# **Danh mục Thuốc Mẫu Phần D 2026 (Rút gọn và Toàn bộ)**

[***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>] Danh mục thuốc

## ([<Partial>] Danh sách Thuốc được Đài thọ hoặc “Danh sách Thuốc”)

## VUI LÒNG ĐỌC: TÀI LIỆU NÀY CHỨA THÔNG TIN

## GIỚ THIỆU VỀ [*insert the following when applicable*: <SOME OF>] CÁC LOẠI THUỐC CHÚNG TÔI ĐÀI THỌ TRONG CHƯƠNG TRÌNH NÀY

[*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* <Danh mục thuốc rút gọn này đã được cập nhật vào ngày <MM/DD/YYYY>.> *<*Chúng tôi không có bất kỳ thay đổi nào đối với danh mục thuốc thu gọn này kể từ ngày MM/DD/YYYY.>] Đây không phải là danh sách các loại thuốc hoàn chỉnh được chương trình của chúng tôi đài thọ. Để xem danh sách hoàn chỉnh hoặc các câu hỏi khác, vui lòng liên hệ với [*Optional insert <*us*>,*]] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* <Customer/Member> Dịch vụ theo số <phone number> (người dùng TTY cần gọi <TTY number>), <days/hours of operation>, hoặc truy cập <web address>.]

[*The following information must appear on both the front and back covers of comprehensive formularies*. *Insert one* <Danh mục thuốc này được cập nhật vào <MM/DD/YYYY>.> *<*Chúng tôi không có bất kỳ thay đổi nào đối với danh mục thuốc này kể từ ngày MM/DD/YYYY.] [*Insert <*Danh mục thuốc này đã được cập nhật vào ngày <MM/DD/YYYY>. Để biết thêm thông tin gần đây hoặc các câu hỏi khác, vui lòng liên hệ với [*Optional insert <*usi*>,*]] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* <Customer/Member> Dịch vụ theo số <phone number> (người dùng TTY nên gọi <TTY number>), <days/hours of operation>, hoặc truy cập <web address>.]]

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

**Lưu ý dành cho các thành viên hiện tại**: Danh sách thuốc này đã thay đổi kể từ năm ngoái. Vui lòng xem tài liệu này để đảm bảo rằng nó vẫn có các loại thuốc quý vị sử dụng.

Khi Danh sách Thuốc này (danh mục thuốc) đề cập đến "chúng tôi," hoặc "của chúng tôi," có nghĩa là [*Insert* <plan/sponsor name>]. Khi đề cập đến "chương trình" hoặc "chương trình của chúng tôi," có nghĩa là [*Insert* <Plan Name>.]

Tài liệu này bao gồm [*For abridged formularies insert* <a partial>] Danh sách Thuốc (danh mục thuốc) cho chương trình của chúng tôi, có hiệu lực kể từ [*Insert* <formulary revision date>.] [*For abridged formularies insert* <a complete,>] Để xem [*For comprehensive formularies insert* <an>] Danh sách Thuốc (danh mục thuốc) được cập nhật, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi, cùng với ngày chúng tôi cập nhật lần cuối Danh sách Thuốc (danh mục thuốc), được hiển thị ở trang bìa trước và sau.

Thông thường, quý vị phải sử dụng nhà thuốc nội mạng để hưởng quyền lợi về thuốc kê toa của quý vị. Quyền lợi, danh mục thuốc, mạng lưới nhà thuốc và/hoặc tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 Tháng Một, [*Insert* <benefit year>], và theo thời gian trong năm.

## Danh mục thuốc [*Insert mandatory* < plan/sponsor name>] [*Insert when applicable* <Abridged>] là gì?

Trong tài liệu này, chúng tôi sử dụng các thuật ngữ Danh sách Thuốc và Danh mục thuốc để chỉ cùng một nội dung. Danh mục thuốc là danh sách các loại thuốc được đài thọ do [*Insert* <plan/sponsor name>] lựa chọn với sự tham khảo ý kiến của một nhóm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đại diện cho các liệu pháp kê toa được cho là cần thiết trong một chương trình điều trị chất lượng. [*Insert* <plan/sponsor>] sẽ thường đài thọ các loại thuốc có trong danh mục thuốc của chúng tôi miễn là thuốc đó cần thiết về mặt y khoa, toa thuốc được lấy tại một nhà thuốc trong mạng lưới của [*Insert* <plan/sponsor name>], và tuân thủ các quy định khác của chương trình. Để biết thêm thông tin về cách điền đơn thuốc theo toa của quý vị, vui lòng xem Chứng Từ Bảo Hiểm của quý vị.

