*[****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 marketing 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 Subpart V (Part D Communication Requirements).]*

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

**<*mandatory* Plan/Sponsor Name>**

**Danh mục thuốc <Year> [<Abridged>]**

**(Danh sách Thuốc được Đài thọ [<Partial>])**

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

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

[*Insert* <Tệp danh mục thuốc được Phê duyệt của HPMS ID Bản Nộp, Phiên bản Số>]

[*The following information must appear on both the front and back covers of abridged formularies:* [*Insert one* <Danh mục thuốc thu gọn này được cập nhật vào <MM/DD/YYYY>.> *<*Chúng tôi không thay đổi danh mục thuốc thu gọn này kể từ MM/DD/YYYY.>] Đây không phải là danh sách thuốc hoàn chỉnh được chương trình của chúng tôi đài thọ. Để biết danh sách đầy đủ hoặc có câu trả lời cho các thắc mắc khác, [*Optional inser* vui lòng liên hệ với <chúng tôi>*,*] [*Insert mandatory* <plan /sponsor ame>] [*Insert* Ban Dịch vụ <Khách hàng/Hội viên> theo số <phone number> (người dùng TTY vui lòng gọi đến số <TTY>), <days/hours of operation>, hoặc truy cập địa chỉ <web>.]

[*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 thay đổi gì danh mục thuốc này kể từ MM/DD/YYYY.>] [*Insert <*Danh mục thuốc này được cập nhật vào <MM/DD/YYYY>. Để biết thêm thông tin gần đây hơn hoặc để trả lời các thắc mắc khác, [*Optional insert* vui lòng liên hệ với <chúng tôi>,] [*Insert mandatory* <plan /sponsor name>] [*Insert* Ban Dịch vụ <Khách hàng/Hội viên> theo số <phone number> (người dùng TTY nên gọi <TTY>), <days/hours of operation>, hoặc truy cập địa chỉ <web>.]]

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

**Lưu ý cho các hội 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,” nó có nghĩa là [*Insert* <plan/sponsor name>]. Khi nó đề cập đến “chương trình” hoặc “chương trình của chúng tôi,” nó có nghĩa là [*Insert* <2023 Plan Name>.]

Tài liệu này bao gồm [*For abridged formularies insert* <một>] danh sách thuốc (danh mục thuốc) không hoàn chỉnh cho chương trình của chúng tôi có giá trị tính đến [*Insert* <formulary revision date>.] Để xem [*For abridged formularies insert* <danh sách hoàn chỉnh,>] [*For comprehensive formularies insert* <một>] danh mục thuốc đã cập nhật, 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.

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 khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 Tháng Một, [*Insert* <benefit year>], và theo thời gian trong năm.

# Danh mục Thuốc chương [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>] [*Insert when applicable* <Rút gọn>] là gì?

Danh mục thuốc là một danh sách các loại thuốc được đài thọ được [*Insert* <plan/sponsor name>] chọn dưới sự tư vấn của nhóm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể hiện các liệu pháp thuốc kê toa là một phần cần thiết của chương trình điều trị có chất lượng. [*Insert* <plan/sponsor>] thường sẽ đài thọ cho các loại thuốc được liệt kê trong danh mục thuốc miễn là thuốc đó là cần thiết về mặt y tế, toa thuốc được mua tại một hiệu thuốc trong mạng của [*Insert* <plan/sponsor name>], và các quy tắc khác của chương trình được tuân thủ. 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 toàn bộ tất cả thuốc theo toa 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 (danh sách thuốc) có thể thay đổi không?

Hầu hết các thay đổi về bảo hiểm thuốc diễn ra vào ngày 1 Tháng Một, nhưng [*Insert one* <chúng tôi> plan/sponsor name] có thể thêm hoặc loại bỏ thuốc vào Danh sách Thuốc trong năm, chuyển chúng sang các hạng chia sẻ chi phí khác nhau hoặc thêm các giới hạn mới. Chúng tôi phải tuân thủ các quy tắc của Medicare khi thực hiện những thay đổi này.

