# **2026년 파트 D 모델 처방집(요약 및 종합)**

[Note*: Instructions for sponsors appear below in italicized text. Text in square brackets must be included if the text accurately describes the plan’s benefit structure. Carets are placeholders for variable fields that must be filled in accurately.*

*Below is a template that may be used for an abridged or comprehensive formulary except when noted as applicable to one form or the other. When indicated as “mandatory,” sponsors must provide the name by which their plan is known (HPMS Plan Name). In all other instances, sponsors may replace <plan name> as appropriate with “plan” or “our plan” and may use those terms interchangeably. Sponsors may also use the terms “we,” “us”, or “our,” to refer to themselves. Sponsors may also change references to Member Services and Pharmacy Directory with the appropriate name your plan uses.*

*This form may also be used for defined standard plans, whose marketing materials are required to reflect a single tier regardless of whether the formulary submitted to CMS is also associated with a multi-tier formulary.*

*Plans should also consult the most recent applicable chapters of the Prescription Drug Benefit Manual (PDBM) for more information on benefits and beneficiary protections, beneficiary communications, and formularies (these would include PDBM chapters 5 and 6), and 42 CFR Part 423 Subparts C (Benefits and Beneficiary Protections) and V (Part D Communication Requirements).*]

[*The following items must appear on the cover page:*]

## [ *insert mandatory* <Plan/Sponsor Name>]

## <Year> [<Abridged>] 처방집

## ([<Partial>] 보장 약 목록 또는 “의약품 목록”)

## 꼭 읽어 주십시오. 본 문서에는 다음에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

## [*insert the following when applicable*: <SOME OF>] 본 플랜에서 보장하는 의약품

[*Insert* <HPMS Approved Formulary File Submission ID>]

[*In the document footer, plans should provide the date the formulary was updated and available to enrollees. Dates used in the front and back of the formulary covers should be the same as the date of the last update in the footer.*]

[*The following information must appear on both the front and back covers of abridged formularies:* [*Insert one* <This abridged formulary was updated on <MM/DD/YYYY>.> *<*<MM/DD/YYYY> 이후로 본 요약 처방집에 변경 사항은 없습니다.] 이것이 당사 플랜이 보장하는 의약품의 전체 목록은 아닙니다. 전체 목록 또는 그 외 문의 사항은 [*Optional insert <*us*>,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* <Customer/Member> 서비스, <phone number> (TTY 사용자는 <TTY number>)번으로 전화하거나, <days/hours of operation>, <web address>를 방문해 주십시오.]

[*The following information must appear on both the front and back covers of comprehensive formularies*. *Insert one* <This formulary was updated on <MM/DD/YYYY>.> *<*<MM/DD/YYYY> 이후로 본 처방집에 변경 사항은 없습니다] [*Insert <*본 처방집은 <MM/DD/YYYY>에 업데이트되었습니다. 최신 정보 또는 기타 문의 사항은 [*Optional insert <*us*>,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* <Customer/Member> 서비스, <phone number> (TTY 사용자는 <TTY number>)번으로 전화하거나, <days/hours of operation>, <web address>를 방문해 주십시오.]]

[*The rest of the language need not appear on the cover page.*]

기존 가입자를 위한 참고 사항: 본 처방집은 작년 이후 변경이 있었습니다. 본 문서를 검토하여 복용 중인 의약품이 여전히 포함되어 있는지를 확인해 주십시오.

본 의약품 목록(처방집)에서 “당사” 또는 “저희”는 [*Insert* <plan/sponsor name>]를 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜”은 [*Insert* <Plan Name>]를 의미합니다.

본 문서에는 [*Insert* <formulary revision date>] 기준 최신인 [*For abridged formularies insert* <a partial>] 저희 플랜을 위한 의약품 목록(처방집)이 포함되어 있습니다. [*For abridged formularies insert* <a complete,>] [*For comprehensive formularies insert* <an>] 업데이트된 의약품 목록(처방집)을 받으시려면 당사로 문의해 주십시오. 당사 연락처 정보는 의약품 목록(처방집)이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

처방약 혜택을 이용하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 혜택, 처방집, 약국 네트워크 및/또는 코페이/코인슈런스는 [*Insert* <benefit year>]년 1월 1일 및 연중 수시로 변경될 수 있습니다.