[*Insert for abridged formularies* <Tài liệu này là một danh mục thuốc một phần và chỉ bao gồm một số loại thuốc được đài thọ bởi

[*Insert* <plan/sponsor name>]. Để xem danh sách tất cả thuốc kê toa hoàn chỉnh do [*Insert* <plan/sponsor name>] đài thọ, hãy truy cập trang web của chúng tôi hoặc gọi cho chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi cùng ngày cập nhật lần cuối cho danh mục thuốc có trên trang bìa trước và bìa sau.

## Danh mục thuốc có thể thay đổi không?

Hầu hết các thay đổi trong bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 Tháng Một, nhưng [*Insert one* <we> <plan/sponsor name>] có thể thêm hoặc loại bỏ thuốc khỏi danh mục thuốc trong năm, chuyển chúng sang các bậc chia sẻ chi phí khác, hoặc thêm các giới hạn mới. Chúng tôi phải tuân thủ các quy tắc của Medicare khi thực hiện những thay đổi này. Các bản cập nhật cho danh mục thuốc được đăng hàng tháng trên trang web của chúng tôi tại: [*Plan sponsors should insert URL showing website address with most recent version of the formulary.*].

**Những thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị trong năm nay*:*** Trong các trường hợp dưới đây, quý vị sẽ bị ảnh hưởng bởi những thay đổi về bảo hiểm trong năm: [*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.*]

* + **Thay thế ngay lập tức một số phiên bản mới của các thuốc biệt dược và sản phẩm sinh học gốc.** Chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ một loại thuốc khỏi danh mục thuốc nếu chúng tôi thay thế bằng một phiên bản mới của thuốc đó, phiên bản này sẽ nằm ở cùng bậc hoặc bậc chia sẻ chi phí thấp hơn và có cùng hoặc ít hơn các giới hạn [*plans that do not use tiers may omit* “on the same or lower cost-sharing tier and”]. Khi chúng tôi thêm một phiên bản mới của một loại thuốc vào danh mục thuốc, chúng tôi có thể quyết định giữ lại thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc trong danh mục thuốc của mình, nhưng ngay lập tức chuyển nó sang một bậc chia sẻ chi phí khác hoặc thêm các giới hạn mới [*plans that do not use tiers may omit* “different cost-sharing tier or”].

Chúng tôi chỉ có thể thực hiện các thay đổi ngay lập tức này nếu chúng tôi đang thêm một phiên bản thuốc gốc mới của một loại thuốc biệt dược, hoặc thêm một số phiên bản sinh học tương tự mới của một sản phẩm sinh học gốc, vốn đã có trong danh mục thuốc (ví dụ: thêm một sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới).

Nếu hiện tại quý vị đang sử dụng thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, chúng tôi có thể sẽ không thông báo trước cho quý vị trước khi thực hiện thay đổi ngay lập tức, nhưng sau đó chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về (các) thay đổi cụ thể mà chúng tôi đã thực hiện.

Nếu chúng tôi thực hiện thay đổi như vậy, quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ và tiếp tục đài thọ cho quý vị loại thuốc đang bị thay đổi đó. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem phần bên dưới có tiêu đề “Làm thế nào để tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc của [*Insert mandatory* < plan/sponsor name>]]?”

Một số loại thuốc này có thể mới đối với quý vị. Để biết thêm thông tin, vui lòng xem phần bên dưới có tiêu đề “Sản phẩm sinh học gốc là gì và chúng có liên quan như thế nào đến các sản phẩm sinh học tương tự?”

