



## 처방집 변경 통지

클레버 케어 건강 보험은 처방집 (보장 약품 목록)에서 약품을 제거하거나 연중 특정 약품에 대한 보장 여부와 시기에 대한 규칙을 추가할 수 있습니다. 아래의 차트는 클레버 케어 처방집의 향후 변경 사항을 포함하고 있습니다. **현재 귀하는 아래의 약을 복용하지 않을 수도 있지만 당사 의약품 목록의 향후 변경 사항을 알 수 있도록 이러한 업데이트를 제공합니다.** 현재 귀하가 복용중인 약품에 대한 구체적인 사항은 월간 처방약 요약 (회원 혜택 설명)의 섹션 4 를 참조하십시오.

Effective Date □ □ □ □	Drug Name □ □ □	Type of Change □ □ □ □	Reason for Change □ □ □ □	Alternate Drugs and Tier □ □ □ □ □ □ (Tier)
2/27/2021	ALINIA 500 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** NITAZOXANIDE 500 MG ORAL TABLET-5
3/1/2021	TECFIDERA 120-240 MG ORAL CAPSULE DR	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** DIMETHYL FUMARATE 120-240 MG ORAL CAPSULE DR-5
3/1/2021	BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSP	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** RUFINAMIDE 40 MG/ML ORAL SUSP-5
5/1/2021	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** EMTRICITABINE 200 MG ORAL CAPSULE-2

<b>Effective Date</b> □ □ □ □	<b>Drug Name</b> □ □ □	<b>Type of Change</b> □ □ □ □	<b>Reason for Change</b> □ □ □ □	<b>Alternate Drugs and Tier</b> □ □ □ □ □ □ (Tier)
5/1/2021	FERRIPROX 500 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** DEFERIPRONE 500 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	TECFIDERA 120 MG ORAL CAPSULE DR	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** DIMETHYL FUMARATE 120 MG ORAL CAPSULE DR-5
5/1/2021	TECFIDERA 240 MG ORAL CAPSULE DR	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** DIMETHYL FUMARATE 240 MG ORAL CAPSULE DR-5
5/1/2021	TYKERB 250 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** LAPATINIB 250 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	DEMSER 250 MG ORAL CAPSULE	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** METYROSINE 250 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	BETHKIS 300 MG/4ML INHALATION AMPUL-NEB	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** TOBRAMYCIN 300 MG/4ML INHALATION AMPUL-NEB-5
5/1/2021	TRUVADA 200-300 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 200-300 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	SYMFI LO 400-300 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DISOP 400-300 MG ORAL TABLET-5

Effective Date □ □ □ □	Drug Name □ □ □	Type of Change □ □ □ □	Reason for Change □ □ □ □	Alternate Drugs and Tier □ □ □ □ □ □ (Tier)
5/1/2021	ATRIPLA 600-200MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** EFAVIRENZ-EMTRIC-TENOFOV DISOP 600-200MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	SYMFI 600-300MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** EFAVIRENZ-LAMIVU-TENOFOV DISOP 600-300MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	KUVAN 100 MG ORAL TABLET SOL	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	** SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE 100 MG ORAL TABLET SOL-5

\*\* 표시가 된 약은 클레버 케어 약품 목록 (처방집)에 있습니다. 이 약이 귀하에게 적합한지 의사와 상담하십시오. 참고: 이 약품에 대해 지불할 금액은 귀하가 가입한 보장 기간에 따라 다릅니다. 고객 서비스부에 전화하시면 이 약품에 대한 지불 금액을 알아볼 수 있습니다.

### 귀하와 의사가 할 수 있는 일

이러한 변경을 지금 통지하여 귀하와 의사가 충분한 시간 (최소 60 일)을 가지고 처방약에 대해 상의하며 결정하십시오.

변경 유형에 따라 다른 선택을 고려할 수 있습니다. 예를 들면,

- 귀하에게 같은 효과가 있는 클레버 케어가 보장하는 다른 약품을 찾을 수 있습니다.

○ 클레버 케어 고객 서비스부에 전화하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보험 적용 약품 목록을 문의하실 수 있습니다.

○ 이 목록은 의사가 귀하에게 효과가 있고 제한 사항이 적거나 비용이 더 저렴한 보험 적용 약품을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

- 대체 약품이나 "약물 지불 단계"에 대한 귀하의 지불 금액을 문의하시길 원하시면 클레버 케어 고객 서비스부에 전화하십시오.