## [*Insert mandatory* < plan/sponsor name>] [*Insert when applicable* <Abridged>] 처방집이란?

본 문서에서, 의약품 목록과 처방집이라는 용어는 동일하게 사용됩니다. 처방집은 의료 서비스 제공자 팀과 협의를 거쳐 [*Insert* <plan/sponsor name>]에 의해 선택된 보장 의약품 목록으로, 양질의 치료 프로그램에 필수 요소로 여겨지는 처방 요법을 의미합니다. [*Insert* <plan/sponsor>]는 의약품이 의학적으로 필수적이고 처방전이 [*Insert* <plan/sponsor name>] 네트워크 약국에서 조제되며, 기타 플랜 규칙을 준수하는 한, 일반적으로 당사 처방집에 수록된 의약품을 보장합니다. 처방전 조제 방법에 대한 자세한 정보는 보장 증명서를 검토하십시오.

[*Insert for abridged formularies* <This document is a partial formulary and includes only some of the drugs covered by [*Insert* <plan/sponsor name>]. [*Insert* <plan/sponsor name>]에 의해 보장되는 모든 처방약에 대한 전체 목록을 확인하려면, 당사 웹사이트를 방문하시거나 당사로 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

## 처방집은 변경될 수 있나요?

대부분의 의약품 보장 변경은 1월 1일에 이루어지지만, [*Insert one* <we> <plan/sponsor name>]는 일년 내내 처방집에 있는 의약품을 추가 또는 제거하거나, 다른 비용 분담 단계로 이동하거나, 새로운 제한을 추가할 수도 있습니다. 당사는 이러한 변경에 대해 Medicare 규정을 준수해야 합니다. 처방집에 대한 업데이트는 매월 당사 웹사이트[*Plan sponsors should insert URL showing website address with most recent version of the formulary.*]에 게시됩니다.

올해 고객님께 영향을 미칠 수 있는 변경 사항***:*** 아래의 경우에서, 고객님이 연중 보장 변경 사항에 의해 영향을 받을 것입니다: [*Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to make immediate substitutions (for instance, immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents or immediately replace reference products with interchangeable biological products) must include advance general notice of changes in the bullet entitled “Immediate substitutions of certain new versions of brand name drugs and original biological products” below.*]

* + **브랜드약 및 오리지널 생물학적 제제의 특정 새 버전으로 즉시 대체.** 당사는 어떤 의약품을 비용 분담 단계가 동일하거나 낮고 제한이 동일하거나 더 적은 특정 새 버전으로 대체하는 경우 처방집에서 해당 의약품을 즉시 제거할 수 있습니다 [*plans that do not use tiers may omit* “on the same or lower cost-sharing tier and”]. 처방집에 새로운 버전의 약을 추가하는 경우, 브랜드약 또는 오리지널 생물학적 제제를 처방집에 그대로 유지하되 즉시 다른 비용 분담 등급으로 이동하거나 새로운 제한 사항을 추가할 수 있습니다 [*plans that do not use tiers may omit* “different cost-sharing tier or”].

당사는 브랜드약의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 처방집에 있는 오리지널 생물학적 제제의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우(예: 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러를 추가함)에만, 이러한 즉각적인 변경을 할 수 있습니다.

만약 고객님께서 현재 그 브랜드약 또는 오리지널 생물학적 제제를 복용 중이라면, 그러한 변경을 하기 전 미리 고객님께 안내하지 않을 수 있으나 나중에 고객님께 변경된 특정 사항에 대한 정보를 제공할 것입니다.

당사가 그러한 변경을 할 경우, 고객님 또는 처방자는 당사에 예외를 요청하고 고객님께 변경될 그 의약품을 계속해서 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 “[*Insert mandatory* < plan/sponsor name>]의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?”라는 제목의 섹션을 참조하십시오.]

이러한 약물 유형 중 일부는 생소할 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 “오리지널 생물학적 제제는 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?”라는 제목의 섹션을 참조하십시오.

