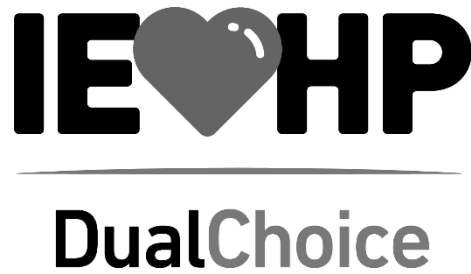


事先授權標準

最後更新日期：2023 年 11 月 21

日生效日期：2023 年 12 月 1 日



2023年事先授權

(事先授權清單)

請仔細閱讀 本文件中包含我們在此計劃中所承保藥物的事先授權的相關資訊。

現有會員須知 受益人必須使用網絡藥房來獲得處方藥物福利。「福利、承保藥物清單、藥房與保健業者網絡及共付額可能會在全年及每年 1 月 1 日不時產生變動。」

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。

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電 1-877-273-IEHP (4347) 與 IEHP DualChoice 會員服務處聯絡。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 使用者應撥打 1-800-718-4347。電話服務免費。

You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, and/or audio. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille y/o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

Quý vị có thể tải miễn phí tài liệu này ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc tệp âm thanh. Hãy gọi Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày trong tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

ABELCET

受到影響的產品

- ABELCET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：傳統 Amphotericin B。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ABILIFY MAINTENA

受到影響的產品

- ABILIFY ASIMTUFII
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2
ML

- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
RECON 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示曾使用口服 aripiprazole，但在臨床上沒有出現任何嚴重的副作用。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： Invega Sustenna、Invega Trinza 或 Risperdal Consta。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ACITRETIN

受到影響的產品

- *acitretin*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：calcipotriene、clobetasol、cyclosporine、fluocinonide、methotrexate 或 Tazorac。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ACTIMMUNE

受到影響的產品

- ACTIMMUNE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師、骨科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ADEFOVIR

受到影響的產品

- *adefovir*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ADHD

受到影響的產品

- *dexmethylphenidate oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50*
- *methylphenidate hcl oral solution*
- *methylphenidate hcl oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral tablet extended release*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

AIMOVIG

受到影響的產品

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、頭痛專科醫師、疼痛專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：divalproex、valproic acid 或 topiramate 以及對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：metoprolol、timolol、propranolol。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ALOSETRON

受到影響的產品

- *alosetron*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	腸躁症伴隨腹瀉：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：loperamide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

AMBISOME

受到影響的產品

- AMBISOME
- *amphotericin b liposome*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：傳統 Amphotericin B。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

AMITRIPTYLINE

受到影響的產品

- *amitriptyline*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	憂鬱症：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

AMOXAPINE

受到影響的產品

- *amoxapine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

AMPHOTERICIN B

受到影響的產品

- *amphotericin b*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ANTICONVULSANTS 1

受到影響的產品

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- BRIVIACT ORAL SOLUTION
- BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate、valproic acid 或 zonisamide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ANTICONVULSANTS 2

受到影響的產品

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- VIMPAT ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	Clobazam, Fenfluramine, or Stiripentol: 必須用於輔助治療癲癇發作。 Lacosamide: 對於部分性癲癇發作: 以下兩種藥物無效或有臨床顯著不良反應: carbamazepine, divalproex, felbamate, gabapentin, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid or zonisamide。對於強直陣攣發作: 以下兩種藥物無效或有臨床顯著不良反應: lamotrigine, levetiracetam, phenytoin, or topiramate。
適應症	所有獲得 FDA 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ANTINEOPLASTIC

受到影響的產品

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- AKEEGA
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AYWAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- BESREMI
- BOSULIF
- BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG
- BRUKINSA
- CABOMETYX
- CALQUENCE
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)
- CAPRELSA
- COMETRIQ
- COPIKTRA
- COTELLIC
- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- ERIVEDGE
- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG
- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg*
- EXKIVITY
- FOTIVDA
- GAVRETO
- *gefitinib*
- GILOTTRIF
- GLEOSTINE
- IBRANCE
- ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG
- IDHIFA
- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*
- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- INQOVI
- INREBIC
- IRESSA
- JAKAFI
- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG
- KISQALI FEMARA CO-PACK
- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)
- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- KRAZATI
- *lapatinib*
- *lenalidomide*
- LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG
- LYNPARZA
- LYTGobi
- MATULANE
- MEKINIST ORAL RECON SOLN
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX

- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG
- ONUREG
- ORGOVYX
- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG
- PANRETIN
- PEMAZYRE
- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)
- POMALYST
- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- REVLIMID
- REZLIDHIA
- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- RUBRACA
- RYDAPT
- SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG
- *sorafenib*
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
- STIVARGA
- *sunitinib malate*
- SUTENT
- SYNRIPO
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG
- TASIGNA
- TAZVERIK
- TEPMETKO
- THALOMID
- TIBSOVO
- TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)
- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG
- TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG
- VANFLYTA
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VONJO
- VOTRIENT
- WELIREG
- XALKORI
- XERMELO
- XOSPATA
- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)
- XTANDI
- YONSA
- ZEJULA ORAL CAPSULE
- ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

APOKYN

受到影響的產品

- APOKYN
- *apomorphine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：抗帕金森氏症藥物，例如 amantadine、bromocriptine、carbidopa / levodopa、entacapone、pramipexole、ropinirole 或 selegiline。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

APREPITANT

受到影響的產品

- *aprepitant*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	6 個月。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方藥一覽表中的其中一種 5-HT3 拮抗劑替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：ondansetron 或 granisetron，除非會員正在接受任何化療。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ARCALYST

受到影響的產品

- ARCALYST

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在服用任何腫瘤壞死因子 (Tumor Necrosis Factor, TNF) 阻斷劑，例如 Enbrel、Humira 或 Remicade。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ARIPIRAZOLE

受到影響的產品

- *aripiprazole oral solution*
- *aripiprazole oral tablet, disintegrating*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況，或是對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 aripiprazole。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ARMODAFINIL

受到影響的產品

- *armodafinil*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	猝睡症：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dextroamphetamine 和 methylphenidate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ATOVAQUONE

受到影響的產品

- *atovaquone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	肺囊蟲肺炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：trimethoprim / sulfamethoxazole。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

AUBAGIO

受到影響的產品

- AUBAGIO
- *teriflunomide*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

AUSTEDO

受到影響的產品

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在使用單胺氧化酶抑制劑 (MAOI)。沒有接受治療或沒有接受適當治療的憂鬱症，或是目前有自殺傾向的亨廷頓舞蹈症患者。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、精神科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	舞蹈症 (亨廷頓舞蹈症)：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：tetrabenazine。僅限重新授權：有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

AUVELITY

受到影響的產品

- AUVELITY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	抑鬱症: 對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, or bupropion。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

CASPOFUNGIN

受到影響的產品

- *caspofungin*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

CLOMIPRAMINE

受到影響的產品

- *clomipramine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：fluoxetine、fluvoxamine、paroxetine 或 sertraline。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

CLOZAPINE

受到影響的產品

- clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg
- VERSACLOZ

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況，或是對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 clozapine。
年齡限制	
處方開立者限制	精神科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

CONSTIPATION AGENTS

受到影響的產品

- MOVANTIK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：lactulose 或 polyethylene glycol。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

CORLANOR

受到影響的產品

- CORLANOR ORAL SOLUTION
- CORLANOR ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	成人患者心臟衰竭：有文件記錄顯示患有紐約心臟協會 (New York Heart Association, NYHA) 第二級至第四級心臟衰竭且射血分數在 35% 以下，同時竇性心律在靜止不動時心率每分鐘在 70 次以上 (beats per minute, bpm)。有文件紀錄顯示患者目前正在服用最高耐受劑量的 β 受體阻斷劑或者有文件紀錄顯示患者對 β 受體阻斷劑不耐受、有禁忌症或有過敏反應。有文件紀錄顯示患者同時正在使用血管張力素轉化酶 (ACE) 抑制劑或血管張力素受體阻斷劑 (ARB)，除非患者對此兩類藥物均不耐受或有禁忌症。兒童患者心臟衰竭：有文件記錄顯示患有紐約心臟協會 (NYHA) / Ross 第二級至第四級心臟衰竭且射血分數在 45% 以下，同時在 6-12 個月大的年齡子群組，竇性心律在靜止不動時心率在 105 bpm 以上，或者在 1-3 歲大的年齡子群組，靜止不動的心率在 95 bpm 以上，或者在 3-5 歲大的年齡子群組，靜止不動的心率在 75 bpm 以上，或者在 5-18 歲大的年齡子群組，靜止不動的心率在 70 bpm 以上
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

