[*Instructions: This model should be used to notify members 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 all appropriate 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 the notice. The sponsor should use the term “compound” in <prescription drug(s)> or <name of drug> when a transition supply applies to a compound*.]

**(Các) Thuốc của quý vị Không có trong Danh sách Thuốc được Đài thọ của chúng tôi (DANH MỤC THUỐC)**

**HOẶC PHẢI CHỊU MỘT SỐ GIỚI HẠN NHẤT ĐỊNH**

# <DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Kính gửi <MEMBER NAME>:

Chúng tôi muốn thông báo với quý vị rằng [*Insert* <Plan Name>] đã cung cấp cho quý vị lượng tiếp liệu tạm thời của (các) thuốc theo toa sau: [*Insert* <prescription drug(s)>.]

(Các) thuốc <này/này> <là/là> không có trong danh sách thuốc được đài thọ của chúng tôi (gọi là danh mục thuốc) hoặc là thuốc được đưa vào danh mục thuốc nhưng phải chịu các giới hạn nhất định, như được mô tả chi tiết hơn ở phần sau trong thư này. <PLAN NAME> phải cung cấp một lượng tạm thời [các] thuốc này cho quý vị. Nếu toa thuốc của quý vị được cho số ngày ít hơn *[Insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in approved plan benefit package]* ngày, chúng tôi sẽ cho phép mua thuốc nhiều lần điền để cung cấp tối đa *[Insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* ngày dùng thuốc.

Điều quan trọng là quý vị phải hiểu rằng đây là một lượng tiếp liệu tạm thời của (các) loại thuốc này. Nhiều ngày trước khi quý vị hết (các) loại thuốc này, quý vị nên nói chuyện với [*Insert* <Plan Name>] và/hoặc bác sĩ kê toa về:

* thay đổi (các) thuốc sang (các) loại thuốc khác có trong danh mục thuốc của chúng tôi; hoặc
* yêu cầu phê duyệt (các) loại thuốc này bằng cách chứng minh rằng quý vị đáp ứng các tiêu chí của chúng tôi về bảo hiểm; hoặc
* yêu cầu một ngoại lệ đối với các tiêu chí bảo hiểm của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu phê duyệt bảo hiểm hoặc ngoại lệ đối với các tiêu chí bảo hiểm, đây gọi là xác định bảo hiểm. Đừng giả định rằng bất kỳ quyết định bảo hiểm nào, bao gồm bất kỳ ngoại lệ nào, mà quý vị đã yêu cầu hoặc kháng nghị đã được chấp thuận chỉ vì quý vị nhận được nhiều thuốc hơn. Nếu chúng tôi chấp thuận bảo hiểm, thì chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo khác bằng văn bản.

Nếu quý vị cần được hỗ trợ trong việc yêu cầu xác định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ, hoặc nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về thời điểm chúng tôi sẽ đài thọ cho việc cung cấp thuốc tạm thời, vui lòng liên hệ với [*Insert one* <BAN DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG/HỘI VIÊN>] theo số [*Insert* <toll free phone number> (Người dùng TTY/TDD nên gọi số <TTY/TDD number>]. Các đại diện trực từ [*Insert* <days/hours of operation>.] Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xác định bảo hiểm bất cứ lúc nào.Quý vị cũng có thể vào thăm trang mạng của chúng tôi tại <WEB ADDRESS>.

**Hướng dẫn về cách thay đổi (các) thuốc theo toa hiện tại của quý vị, cách yêu cầu xác định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ, và cách kháng nghị từ chối nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi được đề cập vào cuối thư này.**

Dưới đây là lời giải thích cụ thể lý do tại sao (các) thuốc <là/là> không được đài thọ hoặc <là/là> bị hạn chế.

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

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** *<*date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. [*Insert where applicable* <Ngoài ra, một ngoại lệ trước đây mà quý vị đã nhận được cho bảo hiểm thuốc này gần đây đã hết hạn.>]Chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho thuốc này sau khi quý vị đã nhận được lượng thuốc tạm thời tối đa [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]ngày mà chúng tôi bắt buộc phải đài thọ, trừ khi quý vị có [*Insert as applicable* <một> OR <thêm một>] ngoại lệ danh mục thuốc từ chúng tôi.]