**Những thay đổi có thể ảnh hưởng đến quý vị trong năm nay:** Trong những 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 immediately replace brand-name drugs with their new generic equivalents must provide the following advance general notice of changes in the bullet entitled “New generic drugs” below.]*

* **Các thuốc gốc mới.** Chúng tôi có thể loại bỏ ngay một loại thuốc chính hiệu trong Danh sách Thuốc của chúng tôi nếu chúng tôi thay thế nó bằng một loại thuốc gốc mới sẽ xuất hiện trên cùng một hạng chia sẻ chi phí hoặc thấp hơn và với cùng một hoặc ít hạn chế hơn. Ngoài ra, khi thêm thuốc gốc mới, chúng tôi có thể quyết định giữ thuốc chính hiệu trong Danh sách thuốc của chúng tôi, nhưng ngay lập tức chuyển nó đến một hạng chia sẻ chi phí khác hoặc thêm những hạn chế mới. Nếu quý vị đang sử dụng loại thuốc chính hiệu đó, chúng tôi có thể không thông báo trước cho quý vị trước khi chúng tôi thực hiện thay đổi đó, 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 một thay đổi như vậy, quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ngoại lệ và tiếp tục đài thọ thuốc chính hiệu cho quý vị. Thông báo mà chúng tôi cung cấp cho quý vị cũng sẽ bao gồm thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ và quý vị có thể tìm thấy thông tin trong phần dưới đây có tiêu đề “Làm thế nào để tôi yêu cầu ngoại lệ đối với Danh mục Thuốc của [*Insert mandatory* <plan/sponsor name>]?”

**Các loại thuốc được loại bỏ khỏi thị trường.** Nếu Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm cho rằng một loại thuốc trong danh mục của chúng tôi là không an toàn hoặc nhà sản xuất thuốc loại bỏ thuốc đó khỏi thị trường, thì chúng tôi sẽ loại bỏ ngay lập tức loại thuốc này khỏi danh mục của chúng tôi, đồng thời cung cấp thông báo với hội viên sử dụng thuốc.

* **Những thay đổi khác.** Chúng tôi có thể thực hiện những thay đổi khác ảnh hưởng đến các hội viên hiện đang dùng thuốc. Ví dụ, [*Plan sponsors that are not choosing to immediately substitute new generics insert* <chúng tôi có thể thêm một loại thuốc gốc mới để thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện có trên danh mục thuốc hoặc thêm hạn chế mới đối với thuốc chính hiệu hoặc chuyển nó sang hạng chia sẻ chi phí khác hoặc cả hai.>] [*Plan sponsors that otherwise meet requirements to immediately substitute new generic drugs insert* <Quý vị có thể thêm một loại thuốc gốc không mới với thị trường để thay thế một loại thuốc chính hiệu hiện đang nằm trong danh mục thuốc hoặc thêm những hạn chế mới cho thuốc chính hiệu hoặc chuyển nó sang hạng chia sẻ chi phí khác hoặc cả hai.>] [*All plan sponsors insert* <Hoặc chúng tôi có thể thực hiện thay đổi dựa trên các hướng dẫn lâm sàng mới. Nếu chúng tôi loại bỏ thuốc khỏi danh mục thuốc của chúng tôi, [hoặc] thêm ủy quyền trước, định mức số lượng và/hoặc hạn chế liệu pháp từng bước đối với một loại thuốc [*Insert if plan has multiple tiers* <hoặc chuyển một loại thuốc đến bậc chia sẻ chi phí cao hơn>], thì chúng tôi phải thông báo với hội viên chịu ảnh hưởng về thay đổi này ít nhất 30 ngày trước khi thay đổi đó có hiệu lực hoặc vào thời điểm hội viên yêu cầu cung cấp thuốc lượt mới, trong thời gian đó hội viên sẽ nhận được một lượng tiếp liệu đủ dùng trong [*Insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month supply)*] ngày của thuốc đó.]
  + Nếu chúng tôi thực hiện một các thay đổi khác này, quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đặt ngoại lệ và tiếp tục đài thọ thuốc chính hiệu cho quý vị. Thông báo mà chúng tôi cung cấp cho quý vị cũng sẽ bao gồm thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ, và quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trong phần dưới đây có tiêu đề “Làm thế nào để tôi yêu cầu 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 tại cùng một mức chia sẻ chi phí và không có giới hạn mới cho những hội viên sử dụng chúng trong phần 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 sách Thuốc cho năm quyền lợi mới để biết bất kỳ thay đổi nào đối với thuốc.

