[*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*.]

**귀하의 의약품은 보장 의약품 목록(처방집)에 있지 않거나**

**특정 제한을 적용받습니다**

<DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

<MEMBER NAME> 님께,

[*Insert* <Plan Name>]에서 처방약 [*Insert* < prescription drug(s) >의 임시분을 제공한 것을 알려드리고자 합니다.

해당 의약품은 보장 의약품 목록(처방집이라고 함)에 포함되어 있지 않거나, 처방집에 포함되어 있지만 본 서신의 뒷부분에 자세히 설명된 바와 같이 특정 제한을 적용받습니다. <PLAN NAME>은(는) 귀하에게 이 의약품의 임시분을 제공해야 합니다. 만약 처방전이 *[Insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in approved plan benefit package]*일보다 적은 일수로 작성되었다면 최대 *[Insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* 분량의 의약품을 제공하기 위해 여러 번 조제할 수 있습니다.

해당 의약품은 임시분인 것을 이해하는 것이 중요합니다. 해당 의약품이 소진되기 전에 [*Insert* <Plan Name>] 및/또는 처방자에게 다음과 같은 사항을 말해야 합니다.

* 처방집의 의약품을 다른 의약품으로 변경
* 보장에 대한 기준을 충족함을 입증하여 의약품의 승인 요청
* 보장 기준에 대한 예외 요청

보장에 대한 승인 또는 보장 기준에 대한 예외를 요청할 경우, 이를 보장 판단이라고 합니다. 의약품의 조제를 더 많이 받은 것만으로 예외를 포함한 보장 판단에 대한 요청 또는 이의 제기가 승인되었다고 가정하지 마십시오. 보장이 승인되면 귀하에게 또 다른 안내문을 보내드릴 것입니다.

예외를 포함한 보장 판단을 요청하는 데 도움이 필요하거나, 임시분의 의약품을 보장하는 경우에 대한 자세한 정보를 원하시면 [*Insert one* <CUSTOMER/MEMBER SERVICE>]으(로) 연락하면 되며, 번호는 [*Insert* <toll free phone number>(TTY/TDD 사용자는 <TTY/TDD number>으(로) 연락)입니다. 담당자(운영 시간: [*Insert* <days/hours of operation>.])와 실시간으로 상담 가능하며 보장 판단을 요청하실 수 있습니다.당사의 웹사이트(<WEB ADDRESS>)를 확인하셔도 좋습니다.

**현재 처방약의 변경 방법, 예외를 포함한 보장 판단 요청 방법, 보장 판단에 동의하지 않는 경우의 거절 의사 제기 방법에 대한 지침은 본 서신의 끝부분에 설명되어 있습니다.**

다음의 내용은 귀하의 의약품이 보장되지 않거나 제한되는 이유에 대한 구체적인 설명입니다.

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

**[약품명:** <name of drug>

**작성일**: *<*date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 없습니다. [*Insert where applicable* <또한 해당 의약품에 대해 사전에 받은 예외가 최근에 만료되었습니다.>] 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 임시분을 수령한 후에는 귀하가 당사에 [*Insert as applicable* OR <추가적인>] 처방집 예외를 신청하지 않는 한 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않습니다.]

**[약품명:** <name of drug>

**작성일:** <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 없습니다. 또한 당사에서 한 번에 제공하는 의약품의 양이 제한되어 있기 때문에 처방된 전체 분량을 제공할 수 없습니다. 이것을 수량 제한이라고 하며 안전상의 이유로 제한을 둡니다. 안전상의 이유로 해당 의약품을 제공할 때 의약품의 수량 제한 이외에도, 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 임시분을 수령한 후에는 귀하가 [*Insert* <plan name>.]에 처방집 예외를 신청하지 않는 한 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않습니다.

**[약품명:** <name of drug>

**작성일**: <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 처방집에 있지만 사전 승인이 필요합니다. 귀하가 특정 요건을 충족함을 증명하여 당사로부터 사전 승인을 받거나, 사전 승인 요건에 대한 예외 요청을 당사에서 승인하지 않는 한 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 임시분을 수령한 후에는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않습니다.]

**[약품명:** <name of drug>

**작성일:** <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 있습니다. 그러나 단계적 치료 프로그램의 일부로 다른 의약품([*Insert* <step therapy drug(s)>])을 먼저 시도할 경우에만 일반적으로 해당 의약품의 비용을 지불합니다. 단계적 치료법이란 더 고가의 의약품로 진행하기 전에 당사가 판단하기에 안전하고 효율적이며 더 저가의 의약품으로 약 치료를 이행하는 것을 말합니다. 처방집에 있는 다른 의약품을 먼저 시도해 보거나 당사에서 단계적 치료법 요건에 대한 예외 신청을 승인하지 않는 한 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 임시분을 수령한 후에는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않습니다.*]*]

**[약품명:** <name of drug>

**작성일:** <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 있습니다. 그러나 당사는 일반적으로 해당 의약품의 복제약을 먼저 시도하는 경우에만 해당 의약품에 대한 비용을 부담합니다. 처방집에 있는 복제약을 먼저 시도하거나 당사에서 예외 요청을 승인하지 않는 한 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 임시분을 수령한 후에는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않습니다.]

**[약품명:** <name of drug>

**작성일:** <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 처방집에 있지만 수량 제한(QL)이 적용됩니다. 당사에서는 허용되는 수량 제한 <QUANTITY LIMIT>을(를) 초과하는 경우 <PLAN NAME>에서 예외를 적용받지 않는 한 더 이상 의약품을 제공하지 않습니다.]

