

安保健康保险

2023 年 PDP 药物名册

（承保药物清单）

请阅读：本文件包含关于我们在这个计划中承保的药物的信息

23040, V22

该药物名册于 2023 年 12 月 1 日更新。

关于您为疫苗支付的费用的重要信息：本计划免费承保大部分 D 部分疫苗，即使您尚未支付自付额。如需更多最新信息或有其他疑问，请联系安保健康医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话：**800-585-5786**，或者对于听力或语言障碍人士 TTY 专线用户，请致电 **800-899-2114**，服务时间是周一至周日全天 24 小时。或请访问 emblemhealth.com/medicare。

关于您为胰岛素支付的费用的重要信息：本计划没有支付自付额，您也不会为本计划承保的每种胰岛素产品支付超过 \$35 的一个月供应费用，无论该产品处于哪个分摊费用层级。

承保药物清单，适用于：

- 安保健康保险国家药物计划 (PDP)

现有会员须知：此药物名册自去年起已发生变化。请查看本文件，以确保其中仍然包含您服用的药物。

当本药物清单（药物名册）提及“我们”或“我们的”时，它指的是大纽约健康保险 (HIP)。当它提到“计划”或“我们的计划”时，它指的是安保健康保险国家药物计划 (PDP)。

本文件包含我们的计划截至 2023 年 12 月 1 日的最新药物（药物名册）清单。如需更新的药物名册，请联系我们。我们的联系信息^x以及我们上次更新药物名册的日期显示在封面和封底。

您通常必须使用网内的药房来使用您的处方药物保险福利。保险福利、药物名册、药房网络和/或自付款/共同保险可能会在 2024 年 1 月 1 日发生变更，并在全年中不时更改。

什么是安保健康保险国家 (PDP) 药物计划药物名册？

药物名册是我们的计划与医疗服务提供方团队协商选择的承保药物列表，它代表了被认为是高质量治疗计划的必要组成部分的处方药疗法。只要药物是医疗必需的，且在网络内的药房配处方药，并且遵循其他计划规则，我们的计划通常承保在我们的药物名册中的药物。有关如何配药的更多信息，请查看您的承保证明书。

药物名册（药物列表）是否可能更改？

药物承保范围的大多数变化发生在 1 月 1 日，但我们的计划可能在年内添加或删除药物名单上的药物、将其移至不同的分摊费用等级，或添加新的限制。在做出这些改变时，我们必须遵循联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 规则。

可能在本年度带给您影响的变更：在以下情况下，您可能在本年度受承保内容变更的影响：

- **新非品牌药物。** 若我们使用某个分摊费用分级相同或较低，且拥有相同或较少限制的新非品牌药物来取代品牌药，就可能会立即在我们的药物清单中删除该品牌药。此外，在增加新非品牌药物时，我们可能会决定保留药物清单上的品牌药，但会立即将其移至不同分摊费用分级或增加新的限制。如果您目前正在服用该品牌药物，我们可能不会在我们做出该变更之前提前通知您，但我们稍后会向您提供有关我们做出的具体变更的信息。
 - 如果我们做出这样的变更，您或您的处方药开立者能要求我们进行例外处理并继续为您承保该品牌药物。我们提供的通知还将包含有关如何申请例外承保的信息，您可以在以下标题为“如何申请安保健康保险国家药物计划 (PDP) 药物名册的例外承保？”部分中找到相关信息。
- **药物从市场上撤出。** 如果美国食品和药物管理局 (FDA) 认为我们药物名册上的药物不安全，或药物制造商将药物从市场上撤出，我们将立即从我们的药物名册中移除药物，并向服用药物的会员提供通知。

- **其他变更。**我们可能会做出其他会影响正在服用药物的会员的变更。例如，我们可能新增一种非新上市的非品牌药物来取代一种目前在药物名册上的品牌药物；或者对品牌药物增加新的限制，或者将其转移到不同的分摊费用层级，或两者都有。或者，我们可能会根据新的临床指南进行更改。如果我们从药物名册中移除药物，增加对药物的事先授权、数量限制和/或阶梯治疗限制，或将药物移至更高分摊费用等级，我们必须在变更生效前至少 30 天通知受影响的会员这些变更，或在会员要求续配药物时通知会员，届时会员会获得一个月的药物供应。
 - 如果我们做出这些其他变更，您或您的处方药开立者能要求我们进行例外处理并继续为您承保该品牌药物。我们提供的通知还将包含有关如何申请例外承保的信息，您可以在以下标题为“如何申请安保健康保险国家药物计划 (PDP) 药物名册的例外承保？”部分中找到相关信息。

