第 5 章：獲取門診處方藥

簡介

本章介紹有關獲取門診處方藥的規則。這些藥物是您的醫療服務提供者為您開具的，您可以從藥房或透過郵購方式獲得它們。它們包括Medicare D部分和[Insert name of Medicaid program]承保的藥物。[Plans with no cost-sharing, delete the next sentence.]*《會員手冊》***第6章**說明了您需為這些藥物支付的費用。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於您《會員手冊》的最後一章中。

我們還承保以下藥物，但本章未對其做詳述：

* **Medicare A部分承保的藥物。**它們通常包括您在醫院或安養機構時給您開具的藥物。
* **Medicare B部分承保的藥物。**它們包括一些化療藥物、到醫生或其他醫療服務提供者診室就診期間給您注射的一些藥物，以及您在透析診所開具的藥物。要瞭解Medicare B部分承保藥物的更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第4章**中的福利表。
* 除了本計畫的Medicare D部分和醫療福利承保範圍之外，如果您在Medicare臨終關懷醫院，您的藥物可能由Original Medicare承保。如需瞭解更多資訊，請參閱第5章的第F節「如果您參加了Medicare認證的臨終關懷計畫。」

**本計畫的門診藥物承保規則**

[If coverage includes Medicaid drugs, please add language as needed for Medicaid。]只要您遵循本節中的規則，我們通常會承保您的藥物。

必須有醫生或其他醫療服務提供者為您開具處方，該處方必須符合適用的州法律。此人通常是您的基層照護服務提供者 (PCP)。[Plans may modify or delete the next sentence as appropriate.]如果您的基層照護服務提供者將您轉介給其他醫療服務提供者進行治療，則也可以是該醫療服務提供者。

您的處方師**不得**出現在Medicare的排除或禁止清單上[*insert as applicable:*或任何類似的Medicaid清單]。

您通常必須透過網絡藥房配藥。

您的處方藥必須在本計畫的*《承保藥物清單》*上。簡稱為「藥物清單」。

* 如果該藥物不在藥物清單上，我們或許可以破例為您承保該藥物。
* 請參閱第9章[insert reference, as applicable]，瞭解如何申請破例。

您的藥物必須用於醫學上可接受的適應症。這意味著，該藥物的使用已獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准或者某些醫學參考文獻的支持。您的醫生可能會幫助您找到醫學參考文獻，以支持您使用該處方藥的申請。[Plans should add definition of “medically accepted indication” as appropriate for Medicaid-covered drugs and items.]

[*Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction* [*insert reference, as applicable*] *appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.*]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

目錄

[A. 獲取處方配藥 4](#_Toc125724378)

[A1. 在網絡藥房配藥 4](#_Toc125724379)

[A2. 配藥時使用您的會員卡 4](#_Toc125724380)

[A3. 如果您更換了網絡藥房該怎麼辦 4](#_Toc125724381)

[A4. 如果您的藥房退出了網路該怎麼辦 4](#_Toc125724382)

[A5.使用專科藥房 4](#_Toc125724383)

[A6. 利用郵購服務獲取藥物 5](#_Toc125724384)

[A7. 獲取長期供藥 8](#_Toc125724385)

[A8. 使用不屬於本計畫網路内的藥房 8](#_Toc125724386)

[A9. 將藥費退還給您 8](#_Toc125724387)

[B. 本計畫的藥物清單 9](#_Toc125724388)

[B1. 我們藥物清單上的藥物 9](#_Toc125724389)

[B2. 如何在我們的藥物清單上查找藥物 9](#_Toc125724390)

[B3. 不在我們藥物清單上的藥物 10](#_Toc125724391)

[B4. 藥物清單分攤費用層級 10](#_Toc125724392)

[C. 某些藥物的限制 11](#_Toc125724393)

[D. 您的藥物可能不在承保範圍內的原因 12](#_Toc125724394)

[D1. 獲取臨時供藥 12](#_Toc125724395)

[D2. 要求臨時供藥 13](#_Toc125724396)

[D3. 申請破例 14](#_Toc125724397)

[E. 藥物承保變更 14](#_Toc125724398)

[F. 特殊情況下的藥物承保 16](#_Toc125724399)

[F1. 在醫院或專業護理設施内獲取本計畫承保的住院治療 16](#_Toc125724400)

[F2. 長期護理機構 17](#_Toc125724401)

[F3. Medicare認證的臨終關懷方案 17](#_Toc125724402)

[G. 藥物安全和藥物管理方案 17](#_Toc125724403)

[G1. 幫助您安全用藥的方案 17](#_Toc125724404)

[G2. 幫助您管理藥物的方案 18](#_Toc125724405)

