

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 4를 참조하십시오.

Effective Date 유효날짜	Drug Name 약품명	Type of Change 변경 유형	Reason for Change 변경 이유	Alternate Drug and Tier 대체 약품과 단계 (Tier)
11/1/2021	ALINIA 100 MG/5ML ORAL SUSP RECON	의약품 목록에서 약물 삭제	파트 D 보장 약물이 아닙니다	
8/28/2021	KALETRA 100MG-25MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**LOPINAVIR-RITONAVIR 100MG-25MG ORAL TABLET-2
8/28/2021	INTELENCE 100 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**ETRAVIRINE 100 MG ORAL TABLET-5
8/28/2021	INTELENCE 200 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**ETRAVIRINE 200 MG ORAL TABLET-5
8/28/2021	KALETRA 200MG-50MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**LOPINAVIR-RITONAVIR 200MG-50MG ORAL TABLET-5
7/31/2021	BANZEL 400 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**RUFINAMIDE 400 MG ORAL TABLET-5
7/31/2021	BANZEL 200 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**RUFINAMIDE 200 MG ORAL TABLET-5

Effective Date 유효날짜	Drug Name 약품명	Type of Change 변경 유형	Reason for Change 변경 이유	Alternate Drug and Tier 대체 약품과 단계 (Tier)
7/31/2021	BEPREVE 1.5 % OPHTHALMIC DROPS	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**BEPOTASTINE BESILATE 1.5 % OPHTHALMIC DROPS-2
7/3/2021	THIOLA 100 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**TIOPRONIN 100 MG ORAL TABLET-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	KUVAN 100 MG ORAL TABLET SOL	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE 100 MG ORAL TABLET SOL-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	TYKERB 250 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**LAPATINIB 250 MG ORAL TABLET-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	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**EMTRICITABINE 200 MG ORAL CAPSULE-2
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	SYMFI LO 400-300 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**EFAVIRENZ-LAMIVU-TENOFOV DISOP 400-300 MG ORAL TABLET-5
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	NORTHERA 300 MG ORAL CAPSULE	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**DROXIDOPA 300 MG ORAL CAPSULE-5

Effective Date 유효날짜	Drug Name 약품명	Type of Change 변경 유형	Reason for Change 변경 이유	Alternate Drug and Tier 대체 약품과 단계 (Tier)
5/1/2021	NORTHERA 200 MG ORAL CAPSULE	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**DROXIDOPA 200 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	NORTHERA 100 MG ORAL CAPSULE	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**DROXIDOPA 100 MG ORAL CAPSULE-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	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	FERRIPROX 500 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**DEFERIPRONE 500 MG ORAL TABLET-5
4/3/2021	LOTEMAX 0.5 % OPHTHALMIC DROPS GEL	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**LOTEPREDNOL ETABONATE 0.5% OPHTHALMIC DROPS GEL-2
4/3/2021	TRUVADA 167-250 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 167-250 MG ORAL TABLET-5
4/3/2021	TRUVADA 133-200 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 133-200 MG ORAL TABLET-5
4/3/2021	TRUVADA 100-150 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 100-150 MG ORAL TABLET-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
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
2/27/2021	ALINIA 500 MG ORAL TABLET	처방집에서 브랜드 상표 삭제	낮은 단계에서 사용 가능한 일반 복제약	**NITAZOXANIDE 500 MG ORAL TABLET-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 60일)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 찾는데 도움이 될 수 있습니다.
- 대체 약품이나 "약물 지불 단계"에 대한 **귀하의 지불 금액**을 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 해야 하는지에 대한 내용도 참조하십시오.

- **귀하와 귀하의 의사는 저희 클레버 케어에 귀하를 위한 예외를 요청할 수 있습니다.** 이는 곧 보험 적용 또는 약품의 비용 분담 단계 변경이 귀하에게는 적용되지 않는다는 데 동의하도록 요청하는 것을 의미합니다.
 - 귀하의 의사는 예외가 귀하에게 의학적으로 필요한 이유를 저희에게 알려야 합니다.
 - 예외를 요청하기 위해 무엇을 해야 하는지 알아보려면 저희가 귀하에게 보낸 보장 범위 증명 (EOC) 을 참조하십시오. 제 9 장, 문제 나 불만 사항이 있을 경우해야 할 일을 찾으십시오.
 - (월간 처방약 요약의 섹션 6에는 필요한 경우 보장 범위 증명 (EOC) 사본을 받는 방법이 나와 있습니다.)

자세한 내용

클레버 케어에서 보장하는 약품에 대한 최신 정보를 원하시면 <https://clevercarehealthplan.com/our-members/> 웹사이트를 방문하시거나 (833) 388-8168 (TTY : 711) 고객 서비스부에 전화하십시오.

- 10월1일에서 3월 31일까지는 오전 8시에서 오후 8시까지 주 7일 라이브 고객 상담원이 도움을 드립니다.
- 4월1일에서 9월 30일은 월요일에서 금요일, 오전 8시에서 오후 8시까지 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 9장, 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.

- 10월1일에서 3월 31일까지는 오전 8시에서 오후 8시까지 주 7일 라이브 고객 상담원이 도움을 드립니다.
- 4월1일에서 9월 30일은 월요일에서 금요일, 오전 8시에서 오후 8시까지 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 7일 24시간 연중 무휴로 통화 가능합니다. 또는 www.medicare.gov를 방문하십시오.

Medicare의 "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 1-877-486-2048로 전화하십시오.
연중무휴로 통화 가능합니다.
- 사회 안전국 (The Social Security Office) 1-800-
772-1213 번호로 월요일에서 금요일, 오전
7시에서 오후 7시까지 통화 가능하며 TTY
사용자는 1-800-325-0778로 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.

Clever Care Health Plan, Inc.은 HMO 플랜으로 Medicare와 계약 관계입니다. 가입은 계약 갱신에 의거합니다.