COSENTYX

受到影響的產品

- COSENTYX (2 SYRINGES)
- COSENTYX PEN (2 PENS)
- COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML
- COSENTYX UNOREADY PEN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	僵直性脊椎炎：針對成人，對處方藥一覽表中的兩種替代藥物均沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel 和 Humira。乾癬性關節炎：針對成人，對處方藥一覽表中的兩種替代藥物均沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Enbrel 和 Humira。斑塊型乾癬：針對成人，對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Humira、Enbrel 或 Skyrizi。無放射影像確認之中軸性脊椎關節炎：對非類固醇消炎藥 (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAID) 沒有療效或有嚴重臨床不良反應或者對非類固醇消炎藥 (NSAID) 不耐受或有禁忌症。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

CYCLOBENZAPRINE

受到影響的產品

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	有文件紀錄說明使用藥物證實有具體益處且該益處如何大過於潛在風險
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DALFAMPRIDINE

受到影響的產品

- *dalfampridine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	中度或重度腎功能障礙 (肌酸酐清除率 [CrCL] 每分鐘 50 毫升以下)。
必要醫療資訊	同時正在服用可改變多發性硬化症病程的藥物。有文件紀錄顯示有行走困難的狀況 (例如計時 25 英尺行走測試：患者必須能夠在 8-45 秒內行走 25 英尺)。僅限重新授權：有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DALIRESP

受到影響的產品

- DALIRESP
- *roflumilast*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	中度至重度肝功能障礙 (Child-Pugh B 或 C)。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Wixela 或 Fluticasone/Salmeterol、Anoro Ellipta、Serevent、Spiriva 或 Tudorza。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DEFERASIROX

受到影響的產品

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DESIPRAMINE

受到影響的產品

- *desipramine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	憂鬱症：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DIAZEPAM SOLUTION

受到影響的產品

- *diazepam intensol*
- *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DIMETHYL FUMARATE

受到影響的產品

- *dimethyl fumarate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Aubagio 和 glatiramer。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DISOPYRAMIDE

受到影響的產品

- *disopyramide phosphate oral capsule*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acebutolol、amiodarone、flecainide、mexiletine、propafenone、quinidine 或 sotalol。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DOXEPIN

受到影響的產品

- *doxepin oral capsule*
- *doxepin oral concentrate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	針對 doxepin 每日平均劑量大於 6 毫克：焦慮症：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：buspirone、duloxetine、escitalopram 或 venlafaxine。憂鬱症：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DRIZALMA

受到影響的產品

- DRIZALMA SPRINKLE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥完整膠囊的狀況，或者對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：duloxetine。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

DRONABINOL

受到影響的產品

- *dronabinol*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	化療引起的噁心和嘔吐：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：chlorpromazine、granisetron、metoclopramide、ondansetron 或 prochlorperazine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

DROXIDOPA

受到影響的產品

- *droxidopa*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ELIGARD

受到影響的產品

- ELIGARD
- ELIGARD (3 MONTH)
- ELIGARD (4 MONTH)
- ELIGARD (6 MONTH)

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、泌尿科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

EMSAM

受到影響的產品

- EMSAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	合併使用其他血清素作用藥物 (即選擇性血清素回收抑制劑 [SSRI]、正腎上腺素與血清素回收抑制劑 [SNRI]、三氯乙酸 [TCA])
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：phenelzine 和 tranylcypromine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ENBREL

受到影響的產品

- ENBREL
- ENBREL SURECLICK
- ENBREL MINI

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。僵直性脊椎炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、indomethacin、naproxen 或 sulindac。斑塊型乾癬：對下列其中一項治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ENTECAVIR

受到影響的產品

- BARACLUDE ORAL SOLUTION
- *entecavir*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ESBRIET

受到影響的產品

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG
- *pirfenidone oral capsule*
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	初次授權：透過高解像度電腦斷層掃描 (High Resolution Computed Tomography, HRCT) 和 / 或外科手術肺部活組織切片檢查確認患有尋常性間質性肺炎，進而確診特發性肺纖維化。有文件紀錄顯示曾接受肝功能檢查、有文件紀錄顯示基準期用力呼氣肺活量 (Forced Vial Capacity, FVC) 在預測值的 50% 以上，且有文件紀錄顯示肺部一氧化碳瀰漫量預測百分比 (Diffusing Capacity of the Lungs for Carbon Monoxide, %DLCO) 在 30% 以上。
年齡限制	
處方開立者限制	肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ESTROGENS

受到影響的產品

- DUAVEE
- *estradiol oral*
- *estradiol transdermal patch weekly*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	更年期骨質疏鬆預防：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。外陰和陰道萎縮：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol cream 或 Premarin Cream。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

FENTANYL LOZENGE

受到影響的產品

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	急性、間歇性或術後疼痛。
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在接受全天鴉片類藥物治療時對鴉片類藥物具有耐受性，包括每天至少 60 毫克的口服嗎啡、每小時至少 25 毫克的 fentanyl 經皮貼片、每天至少 30 毫克的口服 oxycodone 以及每天至少 8 毫克的口服 hydromorphone 或每天使用其他鴉片類藥物的等效劑量，持續一週或更長時間以治療癌症的突發性疼痛。在使用經黏膜給予立即釋放型 fentanyl 時，患者必須持續全天服用鴉片類藥物。
年齡限制	
處方開立者限制	疼痛專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

FETZIMA

受到影響的產品

- FETZIMA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

FIRAZYR

受到影響的產品

- *icatibant*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	遺傳性血管性水腫 (Hereditary Angioedema, HAE) 診斷結果必須經由血液檢測確認。
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、免疫科醫師、血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

FIRMAGON

受到影響的產品

- FIRMAGON KIT W DILUENT
SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、泌尿科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

GENOTROPIN

受到影響的產品

- GENOTROPIN
- GENOTROPIN MINIQICK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	成人生長激素缺乏症 (AGHD) (初次): 因過去曾確診在兒童時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 而確診, 或者確診在成人時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 並有文件紀錄顯示因器官或已知原因 (例如: 因外科手術造成的損傷、顱部放射線治療、頭部創傷、蜘蛛膜下腔出血) 而導致的下視丘腦垂體疾病所引起的荷爾蒙不足, 且有文件紀錄顯示曾接受一項生長激素刺激檢測 (例如: 胰島素耐受性檢測、精氨酸 / 生長素釋素 [GHRH]、胰高血糖素、精氨酸) 以確認患有成人生長激素缺乏症 (GHD), 同時具有相應的生長激素 (GH) 分泌峰值 ([胰島素耐受性檢測 [ITT] 在 5mcg/L 以下]、[若身體質量指數 [BMI] 低於 25kg/m², 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 11mcg/L 以下; 若身體質量指數 [BMI] 在 25kg/m² 以上但在 30kg/m² 以下, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 8mcg/L 以下; 或者若身體質量指數 [BMI] 在 30kg/m² 以上, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 4mcg/L 以下]、[胰高血糖素在 3mcg/L 以下]、[精氨酸 [Arg] 在 0.4mcg/L 以下]), 或者有文件紀錄顯示 3 種腦垂體前葉素不足 (泌乳激素、促腎上腺皮質激素 [ACTH]、促甲狀腺激素 [TSH]、濾泡刺激素 [FSH] / 黃體化激素 [LH]) 且類胰島素生長因子 (IGF-1) / 生長調節素 C 低於根據年齡和性別調整的正常範圍, 詳如醫師化驗結果所述。成人生長激素缺乏症 (AGHD) (重新授權): 有文件紀錄證明患者有正向反應經驗。
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

GEODON SOLUTION

受到影響的產品

- ziprasidone mesylate

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

GILENYA

受到影響的產品

- *fingolimod*
- GILENYA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	第三級或第四級心臟衰竭、需要住院的代償性心臟衰竭、心肌梗塞、中風、短暫性腦缺血發作或過去 6 個月內不穩定的心絞痛。合併使用第 Ia 級或第 III 級抗心律不整藥物。莫氏 II 型第二級或第三級房室傳導阻滯疾病或病竇症候群，除非患者有安裝能夠正常運作的起搏器。基準期的 QT 間距在 500 ms 以上。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	針對成人：對 Aubagio 和 glatiramer 沒有療效或有嚴重臨床不良反應。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