[G3. 安全使用阿片類藥物的藥物管理方案 18](#_Toc125724406)

# 獲取處方配藥

## A1. 在網絡藥房配藥

大多數情況下，只有在我們的網絡藥房配藥時，我們才會支付藥費。網絡藥房是同意為本計畫會員配藥的藥店。您可以使用我們的任何一家網絡藥房。

若要尋找網絡藥房，請查看*《醫療服務提供者與藥房名錄》*、造訪我們的網站或聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

## A2. 配藥時使用您的會員卡

若要進行配藥，請在您的網絡藥房**出示您的會員卡**。網絡藥房向我們收取您的承保處方藥費用中[plans with cost-sharing, insert:我們應付的分攤費用]。[Plans with no cost-sharing, delete the next sentence:]取藥時，您可能需要向藥房支付共付額。

如果您在配藥時沒有攜帶會員卡，請讓藥房聯繫我們以獲得必要的資訊。

如果藥房無法獲得必要的資訊，您可能需要在取藥時全額支付處方藥費用。然後您可以要求我們將費用[insert if the plan has cost-sharing:中我們分攤的部分]退還給您。**如果您無力支付藥物費用，請立即聯繫會員服務部。**我們將盡我們所能提供幫助。

* 若要請求我們將費用退還給您，請參閱《會員手冊》**第7章**。
* 如果您在配藥方面需要幫助，請聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

## A3. 如果您更換了網絡藥房該怎麼辦

[Plans in which members do not need to take any action to change their pharmacies may delete the following sentence.]如果您更換了藥房並需要按處方續配藥物，可以[insert as applicable:要求醫療服務提供者開具新處方或]讓您的藥房將處方轉交給有該藥物的新藥房。

如果您在更換網絡藥房方面需要幫助，請聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

## A4. 如果您的藥房退出了網路該怎麼辦

如果您開藥的藥房退出了本計畫的網路，您需要尋找新的網絡藥房。

若要尋找新的網絡藥房，請查看*《醫療服務提供者與藥房名錄》*、造訪我們的網站或聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

## A5. 使用專科藥房

有時必須在專科藥房配藥。專科藥房包括：

* 提供家庭輸液治療藥物的藥房。[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan’s network.]
* 為長期護理機構（如安養機構）的居民提供藥物的藥房。
* 通常，長期護理設施設有自己的藥房。如果您是長期護理機構内的居住者，我們會確保您可以在該機構内的藥房獲得所需藥物。
* 如果您的長期護理機構内的藥房不在我們的網路內，或者您在長期護理機構難以獲得您的藥物，請聯繫會員服務部。[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan’s network.]
* 為印第安人健康服務/部落/城市印第安人健保計畫提供服務的藥房。除緊急情況外，只有美洲原住民或阿拉斯加原住民可以使用這些藥房。[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan’s network.]
* 可以配髮美國食品藥物管理局限制在某些地方使用的藥物或需經特殊處理、提供者協調或使用培訓的藥物的藥店。（注：這種情況應該很少發生。）

若要尋找專科藥房，請查看*《醫療服務提供者與藥房名錄》*、造訪我們的網站或聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

## A6. 利用郵購服務獲取藥物

[Plans that do not offer mail-order services, replace the information in this section with the following sentence:本計畫**不**提供郵購服務.]

[Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:對於某些種類的藥物，可以使用本計畫的網路郵購服務。通常，透過郵購獲取的藥物是您為治療慢性或長期疾病而定期服用的藥物。][Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:可透過本計畫的郵購服務獲取的藥物在我們的藥物清單中標記為郵購藥物。][Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:**無法**透過本計畫的郵購服務獲取的藥物在我們的藥物清單中標記為[plans should indicate how these drugs are marked]。]

本計畫的郵購服務[insert as appropriate:允許 **or** 需要]您訂購[insert as appropriate:至少<number of days>天但不超過<number of days>天的藥量 **or** 最多<number of days>天的藥量 **or** <number of days>天的藥量]。<number of days>天的藥量與一個月的藥量具有相同的共付額。

**透過郵寄方式配藥**

若要獲得[insert if applicable:訂單表格和]有關透過郵寄方式配藥的資訊，[insert instructions]。

通常，郵購的藥物會在<number of days>天內送達。[Insert plan’s process for members to get a prescription if the mail-order is delayed.]

