



2023년도

## Humana 파트 D 처방약 보장 관련 전환 정책

계약 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

Humana는 신규 또는 기존 가입자 여러분이 2023년의 플랜으로 무사히 전환할 수 있기를 바랍니다. 다음에 해당하는 약을 처방받고 있는 중이라면 2023년에는 해당 약을 제공받지 못할 수도 있습니다.

- Humana 의 처방집 약품 목록에 기재되지 않은 약(예: “비조제” 또는 “비취급” 약) 또는
- 사전 승인, 수량 제한 또는 단계적 치료법 요구사항 등 이용도 관리 요구사항이 있는 약

소매점 또는 우편 주문 약국에서 일회성 전환 공급

2023년 1월 1일부터 현재의 처방약을 받는 것이 제한되면,

- Humana는 현재 플랜 연도가 적용된 첫 90일 또는 보장 효력 날짜가 시작된 가입 후 첫 90일 동안, 현재 처방약을 소매/우편 주문 약국에서 조제할 시 1회에 한해 30일분 파트 D 보장 약에 대해 보장해드리며 처방전이 30일 미만일 경우(Humana는 총 30일 분량의 약을 제공하기 위해 다회 리필을 허용합니다). Humana는 안전 목적의 수량 제한 또는 승인된 제품 라벨링을 기반으로 하는 약 이용의 수정으로 인해 기재된 양보다 적게 전환 처방전에 대한 리필을 제공합니다.
- 전환 공급분을 받으면 전환 약 공급의 일시적인 특성을 설명하는 서신을 받게 됩니다. 서신을 받은 후 처방한 의료인과 상의하여 대체 약으로 전환해야 하는지, 예외를 요청해야 하는지, 사전 승인을 요청해야 하는지를 결정하십시오. Humana는 예외 또는 사전 승인이 요청되고 승인될 때까지 임시 공급 약의 리필 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

장기요양시설 거주자를 위한 전환 공급

Humana는 플랜 간에 전환하거나, Medicare 및 전체 Medicaid 혜택을 모두 갖고 있거나, 예외 또는 이의 제기 요청을 한 장기요양시설에 거주하는 가입자를 지원하고 있습니다.

장기요양시설 거주자의 경우, Humana는 파트 D 보장 약에 대해 31일분 약을 보장해드립니다. 하지만 처방전이 31일 미만으로 처방된 경우(Humana는 총 31일분의 약을 제공하기 위해 다회 리필을 허용합니다). 현재 처방약을 장기요양시설 약국에서 조제 받을 시 이 보장은 현재 플랜

연도가 적용된 첫 90일 동안 또는 보장 효력 날짜로 부터 시작된 가입 후 첫 90일 동안 언제든지 제공 가능합니다.

귀하가 약을 처방받기가 불편한 상황이지만, 플랜의 첫 90일이 경과한 경우 Humana는 31일분의 응급 공급분에 대해 보장합니다. 하지만 이는 처방전이 31일 미만으로 작성된 경우에는 해당되지 않습니다. 이 경우, Humana는 총 31일분의 파트 D 보장 약을 제공하기 위해 다회 리필을 허용하여 귀하가 예외 또는 사전 승인을 요청하는 동안 치료를 계속 받을 수 있도록 하고 있습니다.

장기요양시설에 입원하거나 퇴원한 경우, 입원 또는 퇴원 시 리필을 받을 수 있으며, 조기 리필 수정 사항은 적용되지 않습니다.

#### 기존 가입자를 위한 전환 공급분

플랜 연도 동안 필요한 치료로 인해 치료 과정이 변경될 수 있습니다. 이러한 전환에는 다음이 포함됩니다.

