



6323 Seventh Avenue  
Brooklyn, NY 11220

귀하의 약은 처방약 목록(처방집)에 없거나 특정한 제한이 적용됩니다

<DATE>

<PARTICIPANT NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

<PARTICIPANT NAME>님께:

당사는 Elderplan FIDA Total Care(Medicare-Medicaid Plan)가 귀하에게 다음의 처방에서 임시분을 제공했음을 알려드리고자 합니다: <list medication(s) here>.

이러한 약(들)은 보장 약 목록(처방집 또는 의약품 목록이라고도 함)에 수록되어 있지 않거나 하기에 기술된 대로 어떠한 제한이 적용되는 것일 수 있습니다. 당 플랜은 다음과 같이 귀하에게 이 약의 임시분을 제공해야 합니다:

*[Insert for Participants who do not reside in an LTC facility: 외래환자에게 당사는 최대의 경우 90 일치의 약을 제공하도록 되어 있습니다. 귀하의 처방전이 90 일치보다 적은 분량을 처방하는 경우, 저희는 최대 90 일치를 제공할 수 있도록 여러번의 조제를 허용할 것입니다.]*

*[Insert for Participants who reside in an LTC facility: 장기 치료 시설 거주자인 경우, 약의 조제 증가분에 따라 당사는 최대 98 일치를 제공해야 합니다. 처방전이 그보다 적은 기간에 대해 작성된 경우, 최대 98 일치약을 제공하기 위해 여러 차례 조제하는 것을 허락할 것입니다. (장기 치료 약국은 약의 낭비가 없도록 보다 적은 양을 제공할 수도 있습니다).]*

이것은 이 약의 임시분이라는 것을 파악하는 것이 중요합니다. 이 약이 떨어지기 전, 귀하는 다음에 대해 플랜 측, 처방자 및/또는 통합 팀(IDT)에게 알려야 합니다:

- 약 또는 당사의 의약품 목록에 없는 또 다른 약을 변경함, 또는
- 당사의 보장 기준을 충족하고 있음을 입증해 해당 약의 승인을 요청함, 또는
- 당사의 보장 기준에서 벗어난 예외를 요청함.

보장 기준 또는 보장 기준 예외에 대한 승인을 요청할 때, 이러한 것은 보장 범위 판단이라고 부릅니다. 약에 대한 추가 조제분을 받으셨다고 해도 요청하신 예외나 이의 제기 내용을 포함한 보장 범위 판단이 승인되었다는 의미는 아닙니다. 저희 플랜 또는 귀하의 IDT가 보장을 승인하는 경우, 귀하께 서면으로 또 한번 알려드립니다.

예외를 포함한 보장 범위 판단 요청에 도움이 필요하신 경우, 또는 당사의 처방약 임시분 보장 시기에 관한 자세한 정보를 원하시는 경우, 플랜 가입자 서비스부 또는 건강 관리자 전화 1-855-462-3167 번으로 문의하십시오. TTY 사용자는 711 번을 이용해 주십시오. 담당자가 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시 사이에 근무합니다. 언제라도 보장범위 판단을 요청하실 수 있습니다. 현재의 처방약 변경 방법, 예외 등의 보장범위

판단 요청 방법, 당사의 보장범위 판단에 반대하는 경우 이의 제기 방법에 관한 지침은 본 서신의 끝부분에서 논의됩니다.

다음은 귀하의 약(들)이 보장되지 않거나 제한을 받는 이유에 대한 구체적 설명입니다.

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 당 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지 않습니다. 저희 플랜 또는 귀하의 IDT로부터 의약품 목록 예외를 승인 받지 못하시는 경우, 저희가 의무적으로 보장을 해야 하는, 이미 받으신 최대 [XX]일치의 임시분을 소진하신 이후에는 저희가 이 약의 비용 지불을 더 이상 하지 않게 됩니다.]