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** <date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Ngoài ra, chúng tôi không thể cung cấp toàn bộ số thuốc đã được kê toa, bởi vì chúng tôi giới hạn lượng thuốc này mà chúng tôi cung cấp tại một thời điểm. Đây được gọi là giới hạn số lượng và chúng tôi áp đặt các giới hạn như vậy vì các lý do an toàn. Ngoài việc áp đặt giới hạn số lượng vì thuốc này được phát vì lý do an toàn, chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho thuốc này sau khi quý vị đã nhận được tối đa lượng thuốc [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày mà chúng tôi được yêu cầu đài thọ trừ khi quý vị nhận được ngoại lệ trong danh mục thuốc từ [*Insert* <plan name>.]

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** <date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng cần được cho phép trước. Trừ khi quý vị được cho phép trước từ chúng tôi bằng cách cho chúng tôi thấy rằng quý vị đáp ứng một số yêu cầu nhất định, hoặc chúng tôi chấp thuận yêu cầu ngoại lệ đối với các yêu cầu cho phép trước, chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho thuốc này sau khi quý vị đã nhận được lượng tiếp liệu tạm thời tối đa [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]ngày mà chúng tôi được yêu cầu đài thọ.]

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** <date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi thường sẽ chỉ thanh toán cho thuốc này nếu quý vị lần đầu tiên thử (các) thuốc khác, cụ thể là [*Insert* <step therapy drug(s)>]như một phần của những gì chúng tôi gọi là một liệu pháp từng bước. Liệu pháp từng bước là việc bắt đầu trị liệu bằng thuốc với những gì chúng tôi coi là một loại thuốc an toàn, hiệu quả, và chi phí thấp trước khi tiến tới sử dụng các loại thuốc tốn kém hơn khác. Trừ khi quý vị thử (các) loại thuốc khác đó trên danh mục thuốc của chúng tôi trước, hoặc chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ đối với yêu cầu liệu pháp từng bước, chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho thuốc này sau khi quý vị đã nhận được lượng thuốc tạm thời tối đa [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* ngày mà chúng tôi được yêu cầu đài thọ.]

**[Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** <date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi thường sẽ chỉ thanh toán cho thuốc này nếu lần đầu tiên quý vị thử một phiên bản thuốc gốc của thuốc này. Trừ khi quý vị thử thuốc gốc trên danh mục thuốc của chúng tôi trước, hoặc chúng tôi chấp thuận yêu cầu của quý vị cho một ngoại lệ, chúng tôi sẽ không tiếp tục thanh toán cho thuốc này sau khi quý vị đã nhận được lượng thuốc tạm thời tối đa [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* ngày mà chúng tôi được yêu cầu đài thọ.]

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** <date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng phải chịu giới hạn số lượng (QL). Chúng tôi sẽ không tiếp tục cung cấp nhiều hơn giấy phép giới hạn số lượng của chúng tôi, là <QUANTITY LIMIT>, trừ khi quý vị nhận được ngoại lệ từ <PLAN NAME>.]

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

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** *<*date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Chúng tôi sẽ bảo hiểm thuốc này cho [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* khi quý vị đang yêu cầu ngoại lệ danh mục thuốc từ . <PLAN NAME> Nếu quý vị đang trong quá trình yêu cầu ngoại lệ, chúng tôi sẽ xem xét việc cho phép tiếp tục bảo hiểm cho đến khi có quyết định.]

[**Tên Thuốc:** <*name of drug*>

**Ngày Mua Thuốc:** <*date filled*>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng cần được cho phép trước (PA). Chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc này cho [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] trong khi quý vị yêu cầu bảo hiểm bằng cách cho chúng tôi biết rằng quý vị đáp ứng các yêu cầu cho phép trước. Quý vị cũng có thể đề nghị chúng tôi cấp một ngoại lệ đối với các yêu cầu cho phép trước nếu quý vị cho rằng chúng không nên áp dụng cho quý vị vì các lý do y tế.]

[**Tên Thuốc:** <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc:** <date filled>

**Lý do Thông báo:** Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng thường chỉ được đài thọ nếu quý vị thử một số loại thuốc khác trước tiên như là một phần của liệu pháp từng bước của chúng tôi. Liệu pháp từng bước là việc bắt đầu trị liệu bằng thuốc với những gì chúng tôi coi là một loại thuốc an toàn và hiệu quả, có chi phí thấp trước khi tiến tới sử dụng các loại thuốc tốn kém hơn khác. Chúng tôi sẽ đài thọ cho thuốc này cho [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]trong khi quý vị yêu cầu bảo hiểm bằng cách cho chúng tôi thấy rằng quý vị đáp ứng các tiêu chí của liệu pháp từng bước. Quý vị cũng có thể đề nghị chúng tôi cho một ngoại lệ đối với yêu cầu liệu pháp từng bước nếu quý vị cho rằng nó không nên áp dụng cho quý vị vì các lý do y tế.]