- 병원이나 전문요양시설에서 가정으로 퇴원한 가입자
- 가정에서 병원이나 전문요양시설에 입원한 가입자
- 한 전문요양시설에서 다른 요양 시설로 이전하여 다른 약국에서 서비스를 제공받는 가입자
- 전문요양시설의 Medicare 파트 A 입원(지불금에 모든 약국 비용 포함)을 종료하고 파트 D 플랜 혜택을 사용해야 하는 가입자
- 호스피스 자격을 포기하고 표준 Medicare 파트 A 및 B 보장으로 돌아온 가입자
- 만성정신병원에서 퇴원하여 고도로 개별화 된 약을 사용해야 하는 가입자

이러한 치료 환경 변화의 경우, Humana는 파트 D 보장 약의 31일분의 공급분까지 보장해드립니다. 같은 달 내에 치료 환경을 여러 번 변경하는 경우, 약을 계속해서 보장받기 위해 예외 또는 사전 승인을 요청하고 이에 대한 승인을 받아야 할 수 있습니다.

Humana는 안정화된 약물 요법을 하는 경우 변경할 시 알려진 위험이 있는지, 이러한 지속적인 치료 요청을 사례별로 검토합니다.

#### 계약 기간 내 전환

Humana는 기존 가입자에게 새로운 가입자에게 필요한 전환 과정과 일치하는 전환 과정을 제공합니다. 내년에 불리한 처방집 변경으로 인해 약이 영향을 받을 현재 가입자의 경우, Humana는 새로운 계약 연도가 시작될 때 전환 과정을 제공하는 의미있는 전환을 시행할 것입니다. Humana는 또한 11월 1일 또는 12월 1일이 유효 가입 날짜인 플랜에 가입하고, 전환 공급이 필요한 가입자의 경우 계약 기간에 걸쳐 전환 정책을 확장 제공합니다.

## 신규 처방전의 구분

Humana는 판매 시점에 신규 처방전과 기존 처방되고 있는 처방전을 구별할 수 없는 경우, Humana의 처방집 약품 목록에 없는 약에 대한 신규 처방전에 모든 전환 과정을 적용하거나 이용도 관리 요구 사항을 둘 것을 보장합니다. 진행 중인 치료를 구별하기 위해 가입자에게는 최소 108일의 청구 기록이 있어야 합니다. 청구 기록이 사용 가능한 경우, 약의 사전 활용을 위해 Humana는 가입자 발효일로부터 180일 또는 현재 플랜 연도의 시작 시점을 검토합니다.

## 전환 가입자 통지

Humana의 정책에 따라 전환 청구를 위해 전환 사건에 대한 통지를 가입자에게 전송합니다. 모든 전환 정책 통지서는 판매 심사 시스템에 의해 인정되는 전환 공급 발생으로부터 영업일 기준 (3)일 이내에 미국 보통 우편을 통해 가입자에게 우편으로 발송됩니다. 이 통지서에는 다음과 같은 문구가 포함되어 있습니다.

- 제공된 전환 공급분은 일시적이며 처방집 예외 또는 기타 승인이 승인되지 않는 한 전환 기간 이외에 다시 리필될 수 없습니다.
- 가입자는 이용도 관리 요구 사항을 충족하거나 비용을 절감할 수 있는 Humana의 처방집에 기재된 약에서 적절한 치료 대안을 찾을 수 있도록 Humana 뿐만 아니라 처방한 의료인과 협력하여야 합니다.
- 가입자는 처방집 예외 및 예외 처리 기간을 요청할 권리가 있으며, 스폰서가 불리한 결정을 내릴 경우 이의 제기를 요청할 권리가 있습니다. 또한
- Humana의 예외 요청 절차.

파트 D 약품이 14일(또는 그 이하)에 걸쳐 증가하며 조제되어 장기요양시설(LTC) 거주자에게 한 번 이상 공급된 경우, 전환 정책 통지서는 첫 번째 임시 리필 처리 후 영업일 기준 (3)일 이내에 우편으로 발송됩니다.

## 전환 처방 의료인 통지서

Humana의 정책에 따라 전환 청구를 위해 기록상의 처방한 의료인에게 전환에 대한 통지서를 발송합니다. 처방 의료인 서신은 다음 내용을 포함해야 합니다.

