# Thư Chuyển tiếp Mẫu Phần D 2026

[*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.]*

## (CÁC) THUỐC CỦA QUÝ VỊ KHÔNG CÓ TRONG DANH SÁCH THUỐC (DANH MỤC THUỐC) ĐƯỢC ĐÀI THỌ CỦA CHÚNG TÔI

## HOẶC PHẢI CHỊU MỘT SỐ GIỚI HẠN NHẤT ĐỊNH

<DATE>

<MEMBER NAME>

<ADDRESS>

<CITY, STATE ZIP>

Kính gửi <MEMBER NAME>:

[*Insert* <Plan Name>] đã cung cấp cho quý vị **nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời** của (các) loại thuốc kê toa sau: [*Insert* < prescription drug(s) >.] <PLAN NAME> phải cung cấp cho quý vị nguồn tiếp liệu thuốc tạm thời của [các] loại thuốc này.

<This/these> các loại thuốc <is/are> hoặc không có trong danh sách thuốc được đài thọ của chúng tôi (được gọi là danh mục thuốc của chúng tôi), hoặc [thuốc này/các loại thuốc này] có trong danh mục thuốc nhưng chịu một số giới hạn nhất định, như được mô tả dưới đây. Nếu toa thuốc của quý vị được kê cho ít hơn *[Insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in approved plan benefit package]* ngày, chúng tôi sẽ cho phép mua nhiều lần để cung cấp tối đa *[Insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* thuốc.

**Trước khi quý vị hết (các) loại thuốc này**, quý vị nên nói chuyện với [*Insert* <Plan Name>] và/hoặc bác sĩ kê toa thuốc của quý vị về:

* thay đổi (các) loại thuốc sang (các) loại thuốc khác có trong danh mục thuốc của chúng tôi; hoặc
* yêu cầu phê duyệt cho (các) loại thuốc bằng cách chứng minh rằng quý vị đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi; hoặc
* yêu cầu trường hợp ngoại lệ từ các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi.

Khi quý vị yêu cầu phê duyệt bảo hiểm hoặc một trường hợp ngoại lệ từ các quy tắc bảo hiểm, những yêu cầu này được gọi là các quyết định bảo hiểm.

Quý vị có thể yêu cầu quyết định bảo hiểm bất kỳ lúc nào. Nếu quý vị cần hỗ trợ trong việc yêu cầu một quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ, hoặc nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về nguồn tiếp liệu tạm thời này, hãy liên hệ [*Insert one* <CUSTOMER/MEMBER SERVICE>] theo số [*Insert* <toll free phone number> (người dùng TTY/TDD cần gọi <TTY/TDD number>). Các đại diện trực tiếp có mặt từ [*Insert* <days/hours of operation>].] Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại <WEB ADDRESS>. Đừng giả định rằng bất kỳ quyết định bảo hiểm nào, bao gồm bất kỳ ngoại lệ nào, mà quý vị đã yêu cầu hoặc kháng nghị đã được chấp thuận chỉ vì quý vị nhận được nhiều thuốc hơn. Nếu chúng tôi phê duyệt yêu cầu bảo hiểm của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản khác.

Thông tin chi tiết hơn về cách thay đổi (các) loại thuốc kê toa hiện tại của quý vị, cách yêu cầu một quyết định bảo hiểm, bao gồm cả trường hợp ngoại lệ, và cách kháng nghị khi bị từ chối nếu quý vị không đồng ý với quyết định bảo hiểm của chúng tôi sẽ được thảo luận ở cuối thư này.

Sau đây là giải thích cụ thể về lý do tại sao (các) loại thuốc của quý vị không được đài thọ hoặc bị giới hạn.

[**Note:** Plans may include information about multiple temporary supplies in the same notice.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Loại thuốc này không có trong danh mục thuốc của chúng tôi. [*Insert where applicable* < In addition, a prior exception you received for coverage of this drug has recently expired.>] Chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho loại thuốc này sau khi quý vị đã nhận được nguồn tiếp liệu tạm thời tối đa dùng trong [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày mà chúng tôi phải đài thọ, trừ khi quý vị nhận được trường hợp ngoại lệ danh mục thuốc [*Insert as applicable* <một> OR <bổ sung một>] từ chúng tôi.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Ngoài ra, chúng tôi không thể cung cấp toàn bộ số thuốc đã được kê toa, bởi vì chúng tôi giới hạn lượng thuốc này mà chúng tôi cung cấp tại một thời điểm. Đây được gọi là giới hạn số lượng và chúng tôi áp đặt các giới hạn như vậy vì các lý do an toàn. Ngoài việc áp dụng định mức về số lượng khi loại thuốc này được phân phát vì lý do an toàn, chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho loại thuốc này sau khi quý vị đã nhận được nguồn tiếp liệu tối đa dùng trong [*Insert number- must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày mà chúng tôi phải đài thọ, trừ khi quý vị nhận được trường hợp ngoại lệ danh mục thuốc từ [*Insert* <plan name>.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

