



6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

您的藥物未列於我們的承保藥物清單（處方藥一覽表）內
或受到某些條件限制

<DATE>

<PARTICIPANT NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

尊敬的 <PARTICIPANT NAME>：

我們想告訴您，Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) 已向您提供以下處方藥的臨時性供藥：
<list medication(s) here>。

上述藥物可能未列於我們的承保藥物清單（亦稱為「處方藥一覽表」，或簡稱為「藥物清單」）上，或者雖然在藥物清單上但受到某些條件限制，具體說明見下文。本計劃需向您提供該藥物的臨時性供藥，具體如下：

[Insert for Participants who do not reside in an LTC facility: 在門診環境中，我們必須提供最多 90 天份量的藥物。如果您處方的天數少於 90 天，我們將允許多次配藥，以提供最多 90 天份量的藥物。]

[Insert for Participants who reside in an LTC facility: 對居住在長期護理機構的會員而言，我們必須提供最多 98 天份量的供藥，具體視配藥增量而定。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最多 98 天份量的供藥。（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）。]

請務必瞭解這只是上述藥物的臨時性供藥。在您用完該藥物之前，應與本計劃、處方醫生和/或您的跨科團隊 (IDT) 商討，瞭解您應採取以下哪些措施：

- 更換為我們藥物清單所列的其他藥物；或
- 證明您符合我們的承保標準，以要求批准藥物；或
- 申請對承保標準的例外處理。

當您申請獲得承保或承保標準例外處理的批准時，即稱為申請承保範圍裁決。不得僅因您獲得更多次數的配藥而假設您申請或提出的任何承保裁決（包括任何例外處理）已獲得批准。當本計劃或您的 IDT 批准承保後，我們隨即會向您寄送新的書面通知。

如果您需要協助申請承保裁決（包括例外處理），或如果您想瞭解我們將何時承保某藥物臨時性供藥的更多資訊，請聯絡本計劃的參保者服務部或您的護理經理，電話：1-855-462-3167。聽障或語障人士應致電 711。代表服務時間：上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天。您隨時可以要求我們為您作出承保範圍裁決。關於如何更換您當前的處方藥、申請承保範圍裁決（包括例外處理）以及就被拒申請提出上訴（如果您不同意我們的承保範圍裁決）的說明載於本函末尾。

以下具體解釋了不承保或限制您的藥物的原因。

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的藥物清單上。在您已獲得我們必須承保的最長達 [XX] 天份量的臨時性供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費，除非您從本計劃或您的 IDT 獲得藥物清單例外處理。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的藥物清單上。此外，由於我們限制一次提供此藥物的數量，我們無法提供開處的全部數量。這稱為數量限制，我們施加該限制是出於安全方面的原因。除在配發藥物時出於安全原因施加數量限制外，在您已獲得我們必須承保的最長達 [XX] 天份量的藥物後，我們將不再繼續為此藥物付費，除非您從本計劃或您的 IDT 獲得藥物清單例外處理。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的藥物清單上，但是需要事先授權。除非您向我們證明您滿足特定要求，獲得本計劃或 IDT 的事先授權，或我們批准您事先授權要求的例外處理申請，否則我們在您獲得最多 [XX] 天我們須承保的臨時性供藥後，不會繼續支付此藥物費用。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的藥物清單上。然而，我們為此藥物付費的前提條件是您先嘗試其他的藥物，即 <insert step drug(s)>，這是我們所稱的「階段療法」計劃的一部分。階段療法是指先採用我們認為安全有效且價格便宜的藥物進行治療，然後再採用其他較貴的藥物進行治療。除非您先嘗試我們藥物清單上的其他藥物，或我們或您的 IDT 批准您階段療法要求的例外處理申請，否則在您已獲得我們必須承保的最長達 [XX] 天份量的臨時性供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的藥物清單上。然而，我們為此藥物付費的前提條件是您必須先嘗試此藥物的副廠藥。除非您先嘗試我們藥物清單上的副廠藥，或我們或您的 IDT 批准您的例外處理申請，否則在您已獲得我們必須承保的最長達 [XX] 天份量的臨時性供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物列於我們的藥物清單內，但有數量限制 (QL)。除非您從本計劃或您的 IDT 獲得例外處理，否則我們將不會繼續提供超出我們數量限制（即 <insert the QL>）准許範圍的藥物。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的藥物清單上。在您尋求從本計劃或您的 IDT 獲取藥物清單例外處理時，我們將承保此藥物 31 天份量的供藥。若您正在尋求例外處理，我們將考慮允許在作出裁決之前繼續承保。]

[藥物名稱：<name of drug>

配藥日期： <date filled>

發出通知的原因： 此藥物在我們的藥物清單上並需要事先授權。在您尋求透過向我們表明您符合事先授權要求而獲得承保時，我們將承保此藥物 31 天。如果您出於醫療理由認為事先授權對您不適用，您還可向我們申請事先授權要求的例外處理。]

[藥物名稱： <name of drug>

配藥日期： <date filled>

發出通知的原因： 此藥物在我們的藥物清單上，但通常承保此藥物的前提條件是您先嘗試某些其他藥物，這是我們所稱的「階段療法」計劃的一部分。階段療法是指先採用我們認為安全有效且價格便宜的藥物進行治療，然後再採用其他較貴的藥物進行治療。在您尋求透過向我們表明您符合階段療法標準而獲得承保時，我們將承保此藥物 31 天。如果您出於醫療理由認為階段療法對您不適用，您還可向我們申請階段療法要求的例外處理。]