如果您目前正在服用药物，有些变更将不会对您产生影响。一般来说，如果您正在服用我们 2023 年药物名册中在年初承保的药物，我们将不会在 2023 年承保年度内停止或减少该药物的承保，但上述情况除外。这意味着将继续以相同的分摊费用提供这些药物，并且在承保年度的剩余时间内，服用这些药物的这些会员不会有新的限制。您不会在本年度直接收到那些对您没影响的变更通知。然而，在下一年的 1 月 1 日，此类变更将会影响您，因此请务必查阅新保险福利年度的药单是否有任何药物的变更。

随附的药物名册是截至 2023 年 12 月 1 日的最新药物名册。要获取有关我们的计划承保药物的最新信息，请联系我们。封面和封底上有我们的联系信息。

注意：如果年中发生非维护药物名册变更，则此变更将添加到自该药物名册印刷以来所做更改的一份全面列表中。变更列表包含在在线提供的药物名册手册中。新会员将在迎新资料夹中收到通知，其中包含如何访问药物名册或如何索取一份药物名册。现有会员可以通过 emblemhealth.com/medicare 访问我们，查看更新的药物名册。发布在我们网站上的药物名册已更新。

如何使用药物名册？

有两种方法可以在药物名册内找到您的药物：

病症

药物名册从第 1 页开始。此药物名册中的药物根据用于治疗的症状类型进行分类。例如，用于治疗心脏病的药物列在“心血管高血压/脂质”类别下。如果您知道您的药物用途，请从第 1 页开始的列表中查找类别名称。然后，在药品类别名称下查找您需要的药物。

字母顺序

如果不确定要在哪个类别下查找，您应该在从第 196 页开始的索引中查找您的药物。该索引按字母顺序列出了本文件中包含的所有药物。品牌药物与非品牌药物均列在索引中。查看索引并找到您的药物。在药物旁边，您将看到页码，在那里您可以找到承保信息。转到索引中列出的页面，并在列表的第一列中找到您的药物名称。

什么是非品牌药物？

我们的计划承保品牌药物和非品牌药物。非品牌药物被美国食品和药物管理局 (FDA) 批准为与品牌药具有相同的活性成分。一般来说，非品牌药物比品牌药费用低。

我的承保范围是否有任何限制？

某些承保药物可能对承保范围有额外的要求或限制。这些要求和限制可能包括：

- **事先授权：**我们的计划要求您或您的医生获得针对某些药物的事先授权。这意味着您需要先获得我们的计划的批准，然后再配某些处方药。如果您未取得批准，我们的计划可能不承保您的药物。
- **数量限制：**对于某些药物，我们的计划限制了我们将承保的药物数量。例如，对于 JANUVIA[®]，我们的计划提供每个处方 30 片。这可能是标准一个月或三个月供应的补充。
- **阶段式治疗：**在某些情况下，我们的计划要求您首先尝试某些药物来治疗您的病症，然后我们才能承保另一种治疗该疾病的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 均治疗您的病症，我们的计划可能不会承保药物 B，除非您先尝试药物 A。若 A 药物对您无效，则我们的计划将承保 B 药物。

您可以通过查看从第 1 页开始的药物名册，了解您的药物是否有任何额外的要求或限制。您还可以访问我们的网站，获取有关适用于特定承保药物的限制的更多信息。我们已经发布了用于说明我们的事先授权和阶段式治疗限制的在线文件。您也可以要求我们寄一份给您。我们的联系信息以及我们上次更新药物名册的日期显示在封面和封底。

您可以要求我们的计划对这些限制或限额作出例外处理，或者提供可能治疗您的健康状况的其他类似药物列表。请参阅第 iv 页上的“如何申请安保健康保险国家药物计划 (PDP) 药物名册的例外承保？”部分。了解关于如何申请例外承保的信息。

如果我的药物不在药物名册上怎么办？

如果您的药物未包含在此药物名册（承保药物清单）中，您应首先联系客户服务部并询问您的药物是否被承保。

如果您了解到我们的计划不承保您的药物，您有两个选择：

- 您可以向客户服务部索取一份关于我们的计划承保的类似药物的名单。当您收到名单时，向您的医生出示，并要求他或她开具我们的计划承保的类似药物。
- 您可以要求我们例外处理，并承保您的药物。请参阅下文，了解关于如何申请例外的信息。