Lý do Thông báo: Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng cần được cho phép trước. Trừ khi quý vị nhận được giấy ủy quyền trước từ chúng tôi bằng cách cho chúng tôi thấy rằng quý vị đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi, hoặc chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị về trường hợp ngoại lệ đối với các yêu cầu ủy quyền trước, chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho loại thuốc này sau khi quý vị đã nhận được nguồn tiếp liệu tạm thời tối đa dùng trong [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày mà chúng tôi phải đài thọ.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi thường sẽ chỉ thanh toán cho thuốc này nếu quý vị lần đầu tiên thử (các) thuốc khác, cụ thể là [*Insert* <step therapy drug(s)>] như một phần của chương trình mà chúng tôi gọi là liệu pháp từng bước. Liệu pháp từng bước là việc bắt đầu trị liệu bằng thuốc với những gì chúng tôi coi là một loại thuốc an toàn, hiệu quả, và chi phí thấp trước khi tiến tới sử dụng các loại thuốc tốn kém hơn khác. Trừ khi quý vị dùng thử (các) loại thuốc khác có trong danh mục thuốc của chúng tôi trước, hoặc chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị về một ngoại lệ đối với yêu cầu liệu pháp từng bước, chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho loại thuốc này sau khi quý vị đã nhận được nguồn tiếp liệu tạm thời tối đa dùng trong [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày mà chúng tôi phải đài thọ.]]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi thường sẽ chỉ thanh toán cho thuốc này nếu lần đầu tiên quý vị thử một phiên bản thuốc gốc của thuốc này. Trừ khi quý vị dùng thử loại thuốc gốc có trong danh mục thuốc của chúng tôi trước, hoặc chúng tôi phê duyệt yêu cầu của quý vị về một trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ không tiếp tục chi trả cho loại thuốc này sau khi quý vị đã nhận được nguồn tiêp liệu tạm thời tối đa dùng trong [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] ngày mà chúng tôi phải đài thọ.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng phải chịu giới hạn số lượng (QL). Chúng tôi sẽ không tiếp tục cung cấp nhiều hơn định mức số lượng mà chúng tôi cho phép, là <QUANTITY LIMIT>, trừ khi quý vị nhận được trường hợp ngoại lệ từ <PLAN NAME>.]

[**Note**: The following choices are for Emergency Fill and Level of Care Change and are optional. However, we encourage plans to notify members of Emergency Fill and Level of Care Change temporary supplies.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi. Chúng tôi sẽ đài thọ cho loại thuốc này trong [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]] trong lúc quý vị yêu cầu nhận trường hợp ngoại lệ danh mục thuốc từ <PLAN NAME>. Nếu quý vị đang trong quá trình yêu cầu trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ xem xét việc cho phép bảo hiểm tiếp tục cho đến khi có quyết định.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng cần được cho phép trước (PA). Chúng tôi sẽ đài thọ cho loại thuốc này trong [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*]] khi quý vị yêu cầu bảo hiểm bằng cách cho chúng tôi thấy rằng quý vị đáp ứng các yêu cầu ủy quyền trước. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi một trường hợp ngoại lệ đối với các yêu cầu ủy quyền trước nếu quý vị cho rằng những yêu cầu này không nên áp dụng cho quý vị vì lý do y tế.]

[**Tên Thuốc**: <name of drug>

**Ngày Mua Thuốc**: <date filled>

**Lý do Thông báo**: Thuốc này nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, nhưng thường chỉ được đài thọ nếu quý vị thử một số loại thuốc khác trước tiên như là một phần của liệu pháp từng bước của chúng tôi. Liệu pháp từng bước là việc bắt đầu trị liệu bằng thuốc với những gì chúng tôi coi là một loại thuốc an toàn và hiệu quả, có chi phí thấp trước khi tiến tới sử dụng các loại thuốc tốn kém hơn khác. Chúng tôi sẽ đài thọ cho loại thuốc này trong [*Insert number - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package*] trong lúc quý vị yêu cầu nhận bảo hiểm bằng cách cho chúng tôi thấy rằng quý vị đáp ứng các tiêu chí của liệu pháp từng bước. Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi một trường hợp ngoại lệ đối với yêu cầu liệu pháp từng bước nếu quý vị cho rằng yêu cầu đó không nên áp dụng cho quý vị vì lý do y tế.]

