# 2026년 파트 D 모델 전환 서신

[*Instructions: This model should be used to notify members within 3 business days after adjudication of the first temporary fill that they have received a transition supply of a drug because the Part D transition requirements apply. Plans should include all appropriate explanation(s) for the limited coverage from the choices below. The sponsor may replace <Plan name> with either “the Plan”, “our Plan”, or “your plan” throughout the notice. The sponsor should use the term “compound” in <prescription drug(s)> or <name of drug> when a transition supply applies to a compound.]*

## 고객님의 의약품은 보장 의약품 목록(처방집)에 있지 않거나

## 특정 제한을 적용받습니다

<DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

<MEMBER NAME> 님께,

[*Insert* <Plan Name>]은 고객님께 다음 처방에 대한 **임시 공급분**을 제공했습니다. [*Insert* < prescription drug(s) >.] <PLAN NAME>은 고객님께 이 의약품의 임시 공급분을 제공하도록 되어 있습니다.

<This/these> 의약품은 <is/are>보장 의약품 목록(처방집)에 포함되어 있지 않거나, 처방집에 포함되어 있지만 본 아래에 설명된 바와 같이 특정 제한을 적용받습니다. 만약 처방전이 *[Insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in approved plan benefit package]* 일보다 적은 일수로 작성되었다면, 당사는 최대 *[Insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]*일치의 의약품을 제공하기 위해 여러 번 조제할 수 있도록 허용할 것입니다.

**해당 의약품이 소진되기 전에**, 고객님은 [*Insert* <Plan Name>] 및/또는 처방자에게 다음과 같은 사항을 말해야만 합니다.

* 당사 처방집에 있는 다른 의약품으로 해당 의약품을 변경함 또는
* 고객님이 보장 규정에 대한 기준을 충족함을 입증함으로써 의약품에 대한 승인을 요청 또는
* 당사 보장 규정에 대한 예외를 요청.

고객님이 보장에 대한 승인 또는 보장 규정에 대한 예외를 요청할 경우, 이를 보장 결정이라고 합니다.

언제든지 당사에 보장 결정을 요청하실 수 있습니다. 예외를 포함해 보장 결정을 요청하는 데 도움이 필요하거나, 임시 공급분에 대한 자세한 정보를 원하시는 경우, [*Insert one* <CUSTOMER/MEMBER SERVICE>], [*Insert* <toll free phone number> (TTY/TDD 사용자는 <TTY/TDD number>)번으로 문의해 주십시오. [*Insert* <days/hours of operation>] 사이에 라이브 담당자와 통화가 가능합니다. 또한 당사 웹사이트(<WEB ADDRESS>)를 방문할 수도 있습니다. 의약품의 조제를 더 많이 받은 것만으로 예외를 포함한 보장 결정에 대한 요청 또는 이의 제기가 승인되었다고 가정하지 마십시오. 당사가 고객님의 보장 요청을 승인한다면, 고객님께 또 다른 통지서를 보내드릴 것입니다.

현재 처방약의 변경 방법, 예외를 포함한 보장 결정 요청 방법, 그리고 당사의 보장 결정에 동의하지 않는 경우 거부에 이의를 제기하는 방법에 대한 자세한 사항은 본 서신의 끝부분에서 다루고 있습니다.

다음의 내용은 고객님의 의약품이 <is/are>보장되지 않거나 <is/are>제한되는 이유에 대한 구체적인 설명입니다.

[**참고:** 플랜은 동일 통지서에 다수의 임시 공급분에 대한 정보를 포함할 수도 있습니다.]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

**통지 사유:** 이 의약품은 당사의 처방집에 없습니다. [*Insert where applicable* < In addition, a prior exception you received for coverage of this drug has recently expired.>] 고객님이 당사가 보장하도록 되어 있는 최대 [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일치의 임시 공급분을 받은 뒤에 당사는 이 의약품 비용을 계속해서 지불하지 않을 것입니다. 단, 고객님이 [*Insert as applicable* <a>를 받거나 <an additional>] 당사로부터 처방집 예외를 얻을 경우는 예외로 합니다.

