



處方集(承保藥物清單)變更通知

福全健保將從我們的處方集(即承保藥物清單)移除某些藥物，並添加在此年度中將新增及何時開始承保某些藥物的規定。下表列出福全健保近期對處方集的更新。目前您可能並沒有服用這些藥物，但我們希望為您提供處方集更新的資訊，以便您了解我們承保藥物的範圍及未來的更新。關於您目前正在服用藥物的具體更改內容，請參閱「每月處方藥摘要(會員福利說明書)」中的第 4 節。

生效日期	藥品名稱	變更類型	變更原因	替代藥物和等級
2/27/2021	ALINIA 500 MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** NITAZOXANIDE 500 MG ORAL TABLET-5
3/1/2021	TECFIDERA 120-240 MG ORAL CAPSULE DR	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** DIMETHYL FUMARATE 120-240 MG ORAL CAPSULE DR-5
3/1/2021	BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSP	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** RUFINAMIDE 40 MG/ML ORAL SUSP-5
5/1/2021	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** EMTRICITABINE 200 MG ORAL CAPSULE-2
5/1/2021	FERRIPROX 500 MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** DEFERIPRONE 500 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	TECFIDERA 120 MG ORAL CAPSULE DR	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** DIMETHYL FUMARATE 120 MG ORAL CAPSULE DR-5
5/1/2021	TECFIDERA 240 MG ORAL CAPSULE DR	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** DIMETHYL FUMARATE 240 MG ORAL CAPSULE DR-5

生效日期	藥品名稱	變更類型	變更原因	替代藥物和等級
5/1/2021	TYKERB 250 MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** LAPATINIB 250 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	DEMSER 250 MG ORAL CAPSULE	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** METYROSINE 250 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	BETHKIS 300 MG/4ML INHALATION AMPUL-NEB	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** TOBRAMYCIN 300 MG/4ML INHALATION AMPUL-NEB-5
5/1/2021	TRUVADA 200-300 MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 200-300 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	SYMFI LO 400-300 MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** EFAVIRENZ-LAMIVU-TENOFOV DISOP 400-300 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	ATRIPLA 600-200MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** EFAVIRENZ-EMTRIC-TENOFOV DISOP 600-200MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	SYMFI 600-300MG ORAL TABLET	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** EFAVIRENZ-LAMIVU-TENOFOV DISOP 600-300MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	KUVAN 100 MG ORAL TABLET SOL	原廠藥已從承保藥物清單中移除	有較低層級的非專利藥可用	** SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE 100 MG ORAL TABLET SOL-5

**此藥物包含在我們的處方藥物清單中。請與您的醫生溝通以了解您是否適合服用此藥物。請注意：您為此藥物支付的金額將取決於您的處方藥承保階段。您可致電會員服務中心，以了解您將為該藥物支付多少費用。

您跟您的醫生能做什麼？

我們希望提前為您提供處方集更新的資訊，以便您跟您的醫生有時間(至少 60 天)來討論、決定如何應對這些改變。

根據更改的類型，可能會有不同的選擇您需要考慮，例如：

- 也許您可以找到我們計劃中其他可能對您同樣有效的承保藥物。
 - 歡迎致電福全健保會員服務中心，向我們諮詢和索取治療相同疾病的承保藥物清單。
 - 該清單將能幫助您的醫生找到其他可能對您同樣有效、具有較少限制、並且花費更低的承保藥物。
- 歡迎致電福全健保會員服務中心，以了解替代藥物的費用，或是您的「藥物付款階段」。
 - 請參閱我們提供的承保範圍說明書 (Evidence of Coverage; EOC) 以了解更多有關您健保計畫福利的詳細資訊。如您遇到問題或是希望投訴，請參考說明書中的第 9 章。
- 您和您的醫生可要求我們為您進行例外處理。這意味著要求我們同意此次藥物承保範圍或藥物成本分攤費用的改變將不適用於您。
 - 您的醫生需要向我們說明為什麼您在醫療上需要例外處理。
 - 請參閱我們提供的承保範圍說明書 (Evidence of Coverage; EOC) 了解您需要採取哪些措施以申請例外處理。如您遇到問題或是希望投訴，請參考說明書中第 9 章。
 - (如您需要，請參考「每月處方藥摘要 (會員福利說明書)」中的第 6 節，了解您該如何向我們索取承保範圍說明書的副本)

如需更多資訊

如您需要獲得更多有關福全健保承保藥物的最新訊息，請訪問我們的網站 <https://clevercarehealthplan.com/our-members/>或致電 (833) 388-8168 (TTY : 711) 與我們的會員服務中心聯繫。

- 從 10 月 1 日到 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。
- 從 4 月 1 日到 9 月 30 日，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
- 遇週六、週日或聯邦假日，請留言給我們，我們將在一個工作日內與您聯繫。

如果您不同意我們移除或更改這些藥物承保範圍的決定，您可向我們提出申訴。

如果您要提出申訴，請致電會員服務中心。

您亦可以透過書面形式向我們申訴：

Clever Care Health Plan (福全健保)

ATTN : Grievance and Appeals

660 W. Huntington Dr., Suite 200

Arcadia, CA 91007-3424

有關提出申訴的更多資訊，請參閱承保範圍說明書的第 9 章「如果有問題或投訴，該怎麼辦？」

如有需要，本資訊也提供不同書面格式，包括大字版、語音版或其他替代格式的書面資訊。如果您需要其他格式的計劃資訊，請撥打 (833) 388-8168 (TTY : 711) 與我們的會員服務中心聯繫。

- 從 10 月 1 日到 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。
- 從 4 月 1 日到 9 月 30 日，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
- 遇週六、週日或聯邦假日，請留言給我們，我們將在一個工作日內與您聯繫。

有關您的「福全健保計畫」處方藥承保範圍的更多詳細資訊，請參閱您的承保範圍證明書及其他計劃相關資料。

若您對 Medicare 處方藥物承保有任何疑問，請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每天 24 小時 / 每週 7 天提供服務。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048，或瀏覽 <http://www.medicare.gov>。

Medicare 的「額外幫助」計劃

您或許能獲得支付處方藥物保費和費用的額外幫助。如需了解您是否有資格獲得額外幫助，請撥打：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) · 每天 24 小時 / 每週 7 天提供服務。聽障專線 (TTY/TDD) 使用者，請撥打 1-877-486-2048 ；
- 社會安全局：1-800-772-1213 · 服務時間為週一至週五，早上 7 點至晚上 7 點。聽障專線 (TTY/TDD) 使用者，請撥打 1-800-325-0778 ；
- 或與您的 Medicaid Office 聯繫。

此份通知並非您健保計畫福利的完整描述。請與我們聯繫以獲得更多資訊。一些限制、定額手續費及限定可能適用。處方集(藥物承保清單)可能隨時變更。您將會在必要時收到通知。

Clever Care Health Plan, Inc. 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO 計劃。投保需視合約續約情況而定。