如何更改處方藥？

如果您的藥物未列於我們的藥物清單內，或列於藥物清單內，但我們對其設立限制，則您可向我們申請使用藥物清單內用於治療您病症的其他藥物，向我們證明您符合我們的標準以申請我們批准承保，或向我們申請例外處理。建議您諮詢您的處方醫生，我們承保的其他藥物是否適合您。您有權向我們申請例外處理，要求我們承保最初開處的藥物。如果您要求例外處理，您的處方醫生將需要向我們提供聲明，解釋我們對您藥物所設定的事先授權、數量限制或其他限制對治療您的病症不具有醫療適當性的原因。

如何申請承保範圍裁決（包含例外處理）？

您或您的處方醫生可聯絡我們來申請承保範圍裁決（包括例外處理）。Elderplan FIDA Total Care 的藥房福利管理公司 (PBM) 是 CVS/Caremark。CVS/Caremark 的地址為 P.O.Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000。CVS/Caremark 的傳真號碼為 1-855-633-7673。CVS/Caremark 的電話號碼為 1-866-443-0935（全天候服務）。聽障/語障人士可致電 711。您的護理經理可以為您提供這方面的幫助。

如果您正在申請藥物清單之外藥物的承保，或者承保規定的例外處理，則您的處方醫生須提供一份聲明來支持您的申請。在看處方醫生時順便將本通知拿給醫生或將副本交到醫生診室也許會有幫助。如果例外處理申請涉及我們藥物清單之外的藥物，則處方醫生的聲明中必須說明，因為我們藥物清單中所有藥物的療效沒有所申請的藥物那麼有效，或者其可能對您產生副作用，因此申請的藥物對治療您的病症具有醫療必要性。如果例外處理申請涉及事先授權或我們對藥物清單所列藥物施行的其他承保規則，處方醫生聲明必須指明，鑒於您的病情，承保規則不適用於您或對您有不利影響。

如果是加急申請，本計劃或您的 IDT 須在 24 小時內告知所作的決定；如果是標準申請，則會在 72 小時內告知決定。就例外處理而言，時間從我們收到您的處方醫生的聲明後開始計算。若本計劃或您的 IDT 認為或您的處方醫生告訴我們，等待標準申請的裁決可能會嚴重危害您的生命、健康或使您的身體機能難以恢復至最佳狀態，那麼您的申請將變為加急申請。

如果承保申請被拒該怎麼辦？

如果您的承保申請被拒，您有權透過要求審核之前的裁決（即重新裁決）提出上訴。您必須在我們對您的承保裁決申請作出書面裁決之日起的 60 個曆日內申請上訴。[我們接受透過電話和書面方式提交的標準請求](#)。我們接受透過電話和書面方式提交的加急請求。Elderplan FIDA Total Care 的藥房福利管理公司 (PBM) 是 CVS/Caremark。CVS/Caremark 的地址為 P.O.Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000。

CVS/Caremark 的傳真號碼為 1-855-633-7673。CVS/Caremark 的電話號碼為 1-866-443-0935（全天候服務）。聽障/語障人士可致電 711。有關提出上訴的說明可參見「參保者手冊」第 9 章，或可由您的護理經理、參保者服務部或 FIDA 參保者監察官提供給您。

如果您需要協助申請承保裁決（包括例外處理），或如果您想瞭解我們將何時承保某藥物臨時性供藥的更多資訊，請聯絡本計劃的參保者服務部：1-855-462-3167，聽障/語障人士可致電 711。代表服務時間：上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天。您隨時可以要求我們為您作出承保範圍裁決。您還可以瀏覽我們的網站 www.elderplanfida.org。

謹致，

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan) 是一項與 Medicare 和紐約州衛生署 (Medicaid) 均簽有合約，以便經由全面整合雙重利惠 (FIDA) 示範計劃向參保者提供兩項計劃之福利的管理式醫療保健計劃。

承保藥物清單和/或藥房及醫療服務提供者網絡在全年內可能會有所變更。在做出會影響您的變更之前，我們將為您寄送通知。

每年 1 月 1 日福利可能會發生變化。

紐約州設立了一個名為 Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) 的參保者監察官計劃，就本計劃提供的任何服務向參保者提供免費及保密的協助。您可撥打免費電話 1-844-614-8800 或瀏覽 icannys.org 聯絡 ICAN。（聽障和語障人士可致電 711，然後按照提示撥打 844-614-8800。）

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

（西班牙語）**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

（中文）注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

（俄語）**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

（法國克里奧爾語）**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

（韓語）**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

（義大利語）**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(意第緒語) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט
1-800-353-3765 (TTY: 711).

(孟加拉語) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-
353-3765 (TTY: 711)।

(波蘭語) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.
Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(阿拉伯語) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك
مجانا. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(法語) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés
gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(烏爾都語) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں-1-800-353-
3765 (TTY: 711)

(菲律賓語) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng
tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(希臘語) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής
υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(阿爾巴尼亞語) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa
pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).