



DualChoice

2023 年 IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

處方集變更

更新於 2023 年 4 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
<i>Epinephrine 0.3 mg auto-injection</i>	2023 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Haloperidol decanoate 250 mg/5 ml vial</i>	2023 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Haloperidol decanoate 100 mg/ml vial</i>	2023 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
KRAZATI 200 MG ORAL TABLET	2023 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
<i>Leuprolide depot 22.5 mg intramuscular vial</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Pirfenidone 267 mg capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
TADLIQ 20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 100 mg capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 25 mg capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 50 mg capsule</i>	2023 年 4 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>Topiramate er 100 mg sprinkle capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 150 mg sprinkle capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 200 mg sprinkle capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 25 mg sprinkle capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Topiramate er 50 mg sprinkle capsule</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRINGE	2023 年 4 月 1 日	增加 增加 PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Sodium oxybate 0.5 g/ml solution</i>	2023 年 4 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	2023 年 4 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	2023 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
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	2023 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	2023 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	2023 年 3 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Roflumilast 250 mcg tablet</i>	2023 年 3 月 1 日	增加 增加 PA			所有 Medicare 會員
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	2023 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
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/ 1.2 ML WEAR INJECTION	2023 年 3 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
OXBRYTA 300 MG TABLET	2023 年 3 月 1 日	增加 增加數量限制 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
<i>Albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2023 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2023 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Azithromycin 500 mg tablet (3 pack)</i>	2023 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Azithromycin 250 mg tablet (6 pack)</i>	2023 年 3 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	2023 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
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	2023 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>Fingolimod 0.5 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Icosapent ethyl 500 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 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
JYNNEOS(PF)(NATIONAL STOCKPILE) 0.5X TO 3.95X 10EXP8/0.5ML SUBCUT SUSP	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Lenalidomide 2.5 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Lenalidomide 20 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Methocarbamol 1000 mg tablet</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
ORKAMBI 75 MG-94 MG GRANULES IN PACKET	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA (僅新開始 時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
RELYVRIO 3 GRAM-1 GRAM POWDER PACKET	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Roflumilast 0.5 mg tablet</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Tazarotene 0.05 % topical gel</i>	2023 年 2 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
<i>Tazarotene 0.1 % topical gel</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Norethindrone-e.estradiol-iron 1mg-20 (24)/75 mg (4) capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Esomeprazole magnesium 20 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Dabigatran etexilate 150 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Dabigatran etexilate 75 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Mesalamine ER 0.375 gram capsule, extended release 24 hr</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Mesalamine ER 500 mg capsule, extended release</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Norethindrone-eth. Estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg (9) tablet</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Dexamethasone 0.5 mg/5 ml solution</i>	2023 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>Sodium chloride 0.9% irrigation solution</i>	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MALEATE) 100 MG TABLET	2023 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
HYFTOR 0.2 % TOPICAL GEL	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
IMBRUVICA 140 MG TABLET	2023 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

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
IMBRUVICA 280 MG TABLET	2023 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
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	2023 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
PHEBURANE 483 MG/GRAM GRANULES	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Venlafaxine besylate ER 112.5 mg tablet, extended release 24 hr</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
SKYRIZI ON-BODY 360 MG/2.4 SUBCUTANEOUS INJECTION	2023 年 2 月 1 日	增加 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
TRITOCIN 0.05% OINTMENT	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	2023 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>Pirfenidone 534 mg tablet</i>	2023 年 2 月 1 日	增加 增加數量限制 增加 PA	--	--	所有 Medicare 會員
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION	2023 年 2 月 1 日	增加	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Insulin pen needle</i>	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Needles, insulin disp., safety</i>	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ORKAMBI 100 MG-125 MG GRANULE PACKET	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ORKAMBI 150 MG-188 MG GRANULE PACKET	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	2023 年 2 月 1 日	移除數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
ZEMAIRA 1000 MG INTRAVENEOUS VIAL	2023 年 2 月 1 日	移除 PA (BvD)	--	--	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
XCOPRI 50-100 MG PAK	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 12.5-25 MG PAK	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 150-200 MG PAK	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 250 MG/DAY PACK	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 100 MG TABLET	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 150 MG TABLET	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	2023 年 2 月 1 日	移除 PA	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 200 MG TABLET	2023 年 2 月 1 日	移除 PA 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
XCOPRI 50 MG TABLET	2023 年 2 月 1 日	移除 PA 增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Vancomycin 125 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	增加數量限制	--	--	所有 Medicare 會員
<i>Vancomycin 250 mg capsule</i>	2023 年 2 月 1 日	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
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	2023 年 2 月 1 日	增加數量限制 變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LUPRON DEPOT 11.25 MG SYRINGEKIT	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LUPRON DEPOT 22.5 MG SYRINGEKIT	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGEKIT	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LUPRON DEPOT 30 MG SYRINGEKIT	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LUPRON DEPOT 45 MG SYRINGEKIT	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGEKIT	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ELIGARD 22.5 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ELIGARD 30 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ELIGARD 45 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
ELIGARD 7.5 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (僅 新開始時需要)	--	--	所有 Medicare 會員
FLEBOGAMMA DIF 10% INTRAVENEOUS VIAL	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (BvD)	--	--	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
GAMMAGARD LIQUID 10% INJECTION VIAL	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
GAMUNEX-C 1 G/10 ML INJECTION VIAL	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
NUTRILIPID 20% INTRAVENEOUS EMULSION	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (BvD)	--	--	所有 Medicare 會員
INTRALIPID 30 % IINTRAVENEOUS EMULSION	2023 年 2 月 1 日	變更 PA to PA (BvD)	--	--	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/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。