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 당 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지 않습니다. 또한 저희가 한 번에 제공할 수 있는 이 약의 분량을 제한하고 있으므로 처방된 전체 분량을 제공해드릴 수 없었습니다. 이를 분량 제한이라고 하며 안전상의 이유로 이러한 제한을 실시하고 있습니다. 이 약이 조제될 때 안전을 이유로 분량 제한을 적용하는 것과는 별도로, 저희 플랜 또는 귀하의 IDT로부터 의약품 목록 예외를 승인받지 못하시는 경우, 저희가 의무적으로 보장을 해야 하는, 이미 받으신 최대 [XX]일치의 임시분을 소진하신 이후에는 저희가 이 약의 비용 지불을 더 이상 하지 않게 됩니다.]

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 저희 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지만, 사전 허가를 필요로 합니다. 귀하가 특정 요건을 충족한다는 사실을 제시해 플랜 또는 IDT로부터 사전 허가를 얻는 것이 아닌 한, 또는 당사가 사전 허가 요건 예외에 대한 귀하의 요청을 승인하지 않는 한, 당사는 보장해야 하는 최대 [XX]일치의 임시분을 귀하가 받은 후에는 이 약에 대한 비용을 계속 지불할 수 없습니다.

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 당 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있습니다. 그러나 일반적으로 저희가 정한 '단계적 치료법'의 일환으로 다른 약을 먼저 사용해보신 후에만 이 약에 대해 저희가 지불을 하게 됩니다. 구체적으로는 <Insert step drug(s)>을(를) 먼저 써보셔야 합니다. 단계적 치료법이란 저희가 안전하고 효과적일 것으로 판단하는 저비용 약을 비용이 높은 다른 약을 써보기 전에 먼저 써보는 방식입니다. 저희 플랜의 의약품 목록에 있는 다른 약을 먼저 써보시지 않거나 저희 플랜 또는 귀하의 IDT로부터 단계적 치료법의 예외를 승인받지 못하시는 경우, 저희가 의무적으로 보장해야 하는, 이미 받으신 [xx]일치 약 이후에는 저희가 이 약에 대한 비용 지불을 하지 않게 됩니다.]

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 당 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있습니다. 그러나 일반적으로 이 약의 복제약을 먼저 써보신 후에만 이 약에 대해 비용 지불을 해드릴 것입니다. 저희 플랜의 의약품 목록에 있는 복제약을 먼저 써보시지 않거나 당사 또는 귀하의 IDT가 예외 요청을 승인하지 않는 한, 저희가 의무적으로 보장해야 하는, 이미 받으신 [xx]일치 약 이후에는 저희가 이 약에 대한 비용 지불을 하지 않게 됩니다.]

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 당사의 의약품 목록에 있으며 분량 제한(QL)이 적용됩니다. 저희 플랜 또는 귀하의 IDT로부터 예외를 승인받지 않으시는 한 QL의 허용분 <insert the QL>보다 더 많이 계속 제공해드릴 수 없게 됩니다.]

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 당 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지 않습니다. 귀하께서 저희 플랜 또는 IDT로부터 의약품 목록 예외의 승인을 얻으시기 전까지, 이 약의 31 일치에 대해 보장을 해드리겠습니다. 예외 승인을 기다리시는 경우라면 결정이 나기 전까지 보장 연장을 저희가 고려할 것입니다.]

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 저희 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있으며 사전 허가를 필요로 합니다. 귀하가 사전 허가 요건을 충족하고 있음을 증명해 보장을 확보하려고 하는 동안 당사는 이 약을 31 일 동안 보장할 것입니다. 또한 귀하가 사전 허가 요건이 의학적 이유로 귀하에게 해당되지 않는다고 믿으시는 경우, 당사에 이것에 대한 예외를 요청하실 수 있습니다.