GLATIRAMER

受到影響的產品

- *glatiramer*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

GLATOPA

受到影響的產品

- *glatopa*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

GLYBURIDE

受到影響的產品

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： <i>glipizide</i> 。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

GUANFACINE

受到影響的產品

- *guanfacine oral tablet*
- *guanfacine oral tablet extended release 24 hr*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	高血壓：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：benazepril、fosinopril、hydrochlorothiazide、irbesartan, lisinopril、losartan、losartan/hydrochlorothiazide、lisinopril/hydrochlorothiazide、quinapril/hydrochlorothiazide、quinapril、ramipril 或 valsartan/hydrochlorothiazide。注意力不足過動症 (ADHD)：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amphetamine/dextroamphetamine、dexamethylphenidate、dextroamphetamine 或 methylphenidate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

HP ACTHAR

受到影響的產品

- ACTHAR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	治療嬰兒痙攣症和多發性硬化症惡化的神經內科醫師
承保期限	多發性硬化症：21 天。其他獲得核准的適應症：28 天。
其他標準	針對多發性硬化症的急性惡化，患者必須同時正在接受免疫調節劑治療，例如 Aubagio、glatiramer 或 interferon beta 1a。針對其他所有非神經系統的適應症，必須提交證明顯示對其他第一線治療或標準照護治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

HRM ANTIPSYCHOTICS

受到影響的產品

- molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg
- thioridazine

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：olanzapine、risperidone、quetiapine、ziprasidone 或 aripiprazole。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

HUMIRA

受到影響的產品

- HUMIRA PEN
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
- HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEN
- HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS
- HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比達到或超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腸胃科醫師、眼科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。僵直性脊椎炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、indomethacin、naproxen 或 sulindac。斑塊型乾癬：對處方藥一覽表中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。克隆氏症和潰瘍性結腸炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：budesonide、mesalamine 或 sulfasalazine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

HUMIRA PEDIATRIC

受到影響的產品

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
- HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

HUMIRA PSORIASIS

受到影響的產品

- HUMIRA PEN PSOR-UEVEITS-ADOL
HS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比達到或超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師、眼科醫師、腸胃科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

IMIPRAMINE

受到影響的產品

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

INCRELEX

受到影響的產品

- INCRELEX

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	患有惡性腫瘤或有惡性腫瘤病史的兒童患者。用於為有閉合性骨骺的患者促進生長。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

INDOMETHACIN

受到影響的產品

- *indomethacin oral capsule*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、ibuprofen、meloxicam、nabumetone、naproxen 或 sulindac。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

INGREZZA

受到影響的產品

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PACK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Austedo。有文件紀錄顯示基準期的異常不自主運動量表 (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS) 分數。僅限重新授權：有文件紀錄顯示對藥物治療有正向反應，由與基準期相比，異常不自主運動量表 (AIMS) 分數獲得改善得以證明。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、精神科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

INTERFERON BETA-1A

受到影響的產品

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML
- REBIF (WITH ALBUMIN)
- REBIF REBIDOSE
- REBIF TITRATION PACK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Aubagio 和 glatiramer。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

INVEGA HAFYERA

受到影響的產品

- INVEGA HAFYERA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 paliperidone 和 Invega Sustenna。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

INVEGA SUSTENNA

受到影響的產品

- INVEGA SUSTENNA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： 口服 paliperidone。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

INVEGA TRINZA

受到影響的產品

- INVEGA TRINZA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應： 口服 paliperidone 和 Invega Sustenna。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ISOTRETINOIN

受到影響的產品

- *amnesteam*
- *claravis*
- *isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg*
- *myorisan*
- *zenatane*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師
承保期限	20 週。
其他標準	尋常性痤瘡：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：benzoyl peroxide / 外用 clindamycin、benzoyl peroxide / 外用 erythromycin、外用 clindamycin、口服 doxycycline、外用 erythromycin、口服 minocycline、口服 tetracycline 或外用 tretinoin。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ITRACONAZOLE

受到影響的產品

- *itraconazole oral solution*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

KALYDECO

受到影響的產品

- KALYDECO

PA	
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示囊腫性纖維化穿膜傳導調節蛋白 (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR) 基因有突變的狀況且對 ivacaftor 有反應。
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

KERENDIA

受到影響的產品

- KERENDIA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	合併使用強效 CYP3A4 抑制劑或確診腎上腺功能不全
必要醫療資訊	過去 30 天內的化驗紀錄顯示，血清鉀濃度在 5.0 mEq/L 以下、估算的腎絲球過濾率至少達 25 mL/min/1.73m ² 且尿液白蛋白 / 肌酸酐比值 (Urine Albumin-to-Creatinine Ratio, UACR) 至少達 30 mg/g (2)。同時正在接受血管張力素轉化酶抑制劑 (ACE 抑制劑) 或血管張力素受體阻斷劑 (ARB) 仿單最高耐受劑量的治療，除非有 (3) 項正當的醫療禁忌症，即已嘗試過第 2 型鈉-葡萄糖共同轉運蛋白 (Sodium-Glucose Cotransport-2, SGLT2) 抑制劑 (Jardiance、Invokana、Farxiga、Steglatro) 和礦物皮質類固醇受體拮抗劑 (spironolactone、eplerenone) 但沒有療效、有禁忌症或者對患者而言不具有醫療適當性。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

KORLYM

受到影響的產品

- KORLYM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	合併使用狹窄治療範圍的 simvastatin、lovastatin 及 CYP3A 基質 (例如: cyclosporine、fentanyl、sirolimus 等)。有紀錄顯示有原因不明的陰道出血或子宮內膜非典型增生或子宮內膜癌。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

受到影響的產品

- *ledipasvir-sofosbuvir*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有慢性 C 型肝炎感染，並透過定量分析確認可檢測出的血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (RNA)。有基因型的文件紀錄。有文件紀錄顯示是否有罹患肝硬化以及肝硬化是否為代償性或失償性。有文件紀錄顯示先前曾接受過任何治療。有文件紀錄顯示肝臟移植的狀態。療程將根據基因型和先前的治療經驗獲得核准，詳如美國肝病研究協會 (AASLD) 準則所述。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	12 週。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：sofosbuvir-velpatasvir (學名藥 Epclusa)。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LEUKINE

受到影響的產品

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

PA	
排除標準	骨髓或周邊血液中多餘的白血病骨髓芽細胞在 10% 以上。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	3 個月。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Nivestym 和 Zarxio。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LEUPROLIDE ACETATE

受到影響的產品

- leuprolide (3 個月)
- leuprolide subcutaneous kit

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、泌尿科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LEVALBUTEROL

受到影響的產品

- *levalbuterol hcl inhalation solution*
for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：albuterol 吸入液。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LIDOCAINE PATCH

受到影響的產品

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LINEZOLID

受到影響的產品

- *linezolid in dextrose 5%*
- *linezolid oral suspension for reconstitution*
- *linezolid oral tablet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LOKELMA

受到影響的產品

- LOKELMA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示在基準期鉀濃度持續高於 5.0 mmol/L
年齡限制	
處方開立者限制	腎臟科醫師、心臟科醫師、內分泌科醫師、血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： sodium polystyrene sulfonate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

LUPRON DEPOT

受到影響的產品

- LUPRON DEPOT
- LUPRON DEPOT (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT (4 MONTH)
- LUPRON DEPOT (6 MONTH)

PA	
排除標準	
必要醫療資訊	子宮內膜異位症：患者已接受外科手術燒灼術以預防復發，或者有紀錄顯示對口服避孕藥沒有療效、有禁忌症或不耐受。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

LYRICA

受到影響的產品

- *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg*
- *pregabalin oral solution*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	帶狀疱疹後神經痛：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：gabapentin。糖尿病神經病變：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：duloxetine 和 gabapentin。纖維肌痛：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：duloxetine、gabapentin 或 Savella。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

MEGESTROL

受到影響的產品

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	與愛滋病 (AIDS) 相關的惡病體質：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dronabinol 和 oxandrolone。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

MEPROBAMATE

受到影響的產品

- *meprobamate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的至少兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：buspirone、duloxetine、escitalopram 或 venlafaxine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