○ 저희가 귀하에게 보낸 보장 범위 증명(EOC)을 검토하여 귀하의 보험 혜택에 대한 자세한 내용을 찾으십시오. 제 9 장, 문제나 불만 사항이 있을 경우 어떻게 해야하는지에 대한 내용도 참조하십시오.

- **귀하와 귀하의 의사는 저희 클레버 케어에 귀하를 위한 예외를 요청할 수 있습니다.** 이는 곧 보험 적용 또는 약품의 비용 부담 단계 변경이 귀하에게는 적용되지 않는다는 데 동의하도록 요청하는 것을 의미합니다.

○ 귀하의 의사는 예외가 귀하에게 의학적으로 필요한 이유를 저희에게 알려야합니다.

○ 예외를 요청하기 위해 무엇을 해야하는지 알아 보려면 저희가 귀하에게 보낸 보장 범위 증명(EOC) 을 참조하십시오. 제 9 장, 문제 나 불만 사항이있을 경우해야 할 일을 찾으십시오.

○ (월간 처방약 요약의 섹션 6 에는 필요한 경우 보장 범위 증명 (EOC) 사본을 받는 방법이 나와 있습니다.)

□ □ □ □ □

클레버 케어에서 보장하는 약품에 대한 최신 정보를 원하시면 <https://clevercarehealthplan.com/our->

[members/](#) 웹사이트를 방문하시거나 (833) 388-8168 (TTY : 711) 고객 서비스부에 전화하십시오.

- 10 월 1 일에서 3 월 31 일까지는 오전 8 시에서 오후 8 시까지 주 7 일 라이브 고객 상담원이 도움을 드립니다.
- 4 월 1 일에서 9 월 30 일은 월요일에서 금요일, 오전 8 시에서 오후 8 시까지 통화 가능합니다.

토요일, 일요일 및 연방 공휴일에 음성 메시지를 남기시면 영업일 기준 1 일 이내에 답변을 드립니다.

이러한 약품에 대한 보장을 제거하거나 변경하기로 한 저희 결정에 동의하지 않는 경우, 클레버 케어에 이의 불만을 제기할 수 있습니다. 불만을 제기하려면 고객 서비스부에 전화하십시오.

서면으로 불만 사항을 아래의 주소로 보낼 수도 있습니다.

Clever Care Health Plan  
ATTN: Grievance and Appeals  
660 W. Huntington Dr., Suite 200  
Arcadia, CA 91007-3424

불만 제기에 대한 자세한 정보는 제 9 장, 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야할 일을 참조하십시오.

이 문서는 점자나 큰 활자 또는 기타 대체 방법으로 제공할 수 있습니다. 고객 서비스부 833-388-8168 (TTY: 711)로 전화 주십시오.

- 10 월 1 일에서 3 월 31 일까지는 오전 8 시에서 오후 8 시까지 주 7 일 라이브 고객 상담원이 도움을 드립니다.
- 4 월 1 일에서 9 월 30 일은 월요일에서 금요일, 오전 8 시에서 오후 8 시까지 통화 가능합니다.

토요일, 일요일 및 연방 공휴일에 음성 메시지를 남기시면 영업일 기준 1 일 이내에 답변을 드립니다.

클레버 케어 처방약 보장에 대한 자세한 정보는 보장 범위 증명 (EOC) 및 기타 자료를 검토하십시오.

Medicare 처방약 보장에 대한 일반적인 문의 사항이 있는 경우 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로, TTY / TDD : 1-877-486-204) 로 전화하십시오. 주 7 일 24 시간 연중 무휴로 통화 가능합니다. 또는 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 를 방문하십시오.

## Medicare 의 "추가 지원 (Extra Help)" 프로그램

처방약 보험료 및 비용을 지불하기 위해 추가 지원 (Extra Help) 을 받을 수 있습니다. 추가 지원을 받을 자격이 있는지 확인하려면 다음으로 전화하십시오.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 연중무휴로 통화 가능합니다.
- 사회 안전국 (The Social Security Office) 1-800-772-1213 번호로 월요일에서 금요일, 오전 7 시에서 오후 7 시까지 통화 가능하며 TTY 사용자는 1-800-325-0778 로 전화 하십시오. 또는,
- 귀하의 메디케이드 사무실로 전화하십시오.

지금 드리는 정보는 혜택에 대한 모든 설명이 아닙니다. 자세한 내용은 클레버 케어에 문의하십시오. 제한, 코페이 및 금지등이 적용될 수 있고 처방집은 언제든지 변경 될 수 있습니다. 필요한 경우 고지문을 받게 됩니다.