* + **시장에서 철수한 의약품.** 어떤 의약품을 제조업체가 판매 철수하거나 식품의약청(FDA)이 안전성 또는 효능을 이유로 철회하기로 결정한 경우, 당사는 처방집에서 해당 의약품을 즉시 제거할 수 있으며 나중에 해당 의약품을 복용하는 가입자에게 통지할 수 있습니다.
  + **기타 변경 사항.** 현재 의약품을 복용하고 있는 가입자에게 영향을 미치는 의약품 변경을 할 수 있습니다. 예를 들어, [[Plan sponsors that are not choosing to make any immediate substitutions insert: <당사는 현재 처방집에 있는 브랜드약을 대신해 새로운 제네릭약을 추가하거나, 현재 처방집에 있는 오리지널 생물학적 제제를 대신해 새로운 바이오시밀러를 추가하거나 또는 해당 의약품을 추가한 뒤 새로운 제한을 추가하거나 처방집에 유지 중인 의약품을 좀 더 높은 비용 분담 단계로 이동하거나, 아니면 두 가지 모두 할 수도 있습니다.>] [Plan sponsors that otherwise meet requirements to make immediate substitutions insert: <당사는 처방집에서 대응되는 제네릭약을 추가할 때 브랜드약을 제거하거나 대응되는 바이오시밀러를 추가할 때 오리지널 생물학적 제제를 제거할 수 있습니다. 당사는 또한 브랜드약이나 오리지널 생물학적 제제에 제한을 적용하거나 다른 비용 분담 단계로 이동하거나 아니면, 두 가지 모두 할 수도 있습니다.>] All plan sponsors insert: <새로운 임상 가이드라인에 기초해 변경 사항이 있을 수도 있습니다. 당사가 처방집에서 의약품을 제거하거나, 의약품에 대해 사전 승인을 추가하거나, 수량 한도 및/또는 단계적 치료 제한을 추가하거나, 또는 의약품을 좀 더 높은 비용 분담 단계로 이동하는 경우 [Plan sponsors with one tier may remove “또는 의약품을 좀 더 높은 비용 분담 단계로 이동하는 경우” and insert an “처방집 또는” in place of “처방집,”], 당사는 영향을 받는 가입자에게 이러한 변경 사항이 발효되기 30일 전에 이에 대해 고지해야 합니다. 그 대안으로 가입자가 의약품의 리필을 요청하는 경우 해당 의약품의 [*Insert supply limit* (must be at least the number of days in the plan’s one month supply)]일치 분량을 받고 변경 사항 통지서를 받을 수도 있습니다.>

당사가 그러한 변경을 할 경우, 고객님 또는 고객님의 처방자는 당사에 예외를 요청하고 고객님께 복용 중이었던 해당 의약품을 계속 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 고객님께 제공하는 통지서에는 또한 예외를 요청하는 방법에 대한 정보가 포함될 것이며, 고객님이 또한 “[*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]의 처방집에 대한 예외 요청은 어떻게 하나요?”라는 제목의 아래 섹션에서 정보를 확인할 수도 있습니다.

현재 의약품을 복용하고 있는 가입자에게 영향을 미치지 않는 변경 사항**.** 일반적으로, 연초에 보장되었던 [*Insert* <contract year>] 처방집의 의약품을 복용하고 계신 경우, 당사는 위에 설명된 경우를 제외하고 [*Insert* < contract year>] 보장 연도 동안 해당 의약품의 보장을 중단하거나 줄이지 않을 것입니다. 즉, 이러한 의약품을 동일한 비용 분담금으로 계속 이용할 수 있으며 나머지 보장 연도 동안 해당 의약품을 복용하는 가입자에게 적용되는 새로운 제한은 없습니다. 당사는 올해 가입자에게 영향을 미치지 않는 변경 사항에 대해서는 직접 통지하지 않습니다. 그러나, 내년 1월 1일부로 이러한 변경이 고객님께 영향을 미칠 수 있으므로 새로운 혜택 연도의 의약품 목록을 확인하여 약에 대한 변경 사항이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

동봉된 처방집은 [*Insert* <last formulary update> *Date should match the date used in the footer.*] 기준 최신입니다. [*Insert* <plan/sponsor name>]에 의해 보장되는 의약품에 대한 최신 정보를 확인하려면 당사에 연락해 주십시오. 당사의 연락처 정보는 책자 앞표지와 뒤표지에 적혀 있습니다. [*Insert information about plan’s process for updating print formularies (e.g. via formulary errata sheets) in the event of mid-year non-maintenance formulary changes.*]

## 처방집은 어떻게 사용하나요?

처방집에서 가입자의 의약품을 찾는 방법은 두 가지가 있습니다.

### 질환

처방집은 [*Insert* <table page number>]페이지에서 시작됩니다. 이 처방집의 의약품은 치료할 질병 유형에 따라 범주별로 분류되어 있습니다. 예를 들어, 심장 질환의 치료에 사용되는 의약품은 [*Insert* <category name example>] 범주 아래에 나열됩니다. 고객님 의약품의 용도를 알고 있다면 [*Insert* < page number >]페이지에서 시작되는 목록에서 범주명을 찾으십시오. 그런 다음 가입자 의약품의 범주명 아래를 확인하십시오.