METHOCARBAMOL

受到影響的產品

- *methocarbamol oral*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	有文件紀錄說明使用藥物證實有具體益處且該益處如何大過於潛在風險
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

METHOXSALEN

受到影響的產品

- *methoxsalen*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：calcipotriene、clobetasol、cyclosporine、fluocinonide、methotrexate 或 tazarotene。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

受到影響的產品

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：benazepril、fosinopril、hydrochlorothiazide、irbesartan, lisinopril、losartan、losartan/hydrochlorothiazide、lisinopril/hydrochlorothiazide、quinapril/hydrochlorothiazide、quinapril、ramipril 或 valsartan/hydrochlorothiazide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

METYROSIONE

受到影響的產品

- *metirosine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	本態性高血壓。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

MODAFINIL

受到影響的產品

- *modafinil*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	猝睡症：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dextroamphetamine 和 methylphenidate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

NAYZILAM

受到影響的產品

- NAYZILAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

NIVESTYM

受到影響的產品

- NIVESTYM INJECTION

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

NUCALA

受到影響的產品

- NUCALA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、免疫科醫師、肺科醫師、風濕科醫師、血液科醫師或耳鼻喉科醫師。
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	氣喘：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：1) budesonide、Flovent、Arnuity Ellipta 或 Qvar 以及 2) fluticasone-salmeterol、Wixela 或 Breo Ellipta。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

NUEDEXTA

受到影響的產品

- NUEDEXTA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

NUPLAZID

受到影響的產品

- NUPLAZID

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

OCTREOTIDE

受到影響的產品

- octreotide acetate injection solution

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

OFEV

受到影響的產品

- OFEV

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	中度或重度肝功能障礙 (Child-Pugh 分級標準 B 級或 C 級)。
必要醫療資訊	初次授權：有肝功能檢測的文件紀錄。僅限重新授權：有對治療有正向反應以及肝功能檢測的文件紀錄。
年齡限制	
處方開立者限制	肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

OLANZAPINE ODT

受到影響的產品

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況，或是對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：口服 olanzapine。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

OLANZAPINE SOLUTION

受到影響的產品

- *olanzapine intramuscular*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

OMNITROPE

受到影響的產品

- OMNITROPE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	成人生長激素缺乏症 (AGHD) (初次): 因過去曾確診在兒童時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 而確診, 或者確診在成人時期發病的生長激素缺乏症 (GHD) 並有文件紀錄顯示因器官或已知原因 (例如: 因外科手術造成的損傷、顱部放射線治療、頭部創傷、蜘蛛膜下腔出血) 而導致的下視丘腦垂體疾病所引起的荷爾蒙不足, 且有文件紀錄顯示曾接受一項生長激素刺激檢測 (例如: 胰島素耐受性檢測、精氨酸 / 生長素釋素 [GHRH]、胰高血糖素、精氨酸) 以確認患有成人生長激素缺乏症 (GHD), 同時具有相應的生長激素 (GH) 分泌峰值 ([胰島素耐受性檢測 [ITT] 在 5mcg/L 以下]、[若身體質量指數 [BMI] 低於 25kg/m², 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 11mcg/L 以下; 若身體質量指數 [BMI] 在 25kg/m² 以上但在 30kg/m² 以下, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 8mcg/L 以下; 或者若身體質量指數 [BMI] 在 30kg/m² 以上, 則生長素釋素 [GHRH] + 精氨酸 [ARG] 應在 4mcg/L 以下]、[胰高血糖素在 3mcg/L 以下]、[精氨酸 [Arg] 在 0.4mcg/L 以下]), 或者有文件紀錄顯示 3 種腦垂體前葉素不足 (泌乳激素、促腎上腺皮質激素 [ACTH]、促甲狀腺激素 [TSH]、濾泡刺激素 [FSH] / 黃體化激素 [LH]) 且類胰島素生長因子 (IGF-1) / 生長調節素 C 低於根據年齡和性別調整的正常範圍, 詳如醫師化驗結果所述。成人生長激素缺乏症 (AGHD) (重新授權): 有文件紀錄證明患者有正向反應經驗。
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ORAL ANTIPSYCHOTICS

受到影響的產品

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA
- FANAPT
- LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG
- *lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg*
- *paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg*
- *quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg*
- VRAYLAR ORAL CAPSULE
- VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：olanzapine、quetiapine、risperidone、ziprasidone 或 aripiprazole。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ORENCIA

受到影響的產品

- ORENCIA CLICKJECT
- ORENCIA SUBCUTANEOUS
SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML,
87.5 MG/0.7 ML

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	風濕科醫師、移植專科醫生
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。 乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ORKAMBI

受到影響的產品

- ORKAMBI

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示囊腫性纖維化穿膜傳導調節蛋白 (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR) 基因有同型合子 F508del 突變的狀況。
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

OTEZLA

受到影響的產品

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。斑塊型乾癬：對處方藥一覽表中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

OXANDROLONE

受到影響的產品

- *oxandrolone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

OXBRYTA

受到影響的產品

- OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG
- OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示在過去 12 個月內曾發生至少 1 次血管阻塞危急情況 (Vaso-Occlusive Crisis, VOC)。血紅素 (Hemoglobin, Hgb) 高於或等於 5.5 且低於或等於 10.5 g/dL。重新授權：有文件紀錄顯示對治療有正向反應。
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

OXERVATE

受到影響的產品

- OXERVATE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	確診第 2 期或第 3 期神經營養性角膜炎。
年齡限制	
處方開立者限制	眼科醫師
承保期限	8 週。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

PAH

受到影響的產品

- *ambrisentan*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： sildenafil 或 tadalafil。若與 tadalafil 合併使用並用於沒有接受過治療 且屬於世界衛生組織 (WHO) 功能分級 (FC) 第 II 級和第 III 級的肺動 脈高壓 (PAH) 患者，則可獲得核准。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

PARATHYROID HORMONE ANALOGS

受到影響的產品

- *teriparatide*
- TYMLOS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (Bone Mineral Density, BMD) 測量, 骨密度 (BMD) T 分數在 -3.5 以下, 或者根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (BMD) 測量, 骨密度 (BMD) T 分數介於 -2.5 至 -3.5 之間 (骨密度 [BMD] T 分數高於 -3.5 但在 -2.5 以下) 且有骨折病史。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應: alendronic acid 或 risedronate。若治療時間超過 24 個月, 必須要有正當醫療理由。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PDE5 INHIBITORS

受到影響的產品

- *alyq*
- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*
- *tadalafil (pulm. hypertension)*
- TADLIQ

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在使用硝酸鹽或 PDE5 抑制劑。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PEGASYS

受到影響的產品

- PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
- PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	慢性 C 型肝炎：治療時間由食品與藥物管理局 (FDA) 仿單或美國肝病研究協會 (AASLD) 建議決定。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PEGFILGRASTIM

受到影響的產品

- FULPHILA
- UDENYCA
- UDENYCA AUTOINJECTOR
- ZIEXTENZO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Nivestym 和 Zarxio。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PHENOBARBITAL

受到影響的產品

- *phenobarbital*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate 或 zonisamide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PIMECROLIMUS

受到影響的產品

- *pimecrolimus*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種外用替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：clobetasol、betamethasone、fluocinolone 或 fluocinonide 以及對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：tacrolimus 軟膏。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

POSACONAZOLE

受到影響的產品

- NOXAFIL ORAL SUSPENSION
- *posaconazole oral*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：fluconazole、itraconazole 或 voriconazole。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PREMARIN TABLETS

受到影響的產品

- PREMARIN ORAL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	更年期骨質疏鬆預防：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。外陰和陰道萎縮：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 乳膏。其他適應症：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 經皮貼片、estradiol 錠劑或 estropipate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PREMPRO TABLETS

受到影響的產品

- PREMPRO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	更年期骨質疏鬆預防：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。外陰和陰道萎縮：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 乳膏。其他適應症：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：estradiol 經皮貼片、estradiol 錠劑或 estropipate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PREVYMIS

受到影響的產品

- PREVYMIS ORAL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、腫瘤科醫師、移植專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

