



2022 年 IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

處方集

變動

更新於 2022 年 7 月 1 日

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 的處方集可能會在一年當中視新的臨床證據，以及藥物是否在市面上販售而定來進行修訂（增刪藥物。所有異動內容均經過一批目前執業中的精選醫師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 IEHP DualChoice 處方集進行任何變更，IEHP DualChoice 會在 IEHP DualChoice 處方集變更生效日之前至少三十 (30) 個曆日在官網上公告變更內容並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不再販售該藥物，則我們會立即從處方集內刪除該藥物。此外，學名藥的作用與原廠藥相同，而且通常成本更低。如果有原廠藥的學名藥版本，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動。

受影響的藥物 品牌 藥物名稱 學名藥 劑量/要求/限制	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
RINVOQ 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2022 年 5 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Citalopram 30 mg capsule</i>	2022 年 5 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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
<i>Digoxin 62.5 mcg (0.0625 mg) tablet</i>	2022 年 5 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Maraviroc 150 mg tablet</i>	2022 年 5 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE	2022 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
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE	2022 年 5 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
SELZENTRY 150 MG TABLET	2022 年 5 月 1 日	品牌移除	提供學名藥	使用學名處方集或處方集中同一治療類別的其他用品	所有 Medicare 會員
LANOXIN 62.5 MCG (0.0625 MG) TABLET	2022 年 5 月 1 日	品牌移除	提供學名藥	使用學名處方集或處方集中同一治療	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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
				類別的其他用品	
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	2022 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2022 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
BESREMI 500 MCG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2022 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
SCSEMBLIX 20 MG TABLET	2022 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	2022 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet</i>	2022 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Hydroxychloroquine 100 mg tablet</i>	2022 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Hydroxychloroquine 300 mg tablet</i>	2022 年 3 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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
<i>Hydroxychloroquine 400 mg tablet</i>	2022 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	2022 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Naloxone 4 mg/actuation nasal spray</i>	2022 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
EPRONTIA 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2022 年 3 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
OXBRYTA 300 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	2022 年 3 月 1 日	增加 增加 PA 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS	2022 年 3 月 1 日	增加 增加事先授權 (Prior Authorization, PA)	--	--	所有 Medicare 會員
ZORTRESS 1 MG TABLET	2022 年 3 月 1 日	品牌移除	提供學名藥	使用學名 處方集或 處方集中 同一治療 類別的其 他用品	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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加事先授權 (Prior Authorization, PA)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Dextroamphetamine 15 mg tablet</i>	2022 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Dextroamphetamine 30 mg tablet</i>	2022 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Diclofenac potassium 25 mg tablet</i>	2022 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要) 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
TRUSELTIQ 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要) 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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
TRUSELTIQ 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要) 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要) 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
WELIREG 40 MG TABLET	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要) 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新 開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LYBALVI 10-10 MG TABLET	2022 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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
LYBALVI 15-10 MG TABLET	2022 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
LYBALVI 20-10 MG TABLET	2022 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
LYBALVI 5-10 MG TABLET	2022 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	2022 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Azathioprine 100 mg oral tablet</i>	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Azathioprine 75 mg oral tablet</i>	2022 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Dextroamphetamine sulfate 20 mg oral tablet</i>	2022 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet</i>	2022 年 2 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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
		增加數量限制			
<i>Everolimus 3 mg tablet for oral suspension</i>	2022年2月1日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Everolimus 5 mg tablet for oral suspension</i>	2022年2月1日	增加 增加 PA (僅新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	2022年2月1日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2022年2月1日	品牌移除	提供學名藥	使用學名處方集或處方集中同一治療類別的其他用品	所有 Medicare 會員
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	2022年2月1日	品牌移除	提供學名藥	使用學名處方集或處方集中同一治療類別的其他用品	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	變動生效日期	變動類型	變動原因	替代藥物 *	適用範圍
AFINITOR DISPERZ 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	2022 年 2 月 1 日	品牌移除	提供學名藥	使用學名 處方集或 處方集中 同一治療 類別的其 他用品	所有 Medicare 會員
AFINITOR 10 MG TABLET	2022 年 2 月 1 日	品牌移除	提供學名藥	使用學名 處方集或 處方集中 同一治療 類別的其 他用品	所有 Medicare 會員

*替代藥物是指與被替代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，因此只有您的醫師才能決定此處所列的替代藥物是否適合您使用。請向您的醫師諮詢是否有適合您使用的藥物。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 只有在計劃處方集內的替代藥物、級別更低的藥物或額外使用限制不適用於治療您所患病症和/或會使您產生不良反應的情況下，才能特准您申請的例外情況。

請與我們聯絡，洽詢有關處方集初次承保決定、藥物分級或額外使用限制等例外情況等事項。**若您要提出處方集、藥物分級或額外使用限制等例外情況申請，請提交由您的醫師簽發的診斷證明來佐證您的申請。**一般而言，我們一定會在接獲您的處方醫師出示的診斷證明後 72 小時內做出決定。若您本人或您的醫師認為長達 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）例外情況申請。一旦您的加急處理獲准，我們就必須在接獲您的處方醫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，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 Cal MediConnect 計劃（Medicare-Medicaid 計劃）是與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約的保健計劃，旨在為所有參保者提供這兩項計劃的福利。