**郵購流程**

郵購服務對從您那裡或直接從您的醫療服務提供者診室獲得新處方和按您的郵購處方續配藥物都有不同的程式。

**1. 藥房從您那裡獲得新處方**

藥房會自動按您提供的新處方來配藥並配送。

[Plans should include the appropriate information below from the following options, based on (1) whether the plan will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013, CMS memorandum entitled “Clarification to the 2014 Policy on Automatic Delivery of Prescriptions,” and 2016 Final Call Letter and (2) whether the plan offers an optional automatic refill program consistent with the policy described in the 2020 Final Call Letter. Plan sponsors who provide automatic delivery through retail or other non-mail means have the option to either add or replace the word “ship” with “deliver” as appropriate.]

[For **new prescriptions** received directly from health care providers, insert one of the following two options.]

[Plan sponsors that **do not** automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:]

**2. 藥房從您的醫療服務提供者診室獲得新處方**

在藥房從醫療服務提供方獲得處方後，它會與您聯繫，瞭解您是希望立即配藥還是稍後再配藥。

* 這使您有機會確保藥房提供正確的藥物（包括濃度、數量和形式），並在需要時允許您在[plans with cost-sharing for drugs, insert:付費和]運送之前停止或延遲訂單。
* 每次藥房與您聯繫時都應回復，以便讓他們知道如何處理新處方並防止運輸出現延誤。

[Plan sponsors that **do** automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:]

**2. 藥房從您的醫療服務提供者診室獲得新處方**

如果出現以下情況，藥房會自動按醫療服務提供方提供的新處方來配藥並配送，無需事先與您核實：

* 您過去曾使用過本計畫中的郵購服務，**或**
* 您已注冊了自動配送服務，為您直接從醫療服務提供方獲取的新處方配藥。您可以現在或隨時透過[insert instructions]要求自動配送所有新處方的配藥。

[Plans with no cost-sharing for drugs, delete the following sentence:]如果您透過郵寄方式自動獲得了不想要的藥物，並且藥房在運送前未與您溝通確認您是否需要，您可能有資格獲得退款。

如果您過去使用郵購方式並且不希望藥房為每個新處方自動配藥和運送，請透過[insert instructions]聯繫我們。

如果您從未使用過我們的郵購服務和/或決定停止為新處方自動配藥，藥房會在每次從醫療服務提供方獲得新處方時與您聯繫，以瞭解您是否希望立即配藥和運送。

* 這使您有機會確保藥房提供正確的藥物（包括濃度、數量和形式），並在需要時允許您在[plans with cost sharing for drugs, insert:付費和]運送之前取消或延遲訂單。
* 每次藥房與您聯繫時都應回復，以便讓他們知道如何處理新處方並防止運輸出現延誤。

若要選擇不為您直接從您的醫療服務提供方診室獲得的新處方注冊自動配送，請透過[insert instructions]聯繫我們。

[For **refill prescriptions**, insert one of the following two options.]

[Plans that **do not** offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

**3. 按郵購處方續配藥物**

如需續配，請在現有藥物用完前[insert recommended number of days]天聯繫您的藥房，以確保您的下一個訂單能及時送達。

[Plans that **do** offer a program that automatically processes refills, insert the following:]

**3. 按郵購處方續配藥物**

如需續配藥物，您可以選擇注冊加入自動續配方案[optional:，稱為<name of auto refill program>]。根據該方案，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們會開始自動處理您的下一次續配。

* 藥房會在每次運送續配藥物之前與您聯繫，以確認您是否需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或藥物發生變化，可以取消預定的續配藥物。
* 如果您選擇不使用我們的自動續配方案，請在現有藥物用完前[insert recommended number of days]天聯繫您的藥房，以確保您的下一個訂單能及時送達。

若要選擇退出我們的方案[optional: insert name of auto refill program instead of “our program”]，不再自動郵購續配藥物，請透過[insert instructions]聯繫我們。

[All plans offering mail-order services, insert the following:]

請告訴藥房與您聯繫的最佳方式，以便他們能夠在運送前與您聯繫，確認您的訂單。[Insert instructions on how members should provide their communication preferences.]

## A7. 獲取長期供藥

[Plans that do not offer extended-day supplies, replace the information in this section with the following sentence:本計畫不提供長期藥物供應。]

您可以獲得本計畫的藥物清單上所列維持藥物的長期供應。維持藥物是您定期服用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。[Insert if applicable:當您獲得長期藥物供應時，您的共付額可能會更低。]

[Delete if the plan does not offer extended-day supplies through network pharmacies.]某些網絡藥房可以長期為您供應維持藥物。<number of days>天的藥量與一個月的藥量具有相同的共付額。*《醫療服務提供者與藥房名錄》*列出了哪些藥房可以為您長期供應維持藥物。您也可以致電[insert if applicable:您的護理協調員或]會員服務部瞭解更多資訊。