PROCRT

受到影響的產品

- PROCRT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	不受控制的高血壓。
必要醫療資訊	由慢性腎臟病所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL 且有文件紀錄顯示，運鐵蛋白飽和度在 20% 以上且鐵蛋白在 100ng/mL 以上。由化療所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL。食品與藥物管理局 (FDA) 外科適應症：血紅蛋白 (Hgb) 介於 10g/dL-13g/dL 且患者不適合進行自體血液捐贈，同時若進行選擇性非心臟非血管外科手術，預期將會大量失血。由 Zidovudine 所引起：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL。骨髓增生不良症候群：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL 且紅血球生成因子在 500 mU/mL 以下。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PROLASTIN C

受到影響的產品

- PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV
- PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	肺氣腫的臨床證明
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	治療前的血清 α 1-抗胰蛋白酶 (AAT) 濃度低於 11 micromol/L (輻射狀免疫擴散法為 80 mg/dl 或散射比濁法為 50 mg/dl)
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PROLIA

受到影響的產品

- PROLIA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (Bone Mineral Density, BMD) 測量，骨密度 (BMD) T 分數在 -3.5 以下，或者根據腰椎 (至少兩節椎體)、髖部 (股骨頸、全髖關節) 或橈骨 (三分之一的橈骨部位) 的骨密度 (BMD) 測量，骨密度 (BMD) T 分數介於 -2.5 至 -3.5 之間 (高於 -3.5 但在 -2.5 以下) 且有骨折病史。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：alendronic acid 和 risedronate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PROMACTA

受到影響的產品

- PROMACTA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有血小板計數的文件記錄。C 型肝炎感染的血小板減少症：有文件紀錄顯示目前同時正在接受或預定將要接受以干擾素為基礎的慢性 C 型肝炎治療。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、血液科醫師、肝病科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	慢性免疫性 (特發性) 血小板減少症對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dexamethasone、methylprednisolone、prednisolone 或 prednisone。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PROMETHAZINE

受到影響的產品

- *promethazine oral*
- *promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	過敏：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：cetirizine 和 levocetirizine。噁心和嘔吐：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：chlorpromazine、granisetron、ondansetron 或 prochlorperazine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PROTRIPTYLINE

受到影響的產品

- *protriptyline*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

PYRIMETHAMINE

受到影響的產品

- *pyrimethamine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	由葉酸缺乏症所引起的貧血
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、人類免疫缺乏病毒 (HIV) 專科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師、移植專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	弓形蟲性腦炎的初級預防：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：trimethoprim / sulfamethoxazole。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

QUININE

受到影響的產品

- *quinine sulfate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	夜間腿痙攣的預防或治療。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	10 天。
其他標準	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：chloroquine 或 hydroxychloroquine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

REPATHA

受到影響的產品

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SURECLICK
- REPATHA SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	原發性高脂血症：有文件紀錄顯示，在接受最高耐受劑量之 statin 類藥物治療和 ezetimibe 治療的期間，目前低密度脂蛋白 (LDL) 指數高於 100mg/dL，除非對 statin 類藥物或 ezetimibe 治療不耐受或有禁忌症。動脈粥樣硬化性心血管疾病 (ASCVD) 的次級預防：有文件紀錄顯示至少有一項高風險因子：最近曾罹患急性冠狀動脈症候群 (ACS) (最近 12 個月內)、有心肌梗塞 (MI) 的病史、有缺血性中風的病史、有症狀的周邊動脈疾病 (有跛行病史且上下肢血壓比 [ABI] 高於 0.85 或者先前曾接受血管重建或截肢)。異合子型家族性高膽固醇血症 (Heterozygous Familial Hypercholesterolemia, HeFH) 或同合子型家族性高膽固醇血症 (Homozygous Familial Hypercholesterolemia, HoFH)：有文件紀錄顯示經由遺傳檢測或臨床標準確診 (例如 Simon Broome 或 Dutch Lipid Clinic Network 標準，或有紀錄顯示未經治療的低密度脂蛋白-膽固醇 [LDL-C] 高於 180 mg/dL 且伴隨黃色瘤或角膜裂)，或者有證據顯示在一等親或二等親當中有人罹患家族性高膽固醇血症。
年齡限制	
處方開立者限制	心臟科醫師、內分泌科醫師、血脂專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

RETACRIT

受到影響的產品

- RETACRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	不受控制的高血壓。
必要醫療資訊	由慢性腎臟病所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL 且有文件紀錄顯示，運鐵蛋白飽和度在 20% 以上且鐵蛋白在 100ng/mL 以上。由化療所引起的貧血：血紅蛋白 (Hgb) 低於 10g/dL。食品與藥物管理局 (FDA) 外科適應症：血紅蛋白 (Hgb) 介於 10g/dL-13g/dL 且患者不適合進行自體血液捐贈，同時若進行選擇性非心臟非血管外科手術，預期將會大量失血。由 Zidovudine 所引起：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL。骨髓增生不良症候群：血紅蛋白 (Hgb) 低於 11g/dL 且紅血球生成因子在 500 mU/mL 以下。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有醫療認可的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

REXULTI

受到影響的產品

- REXULTI ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	思覺失調症：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：olanzapine、risperidone、quetiapine、ziprasidone 或 aripiprazole。憂鬱症：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：citalopram、escitalopram、fluoxetine、mirtazapine、paroxetine、sertraline 或 venlafaxine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

RHOPRESSA

受到影響的產品

- RHOPRESSA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	正當醫療理由顯示，已嘗試過處方藥一覽表中不同類別的兩種青光眼藥劑，但沒有療效、有禁忌症或將不具有醫療適當性。藥物類別包括 α 腎上腺素拮抗劑 (brimonidine)、前列腺素 (latanoprost, travoprost) 或 β 受體阻斷劑 (timolol, levobunolol)。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

RINVOQ

受到影響的產品

- RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	風濕科醫師、皮膚科醫師、胃腸科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。 異位性皮膚炎：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：cyclosporine、azathioprine、methotrexate。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

RISPERDAL CONSTA

受到影響的產品

- RISPERDAL CONSTA
- UZEDY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： 口服 risperidone。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

RUFINAMIDE

受到影響的產品

- *rufinamide oral suspension*
- *rufinamide oral tablet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate、clobazam 或 zonisamide。針對 Rufinamide 懸液劑：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Rufinamide 錠劑。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

SAPROPTERIN

受到影響的產品

- *sapropterin*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

SECUADO

受到影響的產品

- SECUADO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： olanzapine、quetiapine、risperidone、ziprasidone 或 aripiprazole。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

SIGNIFOR

受到影響的產品

- SIGNIFOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

SIRTURO

受到影響的產品

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

SKYRIZI

受到影響的產品

- SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腸胃科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	斑塊型乾癬：對下列其中一項治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

受到影響的產品

- sofosbuvir-velpatasvir

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有慢性 C 型肝炎感染，並透過定量分析確認可檢測出的血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (RNA)。有基因型的文件紀錄。有文件紀錄顯示是否有罹患肝硬化以及肝硬化是否為代償性或失償性。有文件紀錄顯示先前曾接受過任何治療。有文件紀錄顯示肝臟移植的狀態。療程將根據基因型和先前的治療經驗獲得核准，詳如美國肝病研究協會 (AASLD) 準則所述。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	12 週。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

SOMAVERT

受到影響的產品

- SOMAVERT

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： octreotide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

SPRITAM

受到影響的產品

- SPRITAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： levetiracetam 口服液。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

STELARA

受到影響的產品

- STELARA SUBCUTANEOUS

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腸胃科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。斑塊型乾癬：對處方藥一覽表中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。克隆氏症和潰瘍性結腸炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：budesonide、mesalamine 或 sulfasalazine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

SYMDEKO

受到影響的產品

- SYMDEKO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示囊腫性纖維化穿膜傳導調節蛋白 (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR) 基因有同型合子 F508del 突變或有至少一種突變的狀況且對 tezacaftor/ivacaftor 有反應。
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

SYMLIN

受到影響的產品

- SYMLINPEN 120
- SYMLINPEN 60

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	確診胃輕癱。
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在使用胰島素進行最佳治療的至少 3 個月後，糖化血紅蛋白 (HbA1C) 分數在 7% 以上。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

SYMPAZAN

受到影響的產品

- SYMPAZAN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有吞嚥困難或無法吞嚥的狀況。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate、valproic acid 或 zonisamide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

SYNAREL

受到影響的產品

- SYNAREL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

TACROLIMUS OINTMENT

受到影響的產品

- *tacrolimus topical*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種外用替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：clobetasol、betamethasone、fluocinolone 或 fluocinonide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TAKHZYRO