- 가입자 이름
- 가입자 생년월일
- 약 이름
- 조제 날짜
- 이용도 관리 수정 사항
- Humana의 제공자 의약품 목록 검색 도구를 사용하는 방법에 대한 지침
- Humana의 보장 판단 절차 정보

전환 정책을 통해 제공되는 약에 대한 비용 분담

- 2023년에 저소득층 보조금(LIS)(“부가 지원”이라고도 함)을 받을 자격이 있는 경우, 전환 기간 동안 제공된 약의 임시 공급분에 대한 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 저소득층 보조금의 한도를 초과하지 않습니다.
- 저소득층 보조금 비등락자의 경우, 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 귀하의 플랜에 승인된 약 비용 부담 계층을 기반으로 하며, Humana가 보장 예외에 따라 승인된 비처방집 약에 청구하는 비용 부담 계층과 동일하게 청구되며, 이용도 관리 기준이 충족되면 적용되는 전환 중 제공되는 이용도 관리 수정의 대상이 되는 처방집 약에 대한 비용 부담과 동일합니다.

#### 전환 연장

Humana는 귀하의 예외 요청 또는 이의 제기가 최소 전환 기간이 끝날 때까지 처리되지 않은 경우 및 (적절한 처방전 약으로의 전환 또는 예외 요청에 대한 결정을 통한) 전환이 이루어질 때까지 사례별로 전환 기간의 연장을 통해 귀하에게 필요한 약을 계속 제공할 수 있도록 조치를 취합니다.

#### 약학 및 치료 위원회

약학 및 치료(P&T) 위원회는 Humana의 파트 D 처방집 약품 목록 및 관련 정책을 감독합니다. P&T 위원회는 특정 파트 D 약품에 대해 이러한 정책을 설계했습니다. 이 정책은 약이 의학적으로 인정된 임상 지침에 따라 약의 안전하고 효과적인 사용이 입증된 상황에서 사용되고, 제조업체의 권장 사항에 따라 처방되도록 만들어졌습니다.

파트 D 약품의 임시 공급을 받은 후, 다음과 같은 경우 귀하의 약 치료에 대해 의학적인 검토를 요구할 수 있습니다.

- 처방집 목록에 기재되지 않은 경우 또는
- 사전 승인, 수량 제한 또는 단계적 치료법 요구사항 등 이용도 관리 요구사항이 있는 약

처방집 약품 목록에 없는 약 또는 사전 승인, 수량 제한이 필요한 약에 안정화되었거나 다른 약 대안을 시도해 본 경우, 처방한 의료인은 Humana에 사전 승인 또는 예외 요청 과정을 돕기 위해 귀하의 임상 기록에 대한 진술서를 제공할 수 있습니다.

#### 예외 요청 또는 처방전 변경 절차

##### 예외 요청은 어떻게 하나요?

예외 요청의 첫 번째 단계는 귀하 또는 귀하의 처방 의료인이 당사에 연락하는 것입니다. 귀하의 처방 의료인은 귀하의 요청을 뒷받침하는 진술서를 제출해야 합니다. 처방 의료인의 진술서에는 당사가 보장하는 약 중 요청된 약만큼 효과적인 약이 없거나, 그러한 약은 귀하에게 부작용을 일으키기 때문에 귀하의 상태를 치료하는 데 해당 약이 의학적으로 필요하다는 내용이 포함되어야 합니다. 해당 예외가 사전 승인, 수량 제한 또는 당사가 해당 약에 부과한 기타

제한을 포함할 경우, 처방 의료인의 진술서에는 사전 승인 또는 제한이 귀하의 상태를 고려할 때 적절하지 않거나 귀하에게 악영향을 미칠 수 있다는 내용이 포함되어야 합니다.

처방 의료인의 진술서가 제출되면 요청이 신속 처리된 경우 24시간 이내에 결정을 통보해야 하며, 요청이 표준 요청인 경우 72시간 이내에 결정을 통보해야 합니다. 당사가 표준 요청 과정을 기다릴 경우 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 회복할 수 있는 능력이 심각하게 위태로워질 수 있다고 판단하거나 귀하의 처방 의료인이 이러한 점을 당사에 알리는 경우 귀하의 요청을 신속하게 처리할 수 있습니다.