[Delete if plan does not offer mail-order service.] [Insert as applicable:對於某些種類的藥物，您**or** 您]可以透過本計畫網路内郵購服務獲得維持藥物的長期供應。請參閱**第A6節**[insert reference, as applicable]瞭解郵購服務。

## A8. 使用不屬於本計畫網路内的藥房

通常，只有當您無法透過網絡藥房配藥時，我們才會為網絡外藥房配藥付費。[Insert as applicable:我們在我們的服務地區之外設有網絡藥房，作為本計畫的會員，您可以前去配藥。]

在以下情況下，我們會為網絡外藥房配藥付費：

[Plans should insert a list of situations when they cover prescriptions out of the network (e.g., during a declared disaster) and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail-order during extended out-of-area travel, authorization or plan notification).]

在這些情況下，請先與[insert if applicable:您的護理協調員或]會員服務部聯繫，瞭解附近是否有網絡藥房。

## A9. 將藥費退還給您

[Plans may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]當您獲得處方後，如果您必須在網絡外藥房配藥，通常您必須支付全部費用[plans with cost-sharing, insert:而不是共付額]。您可以要求我們退還給您[plans with cost-sharing, insert:我們應付的分攤費用]。

若要瞭解更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第7章**。

# 本計畫的藥物清單

我們有一份*《承保藥物清單》，*簡稱為「藥物清單」。

我們在醫生和藥劑師團隊的幫助下挑選出藥物清單上的藥物。藥物清單還說明了獲得藥物需要遵循的規則。

當您遵循我們在本章中說明的規則時，我們通常會承保本計畫的藥物清單上的藥物。

[*Plans that offer indication-based formulary design must include:*如果我們只針對某些病情狀況承保某種藥物，我們會在藥物清單和Medicare計畫查找器中清楚地標明，並說明承保的特定病情狀況。]

## B1. 我們藥物清單上的藥物

[States should modify this section to accurately reflect the coverage in the state.]我們的藥物清單包括Medicare D部分承保的藥物以及部分處方藥和非處方藥 (OTC) 藥物以及Medicare D部分承保的產品[Insert name of state Medicaid program]。

[Insert either of the two sentences:「我們的藥物清單中包括品牌藥和學名藥。」OR 「我們的藥物清單中包括品牌藥、學名藥和生物仿製藥。」]

品牌藥是一種以藥物製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比典型藥物更複雜的品牌藥（例如基於蛋白質的藥物）稱為生物製品。在我們的藥物清單上，當我們提到「藥物」時，可能是指一種藥物或一種生物製品。

學名藥具有與品牌藥相同的活性成分。[*Insert if applicable:*由於生物製品比典型藥更複雜，因此沒有仿製形式，而只有稱為生物仿製藥的替代品。]一般來說，學名藥[*Insert if applicable:*和生物仿製藥]的藥效與品牌藥[*Insert if applicable*:或生物製品]相同，而且通常價格更低。有學名藥替代品[*Insert if applicable*:或生物仿製藥替代品]可替代許多品牌藥[*Insert if applicable*:和一些生物製品]。如果您對學名藥或品牌藥是否能滿足您的需求有疑問，請諮詢您的醫療服務提供者。

本計畫還承保某些非處方藥物和製品。一些非處方藥的價格低於處方藥，而且藥效也很好。如需瞭解更多資訊，請致電會員服務部。

## B2. 如何在我們的藥物清單上查找藥物

若要瞭解您服用的藥物是否在我們的藥物清單上，您可以：

* [Insert if applicable:查看我們郵寄給您的最新藥物清單。]
* 造訪本計畫的網站<web address>。我們網站上的藥物清單始終是最新的。
* 請致電[insert if applicable:您的護理協調員或]會員服務部，瞭解某種藥物是否在我們的藥物清單上或索要清單副本。

[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the Drug List.]

## B3. 不在我們藥物清單上的藥物

我們並不承保所有處方藥。有些藥物不在我們的藥物清單上，因為法律不允許我們承保這些藥物。在其他情況下，我們決定不將某種藥物納入我們的藥物清單。

[Plans should remove or modify language regarding benefit exclusions when the benefits are covered by the plan under the Medicaid program or as a supplemental benefit.]