受到影響的產品

- TAKHZYRO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	遺傳性血管性水腫 (Hereditary Angioedema, HAE) 診斷結果必須經由血液檢測確認。
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、免疫科醫師、血液科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

TALTZ

受到影響的產品

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	斑塊型乾癬：有文件紀錄顯示乾癬覆蓋身體的百分比超過體表面積 (BSA) 的 3%，或者出現在重要身體部位，例如手部、腳部、臉部或生殖器。
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。僵直性脊椎炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：celecoxib、diclofenac、indomethacin、naproxen 或 sulindac。斑塊型乾癬：對處方藥一覽表中的其中一種替代治療沒有療效或有嚴重臨床不良反應：acitretin、cyclosporine、methotrexate 或光照治療。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TARGRETIN

受到影響的產品

- *bexarotene*
- TARGRETIN TOPICAL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TAZORAC

受到影響的產品

- *tazarotene topical cream*
- *tazarotene topical gel*
- TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %
- TAZORAC TOPICAL GEL

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	斑塊型乾癬：對處方藥一覽表中的其中一種外用替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：calcipotriene、clobetasol 或 fluocinonide。尋常性痤瘡：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：benzoyl peroxide / 外用 clindamycin、benzoyl peroxide / 外用 erythromycin、外用 clindamycin、口服 doxycycline、外用 erythromycin、口服 minocycline、口服 tetracycline 或外用 tretinoin。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TECFIDERA

受到影響的產品

- *dimethyl fumarate*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Aubagio 和 glatiramer。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TESTOSTERONE

受到影響的產品

- *methyltestosterone oral capsule*
- *testosterone cypionate intramuscular oil*
100 mg/ml, 200 mg/ml
- *testosterone enanthate*
- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在最近 3 個月內的治療前血清睾酮濃度低於化驗室的參考下限。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TESTOSTERONE PUMP

受到影響的產品

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示，在最近 3 個月內的治療前血清睾酮濃度低於化驗室的參考下限。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： testosterone cypionate、testosterone enanthate 或 testosterone 經皮吸收凝膠或外用液。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TETRABENAZINE

受到影響的產品

- *tetrabenazine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	同時正在使用單胺氧化酶抑制劑 (MAOI)。沒有接受治療或沒有接受適當治療的憂鬱症，或是目前有自殺傾向。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TIGECYCLINE

受到影響的產品

- *tigecycline*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TOBI PODHALER

受到影響的產品

- TOBI PODHALER

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

TOBRAMYCIN SOLUTION

受到影響的產品

- *tobramycin in 0.225 % nacl*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	傳染病專科醫師、肺科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

TOLCAPONE

受到影響的產品

- *tolcapone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示同時正在使用 levodopa 和 carbidopa。
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amantadine、bromocriptine、carbidopa/levodopa、entacapone、pramipexole、ropinirole 或 selegiline。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TRIENTINE

受到影響的產品

- *trientine oral capsule 250 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	膽汁性肝硬化、類風濕性關節炎。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： penicillamine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TRIHEXYPHENIDYL

受到影響的產品

- trihexyphenidyl

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	狹角性青光眼。
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	帕金森症候群：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amantadine、bromocriptine、carbidopa/levodopa、entacapone、pramipexole、ropinirole 或 selegiline。由藥物引起的動作障礙 - 錐體外疾病：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：amantadine。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TRIMIPRAMINE

受到影響的產品

- *trimipramine*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	若未滿 65 歲則可獲得核准。若年滿 65 歲以上，事先授權標準將適用。
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

TRINTELLIX

受到影響的產品

- TRINTELLIX

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

UBRELVY

受到影響的產品

- UBRELVY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	正當醫療理由顯示，已嘗試過處方藥一覽表中不同類別的兩種抗偏頭痛藥物，但沒有療效、有禁忌症或將不具有醫療適當性。這些類別包括：(1) 止痛劑 - aspirin、naproxen、ibuprofen、diclofenac、celecoxib、indomethacin、nabumetone 以及 (2) 翠普敦類藥物 - sumatriptan、rizatriptan/rizatriptan ODT
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師、疼痛專科醫師、頭痛專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

VALCHLOR

受到影響的產品

- VALCHLOR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	皮膚科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

VANCOMYCIN CAPSULE

受到影響的產品

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	困難梭狀芽孢桿菌腹瀉：重新授權：有文件紀錄顯示糞便中有困難梭狀芽孢桿菌陽性反應
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	3 個月。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

VASCEPA

受到影響的產品

- icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1 gram
- VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	減少發生心肌梗塞、中風、冠狀動脈血管重建以及需要住院之不穩定心絞痛的風險。有文件紀錄顯示曾接受最高耐受劑量的 statin 類藥物治療，除非不耐受或有禁忌症，且三酸甘油酯過高 (在 150 mg/dL 以上) 並已證實患有心血管疾病或糖尿病，同時有兩項或兩項以上的額外心血管疾病風險因子。嚴重高三酸甘油酯血症：有文件紀錄顯示三酸甘油酯過高 (在 500 mg/dL 以上)。
年齡限制	
處方開立者限制	血脂專科醫師、心臟科醫師、內分泌科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：omega-3 acid ethyl esters。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

VEMLIDY

受到影響的產品

- VEMIDY

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	肝病科醫師、腸胃科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

VIBERZI

受到影響的產品

- VIBERZI

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	有切除膽囊的紀錄。
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dicyclomine 和 loperamide。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

VIGABATRIN

受到影響的產品

- *vigabatrin oral powder in packet*
- *vigabatrin oral tablet*
- *vigadrone oral powder in packet*
- *vigadrone oral tablet*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	神經內科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	僅限反射性複雜型局部性癲癇發作：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：carbamazepine、clonazepam、divalproex、ethosuximide、felbamate、gabapentin、lamotrigine、levetiracetam、lorazepam、oxcarbazepine、phenytoin、tiagabine、topiramate 或 zonisamide
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

VIIBRYD

受到影響的產品

- VIIBRYD ORAL TABLET
- VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)
- *vilazodone*

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： citalopram、escitalopram、fluoxetine、sertraline、venlafaxine、 desvenlafaxine、duloxetine、mirtazapine 或 bupropion
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

VORICONAZOLE

受到影響的產品

- voriconazole intravenous

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

XATMEP

受到影響的產品

- XATMEP

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師、兒科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	需受到 B 部分亦或 D 部分裁決的約束。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

XELJANZ

受到影響的產品

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ XR
- XELJANZ ORAL TABLET

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、風濕科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	類風濕性關節炎：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：azathioprine、cyclosporine、hydroxychloroquine、leflunomide、methotrexate 或 sulfasalazine。乾癬性關節炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：methotrexate。潰瘍性結腸炎：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：Humira。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

XGEVA

受到影響的產品

- XGEVA

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

XIFAXAN

受到影響的產品

- XIFAXAN

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	肝性腦病變：對處方藥一覽表中的替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：lactulose。腸躁症伴隨腹瀉：對處方藥一覽表中的所有替代藥物皆沒有療效或有嚴重臨床不良反應：loperamide。旅行者腹瀉：對處方藥一覽表中的其中一種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：ciprofloxacin 或 levofloxacin。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

XOLAIR

受到影響的產品

- XOLAIR

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	氣喘 (初期): 一秒吐氣量或尖峰呼氣流量低於或等於預測量的 80%，或是氣喘控制評估顯示氣喘沒有獲得控制 (例如: 氣喘控制檢測 [Asthma Control Test, ACT] 分數在 19 分以下)。基準期 (在接受 Xolair 治療之前) 血清總 IgE 指數高於或等於 30 IU/mL。對常年性空氣過敏原皮膚檢測或體外檢測呈陽性反應。
年齡限制	
處方開立者限制	過敏科醫師、皮膚科醫師、免疫科醫師、肺科醫師、耳鼻喉科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

XYREM

受到影響的產品

- *sodium oxybate*
- XYREM

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	猝睡症患者白天睡眠時間過長：對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應：dextroamphetamine、methylphenidate 及 modafinil。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ZARXIO

受到影響的產品

- ZARXIO

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	
年齡限制	
處方開立者限制	血液科醫師、傳染病專科醫師、腫瘤科醫師
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