요청이 거부되면 어떻게 되나요?

해당 약이 당사의 처방집 약품 목록에 포함되지 않거나 당사의 처방집 약품 목록에 포함되어 있지만 당사가 사전 승인, 단계적 치료법 또는 수량 제한과 같은 이용도 관리 요구 사항을 적용한 경우, 보장되는 약 중에서 귀하의 질병을 치료하는 데 사용할 수 있는 약이 있는지 당사에 문의할 수 있습니다. 귀하의 질병에 사용할 수 있는 보장되는 약이 있는 경우, 처방한 의료인에게 귀하의 경우에도 해당 약을 사용할 수 있는지 문의할 것을 권장합니다.

귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 거부 결정에 대한 검토를 요청하여 이의 제기를 할 수 있는 권리를 갖습니다. 이의 제기는 거부 결정일로부터 60일 이내에 해야 합니다.

예외 또는 이의 제기를 요청하거나, 대체 의약품으로 전환하는 데 도움이 필요할 경우 또는 전환 정책에 대한 자세한 정보가 필요하면 ID 카드 뒷면의 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 사전 승인 및 예외 요청 양식은 Humana의 웹 사이트, [www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization-medication-approvals](http://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization-medication-approvals), 에서 찾아보거나, 또는 고객 서비스에 전화하여 우편, 팩스 또는 이메일로 수신할 수 있습니다.

전환 정책 공고

이 전환 정책은 Medicare 정책 및 양식이 기재된 페이지와 동일한 Humana의 웹 사이트 [www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms](http://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms)에서 확인할 수 있습니다.

## 중요

---

### Humana는 고객을 공정하게 대하는 것을 중요하게 생각합니다.

Humana Inc.와 그 자회사는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별, 성적 취향, 성별, 성 정체성, 조상, 민족, 결혼 상태, 종교 또는 언어 때문에 사람들을 차별하거나 배제하지 않습니다. 차별은 위법 행위입니다. Humana와 그 자회사는 해당 연방 민권법을 준수합니다. 귀하께서 Humana 또는 그 자회사로부터 차별받았다고 여겨진다면 다음 방법을 통해 도움을 받으실 수 있습니다.

- 다음 주소로 불만 또는 고충을 제기할 수 있습니다.

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

고충 제기 시 도움이 필요한 경우, **1-877-320-1235**에 전화하거나 TTY를 사용하는 경우, **711**로 전화하십시오.

- 또한 미국 보건복지부, 민권 담당부의 이의 제기 포털인

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** 를 통해 컴퓨터를 사용하여 민권 관련 이의를 제기할 수 있으며, 또는 미국 보건복지부(주소: 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201)에 **1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)** 로 이의를 제기할 수 있습니다. 불만 제기 양식은 **<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 에서 이용하실 수 있습니다.

- **캘리포니아 거주자:** 캘리포니아주 보험부의 무료 핫라인 번호로 전화할 수도 있습니다. **1-800-927-HELP(4357)**로 전화하여 불만을 제기하십시오.

### 무료로 제공되는 보조 지원 및 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235(TTY: 711)

Humana에서는 장애를 가진 분들께 동등한 참여 기회를 보장하기 위해 필요한 경우, 자격을 갖춘 수화 통역사, 원격 화상 통역 및 그 외 형식의 서면 정보를 포함한 보조적 지원 및 서비스를 무료로 제공합니다.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:**

我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

**Chinese Cantonese:**

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य तथा द्वाकथ्योजना के बारे में आपके ककसी भी के ज्ाब देने के िलए हमारे पास मुफ्त दभाकथ्या सेाँ उपब्ध ह्। एक दभाकथ्या ा करने के िलए, बस हम 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन क्। कोई ित जो कहनददी बोिंता है आपक मदद कर स्ा है. थ्यह एक मुफ्त से है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugues:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

#### **Japanese:**

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。