本計畫不支付本節所描述的各類藥物的費用。它們被稱為**排除藥物**。如果您拿到的處方上有排除藥物，則可能需要自行付費。如果您認為由於您的狀況，我們應該支付排除藥物的費用，可以提出上訴。有關提出上訴的更多資訊，請參閱*《會員手冊》*的**第9章**。

下面是排除藥物的三個一般規則：

1. 本計畫的門診藥物承保範圍（包括Medicare D部分和[insert name of state-specific Medicaid program]藥物）無法支付Medicare A部分或Medicare B部分已經承保的藥物。本計畫免費承保Medicare A部分或Medicare B部分承保的藥物，但這些藥物不被視為您的門診處方藥福利的一部分。
2. 本計畫不能承保在美國及其領土以外購買的藥物。
3. 必須獲得美國食品藥物管理局 (FDA) 的批准或某些醫學參考文獻的支持才能將該藥物用作對您病症的治療。即使某種藥物未獲得批准用於治療您的病症，您的醫生仍可能會爲您處方該藥物。這稱為「標示外使用」。本計畫通常不承保為標示外使用而處方的藥物。

此外，根據法律，Medicare或[insert name of Medicaid program]不能承保以下類型的藥物。

* 用於促進生育的藥物
* 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
* 用於美容或促進毛髮生長的藥物
* 處方維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
* 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物
* 用於治療厭食、體重減輕或體重增加的藥物
* 一家聲明必須由他們進行測試或服務的公司生產的門診藥物

## B4. 藥物清單分攤費用層級

[Plans that do not use drug tiers should omit this section].

我們藥物清單上的每種藥物都屬於<number of tiers>個層級之一。一個層級通常是一組類型相同的藥物（例如，品牌藥、學名藥或非處方 (OTC) 藥物）。一般來說，分攤費用層級越高，您的藥物費用就越高。

[Plans must briefly describe each tier (e.g., Cost-sharing Tier 1 includes generic drugs, or for plans with no cost-sharing in any tier, Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]

要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請在我們的藥物清單上查找該藥物。

*《會員手冊》***第6章**說明了您在每個分攤費用層級下為藥物支付的金額。

# 某些藥物的限制

對於某些處方藥，特殊規則中限制了本計畫承保的方式和時間。一般來說，我們的規則鼓勵您購買對您的病症有效且安全的藥物。當一種安全的低價藥物的藥效與高價藥物相同時，我們希望您的醫療服務提供者開具低價藥物處方。

**如果您的藥物有特殊規則，通常意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟才能讓我們承保該藥物。**例如，您的提供者可能需要先告訴我們您的診斷結果或提供驗血結果。如果您或您的提供者認為我們的規則不適用於您的情況，請向我們申請破例。如果不採取額外步驟，我們可能會、也可能不會同意您使用該藥物。

若要瞭解有關申請破例的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第9章**。

[Plans should include only the forms of utilization management the plan uses. Plans delete any they don’t use and renumber the list accordingly.]

1. 有學名藥可用時則會限制使用品牌藥

一般來說，學名藥的藥效與品牌藥相同，而且通常價格更低。[Insert as applicable:大多數情況下，如果**or** 如果]有品牌藥的學名藥版本，我們的網絡藥房會為您提供學名藥版本。

* 當有學名藥時，我們通常不會為品牌藥支付費用。
* 但是，如果您的醫療服務提供者[insert as applicable:告知我們學名藥對您無效的醫學原因，**or** 在您的品牌藥處方上寫下「無替代品」 **or**告知我們所承保的用於治療相同病症的學名藥或其他藥物對您無效的醫學原因]，那麼我們會承保該品牌藥。
* [Plans that offer all drugs at $0 cost-sharing, delete the following sentence:]品牌藥的共付額可能高於學名藥。

1. 提前獲得計畫批准

對於某些藥物，您或您的醫生在您配藥前必須獲得本計畫的批准。如果您未獲批准，我們可能不承保該藥物。

1. 先試用其他藥物

一般來說，我們希望您在我們承保價格更高的藥物之前先試用同樣有效的價格更低的藥物。例如，如果藥物A和藥物B治療相同的疾病，並且藥物A的價格低於藥物B，我們可能會要求您先試用藥物A。

如果藥物A對您**無效**，我們會承保藥物B。這稱為階段療法。

1. 數量限制

對於某些藥物，我們會限制您可以服用的藥量。這稱為數量限制。例如，我們可能會限制您每次配藥時可以獲得的藥量。

若要瞭解上述任何規則是否適用於您服用或想要服用的藥物，請查看我們的藥物清單。如需最新資訊，請致電會員服務部或查看我們的網站<web address>。如果基於上述任何原因，您不同意我們的承保決定，則可以提出上訴。請參閱《*會員手冊》***第9章**。

