



## 2023 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 2023 計劃年度。在 2023 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

2023 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 Medicare 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 (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能力有限，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 Medicare 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 Medicare 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，以便實施有意義的過渡。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 2023 年符合低收入補貼 (LIS, 又稱為「額外幫助」) 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](http://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](http://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms)（列於與 Medicare 政策與表格相同的區域）。

## 重要信息

---

### 在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性傾向、社會性別、性別認同、血統、民族、婚姻狀況、宗教或語言而歧視或排斥任何人。歧視是違法的。Humana 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法。如果您認為自己受到 Humana 或其附屬機構的歧視，您可以透過各種方式獲得幫助。

- 您可以提出投訴，也稱為申訴：  
Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
如果您需要幫助提出申訴，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**美國衛生和人類服務部 (U.S. Department of Health and Human Services)** 民權辦公室提出申訴：  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者寫信或致電美國衛生和人類服務部，  
地址：**U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW,  
Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019** 或 **800-537-7697**  
(聽障專線)。您可在 **<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 取得投訴表格。
- **加州居民**：您也可以致電加州保險部免費熱線號碼：**1-800-927-HELP (4357)** 提出申訴。

### 您可以免費使用輔助設備和服務。1-877-320-1235（聽障專線：711）

Humana 當需要確保平等參與機會時，為殘障人士提供免費輔助幫助和服務，例如合格的手語翻譯員、遠端視訊口譯和其他格式的書面資訊。

## 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:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-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 للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा 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 Italianovi 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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。