

## Humana D 部分處方藥保險 2017 年過渡政策

合約編號：

H0028, H0336, H1019, H1036, H1291, H1406, H1418, H1468, H1510, H1716, H1951, H2012, H2029, H2486, H2649, H2944, H2949, H3480, H3533, H4007, H4141, H4145, H4461, H5216, H5415, H5525, H5619, H5970, H6609, H6622, H6859, H8145, H8908, H8953, R5826, 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 2017 年。在 2017 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 的藥物名單上（即為「非處方集」藥物）或
- 設有用藥管理規定，例如事先授權、數量限制或階梯療法等。

### 過渡政策提供藥物的分攤費用

如果您符合 2017 年低收入補貼 (LIS) 條件，過渡期間藥物臨時供應的共付額或共保額不會超過您的 LIS 限制。對於非 LIS 投保人，共付額或共保額將根據您的計劃批准的藥物分攤費用等級，並且與 Humana 依照承保例外通融批准的非處方集藥物分攤費用等級一致，以及與過渡期間提供的受用藥管理調整約束（當符合用藥管理標準時）的處方集藥物分攤費用一致。

### 零售或郵購藥房的單次過渡供應

自 2017 年 1 月 1 日起，當您獲得目前的處方療法的能力有限時：

- 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，Humana 將為 D 部分承保藥物提供單次 30 天藥物供應，除非所開的處方少於 30 天（這時 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補充將少於處方箋所開的數量。
- 在您獲得 30 天供應之後，您將收到一封信，說明過渡藥物供應的臨時性。請在收到信之後與您的醫生商討，決定您是否應改用替代藥物，或要求例外通融或事先授權。在要求例外通融或事先授權並獲准之前，Humana 可能不會給付補充臨時供應藥物的費用。

### 居住在長期護理設施內患者的過渡供應

Humana 為在計劃之間過渡而且居住在長期護理設施內，擁有聯邦醫療保險與醫療補助的全部福利，或提交例外通融或上訴要求的會員提供協助。Humana 將為居住在長期護理設施內患者的 D 部分承保 31 天藥物供應（除非會員出示的處方箋所開天數更少）以及另外兩次補藥，總共最多 98 天藥物供應。當您在長期護理藥房購買目前的處方療法時，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，可以隨時獲得此項保險。如果您接受藥物療法的能力有限，但是您已成為計劃會員 90 天以上，Humana 將供應 31 天的緊急情況藥物，除非所開的處方少於 31 天。在這種情況下，Humana 將允許多次配藥以供應總共最多 31 天的 D 部分承保藥物，這樣您在要求例外通融或事先授權時可以繼續接受治療。如果您入住或離開長期護理設施，您將可在入住或離開時獲得補藥，因此提前補藥調整將不適用。

## 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：

- 從醫院或專業護理設施出院轉回家中的會員
- 從家中轉至醫院或專業護理設施的會員
- 轉至其他專業護理設施而使用其他藥房的會員
- 已結束在專業護理設施的聯邦醫療保險 A 部分（費用包括所有藥房支出）住院，如今需要使用 D 部分計劃福利的會員
- 結束安寧療護狀態，恢復標準的聯邦醫療保險 A 和 B 部分保險的會員
- 從慢性精神病院出院，藥物治療方案高度個人化的會員

如果治療環境發生改變，Humana 為 D 部分承保藥物供應最多 31 天藥量。如果您的治療環境在同一個月裡多次發生改變，您可能需要要求例外通融或事先授權，才能獲准繼續獲得藥物保險。

如果藥物治療方案使您的病情達到穩定，且改變治療方案將造成風險，Humana 會按個別情況逐一審查繼續此類療法的要求。

### 過渡延期

如果您的例外通融要求或上訴在最短的過渡期結束之前尚未受理，Humana 會根據個別情況，透過延長過渡期來為您安排繼續提供必要的處方藥，直到完成過渡（透過改用合適的處方集藥物，或是做出例外通融的決定）的時間為止。

### 藥事管理委員會

藥事管理委員會 (P&T) 負責監督 Humana 的 D 部分藥物名單和相關政策。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，用於藥物已被證明安全有效並按照製藥商建議處方的適應症。

在您獲得 D 部分藥物的臨時供應之後，如果藥物有以下情況，您的藥物可能需要接受醫療審查：

- 不在藥物名單上或
- 設有用藥管理規定，例如事先授權、數量限制或階梯療法等。

如果使您的病情達到穩定的藥物不在藥物名單中、藥物需要事先授權、有數量限制或您已經試用其他的替代藥物，您的醫生可以向 Humana 提供您的臨床史證明，以助於事先授權或要求例外通融的流程。