ZEPATIER

受到影響的產品

- ZEPATIER

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示有慢性 C 型肝炎感染，並透過定量分析確認可檢測出的血清 C 型肝炎病毒核糖核酸 (RNA)。有基因型的文件紀錄。有文件紀錄顯示是否有罹患肝硬化以及肝硬化是否為代償性或失償性。有文件紀錄顯示先前曾接受過任何治療。有文件紀錄顯示肝臟移植的狀態。療程將根據基因型和先前的治療經驗獲得核准，詳如美國肝病研究協會 (AASLD) 準則所述。基因型 1a: 有文件紀錄顯示曾接受 NS5A 基因多態性檢測。
年齡限制	
處方開立者限制	腸胃科醫師、肝臟科醫師、傳染病專科醫師
承保期限	12 至 16 週，視基因型、基因多態性、肝硬化或先前治療而定。
其他標準	
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外使用	
B 部分先決條件	否

ZYPREXA RELPREVV

受到影響的產品

- ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION 210 MG

事先授權 (PA) 標準	標準詳細資訊
排除標準	
必要醫療資訊	有文件紀錄顯示曾服用口服 olanzapine 且沒有出現任何嚴重臨床副作用。
年齡限制	
處方開立者限制	
承保期限	直到日曆年度結束為止。
其他標準	對處方藥一覽表中的兩種替代藥物沒有療效或有嚴重臨床不良反應： Invega Sustenna、Invega Trinza 或 Risperdal Consta。
適應症	所有獲得食品與藥物管理局 (FDA) 核准的適應症。
藥品仿單標示外 使用	
B 部分先決條件	否

索引

A

ABELCET.....	1
ABILIFY ASIMTUFI	
INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION,EXTENDED REL	
SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2	
ML.....	2
ABILIFY MAINTENA	
INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION,EXTENDED REL	
RECON 300 MG, 400 MG	2
ABILIFY MAINTENA	
INTRAMUSCULAR	
SUSPENSION,EXTENDED REL	
SYRING.....	2
abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg ...	15, 17
acitretin	3
ACTHAR	62
ACTIMMUNE.....	4
adefovir	5
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET	
FOR SUSPENSION 2 MG	15, 17
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	7
AKEEGA	15, 17
ALECENSA.....	15, 17
alosetron.....	8
ALUNBRIG.....	15, 17
alyq.....	115
AMBISOME	9
ambrisentan	113
amitriptyline.....	10
amnestem.....	75
amoxapine	11
amphotericin b	12
<i>amphotericin b liposome</i>	9
APOKYN.....	18
apomorphine	18
aprepitant.....	19
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400	
MG, 600 MG, 800 MG	13
ARCALYST	20
aripiprazole oral solution	21
aripiprazole oral tablet,disintegrating	21

armodafinil	22
asenapine maleate	106
atovaquone	23
AUBAGIO	24
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG,	
9 MG	25
AUVELITY	26
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200	
MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG.....	15, 17
B	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4	
MG, 5 MG.....	15, 17
BARACLUDE ORAL SOLUTION	48
BESREMI	15, 17
bexarotene	155
BOSULIF	15, 17
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG ..	15, 17
BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	13
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100	
MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG.....	13
BRUKINSA	15, 17
C	
CABOMETYX	15, 17
CALQUENCE	15, 17
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	
.....	15, 17
CAPLYTA	106
CAPRELSA	15, 17
caspofungin	27
claravis	75
clobazam oral suspension	14
clobazam oral tablet	14
clomipramine	28
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg,	
12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	29
COMETRIQ.....	15, 17
COPIKTRA.....	15, 17
CORLANOR ORAL SOLUTION.....	31
CORLANOR ORAL TABLET	31
COSENTYX (2 SYRINGES).....	32
COSENTYX PEN (2 PENS)	32
COSENTYX SUBCUTANEOUS	
SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	32

COSENTYX UNOREADY PEN 32
 COTELLIC 15, 17
 cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg.. 33

D

dalfampridine 34
 DALIRESP 35
 DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25
 MG 15, 17
 deferasirox oral tablet, dispersible 36
 desipramine 37
 dexamethylphenidate oral tablet 6
 DIACOMIT 14
 diazepam intensol..... 38
 diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)
 38
 dimethyl fumarate 39, 157
 disopyramide phosphate oral capsule 40
 doxepin oral capsule 41
 doxepin oral concentrate 41
 DRIZALMA SPRINKLE 42
 dronabinol 43
 droxidopa 44
 DUAVEE 50

E

ELIGARD 45
 ELIGARD (3 MONTH)..... 45
 ELIGARD (4 MONTH)..... 45
 ELIGARD (6 MONTH)..... 45
 EMSAM 46
 ENBREL 47
 ENBREL MINI..... 47
 ENBREL SURECLICK..... 47
 entecavir 48
 EPIDIOLEX..... 13
 ERIVEDGE..... 15, 17
 ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60
 MG 15, 17
 erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg
 15, 17
 ESBRIET ORAL CAPSULE..... 49
 ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801
 MG 49
 estradiol oral..... 50
 estradiol transdermal patch weekly..... 50
 everolimus (antineoplastic) oral tablet 15, 17

everolimus (antineoplastic) oral tablet for
 suspension 3 mg, 5 mg..... 15, 17
 EXKIVITY 15, 17

F

FANAPT 106
 fentanyl citrate buccal lozenge on a handle
 51
 FETZIMA 52
 fingolimod..... 57
 FINTEPLA..... 14
 FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE
 54
 FOTIVDA 15, 17
 FULPHILA 117
 FYCOMPA ORAL SUSPENSION 13
 FYCOMPA ORAL TABLET 13

G

GAVRETO 15, 17
 gefitinib 15, 17
 GENOTROPIN 55
 GENOTROPIN MINISQUICK 55
 GILENYA..... 57
 GILOTRIF 15, 17
 glatiramer 58
 glatopa..... 59
 GLEOSTINE..... 15, 17
 glyburide 60
 glyburide micronized 60
 glyburide-metformin oral tablet 1.25-250
 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg..... 60
 guanfacine oral tablet 61
 guanfacine oral tablet extended release 24 hr
 61

H

HUMIRA PEN..... 64
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START
 64
 HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS
 66
 HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 KIT 40 MG/0.8 ML 64
 HUMIRA(CF)..... 64
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
 65
 HUMIRA(CF) PEN 64
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.... 64

HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC..... 65
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS
 64

I

IBRANCE 15, 17
 icatibant..... 53
 ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG,
 30 MG, 45 MG..... 15, 17
 icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram, 1
 gram 172
 IDHIFA 15, 17
 imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg... 15, 17
 IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,
 70 MG 15, 17
 IMBRUVICA ORAL SUSPENSION. 15, 17
 IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG,
 280 MG, 420 MG, 560 MG 15, 17
 imipramine hcl 67
 imipramine pamoate..... 67
 INCRELEX..... 68
 indomethacin oral capsule..... 69
 INGREZZA..... 70
 INGREZZA INITIATION PACK 70
 INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG. 15,
 17
 INQOVI 15, 17
 INREBIC..... 15, 17
 INVEGA HAFYERA 72
 INVEGA SUSTENNA 73
 INVEGA TRINZA..... 74
 IRESSA..... 15, 17
 isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30
 mg, 40 mg 75
 itraconazole oral solution..... 76

J

JAKAFI..... 15, 17
 JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50
 MG 15, 17

K

KALYDECO..... 77
 KERENDIA 78
 KISQALI FEMARA CO-PACK 15, 17
 KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY
 (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X
 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3).... 15, 17
 KORLYM 79

KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25
 MG 15, 17
 KRAZATI..... 15, 17

L

lapatinib..... 15, 17
 LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20
 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG..... 106
 ledipasvir-sofosbuvir..... 80
 lenalidomide..... 15, 17
 LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY
 (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3),
 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18
 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20
 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10
 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY
 (4 MG X 2)..... 15, 17
 LEUKINE INJECTION RECON SOLN.. 81
 leuprolide (3 個月)..... 82
 leuprolide subcutaneous kit..... 82
 levalbuterol hcl inhalation solution for
 nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml,
 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml..... 83
 lidocaine topical adhesive patch,medicated 5
 % 84
 linezolid in dextrose 5%..... 85
 linezolid oral suspension for reconstitution
 85
 linezolid oral tablet 85
 LOKELMA 86
 LONSURF 15, 17
 LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25
 MG 15, 17
 LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG,
 320 MG 15, 17
 LUPRON DEPOT..... 87
 LUPRON DEPOT (3 MONTH) 87
 LUPRON DEPOT (4 MONTH) 87
 LUPRON DEPOT (6 MONTH) 87
 lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40
 mg, 60 mg, 80 mg 106
 LYNPARZA 15, 17
 LYTGobi..... 15, 17