### 알파벳 순서 목록

찾아야 할 범주가 확실하지 않다면 [*Insert* <index page number>]페이지에서 시작되는 색인에서 고객님의 의약품이 있는지를 확인해야 합니다. 본 문서에 포함되는 모든 의약품 목록은 알파벳 순서로 제공됩니다. 색인에는 브랜드약 및 제네릭약이 모두 기재돼 있습니다. 색인에서 가입자 의약품을 찾으십시오. 가입자 의약품 옆에 페이지 번호가 표시되어 있으므로 해당 페이지에서 보장 정보를 확인할 수 있습니다. 색인에 나와 있는 페이지로 가서 목록의 첫 번째 열에서 가입자 의약품 이름을 찾으십시오.

## 제네릭약이란?

[*Insert* <plan/sponsor name>]은 브랜드약과 제네릭약 모두를 보장합니다. 제네릭약은 브랜드약과 동일한 활성 성분을 갖는 것으로 FDA에 의해 승인되었습니다.  일반적으로, 제네릭약은 브랜드약과 효능은 동일하며 대개 가격은 저렴합니다. 많은 브랜드약의 대용으로 활용할 수 있는 제네릭약이 시중에 나와 있습니다. 제네릭약은 보통 주법에 따라 새 처방전 없이 약국에서 브랜드약을 대용품으로 활용될 수 있습니다.

## 오리지널 생물학적 제제는 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

처방집에서 의약품이라고 할 때 이는 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다. 생물학적 제제는 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡하기 때문에, 제네릭 형태 대신 바이오시밀러라고 부르는 대안이 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제와 유사하게 작용하며 비용은 더 저렴합니다. 일부 오리지널 생물학적 제제에 대해서는 바이오시밀러 대안이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환이 가능한 바이오시밀러로서, 주법에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제에 대해 대신할 수 있으며 이는 제네릭약이 브랜드약을 대신하는 것과 같은 경우입니다.

의약품 유형에 대해서는 보장 증명서,  *[MA-PD insert <*5*>] [PDP insert <*3*>],* 섹션 3.1, “약품 목록”은 어떤 파트 D 의약품이 보장되는지를 알려줍니다.*]*를 참조하십시오.

## 내 보장에 어떤 제한 사항이 있습니까?

일부 보장 의약품은 추가 요건이 있거나 보장에 제한이 있을 수 있습니다. 이러한 요건 및 제한 사항에는 다음이 포함될 수 있습니다. [*Plans may omit bullets as needed in order to reflect actual utilization management procedures used by the plan.*]

* **사전 승인**: [*Insert* <plan/sponsor name>]은 특정 의약품에 대해 고객님 [or your prescriber]가 사전 승인을 받도록 요구하고 있습니다. 즉, 처방전을 조제하기 전에 [*Insert* <plan/sponsor name>]의 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 않은 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 해당 의약품을 보장하지 않을 수도 있습니다.
* 수량 제한**:** 특정 의약품의 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 [*Insert* <plan/sponsor name>]에서 보장하는 약의 양을 제한합니다. 예를 들어, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 <drug name>의 1회 처방당 <number of units>을 제공합니다. 이는 표준 1개월분 또는 3개월분에 추가될 수 있습니다.
* 단계적 치료**:** 일부 경우에서, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 고객님의 질환을 치료하기 위한 어떤 의약품을 당사가 보장하기 전 다른 의약품을 우선 시도하도록 요구합니다. 예를 들어, 만약 의약품 A 및 의약품 B 모두 고객님의 질환을 치료한다면, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 고객님이 우선 의약품 A를 시도하지 않는 한 의약품 B를 보장하지 않을 수 있습니다. 의약품 A가 효과가 없을 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 의약품 B를 보장하게 됩니다.

[*Insert* <table page number>]페이지부터 시작되는 처방집을 살펴보면, 고객님의 약품에 추가적인 요건 또는 제한이 있는지를 확인할 수 있습니다. 당사 웹사이트 방문을 통해서도 특정 보장 의약품에 적용되는 제한 사항에 관한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다. [*Plans/sponsors that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information* <We have posted online [*Insert one* <문서><문서들>]은 당사의 [*Insert when applicable <*사전 승인 제한 사항> <단계적 치료 제한> <사전 승인 및 단계적 치료 제한>]을 설명하고 있습니다. 당사에 인쇄본 송부를 요청하실 수도 있습니다. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

고객님이 [*Insert* <plan/sponsor name>]에 이러한 제한 사항 또는 한도 또는 고객님의 질환을 치료할 수 있는 기타 유사한 의약품 목록에 대한 예외 요청을 할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 사항은 [*Insert* <exception page number>]페이지의 “[*Insert* <plan/sponsor name>] 약품 목록의 예외 요청은 어떻게 하나요?” 섹션을 참조하십시오.