* + **Các loại thuốc được loại bỏ khỏi thị trường.** Nếu một loại thuốc bị nhà sản xuất ngừng bán hoặc Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) quyết định thu hồi vì lý do an toàn hoặc hiệu quả, chúng tôi có thể ngay lập tức loại bỏ thuốc đó khỏi danh mục thuốc và sau đó gửi thông báo cho các thành viên đang sử dụng thuốc này.
  + **Những thay đổi khác.** Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác ảnh hưởng đến các thành viên hiện đang dùng thuốc. Ví dụ, [Plan sponsors that are not choosing to make any immediate substitutions insert <chúng tôi có thể bổ sung một loại thuốc gốc mới để thay thế cho thuốc biệt dược hiện có trong danh mục, hoặc bổ sung một thuốc sinh học tương tự mới để thay thế cho sản phẩm sinh học gốc hiện có trong danh mục, hoặc áp dụng thêm các giới hạn mới, hoặc chuyển một loại thuốc mà chúng tôi vẫn giữ trong danh mục sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn, hoặc đồng thời thực hiện cả hai sau khi chúng tôi thêm một loại thuốc tương ứng.>] [Plan sponsors that otherwise meet requirements to make immediate substitutions insert <chúng tôi có thể loại bỏ một thuốc biệt dược khỏi danh mục khi bổ sung một thuốc gốc tương đương, hoặc loại bỏ một sản phẩm sinh học gốc khi bổ sung một thuốc sinh học tương tự. chúng tôi cũng có thể áp dụng các giới hạn mới đối với thuốc biệt dược hoặc sản phẩm sinh học gốc, hoặc chuyển chúng sang một bậc chia sẻ chi phí khác, hoặc đồng thời thực hiện cả hai.>] [*All plan sponsors insert* <chúng tôi có thể thực hiện các thay đổi dựa trên các hướng dẫn y tế mới. nếu chúng tôi loại bỏ thuốc khỏi danh mục, bổ sung yêu cầu phê duyệt trước, giới hạn số lượng và/hoặc áp dụng hạn chế điều trị theo bước đối với một loại thuốc, hoặc chuyển một loại thuốc sang bậc chia sẻ cao hơn [Plan sponsors with one tier may remove “hoặc chuyển một loại thuốc sang bậc chia sẻ chi phí cao hơn” and insert an “danh mục thuốc hoặc” in place of “danh mục thuốc,”], chúng tôi phải thông báo cho các thành viên bị ảnh hưởng về thay đổi đó ít nhất 30 ngày trước khi thay đổi có hiệu lực. Ngoài ra, khi một thành viên yêu cầu cấp lại thuốc, họ có thể nhận được [*Insert supply limit* (must be at least the number of days in the plan’s one month supply)]-số ngày cấp thuốc cùng với thông báo về sự thay đổi.>

Nếu chúng tôi thực hiện các thay đổi khác này, quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra trường hợp ngoại lệ cho quý vị và tiếp tục đài thọ loại thuốc mà quý vị đã và đang sử dụng. Thông báo mà chúng tôi gửi cho quý vị cũng sẽ bao gồm thông tin về cách yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, và quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin này trong phần bên dưới có tiêu đề “Làm thế nào để tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc của [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]?”

**Những thay đổi sẽ không ảnh hưởng đến quý vị nếu quý vị hiện đang dùng thuốc.** Nói chung, nếu quý vị dùng thuốc trong danh mục thuốc [*Insert* <contract year>] của chúng tôi được đài thọ vào đầu năm, chúng tôi sẽ không chấm dứt hoặc giảm bảo hiểm thuốc trong năm bảo hiểm [*Insert* < contract year>] ngoại trừ như mô tả ở trên. Điều này có nghĩa là các loại thuốc này sẽ vẫn có sẵn với cùng mức chia sẻ chi phí và không có giới hạn mới nào đối với những thành viên đang sử dụng chúng trong phần thời gian còn lại của năm bảo hiểm. Quý vị sẽ không nhận được thông báo trực tiếp trong năm nay về những thay đổi không ảnh hưởng đến quý vị. Tuy nhiên, vào ngày 1 Tháng Một của năm tiếp theo, những thay đổi như vậy sẽ ảnh hưởng đến quý vị, và điều quan trọng là phải kiểm tra danh mục thuốc cho năm quyền lợi mới để biết bất kỳ thay đổi nào đối với các loại thuốc.