Danh mục thuốc kèm theo hiện tại tính từ [*Insert* <formulary date>.] Để được cập nhật thông tin về các loại thuốc do [*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 sách 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: thuốc được dùng để điều trị bệnh tim được liệt kê trong thể loại, [*Insert*<category name example>]. Nếu quý vị biết công dụng của thuốc, hãy tìm tên thể 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 thể loại nào cần tìm thì quý vị nên tìm thuốc của mình trong phần Chỉ Mục bắt đầu trên trang [*Insert*<index page number>]. Phần Mục lục cung cấp danh sách theo bảng chữ cái cho tất cả các loại thuốc bao gồm trong tài liệu này. Cả thuốc chính hiệu và thuốc gốc đều được liệt kê trong 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>] cung cấp bảo hiểm cho cả thuốc chính hiệu và thuốc gốc. Thuốc gốc được FDA phê duyệt là có cùng thành phần hoạt tính tương tự như thuốc chính hiệu. Thông thường, thuốc gốc rẻ hơn thuốc chính hiệu.

# 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 của quý vị] phải được cho phép trước đối với một số loại thuốc nhất định. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ cần phải được chấp thuận trước từ [*Insert* <plan/sponsor name>] trước khi mua thuốc theo toa. Nếu quý vị không có phê duyệt, [*Insert* <plan/sponsor name>] có thể không bảo hiểm cho thuốc đó.
* **Định mức Số lượng:** Đối với những loại thuốc nhất định, [*Insert* <plan/sponsor name>] định mức số lượng của thuốc được [*Insert* <plan/sponsor name>] bảo hiểm. Ví dụ, [*Insert* <plan/sponsor name>] cung cấp <number of units> mỗi đơn cho <drug name>. Điều này có thể nằm ngoài một lượng tiếp liệu tiêu chuẩn 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 bảo hiểm 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 bảo hiểm 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 bảo hiểm 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 nhận thêm thông tin về các giới hạn được áp dụng cho các 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 trên mạng<một tài liệu><các tài liệu>] [*Insert one* giải thích về [*Insert when applicable* <giới hạn ủy quyền> <hạn chế trị liệu từng bước> <hạn chế ủy quyền trước và trị liệu 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>] đặt ngoại lệ cho các giới hạn hoặc giới hạn 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 yêu cầu ngoại lệ đối với danh mục thuốc [*Insert* <plan/sponsor name>]?” trên trang [*Insert* <exception page number>] để biết thông tin về cách yêu cầu ngoại lệ.

# [Thuốc không kê toa (OTC) là gì?

Thuốc OTC là các thuốc không kê toa thường không được một Chương trình Thuốc Kê toa Medicare đài thọ. [*Insert* <plan/sponsor name>] 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 miễn phí cho quý vị. Chi phí cho [*Insert* <plan/sponsor name>] của các loại thuốc OTC này sẽ không được tính vào tổng chi phí thuốc Phần D của quý vị (nghĩa là chi phí thuốc OTC không được tính vào giai đoạn chênh lệch bảo hiểm.]

