



## 2025 Humana 파트 D 처방약 보장 전환 정책

### 계약 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

Humana는 귀하가 신규 또는 기존 가입자로서 안전하게 2025 플랜 연도로 전환할 수 있도록 지원하고자 합니다. 2025년에는 다음과 같은 의약품의 경우 현재와 같은 약물 치료를 받지 못할 수도 있습니다:

- Humana의 처방집 약품 목록에 포함되어 있지 않은(즉, '처방집에 없는' 또는 '보장되지 않는') 경우, 또는
- 사전 승인, 수량 제한 또는 단계적 치료 요건과 같은 이용 관리 요구사항이 있는 경우

### 소매 또는 우편 주문 약국 조제 시 일회성 전환 공급

2025년 1월 1일부터 기존의 처방 요법 이용에 제한이 있는 경우:

- Humana는 현재 처방약을 소매/우편 주문 약국에서 조제 받는 경우, 해당 처방전이 30일분 이하로 작성된 경우를 제외하고, 보장 적용일부터 시작하여, 가입 후 처음 90일 동안, 또는 현 플랜 연도에 대한 자격이 발생한 후 첫 90일 동안, 파트 D 보장 약품에 대해 일회성의 30일분의 공급을 보장합니다(이러면 Humana는 최대 총 30일분의 의약품 공급을 위해 복수 조제를 허용합니다). Humana는 안전을 위한 수량 제한 또는 승인된 제품 라벨링에 따른 의약품 적정 사용 수정 사항을 이유로 작성된 양보다 적은 양으로 조제된 전환 처방 건에 대해 리필을 제공합니다.
- 귀하는 전환 의약품 공급을 받은 후, 전환 의약품 공급의 임시적 특성에 관해 설명하는 서신을 받게 됩니다. 해당 서신을 받은 후, 처방의와 상담을 통해 대체 의약품으로 전환해야 할지, 예외나 사전 승인을 요청해야 할지 결정하십시오. 예외 또는 사전 승인을 요청하고 승인받을 때까지 Humana에서 임시 공급 의약품의 리필 비용을 지급하지 않을 수도 있습니다.

### 장기요양 시설 거주자를 위한 전환 공급

Humana는 다른 플랜으로 전환하거나, Medicare 및 전체 Medicaid 혜택을 모두 받거나, 예외 또는 이의 제기 요청을 하는 장기요양 시설 거주자를 지원합니다. 장기요양 시설 거주자의 경우,

Humana는 파트 D 보장 약품에 대해 처방전이 31일분 이하로 작성된 경우를 제외하고 31일분 공급을 보장합니다(이 경우 Humana는 총 31일분의 의약품 공급을 위한 복수 조제를 허용합니다). 이러한 보장 서비스는 현재 처방약을 장기요양 시설의 약국에서 조제 받는 경우 보장 적용일부터 시작하여 가입 후 처음 90일 동안, 또는 현 플랜 연도에 대한 자격이 발생한 후 첫 90일 동안 언제든지 제공받을 수 있습니다.

귀하의 약물 요법 이용에 제한이 있지만, 플랜 가입 후 첫 90일이 지난 경우, Humana는 해당 처방전이 31일분 이하로 작성된 경우를 제외한 31일분의 비상 공급분을 보장할 것입니다. 이 경우 Humana는 귀하가 예외 또는 사전 승인 요청을 지속하는 동안 요법을 계속할 수 있도록 최대 총 31일분의 파트 D 보장 약품 공급을 위한 복수 조제를 허용합니다.

장기요양 시설에 입원하거나 퇴원하는 경우, 입원 또는 퇴원 시 리필을 이용할 수 있으며, 조기 리필 수정 사항은 적용되지 않습니다.

### **기존 가입자를 위한 전환 공급**

해당 플랜 연도 전체에 걸쳐 귀하에게 필요한 치료 수준에 따라 치료 환경이 변경될 수 있습니다. 이러한 전환에는 다음이 포함됩니다:

- 가입자가 병원이나 전문요양 시설에서 퇴원하여 가정집으로 돌아가는 경우
- 가입자가 가정집에서 병원이나 전문요양 시설에 입원하는 경우
- 가입자가 한 전문요양 시설에서 다른 전문요양 시설로 이전하고 다른 약국에서 서비스를 받는 경우
- 가입자의 전문요양 시설의 Medicare 파트 A 체류(지급액에 모든 약국 비용이 포함)가 종료되어 본인의 파트 D 플랜 혜택을 사용해야 하는 경우
- 가입자가 호스피스 상태를 포기하고 일반 Medicare 파트 A 및 B 보장으로 되돌아가는 경우
- 가입자가 고도의 개인 맞춤 약물 요법을 받는 상태로 만성 정신병원에서 퇴원한 경우

이러한 치료 환경 변화에 대해 Humana는 최대 31일 분량의 파트 D 보장 약품을 보장합니다. 같은 달에 치료 환경이 여러 번 변경되는 경우, 해당 의약품을 계속 보장받으려면 예외 또는 사전 승인을 요청하고 승인을 받아야 할 수 있습니다. 귀하가 변경할 경우 위험이 있는 것으로 알려진 안정된 약물 요법을 이용하는 경우, Humana는 각 사례에 따라 이러한 요법 지속 요청을 검토할 것입니다.

## 계약 연도 전체에 걸친 전환

Humana는 기존 가입자에게 신규 가입자에게 요구되는 전환 절차와 같은 전환 절차를 제공합니다. 다음 해에 적용되는 부정적인 처방집 약품 목록 변경 사항으로 인해 의약품 명세에 영향을 받게 되는 기존 가입자의 경우, Humana는 새 계약 연도가 시작될 때 전환 절차를 제공하여 의미 있는 전환이 이루어질 수 있도록 할 것입니다. 또한, Humana는 가입자가 유효 가입 날짜 11월 1일 또는 12월 1일인 플랜에 가입하고 전환 공급 서비스를 이용해야 하는 경우, 계약 연도 전체에 걸쳐 전환 정책을 연장합니다.

## 새로운 처방약 구분

Humana는 Humana의 처방집 약품 목록에 없는 약품에 대한 신규 처방 건에 모든 전환 절차를 적용하거나, 판매 시점에 새로운 처방약과 사용 중인 처방약의 차이를 찾을 수 없는 경우 이용 관리 요건을 적용할 것을 보장합니다. 진행 중인 요법을 구분하려면, 가입자에게는 최소 108일의 청구 기록이 있어야 합니다. Humana는 청구 기록이 이용 가능한 경우 가입자 적용일 또는 현재 플랜 연도 시작일로부터 180일 동안 해당 약품에 대한 이전 사용 내용을 확인할 것입니다.

## 전환 가입자 통지

Humana 정책에 따르면, 전환 청구와 관련하여 해당 가입자에게 전환 발생 건에 대해 반드시 통지해야 합니다. 전환 조제를 여러 번 받은 가입자는 첫 번째 전환 조제에 대해서만 알림을 받게 됩니다. 모든 전환 정책 통지서는 판매 시점 판정 시스템을 통해 전환 조제 건에 관해 확인받은 후, 영업일 기준 사흘(3일) 이내에 미국 일급 우편을 통해 가입자에게 발송됩니다. 본 서신에는 다음과 같은 내용이 포함되어 있습니다.

- 제공된 전환 공급품은 일시적인 것으로, 처방집 예외 적용 또는 기타 승인이 없는 한 전환 기간 이후에는 리필을 받을 수 없습니다.
- 가입자는 Humana 및 담당 처방의와 협력하여 이용 관리 요건을 충족하거나 Humana의 처방집에 있고 비용을 절감할 수 있는 적절한 치료 대안을 알아봐야 합니다.
- 가입자는 처방집 예외 적용을 요청할 권리, 예외 적용 요청을 처리할 시간 및 후원자가 불리한 결정을 내릴 경우 이의제기를 요청할 권리가 있으며, 그리고
- Humana의 예외적용 요청 절차를 요청할 권리가 있습니다.