Danh mục thuốc đính kèm này được cập nhật đến thời điểm [*Insert* <last formulary update>. *Date should match the date used in the footer.*] Để nhận thông tin mới nhất về các loại thuốc được [*Insert* <plan/sponsor name>] đài thọ, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi có trên trang bìa trước và bìa sau. [*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.*]

## Tôi sử dụng danh mục thuốc như thế nào?

Có hai cách để tìm thuốc của quý vị trong danh mục thuốc:

### Tình trạng Bệnh lý

Danh mục thuốc sẽ bắt đầu ở trang [*Insert* <table page number>]. Thuốc trong danh mục này được nhóm thành các thể loại tùy theo loại tình trạng bệnh lý mà loại thuốc đó được dùng để điều trị. Ví dụ, các loại thuốc dùng để điều trị bệnh tim được liệt kê theo phân loại [*Insert* <category name example>]. Nếu quý vị biết công dụng của thuốc, hãy tìm tên phân loại trong danh sách bắt đầu trên trang [*Insert* < page number >]. Sau đó nhìn xuống dưới tên thể loại để tìm loại thuốc của quý vị.

### Liệt kê theo Bảng chữ cái

Nếu quý vị không chắc chắn phân loại nào cần tìm thì quý vị nên tìm thuốc của mình trong phần Mục lục bắt đầu trên trang [*Insert* <index page number>]. Phần Chỉ mục cung cấp danh sách theo bảng chữ cái cho tất cả các loại thuốc bao gồm trong tài liệu này. Cả thuốc biệt dược và thuốc gốc đều được liệt kê trong phần Mục lục. Hãy xem Mục lục và tìm loại thuốc của quý vị. Cạnh loại thuốc, quý vị sẽ thấy số trang để quý vị có thể tìm thông tin bảo hiểm. Chuyển đến trang được liệt kê trong Chỉ Mục và tìm tên loại thuốc trong cột đầu tiên của danh sách.

## Thuốc gốc là gì?

[*Insert* <plan/sponsor name>]] đài thọ cả thuốc biệt dược và thuốc gốc. Thuốc gốc được FDA phê duyệt là có cùng hoạt chất với thuốc biệt dược. Nhìn chung, thuốc gốc có tác dụng tương đương và thường có chi phí thấp hơn so với thuốc biệt dược. Có các loại thuốc gốc thay thế cho nhiều loại thuốc biệt dược. Thuốc gốc thường có thể được thay thế cho thuốc biệt dược tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, tùy thuộc vào luật của từng tiểu bang.

## Sản phẩm sinh học gốc là gì và chúng có liên quan như thế nào đến các sản phẩm sinh học tương tự?

Trong danh mục thuốc, khi chúng tôi đề cập đến thuốc, điều này có thể bao gồm một loại thuốc hoặc một sản phẩm sinh học. Sản phẩm sinh học là các loại thuốc phức tạp hơn so với các loại thuốc thông thường. Vì các sản phẩm sinh học phức tạp hơn so với các loại thuốc thông thường, nên thay vì có dạng thuốc gốc, chúng có các loại thuốc thay thế được gọi là sản phẩm sinh học tương tự. Nhìn chung, các sản phẩm sinh học tương tự có tác dụng tương đương với sản phẩm sinh học gốc và có thể có chi phí thấp hơn. Có các sản phẩm sinh học tương tự thay thế cho một số sản phẩm sinh học gốc. Một số sản phẩm sinh học tương tự là sản phẩm sinh học tương tự có thể thay thế lẫn nhau và, tùy thuộc vào luật của từng tiểu bang, có thể được thay thế cho sản phẩm sinh học gốc tại nhà thuốc mà không cần toa thuốc mới, giống như thuốc gốc có thể thay thế cho thuốc biệt dược.