# 您的藥物可能不在承保範圍內的原因

我們努力讓您的藥物保險很好地契合您的需要，但有時某一藥物可能無法按您滿意的方式進行承保。例如：

* 本計畫不承保您想要服用的藥物。該藥物可能不在我們的藥物清單上。我們可能承保該藥物的學名藥，但不承保您想要服用的品牌藥。藥物可能是新藥，我們尚未對其安全性和有效性進行審查。
* 本計畫會承保該藥物，但對承保設有特殊規則或限制。如上節所述[insert reference, as applicable]，本計畫承保的某些藥物存在限制其使用的規則。某些情況下，您或您的開處方師可能希望我們能夠破例。

如果我們未按照您希望的方式承保某種藥物，您可以採取一些措施。

## D1. 獲取臨時供藥

某些情況下，當藥物不在我們的藥物清單上或以某種方式受到限制時，我們可以為您臨時供藥。這會給您留出時間來與您的醫療服務提供者討論獲取其他藥物，或要求我們承保該藥物。

**若要獲得某種藥物的臨時供應，必須滿足以下兩條規則：**

1. 您服用的藥物：

* 已不再在我們的藥物清單上**或**
* 從未在我們的藥物清單上**或**
* 現在以某種方式受到限制。

1. 您必須符合以下其中一種情況：

* [Plans omit this scenario if the plan allows current members to ask for formulary exceptions in advance for the following year. Plans omit this scenario if the plan was not operating in the prior year.]您去年加入了本計畫。
* 我們會在**該日曆年的前[insert time period (must be at least 90 days)]天**承保臨時供應的藥物。
* 該臨時供藥最多為[insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)]天。
* 如果您的處方開具的天數少於此，我們將允許多次續配，最多可提供[insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)]天的藥物。您必須在網絡藥房配藥。
* 長期護理藥房可能會每次少量提供您的處方藥，以防止浪費。
* 您首次參加本計畫。
* 我們會在您**成為本計畫會員後的前**[**insert time period (must be at least 90 days)**]**天**承保臨時供應的藥物。
* 該臨時供藥最多為[insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)]天。
* 如果您的處方開具的天數少於此，我們將允許多次續配，最多可提供[insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)]天的藥物。您必須在網絡藥房配藥。
* 長期護理藥房可能會每次少量提供您的處方藥，以防止浪費。
* 您參加本計畫的時間已超過[insert time period (must be at least 90 days)]天，一直住在長期護理機構内，並需要立即供藥。
* 我們承保一次[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]天的供藥量，如果您的處方開具的天數少於此，則供藥量會更少。這是對上述臨時供藥的補充。
* [If applicable, plans insert their transition policy for current members with changes to their level of care.]

## D2. 要求臨時供藥

如需臨時供應藥物，請致電會員服務部。

當您獲得臨時藥物供應後，請儘快與您的醫療服務提供者溝通，以決定在您的藥物用完後該怎麼辦。有以下幾種選擇：

* 換一種藥。

本計畫可能承保對您有效的另一種藥物。請致電會員服務部，索要我們承保的治療相同病症的藥物清單。該清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

**或者**

* 申請破例。

您和您的醫療服務提供者可以向我們申請破例。例如，您可以要求我們承保不在藥物清單上的藥物，或要求我們無限制地承保該藥物。如果您的醫療服務提供者表示您有充分的醫學原因需要破例，他們可以幫助您申請破例。

[Plans that do not allow current members to ask for an exception prior to the beginning of the following contract year may omit this paragraph:]

## D3. 申請破例

如果您服用的藥物將于明年從我們的藥物清單中刪除或以某種方式受到限制，我們允許您在明年之前申請破例。

* 我們會告知您明年的任何藥物承保變化。您可以要求我們破例並且明年按照您希望的方式承保該藥物。
* 我們會在收到您的破例申請（或您的處方師的支持聲明）後72小時內答覆您的申請。

若要瞭解有關申請例外的更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第9章**。

如果您在申請破例方面需要幫助，請聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

# 藥物承保變更

大部分藥物承保變更發生在1月1日，但我們可能會在這一年中不時添加或刪除藥物清單上的藥物。我們也可能會改變針對藥物的規則。例如，我們可能：

* 決定是否需要對藥物進行事前批准 (PA)（在您獲得藥物之前得到我們的許可）。
* 添加或更改您可以獲得的藥量（數量限制）。
* 添加或更改對藥物的階段療法限制（在我們承保一種藥物之前，您必須先試用另一種藥物）。

有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱**第C節**。

如果您服用我們在**年初**承保的藥物，**在當年的剩餘時間内**，我們通常不會取消或改變對該藥物的承保，除非：

* 市場上出現了一種新的、更便宜的藥物，其藥效與我們的藥物清單上的藥物一樣好，**或**
* 我們得知某藥物不安全，**或**
* 某藥物被撤出市場。

如需更多地瞭解當我們的藥物清單變更時會發生什麽情況，您可以隨時：

* 造訪<web address>，線上查看我們當前的藥物清單**或**
* 撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，查詢我們當前的藥物清單。

藥物清單的某些變更會**立即**發生。例如：

* [Plans that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their generic equivalents must provide the following advance general notice of changes:**一種新的學名藥上市。**有時，市場上會出現一種新的學名藥，它與我們現有藥物清單上品牌藥的藥效一樣。發生這種情況時，我們可能會刪除品牌藥並添加新的學名藥，但您購買新藥的費用保持不變[insert if applicable, for example, if the plan’s Drug List has differential cost-sharing for some generics:或更低。]

當我們添加新的學名藥時，我們也可能決定將品牌藥保留在清單上，但改變其承保規則或限制。

* 我們可能不會在做出此變更之前通知您，但一旦發生變更，我們就會向您發送資訊，說明我們所做的具體變更。
* 您或您的醫療服務提供者可以對這些變更申請「破例」。我們會向您發送通知，其中包含您可以採取哪些步驟來申請破例。有關申請破例的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第9章**。]
* **某藥物被撤出市場。**如果美國食品藥物管理局 (FDA) 表示，您正在服用的藥物不安全，或者藥物製造商將某藥物撤出市場，我們會將其從我們的藥物清單中刪除。如果您正在服用該藥物，我們會告知您。[Plans include information advising members what to do after they are notified (e.g., contact the prescribing doctor, etc.).]

**我們可能會做出會影響您服用藥物的其他變更。**我們會提前告知您我們藥物清單的此類其他變更。在以下情況下，可能會發生這些變更：

* FDA提供了新的指南或存在關於某種藥物的新的臨床指導。
* [Plans that want the option to immediately substitute a new generic drug, insert:我們添加了一種並非新上市的學名藥，**並且**
  + 替換了目前在我們的藥物清單上的品牌藥，**或**
  + 變更了品牌藥的承保規則或限制。]
* [Plans that are not making immediate generic substitutions insert:我們添加一種學名藥**並且**
* 替換了目前藥物清單上的品牌藥，**或**
* 變更了品牌藥的承保規則或限制。]

當發生這些變化時，我們會：

* 在我們變更藥物清單前至少30天通知您，**或者**
* 通知您並在您要求續配藥物後給您提供[*insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one-month supply)*]天的藥量。

這給您留出了時間來與您的醫生或其他處方師溝通。他們可以幫助您決定：

* 我們的藥物清單上是否有您可以服用的類似藥物，**或者**
* 您是否應該對這些變更申請破例。若要瞭解有關申請破例的更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第9章**。

**我們可能會對您服用的藥物做出一些變更，但這些變更現在不會影響您。**對於此類變更，如果您正在服用我們在**年初**承保的藥物，**在當年的剩餘時間内**，我們通常不會取消或改變對該藥物的承保。

例如，如果我們刪除您正在服用的藥物[*insert if applicable:*，增加您的藥費支出，]或限制其使用，那麼在當年的剩餘時間内，該變更不會影響您對該藥物的使用[*insert if applicable:*或您的藥費支出]。

# 特殊情況下的藥物承保

## F1. 在醫院或專業護理設施内獲取本計畫承保的住院治療

如果您入住醫院或專業護理設施，接受本計畫承保的住院治療，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。您無需支付共付額。一旦您離開該醫院或專業護理設施，只要您的藥物符合我們所有的承保規則，我們就會承保該藥物。

[Plans with no cost-sharing, delete this paragraph:]若要瞭解有關藥物承保和您的付費的更多資訊，請參閱*《會員手冊》***第6章**。

## F2. 長期護理機構

通常，安養機構等長期護理機構擁有自己的藥房或為其所有居住者提供藥物的藥房。如果您住在長期護理設施内，並且該機構的藥房屬於我們的網路，您可以透過該藥房獲得您的處方藥。

請查看您的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*，瞭解您的長期護理設施的藥房是否屬於我們的網路。如果不是，或者如果需要更多資訊，請聯繫會員服務部。

## F3. Medicare認證的臨終關懷方案

臨終關懷和本計畫絕不會同時承保藥物。

* 您可能參加了Medicare臨終關懷，並且需要止痛藥、抗噁心藥、瀉藥或抗焦慮藥，但您的臨終關懷方案不承保這些藥物，因為它與您的終末期預後和病症無關。這種情況下，本計畫必須從處方師或您的臨終關懷醫療服務提供者那裡得到通知，告知我們該藥物與您的終末期預後和病症無關，我們才能承保該藥物。
* 為了防止在獲得本計畫應該承保的任何無關藥物時發生延誤，您可以要求您的臨終關懷醫療服務提供者或處方師確保在您要求藥房配藥之前，我們已預先收到該藥物與您的預後和病症無關的通知。

如果您離開臨終關懷方案，本計畫將承保您的所有藥物。為了防止您的Medicare臨終關懷福利結束時藥房出現任何延誤，請攜帶文檔到藥房確認您已離開臨終關懷方案。

請參閱本章前述部分，瞭解本計畫承保的藥物。請參閱《會員手冊》**第4章**，瞭解有關臨終關懷福利的更多資訊。

# 藥物安全和藥物管理方案

## G1. 幫助您安全用藥的方案

每次您配藥時，我們都會注意查看可能的問題，例如藥物錯誤或：

* 可能不需要的藥物，因為您在服用另一種具有相同作用的藥物
* 可能對您的年齡或性別不安全的藥物
* 同時服用時可能對您有害的藥物
* 您對其成分過敏或可能過敏的藥物
* 含有劑量不安全的阿片類止痛藥的藥物

如果我們發現您在服用處方藥時可能出現問題，我們會與您的醫療服務提供者一起解決該問題。

## G2. 幫助您管理藥物的方案

[If plan has more than one medication therapy management program update language to reflect this.]本計畫中有一個方案，可以幫助有復雜健康需求的會員。這種情況下，您可能有資格透過藥物治療管理 (MTM) 方案免費獲得服務。該方案是自願且免費的。該方案可幫助您和您的醫療服務提供者確保您的各種藥物能夠協同作用，改善您的健康。藥劑師或其他健康專業人士將對您的所有藥物進行全面檢查，並與您討論：

* 如何從您服用的藥物中獲得最大益處
* 您的任何擔憂，例如藥費和藥物反應
* 服用藥物的最佳方式
* 您對處方藥和非處方藥的任何疑問或問題

然後，他們會給您：

* 本次討論的書面總結。該總結中有一個藥物行動計畫，建議您怎樣才能最好地利用您的藥物。
* 一份個人藥物清單，其中包含了您服用的所有藥物、用藥量以及服用這些藥物的時間與原因。
* 有關安全處置屬於受控物質的處方藥的資訊。

您最好與醫生討論您的行動計畫和藥物清單。

* 在就診或與您的醫生、藥劑師和其他醫療服務提供方交談時，請帶上您的行動計畫和藥物清單。
* 如果去醫院或急診室，請帶上您的藥物清單。

MTM方案為自願參加，並對符合條件的會員免費。如果我們有適合您需求的方案，我們會為您註冊該方案並向您發送資訊。如果不想參加該方案，請告訴我們，我們會將您移出方案。

如果對這些方案有任何疑問，請聯繫會員服務部[insert if applicable:或您的護理協調員]。

## G3. 安全使用阿片類藥物的藥物管理方案

本計畫中有一個方案，可以幫助會員安全地使用其處方鴉片類藥物和其他經常被濫用的藥物。該方案稱為藥物管理方案 (DMP)。

如果您使用從多位醫生那裡或多家藥房獲得的鴉片類藥物，或者您最近過量服用了鴉片類藥物，我們可能會與您的醫生溝通，確保您對鴉片類藥物使用得當並且確為醫療所需。在醫生的配合下，如果我們確定您對處方鴉片類[insert if applicable:或苯二氮卓類]藥物的使用不安全，我們可能會限制您獲得這些藥物的方式。限制可能包括：

* 要求您從[*insert*:一家特定藥房***or***多家特定藥房]和/或從[*insert:*一位特定醫生***or***多位特定醫生]那裡獲得所有這些處方藥物
* 限制我們為您承保的藥物數量

如果我們認為應當對您實施一種或多種限制，我們會提前寫信給您。這封信中會說明我們認為應當實施的限制。

**您將有機會告訴我們您喜歡使用哪些醫生或藥房以及任何您認為對我們至關重要的資訊**。如果在您有機會做出回應後，我們決定限制對這些藥物的承保，我們會寫信給您來確認這些限制。

如果您認為我們做錯了、不認為您有濫用處方藥的風險，或者不認同該限制，您和給您的處方師可以提出上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的案例並告知您我們的決定。如果我們仍然拒絕您上訴中與限制您獲得這些藥物有關的任何部分，我們會自動將您的訴訟發送給獨立審查機構 (IRO)。如需瞭解有關上訴和IRO的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第9章）

如果您滿足以下條件，DMP可能不適用於您：

* 患有某些疾病，如癌症或鐮狀細胞病，
* 正在接受臨終關懷、姑息治療或臨終照護，**或**
* 住在長期護理設施内。