



## DualChoice

### 2024 年 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

#### 處方集變更

更新於 2024 年 5 月 1 日

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 的處方集可能會在一年當中視新的臨床數據，以及市面上的藥物數量來進行修訂 (增刪藥物)。所有變更內容均經過一批執業醫生與藥劑師團隊審查及核准。

若 IEHP DualChoice 刪除承保的 D 部分藥物或對其處方集進行任何變更，我們會在官網上公佈變更內容。我們也會在處方集變更生效日之前至少三十 (30) 個曆日通知每位受到影響的會員。然而，若美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 認為我們處方集內的某一款藥物不安全或藥物的製造商在市場上不再販售該藥物，則我們會立即從處方集內刪除該藥物。您須得知，學名藥的作用與品牌藥相同，而且通常成本更低。如果有品牌藥的學名藥版本，我們的網絡藥房將為您提供學名藥。

下表概要列出可能對您有所影響的處方集變更。

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
IXCHIQ 1,000 TCID50/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	2024 年 5 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	2024 年 5 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	2024 年 5 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	2024 年 5 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	2024 年 5 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2024 年 5 月1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2024 年 5 月1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2024 年 5 月1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2024 年 5 月1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
Mifepristone 300 mg tablet	2024 年 5 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
Dabigatran etexilate 110 mg capsule	2024 年 5 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2024 年 5 月 1 日	增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
BOSULIF 100 MG CAPSULE	2024 年 4 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
BOSULIF 50 MG CAPSULE	2024 年 4 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
XALKORI 150 MG ORAL PELLETS	2024 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
XALKORI 20 MG ORAL PELLETS	2024 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
XALKORI 50 MG ORAL PELLETS	2024 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
IWILFIN 192 MG TABLET	2024 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	2024 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	2024 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	2024 年 4 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	2024 年 4 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
Sodium,potassium,mag sulfates 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral soln	2024 年 4 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	2024 年 4 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
Risperidone microspheres ER 12.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	2024 年 4 月1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
Risperidone microspheres ER 25 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	2024 年 4 月1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
Risperidone microspheres ER 37.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	2024 年 4 月1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
Risperidone microspheres ER 50 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	2024 年 4 月1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
AKEEGA 100 MG-500- MG TABLET	2024 年 3 月1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
AKEEGA 50 MG-500 MG TABLET	2024 年 3 月1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	2024 年 3 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET	2024 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
OGSIVEO 50 MG TABLET	2024 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	2024 年 3 月1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Vigpoder 500 mg oral powder packet</i>	2024 年 3 月1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
BALVERSA 3 MG TABLET	2024 年 3 月1 日	提高數量限制	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
BREO ELLIPTA 50 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Breyndra 80 mcg-4.5 mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Breyndra 160 mcg-4.5mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>EnilloRing 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Kourzeq 0.1 % dental paste</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
OJJAARA 100 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
OJJAARA 150 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
OJJAARA 200 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (RENAL DOSE)	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
TRUQAP 160 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始	--	--	所有 Medicare 會員



受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
		增加 增加數量限制 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
TRUQAP 200 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
VANFLYTA 17.7 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
VANFLYTA 26.5 MG TABLET	2024 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開 始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
<i>Brimonidine 0.1 % eye drops</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Glipizide 2.5 mg tablet</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Lithium citrate 8 mEq/5 mL oral solution</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Pazopanib 200 mg tablet</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Clindamycin 600 mg/4 mL intravenous solution</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員

受影響的藥物 品牌藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變更生效日期	變更類型	變更原因	替代藥物 *	適用範圍
<i>Clindamycin 150 mg/mL injection solution (6 ml)</i>	2024 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Budesonide-formoterol fumarate 160-4.5mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i>	2024 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	2024 年 2 月 1 日	提高數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	2024 年 2 月 1 日	提高數量限制	--	--	所有 Medicare 會員

\*替代藥物是指與未批准藥物療效相當或成本分攤額級別相同的藥物。基於藥物治療的效果因人而異，因此只有您的醫生才能決定此處所列的替代藥物是否適合您使用。請向您的醫生諮詢此藥物是否適合您。本清單並未針對您所選擇的藥物，全部詳盡地列出 IEHP DualChoice 處方集內所有承保的替代藥物。

一般而言，IEHP DualChoice 只有在替代藥物或級別更低的藥物不適用於治療您所患病症，或會使您產生不良反應的情況/或對您有害時，才能特准您使用未批准藥物。

如果您認為您能夠使用我們處方集之外的藥物或者受限制使用的藥物，請與我們聯絡並提出上訴。**若您提出上訴，請提交由您的醫生簽發的診斷證明來佐證您的申請。**我們一定會在接獲您的醫生或處方師出示的診斷證明後 72 小時內做出決定。若您本人或您的醫生認為長達 72 小時的等候時間可能會嚴重危害您的健康，您可提出加急（快速）上訴。一旦您的加急

(快速) 上訴獲准, 我們就必須在接獲您的醫生或處方師出示的診斷證明後 24 小時內做出決定。

如果您有任何疑問或需要和我們聯絡, 您可以致電 IEHP DualChoice 會員服務處, 電話: **1-877-273-IEHP (4347)**, 服務時間為上午 8 點至晚上 8 點 (太平洋標準時間), 每週 7 天, 包括節假日。TTY/TDD 使用者應致電 **1-800-718-4347**。

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計畫。參保 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 需視合約續約情況而定。*