## 일반의약품(OTC)이란?

OTC 의약품은 Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 비처방약입니다. [*Insert* <plan/sponsor name>]은(는) 특정 OTC 의약품 비용을 지급합니다. *[Note: Include a list of OTC drugs the plan pays for with administrative funds.*] [*Insert* <plan/sponsor name>]은 가입자에게 무료로 이러한 OTC 의약품을 제공할 것입니다. [*Insert* <plan/sponsor name>]에서 지급하는 이러한 OTC 의약품의 비용은 총 파트 D 의약품 비용에 누적되지 않을 것입니다.]

## 내 의약품이 처방집에 없으면 어떻게 하나요?

만약 고객님의 의약품이 본 처방집(보장 약품 목록)에 포함되어 있지 않다면, 우선 가입자 서비스로 연락해 고객님의 의약품이 보장되는지를 확인하여 주십시오. [*Insert for abridged formularies* <본 문서에는 일부 보장 의약품 목록만 포함되어 있으므로, [*Insert* <plan/sponsor name>]은 고객님의 의약품을 보장할 수도 있습니다. 자세한 사항은 당사로 문의해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.>]

[*Insert* <plan/sponsor name>]이 고객님의 의약품을 보장하지 않는 것을 알게 되는 경우, 고객님께는 두 가지 옵션이 있습니다.

* 가입자 서비스부에 연락하여 [*Insert* <plan/sponsor name>]에서 보장하는 유사한 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록을 받으시면 담당 의사에게 보여주고 [*Insert* <plan/sponsor name>]에서 보장하는 유사한 의약품을 처방해 달라고 요청하십시오.
* 고객님이 [*Insert* <plan/sponsor name>]에 예외를 요청하고 고객님의 의약품을 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 정보는 아래를 참조하십시오.

## [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]의 처방집에 대한 예외는 어떻게 요청하나요?

고객님이 [*Insert* <plan/sponsor name>]에 당사 보장 규정에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 요청할 수 있는 몇 가지 유형의 예외가 있습니다.

* [당사 처방집에 없는 의약품 보장을 당사에 요청할 수 있습니다. 요청이 승인되는 경우, 해당 의약품은 사전 결정된 비용 부담 단계에서 보장됩니다. 그러면 가입자는 해당 의약품을 더 낮은 비용 부담 단계로 제공해 달라고 요청할 수 없습니다.
* 고객님이 사전 승인, 단계적 치료 또는 고객님의 약품에 대한 수량 제한을 포함한 보장 제한을 면제해 달라고 당사에 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 특정 의약품의 경우, [*Insert* <plan/sponsor name>]에서는 당사가 보장하는 약의 양을 제한합니다. 가입자의 의약품에 수량 제한이 있다면, 당사에 제한을 면제하고 용량 증량을 보장하도록 요청할 수 있습니다.
* [*Insert if plan has multiple tiers with no specialty tier or has a specialty tier but does not exclude it from the exceptions process:* 고객님이 처방집 의약품을 더 낮은 비용 분담 단계로 보장해 달라고 당사에 요청할 수 있습니다.] [*Insert if plan has only one specialty tier and chooses to exclude this tier from the tier exceptions process:* 고객님이 처방집 의약품이 전문 단계에 해당하지 않는 한, 해당 처방집 의약품을 더 낮은 비용 분담 단계로 보장해 달라고 당사에 요청할 수 있습니다]. [*Insert if plan has two specialty tiers*: 고객님이 처방집 의약품이 비용 부담이 낮은 전문 단계에 해당하지 않는 한, 해당 처방집 의약품을 더 낮은 비용 분담 단계로 보장해 달라고 요청할 수 있습니다. 처방집 의약품이 비용 부담이 높은 특별 단계에 해당하는 경우, 가입자는 더 낮은 비용 부담 특별 단계로 보장해 달라고 요청할 수 있습니다.] 이러한 사항이 승인되는 경우 해당 의약품 비용이 낮아질 수 있습니다.]