[약 이름: <name of drug>

조제 날짜: <date filled>

통지 이유: 이 약은 저희 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지만 보통 단계별 치료법 프로그램의 일환으로 다른 특정 약을 먼저 써보시는 경우에만 보장될 것입니다. 단계적 치료법이란 저희가 안전하고 효과적인 것으로 판단하는 저비용 약을 비용이 높은 다른 약을 써보기 전에 먼저 써보는 방식입니다. 귀하가 단계별 치료법 기준을 충족하고 있음을 증명해 보장을 확보하려고 하는 동안 당사는 이 약을 31 일 동안 보장할 것입니다. 또한 귀하가 단계별 치료법 요건이 의학적 이유로 귀하에게 해당되지 않는다고 믿는 경우, 당사에 이것에 대한 예외를 요청하실 수 있습니다.

## 내 처방을 어떻게 바꿀 수 있나요?

귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 목록에 있지만, 당사가 제한을 두었던 경우, 귀하는 귀하의 의학적 상태 치료에 사용된 다른 어떤 약이 당사의 의약품 목록에 있는지 문의하거나 귀하가 당사의 기준을 충족하고 있음을 증명함으로써 보장을 승인하도록 요청할 수 있거나 당사에 예외를 요청하실 수 있습니다. 당사가 보장하는 이 다른 약이 귀하를 위한 선택인지에 관해 귀하의 처방자에게 문의하시길 권장하는 바입니다. 귀하는 원래 처방되었던 귀하의 약을 보장하기 위해 당사를 통해 예외를 요청할 권리가 있습니다. 예외를 요청하시는 경우, 처방자는 당사가 귀하의 약에 두었던 분량 제한 또는 기타 제한, 사전 허가가 왜 의학적으로 적절치 못한지를 설명하는 진술서를 당사에 제공해야 합니다.

## 예외를 포함한 보장범위 판단은 어떻게 요청하나요?

귀하 또는 처방자는 예외 등의 보장범위 판단 요청을 위해 당사에 연락하실 수 있습니다. Elderplan FIDA Total Care의 약국 혜택 관리자(PBM)는 CVS/Caremark입니다. CVS/Caremark의 주소는 P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000입니다. CVS/Caremark의 팩스 번호는 1-855-633-7673번입니다. CVS/Caremark의 전화번호는 1-866-443-0935번이며 주 7일 하루 24시간 언제든지 이용하실 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하셔야 합니다. 귀하의 건강 관리자가 이 부분에 대해 도움을 드릴 수 있습니다.

귀하가 당사의 의약품 목록에 없는 약의 보장 범위를 요청하거나 보장 규칙 예외를 요청하는 경우, 처방자는 귀하의 요청을 뒷받침하는 진술서를 제공해야 합니다. 본 통지문을 처방자를 만날 때 가지고 가거나 처방자 진료실에 사본을 보내면 도움이 될 수 있습니다. 예외 요청이 의약품 목록에 없는 약을 포함한 경우, 처방자의 진술 내용은 의약품 목록에 있는 모든 약이 요청하는 약보다 효과적이지 않거나 귀하에게 부작용을 일으킬 수 있으므로, 요청하는 약이 귀하의 질환을 치료하는 데 의료적으로 필요함을 나타내야 합니다. 예외 요청이 사전 허가를 수반하거나 의약품 목록에 있는 의약품에 대해 당사가 제한을 두었던 기타 보장 규칙을 포함하는 경우, 처방자의 진술 내용에는 보장 규칙이 귀하의 질환 치료에 적절하지 않거나 부작용을 유발할 수 있음을 반드시 나타내야 합니다.

저희 플랜 또는 귀하의 IDT 는 신속 요청의 경우에는 24 시간 이내로, 표준 요청의 경우에는 귀하의 요청이 접수된 날부터 72 시간 내로 결정 결과를 귀하에게 통지해야 합니다. 예외의 경우 기간은 당사가 처방자의 진술 내용을 확보할 때 시작됩니다. 저희 플랜이나 귀하의 IDT 가 또는 귀하의 처방자가 표준 결정 처리를 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 신체 능력을 최대치로 회복하는 데 심각한 문제를 일으킬 수 있다고 판단하면 귀하의 요청은 신속 요청으로 처리될 것입니다.

### 내 보장범위 요청이 거부되면 어떻게 해야 하나요?

귀하의 보장범위 요청이 거부되는 경우, 귀하는 이전 결정을 다시 검토해줄 것을 소청할 권리가 있는데 이것을 재판단이라고 합니다. 귀하의 보장범위 판단 요청에 대한 서면 결정일로부터 역일 기준으로 60 일 이내에 반드시 이의 제기를 하셔야 합니다. **표준 요청은 전화를 통해서나 서면으로 접수 받습니다.** 신속 요청은 전화를 통해서나 서면으로 접수 받습니다. Elderplan FIDA Total Care 의 약국 혜택 관리자(PBM)는 CVS/Caremark 입니다. CVS/Caremark 의 주소는 P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000 입니다. CVS/Caremark 의 팩스 번호는 1-855-633-7673 번입니다. CVS/Caremark 의 전화번호는 1-866-443-0935 번이며 주 7 일 하루 24 시간 언제든지 이용하실 수 있습니다. TTY/ TDD 사용자는 711 로 전화하셔야 합니다. 이의 제기를 하는 방법은 가입자 안내 책자 제 9 장에 나와 있으며 귀하의 담당 건강 관리자, 가입자 서비스부 또는 FIDA 가입자 옴부즈맨에 문의하실 수도 있습니다.

예외를 포함한 보장 범위 판단 요청에 도움이 필요하신 경우, 또는 당사의 처방약 임시분 보장 시기에 관한 자세한 정보를 원하시는 경우, 가입자 서비스부 전화 1-855-462-3167 번, TTY/TDD 711 번으로 문의하십시오. 담당자는 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시 사이에 근무합니다. 언제든지도 보장범위 판단을 요청하실 수 있습니다. 또한 당사의 웹사이트 [www.elderplanfida.org](http://www.elderplanfida.org) 를 방문하실 수 있습니다.

감사합니다.

### Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

---

Elderplan FIDA Total Care (Medicare-Medicaid Plan)는 관리형 의료 플랜으로서 Medicare 와 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health, Medicaid) 모두와 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 완전히 통합된 이중 이점(Fully Integrated Duals Advantage, FIDA) 플랜을 통해 가입자에게 제공하고 있습니다.

보장 약 목록 및/또는 약국과 서비스 제공자 네트워크는 연중 언제든지 변경될 수 있습니다. 가입자에게 적용되는 변경 사항이 있을 경우, 미리 통지서를 보내드릴 것입니다.

혜택은 매년 1 월 1 일에 변경될 수 있습니다.

가입자가 저희 플랜에서 제공하는 모든 서비스와 관련하여 개인정보 보호와 함께 무료로 지원을 받으실 수 있도록 뉴욕주에서는 독립 소비자 옹호 네트워크(Independent Consumer Advocacy Network, ICAN)라고 하는 가입자 옴부즈맨 프로그램을 마련해 두었습니다. ICAN은 수신자 부담 전화 1-844-614-8800 번으로 연락을 하시거나 온라인 [icannys.org](http://icannys.org) 를 통해 이용하실 수 있습니다. (TTY 사용자는 711로 전화를 건 후 안내에 따라 844-614-8800 번으로 전화를 해주십시오.)

**ATTENTION:** If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(스페인어) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(중국어) **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 1-855-462-3167 (TTY: 711)。

(러시아어) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-462-3167 (телетайп: 711).

(프랑스 방언) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(한국어) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-462-3167(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(이탈리아어) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(이디시어) אויפגעקומענדיג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(벵골어) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে ফোন করুন 1-855-462-3167 (TTY: 711)।

(폴란드어) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(아랍어) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(프랑스어) **ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-462-3167 (ATS: 711).

(우르드어) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(타갈로그어) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(그리스어) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-462-3167 (TTY: 711).

(알바니아어) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-855-462-3167 (TTY: 711).