Để thảo luận về các loại thuốc, vui lòng xem phần Chứng từ Bảo hiểm, Chương *[MA-PD insert <*5*>] [PDP insert <*3*>],* Phần 3.1, “Danh sách thuốc cho biết những loại thuốc Phần D được đài thọ.”*]*

## Có hạn chế nào đối với bảo hiểm của tôi không?

Một số loại thuốc được đài thọ có thể có yêu cầu hoặc định mức bổ sung về bảo hiểm. Các yêu cầu và định mức này có thể bao gồm: [*Plans may omit bullets as needed in order to reflect actual utilization management procedures used by the plan.*]

* **Ủy quyền trước:** [*Insert* <plan/sponsor name>] yêu cầu quý vị [hoặc bác sĩ kê toa của quý vị] phải xin giấy ủy quyền trước cho một số loại thuốc nhất định. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ cần phải được phê duyệt trước từ [*Insert* <plan/sponsor name>] trước khi mua thuốc kê toa. Nếu quý vị không được phê duyệt, [*Insert* <plan/sponsor name>] có thể sẽ không đài thọ loại thuốc đó.
* **Định mức Số lượng:** Đối với một số loại thuốc nhất định, [*Insert* <plan/sponsor name>] định mức số lượng thuốc mà [*Insert* <plan/sponsor name>] sẽ đài thọ. Ví dụ, [*Insert* <plan/sponsor name>] cung cấp <number of units> cho mỗi toa thuốc đối với <drug name>. Điều này có thể được áp dụng thêm bên cạnh nguồn tiếp liệu thuốc tiêu chuẩn cho một tháng hoặc ba tháng.
* **Trị liệu Từng bước:** Trong một số trường hợp, [*Insert* <plan/sponsor name>] yêu cầu quý vị phải thử những thuốc nhất định trước để điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị, rồi sau đó mới đài thọ cho loại thuốc khác trong tình trạng bệnh lý đó. Ví dụ: nếu Thuốc A và Thuốc B đều chữa trị tình trạng bệnh lý của quý vị, [*Insert* <plan/sponsor name>] có thể không đài thọ Thuốc B trừ khi quý vị dùng thử Thuốc A trước. Nếu Thuốc A không có hiệu quả đối với quý vị, thì [*Insert* <plan/sponsor name>] sẽ đài thọ cho Thuốc B.

Quý vị có thể tìm xem thuốc của mình có yêu cầu hay định mức bổ sung nào hay không bằng cách xem danh mục thuốc bắt đầu trên trang [*Insert* <table page number>]. Quý vị cũng có thể tìm hiểu thêm thông tin về các định mức áp dụng cho từng loại thuốc được đài thọ cụ thể bằng cách truy cập trang web của chúng tôi [*Plans/sponsors that apply prior authorization and/or step therapy insert the following with applicable information* <chúng tôi đã đăng tải trực tuyến [*Insert one* <a document><documents>] giải thích về [*Insert when applicable <*giới hạn giấy ủy quyền trước> <hạn chế điều trị từng bước> <yêu cầu phê duyệt trước và các hạn chế điều trị từng bước.>]. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi gửi cho quý vị một bản sao. Thông tin liên hệ của chúng tôi cùng ngày cập nhật lần cuối cho danh mục thuốc có trên trang bìa trước và bìa sau.

Quý vị có thể yêu cầu [*Insert* <plan/sponsor name>] đưa ra trường hợp ngoại lệ cho các hạn chế hoặc định mức này hoặc cho một danh sách các thuốc tương tự khác có thể điều trị bệnh trạng của quý vị. Xem phần “Làm thế nào để tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc của [*Insert* <plan/sponsor name>]?” ở trang [*Insert* <exception page number>]] để biết thông tin về cách yêu cầu một trường hợp ngoại lệ.

## [Thuốc không kê toa (OTC) là gì?

Thuốc OTC là các loại thuốc không kê toa và thường không được Chương trình Thuốc kê toa của Medicare đài thọ. [*Insert* <plan/sponsor name>] chi trả cho một số loại thuốc OTC nhất định. *[Note: Include a list of OTC drugs the plan pays for with administrative funds.*] [*Insert* <plan/sponsor name>] sẽ cung cấp các loại thuốc OTC này cho quý vị mà không tốn chi phí. Chi phí mà [*Insert* <plan/sponsor name>]] chi trả cho các loại thuốc OTC này sẽ không được tính vào tổng chi phí thuốc Phần D của quý vị.