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 없습니다. 또한 당사에서 한 번에 제공하는 의약품의 양이 제한되어 있기 때문에 처방된 전체 분량을 제공할 수 없습니다. 이것을 수량 제한이라고 하며 안전상의 이유로 제한을 둡니다. 안전상의 이유로 해당 의약품을 제공할 때 의약품의 수량 제한 이외에도, 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간의 임시 공급분을 고객님이 수령한 후에는 고객님이 [*Insert* <plan name>]로부터 처방집 예외를 얻지 않는 한, 당사는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않을 것입니다.

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

통지 사유: 해당 의약품은 처방집에 있지만 사전 승인이 필요합니다. 고객님이 당사의 보장 규정을 충족함을 증명함으로써 당사로부터 사전 승인을 받거나, 사전 승인 요건에 대한 고객님의 예외 요청을 당사에서 승인하지 않는 한, 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일치의 임시 공급분을 고객님이 수령한 후에는 당사는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않을 것입니다.]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 있습니다. 하지만, 단계적 치료 프로그램의 일환으로 고객님이 다른 의약품, 구체적으로 [*Insert* <step therapy drug(s)>]을 먼저 시도할 경우에만 일반적으로 해당 의약품의 비용을 지불하게 됩니다. 단계적 치료법이란 더 고가의 의약품으로 진행하기 전에 당사가 판단하기에 안전하고 효율적이며 더 저가의 의약품으로 약 치료를 이행하는 것을 말합니다. 당사 처방집에 있는 다른 의약품을 먼저 시도해 보거나, 당사에서 단계적 치료법 요건에 대한 고객님의 예외 신청을 승인하지 않는 한, 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일치 임시 공급분을 고객님이 수령한 후에는 당사는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않을 것입니다.]]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 있습니다. 그러나 당사는 일반적으로 해당 의약품의 제네릭 버전을 고객님이 먼저 시도하는 경우에만 해당 의약품에 대한 비용을 부담할 것입니다. 처방집에 있는 제네릭약을 먼저 시도하거나, 당사에서 고객님의 예외 요청을 승인하지 않는 한, 당사가 보장해야 하는 최대 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일치의 임시 공급분을 고객님이 수령한 후에는 당사는 해당 의약품에 대한 비용을 더 이상 지불하지 않을 것입니다.]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

통지 사유: 해당 의약품은 처방집에 있지만 수량 제한(QL)이 적용됩니다. 당사에서는 허용되는 수량 제한인 <QUANTITY LIMIT>를 초과해 제공하지 않을 것입니다. 단, <PLAN NAME>로부터 예외를 인정받을 경우에는 예외입니다.]

[**참고:** 다음의 선택은 응급 조제 및 케어 수준 변경을 위한 것으로 선택 사항입니다. 하지만, 응급 조제 및 케어 수준 변경과 관련된 임시 공급분에 대해 플랜이 가입자에게 알릴 것을 권장합니다.]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 없습니다. 당사는 고객님이 <PLAN NAME>로부터 처방집 예외를 얻고자 노력할 동안, 이 의약품을 [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간 보장할 것입니다. 고객님이 예외를 구하는 과정에 있는 경우, 결정이 내려질 때까지 계속해서 보장을 받는 것에 대해 고려할 것입니다.]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

통지 사유: 해당 의약품은 처방집에 있지만 사전 승인(PA)이 필요합니다. 당사는 고객님이 사전 승인 요건을 충족함을 보임으로써 당사로부터 보장을 받기를 구하는 동안, [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간 이 의약품을 보장할 것입니다. 또한 의료상 이유로 고객님께 적용되어서는 안 된다고 생각될 경우에도 사전 승인 요건에 대한 예외를 당사에 요청하실 수도 있습니다.]