장기요양(LTC) 거주자가 14일(또는 그 이하) 단위로 파트 D 약품을 여러 번 조제 받은 경우, 첫 번째 임시 조제 건이 처리된 후 영업일 기준 사흘(3일) 이내에 전환 정책 통지서가 우편으로 발송됩니다.

## 전환 처방의 통지

Humana의 정책에 따르면, 전환 청구 기록에 있는 처방의에게 전환 발생 건에 대해 반드시 통지해야 합니다. 가입자가 전환 공급을 여러 번 완료할 때 의료 제공자는 첫 번째 전환 조제에 대해서만 알림을 받게 됩니다. 해당 처방의 서신에는 다음 정보가 포함됩니다:

- 가입자 성명
- 가입자 생년월일
- 약품 이름
- 조제 날짜
- 이용 관리 수정 사항
- Humana의 제공자 약품 목록 검색(Provider Drug List Search) 도구 사용 방법에 대한 지침
- Humana의 보장 판단 절차(Coverage Determination Process)에 대한 정보

## 전환 정책을 통해 제공되는 약품에 대한 비용 부담

- 2025년도 저소득 보조금(LIS) 수혜 자격에 해당하는 경우, 전환 기간에 제공되는 임시 의약품 공급에 대한 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 LIS 한도를 초과하지 않습니다.
- 비 LIS 가입자의 경우, 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 귀하의 플랜에 대해 승인된 약품 비용 부담 계층을 기준으로 하며, 보장 예외 적용하에 승인받은 비 처방집 약품에 대해 Humana가 청구하는 비용 부담 계층 및 이용 관리 기준이 충족되면 적용되는 전환 기간 제공된 처방집 약품(이용 관리 수정 사항 적용)에 대한 동일한 비용 부담과 동일합니다.

## 전환 기간 연장

Humana는 각 사례에 따라 귀하의 예외 적용 요청 또는 이의제기 요청이 최소 전환 기간이 끝날 때까지 처리되지 않으면 (적절한 처방집 약품으로 전환하거나 예외 요청에 관한 결정을 통해) 전환이 이루어질 때까지 전환 기간을 연장해 필요한 약품을 계속 제공할 수 있도록 조치합니다.

## 약사 위원회(Pharmacy and Therapeutics Committee)

Humana의 파트 D 처방집 약품 목록 및 관련 정책은 약사(P&T) 위원회에서 감독합니다. 특정 파트 D 약품과 관련한 본 정책은 P&T 위원회에서 설계했습니다. 이 정책은 해당 약품이 적응증에 대해 안전하고 효과적인 것으로 입증되고 제조업체의 권장 사항에 따라 처방되는 의학적으로 허용되는 임상 지침을 기반으로 사용될 수 있도록 마련되었습니다.

파트 D 약품의 임시 공급분을 받은 후, 다음과 같은 경우 해당 의약품 대한 의학적 검토가 필요할 수 있습니다:

- 처방집 약품 목록에 *없거나*

- 사전 승인, 수량 제한 또는 단계적 치료 요건과 같은 이용 관리 요구사항이 있는 경우

귀하가 처방집 약품 목록에 없는 약품 또는 사전 승인, 수량 제한이 필요한 의약품에 대해 안정화되었거나 다른 대체 약물을 시도한 경우, 담당 처방의는 사전 승인 또는 예외 적용 요청 절차에 도움이 되도록 Humana에 귀하의 임상 이력에 대한 설명을 제공할 수 있습니다.

