字]* 天的供給後，我們不會繼續支付此藥費。]

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物不在我們的處方藥物表上。此外，我們不會提供所開處方上的全部藥量，因為我們限制了每次提供此藥物的數量。這稱為藥量限制，我們實施這些限制是出於安全原因。除了出於安全原因實施本藥物配給的藥量限制外，除非您從 <計劃名稱> 取得處方藥物表例外情況批准，否則在您接受我們需要承保的最多 *[插入數字]* 天的供給後，我們不會繼續支付此藥費。]

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物在我們的處方藥物表上，但需要事先授權。除非您透過向我們證明您滿足一定的要求而取得事先授權，或者我們批准您的事先授權要求例外情況申請，否則在您接受我們需要承保的最多 [*插入數字*] 天的臨時供給後，我們不會繼續支付此藥費。]

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物不在我們的處方藥物表上。然而，我們一般只會在您首次嘗試其他藥物（特別是 <插入漸進式 1 藥物>），以做為我們所稱的漸進式治療計劃的一部分時支付藥費。漸進式治療是先用我們認為安全且有效的低成本藥物開始藥物治療，然後進展到使用其他更昂貴的藥物進行藥物治療的做法。除非您先嘗試我們處方藥物表上的非品牌藥，或者我們批准您的漸進式治療要求例外情況申請，否則在您接受我們需要承保的最多 [*插入數字*] 天的臨時供給後，我們不會繼續支付此藥費。]

**[藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物不在我們的處方藥物表上。然而，我們只會在您首次嘗試此藥物的非品牌藥時支付藥費。除非您先嘗試我們處方藥物表上的非品牌藥，或者我們批准您的例外情況申請，否則在您接受我們需要承保的最多 [*插入數字*] 天的臨時供給後，我們不會繼續支付此藥費。]

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物在我們的處方藥物表上，但有藥量限制 (QL)。除非您取得 <計劃名稱> 的例外情況批准，否則我們不會繼續提供超過藥量限制允許的藥量，即 <插入藥量限制>。

***[注意****：以下選擇用於緊急抓藥和護理級別變更，且可選。然而，我們鼓勵計劃將緊急抓藥和護理級別變更的臨時供給通知受益人。]*

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物不在我們的處方藥物表上。在您尋求取得 <計劃名稱> 處方藥物表例外情況的期間，我們會承保此藥物 <抓藥要求的供給天數 － 必須至少為 31 天>。如果您正在尋求例外情況，我們會考慮繼續提供承保範圍，直至做出決定。

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰本藥物在我們的處方藥物表上，但需要事先授權。在您尋求透過向我們證明您滿足事先授權要求而取得承保範圍的期間，我們會對此藥物承保 <抓藥要求的供給天數 － 必須至少為 31 天。>如果您認為這些事先授權要求因為醫療原因而對您不適用，您也可以向我們申請事先授權要求例外情況。

[**藥物名稱**︰ <*藥物名稱*>

**抓藥日期**：*<抓藥日期*>

**通知原因**︰此藥物在我們的處方藥物表上，但一般只有在您做為漸進式治療計劃的一部分時先嘗試某些其他藥物後才能承保。漸進式治療是先用我們認為安全且有效的低成本藥物開始藥物治療，然後發展到使用其他更昂貴的藥物進行藥物治療的做法。在您尋求透過向我們證明您滿足漸進式治療標準而取得承保範圍的期間，我們會對此藥物承保 <抓藥要求的供給天數 － 必須至少為 31 天。>如果您認為漸進式治療要求因為醫療原因而對您不適用，您也可以向我們申請漸進式治療要求例外情況。

**我可如何變更我的處方？**

如果您的藥物不在我們的處方藥物表上，或者在我們的處方藥物表上但有一定限制，您可以問我們處方藥物表上有什麼其他藥物可以治療您的病症，透過證明您符合我們的標準來申請我們批准承保範圍，或者向我們申請例外情況。我們鼓勵您詢問處方醫生，您是否可以選擇我們承保的其他藥物。您有權利申請我們承保最初為您開具處方的藥物的例外情況。如果您申請例外情況，為您處方醫生需要向我們提供一份聲明，解釋為什麼我們給您的藥物事先授權、藥量限制或其他限制在醫療上不適合您。

**我可如何申請承保範圍確定，包括例外情況？**

您或您的處方醫生可以與我們聯絡，申請承保範圍確定，包括例外情況。<提供必要的地址、傳真號碼和電話號碼>。

如果您申請承保不在我們處方藥物表上的藥物或承保範圍規則的例外情況，您的處方醫生必須提供聲明來證明您的申請。將此通知帶給處方醫生或交給醫生辦公室可能非常有用。如果您的例外情況申請涉及不在我們處方藥物表上的藥物，處方醫生提供的聲明必須指明，申請的藥物對治療您的病症是醫療必需的，因為我們處方藥物表上的藥物不如申請的藥物有效或會對您產生副作用。如果例外情況申請涉及我們對處方藥物表上的藥物設定的事先授權或其他承保範圍規則限制，醫生提供的聲明必須指明，承保範圍規則對您的病症不適當或會對您產生副作用。

如果將申請加急，則我們必須在 24 小時內向您告知我們的決定；若為標準申請，則在我們收到您的申請後 72 小時內向您告知我們的決定。對於例外情況，時限從我們得到您的處方醫生的聲明開始。如果我們確定或您的處方醫生告知我們，等待標準決定會嚴重危及您的生命及健康，或影響您恢復最佳功能，則可以將您的申請加急。

**如果我的承保範圍申請遭拒，則該怎麼辦？**

如果您的承保範圍申請遭拒，您有權提出上訴，要求審查先前的決定，這叫做重新確定。您必須在我們對您的承保範圍確定申請做出決定之日起 60 個曆日內申請提出此上訴。*[插入一個：*<您必須提出書面標準申請。> 或 <我們接受透過電話及以書面形式提出的標準申請。>]我們接受透過電話及以書面形式提出的加急申請。<提供必要的地址、傳真號碼和電話號碼>。

如果您需要協助請求承保範圍（包括例外情況）確定，或者如果您想得到我們何時將承保某種藥物的暫時供給的更多資訊，請在 <工作日期/時間> 撥打 <免費電話號碼> 與我們聯絡。聽覺及語言有障 (TTY) 人士請致電 [TTY 號碼>。工作時間為<有人接聽電話的日期/時間>。您可以隨時要求我們做出承保範圍確定。您還可以造訪我們的網站 [插入網址>。

謹致，

<計劃代表>

*根據《聯邦醫療保險營銷準則》第 30.5 節，如果某種語言是計劃贊助者處方藥物福利 (PBP) 服務區域內至少百分之五 (5) 的人的主要語言，此通知必須提供該語言版本。*