[***참고****: 다음은 응급 조제 및 치료 수준 변경에 대한 선택 항목으로, 선택 사항입니다.* 그러나 응급 조제 및 치료 수준 변경과 관련된 임시분을 받는 가입자에게 알리는 것이 좋습니다.]

**[약품명:** <name of drug>

**작성일**: *<*date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 없습니다. 당사는 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 의약품을 보장할 것이며, 이는 귀하가 <PLAN NAME>에서 처방집 예외를 얻는 과정 동안에만 보장됩니다. 귀하가 예외를 요청하는 과정에 있는 경우 결정이 내려질 때까지 계속 보장하도록 고려할 것입니다.]

**[약품명:** <*name of drug*>

**작성일**: <*date filled*>

**통지 사유:** 해당 의약품은 처방집에 있지만 사전 승인(PA)이 필요합니다. 당사는 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 의약품을 보장할 것이며, 이는 귀하가 사전 승인 조건을 충족함을 증명하여 보장을 획득하는 동안만 보장됩니다. 의학적 이유로 귀하에게 적용되어서는 안 된다고 생각된다면 사전 승인 요건에 대한 예외를 요청할 수도 있습니다.]

**[약품명:** <name of drug>

**작성일:** <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 있지만 일반적으로 단계적 치료 프로그램의 일환으로 다른 특정 의약품을 먼저 시도할 경우에만 해당 의약품의 비용을 지불합니다. 단계적 치료법이란 더 고가의 의약품로 진행하기 전에 당사가 판단하기에 안전하고 효율적이며 더 저가의 의약품으로 약 치료를 이행하는 것을 말합니다. 당사는 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 의약품을 보장할 것이며,이는 귀하가 단계 치료법 기준을 충족함을 증명하여 보장을 획득하는 동안만 보장됩니다. 의학적 이유로는 적용되지 않는다고 생각되는 경우, 단계적 치료 요건에 대한 예외를 요청할 수도 있습니다.]

**처방약은 어떻게 변경합니까?**

귀하의 의약품이 당사의 처방집에 없거나 처방집에 있지만 제한이 있는 경우, 당사의 처방집에서 다른 어떤 의약품이 귀하의 의학적 상태를 치료하는 데 사용될 수 있는지 문의하거나 귀하가 당사의 기준에 부합함을 증명하여 보장 승인 또는 예외를 요청할 수 있습니다. 당사에서 보장하는 다른 의약품이 귀하에게 적합한지 처방자에게 문의하는 것을 권장합니다. 귀하는 원래 처방된 의약품에 대해 보장받을 수 있도록 당사에 예외를 요청할 권리가 있습니다. 예외를 요청할 경우, 처방자는 사전 승인, 수량 제한 또는 귀하의 의약품에 대한 기타 제한이 귀하에게 의학적으로 부적합한 이유에 대해 설명하는 진술서를 당사에 제공해야 합니다.

**예외를 포함한 보장 판단을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?**

귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하를 대신한 처방자가 예외를 포함한 보장 판단을 요청하기 위해 당사에 연락할 수 있습니다. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER >]

당사의 처방집에 없는 의약품에 대한 보장이나 보장 규칙의 예외를 요청하는 경우, 귀하의 처방자는 해당 요청을 뒷받침하는 진술서를 제공해야 합니다. 이 안내문을 처방자에게 보여주거나 처방자의 사무실에 사본을 보내는 것이 도움이 될 수 있습니다. 예외 요청이 당사의 처방집에 없는 의약품과 관련된 경우, 당사의 처방집에 있는 모든 의약품이 요청하는 의약품만큼 효과적이지 않거나 귀하에게 부작용을 줄 수 있으므로 요청하는 의약품이 귀하의 질환 치료에 의학적으로 필요하다는 사실을 처방자의 진술서에 명시해야 합니다. 예외 요청이 사전 승인 또는 당사의 처방집에 있는 의약품에 대한 기타 보장 규칙과 관련된 경우, 귀하의 질환을 감안할 때 보장 규칙이 귀하에게 적합하지 않거나 귀하에게 부작용을 줄 수 있음을 처방자의 진술서에 명시해야 합니다.

당사는 귀하에게 요청을 받은 시점으로부터 신속 요청이라면 24시간 이내로, 표준 요청이라면 72시간 이내로 결정을 알립니다. 예외에 대한 요청의 경우, 처방자의 진술서를 받은 시점을 기준으로 합니다. 표준 결정으로 인해 시간이 지체되어 귀하의 생명, 건강 또는 기능을 최대한 회복하는 능력에 심각한 영향을 미칠 수 있다는 점을 당사에서 판단하거나 귀하의 처방자가 당사에 알릴 경우 해당 요청은 신속하게 처리됩니다.

**보장 요청이 거부된 경우는 어떻게 합니까?**

보장 요청이 거부된 경우 귀하는 이전 결정에 대한 검토를 요청하여 이의를 제기할 권리가 있으며 이를 재결정이라고 합니다. 귀하는 보장 판단 요청에 대한 당사의 서면 결정일로부터 60일 이내에 이의 제기를 해야 합니다. *[Insert one:* <표준 요청은 서면으로 제출해야 합니다.> OR <전화 및 서면으로 표준 요청을 제출할 수 있습니다.> 신속 요청은 전화와 서면으로 제출할 수 있습니다. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER]

감사합니다.

<PLAN REPRESENTATIVE>

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