



2025 年過渡政策 适用于 Humana D 部分處方藥保險

合約 ID：

H0028, H0292, H0336, H0473, H0783, H1019, H1036, H1468, H1951, H2029, H2463, H2486, H2875, H3533, H4007, H4141, H4461, H4623, H5178, H5216, H5377, H5525, H5619, H5970, H6622, H7284, H7617, H8145, H8908, R0110, R1532, R4182, R5361, R5826, R7220, S2874, S5552, S5884

Humana 希望確保您作為新會員或現有會員，能安全過渡至 2025 計劃年度。在 2025 年，如果藥物有以下情況，您可能無法獲得目前的藥物療法：

- 不在 Humana 的處方列表藥物清單上（即為「非處方列表」或「非承保」藥物）或者
- 設有用藥管理要求，例如事先授權、數量限制或階梯療法要求

零售或郵購藥房的單次過渡供應

自 2025 年 1 月 1 日起，當您獲得目前的處方療法的能力有限時：

- 當您在零售/郵購藥房對目前的處方療法配藥時，在您符合目前計劃年度資格的最初 90 天以內，或者在您投保的最初 90 天以內，自您保險的生效日期開始，Humana 將為 D 部分承保藥物承保單次 30 天藥物供應量，除非所開處方藥的藥量少於 30 天（在這種情況下，Humana 將允許多次配藥，以提供總共最多 30 天的藥物）。為了安全目的而做出數量限制或根據批准的產品標示進行用藥調整，Humana 提供的過渡處方藥物續藥量將少於處方所開的數量。
- 在您獲得過渡供應之後，您將收到一封信函，說明過渡藥物供應的臨時性。請在收到該信函之後與您的處方開立者商討，決定您是否應改用替代藥物，或申請例外通融或事先授權。在申請例外通融或事先授權並獲准之前，Humana 可能不會給付臨時供應藥物的續藥費用。

長期護理機構居住者的過渡供應

Humana 為在計劃之間過渡而且居住在長期護理機構內，擁有 Medicare 與全部州醫療補助福利，或者提交例外通融或上訴申請的會員提供協助。對於長期護理機構居住者，Humana 將為 D 部分承保藥物承保 31 天的供應量，除非所開處方藥的藥量少於 31 天（在這種情況下，Humana 將允許多次配藥，以提供總共最多 31 天的藥物）。當您在長期護理藥房對目前的處方療法配藥時，在您符合目前計劃年度資格的最初 90 天以內，或者在您投保的最初 90 天以內，自您保險的生效日期開始，可以隨時獲得此項保險。

如果您獲得藥物療法的能力有限，但是您已經成為計劃會員 90 天以上，Humana 將承保 31 天的緊急供應量，除非所開處方藥的藥量少於 31 天。在這種情況下，Humana 將允許多次配藥，以提供總共最多 31 天用量的 D 部分承保藥物，以便您在尋求例外通融或事先授權時可以繼續相應療法。

如果您入住或離開長期護理機構，您將可在入住或離開時獲得續藥，因此提前續藥調整將不適用。

面向目前會員的過渡供應

在整個計劃年度中，您的治療環境可能會因您所需的護理水準而發生改變。這些過渡包括：

- 會員從醫院或專業護理機構出院轉回家中
- 會員從家中轉至醫院或專業護理機構
- 會員從一家專業護理機構轉至另一家專業護理機構並使用其他藥房
- 會員結束在專業護理機構的 Medicare A 部分住宿治療（費用包括所有藥房支出），如今需要使用 D 部分計劃福利
- 會員放棄安寧療護狀態，恢復標準的 Medicare A 和 B 部分保險
- 會員從慢性精神病院出院，藥物治療方案高度個人化

如果治療環境發生改變，Humana 將為 D 部分承保藥物承保最多 31 天用量的藥物。如果您的治療環境在同一個月裡發生多次改變，您可能需要申請例外通融或事先授權，才能獲准繼續獲得藥物保險。如果您有使您穩定病情的藥物治療方案，且已知改變治療方案將造成風險，Humana 會審查每一個個案的申請以確定是否繼續此類療法。

跨合約年度的過渡

Humana 為目前會員提供的過渡流程與新會員所需的過渡流程一致。對於其藥物在來年將受到處方列表負面變化的影響的目前會員，Humana 將實施有效的過渡，在新合約年度開始時提供過渡流程。如果會員投保的生效日期為 11 月 1 日或 12 月 1 日，並且需要獲得過渡供應，Humana 也會跨合約年度延長過渡政策。

區分全新處方

如果 Humana 無法在銷售點區分全新處方和持續處方，則 Humana 將確保對全新處方（開立不在 Humana 處方列表藥物清單上或者設有用藥管理要求的藥物）採用所有過渡流程。為了區分是否正在進行持續療法，會員必須至少有 108 天的索賠歷史。在有索賠歷史的情況下，Humana 將追溯先前用藥情況，追溯期為自會員生效日期或目前計劃年度開始之日起 180 天。

過渡會員通知

Humana 政策是確保向會員寄送過渡事件通知，以供用於過渡索賠。透過多次配藥獲得過渡供應的會員將僅在首次過渡配藥時收到通知。所有過渡政策通知函將在過渡配藥事件獲得銷售點裁定系統確認後的三 (3) 個工作日內透過美國一類郵件郵寄給會員。這些信函包含下列條款要素：

- 提供的過渡供應是臨時的，在過渡期之外無法進行續藥，除非處方列表例外通融或其他授權獲得批准；
- 會員應該與 Humana 及其處方開立者合作，以滿足用藥管理要求，或者確定在 Humana 處方列表上並且可能降低其費用的適宜治療替代方案；
- 會員有權申請處方列表例外通融，瞭解處理例外通融的時限，並且會員有權在贊助商做出不利決定時申請上訴；以及
- Humana 關於申請例外通融的程序。

如果長期護理 (LTC) 機構居住者在 14 天（或更短時間）的間隔內多次配取供應的某種 D 部分藥物，過渡政策通知函將在處理第一次臨時配藥後三 (3) 個工作日內寄出。

過渡處方開立者通知

Humana 的政策是確保向記錄在案的處方開立者寄送過渡事件通知，以供用於過渡索賠。當會員針對其過渡供應分多次配藥時，提供者僅會在會員進行首次過渡配藥時收到通知。處方開立者通知函提供以下資訊：

- 會員姓名
- 會員出生日期
- 藥物名稱
- 配藥日期
- 用藥管理調整
- 關於如何使用 Humana 提供者藥物清單搜尋工具的指示
- 關於 Humana 承保決定流程的資訊

經由過渡政策提供的藥物的分攤費用

- 如果您符合 2025 年低收入補助 (LIS) 資格，過渡期內提供的臨時供應藥物的共付額或共保額不會超過您的 LIS 限制。
- 對於未享有低收入補助 (LIS) 的投保人，共付額或共保額將基於其計劃批准的藥物分攤費用等級來確定，這與 Humana 對非處方列表藥物按照保險例外通融採用的分攤費用等級一致，並且對於在過渡期間提供的受用藥管理調整約束的處方列表藥物，一旦滿足用藥管理標準，也適用相同的分攤費用。

過渡延期

如果您的例外融通申請或上訴在最短的過渡期結束時尚未處理完畢，Humana 會根據個案情況，透過延長過渡期來安排繼續為您提供必需藥物，直到完成過渡為止（無論是透過改用適宜的處方列表藥物，還是對例外通融申請做出決定）。

藥事管理委員會

藥事管理 (P&T) 委員會負責監督 Humana 的 D 部分處方列表藥物清單和相關政策。藥事管理委員會為特定的 D 部分藥物制定了這些政策。這些政策旨在確保藥物按照醫學上可接受的臨床指示進行使用，用於藥物已被證實安全有效的適應症，並且按照製藥商的建議開立處方。

在您收到 D 部分藥物的臨時供應之後，如果出現以下情況，您的藥物可能需要接受醫療審查：

- 不在處方列表藥物清單上，或者
- 設有用藥管理要求，例如事先授權、數量限制或階梯療法要求

如果使您穩定病情的藥物不在處方列表藥物清單上、需要事先授權、設有數量限制，或者您已經試用其他的替代藥物，您的處方開立者可以向 Humana 提供關於您的臨床史的聲明，以幫助完成申請事先授權或例外通融的流程。

申請例外通融或變更處方藥的程序 我如何申請例外通融？

申請例外通融的第一步是由您或您的處方開立者與我們聯絡。您的處方開立者必須提交一份支持您的申請的聲明。處方開立者的聲明必須指出所申請的藥物對於治療您的病症在醫療上必要，因為我們所承保的其他任何藥物療效都不如該種藥物，或者可能會對您造成不利影響。如果例外通融涉及我們對該種藥物所設的事先授權、數量限制或其他限制，則處方開立者的聲明必須指出事先授權或限制對您的病症不適宜，或者可能會對您造成不利影響。

處方開立者的聲明提交之後，如果相應申請是加速處理的申請，我們必須不遲於 24 小時告知您我們的決定，如果是普通申請，則不遲於 72 小時告知您我們的決定。如果我們判定或者您的處方開立者告知我們，您的生命、健康或恢復最大功能的能力可能因為等候處理普通申請而受到嚴重損害，您的申請將改為加速處理。

如果我的申請被拒絕，該怎麼辦？

如果您的藥物不包含在我們的處方列表藥物清單中，或者雖然包含在我們的處方列表藥物清單中，但我們對該種藥物設有諸如事先授權、階梯療法或數量限制之類的用藥管理要求，您可以詢問我們是否承保可用於治療您的病症的另一種藥物。如果我們承保可用於治療您的病症的另一種藥物，我們鼓勵您詢問您的處方開立者，我們承保的此類藥物是否適合您。

如果您的申請被拒絕，您也有權提出上訴，要求審查遭到拒絕的決定。您必須在拒絕決定之日起 60 個日曆天以內提出上訴申請。

如果您需要協助申請例外通融或上訴、幫助改用替代藥物或瞭解關於過渡政策的詳情，請致電您的會員卡背面的客戶服務部電話號碼。您和您的處方開立者可造訪 Humana 的網站

<https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization-medication->

approvals 獲取事先授權和例外通融申請表，也可以致電客戶服務部，要求透過郵寄、傳真或電子郵件寄送給您。

過渡政策公告

此過渡政策公佈在 Humana 的網站 www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms 上，與 Medicare 政策和表格顯示在同一區域。

非歧視通知

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，並且不會因為種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、殘障、原國籍、軍事身份、退伍軍人身份、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對醫療服務的需求而歧視或排除某些人。Humana, Inc.：

- 為殘障人士提供合理的修改以及適當的免費輔助工具和服務，以便與我們有效地溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、無障礙電子格式和其他格式）。
- 為主要語言不是英語的人士提供免費語言協助服務，其中可能包括：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言的書面資訊。

如果您需要合理的修改、適當的輔助工具或語言協助服務，請致電 **877-320-1235（聽障專線：711）**。營業時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。如果您認為 Humana Inc. 未根據種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、殘障、原國籍、軍事身份、退伍軍人身份、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對醫療服務的需求提供這些服務或歧視某些人，可以向 Humana Inc. 的非歧視協調員提出申訴。您可以親自提交申訴，也可以郵寄申訴信件至 P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618，或致電 **877-320-1235（聽障專線：711）**，或傳送電子郵件至 **accessibility@humana.com**。如果您需要幫助提出申訴，Humana Inc. 的非歧視協調員可以為您提供幫助。

您也可以透過美國衛生和公眾服務部民權辦公室的民權申訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子方式向民權辦公室提出申訴，或郵寄申訴信件至

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201，或致電 **800-368-1019**、**800-537-7697（聽障專線）**。

加利福尼亞州會員：

您也可以向加利福尼亞州醫療保健服務部民權辦公室提交民權投訴，投訴電話為 **916-440-7370（聽障專線：711）**，電子郵箱為 **Civilrights@dhcs.ca.gov**，郵寄地址為：Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。投訴表格的獲取地址為：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

本通知的獲取地址為：www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure。

GHHNDN2025HUM

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 (听障专线：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 (聽障專線：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 بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة 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 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.

Portuguese: 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: 当社の健康保険と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をご用意しています。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。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。