### 要求例外通融或改變處方的程序

#### 我如何要求例外通融？

要求例外通融的第一步是要求為您開處方的醫生與我們聯絡。您的醫生必須提交一份支持您的要求的聲明。醫生的聲明必須指出所要求的藥物對您的治療有其醫療上的必要，因為我們所承保的其他任何藥物療效都不如這種藥物，或是可能會對您造成不利影響。如果您想要求我們例外通融對該種藥物所設的事先授權、數量限制或是其他限制，醫生的聲明必須指出事先授權或限制對您的病情不適宜，或是可能會對您造成不利影響。

醫生聲明一旦送交之後，如果要求加速處理，我們必須在 24 小時以內告知您我們的決定；如果是普通要求，則在 72 以內告知您我們的決定。如果我們決定或是您的醫生告知我們，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要求而受到嚴重損害的話，您的要求將會被加速處理。

### 如果我的要求被否決該怎麼辦？

如果您的藥物不包含在我們的處方集中，或者雖然包含在處方集中，但我們對這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規定，您可以詢問我們是否承保同樣能治療您的病症的另一種藥物。如果我們承保同樣能治療您的病的另一種藥物，我們鼓勵您詢問您的醫生，我們承保的藥物是否適合您。

如果您的要求被否決，您也有權提出上訴要求審核遭到拒絕的決定。您必須在做出拒絕決定的 60 個日曆天以內提出上訴要求。

如果您需要協助要求例外通融或提出上訴、幫助改用替代藥物或瞭解關於過渡政策的詳情，請撥您的會員卡背面的客戶服務部電話號碼。您和您的處方醫生可於 Humana 的網站 [Humana.com](http://Humana.com) 上取得事先授權和例外通融申請表，或可致電客戶服務部，要求透過郵寄、傳真或電郵傳送給您。

### 過渡政策公告

過渡政策公佈在 Humana 的網站 [Humana.com](http://Humana.com) 上，與 D 部分處方集在同一個區域。

Humana 是一家與聯邦醫療保險簽訂合約的聯邦醫療保險優先計劃 HMO、PPO 和 PFFS 組織和獨立處方藥保險計劃。投保 Humana 計劃的資格視續約情況而定。

此資訊並未全面說明計劃福利。請與計劃聯絡以瞭解詳情。可能存在限制或需要由您承擔共付額。保險福利及會員分攤金額可能在每年的 1 月 1 日調變。

處方集可能隨時改變，恕不另行通知。您將在必要的時候接獲通知。

### 歧視是違法的

**Humana** 遵守適用的聯邦民權法，並且不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視任

何人。**Humana** 不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而排拒任何人或以不同的方式對待他們。

### Humana 提供：

- 當有需要提供輔助和服務以確保會員獲得平等的參與機會時，提供免費的輔助和服務，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的其他格式書面資訊。

- 當有需要時，為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，以提供有意義的溝通管道，  
例如翻譯文件或口譯服務。

如果您需要這些服務，請致電您會員卡上的電話號碼（聽障人士請撥 711）。

如果您認為 Humana 未能提供這些服務，或者因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而有所歧視，您可以提出申訴：

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

如果您需要幫助提出申訴，請致電您會員卡上的電話號碼（聽障人士請撥 711）。

您也可以透過「民權辦公室投訴入口網站」：

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** 以電子方式向美國衛生和人類服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

**U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**1-800-368-1019**（聽障專線 800-537-7697）

您可在 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 取得投訴表格。

# Multi-Language Interpreter Services

**English: ATTENTION:** If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-281-6918 (TTY: 711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-281-6918 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-281-6918 (телетайп: 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-281-6918 (ATS : 711).

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-281-6918 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**فارسی (Farsi):**

1-800-281-6918 اب دشب می مراهف مائشرای اب ان گوا ایور تصبب یازب التی هستد، یکن می وگ فنگ ار سی فانزب به رگا: وچت (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** D77 baa ak0 n7n7zin: D77 saad bee y1n7[ti'go Diné Bizaad, saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66', t'11 jiiik'eh, 47 n1 h0l=, koj8' h0d77lnih 1-800-281-6918 (TTY: 711).

**العربية (Arabic):**

1-800-281-6918 رقم د رت صلما. مجان ال بلكت و اف رت قال لغوي اعدتس مال خدمات إنفة، ال لغرادك حدثتت كن إذا: حوظة مل (711). وال بكم ال صم هتة رقم

Y0040\_TRANSALT1PDP\_17b Accepted