

{2017 年 D 部份過渡期函}



<Street Address>
<City, State ZIP

< >

您的藥物不在我們的承保藥物清單（處方藥一覽表）中
或受到特定限制的約束

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

尊敬的 <MEMBER NAME>：

我們要告訴您，<Plan Name> 為您臨時供應以下處方藥：<list medication[s] here>。

該藥物或不包含在我們的承保藥物清單中（稱為我們的處方藥一覽表），或雖然包含在處方藥一覽表中，但設有特定限制，詳細情況見下方說明。<Plan Name> 按規定為您臨時供應該藥物，具體情況如下：

[[為未入住 LTC 機構的會員插入：]按照規定，我們必須為門診患者提供最長達 <insert supply limit (must be at least a 30-day supply)> 的藥物。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 <insert supply limit (must be at least a 30-day supply)> 的藥物。][為入住 LTC 機構的會員插入：]按照規定，我們必須為長期護理機構的居住者提供最長達 <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)> 的藥物。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 <insert supply limit (must be at least a 91-day supply and may be up to a 98-day supply)> 的藥物。（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。）]

重要的是，您需要理解，這只是對該藥物的臨時性供藥。在該藥物用完之前，您應當與 <Plan Name> 和/或處方醫師討論：

- 用處方藥一覽表中的其他藥物替換該處方藥；或
- 透過證明您符合我們的承保標準申請批准對該藥物的承保；或
- 申請適用承保標準的例外處理。

<August 2016>

{2017 年 D 部份過渡期函}

申請批准承保或申請適用承保標準的例外處理這兩種情況，稱為承保範圍裁決。您不應根據您配取的藥物量較多而斷定任何承保範圍裁決，包括您所申請或上訴的任何例外處理，已經經過批准。若我們批准承保，會向您另外寄送書面通知。

如果您在申請承保裁決（包括申請例外處理）方面需要援助，或者如果您希望進一步瞭解我們何時會承保某種藥物的臨時配藥，請致電 <toll free phone number> 聯絡我們。聽障和語障人士可致電 <TTY number>。 <days/hours of operations when live representatives take calls> 期間有現場代表接聽來電。您可以隨時向我們申請承保裁決。本函最後將說明如何更改當前處方藥，如何申請承保範圍裁決（含申請例外處理），以及如何在承保範圍裁決申請遭拒後提出上訴。

下文將具體解釋您的藥物為何不受承保或受到限制。

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物未列於我們的處方藥一覽表中。[在適用時插入：]此外，您先前獲得的對該藥物的承保例外處理已於近期失效。]在我們按照規定為您提供最長 <insert number> 天的臨時供藥後，除非您獲得我們批准的 <a><an additional> 處方藥一覽表例外處理，否則我們將不再繼續為該藥物付費。]

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物未列於我們的處方藥一覽表中。此外，因為我們限制了該藥物的一次性供藥量，我們將無法全額承保所配取的藥量。這稱為數量限制，我們出於安全考慮設定該等限制。除出於安全考慮對該藥物的分發設定數量限制以外，按要求為您承保最長達 <insert number> 天的供藥量後，我們將不再為該藥物提供付費，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>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物列於我們的處方藥一覽表上，但需要事先授權。除非您向我們證明您符合相關要求並據此獲得我們的事先授權，或除非我們批准您對前述授權規範例外處理的申請，否則我們在按要求為您承保最長達 <insert number> 天的供藥量後，將不再為該藥物提供付費。

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物列於我們的處方藥一覽表上。但我們通常會要求您首先嘗試其他藥物，我們稱之為階段療法計劃，只有在您嘗試 <Insert Step drug(s)> 後，我們才可為該藥物付費。階段療

<August 2016>

2

{2017 年 D 部份過渡期函}

法首先採用我們認為安全有效，且費用更為低廉的藥物對您展開藥物治療，此後才可以過渡至其他費用更高的藥物。除非您首先嘗試處方藥一覽表的其他藥物，或除非我們批准您對階段療法要求例外處理的申請，否則我們在按要求為您承保最長達<insert number> 天的供藥量後，將不再為該藥物提供付費。]

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物列於我們的處方藥一覽表上。然而，通常只有在您首先嘗試該藥物的普通藥版本後，我們才會為該藥物付費。除非您首先嘗試處方藥一覽表的其他藥物，或除非我們批准您對例外處理的申請，否則我們在按要求為您承保最長達 <insert number> 天的供藥量後，將不再為該藥物提供付費。

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物雖然在我們的處方藥一覽表中，但是受到數量限制 (QL) 的約束。除非您從 <Plan Name> 獲得例外處理，否則我們在對您的供藥達到數量限制（即 <insert the QL>）後將不再繼續供藥。

{註：下述選項專為緊急配藥及護理等級變更提供，屬於可選選項。但是，我們鼓勵各計劃告知受益人與緊急配藥及護理等級變更相關的臨時供藥。}

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物未列於我們的處方藥一覽表中。我們會為該藥物承保 <days supply on filled claim – must be at least 31 days>天，以便您向 <Plan Name> 申請處方藥一覽表的例外處理。如果您正處於申請例外處理的流程中，我們將考慮繼續為您提供承保，直至您收到裁定。