如何申请安保健康保险国家药物计划 (PDP) 药物名册的例外承保？

您可以要求我们的计划对我们的承保规则做出例外处理。您可以要求我们做出几种类型的例外处理。

- 您可以要求我们承保一种药物，即使它不在我们的药物名册上。如果获得批准，此药物将按预先确定的分摊费用水平获得承保，而您将无法要求我们以更低的分摊费用水平提供药物。
- 您可以要求我们以更低的分摊费用水平承保药物名册上的药物，除非药物属于特殊药物。如果获得批准，这将降低您必须为药物支付的金额。
- 您可以要求我们豁免对您的药物的承保限制或限额。例如，对于某些药物，我们的计划限制了我们将承保的药物数量。如果您的药物有数量限制，您可以要求我们放弃限制并承保更高的数量。

一般来说，只有当我们的计划药物名册中包含的替代药物、更低的分摊费用药物或额外使用限制在治疗您的疾病方面效果不佳和/或会导致您出现不良医疗影响时，我们的计划才批准您的例外请求。

您应与我们联系，以要求我们做出药物名册、层级或使用限制例外情形的初始承保决定。**当您申请药物名册、层级或使用限制例外时，您应提交来自您的处方医生或医师的声明以支持您的请求。**

一般来说，我们必须在获得您的处方医生的支持声明后 72 小时内做出裁定。如果您或您的医生认为，等待 72 小时内做出裁定可能会严重损害您的健康，您可以申请加急（快速）例外申请。如果您的加急请求被批准，我们必须在接到您的医生或其他处方医生的支持声明后 24 小时内做出裁定。

在与医生讨论更换药物或申请例外处理之前，我应该做什么？

作为我们的计划的新会员或继续投保我们的计划的会员，您可能正在服用不在我们药物名册上的药物。或者，您可能正在服用药物名册上的药物，但您获得该药物的能力有限。例如，您可能需要获得我们的事先授权，然后才能给处方配药。您应该与您的医生讨论，以决定您是否应该换用我们承保的适当药物，或申请药物名册例外承保，以便我们承保您服用的药物。当您与您的医生交谈以确定适合您的行动方案时，在特定情况下，我们可能会在您成为我们的计划会员的最初 90 天内承保您的药物。

对于不在我们药物名册上的每种药物，或者如果您获得药物的能力有限，我们将承保 30 天的临时用量。若您的处方天数较短，我们将允许续配药以提供最长 30 天的药物供应。在您首次 30 天供应后，我们将不会为这些药物支付费用，即使您加入该计划不到 90 天。

如果您居住在长期护理院，并且您需要一种不在我们药物名册上的药物，或者如果您获得药物的能力受到限制，但您已经过了成为我们计划会员的最初 90 天，那么在您寻求药物名册例外承保时，我们将承保该药物的 31 天紧急供应。

如果您目前是我们计划的会员，并且您的护理水平发生了变化，例如长期护理院的住院或出院，我们将根据需要为您提供一次性临时药物供应，以帮助您过渡到新的护理水平。

更多信息

有关您的安保健康保险国家药物计划 (PDP) 处方药物承保范围的更多详细信息，请查看您的承保证明和其他计划材料。

如果您对我们的计划有任何疑问，请联系我们。我们的联系信息以及我们上次更新药物名册的日期显示在封面和封底。

如果您对联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保范围有一般疑问，请致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间是每周 7 天、每天 24 小时，听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。或者，访问 <http://www.medicare.gov>。

安保健康保险国家药物计划(PDP) 药物名册

从第 1 页开始的药物名册提供关于我们的计划承保的药物的承保信息。如果您在列表中查找药物时遇到问题，请转至第 196 页开始的索引。

图表的第一列列出了药物名称。品牌药物为大写字体（例如，SYNTHROID），非品牌药物以小写字母斜体列出（例如，左甲状腺素）。

“要求/限制”一列中的信息告诉您我们的计划是否对您的药物承保范围有任何特殊要求。

以下是可能在“要求/限制”列的以下页面上出现的缩写列表，这些缩写会告诉您是否有关于药物承保范围的任何特殊要求。

缩略语列表

B/D PA: 根据具体情况，联邦医疗保险 B 部分或 D 部分可能承保此处方药物。可能需要提交描述药物使用和设置的信息，以便做出裁决。

LA: 有限库存。该处方药可能只在某些药房有售。如需更多信息，请致电客户服务部。

MO: 邮购药物。这种处方药物可通过我们的邮购服务以及我们的零售网络药房获得。考虑使用邮购来获取您的长期（维持）药物（如高血压药物）。零售网络药房可能更适合短期处方（如抗生素）。

