



2022 年 Humana D 部分處方藥保險 過渡政策

合約 ID :

H0028、H0292、H0336、H0473、H0783、H1019、H1036、H1468、H1951、H2029、
H2463、H2486、H2944、H3533、H4007、H4141、H4461、H4623、H5178、H5216、
H5377、H5525、H5619、H5970、H6622、H7284、H7617、H7621、H8087、H8145、
H8908、H9070、R0110、R0865、R0923、R1390、R1532、R3392、R3887、R4182、
R4845、R5361、R5495、R5826、R7220、R7315、S2874、S5552、S5884

Humana 希望確認，無論您身為新加入或現有會員，皆可確實過渡到 2022 計劃年度。在 2022 年，若您的藥物符合以下情況，您就無法接受目前的藥物治療：

- 不在 Humana 處方集藥物清單內 (亦即「非處方集」或「未承保」) 或
- 具有使用管理要求，如事先授權、數量限制或階梯療法要求

零售或郵購藥房的一次性過渡供應量

2022 年 1 月 1 日起，在您僅具目前處方治療的有限資格時：

- 在目前計劃年度具承保資格的頭 90 天或登記投保後頭 90 天內，依承保範圍生效日期起算，若您目前的處方治療藥物是在零售/郵購藥房配藥，則 Humana 會給付一次性、30 天的 D 部分承保藥物供應量，除非處方天數少於 30 天，則不在此限 (在此情況下，Humana 會允許多次配藥，以提供總計最多 30 天的藥物)。若因出於安全目的的數量限制或根據核准的產品標籤修訂藥物使用，而使配藥少於開立數量，Humana 會提供過渡處方藥物補藥。
- 收到過渡供應藥物後，您會收到說明此為暫時性過渡藥物供應的信件。收到該信件後，請與處方開立醫師討論，並判斷您是否應更換為替代藥物，或是請求獲得例外通融或事先授權。除非已提出例外通融或事先授權請求且獲核准，否則 Humana 不會支付暫時性供應藥物的補藥費用。

長期護理設施的住民過渡供應量

Humana 會為居住在長期護理設施且需過渡計劃、同時具有聯邦醫療保險與全部醫療補助福利，或提交了例外通融或上訴請求的會員提供協助。對於接受長期護理的住民，Humana 會承保 31 天供應量，除非 D 部分承保藥物的處方開立少於 31 天的供應量，則不在此限 (在此情況下，

Humana 會允許多次配藥，以提供總計最多 31 天的藥物)。若您目前的處方治療藥物是在長期護理藥房配藥，則此承保範圍的給付時間為目前計劃年度頭 90 天期間的任何時間，或登記投保後頭 90 天期間的任何時間，依承保範圍生效日期起算。

若您接受藥物治療的資格受限，但已超過計劃會員期間的頭 90 天，則 Humana 會承保 31 天的緊急供應藥物，除非處方開立少於 31 天的供應量，則不在此限。在上述情況下，Humana 會允許多次配藥，以提供總計最多 31 天的 D 部分承保藥物，讓您在請求獲得例外通融或事先授權期間，可繼續接受治療。

若您入住長期護理設施或出院，您可在入院或出院時獲得補藥，提早補藥修訂將不再適用。

當前會員的過渡供應量

在計劃年度期間，您可以根據您所要求的照護等級，變更治療環境。這類過渡包含：

- 會員從醫院或專業護理設施出院，返家休養
- 會員從家中轉到醫院或專業護理設施住院
- 會員從一專業護理設施轉院到另一專業護理設施，並由不同藥房提供服務
- 會員終止了專業護理設施聯邦醫療保險 A 部分的住院治療 (其費用包含所有藥房費用)，目前需要使用 D 部分計劃福利
- 會員放棄安寧療護狀態，並回到標準聯邦醫療保險 A 部分與 B 部分承保範圍
- 會員從慢性精神疾病治療醫院出院，採用高度個人化藥物治療計劃