일반적으로, [*Insert* <plan/sponsor name>]이 고객님의 예외 요청을 승인하는 조건으로는 대체 의약품이 플랜의 처방집에 포함되어 있거나, [더 낮은 비용 분담 약품,] 또는 제한 사항 적용이 고객님께 그만큼 효과적이지 못하고/거나 고객님께 부작용을 유발하는 경우에 한합니다.

고객님 또는 고객님의 처방자는 보장 제한 사항에 대한 예외를 포함하여 [*insert if plan has multiple tiers:* <tiering or,>] 처방집 예외를 당사에 요청해야 합니다. **고객님이 예외를 요청하는 경우, 고객님의 처방자는 예외가 필요한 의학적 이유를 설명해야 할 것입니다.** 일반적으로 당사는 처방자의 증빙 진술을 수령한 후 72시간 이내에 결정을 내려야 합니다. 결정을 위해 최대 72시간을 기다리는 것이 고객님의 건강을 심각하게 해칠 수 있을 것으로 판단되고 당사가 이에 동의하는 경우, 고객님이 신속한(빠른) 결정을 요청할 수 있습니다. 당사가 동의하거나 고객님의 처방자가 빠른 결정을 요청하는 경우, 당사는 고객님의 처방자의 증빙 진술서를 받은 후 늦어도 24시간 이내에 고객님께 결정 내용을 알려야 합니다.

## 내 의약품이 처방집에 없거나 제약이 있다면 어떻게 하나요?

당사 플랜의 신규 또는 기존 가입자로서 고객님이 처방집에 없는 의약품을 복용할 수도 있습니다. 또는 처방집에 있지만 사전 승인과 같은 제약이 있는 의약품을 복용 중일 수도 있습니다. 고객님이 승인을 위한 기준을 충족하는 것을 보여주기 위해 보장 결정을 요청하는 것, 당사가 보장하는 대체 의약품으로 전환하는 것 또는 고객님께서 복용하는 의약품을 보장하도록 처방집 예외를 요청하는 것에 대해 처방자와 상담해야 합니다. 고객님이 고객님께 적합한 방책의 결정을 위해 의사와 논의하는 동안, 당사는 특정 상황에서 고객님이 플랜의 가입자가 된 후 첫 <*must be at least 90*>일 동안 고객님의 약품을 보장할 수 있습니다.

의약품이 처방집에 없거나 보장상의 제약이 있는 각각의 의약품에 대해, 당사는 임시로 [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*]일분을 보장할 것입니다. 고객님의 처방이 그보다 적은 일수일 경우, 당사는 처방약이 최대 [*insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일분이 되도록 리필을 허용할 것입니다. 첫 [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*]일분 이후 보장이 승인되지 않는 경우, 당사는 이러한 의약품에 대해 비용을 지불하지 않을 것이며, 이는 비록 고객님께서 플랜에 가입한지 <*must be at least 90*>일 미만이더라도 동일합니다.

고객님이 장기 진료 시설의 거주자이고 고객님께 당사 처방집에 없는 의약품이 필요하거나 약품을 얻을 수 있는 능력에 한계가 있으나 플랜의 가입 후 첫 <*must be at least 90*>일이 지났다면, 당사는 고객님께서 처방집 예외를 구하는 동안 해당 약품의 <*must be at least 31*>일분의 응급 공급량을 보장하게 됩니다.

[Note***:*** *Plans must insert their transition policy for current enrollees with level of care changes, if applicable.*]

## 자세한 정보

고객님의 [*Insert* <plan/sponsor name>] 처방약 보장에 관한 자세한 사항은 고객님의 보장증명서 및 기타 플랜 자료에서 검토해 주십시오.

[*Insert* <plan/sponsor name>]에 대한 문의 사항은 당사로 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.

Medicare 처방약 보장에 관한 일반적인 질문이 있는 경우 Medicare에 1‑800‑MEDICARE(1‑800‑633‑4227)로 연중무휴 하루 24시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1‑877‑486‑2048번으로 전화해야 합니다. 또는 http://www.medicare.gov를 방문하여 주십시오.

## [*Insert* <plan/sponsor name>] 처방집

[*Insert for abridged formularies* <abridged>] 처방집 [*Insert as applicable* <below> <that begins on the next page>]은 [*Insert* <plan/sponsor name>]에 의해 보장되는 의약품에 대한[*Insert for abridged formularies* <some of>] 보장 정보를 제공합니다. 만약 목록에서 고객님의 약품을 찾는 데 어려움이 있다면, [*Insert* <index page number>] 페이지부터 시작되는 색인을 확인하십시오.