[**의약품명**: <name of drug>

**조제 날짜**: <date filled>

**통지 사유:** 해당 의약품은 당사의 처방집에 있지만 일반적으로 단계적 치료 프로그램의 일환으로 다른 특정 의약품을 먼저 시도할 경우에만 해당 의약품의 비용을 지불합니다. 단계적 치료법이란 더 고가의 의약품으로 진행하기 전에 당사가 판단하기에 안전하고 효율적이며 더 저가의 의약품으로 약 치료를 이행하는 것을 말합니다. 당사는 고객님이 단계적 치료 기준을 충족함을 보임으로써 보장을 받기를 구하는 동안, [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]일간 이 의약품을 보장할 것입니다. 또한 의료상 이유로 고객님께 적용되어서는 안 된다고 생각될 경우에도 단계적 치료 요건에 대한 예외를 당사에 요청하실 수도 있습니다.]

처방약은 어떻게 변경하나요?

고객님의 의약품이 <is/are>당사의 처방집에 없거나, 처방집에 있지만 제한이 있는 경우, 당사의 처방집에 있는 다른 어떤 의약품이 고객님의 질환을 치료하는 데 <is/are>사용될 수 있는지를 문의할 수 있습니다. 고객님이 규정을 충족함을 보임으로써 당사에 보장 승인을 요청하거나 예외를 요청할 수 있습니다. 당사에서 보장하는 다른 의약품이 고객님께 적합한지를 고객님의 처방자에게 문의하십시오. 고객님께는 원래 처방된 의약품을 보장하도록 당사에<was/were> 예외를 요청할 권리가 있습니다. 예외를 요청할 경우, 고객님의 처방자는 어째서 사전 승인, 수량 제한 또는 고객님의 의약품에 대한 기타 제한이 고객님께 의학적으로 부적합한지를 설명하는 진술서를 당사에 제공해야 할 것입니다.

예외를 포함한 보장 결정을 요청하려면 어떻게 해야 합니까?

고객님, 고객님의 대리인 또는 고객님의 처방자가 당사 보장 규정에 대한 예외를 포함해 당사에 보장 결정을 요청할 수 있습니다. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER >] 당사의 처방집에 없는 의약품에 대한 보장이나 보장 규정의 예외를 요청하는 경우, 고객님의 처방자는 해당 요청을 뒷받침하는 진술서를 제공해야만 합니다. 이 안내문을 처방자에게 보여주거나 처방자의 사무실에 사본을 보내는 것이 도움이 될 수 있습니다. 예외 요청이 당사의 처방집에 없는 의약품과 관련된 경우, 당사의 처방집에 있는 모든 의약품이 요청하는 의약품만큼 효과적이지 않거나 고객님께 부작용을 줄 수 있으므로 요청하는 의약품이 고객님의 질환 치료에 의학적으로 필요하다는 사실을 처방자의 진술서에 명시해야 합니다. 예외 요청이 사전 승인 또는 당사의 처방집에 있는 의약품에 대한 기타 보장 규칙과 관련된 경우, 고객님의 질환을 감안할 때 보장 규칙이 고객님께 적합하지 않거나 고객님께 부작용을 줄 수 있음을 처방자의 진술서에 명시해야 합니다.

고객님의 요청이 신속 처리될 경우, 당사는 고객님의 요청을 받은 때로부터 24시간 내에 당사의 결정을 고객님께 통지해야만 합니다. 표준 요청의 경우, 당사는 72시간 내에 당사의 결정을 고객님께 통지해야만 합니다. 예외 요청의 경우, 당사의 결정에 대한 통지 시기는 당사가 고객님 처방자의 진술서를 받은 때 시작됩니다. 표준 결정으로 인해 시간이 지체되어 고객님의 생명, 건강 또는 기능을 최대한 회복하는 능력에 심각한 영향을 미칠 수 있다는 점을 당사에서 판단하거나 고객님의 처방자가 당사에 알릴 경우 해당 요청은 신속하게 처리됩니다.

보장 요청이 거부되면 어떻게 하나요?

고객님의 보장 요청이 거부된다면, 고객님께는 재결정이라고 부르는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 고객님은 고객님의 보장 결정 요청에 대한 당사의 서면으로 된 결정 날짜로부터 65일 이내에 이의 제기를 해야만 합니다. [*Insert one:* <You must file a standard request in writing.> 또는 <We accept standard requests by phone and in writing.> 전화 및 서면으로 신속 처리 요청을 수용합니다. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER]

진심을 담아,

<PLAN REPRESENTATIVE>

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