對於以上治療環境變更，Humana 給付最多 31 天的 D 部分承保藥物供應量。若您在一個月內多次變更治療環境，可能必須提出例外通融或事先授權請求，並獲得繼續承保您藥物的核准。

若您有穩定藥物治療計劃，且已知更改計劃會造成風險，Humana 會個案審查這些繼續治療的請求。

跨合約年度過渡

Humana 為當前會員提供了過渡程序，與新會員的必要過渡程序一致。若當前會員服用的藥物將受來年處方集變更的負面影響，Humana 會於新合約年度開始之時提供過渡程序，以便實施重要過渡。若會員的登記投保生效日期為 11 月 1 日或 12 月 1 日，且需要獲得過渡供應藥物，Humana 也會跨合約年度延長適用過渡政策。

區分全新處方藥物

對於不在 Humana 處方集藥物清單上或有使用管理要求的全新處方藥物，若無法區分全新處方藥物與販售時持續使用之處方藥物，Humana 也會確保所有過渡程序皆適用。若要確認為持續進行的治療，會員至少須有 108 天的索賠紀錄。Humana 會回顧會員生效日期或目前計劃年度開始日期的前 180 天，確認具有索賠紀錄且藥物先前已使用過。

過渡會員通知

Humana 的政策旨在確保過渡通知將寄送給提出過渡索賠的會員。所有過渡政策通知函均會透過美國平信，於過渡配藥由銷售認證系統認可後三 (3) 個工作天內寄給會員。信件中會包含下列要旨：

- 提供的過渡供應藥物均為暫時性，且不得在過渡期間外補藥，除非獲得處方集例外通融或其他授權的核准；
- 會員應配合 Humana 及處方開立醫師，以便達到使用管理要求，或確認 Humana 處方集中可用的且可能減少會員費用的替代治療藥物；
- 會員有權請求獲得處方集例外通融和處理例外通融的時間，並擁有在贊助人做出不利決策時提出上訴的權利；以及
- Humana 針對請求獲得例外通融所制定的程序。

對於以 14 天 (或以下) 為增額獲得多次 D 部分藥物供應量的長期護理 (LTC) 住民，過渡政策通知函會在處理第一次暫時性配藥後三 (3) 個工作天內寄出。

過渡處方開立醫師通知

Humana 的政策旨在確保過渡通知將寄送給過渡索賠中記錄在案的處方開立醫師。處方開立醫師信函會提供下列資訊：

- 會員姓名
- 會員出生日期
- 藥物名稱
- 配藥日期
- 使用管理修訂
- Humana 提供者藥物清單搜尋工具使用指南
- Humana 承保決定程序相關資訊

透過過渡政策提供之藥物的分攤費用

- 如果您在 2022 年符合低收入補貼 (LIS) 資格，對於過渡期間提供之藥物的暫時性供應，您的共付額或共保額不會超過您的 LIS 上限。
- 對於非 LIS 投保人，共付額或共保額會根據您計劃的核准藥物分攤費用等級計算，並符合 Humana 為承保例外通融情況核准的非處方集藥物所收取的分攤費用等級，且享有根據過渡期間提供的受使用管理修訂規限之處方集藥物的同等分攤費用 (達到使用管理標準後即適用)。

過渡延長

Humana 會根據個案，透過延長過渡期來安排繼續向您提供必要藥物 (透過更換為適當的處方集藥物或針對例外通融請求做出決定)，但限於自最短過渡期結束至已完成過渡期間，您的例外通融請求或上訴尚未處理之情況。

藥物與治療學委員會

藥物與治療學 (P&T) 委員會有權監督 Humana 的 D 部分處方集藥物清單與相關政策。P&T 委員會已對特定的 D 部分藥物制定了這些政策。這些政策旨在確保藥物皆根據醫療指示許可臨床適應症指引使用。在此類指引中，已證實藥物安全有效，且其處方根據製造商建議開立。