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

Nếu thuốc của quý vị không được đưa vào danh mục thuốc này (danh sách thuốc được đài thọ), trước tiên quý vị nên liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên và hỏi xem thuốc của quý vị có được đài thọ hay không. [*Insert for abridged formularies* <Tài liệu này chỉ có danh sách một phần các loại thuốc được đài thọ, vì vậy [*Insert* <plan/sponsor name>] có thể đài thọ cho 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 loại thuốc của quý vị thì quý vị có hai lựa chọn:

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

# Làm cách nào để yêu cầu 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 ngoại lệ đối với những quy định 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.]
* [*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 đề nghị 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.]
* Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi bỏ qua hạn chế hoặc định mức đài thọ cho thuốc của quý vị. Ví dụ: đối với một số thuốc nhất định, [*Insert*<plan/sponsor name>] giới hạn ở số lượng thuốc 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.

Thông thường, [*Insert* <plan/sponsor name>] sẽ chỉ chấp thuận yêu cầu về ngoại lệ của quý vị nếu dược phẩm thay thế bao gồm trong danh mục thuốc của chương trình; các hạn chế về việc sử dụng thêm hoặc dược phẩm có mức chia sẻ chi phí thấp hơn sẽ không có tác dụng tương đương trong việc chữa trị tình trạng của quý vị và/hoặc khiến quý vị phải chịu các phản ứng thuốc bất lợi.

Quý vị nên liên hệ với chúng tôi để yêu cầu chúng tôi về quyết định đài thọ ban đầu đối với danh mục thuốc , [*insert if plan has multiple tiers:* <bậc,>] hoặc ngoại lệ hạn chế sử dụng. **Khi quý vị yêu cầu danh mục thuốc,** [*insert if plan has multiple tiers:* <bậc,>] **hoặc ngoại lệ hạn chế sử dụng, quý vị nên nộp một tuyên bố từ bác sĩ kê toa hoặc bác sĩ của quý vị hỗ trợ yêu cầu của quý vị.** 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 ngoại lệ xúc tiến (nhanh) nếu quý vị hoặc bác sỹ của quý vị khẳng định rằng sức khỏe của quý vị sẽ bị nguy hại nghiêm trọng nếu chờ tới 72 giờ để có quyết định. Nếu chấp thuận yêu cầu xúc tiến nhanh, chúng tôi phải cung cấp quyết định cho quý vị trong vòng tối đa 24 giờ sau khi nhận được bảng kê hỗ trợ từ giám đốc hoặc người kê toa khác của quý vị.

# Tôi phải làm gì trước khi thông báo với bác sĩ của mình về việc thay đổi thuốc hoặc yêu cầu ngoại lệ?

Quý vị có thể sử dụng thuốc không nằm trong danh mục của chúng tôi cho dù quý vị là hội viên mới hay cũ trong chương trình. Hoặc, quý vị có thể sử dụng thuốc không nằm trong danh mục của chúng tôi nhưng khả năng nhận được loại thuốc đó là có giới hạn. Ví dụ: quý vị phải có phê duyệt trước của chúng tôi trước khi quý vị có thể mua thuốc kê toa. Quý vị nên thông báo với bác sĩ của mình để quyết định quý vị cần chuyển sang loại thuốc phù hợp mà chúng tôi đài thọ hay yêu cầu ngoại lệ về danh mục để chúng tôi có thể đài thọ cho loại thuốc quý vị dùng. Trong khi quý vị nói chuyện với bác sĩ của quý vị để xác định đúng hướng hoạt động cho quý vị, chúng tôi có thể bảo hiểm cho thuốc của quý vị trong một số trường hợp nhất định trong <*must be at least 90*> ngày đầu tiên quý vị là hội viên của chương trình của chúng tôi.

Đối với mỗi loại thuốc của quý vị không nằm trong danh mục thuốc của chúng tôi hoặc nếu khả năng nhận thuốc của quý vị bị hạn chế, chúng tôi sẽ đài thọ lượng thuốc tạm thời 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 thuốc theo toa của quý vị được kê cho số ngày ít hơn, chúng tôi cho phép các lần mua thuốc thêm cung cấp tối đa lượng tiếp liệu đủ dùng trong *[insert supply limit - must be at least a one month supply based on approved plan benefit package]* ngày cho thuốc. Sau *[insert number of days that corresponds to the number of days designated as a month’s supply in the approved plan benefit package]*- ngày cung cấp thuốc đầu tiên, chúng tôi sẽ không thanh toán cho các loại thuốc đó, ngay cả khi quý vị đã là hội viên của chương trình trong vòng chưa đến <*must be at least 90*> ngày.