## Tôi phải làm gì nếu thuốc của tôi không nằm trong danh mục thuốc?

Nếu thuốc của quý vị không có trong danh mục thuốc này (danh sách các loại thuốc được đài thọ), trước tiên quý vị nên liên hệ với Ban Dịch vụ Thành viên và hỏi xem thuốc của quý vị có được đài thọ hay không. [*Insert for abridged formularies* <This document includes only a partial list of covered drugs, so [*Insert* <plan/sponsor name>] có thể sẽ đài thọ thuốc của quý vị. Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi cùng ngày cập nhật lần cuối cho danh mục thuốc có trên trang bìa trước và bìa sau.>]

Nếu quý vị thấy rằng [*Insert* <plan/sponsor name>] không đài thọ cho thuốc của quý vị thì quý vị có hai tùy chọn:

* Quý vị có thể yêu cầu Ban Dịch vụ Thành viên cung cấp danh sách các loại thuốc tương tự được [*Insert* <plan/sponsor name>] đài thọ. Khi nhận được danh sách, hãy đưa cho bác sĩ của quý vị và yêu cầu họ kê một loại thuốc tương tự được [*Insert* <plan/sponsor name>] đài thọ.
* Quý vị có thể yêu cầu [*Insert* <plan/sponsor name>] đưa ra một trường hợp ngoại lệ và đài thọ cho thuốc của mình. Xem thông tin bên dưới về cách yêu cầu ngoại lệ.

## Làm thế nào để tôi yêu cầu một trường hợp ngoại lệ đối với danh mục thuốc của [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]?

Quý vị có thể yêu cầu [*Insert* <plan/sponsor name>] đưa ra một trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc bảo hiểm. Có vài loại ngoại lệ để quý vị có thể yêu cầu chúng tôi áp dụng.

* [Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho loại thuốc ngay cả khi loại thuốc đó không nằm trong danh mục thuốc. Nếu được phê duyệt, loại thuốc này sẽ được đài thọ theo mức chia sẻ chi phí đã định trước, đồng thời quý vị sẽ không thể yêu cầu chúng tôi cung cấp thuốc đó ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn.]
* Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi miễn trừ một hạn chế bảo hiểm, bao gồm giấy ủy quyền trước, trị liệu từng bước, hoặc định mức về số lượng thuốc của quý vị. Ví dụ, đối với một số loại thuốc nhất định, [*Insert* <plan/sponsor name>] giới hạn số lượng thuốc mà chúng tôi sẽ đài thọ. Nếu thuốc của quý vị có định mức về số lượng thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bỏ qua định mức đó và đài thọ cho số lượng lớn hơn.
* [*Insert if plan has multiple tiers with no specialty tier or has a specialty tier but does not exclude it from the exceptions process:* Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc nằm trong danh mục thuốc ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn.] [*Insert if plan has only one specialty tier and chooses to exclude this tier from the tier exceptions process:* Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc nằm trong danh mục thuốc ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn trừ khi thuốc thuộc bậc thuốc chuyên khoa]. [*Insert if plan has two specialty tiers*: Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đài thọ một loại thuốc nằm trong danh mục thuốc ở mức chia sẻ chi phí thấp hơn trừ khi thuốc thuộc bậc chuyên khoa có chia sẻ chi phí thấp hơn của chúng tôi. Đối với các loại thuốc nằm trong bậc chuyên khoa có chia sẻ chi phí cao hơn, quý vị có thể yêu cầu bảo hiểm ở mức bậc chuyên khoa có chia sẻ chi phí thấp hơn.] Nếu được chấp thuận, điều này sẽ giảm số tiền quý vị phải trả cho thuốc của mình.]