[*Insert the following paragraph for abridged formularies only <*Remember: This is only a partial list of drugs covered by [*Insert* <plan/sponsor name>]. 고객님의 처방약이 이 부분적인 처방집에 없는 경우, 당사로 연락해 주십시오. 당사 연락처 정보는 처방집이 마지막으로 업데이트된 날짜와 함께 앞표지와 뒤표지에 나와 있습니다.>]

차트의 첫 번째 열에 의약품 이름이 나와 있습니다. 브랜드약은 대문자로 표기되며 (예: <BRAND NAME EXAMPLE>) 제네릭약은 소문자 이탤릭체로 표기됩니다 (예: *<generic example>*).

요건/제한 사항 열에 있는 정보를 통해 [*Insert* <plan/sponsor name>]에 고객님의 의약품 보장에 대한 특별한 요건이 있는지를 확인할 수 있습니다.

[Note***:*** *Sponsors must provide information on the following items when applicable to specific drugs and define any symbols or abbreviations used to indicate their application: utilization management restrictions; drugs that are available via mail-order, drugs that are limited to a one month supply even when the drug is on a tier that otherwise allows for an extended day supply, excluded drugs that are covered by the plan; free first fill drugs; limited access drugs; and drugs covered under the medical benefit (for home infusion drugs only). While these symbols and abbreviations must appear whenever applicable, sponsors are not required to provide associated explanations on every page. They must, however, provide a general footnote on every page stating* “이 표에 사용된 기호 및 약어에 대한 정보는 [*Insert of description where information is available, such as* 페이지 번호 *or* 끝 [*or*] 시작, 본 표*.*]*”*에서 확인할 수 있습니다.”

* *Plans that cover excluded drugs must use this column to indicate that certain drugs are available only through their benefit. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states:* “이 처방약은 Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장되지 않습니다. 이 의약품의 처방전을 조제할 때 고객님이 지불하는 금액은 총 의약품 비용에 포함되지 않습니다(즉, 고객님이 지불하는 금액은 거대위험 보장의 자격을 얻는데 도움이 되지 않습니다.). 또한, 고객님께서 처방약 비용에 대한 추가 지원을 받고 있다면 이 의약품 비용에 대한 추가 지원을 받을 수 없습니다.”[Note*: Plans must insert any additional restrictions on this coverage, including any capped benefit limit.*]
* *Plans that offer generic-use incentive programs permitting zero (or reduced) cost sharing on first generic fills when a member agrees to use the generic rather than the brand name version of a medication must indicate the drugs to which this program applies. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states:* “이 처방약은 처음 조제 시 <zero>/<reduced> 비용 분담으로 제공될 것입니다.”
* *Plans that restrict access to any drugs by limiting distribution to a subset of network pharmacies must indicate these drugs. Plans may indicate this with an asterisk/other symbol or footnote states:* “이 처방약은 특정 약국에서만 제공될 수 있습니다. 자세한 사항은 고객님의 약국 디렉터리를 참조하거나 [[*Insert* <Customer/Member> Service at <phone number> (TTY users should call <TTY number>), <days/hours of operation>, or visit <web address>.]”
* *Plans that provide quantity limits for certain drugs must indicate the amount (days’ supply or amount dispensed).*
* *MA-PD or cost plans choosing to provide coverage for any Part D home infusion drugs as part of a bundled payment under a Part C supplemental benefit should indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states,* “이 처방약은 당사 의료 혜택에 따라 <is>/<may be> 보장됩니다. 자세한 사항은 [*Insert* <Customer/Member> 서비스, <phone number> (TTY 사용자는 <TTY number>)번으로 전화하거나, <days/hours of operation>, <web address>를 방문하십시오.]