Nếu quý vị là cư dân của một cơ sở chăm sóc dài hạn và quý vị cần một loại thuốc không nằm 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 tham gia chương trình của chúng tôi, chúng tôi sẽ đài thọ cho lượng thuốc khẩn cấp trong *<must be at least 31>*- ngày trong khi quý vị yêu cầu một ngoại lệ nằm trong danh mục thuốc.

*[****Lưu ý:*** *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 về đài thọ thuốc kê toa của [*Insert* <plan/sponsor name>], vui lòng xem xét Chứng Từ Bảo Hiểm và các tài liệu khác trong chương trình của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc 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* <thu gọn>] [*Insert as applicable* <dưới đây> <mà bắt đầu ở trang tiếp theo>] cung cấp thông tin về bảo hiểm về [*Insert for abridged formularies* <một số>] thuốc được [*Insert* <plan/sponsor name>] đài thọ. Nếu quý vị gặp khó khăn khi tìm loại thuốc trong danh mục, hãy chuyển đến phần Chỉ Mục bắt đầu trên trang [*Insert*<index page number>].

[*Insert the following paragraph for abridged formularies only <*Hãy nhớ: Đây chỉ là danh sách một phần thuốc được [*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 chính hiệu được viết hoa (ví dụ: <BRAND NAME EXAMPLE>) còn thuốc gốc được viết 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 hay không về việc đài thọ cho loại thuốc của quý vị.

[***Note:*** *Sponsors must provide information on the following items when applicable to specific drugs and explain 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’ drugs covered in the coverage gap; 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 thấy thông tin về ý nghĩa của các biểu tượng và từ viết tắt trong bảng này bằng cách truy cập *[Insert of description where information is available,* chẳng hạn như số trang *or* kết thúc *[or]* bắt đầu 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 theo toa này thường không được đài thọ trong Chương trình Thuốc Kê toa của 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 nhận được trợ giúp thêm để thanh toán cho các toa thuốc của mình, quý vị sẽ không nhận được bất kỳ sự giúp đỡ thêm nào để thanh toán cho 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:* “Thuốc theo toa này sẽ được cung cấp tại mức chia sẻ chi phí <bằng không>/<giảm> lần đầu tiên quý vị mua 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, hãy tham khảo Danh bạ Hiệu Thuốc của quý vị hoặc gọi [*Insert* Ban Dịch vụ <Khách hàng/Hội viên> theo <phone number> (người dùng TTY nên gọi <TTY number>), <days/hours of operation>, hoặc truy cập <web address>.].”
* *Plans that provide additional coverage for certain drugs in the coverage gap must indicate this with an asterisk/other symbol and a footnote that states*, “Chúng tôi cung cấp bảo hiểm bổ sung cho thuốc kê toa trong giai đoạn bảo hiểm ngừng đài thọ. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm của chúng tôi để biết thêm thông tin về khoản đài thọ này.”
* *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,* “Thuốc theo toa này <được>/<có thể được> bảo hiểm theo quyền lợi y tế của chúng tôi. Để biết thêm thông tin, hãy gọi [*Insert*Ban Dịch vụ <Khách hàng/Hội viên> theo số <phone number> (Người dùng TTY nên gọi <TTY>), <days/hours of operation> hoặc truy cập <web>.]

*Bảng Thuốc - Lựa Chọn 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên Thuốc** | **Hạng Thuốc**  *[Column is optional for single tier formularies.]* | **Yêu cầu/Giới hạn** |
| **<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.> |

*Bảng Thuốc - Lựa chọn 2*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tên Thuốc** | **Hạng Thuốc**  *[Column is optional for single tier formularies.]* | **Yêu cầu/Giới hạn** |
| **<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). 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.]*