M

MATULANE 15, 17
 megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40
 mg/ml)..... 89

megestrol oral tablet..... 89
 MEKINIST ORAL RECON SOLN ... 15, 17
 MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2
 MG 15, 17
 MEKTOVI 15, 17
 meprobamate 90
 methocarbamol oral 91
 methoxsalen 92
 methyl dopa-hydrochlorothiazide 93
 methylphenidate hcl oral capsule, er
 biphasic 30-70 6
 methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic
 50-50 6
 methylphenidate hcl oral solution 6
 methylphenidate hcl oral tablet 6
 methylphenidate hcl oral tablet extended
 release 6
 methyltestosterone oral capsule 158
 metyrosine 94
 modafinil 95
 molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg 63
 MOVANTIK 30
 myorisan 75
N
 NAYZILAM 96
 NERLYNX 15, 17
 NEXAVAR 16, 17
 NINLARO 16, 17
 NIVESTYM INJECTION 97
 NOXAFIL ORAL SUSPENSION 120
 NUBEQA 16, 17
 NUCALA 98
 NUEDEXTA 99
 NUPLAZID 100
O
 octreotide acetate injection solution 101
 ODOMZO 16, 17
 OFEV 102
 OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150
 MG, 200 MG 16, 17
 olanzapine intramuscular 104
 olanzapine oral tablet,disintegrating 103
 OMNITROPE 105
 ONUREG 16, 17
 ORENCIA CLICKJECT 107

ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5
 MG/0.7 ML 107
 ORGOVYX 16, 17
 ORKAMBI 108
 ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86
 MG 16, 17
 OTEZLA 109
 OTEZLA STARTER ORAL
 TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20
 MG (4)-30 MG (47) 109
 oxandrolone 110
 OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500
 MG 111
 OXBRYTA ORAL TABLET FOR
 SUSPENSION 111
 OXERVATE 112
P
 paliperidone oral tablet extended release
 24hr 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg 106
 PANRETIN 16, 17
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION
 116
 PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE
 116
 PEMAZYRE 16, 17
 phenobarbital 118
 pimecrolimus 119
 PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY
 (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG
 X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG
 X 2) 16, 17
 pirfenidone oral capsule 49
 pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801
 mg 49
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML 71
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MCG/0.5 ML 71
 POMALYST 16, 17
 posaconazole oral 120
 pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg,
 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg,
 75 mg 88
 pregabalin oral solution 88
 PREMARIN ORAL 121

PREMPRO..... 122
PREVYMIS ORAL 123
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000
UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000
UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000
UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML 124
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL
PRICE/ONE MG,SUV 125
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON
SOLN 125
PROLIA 126
PROMACTA 127
promethazine oral..... 128
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25
mg 128
promethegan rectal suppository 25 mg, 50
mg 128
protriptyline..... 129
PURIXAN..... 16, 17
pyrimethamine 130
Q
QINLOCK..... 16, 17
quetiapine oral tablet extended release 24 hr
150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg
..... 106
quinine sulfate 131
R
REBIF (WITH ALBUMIN) 71
REBIF REBIDOSE..... 71
REBIF TITRATION PACK 71
REPATHA PUSHTRONEX..... 132
REPATHA SURECLICK..... 132
REPATHA SYRINGE..... 132
RETACRIT INJECTION SOLUTION
10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML,
20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML,
4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML ... 133
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80
MG 16, 17
REVLIMID 16, 17
REXULTI ORAL TABLET 134
REZLIDHIA 16, 17
RHOPRESSA 135
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45
MG 136

RISPERDAL CONSTA..... 137
roflumilast 35
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG,
200 MG 16, 17
RUBRACA 16, 17
rufinamide oral suspension 138
rufinamide oral tablet..... 138
RYDAPT..... 16, 17
S
sapropterin..... 139
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40
MG 16, 17
SECUADO..... 140
SIGNIFOR 141
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 115
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG..... 142
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN
INJECTOR..... 143
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE
150 MG/ML 143
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE
KIT..... 143
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE
INJECTOR..... 143
sodium oxybate 183
sofosbuvir-velpatasvir 144
SOMAVERT..... 145
sorafenib..... 16, 17
SPRITAM 146
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140
MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG . 16,
17
STELARA SUBCUTANEOUS..... 147
STIVARGA 16, 17
sunitinib malate..... 16, 17
SUTENT 16, 17
SYMDEKO..... 148
SYMLINPEN 120..... 149
SYMLINPEN 60..... 149
SYMPAZAN..... 150
SYNAREL 151
SYNRIBO 16, 17
T
TABLOID 16, 17
TABRECTA 16, 17
tacrolimus topical..... 152

tadalafil (pulm. hypertension).....	115	TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50	
TADLIQ.....	115	MG	16, 17
TAFINLAR.....	16, 17	TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200	
TAGRISSO	16, 17	MG	16, 17
TAKHZYRO.....	153	TYMLOS	114
TALTZ AUTOINJECTOR.....	154	U	
TALTZ SYRINGE.....	154	UBRELVY	169
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG,		UDENYCA	117
0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1		UDENYCA AUTOINJECTOR.....	117
MG	16, 17	UZEDY	137
TARGRETIN TOPICAL	155	V	
TASIGNA	16, 17	VALCHLOR.....	170
tazarotene topical cream	156	vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg	
tazarotene topical gel	156		171
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	156	VANFLYTA.....	16, 17
TAZORAC TOPICAL GEL	156	VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	
TAZVERIK.....	16, 17		172
TEPMETKO	16, 17	VEMLIDY	173
teriflunomide.....	24	VENCLEXTA.....	16, 17
teriparatide	114	VENCLEXTA STARTING PACK	16, 17
testosterone cypionate intramuscular oil	100	VERSACLOZ	29
mg/ml, 200 mg/ml.....	158	VERZENIO.....	16, 17
testosterone enanthate	158	VIBERZI.....	174
testosterone transdermal gel in metered-dose		vigabatrin oral powder in packet.....	175
pump	158, 159	vigabatrin oral tablet	175
testosterone transdermal gel in packet ...	158,	vigadrone oral powder in packet.....	175
159		vigadrone oral tablet	175
testosterone transdermal solution in metered		VIIIBRYD ORAL TABLET.....	176
pump w/app.....	158	VIIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK	
tetrabenazine	160	10 MG (7)- 20 MG (23).....	176
THALOMID	16, 17	vilazodone	176
thioridazine	63	VIMPAT ORAL TABLET	14
TIBSOVO	16, 17	VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25	
tigecycline	161	MG	16, 17
TOBI PODHALER.....	162	VITRAKVI ORAL SOLUTION	16, 17
tobramycin in 0.225 % nacl	163	VIZIMPRO	16, 17
tolcapone	164	VONJO	16, 17
trientine oral capsule 250 mg.....	165	voriconazole intravenous	177
trihexyphenidyl	166	VOTRIENT.....	16, 17
trimipramine.....	167	VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	106
TRINTELLIX	168	VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE	
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100		PACK.....	106
MG/DAY (100 MG X 1), 125		W	
MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50		WELIREG.....	16, 17
MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25		X	
MG X 3).....	16, 17	XALKORI.....	16, 17

XATMEP	178
XELJANZ ORAL SOLUTION	179
XELJANZ ORAL TABLET	179
XELJANZ XR	179
XERMELO	16, 17
XGEVA.....	180
XIFAXAN.....	181
XOLAIR	182
XOSPATA	16, 17
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	16, 17
XTANDI	16, 17
XYREM	183

Y

YONSA.....	16, 17
------------	--------

Z

ZARXIO	184
ZEJULA ORAL CAPSULE	16, 17
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG.....	16, 17
ZELBORAF.....	16, 17
zenatane.....	75
ZEPATIER.....	185
ZIEXTENZO	117
ziprasidone mesylate	56
ZOLINZA	16, 17
ZYDELIG	16, 17
ZYKADIA	16, 17
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG...	186