接受 D 部分藥物的暫時性供應後，若有下列情形，您的藥物可能需要經過醫學評審：

- 不在處方集藥物清單內 *或*
- 具有使用管理要求，如事先授權、數量限制或階梯療法要求

如果您已穩定使用不在處方集藥物清單內或需要取得事先授權、具有數量限制之藥物，或已嘗試其他替代藥物，則處方開立醫師可向 Humana 提供就診紀錄，協助進行事先授權或例外通融的請求程序。

請求例外通融或變更處方的程序

我要如何請求例外通融？

提出例外通融請求的第一步是由您或處方開立醫師聯絡我們。您的處方開立醫師必須提交聲明以證明您的請求。在處方開立醫師的聲明中，必須說明我們承保的藥物均無法與請求的藥物具有相同療效，或會對您造成不良反應，因此所請求的藥物對於治療您的病症來說為醫療上必要。若例

外通融包含事先授權、數量限制，或我們對該藥物所設的其他限制，則處方開立醫師的聲明必須說明該事先授權或限制不適用您的病症，或會對您造成不良反應。

處方開立醫師提交聲明後，且若上述請求已加速處理，則我們必須在 24 小時內告知您我們的決定；若上述請求為標準請求，則我們必須在 72 小時內告知。若經由我們判斷，或從您的處方開立醫師處獲悉，等候標準請求有可能嚴重危害您的生命、健康或維持最大限度身體機能的能力，則您的請求將得到加速處理。

如果我的請求遭拒，該怎麼辦？

如果您的藥物不在我們的處方集藥物清單內，或在我們的處方集藥物清單內，但我們設定了使用管理要求 (如事先授權、階梯療法或數量限制)，則您可洽詢是否能承保其他藥物，以便治療您的病症。如果我們為您的病症承保其他藥物，我們鼓勵您詢問處方開立醫師，以確認我們承保的這些藥物是否適合您使用。

如果您的請求遭拒，也有權提出上訴，要求對拒絕的決定進行審查。您必須在作出拒絕決定後的 60 個曆日內提出此上訴。

如果您在提出例外通融或上訴請求、更換為替代藥物方面需要協助，或需要關於我們過渡政策的詳細資訊，請撥打您 ID 卡背面的客戶服務電話。您和您的處方開立醫師均可在 Humana 網站取得事先授權與例外通融請求表：www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization-medication-approvals，或可撥打客戶服務專線，以郵件、傳真或電子郵件方式獲取。

過渡政策公告通知

本過渡政策可在 Humana 網站內查看：www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms (列於與聯邦醫療保險政策與表格相同的區域)。

重要事項！

對 Humana 而言，公平待遇至關重要。

Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、性、性傾向、性別、性別認同、血統、婚姻狀況或宗教而歧視或排拒任何人。歧視屬於違法行為。Humana 及其附屬機構會遵守適用的聯邦民權法規。如果您認為自己遭到 Humana 或其附屬機構的歧視，可以透過各種方式獲得協助。

- 您可以提出投訴（或稱申訴），寄至：

Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618。

如果提出申訴時需要協助，請撥 **1-877-320-1235**，聽障人士請撥 **711**。

- 您也可以透過民權辦公室的民權申訴入口網站，以電子方式向 **U.S. Department of Health and Human Services** 民權辦公室提出申訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者來信，地址為：**U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，或致電 **1-800-368-1019**、**800-537-7697**（聽障專線）。投訴表單可在 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得。

- **加州居民**：您也可以撥打加州保險部免費熱線電話：**1-800-927-HELP (4357)** 提出投訴。

您也可以使用免費的輔助和服務。1-877-320-1235

（聽障專線：711）。

當會員需要輔助和服務以確保獲得平等的參與機會時，Humana 會免費提供該輔助和服務，例如合格的手語翻譯員、遠端視訊口譯，以及供殘障人士使用之其他格式書面資訊。

GCHK9WZCH 0220

Language assistance services, free of charge, are available to you.
1-877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánida'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك