



Elderplan (長老計劃)
6323 Seventh Avenue
Brooklyn, NY 11220

<Date>

<MEMBER NAME>
<MEMBER ADDRESS>
<MEMBER CITY, STATE ZIP>

您的藥物不在我們的承保藥物清單（處方藥一覽表）上
或受到某些條件限制

尊敬的 <Member Name>：

我們想要告訴您，Elderplan（長老計劃）已為您提供以下處方藥的臨時性供藥：<name of drug>。

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）上，或者雖然在處方藥一覽表上但受到某些條件限制，本函隨後將進行詳細說明。Elderplan（長老計劃）需向您提供該藥物的臨時性供藥。如果為您開具的處方少於 <MonthSupply> 天，我們將允許多次配藥以提供最多 <MonthSupply> 天的臨時性供藥。

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，請與 Elderplan（長老計劃）和/或處方醫生聯絡以：

- 更換為我們處方藥一覽表所列的其他藥物；或
- 證明您符合我們的承保標準，以要求批准該藥物；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。如果我們批准了該承保，隨後將向您寄送另一份書面通知。

H3347_EPC17300_C
5246_60014TMPA1CT

如果您需要協助以申請承保裁決（包括例外處理），或如果您想深入瞭解我們在什麼情況下會承保臨時性供藥，請致電 1-866-490-2102 與我們聯絡。聽障人士可致電 711。當值代表提供全天候服務。您可隨時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.elderplan.org。

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。

不在處方藥一覽表上（臨時配藥原因 (N) 1A、1B 和 1C）：

藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的處方藥一覽表上。在您已獲得我們必須承保的最多 <MonthSupply> 天份量的臨時供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費，除非您獲得我們的處方藥一覽表例外處理。

不在處方藥一覽表上且具有數量限制（臨時配藥原因 (NQ) 12A、12B 和 12C）：

藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物不在我們的處方藥一覽表上，且有數量限制。我們施加該限制是出於安全方面的原因。在您已獲得我們必須承保的最多 <MonthSupply> 天份量的臨時供藥後，我們將不再繼續提供超出我們數量限制准許範圍的藥物，並且我們將不再繼續為此藥物付費，除非您獲得 Elderplan（長老計劃）的處方藥一覽表例外處理。

事先授權（臨時配藥原因 (P) 2A、2B 和 2C）：

藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的處方藥一覽表上，但是仍需要事先授權。除非您向我們證明您滿足特定要求，獲得我們的事先授權，或我們批准您事先授權要求的例外處理申請，否則在您獲得我們需承保的最多達 <MonthSupply> 天份量的臨時供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費。

階段療法（臨時配藥原因 (S) 3A、3B 和 3C）：

藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物在我們的處方藥一覽表上。然而，我們通常為此藥物付費的前提條件是您先嘗試其他的藥物，即 <AltDrugsS>，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。除非您先嘗試我們處方藥一覽表上的其他藥物，或我們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需承保的最多達 <MonthSupply> 天份量的臨時供藥後，我們將不再繼續為此藥物付費。

數量限制（臨時配藥原因 (Q) 4A、4B 和 4C）：

藥物名稱：<name of drug>

配藥日期：<date filled>

發出通知的原因：此藥物具有數量限制 (QL)。除非您從 Elderplan（長老計劃）獲得例外處理，否則我們將不再繼續提供超出我們數量限制（即 <AltDrugsQ>）准許範圍的藥物。

如何更改處方藥？

如果您的藥物不在我們的處方藥一覽表上，或在處方藥一覽表內，但我們對其設立限制，則您可詢問我們的處方藥一覽表中有哪些其他藥物可用於治療您的病症，向我們證明您符合我們的標準以要求我們批准承保，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您在醫療上不適當的原因。

如何申請承保範圍裁決（包含例外處理）？

您、您的代表或代表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）。聯絡我們：CVS/ Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000；電話號碼：1-866-490-2102；聽障專線：711；傳真：1-855-633-7673；全天候服務。

如果您正在申請處方一覽表之外藥物的承保，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處方醫生或將副本交到處方醫生診室也許會有幫助。如果例外處理申請涉及我們處方藥一覽表之外的藥物，則處方醫生的聲明中必須說明，因為我們處方藥一覽表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需性。如果例外處理申請涉及事先授權或我們對處方藥一覽表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，我們須在收到您的申請後 24 小時內告知您我們的決定；如果是標準申請，則會在收到您的申請後 72 小時內告知我們的決定。對於例外處理申請，時間從我們收到您的處方醫生的聲明後開始計算。若我們認為或您的處方醫生告訴我們，等待標準決定可能會嚴重傷害您的生命、健康或完全康復的能力，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決定（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決定之日起的 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。聯絡我們：CVS/ Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000, MC109, Phoenix, AZ 85072-2000；電話號碼：1-866-490-2102；聽障專線：711；傳真：1-855-633-7673；全天候服務。

謹致，

Elderplan（長老計劃）

處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能會不時有所調整。必要時您會收到通知。本一覽表並非計劃承保藥物的完整清單。如需完整清單或有其他問題，請聯絡 Elderplan（長老計劃）會員服務部，電話：1-800-353-3765，聽障專線 711，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天，或瀏覽 www.elderplan.org。

Elderplan, Inc.

Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

繁體中文 (Chinese)

Elderplan/HomeFirst 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Elderplan/HomeFirst. 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Elderplan/HomeFirst.:

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 Civil Rights Coordinator. 如果您認為 Elderplan/HomeFirst 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以向 您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助 Civil Rights Coordinator 可以幫助您。

Civil Rights Coordinator
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
Phone: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生及公共服務部) 的 Office for Civil Rights (民權辦公室) 提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD) (聾人用電信設備)

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