의약품 표 - 옵션 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 의약품 이름 | 의약품 단계 *[Column is optional for single tier formularies.]* | 요건/제한 사항 |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>**] | | | |
| <Drug Name 1, Dosage Form A, Strength A> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B > | <Tier 3> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 3, Strength A> | <Tier 4> | <Util. Mgmt.> |
| **<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>**] | | | |
| <Drug Name 3, Dosage Form A, Strength A > | <Tier> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |

## 의약품 표 - 옵션 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 의약품 이름 | 의약품 단계 *[Column is optional for single tier formularies.]* | 요건/제한 사항 |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>**] | | |
| *<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 1> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength A > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength A > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form B, Strength B > | <Tier 3> | <Util. Mgmt.> |
| *<Therapeutic Class Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 3> | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4 Dosage Form A, Strength B> | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 4, Dosage Form A, Strength B > | <Tier 1> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 2, Dosage Form A, Strength C > | <Tier 2> | <Util. Mgmt.> |
| **<Therapeutic Category Name 2> - [Optional: <Plain Language Description>**] | | |
| *<Therapeutic Class Name 1> - [Optional: <Plain Language Description>]* | | |
| <Drug Name 5> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |
| <Drug Name 6> | <Tier> | <Util. Mgmt.> |

## *General Drug Table instructions:*

*OTC drugs may not be included in the formulary table that lists drugs adjudicated at sale but must appear in a separate list or table.*

*Column headings should be repeated on each page of the table.*

*For table sub-headings, plans have the option to use either the therapeutic category only (Table Option 1) or both the therapeutic category and therapeutic class (Table Option 2). The category or class names must be the same as those found on the CMS-approved formulary.*

*Plans have the option of including a “plain-language” description of the therapeutic category/class next to the name of each category/class. For example, instead of only including the category, “Dermatological Agents,” Plans may include “Dermatological Agents – Drugs to treat skin conditions.”*

*For Table Option 1, the therapeutic categories should be listed alphabetically within the table. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic category; they should not be sorted by therapeutic class. For Table Option 2, the therapeutic categories should be listed alphabetically and the therapeutic classes listed alphabetically under the appropriate category. The drugs should then be listed alphabetically under the appropriate therapeutic class.*

*For an abridged formulary, the chart must include at least two covered drugs for each therapeutic category/class except when only one drug exists in the category or class or when two drugs exist in the category or class but one is clinically superior to the other as per your CMS-approved formulary.*

## *Drug Name column instructions:*

*Brand name drugs should be capitalized, e.g., DRUG A. Generic drugs should be lower-case and italicized, e.g., penicillin. Plans may include the generic name of a drug next to the brand name.*

*If there are differences in formulary status, tier placement, quantity limit, prior authorization, step therapy, or other restrictions or benefit offerings (e.g., available via mail order, etc.) for a drug based on its differing dosage forms or strengths, the formulary must clearly identify how it will treat the different formulations of that same drug. For instance, if a drug has a different tier placement depending on the dosage (e.g., 20 mg is in Tier 1 and 40 mg is in Tier 4), plans must include the drug twice within the table with the varying dosage listed next to the drug name (e.g., DRUG A, 20 mg and DRUG A, 40 mg). Differences in dosage forms should be simplified, and abbreviations/acronyms defined for beneficiary understanding. The drug will be counted as a single drug when determining whether the plan has included two drugs within each therapeutic category/class.*

## *Drug Tier column instructions:*

*For plans that provide different levels of cost sharing for drugs depending on their tier, sponsors must include a column indicating the drug’s tier placement. For single tier plans (for instance, all defined standard plans), sponsors have the option to delete the column. Plans may choose from several methods to indicate the tier placement including tier numbers from your plan benefit package (e.g., 1/ 2/ 3), standard tier names from your plan benefit package (e.g., generic/ preferred brand/ other brand), copayment amounts (e.g., $10/$20/$35), or coinsurance percentages (e.g., 10%/25%). The latter two methods are preferred since they are generally easier for members to understand. If one of the two former methods are used, plans must provide an explanation before the table explaining the copayment amount or coinsurance percentage associated with each tier number or tier name. The above choices are also available to sponsors with single tier plans, in that plans would be expected to enter the same information in the column beside every drug listed (for instance, identifying all drugs as Tier 1 or subject to a 25% coinsurance).*

*Plans that have different copayment amounts or coinsurance percentages for retail and mail-order prescriptions may include both retail and mail order amounts within the same column or include separate columns for retail and mail order prescriptions.*

## *Requirements/Limits column instructions:*

*Part D Plans must indicate any applicable utilization management procedures (e.g., prior authorization, step therapy, quantity limits, etc.), special coverage rules, and/or mail-order procedures for each drug within the Requirement/Limits column.*

*Plans may include abbreviations within this column (e.g., QL for quantity limits) but must include an explanation at the beginning of the formulary table explaining each abbreviation.*

## 의약품 색인

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

*[BACK COVER]*

*[Please see the front cover for information that must also appear on the back cover.]*