### **예외 적용 요청 또는 처방 변경 절차 예외를 요청하려면 어떻게 해야**

#### **하나요?**

예외 적용 요청 첫 단계는 귀하 또는 담당 처방의가 Humana로 연락하는 것입니다. 담당 처방의가 귀하의 요청을 뒷받침하는 진술서를 제출해야 합니다. 당사가 보장하는 약품 중 그 어떤 약품도 요청 약품만큼 효과적이지 않거나 부작용을 가져올 수 있기 때문에 담당 처방의의 진술서는 요청 대상 의약품이 귀하의 상태를 치료하는 데 의학적으로 필요하다는 점을 명시해야 합니다. 이러한 예외 적용이 Humana에서 해당 의약품에 적용하는 사전 승인, 수량 제한 또는 기타 제한 조치에 관련된 경우, 담당 처방의의 진술에는 사전 승인 또는 제한이 귀하의 상태에 적합하지 않거나 귀하에게 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 명시해야 합니다.

처방의의 진술서가 제출되면, Humana는 신속 요청 건일 경우 늦어도 24시간 이내에, 일반 요청 건일 경우 늦어도 72시간 이내에 결정을 귀하에게 통지해야 합니다. 일반 요청 건으로 결과를 기다리는 동안 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력이 심각하게 위태로워질 수 있다고 당사가 판단하거나 귀하의 처방의가 당사에 고지하는 경우 귀하의 요청은 신속으로 처리됩니다.

#### **요청이 거부되면 어떻게 되나요?**

귀하의 약품이 처방집 약품 목록에 포함되어 있지 않거나 처방집 약품 목록에 포함되어 있지만 사전 승인, 단계적 치료 또는 수량 제한과 같은 이용 관리 요건이 적용되는 경우, 귀하의 질병을 치료하는 다른 의약품을 보장하는지 문의하실 수 있습니다. 귀하의 상태에 대해 다른 의약품을 보장하는 경우, Humana가 보장하는 해당 약품이 귀하에게 적합한지 담당 처방의에게 문의하실 것을 권장합니다.

귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 거부 결정에 대한 재검토를 요청하여 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하는 거부 결정이 내려진 날로부터 역일 기준 60일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.

예외나 이의제기 요청에 도움이 필요하거나 대체 약물로 전환하는 데 도움이 필요하거나 전환 정책에 대한 자세한 내용을 알아보려면 ID 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화해 주십시오. 귀하와 담당 처방의는 사전 승인 및 예외 적용 요청 양식을 Humana 웹사이트 (<https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization->

[medication-approvals](#)) 또는 고객 서비스에 전화하여 우편, 팩스, 또는 이메일로 받아보실 수 있습니다.

전환 정책 공시

본 전환 정책은 Medicare 정책 및 양식이 함께 게시되어 있는 Humana

웹사이트 [www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms](http://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms)에서 확인할 수 있습니다.

## 차별 금지 고지문

Humana Inc. 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스의 필요성 등을 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다.

Humana Inc.:

- 장애를 가진 분들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 합리적인 수정과 적절한 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격을 갖춘 수화 통역사
  - 다른 형식으로 마련된 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근이 용이한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들에게 언어 서비스를 무료로 제공하며 다음이 포함될 수 있습니다.
  - 자격을 갖춘 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 수정, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **877-320-1235(TTY: 711)로 전화하십시오.** 운영 시간: 오전 8시 - 오후 8시(동부 표준시). Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 퇴역 군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스의 필요성 등을 이유로 차별했다고 여기는 경우, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235(TTY: 711)** 또는 **accessibility@humana.com**을 통해 Humana Inc.'s Non-Discrimination Coordinator에게 본인이 직접, 우편 혹은 이메일로 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 불만 사항을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한, 민권 담당국 민원 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)이나 아래 우편 주소 또는 전화를 통해 미국 보건복지부 민권 담당국으로 민원을 제기하실 수 있습니다.

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

### 캘리포니아 가입자:

또한 **916-440-7370(TTY: 711)**번으로 전화하거나,

**Civilrights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내거나, Deputy Director, Office of Civil Rights,

Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413

로 우편을 보내 캘리포니아 의료 서비스부 민권 담당국에 민원을 제기할 수도 있습니다. 민원 양식은

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)에서 이용하실 수 있습니다.

이 공지는 [www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)에서 확인할 수 있습니다.

## 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。