Làm cách nào để thay đổi toa thuốc của tôi?

Nếu (các) loại thuốc của quý vị <is/are> không có trong danh mục thuốc của chúng tôi, hoặc có trong danh mục thuốc của chúng tôi nhưng chúng tôi đã đặt giới hạn đối với danh mục này, thì quý vị có thể hỏi chúng tôi (các) loại thuốc khác nào có trong danh mục thuốc của chúng tôi <is/are> được sử dụng để điều trị tình trạng bệnh lý của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi phê duyệt bảo hiểm bằng cách cho thấy quý vị đáp ứng các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi hoặc yêu cầu chúng tôi một trường hợp ngoại lệ. Hãy hỏi bác sĩ kê toa của quý vị liệu (các) loại thuốc khác này mà chúng tôi đài thọ có phải là một lựa chọn cho quý vị hay không. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi một trường hợp ngoại lệ để đài thọ cho (các) loại thuốc của quý vị mà <was/were> đã kê toa ban đầu. Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ, bác sĩ kê toa của quý vị sẽ cần cung cấp cho chúng tôi một tuyên bố giải thích lý do tại sao giấy quỷ quyền trước, định mức số lượng hoặc định mức khác mà chúng tôi đã áp dụng đối với loại thuốc của quý vị lại không phù hợp về mặt y tế cho quý vị.

Làm thế nào để tôi yêu cầu một quyết định bảo hiểm, gồm cả một trường hợp ngoại lệ?

Quý vị, người đại diện của quý vị, hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể liên hệ với chúng tôi để yêu cầu một quyết định bảo hiểm, gồm cả một trường hợp ngoại lệ đối với các quy tắc bảo hiểm của chúng tôi. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER >] Nếu quý vị đang yêu cầu bảo hiểm cho một loại thuốc không có trong danh mục thuốc của chúng tôi, hoặc một trường hợp ngoại lệ đối với một quy tắc bảo hiểm, bác sĩ kê toa của quý vị phải cung cấp tuyên bố hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Có thể hữu ích nếu quý vị mang thông báo này đến gặp bác sĩ kê toa hoặc gửi một bản sao đến phòng mạch của họ. Nếu yêu cầu ngoại lệ liên quan đến một loại thuốc không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, tuyên bố của bác sĩ kê toa phải cho biết rằng thuốc được yêu cầu là cần thiết về mặt y tế để điều trị bệnh trạng của quý vị, bởi vì tất cả các loại thuốc trong danh mục thuốc của chúng tôi sẽ kém hiệu quả hơn thuốc được yêu cầu hoặc sẽ có tác dụng bất lợi cho quý vị. Nếu yêu cầu ngoại lệ liên quan đến việc cho phép trước hoặc quy tắc bảo hiểm khác mà chúng tôi đã áp đặt đối với một loại thuốc nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi, tuyên bố của bác sĩ kê toa phải cho biết rằng quy định bảo hiểm không thích hợp cho quý vị do bệnh trạng của quý vị hoặc sẽ có các tác dụng bất lợi cho quý vị.

Nếu yêu cầu của quý vị là khẩn cấp, chúng tôi phải thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi không quá 24 giờ kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị. Đối với một yêu cầu thông thường, chúng tôi phải thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ. Đối với một yêu cầu ngoại lệ, khung thời gian để thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi bắt đầu khi chúng tôi nhận được tuyên bố của bác sĩ kê toa của quý vị. Yêu cầu của quý vị sẽ được đẩy nhanh nếu chúng tôi xác định, hoặc bác sĩ kê toa của quý vị cho chúng tôi biết rằng cuộc sống, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị có thể bị nguy hiểm nghiêm trọng nếu phải chờ đợi một quyết định tiêu chuẩn.

Nếu yêu cầu bảo hiểm của tôi bị từ chối thì sao?

Nếu yêu cầu bảo hiểm của quý vị bị từ chối, quý vị có quyền kháng nghị, được gọi là một xác định lại. Quý vị phải kháng nghị trong vòng 65 ngày dương lịch kể từ ngày có quyết định bằng văn bản của chúng tôi về quyết định bảo hiểm của quý vị. [*Insert one:* <You must file a standard request in writing.> HOẶC <We accept standard requests by phone and in writing.> Chúng tôi chấp nhận các yêu cầu khẩn cấp bằng điện thoại và bằng văn bản. [*Insert* <ADDRESS, PHONE NUMBER, and FAX NUMBER]

Sincerely,

<PLAN REPRESENTATIVE>

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