Nhìn chung, [*Insert* <plan/sponsor name>]] chỉ phê duyệt yêu cầu về trường hợp ngoại lệ của quý vị nếu các loại thuốc thay thế có trong danh mục thuốc của chương trình, [thuốc có mức chia sẻ chi phí thấp hơn,] hoặc việc áp dụng hạn chế sẽ không hiệu quả đối với quý vị và/hoặc có thể gây ra các tác dụng phụ cho quý vị.

Quý vị hoặc bác sĩ kê toa quý vị nên liên hệ với chúng tôi để yêu cầu một trường hợp ngoại lệ về danh mục thuốc [*insert if plan has multiple tiers:* <tiering or,>]], bao gồm trường hợp ngoại lệ đối với một hạn chế bảo hiểm. ***Khi quý vị yêu cầu một ngoại lệ, bác sĩ kê đơn của quý vị sẽ cần giải thích các lý do y khoa vì sao quý vị cần ngoại lệ đó*.** Thông thường, chúng tôi phải đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận được bảng kê hỗ trợ từ người kê toa của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu một quyết định nhanh (khẩn cấp) nếu quý vị cho rằng, và chúng tôi đồng ý, sức khỏe của quý vị có thể bị ảnh hưởng nghiêm trọng nếu phải chờ đến 72 giờ để có quyết định. Nếu chúng tôi đồng ý hoặc nếu bác sĩ kê toa của quý vị yêu cầu một quyết định nhanh, chúng tôi phải đưa ra quyết định cho quý vị chậm nhất là 24 giờ sau khi nhận được tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ kê toa của quý vị.

## Tôi có thể làm gì nếu thuốc của tôi không có trong danh mục thuốc hoặc bị hạn chế?

Quý vị có thể sử dụng thuốc không nằm trong danh mục của chúng tôi cho dù quý vị là thành viên mới hay cũ trong chương trình. Hoặc quý vị có thể đang sử dụng một loại thuốc có trong danh mục thuốc của chúng tôi nhưng bị hạn chế về mặt bảo hiểm, chẳng hạn như giấy ủy quyền trước. Quý vị nên trao đổi với bác sĩ kê toa về việc yêu cầu quyết định bảo hiểm để chứng minh rằng quý vị đáp ứng các tiêu chí để được phê duyệt, chuyển sang một loại thuốc thay thế mà chúng tôi đài thọ, hoặc yêu cầu trường hợp ngoại lệ cho danh mục thuốc để chúng tôi đài thọ loại thuốc mà quý vị đang sử dụng. Khi quý vị và bác sĩ đang xác định hướng điều trị phù hợp, chúng tôi có thể đài thọ thuốc của quý vị trong một số trường hợp trong <*must be at least 90*> ngày đầu tiên quý vị là thành viên của chương trình của chúng tôi.

Đối với mỗi loại thuốc của quý vị không có trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc bị hạn chế về mặt bảo hiểm, chúng tôi sẽ đài thọ một nguồn tiếp liệu tạm thời sử dụng trong [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*]-ngày. Nếu toa thuốc của quý vị được kê ít ngày hơn, chúng tôi sẽ cho phép cấp lại để cung cấp tối đa nguồn tiếp liệu [*insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày thuốc. Nếu bảo hiểm không được phê duyệt, sau nguồn tiếp liệu thuốc [*insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package*]-ngày đầu tiên, chúng tôi sẽ không chi trả cho các loại thuốc này, ngay cả khi quý vị là thành viên của chương trình chưa đầy <*must be at least 90*> ngày.

Nếu quý vị là cư dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn và cần một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc nếu khả năng nhận thuốc của quý vị bị hạn chế, nhưng quý vị đã qua <*must be at least 90*> ngày đầu tiên là thành viên của chương trình, chúng tôi sẽ đài thọ một nguồn tiếp liệu thuốc khẩn cấp dùng cho <*must be at least 31*>-ngày của loại thuốc đó trong khi quý vị tiến hành yêu cầu trường hợp ngoại lệ cho danh mục thuốc.

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

## Để biết thêm thông tin

Để biết thông tin chi tiết hơn về bảo hiểm thuốc kê toa [*Insert* <plan/sponsor name>] của quý vị, vui lòng xem lại Chứng từ Bảo hiểm và các tài liệu khác của chương trình.