PA: 事先授权。我们的计划要求您或您的医生获得针对某些药物的事先授权。这意味着您需要先获得批准，然后再配某些处方药。如果您未取得批准，我们可能不承保您的药物。

QL: 数量限制。对于某些药物，计划限制了我们将承保的药物数量。

ST: 阶段式治疗。在某些情况下，计划要求您首先尝试某些药物来治疗您的病症，然后我们才能承保另一种治疗该疾病的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 均治疗您的病症，我们可能不会承保药物 B，除非您先尝试药物 A。若 A 药物对您无效，则我们将承保 B 药物。

请参阅您的计划福利摘要，了解我们的计划的分摊费用如何与本药物名册中列出的一个月药物供应的不同层次之间的关系。如果您有资格获得“额外补助”或“低收入补贴”(LIS)，这些表格中有关 D 部分处方药物费用的一些信息可能不适用于您。我们将寄送给您的单独插页，名称是“适用于获得额外补助支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划”（LIS 附加保险计划），为您说明您的药物

承保内容。如果您没有此插页，请拨打上面列出的电话号码致电客户服务部，询问“适用于获得额外补助支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划”（LIS 附加保险计划）。

请注意：雇主团体豁免计划 (EGWP) 请参阅您的分摊费用指南，或联系客户服务部，了解保险福利详情和分摊费用金额。



ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

中文 (Chinese)

注意：如果您講中文，我們免費為您提供相關的語言協助服務。請致電 **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**)。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. **1-877-411-3625** (служба текстового телефона, TTY/TTD: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

한국어 (Korean)

주의: 귀하가 한국어를 사용하는 경우, 귀하에게 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-411-3625**(TTY/TDD: **711**)로 전화하십시오.

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiama il numero **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

אידיש (Yiddish)

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען שפראך הילף סערוויסעס, אהן קיין פרייז, דא צו באקומען פאר אייך. **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) רופט

বাংলা Bengali

দৃষ্টি আকর্ষণ: আপনি যদি বাংলা ভাষাভাষী হন, তাহলে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে, উপলব্ধ আছে। **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

Polski (Polish)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Proszę zadzwonić pod numer **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا كنت تتكلم اللغة العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل بالرقم **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Y0026_126476 Accepted 8/29/16

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC and Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) are EmblemHealth companies. EmblemHealth Services Company, LLC provides administrative services to the EmblemHealth companies.

Français (French)

ATTENTION : si vous parlez français, une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (Sourds et malentendants : **711**).

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ **1-877-411-3625** (ٹی ٹی وائی/ٹی ڈی ڈی: **711**) پر کال کریں۔

Tagalog (Tagalog)

NANANAWAGAN NG PANSIN: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε **1-877-411-3625** (για άτομα με προβλήματα ακοής/TTY/TDD: **711**).

Shqip (Albanian)

VINI RE: Nëse flisni Shqip, shërbimi i asistencës për përkthim do të jetë në dispozicionin tuaj, pa pagesë. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Notice of Nondiscrimination Policy

EmblemHealth complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. EmblemHealth does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

EmblemHealth:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact **1-877-411-3625**.

If you believe that EmblemHealth has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with EmblemHealth Grievance and Appeals Department, PO Box 2844, New York, NY 10116, or call **1-877-411-3625**. (Dial **711** for TTY/TDD services.) You can file a grievance in person, by mail or by phone. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights electronically through the Office of Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019**, (dial **1-800-537-7697** for TTY services).

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



该药物名册于 2023 年 12 月 1 日更新。如需更多最新信息或有其他疑问，请联系安保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话：**800-585-5786**，或者对于听力或语言障碍人士 TTY 专线用户，请致电 **800-899-2114**，服务时间是周一至周日全天 24 小时。或请访问 **emblemhealth.com/medicare**。

安保健康保险计划是一个独立的 PDP，签有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）合同。投保安保健康保险计划需视合约续约情况而定。

安保健康保险计划、安保健康保险公司、安保健康保险服务公司以及大纽约健康保险（HIP）是安保健康保险旗下的公司。安保健康保险服务公司向安保健康保险旗下的公司提供行政管理服务