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物列於我們的處方藥一覽表上，但需要事先授權。我們會為該藥物承保 <days supply on filled claim – must be at least 31 days>天，以便您透過向我們證明您符合事先授權要求從而獲得對該藥物的承保。若您認為事先授權要求因醫療原因不適用於您，也可以向我們申請獲得事先授權要求的例外處理。

[藥物名稱：<name of drug>

配取日期：<date filled>

通知原因：該藥物列於我們的處方藥一覽表中，但通常只有在您依照我們階段療法的計劃，首先嘗試特定的其他藥物後，才可獲得承保。階段療法首先採用我們認為安全有效，且費用更為

{2017 年 D 部份過渡期函}

低廉的藥物對您展開藥物治療，此後才可以過渡至其他費用更高的藥物。我們會為該藥物承保 <days supply on filled claim – must be at least 31 days> 天，以便您透過向我們證明您符合階段療法標準從而獲得對該藥物的承保。若您認為階段療法要求因醫療原因不適用於您，也可以向我們申請獲得階段療法要求的例外處理。

我應該如何更改我的處方？

若您的藥物未列於我們的處方藥一覽表中，或雖然列於我們的處方藥一覽表中，但我們對該藥物設有限制，您可以諮詢我們應當使用處方藥一覽表中哪些其他藥物來治療您的疾病，也可以向我們證明您符合標準從而獲准承保，或向我們申請獲得例外處理。我們鼓勵您向處方醫師諮詢您是否可以選用我們承保的此等其他藥物。您有權向我們申請獲得例外處理，以獲得對原處方藥物的承保。若您申請例外處理，您的處方醫師還需向我們提供一份聲明，在聲明中說明我們對相關藥物實行的事先授權、數量限制或其他限制不適用於您的醫療原因。

我如何申請承保範圍裁決（包括例外處理）？

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

若您申請對未列於處方藥一覽表中的藥物承保，或申請對某項承保規則實施例外處理，您的處方醫師必須開具一份支持您申請的聲明。您可以將本通知帶給您的處方醫師，或將本通知副本寄送到處方醫師的診室，這可能有所幫助。若例外處理申請涉及的藥物未列在我們的處方藥一覽表中，處方醫師聲明必須指明：所申請的藥物對治療您的病症具有醫療必需性，因為我們的處方藥一覽表上所列的藥物皆沒有所申請的藥物有效，或其他藥物可能引起您的不良反應。若例外處理申請涉及的藥物雖然列於我們的處方藥一覽表中，但受到事先授權或我們為相關藥物設置的其他承保規則的約束，處方醫師聲明必須指明：考慮到您的病況，相關承保規則不適用於您，或可能引起您的不良反應。

我們必須在收到您提出的加急申請後 24 小時內通知您我們的決定，或者在收到您提出的標準申請後 72 小時內通知您我們的決定。對於例外處理，通知您的時間期限從我們獲得處方醫師的聲明算起。如果我們決定，或您的處方醫師指明：等候標準申請結果將嚴重危及您的生命、健康或損害讓您的身體機能恢復到最佳狀態的能力，則申請將被設為加急申請。

如果我的承保申請遭拒，該怎麼辦？

如果您的承保申請遭拒，您有權利提出上訴，要求重審先前的裁定，此等上訴被稱為「重新裁定」。您必須在我們對您的承保裁決申請出具書面決定之日起 60 個日曆日內提出上訴。[插入

{2017 年 D 部份過渡期函}

其中一項：<You must file a standard request in writing.> 或 <We accept standard requests by phone and in writing.> 我們接受透過電話和書面形式提出的加急申請。<Provide the necessary address, fax number, and phone number>。

如果您在申請承保裁決（包括申請例外處理）方面需要援助，或者如果您希望進一步瞭解我們何時會承保某種藥物的臨時配藥，請在 <Days/Hours of Operation> 期間致電 <Toll-free Number> 聯絡我們。聽障和語障人士可致電 <TTY number>。<days/hours of operations when live representatives take calls.> 期間有現場代表接聽電話。您可以隨時向我們申請承保裁決。您還可以訪問我們的網站：<insert web address>。

謹致

<Plan Representative>

{根據《Medicare 行銷指南》第 §30.5 節的規定，必須根據計劃贊助方 PBP 服務區域內使用人口超過百分之五 (5) 的主要語言，提供本通知的相應語言版本。}

Aetna Medicare 是一項簽有 Medicare 合約的 PDP、HMO、PPO 計劃。我們的 SNP 同時與州 Medicare 計劃簽約。對計劃的參保情況視續約情況而定。

處方藥一覽表及/或藥房網絡可能隨時更改。我們將酌情通知您。

Aetna 遵循適用的聯邦民權法，不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而做出歧視行為。注意：若您使用的語言不是英語，我們可以免費提供語言援助。請訪問我們的網站：www.aetnamedicare.com 或撥打會員身份識別卡上的電話號碼。

ESPAÑOL (SPANISH): ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en www.aetnamedicare.com o llame al número de teléfono que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado.

繁體中文 (CHINESE): 請注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請造訪我們的網站 www.aetnamedicare.com 或致電您的會員卡上的電話號碼。

請查閱承保範圍說明書 (Evidence of Coverage)，獲取有關計劃福利、排除和限制條款以及承保條件的完整說明。計劃特點及可用性可能因為服務區的不同而各異。

Y0001_5040_8050_NM 09/2016

<August 2016>

{2017 年 D 部份過渡期函}

<CVS Code>

SM-0508-16 (9/16)

<August 2016>