Nếu quý vị có câu hỏi về [*Insert* <plan/sponsor name>], vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi cùng ngày cập nhật lần cuối cho danh mục thuốc có trên trang bìa trước và bìa sau.

Nếu quý vị có thắc mắc chung về đài thọ thuốc kê toa của Medicare, vui lòng gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày và 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Hoặc, truy cập http://www.medicare.gov.

## Danh mục thuốc [*Insert* <plan/sponsor name>]

Danh mục thuốc [*Insert for abridged formularies* <abridged>] [*Insert as applicable* <below> <that begins on the next page>] cung cấp thông tin về bảo hiểm đối với các loại thuốc [*Insert for abridged formularies* <some of>] được [*Insert* <plan/sponsor name>] đài thọ. Nếu quý vị gặp khó khăn khi tìm loại thuốc trong danh sách, hãy chuyển đến phần Chỉ mục bắt đầu trên trang [*Insert* <index page number>].

[Insert the following paragraph for abridged formularies only <Remember: This is only a partial list of drugs covered by [Insert <plan/sponsor name>] đài thọ. Nếu toa thuốc của quý vị không nằm trong danh mục thuốc một phần này, vui lòng liên hệ với chúng tôi. Thông tin liên hệ của chúng tôi cùng ngày cập nhật lần cuối cho danh mục thuốc có trên trang bìa trước và bìa sau.>]

Cột đầu tiên của bảng liệt kê tên thuốc. Thuốc biệt dược được viết hoa (ví dụ, <BRAND NAME EXAMPLE>) và thuốc gốc được liệt kê bằng chữ thường in nghiêng (ví dụ, *<generic example>*).

Thông tin trong cột Yêu cầu/Định mức cho quý vị biết liệu [*Insert* <plan/sponsor name>] có yêu cầu đặt biệt nào về bảo hiểm cho loại thuốc của quý vị hay không.

[***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* “Quý vị có thể tìm thông tin về ý nghĩa của các ký hiệu và viết tắt trong bảng này bằng cách truy cập[*Insert of description where information is available, such as* trang số *or* cuối [*or*] bắt đầu từ bảng này*.*]*”*

* *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:* "Thuốc kê toa này thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Kê toa Medicare. Số tiền quý vị thanh toán khi quý vị mua thuốc theo toa cho thuốc này không được tính vào tổng chi phí thuốc của quý vị (nghĩa là số tiền quý vị thanh toán không giúp quý vị đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm tai ương). Ngoài ra, nếu quý vị đang nhận trợ giúp bổ sung để chi trả cho các toa thuốc của mình, quý vị sẽ không nhận được trợ giúp bổ sung nào để chi trả cho loại thuốc này.” [***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:* “Loại thuốc kê toa này sẽ được cung cấp với mức chia sẻ chi phí <zero>/<reduced> lần đầu tiên quý vị lấy thuốc.”
* *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:* "Toa thuốc này có thể chỉ có tại một số nhà thuốc nhất định. Để biết thêm thông tin, vui lòng tham khảo Danh mục Nhà thuốc của quý vị hoặc gọi [Insert the following paragraph for abridged formularies only <Remember: This is only a partial list of drugs covered by [Insert <plan/sponsor name>].”
* *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,* “Loại thuốc kê toa này <is>/<may be> được đài thọ theo quyền lợi y tế của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy gọi Ban Dịch vụ [*Insert* <Customer/Member> theo số <phone number> (người dùng TTY gọi <TTY number>), <days/hours of operation>, hoặc truy cập <web address>.]

Bảng Thuốc - Tùy chọn 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên Thuốc | Hạng Thuốc *[Column is optional for single tier formularies.]* | Yêu cầu/Giới hạn |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Không bắt buộc: <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.> |

## Bảng Thuốc - Tùy chọn 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên Thuốc | Hạng Thuốc *[Column is optional for single tier formularies.]* | Yêu cầu/Giới hạn |
| **<Therapeutic Category Name 1> - [Không bắt buộc: <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.*

## Chỉ Mục Thuốc

[*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.]*