**Làm cách nào để thay đổi toa thuốc của tôi?**

Nếu (các) thuốc của quý vị <là/là> không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, hoặc nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng chúng tôi đã đặt giới hạn đối với (các) thuốc đó, thì quý vị có thể hỏi (các) loại thuốc nào khác <được/được> sử dụng để điều trị bệnh trạng của quý vị trên danh mục thuốc của chúng tôi; yêu cầu chúng tôi phê duyệt bảo hiểm bằng cách cho thấy quý vị đáp ứng các tiêu chí của chúng tôi; hoặc yêu cầu chúng tôi cho một ngoại lệ. Chúng tôi khuyến khích quý vị hỏi bác sĩ kê toa xem liệu (các) loại thuốc khác này mà chúng tôi đài thọ có là một lựa chọn cho quý vị không. Quý vị có quyền yêu cầu một ngoại lệ từ chúng tôi để đài thọ cho (các) thuốc của quý <đã/đã> được kê toa ban đầu. Nếu quý vị đề nghị ngoại lệ, người kê toa của quý vị sẽ cần phải cung cấp cho chúng tôi một tuyên bố giải thích lý do tại sao việc cho phép trước, giới hạn số lượng, hoặc giới hạn khác mà chúng tôi đã áp đặt đối với thuốc của quý vị là không thích hợp về mặt y tế cho quý vị.

**Làm cách nào để yêu cầu xác định bảo hiểm, bao gồm cả ngoại lệ?**

Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc người kê toa thay mặt quý vị có thể liên hệ với chúng tôi để yêu cầu xác định bảo hiểm, bao gồm ngoại lệ. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER>]

Nếu quý vị yêu cầu bảo hiểm một loại thuốc không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc ngoại lệ đối với quy định bảo hiểm, bác sĩ kê toa của quý vị phải cung cấp tuyên bố hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Có thể hữu ích nếu quý vị mang thông báo này đến gặp bác sĩ kê toa hoặc gửi một bản sao đến phòng mạch của họ. Nếu yêu cầu ngoại lệ liên quan đến một loại thuốc không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, tuyên bố của bác sĩ kê toa phải cho biết rằng thuốc được yêu cầu là cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh trạng của quý vị, bởi vì tất cả các loại thuốc trong danh mục thuốc của chúng tôi sẽ kém hiệu quả hơn thuốc được yêu cầu hoặc sẽ có tác dụng bất lợi cho quý vị. Nếu yêu cầu ngoại lệ liên quan đến việc cho phép trước hoặc quy tắc bảo hiểm khác mà chúng tôi đã áp đặt đối với một loại thuốc nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, tuyên bố của bác sĩ kê toa phải cho biết rằng quy định bảo hiểm không thích hợp cho quý vị do bệnh trạng của quý vị hoặc sẽ có các tác dụng bất lợi cho quý vị.

Chúng tôi phải thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi không quá 24 giờ, nếu yêu cầu là khẩn, hoặc không quá 72 giờ, nếu yêu cầu là yêu cầu tiêu chuẩn, từ khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị. Đối với các ngoại lệ, khung thời gian bắt đầu khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ kê toa của quý vị. Yêu cầu của quý vị sẽ được đẩy nhanh nếu chúng tôi xác định, hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cho chúng tôi biết rằng cuộc sống, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị có thể bị nguy hiểm nghiêm trọng nếu phải chờ đợi một quyết định tiêu chuẩn.

**Điều gì sẽ xảy ra nếu yêu cầu bảo hiểm của tôi bị từ chối?**

Nếu yêu cầu bảo hiểm của quý vị bị từ chối, quý vị có quyền kháng nghị bằng cách yêu cầu xem xét lại quyết định trước đó, được gọi là xác định lại. Quý vị phải yêu cầu kháng nghị này trong vòng 60 ngày dương lịch kể từ ngày chúng tôi đưa ra quyết định bằng văn bản về yêu cầu xác định bảo hiểm của quý vị. [*Insert one:* <Quý vị phải nộp yêu cầu tiêu chuẩn bằng văn bản.> OR <Chúng tôi chấp nhận các yêu cầu tiêu chuẩn qua điện thoại và bằng văn bản.>] Chúng tôi chấp nhận các yêu cầu khẩn qua điện thoại và bằng văn bản. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER]

Trân trọng

<PLAN REPRESENTATIVE>

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